



JAY JAYAMOCHAN

NEUROCHIRURG

PASJONUJĄCA OPOWIEŚĆ O WALCE
NA ŚMIERĆ I ŻYCIE TOCZĄCEJ SIĘ
NA SALI OPERACYJNEJ

FILIA

Jay Jayamohan

NEUROCHIRURG

Przełożyła
Joanna Grabarek

FILIA

Dla mojej rodziny

PROLOG

PO PIERWSZE, NIE SZKODZIĆ

Tam. Ta-da-dam. Ta-da-dam. Tam. Tam. Tam. Tam, rozbrzmiewają pierwsze akordy *Back in Black* AC/DC. Przez myśl przelatuje mi – szybko, bardzo szybko – wizerunek Angusa Younga, gitarzysty zespołu, występującego zawsze w charakterystycznym mundurku szkolnym.

Ogromne ekrany za moimi plecami są skalibrowane, przygotowane do akcji. Spoglądam na anestezjolog, która kiwa głową. Instrumentariuszka również jest przygotowana i skoncentrowana. Gotowa.

Wreszcie spoglądam na drobny kłębek człowieczeństwa leżący na stole chirurgicznym pod moimi dłońmi. Chwytam skalpel.

– Zaczynamy – mówię.

*

Od wczesnego dzieciństwa muzyka była dla mnie ogromnie ważna. Kiedy miałem dziewięć lat, wujek podarował mi tani

magnetofon kasetowy Pye. Używałem go do tego, co z pewnością w tamtych czasach robił mój każdy rówieśnik, czyli do nagrywania radiowej listy przebojów Top 40. Zdawałem sobie sprawę, że kiedy słucham tych utworów, reszta świata traci ostrość, a ja jestem w stanie się skoncentrować. Im głośniej, tym lepiej. Z łatwością przychodziło mi odrabianie lekcji i czytanie książek. W czasie nauki do egzaminów O- oraz A-level^[1], a potem podczas studiów medycznych, jeśli nie miałem na uszach słuchawek z muzyką, nic nie wchodziło mi do głowy. Przeszkadzał mi nadmiar zewnętrznego zgiełku. Zbyt łatwo się rozpraszałem.

A na sali operacyjnej, z osiemnastomiesięcznym maluszkim przed sobą, brak koncentracji jest ostatnią rzeczą, na jaką można sobie pozwolić. Dla dobra dziecka – i własnego – trzeba być w szczytowej formie. To jedyny sposób, aby przechylić szalę na niekorzyść tego, co akurat niszczy pacjenta: guz, rozszczenie kręgosłupa, rozległy uraz głowy. Ja – my – możemy podjąć walkę z tym wszystkim, ale tylko wtedy, gdy się skoncentruję.

Nie zawsze wygrywam. Nie da się tak. Ale próbuję. Robię wszystko, co w mojej mocy, aby przestrzegać najważniejszej reguły (zawartej zresztą w tytule podręcznika lekarskiego napisanego przez jednego z moich najstarszych nauczycieli i inspiracji, Henry'ego Marsha): po pierwsze, nie szkodzić. A nawet więcej. Właśnie to zawsze mówię pacjentom i ich rodzicom, kiedy przychodzą do mnie z pytaniem, które zawsze koniec końców zadają:

– Doktorze Jay, niech pan nam powie, jakie są szanse?

Nie potrafią się powstrzymać. Chcą wiedzieć, w zrozumiałych dla nich kategoriach, jak duże jest prawdopodobieństwo, że ich dziecko przeżyje; jak dużą mam pewność, że operacja, której wkrótce zostanie poddana ich pociecha, odniesie sukces. Pragną

usłyszeć procenty, liczbę pomiędzy zerem a sto – coś, co potrafią przełożyć na swój własny, wewnętrzny język. Chcą informacji, którą są w stanie jakoś zintegrować w myślach.

Nie jestem matematykiem, ale robię, co mogę. Zawsze jestem szczery i zawsze odpowiadam. Niekiedy szanse powodzenia lokują się gdzieś w połowie. Czasem proporcja wynosi 90:10 – a czasami jest odwrotnie.

Tak naprawdę to nie ma znaczenia. Zawsze dodaję ten sam komentarz:

– Mogę państwu podać współczynnik, ale to, czy szanse wynoszą pięć procent, czy dziewięćdziesiąt pięć, nie ma znaczenia. Przeprowadzimy tę operację i zrobimy to, jak najlepiej potrafimy.

„My” oznacza cały zespół – lekarzy, pielęgniarki, instrumentariuszy i oczywiście rodziców oraz pacjentów. Alternatywa zwyczajnie nie wchodzi w rachubę.

Zostałem lekarzem, żeby ratować życie ludzi. Neurochirurgię wybrałem, ponieważ uważam, że ta specjalizacja jest najwyższym osiągnięciem w medycynie. Praktykuję neurochirurgię dziecięcą, aby podkreślić wagę tych pacjentów, którymi przez bardzo długi czas się nie zajmowano ze względu na ich wiek – by podarować im życie. Dać im szansę. Okazać im szacunek.

*

W tle mój młody asystent podkreśla głośność.

TAM. TA-DA-DAM. TA-DA-DAM. TAM. TAM. TAM. TAM.

– Zaczynamy.

[1] O-level, czyli GCE, to ogólny certyfikat edukacji, przyznawany po egzaminach na koniec szkoły podstawowej. A-level to odpowiednik polskiej matury (wszystkie przypisy pochodzą od tłumaczki).

ROZDZIAŁ PIERWSZY

RANY GOŚCIA

Jest 7.45 rano. Czas na spotkanie z dzisiejszymi „konkursowiczami”.

Oddział przedoperacyjny jest (lubię tak myśleć, na swój egocentryczny sposób) trochę niczym śluza powietrzna w statku kosmicznym: przygotowuje cię na to, co ma nastąpić. Przyszedłem tu z moim asystentem oraz kilkoma młodymi stażystami – to trzon zespołu, który za chwilę rozpocznie pracę. Szczerze mówiąc, dzisiejsze spotkanie to bardziej uprzejmość niż konieczność, ponieważ pacjentka i jej rodzina widzieli się już z nami wcześniej. Omówiliśmy szczegółowo całą procedurę podczas konsultacji, a potem jeszcze raz w ciągu ostatnich kilku dni. W tygodniu poprzedzającym zabieg zawsze staram się, aby moi pacjenci zostali przebadani przez cały zespół specjalistów. W moim szpitalu nikt nie zostaje dłużej, niż to konieczne. Pacjenci są sondowani i sprawdzani przez każdego, kto w mojej opinii mógłby zaoferować konstruktywną opinię. Wolę, aby podczas samej operacji spotkało mnie jak najmniej niespodzianek.

W owych wizytach tuż przed samą operacją chodzi głównie o skontrolowanie, czy mały pacjent nie nabawił się przez noc infekcji dróg oddechowych lub czegoś równie nieprzyjemnego, oraz o upewnienie się, czy nie ma jakichś pytań na ostatnią chwilę. Jest to również ostatnia szansa, aby pacjent i rodzice spotkali się twarzą w twarz z całym zespołem, zanim wszyscy ukryjemy się za zasłoną masek. Dla mnie to bardzo ważne, aby wiedzieli dokładnie, kto zajmuje się ich ukochanym dzieckiem.

Wreszcie zdobywam ostatnie kilka podpisów (Akceptują państwo ryzyko? Czy są jeszcze jakieś pytania?) i gotowe. Wszystkie poważne konwersacje odbyły się wcześniej. Dbam o to, by rodzina usłyszała standardowe zapewnienie Jayamohana: zajmę się ich pociechą tak, jak chciałbym, aby ktoś potraktował moje własne dzieci, gdyby były chore. Według mnie nie istnieje poważniejsza obietnica.

Jeżeli dobrze wszystko obliczyliśmy, reszta zespołu powinna dołączyć do nas podczas obchodu, dokładnie o ósmej. Mamy czterech neurochirurgów, dwóch lub trzech specjalistów chirurgii plastycznej, którzy współpracują z nami na stałe, do tego całe stadko młodzieży – lekarzy oddziałowych i kilku stażystów szykujących się do specjalizacji, a także pielęgniarkę lub dwie i od czasu do czasu studentów. Potrafi się z tego zrobić niezły tłum.

Jestem pewien, że obecność wokół łóżka całej załogi oddziału XI w szpitalu Johna Radcliffa potrafi być dość onieśmialająca – zwłaszcza jeśli pacjent jest na tyle młody, że zajmuje ledwie jedną trzecią długości rzezonego łóżka. Mam jednak nadzieję, że podkreśla to właściwy przekaz: jesteśmy tu wszyscy, żeby pomóc.

Dzieci zazwyczaj traktują tę sytuację jak wszystko inne: z zaspaną obojętnością. Są jak koty, tylko mniej kapryśne. Rodzice za to nie wiedzą, gdzie podziąć oczy i gdzie się schować.

Żaden pacjent nie jest ważniejszy od drugiego – z wyjątkiem dni operacji. O 8.30 wyłączam się z obchodu i ruszam na salę operacyjną.

*

Często widuje się, jak przed ważnym meczem sportowcy zbierają się w grupę. Dla nich jest to publiczny symbol solidarności: drużyna przeciwko reszcie świata. Nam chodzi głównie o upewnienie się, że nie wytniemy niewłaściwego fragmentu mózgu.

Przed każdą operacją odhaczamy „rejestr WHO” – chirurgiczną listę kontrolną wprowadzoną przez Światową Organizację Zdrowia (WHO), aby wykorzenić błędy proceduralne. To proste, a jednocześnie niezwykle skuteczne.

Zabiegi na pacjentach są zawczasu wpisywane w nasz system elektroniczny, aby instrumentariusze wiedzieli, jaką procedurę zaplanowaliśmy i który zestaw narzędzi należy przygotować. Najpierw wszyscy, którzy będą w jakikolwiek sposób zaangażowani w zbliżającą się operację, przedstawiają się sobie nawzajem. W dziewięciu przypadkach na dziesięć wszyscy i tak dobrze się znamy, ale dość często towarzyszą nam praktykanci i pielęgniarki. Badania naukowe wskazują, że nawet taki drobiazg, jak poznanie imienia wszystkich członków zespołu, może zredukować błędy.

Następnie rozmawiamy o pacjentach. Osoba prowadząca przedstawia skrótowo historię choroby oraz plan całego zabiegu. Jeżeli ja tam jestem, to zazwyczaj jestem „liderem”. W przypadkach, w których chodzi głównie o rekonstrukcję czaszki lub twarzy, pałeczkę przejmuje chirurg plastyczny. Omawiamy

oprzyrządowanie, którego będziemy potrzebować. Sprawdzamy, czy instrumentariusze przygotowali wszystkie narzędzia, o które prosiliśmy. Oglądamy też samo pomieszczenie. Wreszcie wszyscy potwierdzają słownie, że nie widzą żadnych problemów i nie mają obaw.

Jeśli mam jakieś ważne wytyczne, przekazuję je zespołowi. Na przykład: „dzisiaj głównym problemem będzie utrata krwi”, albo „w tym przypadku należy się obawiać infekcji pooperacyjnej, dlatego proszę się upewnić, że drzwi pozostaną zamknięte przez cały czas, że na sali nie będzie studentów i że podczas zabiegu nikt nie będzie tu wchodził lub wychodził”. Oczywiście wszystkie te zalecenia są kwestią zdrowego rozsądku, ale i tak wypada powtórzyć je na głos.

Jednym z założeń WHO jest równouprawnienie: chodzi o to, aby najmłodszy członek kadry miał prawo kwestionować to, co robi najstarsza stażem osoba. Z mojego punktu widzenia (jako najstarszego stażem chirurga) podczas większości operacji taka sytuacja bardzo szybko może stać się denerwująca. Tym niemniej samemu założeniu nie można odmówić sensu. Jeżeli, dajmy na to, mamy przeprowadzić zabieg po lewej stronie głowy, a obserwujący operację student widzi, że właśnie zamierzamy dobrać się do prawej strony, musi się czuć na tyle swobodnie i komfortowo, aby powiedzieć:

– Bardzo przepraszam, doktorze Jayu, ale jestem przekonany, że mówił pan o lewej stronie głowy.

Uwierzcie mi, to się gdzieś kiedyś musiało wydarzyć, inaczej nie wprowadzono by takiej reguły.

Jeśli wszyscy zaaprobowali plan działania, rozchodzimy się na jakiś czas. Większość z nas wraca na oddział, aby dokończyć obchód, anestezjolog zaś każe przywieźć do siebie pacjenta. To, co

nastąpi potem, zależy od tego, jak długo trwa przygotowanie do podania środka znieczulającego i uśpienia. Im więcej czasu spędza na tym etapie anestezjolog, tym bardziej jestem zadowolony. W ciągu czterdziestu minut mogę odwiedzić około dziesięciu pacjentów. Wszystko polega na sprawnym ustawianiu zadań.

Jeżeli to ja prowadzę operację – a dzisiaj tak właśnie jest – schodzę z oddziału wcześniej niż wszyscy. Gdy chodzi o moich pacjentów neurologicznych, lubię pojawiać się na sali operacyjnej gotowy do działania, zanim jeszcze pacjent zostanie uśpiony.

Każdy blok operacyjny ma swoją przebieralnię. Rozbieram się do bielizny i zakładam odzież chirurga, łącznie z parą butów. Ze względu na zalecenia higieniczne strój jest prany i gotowany w szpitalu, więc pachnie tak jak wszystko tutaj. Dostępne są cztery rozmiary, co teoretycznie powinno pasować każdemu. W praktyce można raczej mówić, że żaden rozmiar nikomu nie pasuje.

Buty wyglądają jak brzydsze wersje crocsów, ale jeśli człowiek dorwie odpowiednią parę, są naprawdę superwygodne. Ja zazwyczaj chomikuję moje w szafce. Jeżeli zostawię je na zewnątrz, ktoś (najprawdopodobniej student) z całą pewnością je sobie „pożyczy”. Kiedy człowiek stoi przez siedem czy osiem godzin, ważne jest, żeby nie przestępować z nogi na nogę. Kiedyś mieliśmy zmywarę do naczyń, którą przerobiliśmy na zmywarę do butów, ale już się to skończyło. Teraz trzeba samemu sobie je czyścić.

Medycyna nie jest idealnym zawodem dla kogoś o wrażliwej skórze. Zanim mija godzina 9.30, zazwyczaj myję ręce już jakieś piętnaście do dwudziestu razy. Jeśli dotyka się pacjenta, trzeba umyć ręce. Zanim dotknie się pacjenta, trzeba umyć ręce.

W międzyczasie myje się ręce z nawyku. Człowiek po prostu non stop się szoruje i dezynfekuje.

Już prawie czas na przedstawienie. Najszybsza droga na salę operacyjną prowadzi przez pokój anestezjologa. Zazwyczaj (z szacunku do ich pracy) wykorzystujemy jednak drzwi po drugiej stronie sali. Kiedy nadejdzie właściwy moment, pacjent zostanie wtoczony na wózku z sąsiedniego pokoju.

Sama sala operacyjna to pomieszczenie o wymiarach 5 na 5 metrów, w którego centrum znajduje się stół. Gdybyście podrzucili mnie na salę operacyjną w którymkolwiek szpitalu, pewnie nawet bym się nie zorientował, w jakiej placówce jestem. Wszystkie pomieszczenia operacyjne wyłożone są takim samym nudnym melaminowym materiałem, który łatwo jest umyć i wysterylizować. Na suficie zamontowane są światła. Jest również cały szereg kabli i rur, które przewodzą tlen i inne gazy oraz zasysają niechciane pozostałości operacji – krew, śluz, ślinę oraz różnorakie substancje, na których łatwo się można poślizgnąć. Większość oprzyrządowania jest przenośna. Wwozi się je i wywozi w zależności od potrzeb.

Dzisiaj mamy tu maszynę anestezjologiczną, ustawioną w nogach stołu – bo oczywiście po drugiej stronie będę pracował ja. Poza tym jest jeszcze kilka urządzeń, takich jak ssak, diatermia chirurgiczna (narzędzie wykorzystujące prąd do rozcinania tkanki; moim zdaniem to najbliższy, istniejący w naszej rzeczywistości, kuzyn miecza świetlnego). Umieszczone są na dużym ruchomym stoliku obok maszyny anestezjologicznej. W różnych miejscach sali, rozstawione dla zmaksymalizowania dostępu, stoją również cztery komputery. Na ogromnych ekranach wyświetlimy skany, będziemy też przeprowadzać elektroniczny

monitoring pacjenta i dostarczymy zapisy anestezjologowi. Oczywiście pod warunkiem, że wszystkie maszyny działają...

Wystarczy jedno fiasko w newralgicznym momencie i człowiek już nigdy nie zaufa żadnemu urządzeniu. Jak się okazuje, dobrze, że postanowiliśmy wszystko sprawdzić.

– Jay, tylko jeden z ekranów działa – mówi mój asystent. Nie jestem Billem Gatesem, ale i tak próbuję zdiagnozować problem.

– Sądzisz, że to sam komputer, czy tylko monitor?

– Nie mam pojęcia.

– Bardzo cię proszę, weź i zamień go na ten z dwunastki.

– O nie, znów to samo! Ostatnim razem też musiałem.

– Wcale nie! To *mnie* niemal przyłapali, a nie ciebie.

Ach, radość pracy w NHS[2]... Nie jestem pewien, dlaczego nasz sprzęt nie działa. Podejrzewam, że ludzie z jakiejś innej sali zabrali nasz i podrzucili nam swój, więc tym bardziej uważam, że możemy zrobić to samo. Zazwyczaj staram się wysyłać do takiej roboty jednego z młodszych członków zespołu, ale nieraz biorę na siebie ten szwindelek.

Kiedy już cały sprzęt elektroniczny działa, wrzucamy skany na ekran i ponownie omawiam z zespołem nasze cele i nadzieje. Lekarze na specjalizacji są różni, w zależności od tego, kiedy się pojawiają. Czasami wychodzą prosto ze szkoły, a niekiedy mają nawet osiem lat praktyki chirurgicznej. Dlatego dobrze jest się rozeznąć, kto jest kim. Oczywiście starszych asystentów już znam, ale tak czy owak łatwo się zorientować, kto jest nowicjuszem, bo ci zazwyczaj zadają mnóstwo pytań, podczas gdy ci bardziej doświadczeni chcą po prostu chwycić za narzędzia i zrobić wszystko samemu. Czasem się zdarza, że próbują mi ukraść pacjenta. Konsultanci neurochirurgii dziecięcej wykonują nieprawdopodobnie więcej operacji niż konsultanci jakiegokolwiek

innej specjalizacji, a to dlatego, że podczas operacji na mózgu szybko coś może pójść nie tak i potrzeba wprawnej ręki, żeby uratować sytuację. Staram się jednak zachęcać moich asystentów i angażować ich wtedy, kiedy mogę. Gdy tylko skany pojawiają się na ekranie, pytam stażystę o jego zdanie na temat planowanej operacji.

Na koniec jeszcze zostaje nam odhaczenie listy z pielęgniarzami lub raczej instrumentariuszami. Pewnie nie raz widzieliście w telewizji dużą tacę ze srebrnymi chirurgicznymi narzędziami. W oparciu o to, co instrumentariusz wie o moich planach, powinno już na niej czekać wszystko, czego będę potrzebował.

– Wygląda w porządku, Jay? – pyta główna instrumentariuszka. Gdybym nie sprawdził, byłoby to nieprofesjonalne z mojej strony, ale wiem, że wszystko, co mogłoby mi się przydać podczas zabiegu, na pewno tam leży. Spoglądam na około 250 instrumentów. To dość kosztowny zestaw narzędzi. Mamy tu różnego rozmiaru klipsy, obsadki do skalpeli, „grabki”^[3] i rozwieracze (urządzenia służące do odciągania tkanki na boki), niektóre z nich tępe, inne znów ostre. Mamy też odgryzaczki kostne (narzędzia takie, jak specjalne obcęgi, które obcinają, czyli „odgryzają” kawałki kości), retraktory (haki) mózgowo, wyglądające jak patyczki do lodów i różniące się rozmiarami: od gigantycznych wręcz do miniaturowych (używa się ich do odsuwania mózgu na bok). Są jeszcze szpatułki, ssaki, nożyczki – od dość dużych, którymi tną się grubą tkankę albo przycina szwy, do maleńkich mikronożyczek. Mamy narzędzia do dłubania, sondowania, popychania, wyciągania, klucia, cięcia i chwytania – to naprawdę imponujące.

Kiedy już wszystko zostaje sprawdzone, jesteśmy gotowi do pracy. Teraz czekamy na gwiazdę przedstawienia. Jeżeli zabieg

jest prosty i nie wymaga założenia cewnika, podłączenia wielu kroplówek i innych rurek, wystarczy jedynie szybkie znieczulenie i pacjent jest nam przekazywany w ciągu 15–20 minut. Jeżeli szykuje się poważniejsza operacja, jak na przykład usunięcie guza, lub jeżeli pacjent ma nietypową anatomię, przygotowanie może zająć nawet półtorej godziny. Anestezjolodzy są odpowiedzialni nie tylko za monitorowanie znieczulenia i narkozy. W razie potrzeby (poważnego krwawienia) muszą również mieć gotową krew do transfuzji. Ich praca polega na utrzymaniu pacjenta przy życiu, podczas gdy ja pracuję nad nim po drugiej stronie stołu operacyjnego.

Wreszcie drzwi otwierają się i przybywa pacjent. Jeszcze raz odbywam szybką rozmowę z anestezjologiem, upewniając się, że wszystko gra. Potem przenosimy pacjenta z ruchomego łóżka na stół i dość długo pracujemy nad tym, aby ułożyć go w odpowiedni sposób. Operacje potrafią trwać siedem lub osiem godzin. Pacjenci muszą pozostać nieruchomi przez tak długi czas i nie odnieść z tego powodu żadnych szkód. Leżenie przez osiem godzin na twardym cewniku lub jakimś kablu może doprowadzić do martwicy skóry. Następnie dezynfekujemy ciało pacjenta gazikami i obkładamy chustami. W dzisiejszych czasach wykorzystujemy również specjalną, zapamiętującą kształt piankę, która otula pacjenta i zapewnia mu naprawdę przyjemną, miękką, podatną powierzchnię do leżenia.

Musimy się również upewnić, że będziemy mieli łatwy dostęp. Wiemy dokładnie, gdzie będziemy operować, ale musimy się dostać do tego obszaru bezpiecznie i bezproblemowo. Trzeba również pomyśleć o tym, czy podczas operacji chcemy stać, czy siedzieć. Wszystkie te wybory przelatują mi przez głowę, zanim zacznę zabieg.

Nie muszę się martwić tylko o jedno: o otaczający mnie zespół. W neurochirurgii często mamy do czynienia z elementem nagłości. Wiele trafiających do nas przypadków jest bezpośrednią odpowiedzią na telefon po pogotowie ratunkowe. Wtedy wszyscy rzucają się do pracy – a przynajmniej tak być powinno. Pracowałem z anestezjologami i stażystami, którzy autentycznie kochali tę robotę i byli bardzo dobrzy, tyle że w normalnych godzinach pracy. Niejednokrotnie musiałem jednak uzbroić się w cierpliwość, kiedy przychodziło mi zadzwonić po niektóre osoby w środku nocy, wiedziałem bowiem, że nie będą zbyt zainteresowane pomocą. O trzeciej nad ranem, kiedy pada się z nóg, naprawdę nie pomaga widok kolegi z nieszczęśliwą miną, bo ściągnięto go z domu do pracy. Nie sprzyja to odpowiedniej atmosferze, zwłaszcza kiedy walczy się o czyjeś życie. Wolałbym już raczej, żeby ktoś na mnie nawrzeszczał, żeby wylać z siebie frustrację, a potem zajął się swoją pracą, jak zwykle. Albo – w idealnym przypadku – chciałbym mieć przy boku kogoś, kto rozumie, że tutaj chodzi o pracę zespołową i że jesteśmy tu po to, aby pomóc pacjentowi. Przecież nie operujemy w środku nocy tylko dlatego, że w telewizji akurat nie ma nic ciekawego.

Przez cały czas przygotowań w pomieszczeniu rozlegają się dźwięki muzyki z mojej listy techno-dance na Spotify. Mam różne zestawy do różnych zabiegów. Na dole, gdzie pracujemy przeważnie nad rekonstrukcjami twarzoczaszki, puszczałam głównie rocka, ale to dlatego, że goście z plastycznej nie wytrzymują dużych dawek muzyki elektronicznej. Na górze, gdzie w tej chwili się znajdujemy i za chwilę zmierzmy się z groźnym guzem, najlepiej pomaga mi muzyka techno i dance. Coś w tym rytmie pozwala mi się wyłączyć na świat zewnętrzny i widzieć

tylko pracę. Ale nigdy nie wiadomo, czy tak będzie, dopóki nie zacznę.

I wreszcie jesteśmy gotowi.

*

Naszą pacjentką jest jednoroczna dziewczynka z guzem mózgu zajmującym niemal połowę jej głowy. Jest to, delikatnie mówiąc, dość niezwykły nowotwór – nie dlatego, że guzy nie urastają do koszmarnych rozmiarów, ale dlatego, że dziewczynka wydaje się tego w ogóle nie zauważać. To naprawdę niesamowite. Widziałem wyniki tomografii i rezonansu magnetycznego już wielokrotnie, ale mimo to oglądanie ich teraz na monitorach sprawia, że potrząsam głową z niedowierzaniem, tak jak za pierwszym razem, kiedy to zobaczyłem.

Poznaliśmy naszą pacjentkę, gdy miała osiem tygodni. Wtedy oczywistą decyzją było wykonanie operacji. Wyciąć tego drania. Mimo złośliwej natury guz wydawał się jednak dość nieaktywny. Łutem szczęścia wyrastał nad powierzchnię mózgu, uciskając go, a nie wrastał w głąb tkanki. Spoglądając na skany, nie widać było masy splątanych pasm, lecz raczej coś przypominającego symbol yin i yang – dwie struktury rosnące obok siebie, jak dwoje ludzi ściśniętych na tylnym siedzeniu małego samochodu, odczuwających niewygodę, ale nieprzeszkadzających sobie nawzajem.

Wiele lat temu, kiedy zaczynałem karierę, nie postawiłbym nawet grosza na to, że mała przeżyje do dzisiejszego dnia, ale tylko dlatego, że bardzo rzadko można się natknąć na tak uprzejmie współpracujący nowotwór. Szczerze mówiąc, mózgowi też należy się uznanie. Ponieważ guz zaczął rozwijać się *in utero*

(zanim dziewczynka się urodziła), mózg mógł się adaptować już wtedy. Kontrola nad lewą stroną ciała zazwyczaj mieści się tutaj? Trudno, to miejsce jest zajęte. Może w takim razie wetkniemy je tam? Mózg pacjentki dosłownie przeniósł ważne ośrodki nerwowe w inne, wygodniejsze miejsca. Zdolność dziecięcego mózgu do zmiany okablowania i do przeorganizowania jest niewiarygodna. Cóż za fantastyczne predyspozycje do plastyczności! Wierzcie mi: dorosły umarłby już dawno temu. Nasze mózgi stają się zbyt utrwalone w swojej strukturze. Ta mała była żywym, rozwijającym się arcydziełem natury.

Mimo wszystko, wystarczyło już tego dobrego. Cztery godziny później udaje mi się usunąć praktycznie cały guz. Tam, gdzie normalnie mieściłby się prawidłowo rozwinięty mózg, ziała teraz pustką wielką jamą. Mimo to żadne istotne funkcje tego organu nie zostały zablokowane. Wygląda to dziwnie, powiem nawet – niesamowicie, ale ponieważ cała reszta tkanki nerwowej ściśnięta w małej połówce pozostała nietknięta, dziewczynka wróci do normalnego życia właściwie zaraz po wybudzeniu z narkozy.

I rzeczywiście tak właśnie się stało. Została jedynie lekka słabość prawej strony ciała, co zresztą w miarę dorastania zaczęło się poprawiać i nigdy nie wpłynęło na jakość życia dziecka.

*

Nawet po sześciu latach, za każdym razem, gdy widzę moją małą pacjentkę, czuję się fantastycznie. Myślę sobie: „Rany gościa! A sądziłem, że nie przeżyjesz sześciu miesięcy”. Mała nie tylko ma się dobrze, ale jest wspaniała i z całą pewnością mnie przeżyje. Oczywiście nie wie, kim jestem. Ona widzi tylko

irytującego pana, który raz do roku stuka młoteczkiem w jej kolano i bombarduje ją pytaniami. Pewnie ma mnie dosyć.

Ale wiecie co? Nie przeszkadza mi to wcale a wcale. Życzyłbym sobie tylko takich rezultatów.

[2] NHS – National Health Service, brytyjska publiczna służba zdrowia.

[3] Specjalny hak chirurgiczny (retraktor), przypominający wyglądem małe grabie.

ROZDZIAŁ DRUGI

MÓW MI PER „PAN”

Ręce. Zawsze zaczyna się od rąk.

W sumie to nawet zabawne. Dziecko może stać u progu śmierci i w oczach rodziców jestem bodaj jedyną osobą, która ma szansę przywrócić ich pociechę do normalnego funkcjonowania. Robię to przez całe moje dorosłe życie. Ocaliłem już setki dzieci z tymi samymi symptomami. Ale rodzicom czasem nie przychodzi do głowy, żeby to sprawdzić. Nie pytają mnie o życiorys ani o wskaźnik moich chirurgicznych sukcesów. Patrzą mi na ręce.

Czy ma dłonie człowieka, który potrafi ocalić nasze dziecko?

Rozumiem to. W końcu zamierzam włożyć palce w głowę ich pociechy, dotykać jej mózgu. Rodzice chcą się upewnić, że jestem tego godzien, że ręce mi się nie trzęsą i że jestem *czysty*. Przed operacją zawsze dokładnie szorujemy ręce i oczywiście przez cały czas trwania zabiegu nosimy rękawiczki. W którymś momencie pojawiła się sugestia, że wystarczyłoby jedno porządne „chirurgiczne mycie” (takie, jak widujecie w telewizji) nad ranem danego dnia, a potem tylko zwykłe mycie rąk przed kolejnymi

przypadkami. Była to bardzo przelotna sugestia i nie weszła w życie pomimo przedstawionych nam dowodów na poparcie jej skuteczności. Niektórych rzeczy nie da się zmienić. Chirurdzy i pielęgniarki mają swoją rutynę i potrzebują jej, aby nie dopuścić do napadów paniki. Wszystko tak naprawdę opiera się na pozorach. A jeśli chodzi o zdenerwowanych rodziców – tym bardziej. To ważna lekcja, którą dobrze wbiłem sobie do głowy w ciągu ponad piętnastu lat pracy jako konsultant i niemal dwukrotnie dłuższej kariery jako lekarz.

Mimo to nie wszyscy przywiązują do tego tak wielką wagę. Nie każdy interesuje się, co myślą sobie rodzice. Niektórzy w zasadzie mają to w głębokim poważaniu. Dlatego właśnie jestem dziś takim, a nie innym człowiekiem i dlatego wybrałem pracę z dziećmi. Z tego samego powodu naprawdę zawsze staram się stawiać w sytuacji zarówno rodziców, jak i moich pacjentów. Jak ja bym się czuł na ich miejscu? Co mogłoby nieco zmniejszyć ciężar tego okropnego doświadczenia?

Mam nadzieję, że robię, co w mojej mocy (i to, co powinienem) dla moich pacjentów. Nie zawsze jednak tak było – i nie zawsze myślałem w taki sposób.

*

W wieku osiemnastu lat poszedłem na akademię medyczną. Wybrałem St. Mary's w Paddington, w Londynie. Rozmyślałem o studiach w Oksfordzie (mój nauczyciel biologii powiedział, że właśnie tam powinienem startować), ale po wizycie uznałem, że jest tam zbyt cicho i prowincjonalnie. Pragnąłem brudu, zgiełku i świateł wielkiego miasta. Ciekawe, jak bardzo moje spojrzenie na tę kwestię uległo zmianie w późniejszym życiu. Sześć lat

studiów medycznych to szmat czasu, ale wkrótce po egzaminach końcowych człowiek orientuje się, że nawet pół wieku wkuwania nie wypełniłoby wszystkich luk w jego wiedzy. Minęło już tyle lat, a ja wciąż się uczę. Oczywiście teraz, z perspektywy czasu, już to rozumiem, ale kiedy ma się osiemnaście lat, człowiek uważa, że zjadł wszystkie rozumy.

Byłem bystry, pełen energii, optymizmu i entuzjazmu. Byłem na tyle pewny siebie, że wydawało mi się, iż mogę zmienić świat na lepsze. Innymi słowy, typowy osiemnastolatek. Z ogromnym szokiem przyjąłem fakt, że moja wybrana profesja ma nieco mniejsze ambicje. Ojciec współczesnej medycyny, czyli Hipokrates we własnej osobie, podsumował to w krótkim stwierdzeniu: „Po pierwsze, nie szkodzić” (cóż, tak naprawdę nie on to wymyślił^[4], ale nie spierajmy się o szczegóły. Powiedzmy, że jest to parafraza jego przysięgi, którą tak kochają medycy). Innymi słowy, nie spieprz sprawy. To wszystko. Tylko tyle się od nas oczekuje. Nie pogarszaj stanu pacjenta, a jeśli uda się coś poprawić, to wyłącznie dodatkowy zysk. Ale chyba musieliśmy już jakoś wyewoluować od czasów Hipokratesa, prawda?

Pomijając rzeczywistość, studia obejmowały przekrojową wiedzę i chociaż zabrzmieć przez to jak kujon, bardzo mi się podobały. Którykolwiek temat przerabialiśmy w danym tygodniu, natychmiast stawał się najnowszą ambicją mojego życia. Byłem niczym kociak uganiający się za plamkami światła. *Och, to takie błyszczące! Och, to nowe! Chcę, chcę, chcę!*

Dopiero na piątym roku studiów wybrałem ostatecznie moją przyszłą specjalizację. A przynajmniej tak mi się zdawało. Podczas przedostatniego roku nauki, czyli po niemal sześciu latach harówki i picia na umór, uniwersytet rzuca ci kość. Oferuje trzymiesięczny staż specjalistyczny z możliwością wyboru, gdzie

chcesz go odbyć. Większość ludzi decyduje się na Jamajkę, Tajlandię albo Australię, czyli miejsce, gdzie można się wyluzować.

Ja wybrałem Państwowy Szpital Neurologii i Neurochirurgii na Queen Square w Londynie. Czyli po sąsiedzku. Co za palant.

Na swoje usprawiedliwienie powiem, że placówka owa miała znakomitą reputację w zakresie mojego nowego ulubionego zagadnienia: neurologii, medycznego spojrzenia na choroby mózgu. Pasja do tego przedmiotu rosła we mnie już od jakiegoś czasu. Wiele osób ma na półce frenologiczny model ludzkiej głowy z różnymi częściami mózgu zaznaczonymi niczym pierwszorzędne sztuki mięsa na rysunku krowy[5]. Nikt nie wziąłby wam za złe, gdybyście pomyśleli, że jest to wierne przedstawienie tego, co mamy „pod sufitem” (a przynajmniej tak właśnie sądzili dziewiętnastowieczni znawcy), ale jest to wysoce nieadekwatne spojrzenie. Z drugiej strony, chociaż zabrzmiało to niewiarygodnie, niektóre obszary mózgu rzeczywiście zostały właściwie powiązane ze specyficznymi funkcjami organizmu – i to już w starożytnym Egipcie.

Amerykański kolekcjoner antyków, niejaki Edwin Smith, odkrył papirus sprzed niemal 4 tysięcy lat, zawierający fantastyczną kolekcję opisów ran neurochirurgicznych wraz z wytłumaczeniem, co należy zrobić, aby poprawić ich stan. Były tam stwierdzenia w rodzaju: „Jeżeli człowiek ma ranę na skroni i nie może mówić, jest to uraz, którego nie można wyleczyć”. Najwyraźniej Egipcjanie wiedzieli, że w tych właśnie obszarach mózgu znajdują się ośrodki mowy. W dokumentach były również wymienione różnorakie urazy kręgosłupa wraz z porażająco adekwatnymi prognozami dla każdego z nich. Istnieje wiele takich perełek, wszystkie zrodzone tysiące lat temu z (jak należy przypuszczać)

obserwacji ludzi ranionych w bitwach. To fascynujące, gdy pomyśli się, że lekarze pracowali niezależnie od siebie, ale wszystkie ich odkrycia zostały z czasem zebrane w jednym miejscu. Jakiś doktor mógł spojrzeć na pacjenta i powiedzieć: „No dobrze, nie możesz się ruszać, a w tej części głowy masz dziurę, a zatem oba fakty muszą być ze sobą połączone”. Zapisał to następnie, a kolejne pokolenia lekarzy wykorzystywały i uzupełniały tę wiedzę.

Tak jak w przypadku wielu postępów nauki i technologii w dzisiejszych czasach, głównym czynnikiem napędowym były konsekwencje wojny, a nie pragnienie uzdrowienia ludzkości. Starożytni Egipcjanie nie byli jedyną nacją, która parała się neurochirurgią. Istnieją dowody sprzed 3 tysięcy lat, że w Ameryce Centralnej i Południowej wykonywano trepanację czaszki (czyli wiercono dziury w głowach, aby uwolnić z nich złe humory). To niemal nie do pomyślenia, że w tamtych czasach istniała neurochirurgia, ale owe fakty archeologiczne tym bardziej przekonały mnie do tej specjalizacji jako interesującej drogi kariery.

W każdym neurologicznym przypadku interesujące (i dlatego mnie to pociąga) jest to, że wymaga wielu rozważań. To bardzo dociekliwa specjalizacja. Bada się pacjentów i trzeba wydedukować, gdzie leży problem oraz na jakim poziomie i w jakim zakresie funkcjonalności dotknął on daną osobę. To zupełnie jak rozwiązywanie krzyżówki hetmańskiej: są wskazówki, ale czy uda ci się nadać im jakiś sens? Człowiek staje się doktorem Watsonem i Sherlockiem Holmesem połączonym w jedno. Uwielbiałem to. Owa koncepcja przemawiała do mnie, była próbą sił, a przy okazji moje ego raczej na tym nie cierpiało.

To nie jest zabawa dla każdego. Wielu moich znajomych skusiła ortopedia. Nie chciałem ich wtedy oceniać, ale gdzie tu było jakieś wyzwanie? „Ma pan złamaną nogę. Oto prześwietlenie potwierdzające, że noga jest złamana”. I zrobione.

Oczywiście teraz wiem, że ortopedia może być niezwykle zawiła i stawiać ogromne wyzwania, ale w tamtych czasach tego nie dostrzegałem. Cóż, podczas studiów medycznych praktyki trwają przez dwa, najwyżej trzy miesiące – a często dużo krócej.

Nie zamierzałem zajmować się dziedziną, w której odpowiedzi miałbym podane na talerzu. Chciałem być zmuszony do rozważania i dedukcji; być twórcą, a nie robotem na taśmie produkcyjnej. Zaczynałem się jednak zastanawiać, czy to wystarczy.

Oczywiście z Sherlockiem jest tak, że ów najwybitniejszy detektyw świata był jednocześnie Mrocznym Rycerzem, któremu nieobce były utarczki i bijatyki na pięści. Holmes świetnie sobie radził zarówno z częścią teoretyczną, jak i praktyczną detektywistyki. W neurologii natomiast, kiedy zaczynało się robić ciekawie, byłem niejako zmuszany do stania w drugiej linii. Czułem się nieco bezsilny, wiedząc, że będę musiał podać pacjentowi lek, a potem sprawdzić, czy ów pomaga, zamiast samemu coś zrobić. Równie dobrze mógłbym po prostu sprzedawać w aptece ibuprofen. Sądziłem, że do tego będzie się ograniczał mój wkład w leczenie. Nie czułem się częścią procesu, lecz zaledwie przekaźnikiem medykamentów. Myślę, że wypełniało mnie wtedy młodzieńcze pragnienie bycia centrum wszystkiego, co się dzieje.

I co z tego, jeśli się nie narobię? – tłumaczyłem sobie. To jest specjalizacja, w której się chcę szkolić.

Po dwóch miesiącach wreszcie jednak mnie dopadło. Byłem akurat w stołówce szpitalnej na Queen Square, stałem w kolejce po danie z frytkami (cokolwiek było daniem dnia) i pamiętam, że narzekałem głośno do kilku moich kolegów na temat mojej wybranej dziedziny:

– Mam wrażenie, że nigdy nic *nie robię*. Poszedłem na medycynę, żeby pomagać ludziom, a nie czytać książki. Chcę wreszcie trochę podziałać.

Moimi rozmówcami byli przyszli neurologi, więc nie doczekałem się od nich sympatii. Podobnie jak od innego przypadkowego słuchacza.

– Przestań, kurwa, marudzić – rozległ się głos za moimi plecami. Odwróciłem się i zobaczyłem jednego ze starszych rezydentów neurochirurgii (tak głosił jego identyfikator). – Jeżeli rzeczywiście chcesz pobrudzić sobie rączki ciężką pracą, to zamiast wyrzekać, zrób coś w tym kierunku. Przyłącz się do nas. Zostań chirurgiem mózgu. Rzuć w cholerę tych cieniasów i zostań członkiem elity.

Przez dobrą minutę stałem jak wryty, tak mnie zszokował fakt, iż jakiś obcy rzucał we mnie mięsem. Kiedy wreszcie ochłonąłem, kolejka do lady przesunęła się, omijając mnie sprawnie, i mój rozmówca znalazł się przy kasie. Miałem ogromny dylemat: nałożyć sobie chili czy pobiec za nim. Ostatecznie spróbowałem chwycić dwie sroki za ogon. Trzymając jedzenie, rzuciłem kasjerowi piątaka i pognałem za moim nowym mentorem. I co z tego, że podsłuchiwał rozmowę obcych ludzi? Podobał mi się ten gość. Miał w sobie arogancję, której jeszcze nigdy nie widziałem u lekarzy. Była odurzająca, przemawiała do mnie. Ten człowiek był wszystkim, czym ja chciałem zostać.

– Wyświadcz sobie przysługę i przyjdź popatrzeć, co robimy – powiedział, zerkając na mnie pobieżnie, kiedy wreszcie go dogoniłem. – Albo masz to w sobie, albo nie.

Wyjaśnił, że następnego dnia będzie operował i mogę go obserwować.

Osiemnaście godzin później przyglądałem się już, jak otwiera skalpelem głowę młodej dziewczyny. Musiałem zostać jednym z tych gości. Oczywiście, że musiałem – bezdyskusyjnie. Ten facet nie diagnozował problemu i nie przepisywał pacjentowi kilku pigułek. On był mistrzem dedukcji diagnostycznej i na dodatek zapewniał rozwiązanie problemu przy użyciu własnych rąk.

On się nie parał medycyną. On nią *był*.

W tamtej chwili dokonana się ostateczna decyzja definiująca moją przyszłość. Zanim jednak dotarłem do celu i bez względu na to, że podczas ceremonii rozdania dyplomów ukończenia studiów powiedziałem, że wreszcie jestem wykwalifikowany, musiałem się jeszcze nauczyć, jak być *prawdziwym* lekarzem.

*

Żadna dawka wiedzy teoretycznej nie jest w stanie przygotować człowieka na to, co czeka go za drzwiami college'u. Kiedyś po uzyskaniu dyplomu trzeba było odbębnić cały rok medycyny i chirurgii ogólnej (czyli wszystkiego po trochu), zanim można było w ogóle zacząć przebąkiwać o specjalizacji. Innymi słowy, wypuszczano cię w szeroki świat. I znów, jak przedtem, przedłożyłem Ealing Hospital nad wspaniałe, egzotyczne zakątki dalekiego świata. Jak wszyscy nowicjusze sądziłem, że zjadłem wszystkie rozumy. I tak jak wszystkim nowicjuszom, wkrótce pokazano mi moje miejsce. Nie wiedziałem nic.

Spędziłem sześć miesięcy na chirurgii, a drugie pół roku na medycynie ogólnej. Wtedy właśnie człowiek uczy się, jak być lekarzem, czasem w dość zawrotnym tempie. Podczas mojej pierwszego dyżuru pod telefonem poproszono mnie o wypisanie paracetamolu. Akurat obok mnie, w szafce z lekami, leżało opakowanie tego leku, więc urwałem z listka kilka tabletek i wręczyłem je pacjentowi.

– Co ty robisz, chłopcze? – spytała przełożona pielęgniarek. – Nie można tak po prostu wydawać leków. Trzeba je przepisać.

– W porządku – odparłem i grzecznie wpisałem „dwa paracetamole”. – Proszę, zrobione.

Kobieta wywróciła oczami i roześmiała się.

– Nie możesz napisać „dwie tabletki” i już. Musisz zapisać: jeden gram.

– Serio? Sześć lat nauki i nikt mi o tym nie powiedział?

– Właśnie dlatego tutaj jesteś.

Odmierzanie dawki leków to tylko początek. Podręczniki nie wspominają o oceanie swoistych reakcji na różne czynniki (idiosynkrazji) i oczywiście jedynym sposobem na poznanie ich jest doświadczenie praktyczne. Przebadałem setki pacjentów, pobrałem tysiące próbek krwi, wysłuchałem niezliczonych uderzeń serca. Zdumiewało mnie, że tyle osób należących wszak do tego samego gatunku posiada tak różne organizmy. W szkole medycznej wszystkie manekiny szkoleniowe wyglądały tak samo. Cóż, tak czy owak, wszystko to było częścią nauki.

Brak czasu i zasobów w państwowej służbie zdrowia oznacza, że nie ma w niej miejsca dla opieszalnych diagnostyków. Ludzie byli wprawdzie bardzo mili, ale nikt specjalnie nie miał ochoty ciągnąć za sobą „nowego”. Dawali to wyraźnie do zrozumienia – i czemu

nie? Sami kiedyś musieli bardzo szybko dobić do wymaganego poziomu, więc dlaczego ja miałbym oczekiwać ułatwień?

Trzeba było szybko się uczyć. Po prostu nie było czasu na nic innego. Wszystko pokazywano mi, praktycznie rzecz biorąc, tylko raz. Jeśli nie zapamiętałem procedury, nie śmiałem pytać ponownie. Cała ta subkultura została dość dosadnie podsumowana przez jednego z lekarzy: „Zobacz, zrób i nauczaj”[6]. Owa zasada działała, kiedy człowiek musiał wypisywać recepty. Kiedy jednak zaczęło się sześć miesięcy chirurgii, czynnik ryzyka nagle nieco się podniósł i słowa przysięgi Hipokratesa raptem nabrały sensu. Pamiętaj, że grzebiesz w czyichś wnętrznościach. To nie lego czy inne klocki. Jeśli już, to raczej jenga. Jedno omsknięcie i można wszystko zrujnować. Chirurdzy nie są magikami. Jak to powiedział jeden z nich: „My nie bawimy się w cuda. Jeśli masz wątpliwości, lepiej nie rób nic”.

Po pierwsze, nie szkodzić.

*

Każdy świeżo opierzony doktor musi zaliczyć minimum rok stażu. Bez względu na to, czy chce się zostać lekarzem pierwszego kontaktu, ginekologiem, czy przyszłością onkologią, wszystko zaczyna się od tego zimnego prysznic. Teraz staż rozciąga się na okres ponad dwóch lat, chociaż moim zdaniem nawet dwukrotnie dłuższe szkolenie nie zdołałoby odpowiednio przygotować człowieka na zetknięcie z otaczającym nas prawdziwym światem.

Staż na chirurgii jedynie potwierdził moją decyzję o skoncentrowaniu się na neurochirurgii, ale nadal miałem przed sobą jeszcze dwa lata biegu z przeszkodami, zanim w ogóle

mogłem zacząć specjalizację. Wreszcie po awansie na SHO[7], czyli starszego stażystę, w wybranym przeze mnie szpitalu (zdecydowałem się na Kingston w Surrey), od „doktora Jaya” zaczęto oczekiwać zajmowania się absolutnie wszystkim.

Na początek wylądowałem na stażu na SOR-ze. Jeżeli sądziłem, że wydawanie środków przeciwbólowych było trudne, praca tutaj okazała się zupełnie innego rodzaju gehenną. Jeżeli kiedykolwiek byliście na ostrym dyżurze i wydało się wam, że zajmujący się wami lekarz wygląda na nieco przerażonego, to mieliście absolutną rację. Daję słowo, często nie miałem zielonego pojęcia, co robię. Gdybyście w ramach egzaminu postawili mnie przed pozornie przypadkową listą rzadkich objawów, rozprawiłbym się z tym na szóstkę:

– Pacjent wykazuje anormalne zachowanie, a mocz oraz wosk w uszach wydzielają słodki zapach? To musi być zaburzenie metaboliczne znane jako ketoaciduria aminokwasów rozgałęzionych. Myślę, panie profesorze, że nasz pacjent cierpi na chorobę syropu klonowego (tak przy okazji, to prawdziwa choroba).

Jednak spoglądając w oczy prawdziwego, żywego pacjenta w niedzielę o pierwszej nad ranem i usiłując zrozumieć, co się dzieje, na podstawie chaotycznych sugestii „ofiary”, która dokonała samodiagnozy, presja była zupełnie innego rodzaju. Tak wiele zmiennych, tyle fałszywych tropów. Dzięki Bogu za pielęgniarzy i pielęgniarki. Ci ludzie ratowali mi tyłek niezliczoną ilość razy i są kręgosłupem oddziału. Doświadczony pielęgniarz z ostrego dyżuru jest wart więcej niż sen – a było to coś, czego potwornie wręcz mi brakowało.

SOR to prawdziwy front wojenny medycyny. Przez cały czas człowiek gasi pożary. To naprawdę bardzo ważna część całego

systemu, ale nie tutaj chciałem być. Podobne odczucia miałem wobec chirurgii ogólnej i ortopedycznej, nawet po sześciu miesiącach stażu na tych oddziałach. *Nie, myślałem. Czeka mnie przyszłość na neurochirurgii. Chcę zostać panem chirurgiem.*

Jest to dziwaczna tradycja w medycynie brytyjskiej (tak przynajmniej uważają moi zagraniczni koledzy z całego świata i, szczerze mówiąc, większość moich pacjentów): kiedy człowiek zakwalifikuje się na chirurga, zostaje automatycznie wyniesiony ponad „pośledni” przydomek „doktora”. Jako chów brytyjski z entuzjazmem czcimy początki owej tradycji, która – podobnie jak wiele angielskich dziwactw – ma początek w snobizmie.

Zostanie lekarzem w XVIII wieku wymagało zdobycia wykształcenia medycznego. W teorii był to znak erudycji, w praktyce dyplomy medyczne często trafiały do rąk szarlatanów – drogą kupna (za grosze), studiów za granicą lub korespondencyjnie. Nie miało znaczenia, jak. Liczyło się to, że dzięki temu zyskiwali tytuł „doktora” i prawo do przepisywania leków (choć z dość wąskiego zakresu), a przede wszystkim pobierania opłat. Wysokich opłat.

Od czasu do czasu diagnoza wymagała upuszczania krwi lub piłowania kości i tym już zajmował się chirurg – tyle że w tamtych czasach chirurgów nie uważało się za ludzi medycyny. Wręcz przeciwnie, byli to zwykle rzeźnicy lub częściej cyrulicy.

Jeśli trzeba było usunąć kamień z pęcherza moczowego albo wyrwać ząb, wysyłano cię w to samo miejsce, gdzie normalnie obcinają włosy i golą brody. I właśnie dlatego w dzisiejszych czasach, jeśli przyjrzyście się salonowi fryzjerskiemu z zewnątrz, często dostrzeżecie słupek z biało-czerwonymi paskami, symbolizującymi krew i bandaże związane z „tym drugim” zawodem balwierskich antenatów.

Operacje uważano wtedy za tak koszmarną stronę opieki zdrowotnej, że lekarze nie zamierzali przeprowadzać ich osobiście. Cała ta krew i posoka uwłaczały ich godności. Chirurdzy nie tylko nie musieli posiadać kwalifikacji medycznych, ale tak naprawdę potrzebowali silnych mięśni – coś, czego u wykształconego człowieka nie można było wtedy uświadczyc. Jeśli dla przykładu lekarz zdiagnozował gangrenę, która wdała się w zranioną stopę, wtedy pracujący po sąsiedzku Vidal Sassoon zwyczajnie wtykał takiemu pacjentowi skórzany pasek między zęby, a następnie wyciągał piłę, podczas gdy czterech osiłków trzymało delikwenta nieruchomo. Lekarze nie chcieli mieć z tym absolutnie nic do czynienia.

Dopiero w XIX wieku, wraz z pojawieniem się antyseptyki i pierwszych elementów anestezji, chirurgia zaczęła tracić złą sławę tortur i ludzie sami zaczęli się zgłaszać do chirurgów, mówiąc, że coś z nimi jest nie tak. W końcu sztuka owa wyewoluowała jako zawód, a ludzie go wykonujący stali się sprawniejsi i wykwalifikowani (a przy okazji mniej śmiercionośni). Wtedy to medycyna poczyniła kroki ku temu, aby owa czarna owca rzemiosła lekarskiego znalazła swoje miejsce pod jednym dachem z całą resztą trzódki. Mimo że chirurdzy stali się wreszcie pełnoprawnymi członkami kasty medycznej, nie chcieli mieć nic wspólnego z konowalami traktującymi ich kiedyś jak psa, który właśnie narobił im na buty. Dlatego nie zgodzili się na przyjęcie tytułu „doktora”. I właśnie dlatego, w geście solidarności z naszymi zawodowymi „przodkami”, angielscy chirurdzy (włączając w to mnie) nadal trzymają się tej decyzji.

Po sześciu latach starania się o zostanie „doktorem” nie mogłem się doczekać, aby się pozbyć tego tytułu.

*

Dopiero w szpitalu w pokrytym zielenią Wimbledonie wreszcie miałem szansę posmakować neurochirurgii w praktyce. Od chwili gdy zdałem egzaminy na młodszego chirurga, zmienił się jednocześnie mój zawodowy tytuł. Z największą przyjemnością słuchałem, jak ludzie zwracają się do mnie „pan”. Wiem, że to brzmi dziecinnie, ale zdobycie owego przydomku kosztowało mnie wiele czasu i wysiłku. Poza tym wszyscy moi znajomi chirurdzy mieli podobną frajdę z tej zmiany statusu.

Pracowałem z sześcioma neurochirurgami – z niektórymi bliżej niż z innymi. Mieliśmy mieszaną grupę konsultantów i starszych stażystów na specjalizacji, którzy praktycznie rzecz biorąc, byli już na finiszu. Wszyscy mieli swoje silne i słabe strony. Niektórzy pozwalali mi na więcej niż tylko załatwianie dla nich drobnych spraw i mogłem obserwować ich na sali operacyjnej, ale jednocześnie potrafili być bardzo nieprzyjemni na poziomie interpersonalnym. Inni z kolei byli absolutnie uroczy, ale zawsze miałem wrażenie, że nie interesowało ich to, co mógłbym zaoferować. Wszyscy jednak mieli jedną wspólną cechę: niewzruszone przekonanie, że operują (zamierzona dwuznaczność) w samej czołówce profesji medycznej. Pewność siebie nie była zarezerwowana wyłącznie dla gościa z Queen Square, który pomógł mi zmienić tok kariery zawodowej. Wszyscy oni mieli zuchwałość niejako we krwi. Jeden z nich przyznał podczas operacji, że „wszyscy lekarze mają kompleks Boga, ale my jako jedyni naprawdę na to zasługujemy”.

Rozumiałem doskonale, co miał na myśli. Serce jest bardzo ważne, ale ostatecznie to tylko pompa. Skomplikowany system nawadniania. Mózg z kolei to sieć kontroli. Jeżeli chcesz

cokolwiek zrobić, musisz pogadać o tym z mózgiem – och, zaraz, nie możesz, bo mózg przecież zawiaduje również mową.

Przyznaję bez bicia, że w stu procentach podzielałam ten światopogląd. Tymczasem mój starszy brat szkolił się na kardiochirurga. Między naszymi specjalizacjami odbywała się zawalowana rywalizacja. Mój brat nie ustępował mi na milimetr. Nigdy nie wątpił w swoją wyższość w tym braterskim współzawodnictwie. A kiedy obaj doświadczyliśmy niejako z pierwszej ręki umiejętności jednego z jego kolegów, zrozumiałem dlaczego.

*

Wciąż pamiętam dzień, kiedy tata zadzwonił do mnie z wieścią, że potrzebuje potrójnego bypassu. Był jeszcze w miarę młody, sprawny fizycznie i nigdy nie palił, więc wiadomość była dla mnie szokiem. Mimo tego, że wszyscy trzej paraliśmy się medycyną, lista oczekujących była tak długa, że operacja taty wypadłaby kilka miesięcy *po* przewidywanym momencie nastąpienia zawału serca. Wydawało się mi to postawione do góry nogami. Na szczęście tata miał prywatne ubezpieczenie zdrowotne. Nigdy nie rozumiałem, dlaczego lekarz miałby się decydować na prywatne ubezpieczenie, ale teraz, widząc problem z listą oczekujących, wszystko stało się jasne. Tata wiedział doskonale, jak obciążone jest NHS. Biorąc pod uwagę złe rokowania, było tylko jedno wyjście. Skoro zaś mieliśmy zapłacić za operację, mój brat, stażysta kardiochirurg, wiedział doskonale, kto powinien ją przeprowadzić.

Rano, w dniu zabiegu, przyjechaliśmy wraz z bratem, aby wesprzeć psychicznie mamę. Tata był w optymistycznym nastroju,

kiedy wywożono go z poczekalni. Ja również – ale w miarę upływu kolejnych godzin moja pewność zaczęła chwiać się w posadach. Pomimo całego mojego szkolenia myśl o tym, że jakiś obcy człowiek grzebie łapami w klatce piersiowej mojego taty, była dość niepokojąca.

Pamiętam, że spytałem brata:

– Byłeś jego stażystą, ale jesteś pewien, że jest dobry?

– Już ci powiedziałem – odparł. – Jest najlepszy. Nie chciałbyś nikogo innego.

– Miejmy nadzieję, że się nie mylisz.

Czekaliśmy przez długie bolesne pięć godzin. Już w ciągu pierwszych sześćdziesięciu minut przemierzyłem chyba każdy centymetr tamtejszej podłogi. Poza szybkim wypadem do sklepiku w poczekalni na parterze resztę czasu spędziłem, gapiąc się bezmyślnie w okno. W końcu musiałem jednak zapytać:

– Dlaczego to tak długo trwa?

– Jestem pewien, że wszystko jest w porządku – odparł mój brat. – Po prostu są bardzo dokładni.

– Przypuszczam, że masz rację. Lepiej, żeby się nie spieszyli... Hej, zaraz, chwileczkę! – Przywołałem go do okna. – Czy ja dobrze widzę?

Kilka pięter niżej, na parkingu, widniała charakterystyczna sylwetka chirurga mojego taty, ładująca się do samochodu.

– Co on do diabła tam robi?

– Musiał skończyć – odparł mój brat.

– I nie pofatygował się, żeby tu przyjść i powiedzieć nam, jak poszło? Przecież byłeś jego pieprzonym stażystą!

Chociaż mój brat bronił swojego promotora, był równie urażony, że ten nie przyszedł z nami porozmawiać. Czekaliśmy niemal sześć godzin i dosłownie nie mieliśmy pojęcia, czy tata żyje, czy

nie. Miałem tego dosyć. Pognałem wzdłuż korytarza, żeby porządnie komuś nawrzucać, kiedy nagle z sali wyszedł anestezjolog biorący udział w operacji (on również był specjalnie wybrany).

– Ach, tu jesteście – powiedział. – Właśnie miałem was szukać.

– Czy z tatą wszystko w porządku? – spytałem.

– Powinno być. Jak pan wie, pierwsze dwadzieścia cztery godziny są kluczowe, ale sama operacja przebiegła jak w zegarku.

– Dziękuję – odparłem. – Chociaż miło by to było usłyszeć od chirurga.

– Ach, niech się pan tym nie przejmuj. On nie jest zbyt dobry w kontaktach z rodzinami. Ale przecież tak naprawdę liczy się to, co robi na sali operacyjnej, prawda?

– Cóż, przypuszczam, że tak – odparłem, chociaż po raz pierwszy w moim życiu zawodowym nie byłem tego taki pewien.

Jak się okazało, następnego dnia u taty objawiła się niewydolność nerek. Nie miało to nic wspólnego z poziomem umiejętności naszego niekontaktowego chirurga – trzeba przyznać, że był prawdziwym geniuszem. Oczywiście nie mogłem mu tego powiedzieć, ponieważ przez kolejne dni pobytu w szpitalu nie pokazał się nam ani razu. Dla odmiany anestezjolog odwiedzał nas jak wścibski sąsiad.

Mój brat, podobnie jak ja, bardzo się martwił, ale nie pozwolił powiedzieć złego słowa o swoim byłym szefie. Atak na chirurga był atakiem na całą rodzinę kardiologiczną.

– Wy jesteście tacy sami – upierał się. – Pewnie nawet gorsi.

– Nie masz pojęcia, o czym mówisz – odparłem. – Nie znam neurochirurga, którego tak mało obchodziłby jego pacjent czy rodzina.

Brat roześmiał się tylko.

– Cóż, jestem pewien, że wkrótce takiego poznasz.

I rzeczywiście, niestety nie upłynęło zbyt wiele czasu, kiedy jego proroctwo się spełniło. Całe to wydarzenie nauczyło mnie jednego: jak to jest siedzieć na taniej kanapie, popijając lurę i pocąc się ze zdenerwowania – innymi słowy, jak to jest być rodziną pacjenta. Przy moim tacie było wystarczająco trudno, ale gdy pacjentem jest twoje własne dziecko – nikt nie chciałby przechodzić czegoś takiego zbyt często w życiu. Od tamtej chwili wiedziałem, że częścią mojej pracy będzie próba ukojenia tego strachu u innych ludzi, w miarę moich możliwości.

*

Chirurgia jest rzemiosłem. Nie wszystkiego można się nauczyć z książek, stąd pozornie nieskończone praktyki i szkolenia. Na początku, jako młodszy stażysta, spędza się czas na badaniu pacjentów (bardzo wielu pacjentów) i codziennych pracach oddziałowych, ucząc się tego, w jaki sposób wszystko działa i jakie obowiązują reguły gry. Ma się wprawdzie wstęp na salę operacyjną, ale absolutnie „bez dotykania”. To brutalna degradacja w porównaniu z ilością operacji, jakie wykonuje się podczas stażu na innych specjalizacjach. Byłem w stanie praktycznie samodzielnie przeprowadzić sporo operacji jamy brzusznej, ale szkolenie neurochirurgiczne sprowadza człowieka na parter.

Po całym roku takiej pracy zaczyna się wreszcie asystować przy niektórych zabiegach, ucząc się zamykać rany, używać ssaka i robić inne mało ryzykowne rzeczy. Zawsze towarzyszy ci rezydent lub konsultant, a często obaj, kierując każdym twoim ruchem. Za pierwszym razem człowieka ogarnia potworne

zdenerwowanie – twoich przełożonych również, chociaż oczywiście nigdy się do tego nie przyznają. Ale jakoś się przez to przechodzi i następnym razem nie obserwują cię już jak para głodnych jastrzębi.

*

Było późno w nocy. Pełniłem akurat dyżur jako „lekarz od wszystkiego”. Miałem reagować na sygnał beepera w razie nagłych wypadków. Jak się okazało, jeden z nich się wydarzył. Zadzwoiłem więc grzecznie po starszego asystenta, który dyżurował razem ze mną pod telefonem. Zabrał pacjenta na blok operacyjny. Cały proces odbył się tak gładko, jak można było sobie tego życzyć. Potem jednak beeper odezwał się znowu. Spisałem historię choroby i wyniki badań przekazane mi telefonicznie przez wymęczonego stażystę (niewątpliwie również wykorzystywanego na maksa) w jakimś innym szpitalu.

Znów zadzwoniłem, tym razem do szefa, ponieważ starszy asystent był zajęty. Konsultanci są pod telefonem przez cały czas, nawet poza godzinami pracy – zawsze dostępni, aby móc udzielić porady i pomocy. Spodziewałem się, że powie: „Zbadaj pacjenta. Zaraz przyjeżdżam”, ale on tego nie zrobił.

- Widziałeś już przedtem ten zabieg? – spytał.
- Tak.
- Doskonale. Myślę, że sobie poradzisz.
- Poradzę? To znaczy sam?
- Chyba chcesz być chirurgiem, prawda?
- No... tak, oczywiście.
- W takim razie pacjent należy do ciebie. Daj mi znać, jak ci poszło.

Odłożyłem słuchawkę zszokowany. Wreszcie. Stało się. Po wszystkich tych latach marzeń i oczekiwania wreszcie mogłem sam operować. Byłem niesamowicie podekscytowany, tak bardzo gotowy na ten moment. Byłem przekonany, że ta osoba – ten człowiek, którego życie spoczęło w moich rękach – odczuje pozytywne skutki działania najwybitniejszego chirurga, jakiego widział nasz kraj!

Byłem gotowy. Byłem pewny siebie.

Może zbyt pewny siebie.

[4] Rzeczywiście, wbrew powszechnej opinii autorem przysięgi lekarskiej byli uczniowie Hipokratesa z kręgu pitagorejczyków, samą zaś formułę zasad etycznych zawodu lekarza przypisuje się Imhotepowi. Obecnie obowiązuje przysięga deklaracji genewskiej lub dokumenty na niej oparte.

[5] W dziewiętnastowiecznej teorii frenologicznej kora mózgowa podzielona była na odrębne ośrodki, z których każdy stanowił anatomiczne podstawy zjawisk psychicznych, jak talent itp.

[6] Ang. *See one, do one, teach one* – metoda dydaktyczna w chirurgii klasycznej sformułowana przez W.S. Halsteda w XIX wieku.

[7] Ang. *senior house officer*.

ROZDZIAŁ TRZECI

ZOBACZ, ZRÓB I NAUCZAJ

Spoglądam na pacjenta wręcz usianego nowotworami. Jego chłoniak rozprzestrzenił się na całe ciało. Facet jest wykończony. To już ostatni, desperacki krok. Nie mam absolutnie pojęcia, dlaczego dopiero teraz pojawił się na naszym radarze. Wyraźnie ciągnęło się to już od jakiegoś czasu i teraz nieszczęśnik jest na ostatniej prostej do mety. Podejrzewam, że bez interwencji zostały mu niecałe 24 godziny życia, może kilka tygodni bez względu na to, co dziś zrobimy. Ktoś musiałby natychmiast go operować, aby dać mu jakąkolwiek szansę kilku dodatkowych dni życia z rodziną. I tym kimś dość niespodziewanie okazałem się ja.

Mój przełożony nie ma specjalnie ochoty na wizytę w szpitalu, starszy asystent jest w środku własnej operacji, więc przyszedł czas, żebym stanął na wysokości zadania.

Zobacz, zrób i nauczaj. Te słowa rozbrzmiewają raz po raz w moich myślach. Widziałem. Wiem, jak to zrobić. To przecież tradycja w chirurgii.

Rozglądam się i widzę anestezjolożkę, z którą już wcześniej pracowałem. Wygląda na spokojną. Instrumentariuszka asystowała przy operacjach przez ponad dwadzieścia lat. To, że jestem nowy, nie oznacza, że w pobliżu nie ma ekspertów.

Widziałem ten zabieg prawdopodobnie z pięć razy i asystowałem przy nim dwukrotnie. Jest stosunkowo prosty: muszę wprowadzić cewkę do czaszki pacjenta, żeby odciągnąć nadmierną ilość płynu rdzeniowo-mózgowego, który – jak widać na skanach – gromadzi się w komorach mózgu, czyli w specjalnych, wypełnionych płynem jamach w śródmózgowiu. Powinienem wejść od prawej strony pacjenta z przodu głowy, w tej okolicy nie ma żadnych ważnych ośrodków, wszystkie funkcje mowy znajdują się w lewej półkuli. Jest to zatem najmniej szkodliwa opcja, jak to często jesteśmy zmuszeni wybierać. Widziałem i czytałem wiele razy o tym właśnie punkcie jako najlepszym miejscu do otworzenia czaszki.

Pacjent jest cały pokryty zielonymi chustami chirurgicznymi. Pamiętam, jak używaliśmy takich serwet całymi latami – prało się je i ponownie wykorzystywało, do znudzenia. Stopniowo pojawiała się na nich coraz więcej plam i łat, ale wyrzucaliśmy je dopiero, kiedy zaczynały przypominać niektóre z moich „stalowoszarych” galotów (wiecie, jakich, tych z dodatkowymi „komfortowymi dziurami”). W dzisiejszych czasach wszystko jest jednorazowego użytku. Oszczędza się w ten sposób na praniu i transporcie, chociaż nie jestem przekonany co do tego, czy tak duże ilości papieru są „ekologiczne”. Tak czy owak, wybór nie należy już do mnie.

Ale, ale, odbiegam od tematu. Głowa pacjenta jest częściowo odsłonięta, oczyszczona, wysterylizowana. Czeka, gotowa.

Spoglądam na anestezjolożkę.

– Pacjent jest twój – mówi. – Z tej strony wszystko gra.

Instrumentariuszka wręcza mi skalpel. Półkolistym ruchem nacinam skórę wokół punktu wejścia i odciągam ją na bok, odsłaniając fragment kości, przez którą muszę się przewiercić. Spoglądam na instrumentariuszkę, która już trzyma w dłoni wiertło. Przewiduje każdy mój ruch.

To bardzo ważne, żeby nie wejść zbyt głęboko i nie wwiercić się w mózg – oczywiście jeśli nie chce się narobić nieodwracalnych szkód. Ustawiam maszynę tak, jak zawsze to obserwowałem. Jeżeli przypadkowo miałbym wejść głębiej, zasilanie wiertarki zostanie odcięte. Całkowite bezpieczeństwo.

Jesteśmy gotowi. *Oddychaj głęboko.*

Jeśli kiedykolwiek próbowaliście wywiercić dziurę w gipsowej ścianie, kojarzycie pewnie ten nagły skok, kiedy wiertło przebija się przez warstwę płyty i trafia w powietrze. Chociaż nawiercam otwór bardzo powoli, mimo wszystko fakt, że w pewnej chwili przestaję czuć opór, jest dla mnie zaskoczeniem. Tylko że w tym przypadku wiertło nie napotkało pustki, lecz przestrzeń podczaszkową. Wyłączam narzędzie i rozcinam włóknistą błonę otaczającą mózgowie, czyli oponę twardą.

Wendy (instrumentariuszka) wręcza mi dren komorowy – rurkę, którą muszę wprowadzić do mózgu, aby dostać się do płynu gromadzącego się wewnątrz. To trochę jak wkładanie słomki do orzecha kokosowego, żeby dostać się do mleka w jego wnętrzu. Zaczynam powoli, sprawdzając znaczniki na drenie: 4 centymetry, został jeszcze jeden. Widziałem już dreny wsuwane na głębokość 5 centymetrów. Teraz znajdujemy się w niebezpiecznym punkcie. Muszę prowadzić rurkę idealnie prosto w głąb. Jakikolwiek odchył może oddalić mnie od płynu i naruszyć bardzo wrażliwy obszar. Czytając teraz ów opis, wszystko wydaje mi się nieco

melodramatyczne, ale mam już za sobą wiele lat doświadczenia w tej pracy. To początkowe przerażenie, kiedy człowiek zdaje sobie sprawę, że żadna kawaleria nie nadciągnie mu z pomocą i że to ty masz na sobie błękitny strój chirurga, a zatem to ty powinieneś uratować sytuację – takie uczucie bardzo trudno jest zapomnieć.

Nie spuszczam wzroku ze znaczników na drenie. Pokonanie pozostałego dystansu zajmie mi mniej niż sekundę. Nie mogę popełnić błędu – życie tego człowieka zależy ode mnie. Mam niewielkie doświadczenie i jestem koszmarnie stremowany. To nie jego wina, że ratowanie go przypadło akurat mnie. To dla mnie zaszczyt. Operuję na mózgu człowieka, mam możliwość ocalić życie, zmienić coś na lepsze. Marzyłem o tej chwili przez bardzo długi czas.

Docieram do 5 centymetrów i oddycham z ulgą. Wewnątrz cewnika jest drucik, który usztywnia rurkę podczas wprowadzania do mózgu. Wyciągam go z drenu i natychmiast wycieka płyn rdzeniowo-mózgowy. Co za ulga. Wkrótce powinniśmy zaobserwować poprawę.

– Musimy teraz poczekać na wybudzenie – mówi anestezjolożka.

Myję się, przebieram w świeży strój i wychodząc, ledwie jestem w stanie stłumić radość. Strzeliłbym sobie nawet ostrogami w powietrzu, w stylu Freda Astaire'a, gdyby nie fakt, że coś takiego po prostu nie uchodzi. Jestem nabuzowany pozytywną energią. Moja pierwsza operacja. Mój pierwszy test. Mój pierwszy krok ku szczytowi.

Owszem, trzęsły mi się ręce. Bądźmy szczerzy, cały dygotałem ze strachu, ale to nieistotne. Najważniejsze, że nie zawahałem się podczas zabiegu. Normalnie Clint Eastwood chirurgii – pewna ręka i nerwy ze stali. Zabieg przeprowadziłem wręcz

podręcznikowo. Byłem uszczęśliwiony, wniebowzięty. Nie osiągnąłem jeszcze wprowadzić „kompleksu Boga”, ale bądźmy szczerzy, właśnie zagłębiłem się w mózg człowieka – jego istotę, duszę – i ocaliłem mu życie.

Właśnie do tego byłem stworzony.

*

Powrót do zwykłej rzeczywistości był trudny. Jak się okazało, świat nie zmienił się aż tak bardzo, jak ja.

– Hej, właśnie przeprowadziłem swoją pierwszą operację.

– To super. A teraz podaj mi te czopki i miseczkę na wymioty. Gościa czeka wojna na obu frontach...

Mniej więcej godzinę później zajrzałem do OIOM-u, aby sprawdzić, jak się czuje mój pacjent. Spodziewałem się, że będzie siedział na łóżku, racząc się winogronami w towarzystwie swoich najbliższych. Okazało się, że nastrój panujący przy jego łóżku był nieco bardziej ponury – co było dość zrozumiałe.

– Kiedy on się obudzi? – spytała jego żona. – Kiedy będziemy go mogli zabrać do domu?

I co ja mam powiedzieć? Naprawdę sądziłem, że o tej porze powinien już dawno nie spać.

– No cóż, jak wiemy, pani mąż przeszedł bardzo poważną operację. Zabieg się udał, ale każda osoba dochodzi do siebie w swoim własnym tempie. Nie wspominając o tym, że pacjent jest bardzo chory ze względu na zaawansowane stadium raka, co oznacza, że wybudzenie może mu zająć dużo więcej czasu. Nadmiar płynu w mózgowiu jest odsączany, więc ciśnienie w mózgu powinno wrócić do normy.

Dyżurowaliśmy przez całą noc pod telefonem oprócz zwykłych zmian w ciągu dnia, zatem płynnie przeszedłem z nocnego ostrego dyżuru do regularnej pracy oddziałowej. Miałem mnóstwo spraw do odbębnienia dla starszego asystenta: podsumowania na wypisach ze szpitala, skierowania na konsultacje do innych placówek oraz tym podobne proste zadania. Rozprowiłem się z nimi najlepiej, jak potrafiłem, ale przez cały czas myślami byłem zupełnie gdzie indziej: przy tamtym łóżku, tamtym człowieku, tamtej operacji. Przy tej wzmiance w historii.

Kiedy mój przełożony oznajmił, że planuje obchód, porzuciłem wszystko, żeby się do niego przyłączyć. To nie on był pod telefonem tamtej nocy, kiedy dzwoniłem po pomoc, ale bardzo chciałem pochwalić się przed nim moim osiągnięciem. Przez półtorej godziny snuliśmy się po różnych zakątkach szpitala, aż wreszcie pojawiliśmy się na OIOM-ie. Mój pacjent. Moja duma.

Kiedy konsultant spojrział na kartę chorego, rozpoznał moje nazwisko, ale mnie w tamtej chwili przestało to tak bardzo obchodzić.

– Nie sądzi pan, że powinien się już wybudzić? – spytałem.

Szef wczytał się w dane.

– Hmm, owszem, taką miałbym nadzieję.

Zaczął zadawać pytania towarzyszącym mu pielęgniarce i gromadce praktykantów. Poprosił również o dodatkowe informacje oraz o nowy skan. Zakończyliśmy obchód, a potem wróciliśmy, żeby obejrzyć zdjęcia.

Po, zdałoby się, całej wieczności wyczekiwania konsultant przywołał mnie do siebie. Jak się okazało, był to wielkoduszny gest.

– Nie sądzę, żeby pacjent miał się ocknąć – powiedział dosadnie, ale tak, żeby nie usłyszała go rodzina chorego.

– To niemożliwe – wyplułem z siebie. – To ja operowałem i nie popełniłem żadnego błędu.

– A mimo to twój pacjent nigdy się nie obudzi – odparł mój szef.

*

To był najokropniejszy moment mojego życia. Chciałem skulić się na łóżku obok mojego pacjenta i poprosić, żeby ktoś wyłączył maszynę podtrzymującą moje własne życie.

Skan chorego ujawnił potworną prawdę. Owszem, ciśnienie spowodowane nagromadzeniem płynu rdzeniowo-mózgowego zostało zniwelowane, ale ostatecznie doprowadziło to do gwałtownego spadku ciśnienia płynu w przestrzeni otaczającej usiany nowotworami mózg pacjenta. Bez odpowiedniego ciśnienia (które, przypominam, jeszcze niedawno niemal zabiło nieszczęśnika) sieć naczyń krwionośnych zasilających guz nagle została uwolniona i, niestety, skończyło się to znacznym wylewem krwi do pnia mózgu – centrum odpowiedzialnego za stan przytomności i generalnie za wszystkie funkcje życiowe. Nie byłem winny temu rozległemu krwawieniu i naprawdę musiałem przeprowadzić tamtą operację. Ów fakt jednak nie zmniejszył mojego poczucia winy w całej tej sprawie.

– Cóż, zdecydowanie nie mogłeś tego przewidzieć. Naprawdę, to nie była twoja wina. – Konsultant wpatrzył się ponownie w notatki. – Poza tym pacjent i tak miał przed sobą już tylko kilka dni życia. Jeśli już, oszczędziłeś mu mnóstwa cierpienia.

*

Pognałem na piętro, na którym mieścił się oddział neurochirurgii. Chciałem znaleźć mojego drugiego przełożonego – tego, który poinstruował mnie, abym przeprowadził operację. Tego, który mi zaufał. Pukając do drzwi jego gabinetu, w myślach tworzyłem już mowę rezygnacyjną. W końcu przeprowadziłem operację, która w efekcie skróciła tylko życie chorego. Innymi słowy, zrobiłem coś, co sprzeciwiało się całemu etosowi przysięgi Hipokratesa.

Przedstawiłem szefowi raport z całego zajścia i oczywiście tragiczny rezultat. Kiedy skończyłem, konsultant w milczeniu pogładził się po brodzie.

– Takie rzeczy się zdarzają – powiedział.

– Tak, ale to była moja wina.

– To NIE BYŁA twoja wina. Zrobiłeś wszystko, jak należy. Pacjent miał szczęście, że byłeś na miejscu i przynajmniej próbowałeś go ratować. Obawiam się, że przyszedł na niego czas. Potraktuj to jako kolejne doświadczenie i wracaj do roboty.

Byłem zaskoczony tym, jak wszyscy byli wyrozumiali.

Wyszedłem z gabinetu zszokowany: naturalnie odczuwałem ulgę, że nie zmieszano mnie z błotem, ale byłem załamany śmiercią człowieka, a jednocześnie zdezorientowany faktem, że moi przełożeni nie wydawali się na mnie wściekli. Gdybym pracował, dajmy na to, w fabryce spinaczy i gdybym zawieruszył gdzieś zamówienie, wtedy owszem, zrozumiałbym, kiedy powiedzieliby mi, żebym się nie przejmował. Jednak my byliśmy chirurgami. To nam reszta społeczeństwa ufała, że będziemy w stanie ocalić ich życia. To chyba dość znacząca różnica?

Przypomniałem sobie problemy mojego taty i to, jak fatalnie się poczuliśmy, gdy chirurg kompletnie nas zignorował – zupełnie jakbyśmy się dla niego nie liczyli. *To dopiero jest kompleks Boga,*

pomyślałem. *Oni naprawdę uważają, że nie muszą się przed nikim tłumaczyć.*

Czując nerwowe mdłości, zszedłem na dół w towarzystwie bardzo pomocnego starszego asystenta, aby poinformować rodzinę pacjenta o tym, co się wydarzyło: że przeprowadziłem operację, po której nastąpiły „nieprzewidziane komplikacje”. To typowa, dziwaczna brytyjska metoda bagatelizowania spraw w obliczu komplikacji, które doprowadziły pacjenta do śmierci. Rodzina chorego wysłuchała mnie i podziękowała mi za moją szczerość i próbę pomocy. Jego żona powiedziała, że mąż na pewno umarłby bez operacji, więc przynajmniej spróbowaliśmy. I na tym się skończyło.

*

Cień niepowodzenia tej operacji nigdy mnie nie opuścił. I wcale tego nie chciałem – nie zamierzałem bowiem zapomnieć o tym, czego ta sytuacja mnie nauczyła. Jednak życie w Wimbledonie było zbyt intensywne, aby poświęcać przemyśleniom nadmierną ilość czasu. Kilku innych konsultantów nadzwyczajnie (przynajmniej w moim odczuciu) starało się zapewnić mi ciągłe zajęcie. Dostałem kilka nowych przypadków do konsultacji i przygotowania. Naprawdę przyłożyłem się do rozpoznania wymogów moich nowych pacjentów i całkowicie poświęciłem się temu, aby informować ich oraz najbliższych o wszystkim aż do chwili operacji.

Szczerze mówiąc, miałem wrażenie, że traktują mnie trochę jak niegrzeczne dziecko, które trzeba czymś zająć. Potem zdałem sobie sprawę, że moi przełożeni po prostu starali się mi pokazać, że zawsze będzie na mnie czekał inny pacjent; że potrafię sobie

z tym wszystkim poradzić. Neurochirurgia nie jest łatwą specjalnością. Musiałem nauczyć się, jak zajmować się moimi pacjentami i nie dopuścić, aby jakiegokolwiek niepowodzenie całkowicie mnie paraliżowało. A porażek miało być mnóstwo i niektóre z nich bezpośrednio na skutek mojego działania. Musiałem się nauczyć to akceptować i pracować dalej, inaczej moja kariera załamałaby się, z guzami nieusuniętymi do końca w obawie przed konsekwencjami i z niewyleczonym wodogłowiem oraz wieloma innymi przypadłościami, których kuracja niosła ze sobą ryzyko i do których w związku z tym podszedłbym zbyt ostrożnie. Zgoda na operację, z długą listą potencjalnych komplikacji, podpisywana nawet przed najprostszymi operacjami, do czegoś przecież służy.

Weź się w garść, Jayamohan. Pomyśl sobie, że przynajmniej to nie ty jesteś pacjentem...

*

Okolo trzech tygodni po mojej pierwszej operacji miałem obserwować zabieg z innym konsultantem. Wyglądało na to, że pacjent miał jeden z rodzajów glejaka mózgu – nowotwór, który widywałem dość często. Jest bardzo podstępny i niemal wszyscy chorzy umierają z jego powodu w ciągu dziewięciu miesięcy do roku – i to już *po* operacji oraz radioterapii. Przygotowałem pacjenta, przeprowadziłem wszystkie przedoperacyjne badania i testy, przedyskutowałem z nim wszystko i naprawdę dobrze go poznałem podczas jego pobytu na oddziale. Moja szefowa *du jour* chyba zdawała sobie z tego sprawę. Kiedy byliśmy już gotowi do rozpoczęcia, zwróciła się do mnie:

– Słuchaj, odwaliłeś całą robotę, więc może chcesz przeprowadzić tę operację ze mną? Pomogę ci we wszystkim.

– Naprawdę? Bardzo bym chciał.

Nigdy nie spodziewałem się, że będę operował nowotwór tak wcześnie w mojej karierze. To nasi najgroźniejsi przeciwnicy. Szansa na wycięcie guza mózgu była czymś niesamowitym. Sam fakt, że ktoś ufał mi z *czymkolwiek* po mojej ostatniej porażce, wydawał się cudem. Ale ta konsultantka była niesamowita. Przeprowadziła mnie przez każdy etap zabiegu i wszystko poszło jak z płatka. Pacjent wybudził się bez problemu, z pełnią funkcji życiowych.

– Nieźle – oceniła moja szefowa. – A teraz, zechciałbyś poinformować rodzinę chorego?

– Z autentyczną przyjemnością. Dziękuję pani.

– Jeszcze kilkadziesiąt podobnych zabiegów i może, tylko może, będziesz gotowy, żeby kogoś nauczyć.

Za wcześnie, szefowo. Za wcześnie...

ROZDZIAŁ CZWARTY

ZWYCZAJNA SOBOTNIA NOC

LUP. LUP. LUP.

Pot leje się ze mnie strumieniami, ale to nic w porównaniu z wodospadem spływającym z czoła anestezjologa. To on odwala całą robotę, przynajmniej na razie.

– John – krzyczę. – Chodź tutaj!

John jest salowym i przez cały dzień coś dźwiga i popycha. Jest silny i w dobrej formie. Lepszej niż anestezjolog. Anestezjolodzy są bodaj najcenniejszą grupą ludzi w szpitalu, ale nikt nie chciałby, żeby reprezentowali cię w bójce na pięści. Zwłaszcza, kiedy ma się do dyspozycji salowych.

John przybiega na wołanie z kolegą, Dave'em, drepczącym mu po piętach. Obaj wiedzą doskonale, co robić. Wymieniając się od czasu do czasu, uciskają rytmicznie klatkę piersiową pacjenta, tak jak przed chwilą robił to anestezjolog. John pompuje i czeka. Pompuje i czeka. Na jego czole zaczynają lśnić kropelki potu, ale radzi sobie. Jak na razie.

LUP. LUP. LUP.

Nie pamiętam imienia pacjenta. Wiem tylko, że jest młodym mężczyzną. Martwym od trzech minut.

Kiedy do nas przyjechał, jeszcze żył – chociaż ledwie, ledwie. Żrenice miał rozszerzone, a do tego bardzo poważne obrażenia głowy. Godzinę wcześniej został pobity na miazgę przed pubem. Kolejny zwykły sobotni wieczór. Na pogotowiu rozpoznano skrzep krwi w mózgu, więc przerwali go do mnie. Nie żywili zbyt wielkiej nadziei, ale kiedy przekazywali mi nosze na kółkach, jeden z nich powiedział:

– Mam nadzieję, że jesteś dziś w nastroju do cudotwórstwa.

To taki nasz wewnętrzny żart. Wszyscy wiedzą, że neurochirurdzy uważają się za prawdziwą śmietankę zawodu lekarskiego. Lubimy to powtarzać – sobie i każdemu, kto skłonny jest nas słuchać. Nikt w to nie wierzy do czasu, gdy trafia ci się taki koszmar jak ten i nagle przychodzi czas, aby przynajmniej spróbować dorównać mitowi.

LUP. LUP. LUP.

Serce pacjenta zatrzymało się w momencie, gdy położyliśmy go na stole operacyjnym.

– O cholera!

Wszyscy zgromadzeni powiedzieli lub pomyśleli to samo, kiedy monitor serca przestał pikać i wydał z siebie tę nader znajomą, ciągłą, niepokojącą nutę. Ale to anestezjolog zareagował najgłośniej. Na sali operacyjnej serce jest jego domeną. Może i ja dzierzę w dłoni magiczny skalpel, ale on odpowiada za utrzymanie pacjenta przy życiu do czasu, gdy skończę, a jakkolwiek by patrzeć, płaska linia wykresu nigdy nie jest tu mile widzianym gościem.

Zanim ktokolwiek zdołał zareagować, anestezjolog rzucił się do uciskania klatki piersiowej dłońmi. Defibrylator może czasem

zrestartować serce od razu, ale ustawienie aparatu zajmuje nieco czasu, a wokół pacjenta dodatkowo znajdowało się tyle metalowych narzędzi, że skończyłoby się to porażeniem kilkorga z nas przy okazji.

Została zatem ręczna stymulacja, która wcale nie wygląda tak, jak na filmach. Jeżeli nie ocierasz się niemal o złamanie żeber pacjenta, nie robisz tego dobrze. A uciskanie klatki piersiowej tak mocno i głęboko, raz po raz, jest naprawdę wykańczające. Dlatego zawołałem na pomoc chłopców.

LUP. LUP. LUP.

– Cztery minuty, Jay – mówi anestezjolog, z trudem zachowując jako taki spokój.

Cztery minuty? Facet nie żyje dłużej, niż niektórym ludziom zajmuje przebiegnięcie kilometra. W którym momencie dana osoba zmienia się z pacjenta w zwłoki? Czasami w takich chwilach człowiekowi przychodzą do głowy naprawdę dziwne myśli.

Po, zdałoby się, nieskończenie długim czasie wreszcie pojawia się puls i coś na kształt ciśnienia. Pacjent wciąż jest niestabilny i w każdej chwili znów może nam zejść. Zastanawiamy się wspólnie, co robić. W idealnym świecie powinien znaleźć się na intensywnej terapii, gdzie moglibyśmy podać mu różnorakie leki wspomagające pracę serca. Problem w tym, że serce zatrzymało się z powodu skrzepu w pobitym na miazgę mózgu pacjenta. Jeżeli go nie usunę, facet nie ma szans na przeżycie. Decydujemy więc, że przeprowadzę operację, a zespół będzie podtrzymywał pracę serca pacjenta farmakologicznie lub za pomocą rąk – w zależności od tego, jak się ułoży.

Są dwa sposoby na dostanie się do...

– Na litość boską, Jay. Otwórz go i wyciągnij ten skrzep. Szybciej! Ruszaj się.

Nie trzeba mi tego powtarzać, ale anestezjolog po prostu wyraził to, co myśli każdy członek zespołu. Umieszczam ostrze skalpelu na skórze pacjenta i naciskam. Wchodzi głęboko i czuję, jak opiera się o kość. Robię nacięcie w kształcie znaku zapytania, odciągam skórę i wpatruję się w odsłoniętą czaszkę. Nie jest to czysta procedura, ale za to najszybsza. Jeśli nie zrobię czegoś natychmiast, nie będzie przyszłości – nie dla tego człowieka.

Mija pięć minut.

W tak nagłych przypadkach szczególnie docenia się wartość doświadczonego instrumentariusza. Ci nieźli wiedzą, czego będę potrzebował, zanim ja o tym pomyślę. Świetni podają mi narzędzie, gdy tylko wyciągnę po nie rękę, ale najlepsi wkładają mi w nią narzędzie dokładnie w taki sposób, w jaki chcę je trzymać, więc nie muszę odrywać wzroku od pacjenta nawet na sekundę. Jill jest jedną z najlepszych instrumentariuszek. Podaje mi wiertarkę.

– Czemu to trwa tak długo? – Kolejna dawka „wsparcia” od anestezjologa. Uwielbiam atmosferę nocnych zmian. To trochę jak utarczki między rodzeństwem – przytkamy się i narzekamy na siebie, ale zawsze stoimy za sobą murem. Wiertarka jest skalibrowana tak, aby przewiercić się przez kość i wyłączyć się, zanim wiertło uszkodzi mózg. Całe szczęście, zważywszy na to, jak szybko robię pierwszą dziurę. Jedna jest, zostały jeszcze dwie. Napieram na urządzenie, odruchowo krzywiąc się, kiedy ostre drzazgi kostne wypryskują w powietrze.

Dwie. Trzy. Teraz przyszedł czas na połączenie tych dziur.

– Sześć minut.

Jill wkłada mi w dłoń piłkę, z włącznikiem idealnie ułożonym między moim kciukiem i palcem wskazującym. Chwytam ją mocniej, wsuwam ostrze w jeden z otworów i uruchamiam urządzenie. To ciężka praca, a wyścig z czasem wszystko utrudnia – nawet narzędzia wydają się cięższe. Nachylam piłkę pod kątem i czuję, jak moja ręka lekko się obniża, kiedy pierwsze nacięcie łączy dwa otwory.

Kolejne dwa zajmują mi minutę lub dwie. Przeciągając piłką po raz ostatni, jestem świadomy tego, że strach panujący w pomieszczeniu przekształcił się w wyczuwalne napięcie. Jesteśmy już prawie u celu. Teraz albo nigdy.

– Osiem minut, Jay. Pospiesz się, do cholery.

Kiwam niedostrzegalnie głową. To wszystko, czego potrzeba – anestezjolog wie, że go słyszałem. Zdaje sobie również doskonale sprawę, że nie trzeba mi tego powtarzać dwa razy. To porządny gość. Jakiś czas temu przeniosłem się do Glasgow, w ramach kolejnego stażu. Oboje byliśmy tam rezydentami przez kilka lat i spędziliśmy wiele wspólnych nocnych dyżurów. Ufamy sobie wzajemnie, a to liczy się bardziej niż cokolwiek w tej sytuacji.

Jeżeli dobrze sobie wszystko obliczyłem, skrzep krwi, blokujący przewodzenie sygnałów do serca (i wszystkiego innego), powinien znajdować się mniej więcej pod nierównym pięciokątem, który właśnie wycinam w czaszce. Ze względu na okoliczności, zrobiłem otwór większy niż zazwyczaj; mniej więcej o powierzchni małej dłoni. Powinienem dzięki temu szybko znaleźć to, czego szukam pod spodem – i do czego chciałbym dotrzeć jak najszybciej.

Instrumentariuszka wyjmuje mi piłę z dłoni, niemal zanim ją do niej wyciągam. Kilka sekund później moje palce wczepiają się w pięciokątną łatę kości, którą wyciąłem. Teraz to ja zaczynam się pocić.

– Rusz się, no rusz się...

Z każdą mijającą sekundą moje palce zdają się puchnąć, ale nagle wreszcie udaje mi się zaczepić je o płytkę i z łatwością unoszę poszarpany na brzegach fragment czaszki. Otwieram szybko oponę twardą skalpelem, a potem chwytam duże nożyczki – nie ma czasu na zabawę małymi. Pod błoną ochronną powinienem widzieć mózg. Zamiast tego moim oczom jawi się krwawa gruda pokryta czymś, co wygląda jak dżem. To skrzep – i jest naprawdę gigantyczny.

Anestezjolog krzyczy, zdesperowany, ale ja nie słucham jego głosu. Ignoruję również stękania salowych. Moją uwagę przyciąga nie jakiś szczególny odgłos, lecz jego brak. Nieobecność. Czy tylko to sobie wyobrażam, czy przeszywający uszy wrzask monitora serca zamarł?

Anestezjolog nagle również to zauważa:

– Dalej, ty skurwysynu.

Wszyscy wiemy, co powinno się za chwilę stać, ale oczekiwanie jest prawdziwym koszmarem.

A potem wreszcie nadchodzi, na początku słabo. *Pik. Pik.*

Potem mocniej. *PIK. PIK. PIK. PIK.*

Uśmiecham się. Nic nie mogę na to poradzić. Usunięcie kawałka kości czaszki wystarczyło, żeby zmniejszyć ucisk na mózg. Szlaki komunikacyjne prowadzące do serca i płuc zostały odblokowane. Wszystko zaczęło wracać do normy – łącznie z nastrojem moich kolegów.

Robiłem swoje, a stan pacjenta stopniowo się stabilizował. Nadal zostało mi sporo do zrobienia. Musiałem odessać krew i usunąć uszkodzone fragmenty mózgu, które nigdy już nie wróciłyby do stanu sprzed urazu. Potem umocowałem ponownie wyciętą płytkę kostną i naciągnąłem skórę na tyle czysto, na ile

mogłem. Osiągnęliśmy niemożliwe – przywróciliśmy człowieka do życia. Przeszkodził naturalnemu biegowi rzeczy i zmieniliśmy zwłoki w pacjenta.

Zasklepiając czaszkę, uśmiechałem się. Wiedziałem wtedy, że chcę robić takie rzeczy do końca życia.

Kolejna zwykła sobotnia noc w Glasgow...

*

Nigdy nie przestajemy się uczyć. Na stanowisku młodszego rezydenta operuje się w zasadzie przez cały czas, ponieważ człowiek ma wtedy kilku szefów i gdy tylko ma wolną chwilę, przerzuca się na operację kolejnego pacjenta. Dlatego właśnie w ciągu sześciu lat przechodzi się od poziomu, na którym człowiek nie jest w stanie wziąć do ręki skalpela, do awansu na konsultanta. A przynajmniej tak wygląda idealny przebieg kariery. To bardzo intensywny proces. Przez dwa lata pracowałem jako młodszy chirurg, a potem starszy rezydent, czyli tzw. SHO, w szpitalach w Ealing i Wimbledonie. Odbębniłem w tym czasie dużo operacji – przy których coraz mniej mnie nadzorowano – i odczuwałem coraz większą satysfakcję z mojej pracy. Choć były to zabiegi w różnych specjalizacjach, wszystkie podniosły poziom moich umiejętności.

Moim celem było osiągnięcie awansu na rezydenta neurochirurgii. Według mnie ci ludzie byli (i nadal są) mechanizmem napędowym szpitali. Rezydent przebywa z pacjentami przez cały czas. Praktycznie mieszka na oddziale. Wie wszystko o wszystkich osobach, które pojawiają się w murach szpitala. Niektórzy konsultanci polegają całkowicie na notatkach rezydentów, kiedy opracowują swoją opinię danego przypadku.

Niektórzy z rezydentów angażują się bardziej i wymieniają uściski (nie tylko dłoni) z pacjentami i ich rodzinami, ale – jak przekonałem się na samym sobie – takie bratanie się jest nieobowiązkowe dla *grosse poissons*^[8] ze skalpelami. Dlatego właśnie rezydent jest tak istotny dla całego procesu leczenia. A ja naprawdę nie mogłem się już doczekać.

Ponieważ miałem dość silną konkurencję, zabrałem się ostro do roboty. Nie miałem doktoratu, co stawiało mnie na nieco słabszej pozycji, gdy przyszło składać podanie o pracę. Dziewiętnaście formularzy pozostało bez zaproszenia na rozmowę kwalifikacyjną. Byłem tak rozczarowany nikłością moich szans, że zacząłem nawet rozważać inne opcje, jak przekwalifikowanie się na prawnika. Nie chciałem skończyć jako zgorzkniały lekarz wykonujący pracę, której nie cierpi. Do tego jeszcze jestem dość kłótniwy, co – w przyszłości – miało mi się bardzo przydać, ale o tym później.

Potem okazało się, że w szpitalu w Glasgow mają miejsce dla jednego rezydenta na neurochirurgii. Złożyłem podanie i zostałem zaproszony na rozmowę. Wywiad kwalifikacyjny to coś zupełnie innego niż wypełnianie formularzy. Miałem szansę wytłumaczyć, dlaczego nie poświęciłem trzech lat na studia doktoranckie. Nie wiedziałem, jakiej specjalizacji chcę się poświęcić, więc robiłbym na ślepo to, co mi każą profesorowie akademicy. A ja tego nie chciałem – ja pragnąłem leczyć ludzi: operować, pomagać im w wyzdrowieniu, tak jak przed laty, gdy studiowałem w Londynie. Komisja kwalifikacyjna zrozumiała mój punkt widzenia i – wreszcie, niemal na ostatnią chwilę – dostałem pracę. Sprzedałem mieszkanie w Londynie i wyruszyłem do Szkocji na kolejne pięć lat.

Okazało się, że Glasgow jest fantastycznym miastem. Bary, restauracje, kluby i ludzie, którzy wiedzą, jak dobrze się bawić. Świetnie się tam czułem, a moi współpracownicy byli po prostu fenomenalni – jak rodzina. Zdałem sobie jednak sprawę, że czasami Glasgow napędzane jest negatywnymi emocjami.

Dla tych nieświadomych sportowej historii miasta – gości ono dwa futbolowe behemoty, walczące ze sobą o dominację – i to w dosłownym sensie tego słowa. Tak jak w wielu krajach na całym świecie, w sercu rozłamu stoi religia. Historycznie rzecz biorąc, Glasgow Rangers są związani z protestantyzmem, podczas gdy ich przeciwnicy, Glasgow Celtic, mają w fanklubie głównie katolików. Oczywiście to nie powinno mieć znaczenia. Wiara powinna wyzwalać pozytywną energię i miłość bliźniego, a w futbolu chodzi o oderwanie od rzeczywistości i dobrą kondycję. Niestety, zrozumienie tego nie dotarło do większości mieszkańców tego największego szkockiego miasta.

Podczas wszystkich rozgrywek między oboma klubami – znanych jako Old Firm Derby – policja pracuje pełną parą. Jeżeli rywalizacja sportowa nie wywoła zamieszek, to za kulisami czekają już gotowi do walki kibole. Innymi słowy, od rozlewu krwi często dzieli cię jedna wymiana zdań. Nawet zły dobór kolorów (jakkolwiek idiotycznie to brzmi) może wywołać spore kłopoty.

Do Glasgow przyjechałem pełen zachwytu nad wiosną. Moja pierwsza zmiana przebiegła bezproblemowo. Wyszedłem ze szpitala późno i ruszyłem przez park w towarzystwie jednego z pozostałych starszych stażystów. Pograżony w rozmowie z nim, zatrzymałem się wreszcie przed moją wysłużoną, rdzewiejącą błękitną hondą.

– To twój samochód? – spytał mój towarzysz.

– Tak. Wiem, że to nie aston martin, ale dowozi mnie, gdzie trzeba.

– Jeśli nie będziesz uważał, dowiezie cię na ostry dyżur.

– O czym ty mówisz?

– Serio? Jest niebieski. To kolor Rangersów. Mniej więcej połowa miasta będzie chciała roztrzaskać twój wozik na kawałki.

– Nie wygłupiaj się. Moja koszula też jest błękitna. Czy to znaczy, że mi również grozi niebezpieczeństwo?

– To zależy, gdzie się wybierasz.

Oczywiście przesadzał, ale wcale nie aż tak bardzo, jakby się wam mogło wydawać. Potwierdzeniem jego słów był ów młody człowiek, którego przywróciliśmy do życia. Został zaatakowany, ponieważ miał na sobie koszulkę nieodpowiedniego klubu piłkarskiego w niewłaściwej części miasta. Żałosne, wiem, ale niektórzy nie mogli się nawet czuć bezpieczni w swoich domach.

*

W Glasgow znajduje się dość sporo bloków mieszkalnych i (ze względu na pogodę) niewiele mieszkań z klimatyzacją. Pewnej upalnej letniej niedzieli grupka „fanów” oglądała w telewizji mecz z serii rozgrywek Old Firm przy otwartych drzwiach wejściowych. Spotkanie właśnie się zakończyło (na niekorzyść ich ulubionej drużyny), kiedy któryś z nich nagle dostrzegł przebłysk koloru na korytarzu.

– Łapcie go – powiedział, biegnąc w stronę wyjścia. Jego kumple też się nie guzdrali. Na klatce schodowej dopadli młodego mężczyznę w nader znajomych pasach symbolizujących śmiertelnego wroga ich drużyny i – jak to idioci, którymi byli – rzucili się na niego. Jeden cofnął się do mieszkania i wrócił

z młotkami, kijami bejsbolowymi i nawet jednym golfowym. Naprawdę dali wycisk nieszczęśnikowi, a wszystko z powodu jego niefortunnej decyzji co do ubioru.

Kiedy go zobaczyłem, ledwie przypominał istotę ludzką. Tomografia komputerowa wykazała rozległe obrażenia mózgu, przy okazji wskazując na ich prawdopodobne przyczyny. W czasie widać było pojedyncze wgłębienia niemal idealnie pasujące do uderzenia młotka i przynajmniej jedno po kontakcie z kijem zwanym żelazną piątką.

– Broń tchórzy – powiedziała moja szefowa. – Wielu tych gnojków używa kijów golfowych jako uzbrojenia, ponieważ kiedy zatrzyma ich policja, mówią, że wybierają się na partyjkę golfa. Musisz do tego przywyknąć.

Zanim cokolwiek zrobiliśmy, pacjent był w zasadzie martwy. Musieliśmy jednak podjąć się operacji, ponieważ był młody. Oczywiście każde życie powinno mieć równą wartość, ale ten młodzieniec miał przed sobą jeszcze tyle czasu, a sposób, w jaki umarł, był tak bardzo... *do uniknięcia*.

Obok sali operacyjnej znajdował się pokój, w którym czekała rodzina nieszczęśnika. Moja szefowa dostrzegła, że waham się, stojąc przed drzwiami pomieszczenia. Wiedziała, że naprawdę się stresuję – był to pierwszy mój pacjent, który zmarł z powodu niewłaściwego koloru koszulki. Nie mogłem tego pojąć.

– Ja ich poinformuję, jeśli chcesz – powiedziała. – Nikt nie będzie ci miał tego za złe.

– *Ja* będę miał to sobie za złe – odparłem. – Chcę to zrobić.

W środku znajdowali się ludzie, których syn, wujek i brat umarł niepotrzebnie. Jako chirurg wykonujący operację uważałem, że do mnie należy obowiązek przekazania wieści.

Długo i intensywnie zastanawiałem się, co powiedzieć. W takich przypadkach trzeba być przygotowanym na atak ze strony najbliższych ofiary. *Dlaczego pan go nie uratował?* Człowiek widzi to wszystko i naprawdę nie może ich winić za taką reakcję. Okazało się jednak, że tym razem słowa nie były konieczne. Gdy tylko wkroczyłem do pokoju, matka denata wybuchła płaczem. Wyczytała wieści z mojej miny.

– Nie moje dziecko. Tylko nie moja dziecina!

To było rozdzierające. Usiadłem z nimi, żeby szczegółowo omówić przebieg zdarzeń, ale nikt tak naprawdę mnie nie słuchał. Kiedy skończyłem, brat młodzieńca uścisnął mi dłoń.

– Dziękuję, że pan próbował – powiedział. – To bardzo wiele dla nas znaczy.

*

Czasami to nie kolor ubrania ani wybór samochodu, lecz kolor skóry sprawiał, że człowiek pakował się w kłopoty.

Pewnego dnia przyjęliśmy na oddział pobitego pacjenta z dość poważnymi obrażeniami głowy. Na ostrym dyżurze obejrzel go i natychmiast przysłali do nas. Ofiara miała otwartą ranę głowy, wymagającą chirurgii, oraz złamaną kość policzkową. Niezły był z niego czaruś. Zaraz po moim wejściu do pokoju rzucił do pielęgniarki:

– Nie chcę, żeby ten Paki[9] mnie operował. – Nawet połamana twarz nie powstrzymała go przed plunięciem trucizną.

Pielęgniarka nawet nie mrugnęła powieką.

– Cóż, ponieważ jest tu w tej chwili jedynym chirurgiem, masz do wyboru jego albo śmierć. – Oczywiście nie była to prawda pod

żadnym względem, ale kobieta wyraźnie się zirytowała, więc nie zamierzałem jej poprawiać.

Uznałem, że wszystko się uspokoi po wprowadzeniu go w narkozę. Niestety, nagi okazał się jeszcze bardziej podły niż w stanie przytomności. Całe ciało pokryte miał nazistowskimi symbolami i propagandą. Nigdy nie widziałem tylu swastyk w jednym miejscu. Oczywiście nie był tak do końca przesiąknięty złem. Nad genitaliami miał wytatuowane słowa „wszystko dla ciebie”, wraz ze skierowaną w dół strzałką wskazującą na jego „kranik”. Cóż za uroczy młody człowiek.

Udało mi się oczyścić i zaszyć ranę na głowie, a mój kolega chirurg twarzowo-szczękowy odbudował zmiażdżone kości tak, że twarz faceta przestała przypominać „stopiony kalosz”, jak to powiadają w Szkocji. Nie mogliśmy zrobić nic więcej. Jego żona była nam nader wdzięczna.

– Przepraszam za to, że jest takim gburem – powiedziała. – Nie mogę z tym nic zrobić.

Nie spotykam się z pacjentami tylko po to, żeby dostarczyć niepomyślnie wiadomości. Chciałem powiedzieć pacjentowi, że najprawdopodobniej wyjdzie z tego niemal bez uszczerbku i wkrótce stanie na swoje rasistowskie nogi. Zrobiłem to, zastanawiając się, jak długo będzie w stanie trzymać język za zębami. Okazało się, że jakieś dziesięć sekund.

– Spierdalaj z tymi łapami! – wrzasnął. – Nie chcę, żeby twój rodzaj mnie dotykał.

– Mój rodzaj? Ma pan na myśli neurochirurgów?

– Mam na myśli Pakich.

– Nie ma tu żadnych Pakich. Ja jestem ze Sri Lanki.

Pielęgniarka wybuchła śmiechem, jego żona coś bąknęła, a gość wzdrygnął się jak rażony prądem.

– Ach, i nie tylko ja pana dotykałem – ciągnąłem. – Chciałbym panu przedstawić osobę, która zrekonstruowała pana przystojną twarz. – Przywołałem mojego kolegę, który (dla maksymalnego efektu) upewnił się w międzyczasie, że jego naszyjnik z gwiazdą Dawida jest dobrze widoczny na wierzchu kitla. – Oczywiście nie muszę przedstawiać panu pielęgniarki, prawda? – Netty, nasz cudowny jamajski anioł, posłała mu całusa.

Ach, ta wściekłość na jego twarzy. Słyszałem jego przekleństwa nawet na końcu korytarza.

Czerpaliśmy niemałą satysfakcję z faktu, że ów wyznawca „rasy panów” wymagał pomocy od ludzi wszelkiego koloru skóry (od czarnego do białego poprzez wszystkie odcienie) do wycierania nosa, opróżniania moczu z torebki połączonej z cewnikiem oraz do podcierania mu tyłka. Wkrótce jednak się nam znudziło. Miałem chyba nadzieję, że ten człowiek dostrzeże błędy w swoim postępowaniu i koniec końców przyzna, iż bez pomocy ludzi, którymi pogardzał, najprawdopodobniej wachałby teraz kwiatki od dołu. Niestety, myliłem się. Facet pałał do nas czystą nienawiścią od chwili przyjęcia na oddział do momentu wypisu. Doszliśmy do stadium, w którym udawał, że śpi, aby nie patrzeć, jak jakiś „obcokrajowiec” dotyka jego ciała.

– Pewnie moglibyśmy wrócić z nim na salę i wyciąć mu ten rasistowski kawałek mózgu – zasugerował pewnego dnia w gabinecie jeden z moich kolegów, puszcżając do mnie oczko. – A może powinieneś upiec mu „murzynka”.

*

Nawet specjalizacja taka, jak neurochirurgia, ma swoje podspecjalizacje i wiedziałem, że zanim skończę pracę w Glasgow,

będę musiał skoncentrować się na jednej z nich. Problem w tym, że uwielbiałem je wszystkie. Każdy aspekt. Podobnie jak podczas praktyk, szkolenie specjalistyczne wymaga rotacji pomiędzy różnymi oddziałami, od chirurgii kręgosłupa poprzez chirurgię padaczkową i onkologiczną do chirurgii urazowej – wszystkie możliwe wariacje, duże i małe. Po kilku dniach od rozpoczęcia pobytu na kolejnym rozdziale myślałem zawsze: *To niesamowite. Właśnie w tym chcę się specjalizować. Chcę spędzić resztę życia, zajmując się właśnie tym.* Sześć miesięcy później przenosiłem się na inny oddział i całkowicie zmieniałem zdanie. I tak dalej, i tak dalej, do czasu, gdy trafiłem na neurochirurgię dziecięcą.

Natychmiast coś we mnie kliknęło i to z wielu powodów, mniej lub bardziej altruistycznych. Pierwszą rzeczą, jaką zauważyłem, był fakt, iż rodzina jest zaangażowana w każdą decyzję. Bez względu na to, dlaczego dzieci tu trafiały, konsultanci zawsze starali się informować rodziców na bieżąco. Po zetknięciu się z przykładami wątpliwej opieki od strony duchowej w Londynie było to dla mnie niczym ożywcze tchnienie. Dlaczego więc nadal nie byłem zadowolony?

Rezydenci potrafią nieźle zadzierać nosa, uważając, że są lepsi od swoich przełożonych. Ja też taki byłem. W krótkim czasie zauważyłem, że niektórzy konsultanci rozmawiają *wyłącznie* z rodziną pacjenta. A co z małą Nancy lub Kevinem, leżącymi w swoich łóżkach? To dzieci były pacjentami, dlaczego więc je ignorowano?

Gwoli jasności, myślę, że zawsze miałem dobry kontakt ze swoim wewnętrznym dzieckiem. Może nawet zbyt dobry. Uwielbiam gry komputerowe, PlayStation, komiksy takie jak *Rok 2000* czy *Calvin i Hobbes* i niemal wszystkie filmy rysunkowe. Uwielbiam slapstickowy humor *Simpsonów*. Krótko mówiąc,

owszem, jestem w zasadzie niedojrzały emocjonalnie. Ale wiecie, kto jeszcze taki jest? Dzieci.

Czasami dorośli rozmawiają z dziećmi, przybierając styl przymilnego polityka („Hej, dzieciaki, co porabiacie?”), który śmierdzi obłudą. Dzieci doskonale wiedzą, kiedy patrzy się na nie z góry, i nie kupują nieszczerości. Świetnie wyczuwają, gdy dorosły za bardzo się stara z nimi zaprzyjaźnić, i myślą sobie wtedy: *Nie wiem, co robisz ani co sobie wyobrażasz, ale mnie w żaden sposób nie zwiedzisz.* Na szczęście zdałem sobie sprawę, że potrafię nawiązać bardzo dobry kontakt z moimi najmniejszymi pacjentami i rozmawiać z nimi w sposób, z którym się identyfikowały. Nie mogę powiedzieć, że to jakaś szczególna umiejętność – taki już po prostu jestem. Wiedziałem, czego potrzebują – a nader często była to po prostu szczerść na odpowiednim poziomie.

Jeżeli mały człowiek leży w łóżku, podłączony do kroplówek, z bólem głowy, w którą nie może się podrapać, będzie przerażony. Wyobraź sobie, że obserwujesz mamę i tatę, skulonych w kącie i rozmawiających szeptem z obcym człowiekiem w białym kitlu (nosiłem je przez większość mojej specjalizacji). Wiesz, że rozmawiają o tobie. Co mówią? Zastanawiasz się: Czy ja umrę?

Oczywiście jeśli człowiek nie porozmawia z takim dzieckiem i nie wyjaśni, co się dzieje, wkrótce poniesie je wyobraźnia i to, co mu zacznie podpowiadać, będzie dwukrotnie lub trzykrotnie wyolbrzymione w porównaniu z rzeczywistym problemem. Dzieci nie są głupie. Wiedzą, że coś jest nie tak. Wiedzą, że stało się coś złego. Są przecież w szpitalu, na litość boską. Trzeba im spokojnie wytłumaczyć całą sytuację i upewnić się, że zrozumiały, co się dzieje. Nie wolno ich traktować jak powietrze, co, jak się okazało, dla niektórych moich kolegów było łatwiejszą opcją. Szczerze

powiedziawszy, dotyczy to również części rodziców. Od czasu do czasu rodzicom nie podobało się to, że podchodzimy szczerze do ich pociech. Uważali, że chronią swój skarb, ukrywając przed nim prawdę. Zdarzały się spięcia, ale moi konsultanci zawsze stali za mną murem.

Kiedy mój czas w Glasgow dobiegał końca, musiałem wreszcie się zdecydować. Tak naprawdę był tylko jeden liczący się wybór: zdałem sobie sprawę, że moje przywiązanie do pediatrii jest silniejsze niż wszystko, co odczuwałem wobec pozostałych specjalizacji. Szczerze wierzyłem, że mógłbym w tym światku działać wiele dobrego.

Jeśli jednak mam być szczerzy, nie był to jedyny powód, dla którego zdecydowałem się podążać tą drogą. Podczas mojej rezydencji na pediatrii spotkałem się z galaktyką różnorodnych przypadków. Przyglądałem się konsultantom drapiącym się ze zdumienia w głowę przy kolejnych sprawach, a potem mogłem zaglądać zarówno „pod maskę” niemowląt, jak i w pełni wyrosniętych nastolatków. Każdy przypadek był inny i nader mnie to ekscytowało. Wyobrażałem sobie całe życie spędzone na chirurgii kręgosłupa. Tak, praktyka czyni mistrzem i owszem, po jakimś czasie mógłbym się stać numerem jeden na tym polu, tym, do którego wszyscy by się zgłaszali, mistrzem w dziedzinie – ale mój Boże, ta monotonia. Perspektywa zaszufadkowania samego siebie w jednej wąziutkiej specjalizacji, myśl o tym, że co dzień będę robił dokładnie to samo, zwyczajnie mnie przybijała. Z drugiej strony, w pracy z dziećmi nigdy nie można było narzekać na nudę.

Po podjęciu decyzji wiedziałem, że jest tylko jedno miejsce, gdzie chciałem pracować. Zarezerwowałem bilet do Kanady.

*

Szpital dla Chorych Dzieci SickKids w Toronto przyjmuje pacjentów z obszaru Kanady zamieszkałego przez blisko dziewięć milionów ludzi. Wydawał się idealnym miejscem do zrobienia specjalizacji w neurochirurgii dziecięcej. Musiał być – w końcu bardzo wiele postawiłem na tego konia.

Moja ówczesna narzeczona była akurat w trakcie doktoratu w Glasgow, więc nie była w stanie ze mną podróżować. Nie mogliśmy również sprzedać mieszkania, bo przecież musiała gdzieś żyć. Wziąłem zatem naprawdę sporą pożyczkę w banku Barclays i spakowałem walizki. Zdradzę wam już teraz, że w zupełności się to opłaciło i była to bodaj najlepsza inwestycja w całym moim życiu (poza poślubieniem mojej narzeczonej!).

Do Kanady przyjechałem jako „współpracownik”, rzekomo po to, aby pracować ramię w ramię z dobrze wyszkolonymi starszymi asystentami oraz z konsultantami i aby się od nich uczyć. I przez większość czasu rzeczywiście tak było.

Organizacja w SickKids jest fantastyczna. Jak się domyślacie, przyjmowanie pacjentów z całego wschodniego wybrzeża Kanady dawało wiele możliwości przeprowadzania codziennych zabiegów i wszyscy byli bardzo zajęci. Konsultanci stanowili grupę najbardziej renomowanych specjalistów na świecie, w tym zarówno akademickich, jak i klinicznych. Nie byłem jedynym „gościem”. W SickKids pojawiają się ludzie z całego świata. Przyjeżdżają tam, żeby pracować praktycznie za darmo (mi przyznano stypendium w wysokości 500 funtów, jako pomoc w płaceniu czynszu), bo jest to *najlepsze* miejsce do nauki. Nawet młodszy specjaliści, jak ja, pod koniec swojej rezydentury są już naprawdę doświadczeni w swoim fachu, a więc tutaj całe

środowisko jest na zupełnie innym poziomie. Zapłaciłbym z własnej kieszeni za przywilej pracy w tym miejscu.

Wiele przypadków, z którymi się stykałem w SickKids, wiązało się z nowotworami – a takich nigdy nie ma zbyt wiele i z całą pewnością nie pozwalają człowiekowi spocząć na laurach. Ryzyko druzgocącej porażki zawsze jest duże. Trzeba mieć bardzo dobrą i specyficzną znajomość anatomii w 3D, doskonałą koordynację wzrokowo-manualną (co często określa się jako „zestaw umiejętności wizualno-przestrzennych”). Podobnie jak pozostali tutaj, starałem się tego wszystkiego nauczyć w rekordowym tempie. Mimo to każda przeprowadzana przeze mnie operacja – czy to jako głównego chirurga z nadzorem, czy asystenta konsultanta – była wyzwaniem, choć dającym niezwykłą satysfakcję.

Okazało się, że poza blokiem operacyjnym zajmowanie się moimi kanadyjskimi pacjentami i ich rodzicami było dla mnie równie proste, jak w Anglii. Wiedziałem, że jestem na dobrym tropie; że po powrocie do domu będę mógł zmienić coś na lepsze. Jak się okazało, wkrótce miałem to zrobić w Toronto.

*

Nikt nie zostaje konsultantem automatycznie. Trzeba złożyć formalne podanie, a potem przejść szereg rozmów. Wybrany kandydat kończy swoje szkolenie specjalistyczne, a potem po prostu przenosi się do innego gabinetu i dostaje nowy błyszczący identyfikator. Jednak zmiana statusu ze stażysty na konsultanta z poniedziałku na wtorek nie dodaje ci nagle więcej doświadczenia. Kilkoro moich przełożonych było mniej niż rok starszych ode mnie. Jeden dosłownie wrócił ze swojego rocznego

stypendium w dniu mojego przyjazdu i nagle oczekiwano od niego wykazania się mistrzowskim poziomem. Wszystko zależy od tego, jak człowiek poradzi sobie w takiej sytuacji, a on dał sobie radę wręcz świetnie. Wszyscy konsultanci mieli fantastyczne, bardzo przychylne podejście i zawsze konsultowali się z młodszymi specjalistami. O metodzie „zobacz, zrób i nauczaj” nie było w ogóle mowy.

Przywłaszczyłem sobie nawet powiedzenie jednego z nich, Jima: „Jeżeli zobaczysz, że robię coś głupiego, to do k**wy nędzy powiedz mi o tym od razu. Nie czekaj, aż coś spieprzę. Jesteś moim wsparciem”. Słowa te, wypowiedziane przez jednego z najbardziej doświadczonych neurochirurgów dziecięcych na świecie do żółtodzioba takiego jak ja, wskazywały na wspaniałe nastawienie, które cały czas próbuję naśladować.

Pewnego dnia pojawił się pacjent z obrażeniami głowy i starszy chirurg poprosił o opinię. W Glasgow spotkałem się i pracowałem z dziesiątkami tego typu obrażeń. Był to chleb codzienny tamtejszego oddziału, dlatego miałem mnóstwo sugestii.

– Może chciałbyś poprowadzić tę sprawę, Jay? – spytał.

A ja, przypominając sobie wcześniejszą profesjonalną wymianę opinii, ponownie odpowiedziałem:

– Z największą przyjemnością.

Pokazuje to ogromne różnice kulturowe: ja, stosunkowo młody narybek z Glasgow, posiadałem znacznie większe doświadczenie w neurochirurgii urazowej niż wykształcony na miejscu konsultant z Toronto. Nie zamierzałem jednak zagłądać darowanemu koniowi w zęby i z radością szukałem dodatkowej pracy, kiedy tylko pojawiał się jeden z tych okropnych przypadków.

A one *były* okropne, bo oczywiście nie wszystkie urazy powstają na skutek wypadku. W zasadzie z doświadczenia z pracy z dorosłymi pacjentami wiem, że większość przypadków wcale nie była „przypadkowa”.

No tak, ale to przecież było w Glasgow, pomyślałem, spoglądając na skan zdewastowanego mózgu mojego nowego pacjenta. Tam przywozili mi głupich, pijanych, ograniczonych gości, a to przecież jest sześciomiesięczne niemowlę. Nikt nie zrobiłby czegoś takiego celowo.

Zerknąłem na rodziców. *A może jednak?*

[8] Fr. grube ryby.

[9] Przewisko stosowane w Anglii pierwotnie tylko w stosunku do Pakistańczyków, dziś względem wszystkich ludzi pochodzących z Półwyspu Indyjskiego.

ROZDZIAŁ PIĄTY

BATMAN I ROBIN

Trzema fundamentami każdej diagnozy są: historia choroby, wywiad i badania pacjenta. Od czasu do czasu historia i wynik badania potrafią całkowicie się ze sobą nie zgadzać.

Pewnego dnia przywieziono do nas malutkie dziecko z obrażeniami głowy. Kilku stażystów odmówiło zajęcia się sprawą, ponieważ woleli nowotwory. Ja byłem następny w kolejności. Dziecko było wyraźnie w złym stanie, ja jednak miałem problem nie tyle z samym urazem, co z rodzicami, których zeznania zmieniały się co pół godziny.

– Upadła.

– Spadł na nią koszyk.

– Pies ją popchnął.

– Schowała się pod stołem i za szybko spojrzała w górę.

Niektóre z tłumaczeń od razu można było wykluczyć. Dziewczynka miała osiem miesięcy. Nie potrafiła chodzić, więc na pewno nie upadła. Pies ją przewrócił? Najpierw musiałby ją podnieść. Inni byli podejrzliwi zwyczajnie z powodu zbyt wielu

wersji zdarzenia. Ja byłem przekonany, że stało się coś, o czym rodzina w ogóle nam nie chce powiedzieć.

Ci ludzie rzekomo byli w pobliżu dziecka przez cały czas, ale mimo to nie potrafili stwierdzić, co naprawdę się stało. Powinni wiedzieć, jak to wyglądało, ale chyba tak nie było.

Zazwyczaj ludzie przywożą poszkodowanego i mówią:

– Mały Johnny wymiotował, przewrócił się, teraz się chybocze i ramię mu drga.

Jest to coś, co poddaje nam pomysł, gdzie rozpocząć diagnozę. Sprawdzamy wszystko, znajdujemy anomalie i leczymy je. Postępuje to w dość przewidywalny sposób. Jeśli jednak dorzucimy zmienną w postaci niepewności, czy ludzie mówią prawdę, czy nie, wszystko nagle robi się nadzwyczaj nieobliczalne.

W wieku 33 lat znajdowałem się na tym etapie kariery, gdy wiedziałem, że na pewno zostanę neurochirurgiem dziecięcym i w ciągu roku będę rozglądał się za posadą. W takim momencie ma się w sobie sporo dumy, może nawet zarozumiałości, jeśli chodzi o wiedzę. Poświęciło się przecież całe swoje życie i sporo pieniędzy, żeby dojść do tego punktu – i nie mam tu na myśli wyłącznie Kanady. Pewność siebie jest w tym zawodzie nieunikniona.

A ja byłem pewien, że ta rodzina kłamie. Absolutnie. Bez dwóch zdań. Tym niemniej przesłuchiwanie ich nie należało do moich obowiązków (nie tych prawdziwych). Ja miałem ustalić naturę urazu i zająć się leczeniem tak szybko i efektywnie, jak to możliwe. Kiedy dziecko będzie już bezpieczne, mogę zgłosić rodziców do opieki społecznej.

Obrażenie, jak się wydawało, było bardzo klasycznym urazem. Nie przychodziło mi do głowy, co jeszcze mogłoby je spowodować. Przeprowadziłem operację, usuwając obrzęk mózgu poprzez

nawiercenie czaszki. Dwie godziny i po sprawie. Kiedy zszywałem głowę dziecka, zacząłem powątpiewać w sens całego procesu. Może „naprawiłem” to maleństwo tylko po to, żeby za jakiś czas znów ktoś je skrzywdził? Być może. A może nie.

Już po operacji znalazła mnie jedna z moich koleżanek.

– Właśnie dostaliśmy wyniki badań. – Zamachała stosikiem papieru. – Okazuje się, że dziecko ma koagulopatię[10].

– Pokaż mi to. – Przejrzałem notatki i rzeczywiście, czarno na białym stało tam stwierdzenie, że dziecko ma skłonności do krwawienia w sytuacjach dużo mniej traumatycznych niż większość ludzi. Mogło to zatem wyjaśnić jego stan, wylew w czaszce prowadzący do zaburzeń funkcji mózgu. Nie tłumaczyło jednak nadal podejrzanego zachowania rodziców.

– Wiesz, że z tymi ludźmi jest coś grubo nie w porządku, prawda? – spytałem.

– Jasne.

– Sama powiedz, po co mieliby się w ten sposób zachowywać, gdyby byli niewinni?

Wzruszyła ramionami.

Całe to wydarzenie sprawiło, że musiałem się zatrzymać i pomyśleć. Byłem przekonany, że rozegrał się jeden konkretny scenariusz, ale można go było różnie tłumaczyć. Nie chciałem ponownie popełnić takiego samego błędu. Wyciąganie pochopnych wniosków nikomu nie pomaga, a zwłaszcza pacjentowi.

Zacząłem czytać na ten temat, ile tylko mogłem znaleźć w literaturze. Patolog, niejaki doktor John Plunkett, napisał artykuł opublikowany w „The British Medical Journal”, traktujący o przemocy wobec dzieci. Plunkett jest człowiekiem, który nie wierzy w tzw. zespół dziecka potrząsanego. Nie zgadza się z twierdzeniem, że można potrząsnąć dzieckiem tak bardzo, iż

spowoduje to jego śmierć i jednocześnie nie będzie widać żadnych poważnych urazów szyi. Na potwierdzenie swojej opinii Plunkett przytoczył wielostronicową, logiczną argumentację oraz dowody. Z całą pewnością dawało to do myślenia.

Ze szkoły wyniosłem przekonanie, że fakty są niezmiennie. Szkoła medyczna jest pełna faktów: uczymy się ich, a potem stosujemy w praktyce. W naszej niewinności (lub naiwności – zależy jak na to spojrzeć) wydawało się to nam bardzo proste. Teraz okazało się, że fakty są zaledwie częścią wielkiej układanki. Trzeba również brać pod uwagę kontekst – chociaż nie minęło zbyt wiele czasu, zanim przekonałem się, że nim również można manipulować.

*

Kanadę opuściłem kilka miesięcy później, nigdy nie dowiedziawszy się, czy stuknięci rodzice mojej pacjentki rzeczywiście coś ukrywali, czy też nie. Zamierzałem rozpocząć pracę na stanowisku neurochirurga w szpitalu imienia Johna Radcliffa w Oksfordzie. Co więcej, w wieku trzydziestu czterech lat wreszcie osiągnąłem upragniony cel: awans na konsultanta.

Jeśli jednak nauczyłem się w Kanadzie czegokolwiek, to tego, że człowiek nigdy nie przestaje się uczyć. Byłem konsultantem, ale młodym. Przedemną był mój mentor (który bardzo szybko stał się moim przyjacielem) Peter Richards. Jego obecność naprawdę była pomocna. Pracował już tak długo, że wszystko miał praktycznie w małym palcu. Tak się jednocześnie składa, że był (a raczej jest) jednym z najbardziej doświadczonych brytyjskich neurochirurgów specjalizujących się w sprawach domniemanej przemocy na

dzieciach, na polu prawnym. Kiedy dowiedział się, że jestem zainteresowany tą stroną naszej pracy, powiedział:

- Jeśli chcesz przejrzeć kilka moich spraw, daj mi znać.
- Oczywiście, że chcę.
- Tylko ostrzegam cię: to nie jest świat, w który wkracza się z łatwością.

Wkrótce zrozumiałem, co miał na myśli. Peter polecił mnie jako specjalistę do wydania opinii w sprawie dwulatka, który zmarł z powodu urazu głowy. Jednym z dowodów były nagrania video, na których konkubent matki raz po raz bije dziecko. Ten potwór sam siebie nagrywał. Żadnego z filmów nie zdołałem obejrzeć w jednym podejściu. Jestem chirurgiem, mało co mnie wzrusza, a już z pewnością nie widok krwi. Robię jednak to, co robię, ponieważ chcę uzdrawiać ludzi. Naprawiać ich. Konieczność oglądania i wysłuchiwania tej zbrodniczej brutalności była przerażająca.

Ława przysięgłych też tak to odczuwała. Podczas odtwarzania nagrań w sądzie panowała absolutna cisza. Moglibyśmy usłyszeć, jak trawa rośnie. Jedynymi odgłosami na sali były rozpaczliwe krzyki biednego malucha i – od czasu do czasu – gwałtowne westchnięcia i odgłosy odruchów wymiotnych, kiedy członków ławy skręcało w żołądku.

Bez wątpienia, konkubent był zwierzęciem. Naraził niewinne dziecko na niewyobrażalny ból przez cały okres jego krótkiego życia. Jednak zespół obrony chciał wiedzieć, czy ten człowiek był odpowiedzialny za śmierć dziecka. I tutaj właśnie sprawy się komplikowały.

Dowody świadczące o tym, że ten mężczyzna był potworem, były niepodważalne. Znęcał się nad dzieckiem, wykorzystywał je. Nie

ulegało wątpliwości, że spowodował liczne urazy, ale jego obrońca spytał:

– Czy w pana opinii jako biegłego oskarżony zadał śmiertelny cios?

I chociaż bardzo chciałem odpowiedzieć tak, musiałem być szczery.

– Nie.

– Czy może pan stwierdzić z całą pewnością, że oskarżony był jedyną osobą, która biła dziecko?

A niby kto inny miał to robić? Pomyślałem, ale moja odpowiedź znów była taka sama:

– Nie.

– Czy jest możliwe, że to matka dziecka zadała śmiertelny cios? Albo inna osoba?

I wtedy wszystko stało się jasne. Obrona nie podważała faktu, że konkubent znęcał się nad dzieckiem. W końcu zostało to uchwycone na taśmie, niezaprzeczalnie. Jednak nie można było jednocześnie udowodnić z całkowitą pewnością, że to on zamordował dziecko. *Postanowili skupić się na uzasadnionej wątpliwości.*

Na szczęście nie podziałało. Oburzona ława przysięgłych uznała konkubenta za winnego. Ja jednak wyszedłem z rozprawy, mając w głowie więcej pytań niż odpowiedzi. Mimo wszystkich doświadczeń zdobytych podczas pobytu w Toronto i wysiłku, aby nie oceniać książki po okładce, teraz musiałem pogodzić się również z tym, że nawet fakty, ścisłość i prawda mogą zostać zniekształcone, w zależności od punktu widzenia.

Praca nad legalnymi konsultacjami musiała być podporządkowana pracy klinicznej. Zanim przyjąłem pozycję w Oksfordzie, oddział Petera składał się praktycznie tylko z niego samego. Moje pojawienie się podwoiło liczbę konsultantów na oddziale, a zatem również ilość pracy. Na początku chodziliśmy na obchody razem, żeby Peter mógł mnie jak najszybciej wprowadzić w system. Byliśmy nierozłączni – może nawet za bardzo.

– Wiesz, jak na nas mówią pielęgniarki? – spytał mnie pewnego dnia.

– Pewnie nie jest to nic dobrego, co?

– Batman i Robin.

– To nie tak źle – odparłem. – Ale który z nas jest Batmanem. Peter wybuchnął śmiechem.

– Nie wiem, Robinie. Sam mi na to odpowiedz.

*

Nasz osobisty Bruce Wayne szpitala im. Johna Radcliffa był pod wieloma względami staroświecki, ale nie posiadał przy tym wyolbrzymionego ego, które (wiem z doświadczenia) często szło w parze z tym pierwszym. Nie miał nic przeciwko dzieleniu się pracą ani też zasługami. Co ważniejsze, jeżeli napotkał przypadek, który go zaskoczył, nie odrzucał najlepszej z naszych wspólnie wymyślonych opcji tylko po to, żeby wyjść na wszystkowiedzącego.

Podam wam przykład: trafiło mi się dziecko z dość powikłaną malformacją naczyniową prowadzącą do obrażeń mózgu. Napisałem „mi”, ponieważ Peter pozwalał mi wybierać pacjentów, których chciałem. Znajdował się na takim etapie życia i kariery, że nie musiał już uczyć się i budować doświadczenia, dlatego

świetnie się nam wszystko składało. Oczywiście – fakt, że człowiek awansuje na konsultanta nie oznacza przecież, że wszystko już wie. Jest się tym samym gościem, co dzień przed, gdy jeszcze nazywano cię starszym stażystą. Pierwsze lata (a może nawet pierwsze dziesięciolecie) spędzone na etacie konsultanta można wtedy poświęcić na budowanie długiej listy różnorodnych przypadków. Lekarze mają niesłychaną umiejętność do zapamiętywania wszelkiego rodzaju informacji, ale zostając konsultantem, możemy wreszcie pozbyć się z pamięci „głupawych” rzadkich chorób, o których musieliśmy się uczyć podczas studiów, a z którymi nigdy mieliśmy się nie spotkać. Zamiast tego zaczynamy wypełniać głowę istotnymi, skrzętnie posegregowanymi kategoriami doświadczeń: wszystkim, co może nam pomóc walczyć z chorobami i problemami, z którymi zetkniemy się w którejkolwiek wybranej przez nas kategorii.

Deformacja unaczynienia mózgu, którą miałem właśnie przed oczami, była dla mnie nowością, więc oczywiście poprosiłem o poradę Petera. Nie zdziwiło mnie, że widział już coś takiego przedtem, ale ponieważ jest to schorzenie bardzo rzadkie u dzieci, było to dawno temu.

– Mogę sprawdzić moje notatki – powiedział.

– Jak myślisz, powinienem zapytać moich byłych szefów w Toronto? Wiem, że jeden z nich szczególnie interesuje się tą dziedziną.

Sam pomysł zasięgnięcia porady u zewnętrznego źródła, w dodatku zagranicznego, wystarczyłby, aby rozbić psychicznie wielu „tradycjonalistów”, którzy przyuczali mnie do zawodu – ale nie Petera.

– Świetny pomysł. Powiedz mi, co od nich uzyskałeś. Najprawdopodobniej wiedza w tym zakresie i tak posunęła się

sporo do przodu od czasu, gdy ja leczyłem takie schorzenie.

Napisałem więc szybko e-mail do Toronto i oto rozpoczęła się transatlantycka rozgrywka ping-pongowa. Pomysły przefruwały między nami nieustannie. Zdałem im sprawę z moich obserwacji i planowanej linii ataku. Oni zaś, bardzo uprzejmie, podsunęli mi znacznie lepsze rozwiązania. Nigdy nie powiedzieli: „nie rób tego, idioto”, tylko bardziej: „rozważałeś może...” albo „przyszło ci może do głowy takie rozwiązanie?”.

Atmosfera tej wymiany była kolegialna, z dużą dozą szacunku i – na dłuższą metę – niezwykle znacząca. Przysiągłem sobie, że zawsze będę traktował w taki sam sposób wszystkich, którzy będą mieli to nieszczęście pracować ze mną. Nie zawsze mi to wychodzi, ponieważ niektórzy ludzie są z gruntu tak leniwi i obojętni, że nie powinni w ogóle wybierać zawodu lekarza (jest to coś, co doprowadza mnie jako ich nauczyciela do szału).

Podsumowując, wszyscy uczestniczący w konsultacjach zgodzili się na jedno z rozwiązań, więc poszedłem z nim do Petera.

– Wygląda mi to na świetny plan. Zabierajmy się do roboty – zgodził się.

Jak ustaliliśmy, tak zrobiliśmy – i zadziałało. A nawet gdyby nie wyszło, i tak było to najlepsze wyjście z sytuacji. Jak już mówiłem, człowiek nigdy nie przestaje się uczyć, nieustannie pragnie ulepszać swoją technikę i zawsze chce pomagać.

Czasami to jednak nie wystarcza. Tak naprawdę wszystkie powyższe instynkty mogą czasem przynieść więcej problemów niż zysków – o czym wkrótce miałem się przekonać.

[10] Zaburzenia związane z krzepliwością krwi.

ROZDZIAŁ SZÓSTY

TO NIE TŁUSZCZ

Osiem miesięcy. To jeszcze nie czas. Nie na umieranie. Nie na narodziny. Nie w ten sposób.

Osiem miesięcy to za dużo. Chodzi o osiem miesięcy od zapłodnienia. Przed przyjściem na świat. Tragedia.

Dziecko pojawiło się na moim radarze przed narodzeniem, gdy jego mama z zaniepokojeniem narzekała, że nie czuje kopania ani ruchów maleństwa – żadnych z tych rzeczy wyczuwanych i cenionych przez przyszłe matki. Jej rejonowy szpital wykonał USG płodu. Często okazuje się, że takie problemy są proste do „naprawienia” i właśnie czegoś takiego oczekiwali. Natychmiast jednak okazało się, że dziecko miało guza mózgu.

Przekazanie takiej nowiny rodzicom pięciolatka jest wystarczająco trudne, ale powiedzieć oczekującym rodzicom, że ich nienarodzone maleństwo, którego jeszcze nawet nie poznali, może być śmiertelnie chore, jest koszmarem.

– Guz mózgu? – powtarza mama z szokiem wymalowanym na twarzy. Jej mąż ściska ją za rękę. Świadomość, że przypadłość ich

dziecka jest stosunkowo rzadka, wcale im nie pomoże. A jest; w 2018 roku w całej Anglii było tylko nieco ponad 400 przypadków nowotworów mózgu rozpoznanych u dzieci poniżej 18. roku życia, a ich dziecko być może jest jedyną osobą w kraju zdiagnozowaną na tym etapie życia. Dla jego rodziców to nie ma absolutnie znaczenia.

Tata spogląda na żonę, ona przykładą dłoń do brzucha. Mężczyzna spogląda na mnie, a potem znów na mamę dziecka.

– O mój Boże – mówi. – Nasze maleństwo ma raka.

*

Nie można go winić. Kiedy ludzie słyszą słowo „guz” czy „nowotwór”, automatycznie myślą o raku. To zrozumiałe, chociaż znaczenie tych słów jest całkiem inne.

Guz jest zbitką masy – obszarem tkanki, która rozrosła się w przyspieszonym tempie. Jeżeli nowotwór zostaje w tym samym miejscu, powiększając się stopniowo i zwyczajnie odpychając zdrową tkankę mózgu w tym samym obszarze, zazwyczaj określamy go jako łagodny guz, w przeciwieństwie do tych nowotworów, które mogą przemieszczać się po całym organizmie w krwi lub między mózgiem i kręgosłupem, w płynie rdzeniowo-mózgowym. Mają one zdolność do odłączania kawałka siebie, który potem odpływa i osiedla się w różnych miejscach ciała, rozpoczynając tam swój wzrost. Takie nowotwory nazywamy rakiem.

Istnieje wiele rodzajów komórek, które współpracują ze sobą, tworząc mózg. Neurony, czyli komórki nerwowe, są bardzo delikatne i potrzebują skomplikowanego „rusztowania” podtrzymującego je i zapewniającego stabilność struktury.

Komórki wspierające lub inaczej glejowe pomagają neuronom tworzyć połączenia między sobą. Istnieją komórki wspomagające, izolujące, takie, które dostarczają mózgowi energii i tlenu, oraz komórki, których neurony kurczowo się trzymają.

Budowa i wygląd nowotworu zależy od tego, z jakich komórek się rozwinie. Nowotwory neuronów są naprawdę bardzo rzadkie. Najczęściej spotykamy nowotwory komórek glejowych, które stanowią rusztowanie dla sieci neuronów. Komórki te aktywnie się dzielą i rosną z czasem, zastępując starsze koleżanki. U większości ludzi wszystko idzie zgodnie z planem. Od czasu do czasu komórki dzielą się, błędnie odczytując „przepis na życie”. Zapominają dodać wyłącznik i po prostu nie przestają rosnać i dzielić się. Tak właśnie powstaje nowotwór.

W przypadkach neonatalnych mamy do czynienia z dodatkową komplikacją. W tym wieku komórki nadal są niezdeterminowane i dosłownie rosną w oczach. Trzeba sobie zadać pytanie, czy rzeczywiście mamy przed sobą szybko namnażające się komórki rakowe, czy po prostu zwyczajne komórki, które rosną, ponieważ dziecko nadal powinno być w łonie matki? Nie rozumiemy jeszcze tylu rzeczy na ten temat.

Obrazowanie metodą rezonansu magnetycznego zrewolucjonizowało medycynę w zakresie leczenia, jednak w przypadku nowotworów możliwości są ograniczone. Nie da się ustalić, czy nowotwór jest łagodny, czy złośliwy, tylko za pomocą obrazowania. Nowotwór zajmujący 10 procent tkanki mózgowej może się okazać bardziej szkodliwy niż taki, który rozprzestrzenił się na 20 procent obszaru – lub w tym konkretnym przypadku na połowę mózgu. Na pierwszy rzut oka nie można powiedzieć, czy jest wysoce złośliwy, czy też łagodny. Innymi słowy: wszystkie nowotwory wyglądają źle, dopóki się do nich nie zajrzy.

Do tego mamy również inne możliwości.

*

Im później przeprowadza się przerwanie ciąży, tym trudniejsze jest to dla matki. Można to ubierać w różne słowa i porównania, ale nie owijając w bawełnę, najczęściej zespół medyczny odbiera życie płodowi, a matka potem musi nadal urodzić martwe ciało. Nie umiem wyobrazić sobie bardziej traumatycznego przeżycia niż konieczność wydania na świat dziecka w tak poważnym stanie, że matka zgodziła się na skrócenie jego życia. Nie słycać pierwszego płaczu, nie ma pierwszego karmienia piersią. Czasami jednak rodzice decydują się na tę drogę.

To dziecko miało już ponad osiem miesięcy, kiedy zauważono zmiany w mózgu. To naprawdę bardzo późno, w porównaniu z „normalnymi” terminami, gdy matki decydują się na aborcję. W tym przypadku jednak warunki dalece odbiegały od „normalnych”. Jeśli poród może się okazać zagrożeniem życia dla matki albo gdy dziecko jest naprawdę bardzo chore, przerwanie ciąży pozostaje aktywną opcją przez cały czas.

Ale to matki muszą dokonać wyboru. I chociaż ojcowie często są zaangażowani w decydowanie w tak poważnej sprawie, tylko matka może podjąć legalnie obowiązującą decyzję.

Kobieta wysłuchuje diagnozy, przyjmuje do wiadomości, jak poważny jest stan jej nienarodzonego dziecka, rozumie, że z dużym prawdopodobieństwem maleństwo umrze, jeśli nie podczas porodu, to wkrótce potem. Słyszy to wszystko i, po dyskusji ze swoim mężem, decyduje się mimo wszystko na donoszenie ciąży.

Towarzyszę jej podczas porodu, miesiąc po przekazaniu tragicznych wieści. Ostatnie cztery tygodnie kobieta musiała spędzić w nieustannym stresie i obawach. Zamartwiała się pewnie na śmierć, gdy nie czuła ruchów dziecka.

Skany nie mówią człowiekowi wszystkiego. Muszę zawsze zobaczyć na własne oczy to, z czym miałbym się później rozprawić. Czy będę musiał operować natychmiast, czy mam kilka tygodni na porządne przygotowanie się do tego przypadku?

Zaleciliśmy poród przez cesarskie cięcie, ponieważ nie byliśmy pewni, jak dziecko poradzi sobie z trudami standardowego porodu. Guz zajmował spory obszar mózgu dziewczynki i nie chcieliśmy dodawać zbyt wielu zmiennych do i tak już wysokiego stopnia ryzyka.

Poród przebiegł dobrze i dziecko wynurzyło się z łona, oddychając i funkcjonując tak, jak należałoby tego oczekiwać. Nie braliśmy tego za pewnik – tak duży nowotwór mógł równie dobrze wywierać taki nacisk na mózg, że zablokowałyby ważne szlaki nerwowe. Do tego jeszcze ciśnienie poza macicą jest zupełnie inne niż wewnątrz. Nie potrafiliśmy przewidzieć, jak mała zareaguje fizycznie, tymczasem nie tylko żyła i funkcjonowała, ale widocznie miała się całkiem nieźle. Spoglądając na nią w ramionach matki, człowiek nigdy by się nie domyślił, że jest w ogóle jakiś problem.

Oboje wiedzieliśmy jednak, że jest. Cieszyłem się, że będę miał czas na pełną eksplorację możliwości leczenia. Będę mógł zorganizować krew do transfuzji, zrobić rezonans i jak najlepiej zorientować się, z czym mamy do czynienia.

Gdyby coś poszło niezgodnie z planem, nie byliśmy wprawdzie w najwyższym stopniu gotowości, ale wystarczająco przygotowani. Przystosowalibyśmy salę operacyjną w ciągu jednego dnia. Odsączylibyśmy płyn nagromadzony w głowie i tak dalej. Okazało

się, że nie jest to potrzebne, ale i tak dziecko zostało odesłane do OITN-u, czyli oddziału intensywnej terapii noworodkowej, a ja zaleciłem wykonanie rezonansu magnetycznego.

*

Nowotwory powstają z różnych powodów. Historycznie, pierwszym z nich zawsze były geny. Nasze testy nie znalazły żadnych oczywistych wskazań co do tego w genealogii żadnego z rodziców. W dzisiejszych czasach istnieje osobna dziedzina nauki zwana epigenetyką, która zajmuje się wpływem środowiska na geny, nawet *in utero*. To bardzo interesujący temat, choć niezbyt pomocny, zwłaszcza gdy człowiek wpatruje się w nowotwór, który niemal rośnie w oczach.

Mimo złej prasy, częstokroć to złośliwe nowotwory są mniejszym zagrożeniem dla mózgu niż ich „łagodni” kuzyni. Ze względu na gwałtowne namnażanie komórek dość często bywają wrażliwe na chemioterapię i można je leczyć bez chirurgii inwazyjnej, wykonując tylko biopsję. Wiem, że jestem chirurgiem, ale nic nie cieszy mnie bardziej niż fakt, że *nie muszę* operować noworodka. Zawsze jest ktoś inny, kto *potrzebuje* mojej pomocy.

Guzy mózgu różnią się od nowotworów reszty ciała – a raczej nasza reakcja na nie jest zasadniczo inna. Ludzie uważają, że złośliwy nowotwór jest wyrokiem śmierci, bo może się szybko rozprzestrzenić, więc modlą się o formy nieinwazyjne. W neurochirurgii takie rozróżnienie to dość oczywista rzecz. Czasem jednak ważniejsze jest położenie nowotworu niż rodzaj komórek, które go utworzyły. Łagodny guz rosnący w istotnej części mózgowia może wyrządzić najgorsze szkody.

Przykładowo, w samym centrum, czyli w śródmózgowiu, znajduje się „mechanizm zegarowy” mózgu, który kontroluje funkcje takie jak przytomność, ciśnienie krwi i oddychanie. Rozwijający się w tym miejscu nowotwór może stwarzać poważne problemy: częściowo dlatego, że rosnąc, będzie uciskał ważne zakończenia nerwowe, ale też dlatego, że dotarcie i operowanie ostrymi narzędziami w tak wrażliwej okolicy podczas prób usunięcia go jest niczym spacer po linie bez zabezpieczenia. Prawdopodobieństwo uszkodzenia jakiegoś ważnego ośrodka może przewyższać szanse usunięcia guza.

Większość tumorów, rosnąc, wpływa na otaczającą je tkankę mózgową i powoduje problemy z prawidłowym jej funkcjonowaniem. Możemy zatem mieć do czynienia z dziećmi, u których pojawiło się osłabienie w kończynach, obniżona równowaga mięśni stabilizujących, problemy z jedzeniem lub wymioty po spożyciu posiłku, zaburzenia mowy lub wzroku. Właściwie wszystko, co kontroluje mózg, może się „zepsuć”, jeśli zawiadujące tym komórki znajdują się pod wystarczającym naciskiem. Często występują ataki padaczkowe, a może nawet dojść do rozwoju pełnoobjawowej epilepsji, w efekcie naporu wywieranego na mózg przez twór patologiczny.

Bywa jeszcze gorzej.

Podczas gdy guzy rosnące na zewnątrz mogą uciskać zdrową tkankę, wyrządzając sporo szkód, to zazwyczaj w miarę łatwo jest je usunąć. Czasami po takiej operacji mózg rozszerza się, zajmując uwolnioną przestrzeń.

W przypadku tego typu guzów największym problemem jest jakość granicy między zmienioną tkanką a resztą mózgu. Jeśli granica jest wyraźna, w sensie: „tutaj jest guz, a tutaj już mózg”, i nowotwór umieszczony jest z boku reszty mózgowia (czyli nie

przeplata się ze zdrową tkanką), wtedy można liczyć z dużym prawdopodobieństwem na pomyślne całkowite jego usunięcie. Kawalek po kawałku, bardzo ostrożnie odcina się kolejne fragmenty guza, aż nie zostaje nic.

W mózgu, zwłaszcza u dzieci, takie „czyste” przypadki należą do rzadkości. Najgorszy rodzaj guza to nowotwór „wewnętrzny”, czyli rosnący wewnątrz mózgu. Nie występuje obok lub dookoła, ale stanowi część mózgu. Nie wiadomo wtedy dokładnie, ile tkanki mózgowej znajduje się w obrębie nowotworu i ile nowotworu znajduje się w mózgu. Jak duża jest powierzchnia styku guza ze zdrową tkanką? Jak wyraźna jest granica? Jak duży jest nowotwór? Czy da się go wyróżnić na tle zdrowej tkanki gołym okiem?

Istnieje pewien rodzaj nowotworu, DIPG[11], czyli rozlany glejak pnia mózgu, który rozwija się w samym centrum „mechanizmu zegarowego”. Jest zdradziecki, całkowicie schowany w zdrowej tkance. Dobre komórki tworzą sieć z tymi zmienionymi. Nie można ich rozdzielić. W takich przypadkach liczymy na to, że chemioterapia i radioterapia pomogą wytrzebić większość tkanki patologicznej.

Wyobraźcie sobie dwie dłonie splecione razem palcami, nakładającymi się na siebie. Gdzie kończy się jeden palec, a zaczyna drugi? Która komórka jest rakowata, a która normalna? Widzimy tylko nowotwór przerastający mózg. Chirurg staje wtedy przed decyzją: zacząć wycinanie od lewego knykcia? Bo wtedy zostawię kilka „nowotworowych palców” nadal splecionych z „normalnymi palcami”. A może wyciąć od prawego knykcia? Ale wtedy oprócz nowotworu usunę również zdrową tkankę.

Nie możemy operować na poziomie komórkowym. Nie da się usunąć pojedynczych komórek, zostawiając nienaruszone te o normalnej morfologii. Chemioterapia w pewnym stopniu daje taki właśnie rezultat, ale nie wymyślono jeszcze skalpela, który potrafiłby działać na takim poziomie. Nie wspominając o istnieniu neurochirurga, który umiałby się nim posługiwać.

*

Powstaje pytanie: jakiemu tokowi leczenia należy poddać to dziecko? Chociaż ostatecznie decyzja będzie należała do mnie i do rodziców, lubię radzić się moich uczonych kolegów. Co tydzień siadamy wraz z pracownikami onkologii, patologii i radiologii, przeglądając wyniki badań obecnych i przyszłych pacjentów. Przy obecności właściwych osób spotkania te są wyjątkowo wydajne i konstruktywne. Na szczęście pracują tu odpowiedni ludzie.

Może się zdarzyć, że mam cztery lub pięć „nagłych” spraw na wokandzie, każda na innym stadium leczenia. Onkolog może mieć podobną liczbę przypadków. Prezentujemy każdy z nich i wykorzystujemy siebie nawzajem jako doradców. W najlepszym przypadku staramy się znaleźć jak najlepszą linię leczenia dla każdego z pacjentów. W najgorszym – próbujemy uniknąć scenariusza, kiedy człowieka kusi wykonanie ryzykownej operacji tylko po to, aby usłyszeć po wszystkim od radiologa: „Po jaką cholere w ogóle to operowałeś? Przecież to wyraźnie jest nowotwór wrażliwy na chemioterapię”.

Niektóre sytuacje są dość oczywiste. Po biopsji lub usunięciu większego fragmentu patolodzy prezentują zdjęcia z ich badań, diagnozując z największym przekonaniem, na jakie mogą sobie pozwolić: „Jest to nowotwór X”. Wtedy onkolog mówi: „Dobra,

w takim razie powinniśmy zastosować taki tryb leczenia” albo: „Zrobmy kolejny skan, bo wygląda mi to na GTR[12]”. Oznacza to całkowite usunięcie guza – zawsze dobrze jest usłyszeć potwierdzenie, że udało się nam wyciąć cały nowotwór. Po takiej konstatacji nie pozostaje już zbyt wiele do dyskusji.

Opinie liczą się bardziej w przypadkach, w których biopsja jeszcze nie została wykonana. Na podstawie wyników obrazowania radiolodzy dają nam dwie lub trzy prawdopodobne diagnozy. Jeśli ich zdaniem nowotwór jest wrażliwy na chemię (czyli dobrze zareaguje na specjalne leki podawane doustnie lub dożylnie), zawsze biorę to pod uwagę, zwłaszcza jeśli guz zlokalizowany jest w niebezpiecznym rejonie. Jeżeli jednak widzę wyraźnie, że mam do czynienia ze stosunkowo łatwym do wycięcia tumorem, przy minimalnym ryzyku dla pacjenta, wtedy czasem przemawiam za operacją. Po co narażać kogoś na wielomiesięczną, wycieńczającą organizm chemioterapię, jeśli szybkie chirurgiczne cięcie pozwoli mu stanąć na nogi po kilku dniach?

Ostatecznie chodzi o konsensus – zminimalizowanie ryzyka dla pacjenta i zapewnienie mu jak najlepszej opieki i leczenia. Czasami dotarcie do tego punktu wydaje się prawdziwą orką na ugorze, ale zazwyczaj przychodzi dość gładko – tak jak w przypadku mojej najnowszej pacjentki.

Skany pokazują, że nowotwór zajął całą lewą półkulę mózgu. Złośliwy czy nie, jeśli czegoś z nim nie zrobimy, obstawiam, że ma przed sobą nie więcej niż dwa tygodnie życia. Onkolog zgadza się ze mną. Podobnie jak radiolog i patolog.

Ponieważ pacjentka jest taka malutka i krucha, urodzona miesiąc przed czasem, oznacza, że może nie przetrwać wielokrotnej interwencji chirurgicznej, nawet gdybyśmy mieli

czas. Z drugiej strony, krew krążącą w jej żyłach można by zmieścić w małym kieliszku do wina. Musimy opracować jasny plan działania i określić, kiedy trzeba przerwać operację (co najprawdopodobniej będzie powodowane głównie utratą zbyt dużej ilości krwi). I znów, to kwestia wyważenia.

Zdecydowaliśmy jednak: operujemy. Zrobimy tak dużo, jak będziemy w stanie za jednym zamachem.

*

Oczywiście rodzice pytają mnie o szanse powodzenia. Zawsze to robią. Przykładam dużą wagę do tego, aby nie przedstawiać im sytuacji w zbyt jaskrawych kolorach. Nie zadaję też ciosów. W tym przypadku nie jestem w stanie powiedzieć, że tego typu operacje często się udają.

Później, w nocy, zadaję sobie pytanie: „Po co to wszystko?”. Mamy pacjentkę, która wedle praw natury powinna nadal rozwijać się w łonie swojej matki. Jaki sens ma narażanie jej na koszar operacji, jeśli jest ona zbyt ryzykowna? Powinna zaznać nieco życia. Jej rodzice powinni móc spędzić z nią trochę czasu, nawet jeśli mówimy tu o dniach lub najwyżej tygodniach. Można powiedzieć, że nie ma wystarczającego usprawiedliwienia dla wystawiania niemowląt i ich rodziców na tego rodzaju katusze.

Powiedzmy, że jestem wewnętrznie przekonany, iż możemy jej pomóc. Oczywiście mogłem liczyć na to, że tata zada mi jedno jedyne pytanie, na które nigdy nie odpowiadam.

– Czy może ją pan uzdrowić?

Potrząsam głową. Nigdy nie użyję słowa „uzdrowić”. Istnieje zbyt wiele zmiennych. Mówię zatem to, co zwykle w takich okolicznościach:

– Z całą pewnością możemy przeprowadzić *leczenie*.

*

Anestezjolog jest gotowy. Jego aparatura monitorująca pracę serca pika monotonnie od dziesięciu minut. Między nim i moją instrumentariuszką stoją dwa duże monitory. Na jednym z nich mamy skany głowy pacjentki, na drugim obraz na żywo z ultrasonografu. Dzięki mojej znajomości anatomii i obrazowaniu ultradźwiękowemu będę miał coś w rodzaju nawigacji satelitarnej, która poprowadzi mnie przez tkankę mózgu.

Najpierw musimy się do niego dostać. Gdy w sali rozbrzmiewają pierwsze dźwięki największych przebojów Iron Maiden, golę obszar główki dziecka, do którego muszę się dostać, a potem bardzo ostrożnie rozcinam nożyczkami miękką czaszkę. Na tym etapie jest ona tak miękka, że nie trzeba niczego innego, tylko nożyczek. Ostrożnie podnoszę pięciokąt kości i na własne oczy widzę to, co wcześniej zademonstrowały skany. Tyle tylko, że tak naprawdę nie widzę na własne oczy.

Pewnie kojarzycie dziwaczne, przerysowane okulary, które noszą chirurdzy. Jeśli przypominają wam dwa małe teleskopy, to dlatego, że nimi są. Nazywamy je lupami chirurgicznymi i dają nam one niesamowite powiększenie pola działania – idealne w chwilach, gdy milimetr nie w tę stronę może oznaczać, że pacjent nigdy nie będzie już chodził.

Lupy siedzą nisko na nosie, zeby móc obserwować, co robię, ale jednocześnie zerkać nad nimi na mój zespół oraz na informację umieszczoną na ekranach. Robię to tylko od czasu do czasu, głównie po to, aby upewnić się, że jestem dokładnie tam, gdzie chce mnie prowadzić moja „nawigacja satelitarna”. Nawet wtedy

jednak nie ruszam głową, tylko oczami – ze strachu, że moje ręce automatycznie również się przesuną. A to wystarczy.

Mózg dziecka ma rozmiar mojej pięści. Wygląda na w pełni rozwinięty, pofałdowany niczym orzech włoski. Dla laika prawdopodobnie jawiłby się jak zwyczajny „mózg”, ale wszyscy w tym pomieszczeniu wiedzą, że mniej więcej 50 procent tego, na co patrzymy, nie powinno tam być.

Dzięki zajęciom z anatomii wiemy, jak powinny wyglądać fałdy mózgu i gdzie powinny się znajdować. Dzięki lupom mogę wyraźnie dostrzec, w którym miejscu zostały zdeformowane. Nie oznacza to zawsze, że spoglądam na sam mózg. Może to być efekt nacisku. W tym przypadku chodzi o jedno i drugie.

Zawsze istnieje kilka sposobów na wykonanie danego zabiegu. Dzisiaj nie będę używał skalpela, chyba że nie będę miał wyjścia. Pacjentka jest zbyt delikatna, ryzyko zbyt wysokie. Jeszcze niedawno nie mielibyśmy alternatywy. Na szczęście teraz mamy.

Instrumentariuszka wręcza mi podłączony do kabla cylinder z końcówką o rozmiarach wkładu do długopisu Bic. Jest to aspirator ultradźwiękowy. W zasadzie składa się z dwóch cylindrów, umieszczonych jeden w drugim. Kiedy przykładam się je do guza, wewnętrzny cylinder wibruje z taką częstotliwością, że rozbija i ostatecznie rozpuszcza tkankę. W tym samym czasie cienki strumyczek wody spomiędzy dwóch cylindrów iryguje obszar, w którym działam, tworząc maź, która jest bezpiecznie odsysana wewnętrzną rurką. Bez wątplenia jest to najbezpieczniejsza i zdecydowanie najmniej inwazyjna metoda operacji, a przy koszcie około 40 tysięcy funtów za jedno urządzenie – również jedna z najdroższych.

I warta każdego grosza, myślę, spoglądając na moją trzydziestocentymetrową pacjentkę. Ratuje życie i jego jakość.

Zaczynam. Na moich wzmocnionych lupami oczach nowotwór zaczyna się rozpadać. Pierwszy fragment zostaje zabezpieczony i natychmiast odesłany na patologię do analizy. Wracam do odsysania reszty. To dość satysfakcjonujący proces – jak mycie okien albo ścieranie pary z szyb w samochodzie. Widać wtedy doskonale, gdzie się było na początku i gdzie należy zakończyć.

Przesuwam się od zewnętrznej, od czasu do czasu zerkając na monitor, aby sprawdzić, czy nie natknę się na jakieś drobne naczynia albo inne istotne szlaki ukryte wewnątrz zmiany patologicznej. Spoglądam również na monitor pracy serca. Bez zmian. Nie dzieje się nic nadzwyczajnego – to dobrze.

Przez godzinę przesuwam magicznym długopisem po narośli. Zbliżam się właśnie do granicy z mózgiem, gdy słyszę otwierające się drzwi. Obok mnie staje rezydentka. Mamy wyniki badania patologicznego.

– Wygląda na złośliwy – mówi.

– Dzięki. – Nie przerywam pracy, ale w głębi duszy myślę sobie *cholera!* Jestem przekonany, że powiedziałem to na głos, ale nie możemy się poddać. Jeszcze nie.

Skończyłem odsysać większość nowotworu. Teraz został mi najbardziej skomplikowany etap. Nawet mimo mojego superwzroku nie jestem w stanie zorientować się, gdzie kończy się guz i zaczyna mózg. Może to nie najlepsze porównanie, ale to trochę tak, jak obserwowanie wybrednych ludzi w restauracji ze stekami, odcinających duże kawałki mięsa i odsuwających je na bok...

– Dlaczego to robisz?

– Bo nie lubię tłuszczu.

– To nie tłuszcz.

– Właśnie, że tak.

– Właśnie, że nie. Spróbuj.

Itp., itd.

W neurochirurgii nie można czegoś tak po prostu „spróbować”, a potem wypluć, jeśli coś ci nie smakuje. Do tego czasu szkoda została już wyrządzona. Dosłownie. Można jednak zrobić coś innego. Ultrasonograf bardzo dobrze wychwytyje subtelne różnice w masie tkankowej, co podpowiada nam, gdzie może istnieć niebezpieczeństwo napotkania naczyń krwionośnych lub ważnych punktów stykowych, tak jak na przykład miejsce, w którym spotyka się mózg i guz.

Sonda USG umiejscowiona jest bezpośrednio na mózgu i przekazuje obraz na monitor. Jedno zerknięcie na ekran, jedno w dół i odcinam kolejne kilka milimetrów. Kolejne zerknięcie i kolejny plaster usunięty. Widzę korytarz szerokości może dwóch centymetrów, który powinienem bezpiecznie rozpuścić. Kiedy zbliżę się do miejsca styku, być może będę potrzebował mikroskopu. Precyzja jest najważniejsza. Nie chcę narażać dziecka na uszkodzenie ważnych ośrodków, jeśli guz jest złośliwy.

Podchodzę na tyle blisko granicy, na ile mam odwagę. Później, już po rekonwalescencji, kiedy dziecko przetrwa najgorsze i nabierze wystarczająco sił, być może będzie potrzebowało chemioterapii, żeby zająć się tym, czego dziś nie zdołam się pozbyć. Głównym celem dzisiejszej operacji jest usunięcie nadmiernego nacisku na mózg, a to już osiągnęliśmy.

Wszystko jest grą prawdopodobieństwa, a w tej chwili, gdy oznajmiam, że zabieg przebiegł pomyślnie, los jest po naszej stronie. Dopóki dziecko się nie obudzi, nie będę wiedział, czy operacja rzeczywiście poszła dobrze, ale mam dobre przeczucia. Wstaję, zwalniając miejsce dla mojego asystenta, żeby zaczął czyścić ranę i zasklepił czaszkę. Słyszę zawiesziste dźwięki muzyki

Rage Against the Machine. To był dobry dzień. Nasza praca dała temu dziecku, które na początku nie miało przed sobą więcej niż dwa tygodnie życia, szansę na bycie córką, o której marzyli jej rodzice.

Jestem przekonany, że zrobiliśmy wszystko, co w naszej mocy, a co najważniejsze, nie ryzykowaliśmy. *Ja* nie ryzykowałem. Pragnienie podróży na Księżyc, kiedy człowiek stoi na Ziemi, jest bardzo kuszące, ale może mieć katastrofalne skutki. Wiem o tym z własnego doświadczenia...

[11] Ang. *diffuse intrinsic pontine glioma*.

[12] Ang. *gross total resection* – całkowite usunięcie.

ROZDZIAŁ SIÓDMY

WSZYSTKO, CO CZYNI NAS LUDŹMI

Nie możecie mi ufać. Tak mówię moim studentom i podwładnym. Ja też nie mogę im ufać. W naszej pracy nie ma takiej sytuacji, w której nie pomogłaby druga para oczu lub uszu. Jeśli rezydent pokazuje mi skany, sprawdzam dwa razy, czy są wyświetlone w odpowiedni sposób, a potem każę mu zrobić to samo. Czasami nawet proszę o kontrolę instrumentariuszkę.

To dziwne. W domu jestem strasznym bałaganiarzem i patentowanym leniem. Mógłbym przesiedzieć cały dzień w samych gaciach, oglądając *Simpsonów*. W pracy jednak mam schizę, jeśli chodzi o porządek. Pan inkwizytor. Absolutnie wszystko sprawdzam raz, dwa razy, trzy, a nawet cztery. A potem mówię do osoby obecnej w pomieszczeniu: „Teraz ty sprawdź”. Nawet najprostsze, podstawowe rzeczy, jak po której stronie głowy znajduje się guz, zostają poddane upierdliwie drobiazgowej kontroli.

– No dobrze, skany twierdzą, że nowotwór jest po lewej stronie. Wszyscy się zgadzamy?

– Tak – odpowiada instrumentariuszka.

– A ty?

– Tak – mówi anestezjolog.

Nie chodzi o to, że uważam specjalistów od obrazowania za pomocą rezonansu magnetycznego za niezdolnych do wykonania ich pracy. Po prostu nie zamierzam polegać na czyimś słowie, jeśli mogę coś sprawdzić sam. W naszej pracy nie ma „powtórki z rozrywki”. Pacjenci nie mają takiego luksusu. Możemy się pomylić tylko raz. Jeśli coś wytnę, to zostanie to usunięte. Dlatego powtarzam to wszystkim, którzy dla mnie pracują:

– Nie ufajcie mi tylko dlatego, że jestem waszym przełożonym. Jeśli uważacie, że zamierzam właśnie zrobić coś złego, jakąś głupotę, krzyczcie. Powstrzymajcie mnie. Polegam na was, a co więcej, pacjent na was polega. Nawet nauczyciele popełniają błędy. Jesteśmy zespołem. Razem odnosimy sukcesy i razem ponosimy klęski.

To słowa ze szczerego serca i długo, ciężko je wypracowywałem. Kiedy człowiek zostaje konsultantem, wcale nie oznacza to, że od razu wszystko już wie. Ma za sobą sześć, osiem lub dziesięć lat stażu, osiągnął dość wysoki stopień umiejętności, ale na tym nie koniec. Doskonałość przychodzi wraz z doświadczeniem, a to oznacza więcej operacji, więcej pacjentów, więcej nauki i – jeśli jest się istotą ludzką – również więcej pomyłek. Każdy chirurg – co ja mówię, prawdopodobnie każdy pracownik służby zdrowia – ma spory dług w tej dziedzinie. Trik polega na tym, żeby odbierać wszystko jako cenną lekcję i starać się nie popełnić ponownie tego samego błędu.

Nie jestem pewien, czy kiedykolwiek zrobiłem coś, co któryś z moich współpracowników mógłby nazwać „głęboko niewłaściwym”, ale z perspektywy czasu wiem, że podejmowałem

decyzje, które mogły być lepsze. O jednej z nich myślę nieustannie, do dnia dzisiejszego.

*

Powiedziałem, że nigdy nie używam słowa „uzdrowienie” w ramach obietnicy. Kiedy jednak operujemy, staramy się usunąć tak wiele tkanki zmienionej, jak się da. To nasza praca. Oczywiście jeśli człowiek jest przy tym zbyt agresywny, może niepotrzebnie spowodować obrażenia u pacjenta, z którymi ten będzie musiał być może zmagać się przez całą resztę życia. Z drugiej strony, przesadna nieśmiałość przeważnie prowadzi do niepotrzebnego skrócenia tegoż życia. Rozumienie własnych ograniczeń jest jedną z najważniejszych nauk, które pobieramy. Nie przychodzi jednak z łatwością. Istnieje taka zasada, że im starszy chirurg, tym bardziej staje się ostrożny. Być może to zwykła kolej rzeczy, gdy w miarę trwania twojej kariery stopniowo powiększa się „kolekcja” pacjentów z uszkodzeniami neurologicznymi, które ciążą ci na sumieniu. Ale w tamtym czasie byłem jeszcze dość świeżym konsultantem. Operacje były rzeczą, do której przyuczałem się przez połowę życia.

Jeśli praca z przypadkami potencjalnego maltretowania dzieci w Toronto i Oksfordzie czegoś mnie nauczyła, to tego, że nigdy nie można pomijać opinii i pomysłów innych ludzi. Pochłaniałem artykuły z czasopism medycznych całego świata, każdą wolną chwilę spędzałem na surfowaniu w sieci, w poszukiwaniu najnowszych przełomowych odkryć i teorii. Kiedy zostałem konsultantem, na początku czytałem wiele artykułów o amerykańskiej służbie zdrowia. Oczywiście jest ona oparta głównie na ubezpieczeniu zdrowotnym, ale pomijając ten fakt,

tamtejsze szpitale donosiły o niesamowicie wysokim corocznym współczynniku „sukcesu” w operowaniu nowotworów mózgu. W porównaniu z tym nasze brytyjskie wyniki były dość marne.

Zapytałem o to mojego mentora i starszego konsultanta Petera:

– Jak sądzisz, dlaczego tak jest?

– Cóż, oczywiście amerykańskie szpitale są sprywatyzowane, więc muszą gonić za pieniądzem jak każdy inny biznes. Historie o rekordowych sukcesach medycznych oznaczają wpływy do funduszu, to pewne.

– Ale jak to się dzieje, że mają tak świetne wyniki? I dlaczego my nie możemy im dorównać?

Spojrzał na mnie z cieniem rozczarowania.

– Dlatego, że w tym kraju nie ryzykujemy życia pacjenta z powodu pieniędzy.

Były to dość kontrowersyjne słowa, ale czułem, że chyba ma rację. NHS płacił nam obu pensje, jemu już od dziesięcioleci. Nie naciskano na nas, żeby wystawiać duże rachunki na koniec każdego kwartału. Mieliśmy jedno jedyne zadanie: ratować życie. A mimo to artykuł za artykułem powtarzał mi to samo: „To niesamowite, człowieku. Ci goście uzdrawiają ludzi. Wszystkie szpitale powinny to robić”. Te historie naprawdę do mnie przemawiały.

Byłem młody. Byłem ambitny. Byłem zdesperowany. Chciałem ocalić świat. Tylko że świat nie potrzebował ocalenia. Nie wtedy. Nie tamtego dnia. Potrzebował go mały chłopczyk i jego rodzice, siedzący w mojej poczekalni. Przysięgnąłem, że zrobię wszystko, co w mojej mocy, aby pomóc mu przetrwać nie tylko dziś, ale każdego dnia. Zamierzałem go *leczyć*. Uzdrawiająca kuracja byłaby wspaniała. Nigdy mu tego nie powiedziałem, nigdy nie obiecałem

czegoś podobnego jego rodzicom, ale wyjaśniłem, że zawsze istnieje taka możliwość.

– Wszystko będzie dobrze – powiedziałem. – Wiem, co robię.
I naprawdę tak myślałem.

Słynne ostatnie słowa.

*

Mógłbym pisać wyłącznie o przypadkach, w których udało mi się usunąć cały nowotwór, a po operacji pacjent czuł się świetnie i wszyscy śpiewali peany o tym, jak to jestem najlepszym chirurgiem wszech czasów. Niestety, takie chwile szybko tracą splendor, bo bez względu na to, jak dobrze poszedł ci ostatni zabieg, zawsze trafia się następny chory, przy którym wszystko idzie źle, i to trzyma człowieka twardo na ziemi.

Dziesięcioletni chłopczyk, który do dzisiaj jest jednym z moich pacjentów, pojawił się z bardzo krótką historią problemów z równowagą, koordynacją oraz z bólami głowy. Prześwietlenie wykazało guz w mózdzku – strukturze znajdującej się z tyłu głowy. Dziecko nie czuło się najlepiej, właściwie to z trudem sobie radziło, więc wysłano je natychmiast na nasz oddział. Czekał już na mnie nad ranem, kiedy pojawiłem się w pracy. Jego mama czuwała przy nim. Nie miała więcej niż 25–26 lat. Oboje młodzi i absolutnie przerażeni – tak mógłbym ich opisać.

Wyjaśniłem, co się dzieje i dlaczego tutaj są.

– W miarę upływu czasu nowotwór będzie wyrządzał coraz większe szkody. Musimy operować, aby go usunąć.

Kobieta była przerażona ideą otwarcia głowy jej syna. Dziecko wyczuło jej reakcję i zaczęło płakać. Udało mi się ich oboje uspokoić, ale byłem bardzo bliski powiedzenia: „Jeżeli nie chcesz

mieć operacji, to nie musisz jej przechodzić”. Szczerze mówiąc, oboje byli tak owładnięci emocjami, że żadne z nich nie byłoby w stanie podjąć racjonalnej decyzji.

– Dam wam trochę czasu na przemyślenie tego wszystkiego – powiedziałem zamiast tego. – To bardzo trudne i ja to rozumiem. Tak jak już mówiłem, chłopcze, po zabiegu będzie cię trochę bolało, może też będziesz miał trochę problemów z równowagą i słabość w kończynach. Rehabilitacja zajmie sporo czasu, ale jeżeli postanowimy nic nie robić, w końcu stracisz władzę w rękach i nogach i stopniowo będziesz się czuł coraz gorzej i gorzej.

Aż wreszcie umrzesz. Oczywiście nie powiedziałem tego na głos, ale matka zrozumiała niemy przekaz. Z niechęcią przyjęła wreszcie do wiadomości, co należało zrobić.

– Niech mi pan powie szczerze – poprosiła, już poza zasięgiem słuchu dziecka. – Jakie mamy szanse?

Nie jestem zwolennikiem fałszywego optymizmu, ale z tego, co widziałem na skanach, sprawa wydawała się stosunkowo prosta.

– Powiedziałbym, że ryzyko, że coś pójdzie bardzo nie tak, jest niskie, może pięć do dziesięciu procent.

Hazardzista dałby sobie obciąć obie ręce za takie notowania, ale ja mam do czynienia z rodzicami, których nie obchodzi to, że dziewięćdziesięcioro dzieci biega po świecie zdrowych i całych, skoro ich pociecha znalazła się akurat w tej „pechowej dziesiątce”.

– No dobrze – powiedziała mama z ogromnym niepokojem. – Niech pan to zrobi.

Nowotwór usadowił się w samym środku czwartej komory mózgu – obszar, który zawiaduje wieloma istotnymi ośrodkami i czynnościami, jak praca serca, regulacja ciśnienia krwi, oddychanie czy nawet świadomość. Całe unerwienie biegnące

z mózgu do ramion, nóg, wszędzie, przebiega przez ten niepozorny obszar. Pociuszające było to, że dostęp do guza wydawał się dość dobry – i rzeczywiście tak było.

Operacja zajęła większość dnia, ale udało mi się wyciąć nowotwór bez żadnych komplikacji i innych problemów. Czasami tak się zdarza. Jeśli podejście jest czyste, można złapać cały guz, bez względu na to, czy jest w czwartej komorze, czy nie. Częściowa zasługa należy się Led Zeppelin, którzy dostarczyli podkładu muzycznego. Czułem się naprawdę dobrze. W chirurgicznych kategoriach dokonaliśmy czystej ekstrakcji. Nie mogło być lepiej.

Buzowałem energią po udanym zabiegu (trudno byłoby nie buzować, kiedy w tle leciało *Whole Lotta Love*), jak wszyscy w naszym zespole, ale nie chciałem dać się ponieść upojeniu. Zawsze najpierw muszę zobaczyć pacjenta wybudzonego i reagującego na bodźce, zanim zapalę przysłowiowe cygaro. Z tym dzieciakiem wydawało mi się to tylko kwestią czasu. Okazało się jednak, że musiało go upłynąć dużo, dużo więcej.

Kiedy próbowaliśmy wyprowadzić pacjenta z narkozy, lekarze z oddziału intensywnej terapii dziecięcej (OIDT) zorientowali się, że malec ma problemy z odzyskaniem przytomności. Nie oddychał samodzielnie i nie dawał się wybudzić. Kiedy przyszedłem do niego, ze zdziwieniem zanotowałem, że zaintubowane dziecko nadal śpi. Słyszałem jedynie ciche syczenie respiratora.

– Czy pacjent w ogóle się wybudził z narkozy? – spytałem lekarza oddziałowego.

– Nie.

– Inicjuje? – chciałem się dowiedzieć, czy próbuje sam oddychać, ze wspomaganie respiratora.

– Nie. Na nic nie reaguje.

– W porządku. Dajmy mu jeszcze kilka godzin, a potem zrobicie mu skan, dobrze?

– Nie ma sprawy.

Zamówili sesję na tomografię. Czekaliśmy, obserwując kolejne przekroje (miało ich być razem 64) pojawiające się na ekranie. Najważniejsze okazały się oczywiście te ostatnie. Wszystko wyglądało doskonale – podręcznikowe wyniki. To znaczy, na obrazkach. Ale ja nie leczyłem obrazków.

Pacjent nie wybudzał się, więc zostawiliśmy go na wentylatorze. Bez rurki wystającej z jego ust nie byłby w stanie w ogóle oddychać. Oczywiście usta służą do wielu innych rzeczy niż oddychanie. Aby odżywić dziecko, lekarze wprowadzili sondę przez nos, prosto do żołądka.

Chłopiec był całkowicie nieprzytomny i pozostał w tym stanie (bez anestezji) przez wiele dni i tygodni. Musieliśmy wykonać tracheostomię – naciąć jego szyję, aby dostać się do tchawicy i podłączyć na dłuższy czas do respiratora. Miał również gastrostomię PEG[13] – sondę wprowadzoną bezpośrednio do żołądka przez powłoki brzuszne i jego ścianę (trochę, jakby miał małego Obcego w brzuchu). Pozwalała ona wprowadzać płynny pokarm bezpośrednio do żołądka, dzięki czemu nie potrzeba dodatkowych rurek w okolicach twarzy. Twarzy, która ani drgnęła.

Co było przyczyną tej katastrofy? Obrazowanie wyglądało fantastycznie – żadnego udaru, krwawienia ani żadnych dużych resztek guza. Jeżeli w ogóle coś z niego zostało, to tylko małe fragmenty. Nie było jednak żadnego innego wytłumaczenia. Nawet ja nie znałem przyczyny obecnego stanu pacjenta, a więc uznałem, że popełniłem jakiś błąd.

W moim pragnieniu wycięcia nowotworu musiałem spowodować, niezauważenie, jakieś uszkodzenie jednego z mikroskopijnych, lecz niesłychanie ważnych naczyń krwionośnych. Dla nieuzbrojonego oka zapewne wyglądałoby to jak cieniutka żyłka odżywiająca guz. W rzeczywistości musiała jednak przebiegać przez tkankę zmienioną, wychodząc po drugiej stronie i tak naprawdę odżywiając mózg, a nie guza. Właśnie dlatego wykonywałem operację bardzo powoli, odcinając bardzo małe fragmenty, po jednym na raz. Musiałem jednak się upewnić. Przejrzałem wszystkie zapisy wideo z zabiegu i nie mogłem znaleźć newralgicznego momentu. Przedyskutowałem sprawę z moim asystentem, instrumentariuszką, anestezyjologiem. Oni też nie mieli zielonego pojęcia, co się stało. Stan pacjenta jednak w ogóle się nie zmieniał.

Peter widział, że się zadręczam. Jego zdaniem osiągnąłem wyznaczony sobie cel, a mianowicie podjąłem próbę leczenia pacjenta z nowotworem mózgu. Kiedy człowiek operuje wewnątrz głowy innej żywej istoty, zawsze istnieje ryzyko, potencjalnie nawet śmiertelne. Mózg nie jest zabawką. To, że umieszczony jest w twardym opakowaniu kostnym, ma poważne uzasadnienie.

– Takie rzeczy się zdarzają, Jay – powiedział Peter. – Poczucie winy w końcu kiedyś minie, tylko pamiętaj, że nie zrobiłeś nic złego. Zawsze robisz wszystko, co w twojej mocy. Wykorzystujesz wszystkie dostępne narzędzia i metody oraz informację z każdej praktycznej lekcji, jaką przeszedłeś. Czasami nie można pomóc więcej.

Była to bardzo trudna rozmowa, ale odbyłem inną, dużo boleśniejszą. Przekazanie rodzicom chłopca informacji o tym, co się wydarzyło i co moim zdaniem mogło pójść nie tak, było ogromnym wyzwaniem. Musiałem jednak wytłumaczyć to

wszystko mojemu pacjentowi. Minęło wiele tygodni, zanim zaczął wykazywać nieśmiałe przejawy wybudzania się. Gdy tylko odzyskał przytomność, stanąłem przy jego łóżku i tak łagodnie i zrozumiale, jak tylko potrafiłem, przekazałem mu nowiny. Obserwowanie jego przejętej twarzyczki, gdy wpatrywał się we mnie, nie mogąc nic powiedzieć, krzyknąć, zapłakać ani nawet poruszyć głową, było rozdzierające.

Jak zwykle w takich przypadkach, rodzice okazali się pod wieloma względami silniejsi niż ja. Przypomnieli mi, że przynajmniej ich syn nie miał już w głowie raka. Usunąłem guz, który koniec końców by go zabił, więc byli mi bardzo wdzięczni

Mieli rację. Chłopiec był wolny od guza. Nie miał raka. Ale nie miał również należytej jakości życia. Wszystko, co czyni nas ludźmi, zostało mu odebrane.

Pacjent przeszedł intensywną rehabilitację. Został przeniesiony do specjalistycznego szpitala rehabilitacyjnego na długoterminowy pobyt. Nie ma wystarczająco wielu takich placówek, więc musiał czekać na miejsce przez wiele miesięcy. Kiedy wreszcie został przyjęty, kolejne długie miesiące spędził na zmuszonym ponownym wyuczaniu się najprostszych czynności. Przez kilka lat nadal potrzebował sondy PEG i rurki tracheostomicznej.

*

Ów mały chłopiec ma obecnie piętnaście lat. Z czasem odzyskał niektóre ważne funkcje ciała. Nadal oddycha przez rurkę, ale może mówić i na powrót zyskał mobilność ramion i tułowia. Widuję go co roku na konsultacjach i zawsze zauważam mikroskopijną poprawę.

To, co zdecydowanie uległo zmianie, to jego nastawienie. Od chwili, gdy po raz pierwszy był w stanie się z nami komunikować, oskarżał mnie, szpital, rodzinę – wszystkich w jego otoczeniu – za swój stan. Był rozgniewany i nienawidził siebie równie mocno, co nas wszystkich. Spędziliśmy wiele czasu, próbując pomóc temu młodemu człowiekowi, właściwie jeszcze dziecku, nauczyć się nowego sposobu życia. Nie można się było po nim spodziewać zrozumienia, dlaczego potrzebował tej operacji. Wiedział tylko, że poboлеwała go głowa, a po zabiegu obudził się, praktycznie rzecz biorąc, sparaliżowany... czy też „zrujnowany”, jak sam to później opisał.

Z czasem jednak, w miarę dorastania, nauczył się akceptować swoją sytuację. Nadal oczywiście jest w nim wiele gniewu, ale zachowuje się inaczej. Teraz, kiedy się z nim spotykam i mówię mu to, co i tak już wie („to trudny, długotrwały proces”, „nie możesz się poddawać”, „pracuj nad tym” i tym podobne, dość bezużytecznie brzmiące frazesy), wzrusza tylko ramionami, burczy coś pod nosem, jak typowy nastolatek, a potem zmywa się z gabinetu na swoim wózku inwalidzkim. Od czasu do czasu, wychodząc, pokazuje mi środkowy palec. Cóż, przynajmniej mogłem mu przekazać dobre wieści. Nowotwór się nie odnowił – najwyraźniej ten mały fragment, który zostawiłem, obumarł. Poza tym minęło już wystarczająco dużo czasu, aby oficjalnie uznać go za „wyleczonego”. Kiedy mu to powiedziałem, odparł sucho:

– Hurra, czyli teraz będę mógł jeszcze dłużej żyć tak jak teraz. Na wózku inwalidzkim, nie mogąc się nawet samemu załatwić. Wielkie dzięki, Jay.

Niewiele mogłem odpowiedzieć na taki komentarz.

Z całą pewnością mój pacjent zmienił mnie w takim samym stopniu, jak ja jego, chociaż niekoniecznie w kontekście mojego chirurgicznego podejścia do operacji, ponieważ sama procedura została przeprowadzona bezbłędnie. To jedno istotne naczynie krwionośne mogło zostać uszkodzone w każdej chwili, niekoniecznie wtedy, gdy pracowałem w okolicach pnia mózgu. Gwarantuję, że coś takiego przydarzyło się każdemu neurochirurgowi na naszej planecie. Jeśli nie, oznacza to wyłącznie tyle, że nie „przerobili” wystarczająco wielu przypadków albo nie leczyli ich w odpowiedni sposób. Nie można zobaczyć czegoś, czego nie chce się dostrzec.

Chodzi bardziej o zmianę nastawienia. Nauczyłem się doceniać wartość jakości życia, a nie tylko jego długości. Ten mały chłopiec, który nigdy już nie będzie mógł chodzić, bez mojej ingerencji byłby już dawno martwy. Mam tego stuprocentową pewność. W obecnej sytuacji zapewne przeżyje swoich rodziców, tak jak nakazuje prawo natury. Pozostaje jednak pytanie: czy wolelibyście pięć lat dobrego „normalnego” życia, wiedząc, że gdzieś tam zegar odlicza czas do waszego końca, czy wybralibyście dziesięciolecie egzystencji, chociaż na bardzo ograniczonym poziomie?

Tego rodzaju rozróżnienia nie uczą nas w szkole medycznej. Lekarze mają uzdrawiać. Naprawiać. Ratować. Utrzymywać przy życiu. Nie pamiętam żadnego wykładu, na którym rozważano powstrzymanie się od działania i obserwowanie, jak pacjent umiera. Może teraz tak jest, ale nie wtedy, gdy ja studiowałem.

Z całego mnóstwa przypadków, z którymi pracowałem, dość spora część podpadała pod tę właśnie problematykę. Często dyskutowałem na ten temat z rodzicami pacjentów i – w niektórych przypadkach, gdy chorzy byli wystarczająco dorośli

– również z samymi dziećmi. Jak wielkie znaczenie ma dla was jakość życia?

Co interesujące, wielu rodziców nie potrafi poradzić sobie z ideą ograniczenia długości życia ich dziecka. Chcą, żebym operował, zrobił wszystko, żeby pozbyć się śmiertelnej choroby z głowy ich pociechy. Pragną tylko, aby dzieci przetrwały, bez względu na koszt.

Inni są nieco bardziej pragmatyczni. Czasami sam fakt przebywania w szpitalu na konsultacjach i badaniach potrafi zaważyć na decyzji. Jeden z rodziców powiedział mi:

– Doktorze Jay, my naprawdę nie wyobrażamy sobie, żeby nasza córka spędziła resztę życia, co pięć minut jeżdżąc do szpitala. Chcemy, żeby miała normalne życie tak długo, jak będzie nam to dane.

Nie był odosobniony w swoim podejściu. Być może zdziwi was, ale to pacjenci przeważnie rozumują w ten sposób. Wbrew pozorom dzieci doskonale wiedzą, czego chcą. A większość z nich wcale nie życzy sobie oglądać mojego szpetnego oblicza, jeśli mogliby w tym czasie bawić się ze znajomymi, chodzić do szkoły i klócić się z rodzeństwem, jak każde inne dziecko.

*

Komplikacje się zdarzają. Są nieuniknione, gdy przeprowadza się tysiące neurochirurgicznych zabiegów. Zapamiętywanie niepowodzeń leży w ludzkiej naturze. To wspomnienia problemów pojawiają się w naszych wspomnieniach, kiedy przysypiamy przy basenie podczas letnich wakacji. Nigdy tak naprawdę nas nie opuszczają.

Nie chodzi o to, że człowiek nie pamięta zwycięskich historii. Po prostu nie zostają one z nami aż tak długo. Nie spędzamy bezsennych nocy, wspominając życie pacjentów, które udało się nam zmienić na lepsze, wszystkich chłopców i dziewczynki, które nadal chodziły po tym świecie, chociaż bez interwencji mojej i mojego zespołu wcale by tak nie było. W końcu kogo to obchodzi – poza pacjentami i ich rodzinami, oczywiście.

Wyobraźcie sobie taki tytuł tekstu: „Doskonale wyszkolony neurochirurg z umiejętnościami i ogromnym doświadczeniem ratuje życie pacjenta!”. To nie byłby artykuł na pierwsze strony gazet, prawda? Opisywałby po prostu człowieka, który wykonuje swoją pracę bez potknięć. Czy my wszyscy nie staramy się tak właśnie żyć?

Wiem, z jaką łatwością zapomina się o sukcesach, ponieważ tamtego dnia, kiedy coś poszło nie tak, miałem jeszcze innych pacjentów. W dniach operacyjnych tradycyjnie wpisuje się na listę dwoje lub troje pacjentów – jednego do „poważnego” zabiegu i paru do mniejszych, krótszych procedur. Zredukowanie objętości płynu nagromadzonego w mózgu może zająć osiem do dziesięciu minut – longplayowa wersja *Free Bird* Lynnyrd Skynyrd jest dłuższa. Tamtego tragicznego tygodnia, gdy uszkodzone naczynie krwionośne zmieniło życie małego chłopca, przeprowadzałem również zabieg na innej młodej osobce – tym razem z lepszym wynikiem i zdecydowanie większym szczęściem.

*

Był to kolejny chłopiec, tym razem czteroletni. Miał nowotwór w środku głównej części mózgu, tuż obok wypełnionej płynem przestrzeni znanej jako komora. Miałem nadzieję, że uporam się

z jego zabiegiem wystarczająco szybko, aby zmieścić jeszcze jednego pacjenta. Ponieważ nie codziennie mamy listę operacji z udziałem naszego anestezjologa dziecięcego, musimy się starać dobrze wykorzystywać nasz czas – oczywiście zachowując zasady bezpieczeństwa.

Nie ode mnie samego zależy jednak długość zabiegu. Zwykle nie wiemy nawet do końca, co mamy do zrobienia. Skany wskazują nam położenie guza, ale nie jego rodzaj. W przypadku mojego czterolatka nie zdecydowałem się na natychmiastowe, w pełni inwazyjne działanie.

– Pozwólcie, że najpierw obejrzę sobie nowotwór, dowiem się, z czym mamy do czynienia, i może wytnę kawałek do patologii. Jeśli okaże się, że trzeba go usunąć, wtedy go usunę. Jeśli będzie mógł zostać tam, gdzie jest, to tak zrobimy.

Może wyda się wam dziwne, że sugerowałem tego typu wyjście, ale znów chodzi tu o balans ryzyka i korzyści. Dany nowotwór może wyglądać dziwnie na skanach, ale siedzieć w mózgu już od wielu lat. Mój pacjent został przyjęty na oddział po napadzie padaczkowym z powodu niesprecyzowanego uszkodzenia (czyli nie byliśmy pewni, co tak naprawdę się stało), które podrażniło tkankę mózgową w bezpośredniej bliskości urazu. Coś takiego można stabilizować za pomocą leków antypadaczkowych. Nigdy nie mamy jednak pewności – niektóre zmiany patologiczne u pacjentów różnią się znacząco w prawdziwym życiu od podręcznikowych przykładów.

Pobraliśmy już wcześniej krew do badań. Chcieliśmy sprawdzić, czy wykryjemy jakieś hormony. Niektóre nowotwory produkują hormony, które wystarczą do diagnozy (tak więc nie trzeba przeprowadzać biopsji). Wyniki badań krwi wróciły normalne, ale guz nadal wydawał mi się trochę dziwny.

Musiałem ogolić mały placek włosów i wywiercić w czaszce dziurę nie większą niż centymetr średnicy. Musi być po prostu na tyle duża, żeby zmieścił się w niej endoskop. To kolejne urządzenie, którego Peter nie miał, trenując się w neurochirurgii. Endoskop to po prostu rurka z kamerą światłowodową. Znajduje się w niej również miejsce do wprowadzenia instrumentów chirurgicznych, abym mógł pracować w obrębie środkowej części mózgu bez otwierania czaszki.

Wprowadzam kamerę przez tubę, nie spuszczać oczu z ekranu nad głową. Na moją prośbę młody specjalista na szkoleniu opisuje wszystko, co widzimy:

– Przechodzimy przez czaszkę i oponę twardą, wchodzimy do tkanki mózgowej, do komory.

Obracam kamerę.

– Co o tym sądzisz? – pytam. – Powinniśmy zdjąć pokrywkę i zrobić pełną interwencję?

Młodzieniec przygląda się obrazowi.

– Guz naciska na ścianę boczną – mówi.

– Dobrze. Co sugerujesz?

– Biopsję? Zobaczmy, czy jest złośliwy?

– I co jeszcze?

Milknie.

– Nie wiem.

– Czy pacjent znajdzie się w bezpośrednim niebezpieczeństwie, jeśli nowotwór jest łagodny i jeśli zostawimy go bez ingerencji?

– Nie, szefie. Wygląda na to, że rósł już od jakiegoś czasu, bez specjalnych problemów. Możliwe, że upłynie jeszcze wiele lat, zanim pojawią się poważne komplikacje. Aby jednak zaplanować kolejne kroki, musimy wiedzieć, co to jest. Dlatego zdecydowanie bym się jeszcze nie wycofywał, tylko zrobił biopsję.

Wsuwam do endoskopu igłę i wbijam ją w guz. Pobieram fragment, który następnie mój młody asystent odsyła na patologię. Dwadzieścia minut później dzwoni telefon. Ściszamy Talking Heads, żebym usłyszał wyrok.

- Dobre czy złe wieści?
- Złe – odpowiadam. – Zawsze najpierw złe.
- Nowotwór jest złośliwy.
- W porządku. A dobre?
- Wygląda na rozrodczaka.

Dokładnie na to liczyłem – na rodzaj nowotworu, który można leczyć bez interwencji chirurgicznej, w dodatku z naprawdę dobrymi rokowaniami. Spoglądam na mojego podopiecznego pytająco. *Co o tym sądzisz?* Pokazuje mi oba kciuki w górę. Poprawna odpowiedź.

Zapewne jest nieco rozczarowany, że nie będzie mógł asystować mi w wierceniu dziur w kości i otwieraniu czaszki. W jego wieku też tak bym się czuł. Jednak mimo amerykańskiego marzenia o „uzdrawianiu, uzdrawianiu, uzdrawianiu”, które wciąż mam w głowie, cieszę się, że mogę opatrzyć pacjenta i odesłać go na onkologię. Miałem tu wystarczająco wiele powtórek z lądowania w Normandii jak na jeden tydzień.

[13] Ang. *percutaneous endoscopic gastrostomy*.

ROZDZIAŁ ÓSMY

DUŻY PALEC U NOGI

Tak jak wielu rodziców, mam w gabinecie tablicę korkową i biurko wypełnione twórczością artystyczną moich pociech. Od czasu do czasu spoglądam na któryś z malunków i usiłuję sobie przypomnieć, co miał przedstawiać. Wynik zmienia się w zależności od mojego humoru.

Nie wszystkie rysunki pochodzą od moich dzieci. Mam dziesiątki szkiców podarowanych mi przez moich małych pacjentów. Niektóre z nich pochodzą sprzed dziesięciu lat. Kilka z nich wydaje się przedstawiać moją karykaturę. Czy istnieje coś bardziej krytycznego niż oczy dziecka? To doskonały sposób na pamiętanie cudownych osób, które przekraczają te progi. Nie wszyscy wracają na coroczne badania. Nie wszyscy nadal żyją, ale wiem, że dla każdego z nich zrobiłem wszystko, co mogłem. Dostaję wiele kartek z podziękowaniami od rodziców. „Jesteśmy wdzięczni, że pan próbował”. Nie jestem przekonany, czy na ich miejscu byłbym w stanie napisać coś takiego, ale ich słowa wiele dla mnie znaczą.

Co roku w drugim tygodniu grudnia otrzymuję kartkę od pewnego mężczyzny. Zawsze życzy mi szczęśliwych świąt Bożego Narodzenia i dziękuje za to, że tak zawzięcie walczyłem o jego syna. Do tej pory dostałem czternaście takich przesyłek. Ten człowiek nigdy nie zapomina. Rodzic na zawsze będzie pamiętać doświadczenie pobytu na oddziale neurochirurgii.

*

Dzieci lubią rozrabiać. Takie już są. Lubią być w centrum zainteresowania, a rolą rodziców jest czasem je ignorować.

Jeżeli twoja czteroletnia pociecha zaczyna się nagle potykać, to zapewne nie pomyślisz natychmiast, że to z powodu poważnego schorzenia rdzenia kręgowego. Najprawdopodobniej po prostu się roześmiejesz albo powiesz dziecku, żeby przestało się wygłupiać i siadło przy stole do obiadu. Gdy następnego dnia zacznie skarżyć się na ból brzucha, odpowiesz: „Kiedy ostatnio robiłeś kupkę? Chodź do ubikacji”. Kiedy później tego samego dnia zsiąka się w majtki, mimo że od roku nie zdarzają mu się takie wypadki, odczujesz ulgę, bo przez ostatnie dwadzieścia cztery godziny trudno było wycisnąć z niego nawet kroplę moczu.

Kiedy zorientujesz się następnego dnia, że nie wyskoczył z łóżka o szóstej nad ranem, być może odczujesz ulgę. Będziesz mógł wtulić się w swoją partnerkę i dla odmiany cieszyć się możliwością ciszy i spokoju we dwoje. Kiedy jednak o siódmej lub ósmej pójdziesz sprawdzić, czy dziecko nadal śpi, nie zastaniesz w łóżku małego śpioszka, tak jak oczekiwałeś. Zamiast tego zobaczysz go całkowicie przebudzonego, na podłodze, z przerażeniem w oczach.

Podbiegniesz i chwycisz go na rękę.

- Co się stało, kochanie? Dlaczego leżysz na podłodze?
- Moje nogi, tatusiu. Nie chcą działać.

*

Mały chłopiec został zawieziony na ostry dyżur w Northampton, z czterodniową historią objawów, obejmującą stopniowo wzrastające trudności w chodzeniu, ból brzucha i nietrzymanie moczu. Nie dawał również rady ustać na nogach. Bardzo szybko lekarze zorientowali się, że to problem z kręgosłupem, czyli robota dla nas, w szpitalu Johna Radcliffa. Zgłoszenie przyjął mój ówczesny rezydent, Tim, który był na dyżurze pod telefonem. Spisał szczegóły.

– Ściągnę szefa – powiedział. – Przywieźcie chłopca jak najszybciej.

Zazwyczaj operowałem dwa dni w tygodniu. Akurat nie był to jeden z nich, więc nie miałem w planach niczego, czego nie mógłbym przełożyć. Tim wprowadził mnie w historię.

– Jak sądzisz, co to takiego? – spytałem. Swoją diagnozę już znałem, a szkolący się specjaliści zostają konsultantami, ucząc się samodzielnie podejmować decyzje.

– Albo nowotwór, albo krwawienie do rdzenia kręgowego – odparł.

– Coś jeszcze?

– Być może nagły atak stwardnienia rozsianego? – Czasami schorzenia takie jak SM[14] mogą dawać objawy podobne do nowotworu.

– Tak, to możliwe, ale mało realne. Najprawdopodobniej mamy do czynienia z pierwszym lub drugim wariantem.

Rezonans magnetyczny potwierdził problem z rdzeniem kręgowym. U chłopca pojawiła się cysta na oponie pajęczynowej. Torbiel sama w sobie jest nieszkodliwym tworem, ale może spowodować zakłócenia w przepływie sygnałów wzdłuż rdzenia. Najprawdopodobniej rosła od kilku miesięcy, może nawet dłużej, nie wywołując żadnych poważnych objawów. Dopiero w ciągu ostatnich kilku dni osiągnęła zbyt duże rozmiary w stosunku do dostępnego miejsca i zaczęła naciskać na rdzeń. Trzeba było odciągnąć z niej płyn i to szybko.

Nasz oddział ma trzy sale operacyjne przeznaczone wyłącznie dla neurochirurgii. Czasami – a nawet dość często – potrzebujemy jeszcze jednej. W tej chwili niestety wszystkie były zajęte. Ratowano w nich życie. Naprawdę nie chciałem przesuwając żadnej innej operacji na później, ale mieliśmy nagły wypadek.

– Ósemka, ile macie czasu do końca?

– Dopiero zaczęliśmy. Trzy godziny.

Sala numer 11: „Cztery godziny minimum”.

Sala numer 12: „Około godziny”.

– Doskonale – odpowiadam. – Kiedy skończycie, mam kompresję rdzenia, którą muszę się zająć na cito. Mogę wejść wam na listę?

Istnieją dwa rodzaje chirurgów. Niektórzy marudzą, narzekają i robią wszystko, żeby uniknąć oddania swojej sali koledze, który ma nagły przypadek. Inni mówią: „Jasne, jeśli musisz to zrobić teraz, to musisz”. Na szczęście ten konsultant należał do drugiego typu.

Odhaczyliśmy rejestr WHO.

– Szykujemy się do dekompresji rdzenia kręgowego. Trzydzieści minut do przyjazdu pacjenta. Ruszamy się, kochani. – Anestezjolog prowadził kontrolę i dyrygował przygotowaniem sali operacyjnej. Instrumentariusze byli już na miejscu, więc mieliśmy

jedną rzecz mniej do organizowania. Teraz mogłem skoncentrować się na pacjencie.

Cysta chłopca zlokalizowana była między łopatkami, co wyjaśniało, dlaczego nadal mógł ruszać ramionami. Wszystko poniżej było sparaliżowane lub wkrótce tak miało się stać: nie tylko nogi, ale też jelita, pęcherz i generalnie wszystko w dół od zablokowanego miejsca.

*

Karetka przyjechała w ciągu godziny od telefonu do Tima. Rodzice byli potwornie niespokojni. Obwiniali się za to, że nie zauważyli albo zbywali wszystkie kolejne objawy.

– Proszę, pomóżcie naszemu synowi – błagali wszystkich dookoła. – Zrobimy wszystko, podpiszemy każdy dokument, tylko błagamy, uratujcie go!

To naturalne. Po pierwsze, musieliśmy szybko przebadać dziecko. W Northampton założono mu cewnik do pęcherza, ponieważ nie mógł siusiać. Teraz wszystko, pod względem fizycznym i psychicznym, zależało od nas.

*

Jeśli przypadek nie jest nagły – gdy przychodzi do nas ktoś z długoterminową chorobą, która następnego dnia będzie taka sama, jak dziś – ustalone działanie jest takie, że któryś z moich młodszych asystentów spotyka się najpierw z rodziną. Wymieniają wstępne uprzejmości, omawiają plan leczenia i stają się osobą pierwszego kontaktu między pacjentem a nami. Nie chodzi o to, że unikam pracy. Nie traktuję pacjentów tak, jak

kardiochirurg mojego taty – ale moim zadaniem jest coś więcej niż tylko ratowanie życia. Muszę wyszkolić kolejne pokolenie specjalistów. Rezydenci muszą się uczyć, więc tworzą fundamenty w danej sprawie, zanim pojawia się ja. To taka moja wersja zasady „zobacz, zrób i nauczaj”.

Rezydent bada pacjenta, przeprowadza pełny wywiad medyczny z nim i z jego opiekunami, a potem przychodzi do mnie z podsumowaniem tego, czego się dowiedzieli, oraz rekomendowanym planem działania.

Zazwyczaj do tego czasu mam już za sobą analizę skanów, więc mogę się upewnić, że moi podopieczni są na właściwym tropie. Chcę się przekonać, czy rezydenci na specjalizacji myślą w podobny sposób, co ja. Prawdziwe doświadczenie liczy się dużo bardziej niż jakikolwiek egzamin. Oczywiście robię to również po to, aby sprawdzić, czy ja nie popełniłem błędu w rozumowaniu, nie tylko w celu kontrolowania moich studentów.

Sam uczyłem się w ten sam sposób i pomijając kilka potknięć, wyszło mi to na zdrowie. Jest jednak również inny, chwalebniejszy powód, dla którego dowódca wysyła swoje oddziały na pole bitwy. Stażyści są młodzi, inteligentni i głodni, więc może się zdarzyć, że wpadną na znacznie lepszy pomysł niż ich czterdziestoparoletni przełożony. Czasami trzeba powiedzieć: „Wiesz co? Nie planowałem tego robić, ale brzmi naprawdę nieźle, więc pójdziemy za twoją propozycją”.

Bez względu na to, na czyją diagnozę się zgodzimy, przeważnie proszę moich podopiecznych, aby uczestniczyli w operacji. Pozwala im to utrzymać nieprzerwany kontakt z pacjentem i zazwyczaj wtedy pamiętają dużo więcej.

Kiedy wszystko posuwa się w szybkim tempie, trzeba iść na pewne ustępstwa. Schodzę na dół razem z moim asystentem lub

asystentką i razem witamy rodziców i dziecko. Potem zazwyczaj jedno z nas udaje się na salę operacyjną, aby przekazać reszcie zespołu, co planujemy i jakich narzędzi będziemy potrzebować – a także tego, na jaką muzykę mam w danej chwili nastrój. W międzyczasie osoba pozostająca z rodziną uzyskuje podpisy na zgodzie na operację i innych dokumentach.

Ze względu na sytuację chłopca możemy zapomnieć o „dniu szkoleniowym”. Nie mamy czasu na standardowe metody. Cały zespół spotyka się najpierw z rodziną, a potem wszyscy rozchodzą się do swoich zadań, żeby nie tracić czasu, co mogłoby oznaczać obniżanie się zdolności ruchowych kończyn. Operacja musi się odbyć jak najszybciej.

*

Stoję nad chłopcem, sprawdzając kartę i gawędząc z nim. Jest przytomny i przerażony. Obok mnie stoi jego tata. Gdy tylko odwracam się od chłopca, pyta mnie bezgłośnie:

– Proszę, niech mi pan powie szczerze, czy to rak?

– Nie, nie sędzę.

– Och, dzięki Bogu! – Przytula żonę z ulgą. Płaczą. Ich uczucie ulgi jest niemal namacalne.

Naprawdę chcę, żeby cieszyli się tą chwilą, ale to byłoby nie w porządku.

– To nie rak – dodaję. – Ale stan jest poważny.

– Co pan ma przez to na myśli?

Tłumaczę im, co znaleźliśmy; duża torbiel wypełniona płynem uciska rdzeń kręgowy, niemal całkowicie blokując przesyłanie sygnałów nerwowych tym szlakiem. Im dłużej ten stan się

utrzyma, tym większe prawdopodobieństwo, że szkody będą nieodwracalne.

– Mam na myśli, że wasz syn może nigdy nie odzyskać władzy w dolnej części ciała; chodzenie, praca jelit, pęcherz, funkcje seksualne, wszystko.

Twarz ojca ściąga się w grymasie niechęci.

– Proszę, doktorze Jay. Nie przy moim synu. Nie chcę, żeby to słyszał.

Przychyłam się do jego prośby i na chwilę odsuwam się od łóżka pacjenta. Robię to nie dlatego, że zgadzam się z tatą. Wiem po prostu, że ten człowiek jest bliski załamania. Chce tylko, żebym ocalił życie jego synkowi. Ja z kolei muszę się upewnić, że owo życie będzie jak najmniej bolesne – a niestety, nie można tu ominąć dyskomfortu psychicznego.

Wyjaśniam moją diagnozę rodzicom i w skrócie opowiadam, jak będzie wyglądała operacja, którą planujemy przeprowadzić. Nie powściągam języka.

– Zamierzamy pomóc w przywróceniu jak największej funkcjonalności nóg i pęcherza dziecka. Nie możemy przewidzieć, czy się nam uda. Funkcje dolnej części ciała mogą powrócić zaledwie w niewielkim procencie. W tej chwili nie jestem w stanie niczego obiecać. Gwarantuję tylko to, że jeśli nie przeprowadzimy zabiegu i nie wykorzystamy szansy teraz, stan syna będzie się jedynie pogarszał.

Rodzice są dziwnie zadowoleni. Wszystko jest w porządku. Oni po prostu chcą, żeby *ktoś coś* zrobił. Tylko wtedy będą w stanie żyć z samymi sobą. Ja jednak muszę zapoznać ich z moim planem działania. To część mojej pracy.

– A teraz muszę powiedzieć o wszystkim waszemu synowi – dodaję.

– Absolutnie wykluczone – sprzeciwia się ojciec. – On jest na to za mały.

Zwyczajowa historia. Przeważnie jestem nieco bardziej rozsądny. *Przeważnie mam jednak dużo więcej czasu.*

– A pan nie chciałby wiedzieć, co się z panem dzieje? – pytam.

– Oczywiście, ale to jeszcze dziecko.

– Tak. Bardzo *przestraszone* dziecko. A moim zadaniem jest mu pomóc najlepiej, jak potrafię. W tej chwili zaś oznacza to, że muszę mu wytłumaczyć, co zamierzamy zrobić. Nie umiem sobie nawet wyobrazić, jaki koszmar szaleje teraz w jego głowie. Niech pan spróbuje postawić się na jego miejscu: ma pan cztery lata i nagle nogi i pupa przestały działać. Niech pan sobie wyobrazi, że nikt panu nie powiedział, iż zamierza wstrzyknąć panu środki usypiające, i nagle budzi się pan z bolącymi plecami i rurką wystającą z kręgosłupa. Ja byłbym przerażony.

– No, nie wiem – mówi mama.

– Bardzo mi przykro, ale nie mamy czasu. Szanuję waszą opinię, ale wy musicie również uszanować moją – tłumaczę. – Proszę mi zaufać, jestem pediatrą od wielu lat. Trzymanie wszystkiego w tajemnicy tylko zaszkodzi sprawie. A co najważniejsze, to nie wy, ale wasz syn jest moim pacjentem. Nie zamierzam go okłamywać.

To dość brutalne, ale marnujemy w tej chwili czas. Dzieci mają wybujałą wyobraźnię. Wyobraźcie sobie tylko, jakie koszarne scenariusze potrafiłyby stworzyć w głowie ten mały człowiek, budząc się z narkozy bez żadnych informacji o tym, co się stało. To nie jest właściwe. Czterolatek nie rozumie może wszystkiego, ale chcę mu wytłumaczyć podstawy. Rodzice z niechęcią, ale wreszcie się zgadzają.

– Twoje nogi i brzuch są kontrolowane przez kręgosłup, który w tej chwili trochę się zepsuł. Damy ci dużo różnych lekarstw, po których zachce ci się spać, a potem obejrzymy sobie twoje plecy i sprawdzimy, czy możemy naprawić ci nogi i brzuszki. Bo w końcu chyba chcemy, żeby znowu działały, prawda? Kiedy się obudzisz, będzie cię troszkę bolało, ale przestanie po jednym lub dwóch dniach. Poza tym być może będziesz miał taką małą rurkę wystającą z pleców i pewnie to będzie trochę dziwne uczucie, ale wcale nie będzie bolało. Wyjmiemy ją zresztą tak szybko, jak tylko będzie można.

Przy pomocy misia Benny'ego – zabawki, na której wyjaśniamy dzieciom, co dokładnie się z nimi stanie – tłumaczę mu, jak będzie wyglądała operacja.

W najlepszym przypadku malec obudzi się zdezorientowany, z zawrotami w głowie, nie wiedząc, gdzie się znajduje. Potem obudzą się receptory bólu, nie będzie to przyjemne i dzieciak będzie świadomy, że coś tkwi w jego plecach, ale pomyśli wtedy: *Zaraz, chwilkę, doktor Jay powiedział mi, że tak właśnie się stanie. Powiedział, że trochę będzie bolało, ale przestanie za dzień lub dwa. Więc nie dzieje się nic złego.* Wiedza to potęga, nawet gdy ma się tylko cztery lata.

*

Zespół operacyjny już na mnie czeka: dwóch anestezjologów z pomocnikiem, mój asystent, instrumentariuszka, dwie pielęgniarki i – jak to się często zdarza w takich przypadkach – grupka studentów. Pomijając tych ostatnich, wszyscy są dokładnie zorientowani, co zamierzamy zrobić, narzędzia czekają w pogotowiu. Przed chwilą ci ludzie wykonali kolejny zabieg,

który ocalił pacjentowi życie. Dla nich to chleb codzienny. Jeśli coś pójdzie nie tak, z całą pewnością nie będzie to ich wina. Dam sobie za to rękę uciąć.

Wchodzę na salę dziesięć minut przed pojawieniem się pacjenta. Pokój przedoperacyjny znajduje się obok, całkowicie oddzielony od samej sali operacyjnej. Słyszę, jak wwożą tam dziecko na ruchomym łóżku. Zespół układa je wygodnie i podaje koktajl usypiający. Z reguły ratownicy medyczni, rodzina oraz zwykły personel szpitala mają dostęp do pokoju anestezjologicznego, ale to wszystko. Sala operacyjna jest sterylna. To moje środowisko. Jeżeli cokolwiek tutaj pójdzie nie tak, to ja będę musiał się z tego tłumaczyć przed pacjentem i rodzicami, więc zazdrośnie strzegę nietykalności tego pomieszczenia.

Pacjent wjeżdża wreszcie na wózku i zostaje przełożony na stół operacyjny. Układamy go bardzo ostrożnie, upewniając się, że wszystkie punkty nacisku są odpowiednio zabezpieczone, aby nie uszkodzić skóry. Potem przeprowadzamy kolejne kontrole przedoperacyjne. Tym wręcza mi skany.

– Potwierdzamy właściwe miejsce. – Czekam na weryfikację. – I potwierdzamy imię i nazwisko dziecka.

Czasami sprawdzanie danych pacjenta i jego badań może się wydawać stratą czasu, ale wypadki się zdarzają. Nie mi, dzięki Bogu, ale amputowano już niejedną zdrową nogę, ponieważ ktoś odwrotnie powiesił zdjęcia, a czasami pod nóż trafia niewłaściwa osoba, na skutek zbieżności nazwisk. Zdarza się – ale dużo rzadziej, jeśli człowiek sprawdzi wszystko, jak należy.

Zaczynamy oczyszczać powierzchnię operacyjną, nakładając antyseptyki i antybiotyki. Wreszcie jesteśmy gotowi. Włączam system dźwiękowy i słyszę muzykę. Zbieram myśli, wprowadzając mózg w odpowiedni stan, i szykuję się do operacji.

Moim zadaniem jest odprowadzenie nadmiaru płynu uciskającego rdzeń kręgowy pacjenta. Jesteśmy gotowi. Chłopiec leży na brzuchu. Wykonuję pionowe nacięcie na środku pleców, przebijając się przez skórę i mięśnie po obu stronach drobniutkiego kręgosłupa. Po dotarciu do kości wszystko jest kwestią oczyszczenia obszaru działania. Instrumentariuszka podaje mi wiertarkę do otwarcia kręgosłupa.

Muszę wywiercić otwór w taki sposób, abym mógł unieść spory kawałek kręgow, jak bransoletkę. Robię nacięcia długości mniej więcej 10 centymetrów. Może wydaje się, że to niewiele, ale w przypadku czterolatka to dość znacząca rana. Kilka milimetrów za daleko w lewo lub w prawo i mogą uszkodzić stawy kręgowe. Nacinając zbyt głęboko, jestem w stanie wyrządzić dużo większe szkody.

Wycinając kawałek kręgosłupa z boku, upewniam się, że więzadła utrzymają kolumnę w odpowiednim układzie. To bardzo misterna robota, ale szalenie satysfakcjonująca, kiedy działa – coś jak obranie pomarańczy za jednym zamachem.

Rdzeń kręgowy znajduje się wewnątrz kostnej kolumny kręgow. Jest całkowicie zanurzony w płynie i otoczony tłuszczem, które chronią go przed wstrząsami. Oznacza to, że gdy człowiek się porusza, rdzeń kręgowy nie uderza za każdym razem o kości kręgow. W podobny sposób chroniony jest mózg w obrębie czaszki. Jeżeli coś – na przykład cysta – spowoduje nagły wzrost objętości płynu między rdzeniem a kręgami, możecie sobie wyobrazić, jak ciasno się robi w takim kanale. Mamy wtedy torebkę wypełnioną płynem, rosnącą coraz bardziej i bardziej, aż wreszcie przekracza ona próg tak zwanej dekompensacji. Nagle dopływ krwi do rdzenia staje się niewystarczający, ponieważ nacisk na nerwy

staje się zbyt duży. W efekcie ciało zaczyna tracić kolejne funkcje fizjologiczne.

To trochę tak, jak podróżowanie metrem w Tokio. Kiedy człowiek myśli, że już nie ma szans, aby w wagonie zmieściła się choćby jedna więcej osoba, pojawia się gość w białych rękawiczkach i odsuwa tłum na boki. Nie ma miejsca. Wszyscy są ściśnięci jak sardynki w puszcze. Trudno jest oddychać. Wszyscy dawno zapomnieli o wszelkiej ludzkiej godności, a oni i tak wpychają więcej osób do środka.

Cysta, której szukam, jest prawdopodobnie nie większa niż połowa grubości mojego małego palca. Kiedy zdejmuję „bransoletkę” wyciętą w kręgosłupie chłopca, odsłaniam włóknistą oponę otaczającą rdzeń. Przy pomocy mikroskopu powiększającego obszar operacyjny rozcinamy błonę i zabezpieczamy otwór za pomocą szwów podciągających. Idzie jak po maśle. Widzę wyraźnie cystę, odsłoniętą, wypełnioną przejrzystym płynem. Teraz muszę ją otworzyć i odsączyć płyn, ale jednocześnie podjąć próbę fenestracji, czyli wycięcia jak największej liczby otworów w ścianie cysty, aby nie mogła się ponownie wypełnić.

Moglibyśmy opróżnić torbiel jednym nakłuciem, zaszyć chłopca i poczekać, aż jego ciało wróci jako tako do normalnego funkcjonowania kilka dni później. W ten sposób jednak tworzymy pole dla przyszłych komplikacji. Cokolwiek wywołało pojawienie się cysty i nagromadzenie płynu, nadal będzie działać. Po sześciu miesiącach chłopiec zapewne powróci do nas z takimi samymi objawami.

Dlatego właśnie jeden otwór nie wystarczy. Muszę ich wykonać kilka – sześć, jeśli mi się uda. Nasze ciała mają ten denerwujący zwyczaj gojenia ran i blizn. Zazwyczaj jest to pozytywna cecha, ale

w tym przypadku jest monumentalnie wręcz kłopotliwa. Jeśli wykonam dwa otwory, jeden z nich może się zarosnąć po sześciu miesiącach, a drugi po roku. Przy sześciu trzeba by było mieć okrutnego pecha, żeby wszystkie z nich zdołały się zasklepić.

Wykonawszy czary-mary z igłą, zaszywam oponę twardą, a potem z powrotem opuszczam kostną bransoletkę na kręgosłup i zabezpieczam ją na miejscu. Musi pasować idealnie, aby podtrzymać integralność biomechaniki kręgosłupa. Wszelka niedokładność u rosnącego chłopca może się skończyć skrzywieniem kręgosłupa i innymi problemami.

Dopasowanie wyciętego fragmentu i zszywanie zajmują godzinę. Wreszcie wszystko połączone jest tak, jak przed operacją. Przekonany, że zrobiliśmy tyle, ile mogliśmy, oznajmiam koniec operacji i zespół asystujący zaczyna przygotowywać się do operacji, którą mieli przeprowadzić kilka godzin temu. Ja muszę teraz porozmawiać z rodzicami pacjenta, a potem czekać. I czekać.

*

Nigdy nie gwarantuję konkretnego wyniku operacji. Z drugiej strony, rzadko wspominam o mało prawdopodobnych rezultatach zabiegu. Jestem wcieleniem umiarkowania. Wierzę, że pacjenci powinni wiedzieć tyle, co ja, bez żadnych hiperboli – tylko prawdopodobieństwo. Ostrzegłem tego małego chłopca, że choć być może będziemy w stanie poprawić jego stan, nie jest to wynik gwarantowany. Jego rodzicom powiedziałem to samo.

Cały zabieg zajął około czterech godzin. Stan pacjenta został określony jako stabilny i przeniesiono go na oddział. Zaczęliśmy późnym popołudniem i skończyliśmy wieczorem. W dniu

„bezoperacyjnym”, jakim miał być ten dzień, powinienem być w domu na kolację. Gdybym się pospieszył, być może dotarłbym na sam koniec posiłku, ale chociaż moja „szefowa” gotuje znakomicie, nie mogłem opuścić szpitala bez poinformowania rodziców.

– Operacja przebiegła planowo – powiedziałem.

– Naprawił go pan?

Ach, najczęstsze pytanie.

– Naruszyliśmy integralność cysty, ale rdzeń kręgowy jest bardzo skomplikowaną strukturą. Zabieg powinien powstrzymać dalsze uszkodzenia, jednak nie dowiemy się tego z całą pewnością, dopóki nie zobaczymy rzeczywistej poprawy.

Powoli chłopczyk zaczął się budzić. Próbowałem nakłonić go do poruszenia nogami, ale nieskutecznie. *Jest jeszcze wcześnie*, pomyślałem. Był tak zmęczony po operacji, że natychmiast z powrotem zasnął. Wystarczy na jeden dzień. Pożegnałem się z moim zespołem i z rodzicami, a potem pojechałem do domu.

Następnego poranka poszedłem na obchód, jak zwykle. Mieliśmy wtedy jedenaścioro pacjentów, wszystkich jednakowo ważnych. Stan wszystkich był zgodny z moimi oczekiwaniami – nawet tych leżących na oddziale intensywnej terapii. Dwoje pacjentów mogłem wypisać ze szpitala. Kolejną parę przygotowałem do operacji później tego dnia. Ale osoba, którą najbardziej chciałem zobaczyć, dostarczyła mi jedynie cichego rozczarowania.

Przywitałem się z rodzicami i z pacjentem. Zawsze uważam, że należy włączać ich do wszelkich dyskusji. Spytałem, jak minęła noc, a potem zwróciłem się do pielęgniarek.

– Macie jakieś dodatkowe informacje? – spytałem.

Przełożona odparła, że nic ważnego.

– Temperatura w normie, podobnie jak akcja serca, układ faz snu. Z rany nic się nie przesącza.

Chłopiec był przytomny i uśmiechał się, z przerwami na skrzywienia z bólu czy niewygody, co zawsze nieco mnie mroziło. Kiedy jednak zapytałem:

– Możesz poruszyć dla mnie stopami?

Odparł:

– Nie.

– Jesteś pewien? A może dasz radę pokiwać dużym palcem u nogi?

Spojrzał na swoje stopy i skoncentrował się. Nic się nie wydarzyło.

Dotknąłem ich delikatnie, ale chłopiec tego nie poczuł. Znajdował się dokładnie w tym samym stanie, co przed operacją.

– Nie szkodzi – pocieszyłem zarówno jego, jak i rodziców. – To może zająć trochę czasu.

Następnego dnia stan się nie zmienił. Tata chłopca zaczynał się denerwować. Chciał rezultatów.

– Jak już mówiłem, operacja przebiegła tak pomyślnie, jak się spodziewaliśmy. Niestety, nie można przewidzieć, w jaki sposób wpłynie to na stan pacjenta, ale jest jeszcze wcześnie.

– Wcześnie? Ile jeszcze mamy czekać?

– Tak długo, jak będzie trzeba.

Każdego dnia zaglądałem na oddział i każdego dnia powtarzała się ta sama historia.

– Możesz pokiwać palcami u nóg?

– Nie.

– Jesteś pewien? Żadnym z nich? A duży palec? – To głupie, ale za każdym razem, kiedy kogoś o to proszę, przypomina mi się *Kill Bill* Quentina Tarantino. Tam też padło takie pytanie, z tym że

pacjentką była Uma Thurman, która nakazała sama sobie to zrobić.

Ale tutaj, w szpitalu Johna Radcliffa, mój pacjent nadal tego nie potrafił.

– Nie szkodzi. Zawsze jest jeszcze jutro.

Z każdym mijającym dniem mama stawała się coraz bardziej pogodzona z losem, ale dobrej myśli. Tata, dla odmiany, coraz bardziej się denerwował. Chciał odpowiedzi, wyników, natychmiast.

– Kiedy mój syn będzie mógł biegać? Jeździć na rowerze? Kiedy będzie mógł trenować boks? – Takie pytania wypływały z jego ust. Tak naprawdę jednak szukał rozgrzeszenia. Prześladowała go myśl, że jest odpowiedzialny za stan swojego dziecka. – Dlaczego ja go nie posłuchałem, kiedy skarżył się na ból brzucha? Dlaczego nie zauważyłam, że chodzi jakoś inaczej? Może jeśli obudziłbym się godzinę wcześniej i szybciej zorientował się, co się dzieje, pan mógłby zrobić coś więcej.

Obserwowanie, jak się zadręcza, było bolesne, zwłaszcza wobec całkowitego braku postępu w stanie mojego pacjenta. Oczywiście tata nie był niczemu winien. To naturalna reakcja, że kiedy dziecko narzeka na cokolwiek, mówi się mu, żeby „rozbiegał to”, „poszedł do ubikacji” albo „położył się wcześniej spać”. Takie środki doraźne zazwyczaj naprawdę działają.

– Niech pan posłucha, nie zrobił pan absolutnie nic złego. Skąd miałby pan wiedzieć, że działo się coś takiego? Musi pan sobie wybaczyć i skoncentrować się na dziecku, nie marnując energii na zamartwianie się. Naprawdę jest jeszcze wcześniej – zapewniłem go. – Trzeba uzbroić się w cierpliwość.

Rehabilitacja zależy w równym stopniu od stanu fizycznego, jak umysłowego. Trzeba naprawdę nad tym pracować, a przy tym

chcieć, żeby się udało; wkładać w to cały swój wysiłek. Bez względu na to, czy człowiek ma cztery lata, czy czterdzieści, zawsze najłatwiej jest położyć się i pomyśleć: „Ech, to się nigdy nie uda”. I pewnie człowiek miałby rację. Wiemy, że stan psychiczny pacjentów ma bezpośredni związek z procesem ich zdrowienia. Mówimy im, że „muszą nakłonić nerwy do ponownego działania”. Ale cóż może zrobić czterolatek, kiedy jego tata wciąż marudzi: „Nie udało się. Nie zadziało”? Nie pracowałem tylko i wyłącznie z moim małym pacjentem – musiałem leczyć również jego tatę.

Cztery dni zmieniły się w pięć, potem w sześć i siedem. W tym momencie tak bardzo się niepokoiłem, że zamówiłem kolejne prześwietlenia. Może w obrębie rany operacyjnej pojawił się gdzieś skrzep? To mogłoby wszystko wyjaśnić. Skany niczego jednak nie wykazały. Wszystko wyglądało dobrze.

Jedenastego dnia ruszyłem jak zwykle na obchód po budynku. Rodzice pacjenta ledwie na mnie spojrzeli, gdy wraz z moim zespołem weszliśmy do pokoju. Pomieszczenie wypełnił zapach poczucia winy. Moja solidarność z rodzicami pacjenta była poddawana testowi. Dałbym wiele, żeby tylko poczuli się mniej odpowiedzialni.

– Dzień dobry – powiedziałem, jak zwykle co dzień. – Masz dla mnie jakieś nowiny?

– Nie – odparł mój młody pacjent. – Przepraszam.

– Nie masz za co przepraszać. Nie ma sprawy. Skoro jednak już tu jestem, możesz spróbować pomachać dużym palcem u nogi? Nie przejmuj się, jeśli nie wyjdzie.

Nie jestem pewien, czy w ogóle uważnie się mu przyglądałem. Ożywiła mnie głównie reakcja chłopca, który chichotał, śmiał się i coś pokazywał.

Dlaczego? Bo duży palec u jego nogi się poruszał. Zupełnie jak Umy Thurman w filmie z 2003 roku. Właściwie to wszystkie palce u obu stóp się poruszały. Naprawdę niesamowite. Jego nogi się ocknęły. Była to bodaj najbardziej heroiczna scena, którą widziałem na tym oddziale od wielu lat.

Owszem, można powiedzieć, że to dość niewielka część ciała, ale palce u stóp znajdują się najdalej od mózgu i jeśli dochodzą do nich sygnały nerwowe przez blokadę, która przedtem je zatrzymywała, oznacza to, że również inne części ciała otrzymują informacje od mózgu – w tym przypadku nogi, a także możliwe, że jelita i pęcherz.

Ale nie należało jeszcze przedwcześnie świętować. Na razie odnieśliśmy małe zwycięstwo. Mój rezydent i pozostali członkowie zespołu cieszyli się jak dzieci. Mama była wstrząśnięta, a tata wyglądał, jakby chciał kogoś przytulić. Oczywiście jego entuzjazm na tym się nie skończył.

– Chodź, wstaniemy i pochodzimy!

– Proszę – wtrąciłem się. – Musi mu pan dać trochę czasu. Niektórzy ludzie z taką przypadłością odzyskują władzę w stopach i to wszystko. Na tym się kończy. Nie może pan go zmuszać, bo wtedy będzie się czuł źle.

– Tak, tak, oczywiście – odparł nagle skruszony. – Ma pan absolutną rację.

Jak się okazało, zresztą nie pierwszy raz, całkowicie się myliłem. Zupełnie jakby ktoś odkręcił kran w małym pacjencie. Kiedy zajrzałem do niego następnego dnia, z radością zauważyłem, że malec siedzi na łóżku koszmarnie znudzony. Odzyskał sporo władzy w nogach. W ciągu dwudziestu czterech godzin przeszedł od ruszania palcami do zginania nóg w kostce,

w kolanie i do wyginania bioder. Niesamowity postęp, nawet jak dla nas, starych wyjadaczy.

Po jakichś trzech tygodniach wysłałem go do domu, wtedy już pewny, że wrócił mu pełen zakres funkcji motorycznych w nogach i wszędzie indziej. W jaki sposób to wiedziałem? Ponieważ ostatniego dnia w szpitalu Johna Radcliffa malec wyszedł zeń bez żadnej asysty. Niektóre dni są pełne radości. Takie wspomnienia zachowujemy, żeby zrównoważyć te bardziej ponure.

*

Wypisanie z pobytu na moim oddziale nie oznacza, że pacjent znika z mojego radaru. Co sześć do dwunastu miesięcy większość z nich wraca na wizyty kontrolne, żebym mógł sprawdzić ich postępy i dowiedzieć się, jak idzie rehabilitacja i fizjoterapia. Czasami wszystko układa się tak doskonale, że żegnamy się już po roku – czasem po trzech latach. A czasami nasze spotkania nigdy się nie kończą.

Cztery lata po tym, jak ten chłopczyk pokuśtykał z powrotem do Northampton, odwiedził mnie po raz ostatni. Prawie już nie pamiętał czasu, gdy nie potrafił chodzić tak jak wszyscy jego koledzy. Gdyby nie udokumentowana historia choroby, ja również miałbym trudności z uwierzeniem, że coś takiego w ogóle miało miejsce. Cieszyłem się, że nie będę musiał już nigdy się z nim spotykać. Ale nadal dostaję od nich kartki na święta.

[14] Łac. *sclerosis multiplex*, ang. *multiple sclerosis*.

ROZDZIAŁ DZIEWIĄTY

TEST TESCO

Czasami zdarza się, że milknie muzyka. Często różnimy się gustami z kolegami z zespołu (w zasadzie to „często” należy zmienić na „zawsze”, a „różnimy” na „całkowite przeciwieństwo”). Jeśli robię coś, co naprawdę wymaga koncentracji, muszę słyszeć muzykę. Generalnie moi współpracownicy o tym wiedzą i zostawiają sprzęt dźwiękowy w spokoju. Czasami, jeśli wykonujemy mniej skomplikowaną operację, ktoś może podstępnie zmienić listę. Zazwyczaj jestem w stanie znieść coś miłszego dla ucha bardziej ogólnej populacji – myślę, że coraz lepiej sobie z tym radzę, zwłaszcza teraz, kiedy w niedzielne popołudnia moje dzieci zmuszają mnie do słuchania nadawanej w internecie listy przebojów Top 40 (ach, z jakim wzruszeniem wspominam tamte dni, kiedy czekało się na możliwość zdobycia piosenek z palcem na klawiszu nagrywania w magnetofonie kasetowym).

Jest tylko jeden scenariusz, w którym muzyka zostaje wyłączona, a ja na to nie narzekam. Nie narzekam, bo to *ja*

kazałem ją wyłączyć – a coś takiego *nigdy* nie jest dobrym znakiem.

*

Czaszka dziecka nie jest twarda. Kiedy się rodzimy, mamy w głowie kilka płytek kostnych, a między nimi błony. Często na środku głowy niemowlęcia widać, jak fragment w kształcie rombu, zwany ciemiączkiem, pulsuje żwawo, ponieważ nie ma tam w ogóle żadnej kości. Jest to część czaszki błoniastej, w której wyrośnie z czasem tkanka kostna – coś jak kryształy lodu tworzące się w wodzie. Płytki kostne są jak lód i wraz z upływem czasu rozrastają się ku sobie i łączą.

Sama kość jest dość twarda, ale elementy łączące, czyli błony, są dość miękkie. Muszą takie być z dwóch powodów. Gdyby płytki kostne nie mogły się na siebie nasuwać, głowa dziecka nigdy nie zdołałaby przejść przez kanał porodowy. Byłaby zbyt duża. Po drugie, w obrębie błoniastych połączeń między płytkami kostnymi może dojść do utworzenia większej ilości tkanki kostnej i czaszka może się powiększyć. Wzrost podczas pierwszych dwóch lat życia jest niezwykle szybki. Głowa dwulatka osiąga rozmiary około 80 procent dorosłego człowieka.

Jeżeli pomyślicie o wszystkich zmianach, jakie zachodzą w organizmie dziecka w ciągu tych pierwszych dwóch lat – zwłaszcza wymagania rozrastającego się mózgu – to nie dziwota, że czaszka musi bardzo szybko się powiększać. Dla odmiany, na przykład małe żyrafki rodzą się w zasadzie w pełni ukształtowane, ponieważ mogą chodzić i jeść samodzielnie. Dzieci ludzkie są pod tym względem zupełnym przeciwieństwem – ale nie na długo. W krótkim czasie z całkowicie niesamodzielnych,

delikatnych istotek zmieniają się w gniewne stworzenia, które czasem wrzeszczą, płaczą, i rzucają przedmiotami. Pełzają, jedzą, komunikują się, raczkują, chodzą, rozwijają zdolności motoryczne – bardzo szybko stają się małymi ludźmi. Zero do sześćdziesięciu w ciągu kilku miesięcy. Nie dziwota, że David Attenborough nazywa dzieci najbardziej imponującymi istotami w szeroko pojmowanym królestwie zwierząt. W ciągu tego stosunkowo krótkiego czasu dochodzi do dość istotnego rozwoju samego mózgu – a płytki kostne muszą za tym nadążyć.

Tylko co, jeśli nie zdołają? Co, jeśli owe połączenia między poszczególnymi płytkami zrosną się zbyt szybko? Nazywa się to kraniosynostozą, czyli przedwczesnym skostnieniem szwów czaszkowych, i czasami zdarza się to, gdy dziecko znajduje się jeszcze w łonie matki. W takich przypadkach rozwija się mała, lecz twarda głowa i dziecko zazwyczaj można urodzić drogą naturalną. Dużo częściej płytki kostne zrastają się już po urodzeniu. Tak czy owak, to zwykle bardzo niedobre wieści. Jeśli czaszka zasklepia się jako całość, następuje całkowite ograniczenie wzrostu głowy. Jeśli przedwczesne skostnienie obejmie tylko fragment czaszki, wtedy pozostałe obszary dostosują się do wymagań rozwijającego się mózgu i urosną w ramach kompensacji. Dlatego zamiast naciskać na lewo, gdzie w tej chwili nie może się rozpanoszyć, ponieważ jest tam zrośnięty szew, mózg napiera dwa razy mocniej na prawo. W rezultacie mamy do czynienia z deformacją kształtu głowy.

Oczywiście wiele noworodków ma dziwnie ukształtowane głowy, kiedy wynurzają się z kanału rodnego, zwłaszcza jeśli w porodzie trzeba było posłużyć się szczypcami lub innymi narzędziami wspomagającymi. Rodzice mogą na początku nie dostrzec różnicy, zwłaszcza że są podekscytowani przyjściem na świat najnowszego

członka rodziny. Czasami zauważa to położna. Jeśli problem pojawia się nieco później, to zwykle orientują się najpierw rodzice. Na szczęście, dzięki wiedzy zgromadzonej w internecie, przy najmniejszym zmartwieniu mogą wyszukać objawy w Google, wydrukować sobie wyniki i szybko skonsultować się z odwiedzającą ich pielęgniarką środowiskową lub lekarzem pierwszego kontaktu. Niestety, medycy zazwyczaj wyłączają się zupełnie, słysząc, że ich pacjent wyczytał coś w sieci. Rozumiem to: czasami zwykły ból głowy dzięki niektórym stronom internetowym zmienia się nagle w objaw nowotworu mózgu. Rodzice jednak zazwyczaj wiedzą. Miałem sporo wizyt w mojej klinice, podczas których mówili: „Dziękujemy za to, że potraktował nas pan poważnie. Wszyscy inni uważali, że to paranoja, że przesadnie zamartwiam się o dziecko”. Mi jest łatwiej, prawda – w końcu diagnoza została już wykonana.

Bez względu na to, czy problem zauważa się podczas ciąży, czy dziesięć miesięcy po porodzie, najczęściej nie ma sensu interweniować, dopóki dziecko nie skończy pierwszego roku. Chociaż prawdą jest, że każdy dzień opóźnienia zwiększa szanse podwyższania się ciśnienia wewnątrz kostnego więzienia czaszki, to jednak przedwczesna operacja oznacza jedynie konieczność kolejnych interwencji w późniejszym okresie życia. Jeśli mam być szczerzy, dwanaście miesięcy nie jest powszechnie akceptowanym terminem dla tej operacji. W porównaniu z wieloma innymi szpitalami na świecie wykonujemy te operacje stosunkowo późno. Powiedziałbym jednak, że nasz zabieg jest dużo bardziej szczegółowy i ostateczny.

Jeśli nie można rozpoznać objawów fizycznych, często dają do myślenia objawy behawioralne. Gdy rosnące ciśnienie w głowie sprawia problemy, dzieci mogą się łatwo irytować, źle sypiają,

czasami przestają dobrze jeść. Jeżeli problem jest wyjątkowo poważny, pojawiają się problemy rozwojowe i dzieci mogą nie osiągać kolejnych ważnych etapów rozwoju. Na przykład nie siadają, choć w tym czasie już powinny, albo nie sięgają rączką po przedmioty, wtedy gdy należy się tego spodziewać. Może nie rosnąć z oczekiwaną prędkością lub mają problemy ze wzrokiem. W przypadkach dziedziczonych lub przy mutacjach genetycznych mogą widzieć podwójnie lub nie rozwinąć zdolności widzenia stereoskopowego.

Bez względu na ewentualne wskazówki w historii rodziny, wszystko sprowadza się do jednego: płytki czaszki zrastają się zbyt wcześnie, uciskając mózg. I wtedy do pomocy woła się nas.

*

Nasza kolejna pacjentka ma sześć tygodni i została do nas skierowana z innego szpitala, z komentarzem: „Dziecko wykazuje wyraźne objawy kraniosynostozy”. Planowaliśmy ściągnąć ją do naszej kliniki na kilka kolejnych tygodni, obserwować, zbadać i ustalić plan działania. Zgodziliśmy się wszyscy na takie postępowanie, kiedy szpital kierujący po raz pierwszy do nas zadzwonił.

Po kilku dniach skontaktowali się z nami ponownie:

– To chyba coś więcej niż kraniosynostoza. Dziewczynka zaczęła bardzo wymiotować. Czy może ją pan przyjąć wcześniej? Przewieziemy ją do was. Sądzymy, że może mieć zespół Crouzona (dyszostoza czaszkowo-twarzowa).

Jest to schorzenie genetyczne, wskutek którego zmienia się specyficzny receptor w komórkach czaszki, wpływający na sposób układania się blaszek kostnych. Oznacza to gwałtowną fuzję

szwów czaszkowych oraz zmiany w anatomii mózgu, otwierające szeroko drzwi do wodogłowia (nagromadzenia płynu wewnątrz mózgu). A zatem nie tylko dziecko kończy z małą czaszką, która doprowadza do wzrostu nacisku na mózg, ale dochodzi do tego wodogłowia, dodatkowo zwiększające ciśnienie wewnątrzczaszkowe.

Musieliśmy się jej przyjrzeć. Klinicznie wyglądało to rzeczywiście na zespół Crouzona połączony z problemami spowodowanymi wzrostem ciśnienia wewnątrzczaszkowego. Zrosnięte szwy czy nie, mózg musi się gdzieś podziąć. Jeśli wszystkie płytki zrastają się naraz, najsłabszym punktem staje się ich środek, a nie połączenia między nimi. Chociaż kość jest twardą tkanką, a mózg dość miękką, zaczyna wypychać i deformować płytkę, napierając na nią powoli, lecz nieustannie – jak woda złościana skałę.

Głowa przybiera wtedy bardzo charakterystyczny kształt, jak u tego maleństwa. Może być dość mała, szeroka po bokach, z nieproporcjonalnie wypukłym czołem. Ten typ czaszki nazywamy „trójlistną koniczyną” ze względu na przyjmowany kształt. Oczywiście tego typu zmiany zajmują trochę czasu, dużo więcej niż sześć tygodni. Najwyraźniej w tym przypadku deformacja zaczęła się już *in utero*, prawdopodobnie całe miesiące przed porodem. Zdawaliśmy sobie również doskonale sprawę, że nie możemy czekać z operacją, aż dziewczynka skończy roczek lub półtora.

Oprócz zwiększonego ciśnienia wewnątrz czaszki martwiła mnie podatność dziecka na malformację Chiariego – i to w najgorszym wydaniu. Zespół Arnoldda-Chiariego polega na tym, że dolna część mózgu (tyłomózgowie), która powinna pozostać w obrębie czaszki, przemieszcza się do górnej części kanału kręgowego, powodując

uciskanie ważnych struktur pnia mózgu i przyczyniając się do blokady kanałów płynu rdzeniowo-mózgowego, przez co wytwarza się wodogłowie.

Widać było wyraźne problemy z wzrostem części twarzowej dziecka, a zatem również z rozwojem dróg oddechowych (kanałów nosowych). Mogliśmy więc oczekiwać problemów z oddychaniem, a w rezultacie tracheostomii, zwłaszcza jeśli twarz dziewczynki nie rozwinię się prawidłowo. Dzieci z natury sapią i niewiele potrzeba, aby zablokować ich już i tak wąskie drogi oddechowe.

Nie zawsze to do mnie należy decyzja, którą operację można opóźnić. Mogę tylko powiedzieć z całą pewnością, że ta pacjentka stała się priorytetem w zasadzie zaraz po pojawieniu się u nas.

*

Zrobiliśmy obchód – ja, drugi konsultant, dwóch chirurgów plastycznych, pielęgniarki, rezydenci i lekarze na specjalizacji. Odhaczyliśmy rejestr WHO. Znałem wszystkich moich współpracowników, a oni rozumieli, z czym mamy do czynienia. Rodzice również, chociaż ciężko było przekazać im nowiny.

Mieliśmy przed sobą coś, czego nie da się szybko naprawić. Nie istnieje proste leczenie tego typu schorzenia. Możemy zmienić niektóre rzeczy, to pewne, ale w jakim stopniu? Poza tym nic nie będzie proste ani szybkie. Zabieg, który zamierzaliśmy wkrótce przeprowadzić, byłby pierwszym z wielu. Po przebudzeniu dziecko nadal będzie miało wiele fizycznych i funkcjonalnych problemów związanych z zespołem Chiariego. Problemów, które pozostaną z nią do końca życia.

Dziś miała się odbyć pierwsza z wielu operacji, mających na celu umożliwienie wzrostu mózgowi i nadanie twarzy i czaszce jako

takiej funkcjonalności. Drugorzędowy wynik (choć i tak na niego liczyliśmy) to poprawa z estetycznego punktu widzenia. Mianowicie chcieliśmy, żeby dziecko mogło zdać to, co nazywaliśmy „testem Tesco”. Nie wiem, kto wymyślił tę nazwę, ale chodziło po prostu o to, żeby, gdy dziewczynka już podrośnie, mogła pójść do supermarketu z podniesioną głową.

Pierwsza operacja z serii jest dużo poważniejsza niż pozostałe. Musimy przede wszystkim znaleźć sposób na utworzenie miejsca dla mózgu, ale w taki sposób, żeby nie utrudnić ani nie uniemożliwić dalszych zabiegów. Wszystko musi zostać zaplanowane z najwyższą dokładnością. Nie wystarczy jedynie skoncentrować się na dzisiejszych działaniach. Musieliśmy naszkicować całe kolejne dziesięciolecie życia pacjentki. Dlatego właśnie współpracowaliśmy tak blisko z chirurgami plastycznymi twarzoczaszki – a w tym konkretnym przypadku z moim przyjacielem i współpracownikiem, Davidem Johnsonem.

Zespół Chiariego i kompresja tyłomózgowia wymagają szybkiej interwencji. Kość staje się tak zdeformowana, że przypomina siatkę. Między pasemkami kości znajduje się miększa tkanka, ale to nie tylko opony, ale też mózg właściwy.

Każde uderzenie serca sprawia, że mózg lekko pulsuje, naciskając na wewnętrzną ścianę czaszki. Pomimo oczywistej różnicy w gęstości kości i mózgu, ta pierwsza deformuje się pod wpływem stałego nacisku ze strony tego drugiego. Powierzchnia mózgu jest pofałdowana. Zewnętrzne części każdej fałdy (wzgórza, jeśli wolicie), zwane zakrętami, wycierają najpierw przylegający fragment kości. Tak zwane bruzdy (czyli doliny lub zagłębienia) nie napierają na kość, a zatem nie wycierają jej. W efekcie powstają paliczki kości. W końcu rozwijające się zakręty nakładają się na siebie, włączając fragmenty kostne w strukturę

całego mózgu. Czaszka wygląda niczym durszlak – i tak właśnie nazywamy tego typu schorzenie.

Stawka nie mogła być większa. Musieliśmy wydobyć kostne „palce” spomiędzy otaczającej je tkanki, nie naruszając przy tym mózgu. Sytuacja komplikowała się jeszcze dodatkowo z powodu licznych zdeformowanych naczyń krwionośnych wychodzących z tyłomózgowia. Jeden niewłaściwy ruch skalpela lub dysektora i zrobiłoby się bardzo nieciekawie. W najlepszym przypadku pojawiłoby się krwawienie z owych naczyń krwionośnych. Jeśli są wystarczająco duże, mogą wywołać blokadę dopływu krwi do mózgu i ostatecznie udar. W najgorszym przypadku zaczną zasysać powietrze.

Każdy człowiek po podstawowym kursie biologii wie, że serce zostało zaprojektowane do pompowania krwi, a nie powietrza. Uszkodzenie któregokolwiek z naczyń spowoduje natychmiastowe przedostanie się powietrza w stronę serca. W jednej chwili człowiek wycina blaszki kostne spomiędzy mózgu, a w następnej ma na rękach zator – i po kilku sekundach potencjalnie martwego pacjenta.

To tak, jak w przypadku nurków głębinowych. Jeżeli wynurzą się zbyt szybko, w ich krwi pojawia się mnóstwo bąbelków azotu, co może prowadzić do problemów z czynnością oddechową płuc i sprowokować udar. A nawet skończyć się śmiercią. Dziecko na stole operacyjnym jest w stanie doświadczyć dokładnie tego samego, nie zamaczając nawet paluszków w wodzie. Wpuścić powietrze do krwi to zupełnie jakby wlać płyn do mycia naczyń do wody. Wytwarza bąbelki, które pompowane są do płuc i zaczynają blokować przepływ krwi w tym kierunku, powodując ogromne problemy z dostarczaniem tlenu do organizmu. Chciałbym móc powiedzieć, że to tylko teoria – rzeczy, o których człowiek się uczy

i których unika. Ale w tej chwili od samego początku myślę wyłącznie o tym.

Nacinamy skórę głowy. Następnym etapem jest odciągnięcie jej i odsłonięcie czaszki. Skany na ekranie zostały sporo powiększone. Zerkam przez lupy, jeszcze raz sprawdzając, czy w obrębie pola operacyjnego nie ma jakichś naczyń krwionośnych. Nic takiego nie widzę. Mimo wszystko bezustannie obserwuję, wypatrując najmniejszych zmian lub krwawienia. David tymczasem tnie.

Wszystko idzie zgodnie z planem. Odsuwamy skórę i rozpoczynamy drugi etap. Korzystam z bardzo cienkiego dysektora oraz instrumentu przypominającego mikroskopijną szpatułkę, za pomocą której mogę unieść tkankę mózgu, a potem spróbować wydłubać kawałki kości małymi obciążkami. To naprawdę bardzo żmudna, powolna robota. Wiertło przebiłoby się niemal natychmiast, ale ryzyko błędu jest tu zbyt duże. Tę operację trzeba przeprowadzić odręcznie, kawałeczek po kawałeczku.

Po każdym udanym nacięciu w głębi duszy oddycham z ulgą. Niestety, to nie pomaga, a jedynie zwiększa napięcie. Każdy kolejny ruch zdaje się nieść ze sobą większe niebezpieczeństwo i wyższe prawdopodobieństwo wypadku.

Mijają już niemal dwie godziny nieustannej pracy, kiedy nagle anestezjolog mówi:

– To nie wygląda dobrze.

Sumit Das jest jednym z najlepszych techników anestezjologicznych chirurgii twarzoczaszkowej w całej okolicy. Fatalne gusta muzyczne, ale zna się na tym, co najważniejsze. Jeśli się martwi, wszyscy powinniśmy zacząć się niepokoić.

Przerywamy. Spoglądamy na niego. Słuchamy jego maszyn. Bicie serca na monitorze jest nieregularne. Coś poszło nie tak.

– Zmiana w poziomie natlenienia – woła ostrzegawczo Sumit. – Spadek ciśnienia krwi.

– Co się dzieje? – pytam, zawczasu znając odpowiedź.

Zaczynamy zakraplać, a potem łąć wodę na główkę dziecka, aby uniknąć zassania większej ilości powietrza.

– Zator powietrzny. – Sumit potwierdza moje podejrzenia. Mówiąc to, podłącza strzykawkę do kroplówki dziecka. – Adrenalina – oznajmia i zaczyna podawać ją pacjentce, z nadzieją na sprowokowanie reakcji.

Nic. Gorzej niż nic. Słyszymy wysoki jednostajny pisk – dokładnie taki, jak w każdym filmie medycznym. Ten rodzaj, który oznacza tylko jedno: zatrzymanie pracy serca.

– Cholera jasna! – wykrzykuje. – Asystolia.

W tym momencie dzieje się kilka rzeczy na raz. Po pierwsze, cichnie muzyka. Nie muszę prosić o jej wyłączenie – i zdecydowanie nie narzekam na decyzję. I tak bym jej nie słyszał. Najbardziej oczywistym powodem zatrzymania pracy serca jest naruszenie naczynia krwionośnego. David odsuwa skórę głowy, a ja nadal polewam mózg wodą, wytwarzając kałuże tam, gdzie potrzeba. Wszystko odbywa się w szaleńczym tempie, odruchowo, gorączkowo, ale to nic w porównaniu z tym, co wyczynia anestezjolog.

Jego rolą, w najprostszym ujęciu, jest monitorowanie pracy serca pacjenta i utrzymywanie jej na właściwym poziomie. Zazwyczaj nie spodziewa się, że będzie musiał to robić ręcznie. Sumit wkłada dłonie pod chustę okrywającą dziecko. Jego palce obejmują kręgosłup, pozostawiając wolne kciuki, którymi uciska niezbyt mocno, lecz wystarczająco zdecydowanie klatkę piersiową.

Naciśnięcie i odliczanie. Naciśnięcie i odliczanie. Zbyt duży nacisk – i może połamać dziecku żebra, ryzykując uszkodzenie płuc lub serca. Zbyt lekki – i nie uda mu się przywrócić pulsu.

Wszyscy wiedzą, co robić. Przedyskutowaliśmy również takie prawdopodobieństwo podczas naszej przedoperacyjnej odprawy. Mimo wszystko rozprawianie się z czymś takim to coś innego. Wszyscy są bardzo rzeczowi, uosobienie spokoju, przynajmniej na zewnątrz. Mamy teraz tylko jeden cel: przywrócić dziecko do życia.

Z mojej strony zrobiłem wszystko, co mogłem. Obserwujemy z Davidem, jak Sumit – z głową niemal tuż obok mojej – pracuje. Mija trzydzieści sekund. Zaczynam odczuwać presję.

– No dobrze – mówi Sumit po dłuższej chwili. – Przerwijmy i zorientujmy się, na czym stoimy.

Nie odsuwa rąk, ale przestaje uciskać klatkę piersiową. Zapada nieprzyjemna cisza, kiedy wszyscy spoglądamy na monitor. Słyszę coś. To słabe piknięcie. Malutkie, ciche piknięcie. A potem następne. I następne.

Spoglądam na anestezjologa, z którego pot spływa strumieniami. Sprawdza swoje urządzenia i odsuwa dłonie od dziecka. Spogląda na mnie.

– Koniec paniki – oświadcza. – Może nie fundujemy sobie powtórki z rozrywki, dobrze?

*

Wspominałem już, że dobry instrumentariusz kieruje wszystkim na sali operacyjnej. Chirurdzy kontrolują operację, ale tylko do pewnego stopnia. Anestezjolog zajmuje się utrzymywaniem pacjenta w jako takiej wygodzie i oczywiście,

przy życiu. To ja decyduję, co mamy robić, ale anestezjolog podejmuje decyzje o tym, czego *nie robić*.

Po zatrzymaniu akcji serca następuje chwila analizy i kompensacji szkód. Anestezjolog próbuje kilku metod farmakologicznych, aby sprowadzić serce i ciśnienie krwi do odpowiedniego poziomu. Jeśli ma jakiegokolwiek wątpliwości, może odwołać całą operację. W tym przypadku myślę, że mniej doświadczony specjalista tak właśnie by postąpił. Spanikowałby.

Nasz anestezjolog nie traci głowy. Zna nas. Pamiętał, że dyskutowaliśmy o możliwości zatoru powietrznego, i był przygotowany na taką ewentualność. Wydarzyło się najgorsze i poradziliśmy sobie z tym jako zespół. Usatysfakcjonowany, że stan dziecka jest znów stabilny, nie widział powodu, dla którego mielibyśmy przerwać zabieg. Podjęliśmy zatem pracę, na szczęście bez żadnych dalszych problemów.

Używam liczby mnogiej, ponieważ w tym przypadku obecny na sali drugi konsultant, David Johnson, właśnie miał przejąć pałeczkę. Moim zadaniem była asysta przy usunięciu kości na potylicy, ekstrakcji fragmentów kostnych aż do połączenia podstawy czaszki i kręgosłupa. Nazywamy to durszlakowaniem czaszki – bo z licznymi dziurami wygląda ona jak durszlak. Dziurkowanie ciągnęło się wzdłuż całego obwodu głowy i – dzięki zlikwidowaniu kostnego ograniczenia z tyłu – mogliśmy uwolnić mózg od nadmiernego nacisku.

Moim zadaniem było usunięcie fragmentów kostnych i ochrona mózgu, ale większość zabiegu to domena moich znakomitych kolegów z oddziału chirurgii plastycznej, jak David. Nacinają oni skórę i odciągają ją z czaszki, planują kształt nowej czaszki i układają kości tak, aby zapewnić więcej miejsca rosnącemu mózgowi. Na koniec oczywiście wszystko zamykają. Tylko że

w tym przypadku nie włożyliśmy z powrotem kości, bo już wyrzuciliśmy ich odłamki. Zostało nam miejsce wielkości mniej więcej mojej dłoni, co w przypadku sześciotygodniowego niemowlęcia jest dość sporym obszarem, ale David po prostu naciągnął skórę na operowaną strefę, nie pozostawiając żadnej kości od tyłu głowy. To dlatego, że trzeba było zostawić miejsce dla rosnącego mózgu. Dzięki tej procedurze kolejny zabieg mógł się odbyć aż rok później.

Trudno sobie wyobrazić głowę, w której części nie ma kości. Jak kłaść się do łóżka w takiej sytuacji? Przecież na pewno człowiek poczułby miękki obszar z tyłu głowy, prawda? Na szczęście małe dzieci wydają się tego nie zauważać. Przypuszczam, że ponieważ wszystko inne w obrębie czaszki jest bardzo miękkie, nie mają wyczucia, gdzie kończy się kość, a zaczyna skóra. Wstrzymujemy zawsze oddech, widząc je leżące na plecach, ale one nawet okiem nie mrugną. To naprawdę zadziwiające.

Operacje tego typu wymagają bliskiej współpracy z chirurgami plastycznymi. W ciągu mojej długiej kariery poznałem wielu z nich. Wszyscy są niezwykle utalentowani i powoduje nimi chęć pomocy. Nie specjalizują się w tej dziedzinie, aby poprawiać urodę, chociaż oczywiście przeprowadzają również liftingi, zmniejszanie brzucha czy powiększanie biustu. Ich zadaniem jest zaoferowanie pacjentowi szansy na normalne życie – na zaliczenie testu Tesco.

W ciągu pięciu kolejnych lat przeprowadziliśmy na naszej pacjentce siedem wspólnych operacji. Każda była zaplanowana tak, aby zbliżyć nas do tego celu – i każda naprawdę ważna.

Chodzi przecież nie tylko o część czaszki ukrytą pod włosami. Dzieci z tym zestawem objawów mają również bardzo małe twarze. Wzrost ich kości twarzowych jest poważnie zahamowany.

Bez interwencji chirurgicznej oczodoły dziecka pozostałyby bardzo małe, w trakcie dojrzewania. Tak właśnie było, dopóki dziewczynka nie skończyła dwóch lat. Wtedy przeprowadziliśmy operację korygującą przód głowy.

*

Przy dźwiękach gitarowej szarpaniny Black Sabbath usuwam kość czołową dziecka oraz górną część oczodołów – zupełnie jakbym zdejmował z jej nosa okulary. Następnie David przerabia je na większe „okulary”, a potem umieszczamy ten fragment kości w nieco zmienionej pozycji w twarzoczaszce. Dla mnie cały ten proces jest absolutnie fascynujący. Jestem w tej chwili studentem, tak jak inni wokół. To chirurg plastyczny planuje wszystkie moje cięcia i jest odpowiedzialny za zestawienie wszystkich zmodyfikowanych kawałków w czaszkę nowego kształtu. Ja jestem tu tylko dobrze opłacanym cieślą.

Wygląda to dość ekstremalnie, ale reszta twarzy ostatecznie dorosnie do nowego kształtu. Zaplanowane zmiany uwzględniły również pozostawienie przestrzeni między kawałkami kości, które wypełniamy teraz opiłkami pociętych kości, a następnie przykrywamy skórą. Ludzkie ciało jest cudowną maszyną – wkrótce owe przestrzenie wypełnią się w pełni uformowaną kością. Zdecydowanie ułatwia nam to pracę.

W przypadku dzieci cierpiących na genetycznie uwarunkowane deformacje twarzoczaszkowe, zwane kraniosynostozami zespołowymi (lub syndromicznymi), tak naprawdę nie martwimy się zbyt o jakiegokolwiek puste przestrzenie. Modlimy się o to, aby nie wypełniły się zbyt szybko – wszak główną przyczyną ich

szczególnej przypadłości jest to, że kości tworzą się w zbyt dużym tempie.

W przypadku tej pacjentki najpierw zajęliśmy się górną częścią twarzy. Teoretycznie można by zmodyfikować wszystko na raz, ale byłby to czas stracony. Dopóki twarz dzieci nie osiągnie ostatecznego „dorosłego” kształtu, musielibyśmy co rusz ją przerabiać. Dopiero w wieku około ośmiu do dziesięciu lat zaczynamy mieć jako takie pojęcie, w jaki sposób dziecko będzie wyglądało w późniejszym wieku. I dopiero wtedy mamy coś konkretnego, nad czym można pracować. Należy też pamiętać, że wzrost kości twarzowych czasami ustaje ostatecznie dopiero w wieku dwudziestu kilku lat.

Cały ten proces jest bardzo trudny dla rodziców. Mowa tu o sześciu do ośmiu operacjach, rozciągniętych na wiele lat. W międzyczasie rodzice i pacjent muszą żyć z dość odmiennym wyglądem dziecka. Poza tym wcale nie jest tak, że po każdym zabiegu widać oczywiste postępy. Kiedy przesunęliśmy do przodu fragment czaszki z „okularami”, nie wyglądało to zbyt dobrze. Nie zrobiliśmy tego jednak wyłącznie po to, aby poprawić jej wygląd tamtego dnia i może jeszcze na rok. Budowaliśmy infrastrukturę na okres dojrzewania. Dziewczynka dosłownie miała dorosnąć do swojej twarzy.

Rodzice mają przewagę w postaci wiedzy. Przezorny zawsze ubezpieczony. Niektórzy idą pewnego dnia do pracy, jak zwykle, kiedy nagle dostają telefon z informacją, że ich dziecko zostało potrącone przez samochód i znajduje się na oddziale intensywnej terapii. Bez ostrzeżenia, czasu na zrozumienie sytuacji w pełni, na przygotowanie się. Grunt nagle usuwa im się spod nóg.

Z drugiej strony, kiedy dziecko rodzi się z problemem fizjologicznym, który wpływa na strukturę jego czaszki,

dowiadujemy się o tym dość wcześnie i proces naprawy jest powolny i metodyczny, więc rodzina ma mnóstwo czasu, żeby się przyzwyczaić i dostosować.

Podczas pierwszego spotkania z rodzicami naszej pacjentki powiedzieliśmy:

– Czaszka waszego dziecka nie rozwija się prawidłowo. Podejmiemy kroki, aby temu zaradzić, ale mamy przed sobą długą, bardzo długą pracę. Dzisiaj naszym priorytetem jest ochrona mózgu dziecka. Później zajmiemy się jej wyglądem. Być może będzie potrzebowała lub chciała kolejnych operacji, żeby osiągnąć idealny stan i jeśli wszyscy uznamy, że jest to konieczne. Generalnie nie powinno być tak, że dziecko musi zostać poddane zabiegom po to, żeby dostosować się do standardów piękna czy normalności całej reszty świata. Łatwo jednak jest moralizować, jeśli nie jest się dzieckiem, nad którym znęcają się koledzy, ostracyzowanym nastolatkiem czy dorosłym człowiekiem zbyt nieśmiałym, aby porozmawiać z kimś bardzo dla niego ważnym podczas przyjęcia w pracy. Tak czy owak, nic nie stanie się natychmiast, ale koniec końców odhaczymy wszystkie punkty na naszej liście.

Nie ująłem tego dokładnie w ten sposób. Konwersacja zajęła nam dobre kilka godzin. Zaczyna się zazwyczaj od przywitania w klinice konsultacyjnej lub na oddziale. Omawiamy wszystko – całą historię medyczną do chwili obecnej, robimy badania, następnie dyskutujemy przez dłuższą chwilę o samej chorobie. Później, po małej przerwie, do rodziców idzie nasza pielęgniarka specjalistyczna, która znów omawia wszystko od początku. Czasem ludzie lubią zadawać pytania, które, jak uważają, dla nas, lekarzy, mogłyby być zbyt prozaiczne. Pielęgniarki i pielęgniarze oddziałowi są fantastycznymi ludźmi z ogromnym

doświadczeniem. Pomagają rodzicom również w zrozumieniu procesu zdrowienia. Specjaliści od gier i zabaw potrafią pomóc z opanowaniem strachu u starszych dzieci, które doskonale wiedzą, co się z nimi stanie, i najczęściej nie są zbyt z tego zadowolone.

W niektórych przypadkach, na przykład jeśli pacjent ma zrośnięty tylko jeden szew czaszkowy, jesteśmy w stanie wyciąć fragment kości, zmienić jej kształt, włożyć z powrotem i proszę – sprawa załatwiona. Piętnaście lat wizyt kontrolnych i może się okazać, że nie trzeba robić nic więcej poza miłą rozmową. Nigdy nie wiadomo.

Bardziej poważne, typowo neurochirurgiczne przypadki pozostają pod moją opieką przez osiemnaście lat. Kontrole są równie ważne, co golenie i strzyżenie. Nie ma znaczenia, jakiej operacji musisz się poddać. Pozostajesz moim pacjentem do czasu osiągnięcia dojrzałości, a często również i dłużej. Od urodzenia aż do wieku, w którym możesz głosować. I nawet wtedy gwarantuję, że będę wściubiał nos i zaglądał w kartę pacjenta, nawet gdy moi koledzy z oddziału dla dorosłych przejmą już twoją dokumentację. Ponieważ stajemy się dosłownie ekspertami w przypadłościach pacjenta, nie ma żadnego zysku w przekazaniu leczenia chorego w ręce kogoś, kto wykonuje znacznie mniej tego typu pracy.

Zawsze mówię rodzicom:

– Nie szukamy doskonałości. Nie wszyscy mogą wyglądać jak Angelina Jolie. Mi na przykład jest zdecydowanie daleko do Brada Pitta! Chcemy zrobić tak, żeby dziecko się nie wyróżniało.

Być może wydaje się to mało ambitnym celem, ale pomyślcie o wszystkich ludziach, których widujecie na co dzień. Przyjrzyjcie się osobom podróżującym z wami autobusem. Ile z nich się wyróżnia urodą lub atrakcyjnością? Bardzo niewiele, prawda?

Reszta z nas jest taka sobie, przeciętna, nie zawiesiłbyś na nas oka drugi raz. Nie zdobędziemy pierwszego miejsca w konkursie na najseksowniejszych mężczyznę lub kobietę świata, ale i nie jest tak, że na nasz widok skwaśnieje mleko.

Mój cel jest prosty: chcę, żeby moi pacjenci byli w stanie zdecydować, co chcą robić w życiu – i zrobić to bez poczucia ograniczenia ze względu na wygląd i sposób, w jaki funkcjonują. Chcę, żeby dobrze się czuli w szkole, podczas spotkań towarzyskich jako nastolatki i już później, w pracy. Może będą lubili chodzić do barów i klubów, poznawać nowych ludzi. Może znajdą sobie partnerów, zawrą małżeństwo. A może nie. Najważniejsze, żeby mogli podjąć o tym decyzję na podstawie tego, czego *chcą*, a nie możliwości, które ogranicza ich wygląd. Chcę, żeby byli szczęśliwi. Wszyscy tego życzymy własnym dzieciom – a ja chcę tego samego dla wszystkich moich małych podopiecznych.

Naturalnie w przypadku pacjentów z dużo poważniejszymi deformacjami najważniejsza może się okazać z czasem walka o prawidłowe funkcjonowanie mózgu. Rodzice zaczynają dostrzegać nie tylko fizyczne, ale również rozwojowe różnice między ich pociechami a innymi dziećmi. Mogą na przykład być wolniejsze w nauce, wymagać osobistej uwagi nauczycieli, a może nawet specjalnego trybu nauki. Z tym rodziny radzą sobie dużo gorzej. W tym przypadku miałem do czynienia z typowymi rodzicami: nie martwili się, że ich dziecko będzie się uczyło wolniej niż ich rówieśnicy. Spoglądali dalej w przyszłość.

– Co się z nią stanie, kiedy nas zabraknie? – Rodzice nigdy nie przestają się troszczyć i stawiać swoich dzieci na pierwszym miejscu.

Jedną z rzeczy, które najbardziej podziwiam w rodzicach dzieci pod moją opieką, jest ich optymizm. Opiekunowie tej pacjentki nie tylko byli troskliwi, zawsze gotowi, aby o nią walczyć i zaspokajać jej wszelkie potrzeby.

– Myśli pan, że powinniśmy zaryzykować kolejne dziecko?

Nigdy, przenigdy nie doradzałbym ludziom, czy powinni mieć kolejne dziecko, czy nie. To nie moja rola. Mogę jednak wskazać na ryzyko – i zazwyczaj to robię. Ponieważ mamy w szpitalu jednego z najsłynniejszych specjalistów w wadach genetycznych twarzoczaszki, mogłem też powiedzieć:

– Nie ufajcie mi na ślepo...

Tego typu specjaliści potrafią ocenić prawdopodobieństwo wystąpienia podobnego defektu genetycznego u drugiego czy trzeciego dziecka.

Niektórzy rodzice nie podejmują ryzyka. Zadowolają się tym, co mają. Inni chcą więcej, zwykle dlatego, że po prostu pragną mieć więcej dzieci. Jedna z rodzin powiedziała mi jednak, że potrzebują zdrowego dziecka, które mogłoby się opiekować bratem po ich śmierci. Wydaje się to dość okrutne w stosunku do młodszego, jeszcze nienarodzonego rodzeństwa, ale chyba rozumiem logikę rodziców. Widziałem wystarczająco dużo rodzin, aby wiedzieć, że posiadanie rodzeństwa nigdy niczego nie gwarantuje. Krew nie zawsze jest gęstsza niż woda i fakt pokrewieństwa niekoniecznie sprawia, że ludzie pragną zajmować się swoją rodziną. Nigdy nic nie wiadomo, dopóki nie nadejdzie chwila sprawdzianu.

W neurochirurgii akurat to się nie zdarza, ale czytałem o wielu przypadkach, gdy rodzice dzieci z defektami metabolicznymi, które można było wyleczyć poprzez komórki macierzyste lub przeszczep narządów, decydują się na kolejne dziecko wyłącznie po to, aby stworzyć potencjalnego dawcę. Nie zdarza się to często,

ale wystarczająco, aby słyszeć o tym w wiadomościach. To bardzo interesujący przypadek do rozpatrzenia z punktu widzenia etyki. Przypuszczam, że wielu oceni taką decyzję jako zatrważającą, ale dopóki człowiek sam nie znajdzie się w takiej potrzebie, nie może mieć pojęcia, w jaki sposób sam by zareagował. Może ci rodzice tak czy owak planowali mieć kolejne potomstwo? Skąd mamy być pewni?

Jeśli czegokolwiek nauczyłem się w ciągu mojej długiej kariery medycznej (a w tym dwudziestu lat jako neurochirurga), to tego, że reakcje ludzi są całkowicie nieprzewidywalne. Niektóre bardzo rozsądne osoby, które napotykam na mojej drodze, podejmują najbardziej irracjonalne decyzje. Inni, często naprawdę młodzi i zdawałoby się stosunkowo niedojrzali rodzice, zaskakują mnie całkowicie logicznym podejściem do problemu, przed którym postawi ich życie.

Nie wiem, czy potrafiłbym przetrwać koszmarne przejścia, jakie dane są niektórym z nich. Wiele rodzin nie wychodzi z takich tarapatów jako spójna całość. Rozwody i separacje są dość częste wśród rodziców moich pacjentów. Od czasu do czasu pary trzymają się jeszcze kurczowo swojego związku, ale wieści o chorobie dziecka są niczym kropla (a może raczej Niagara) przepełniająca czarę. Nie dziwota. Inne rodziny jednak pojawiają się jako mocna jednostka społeczna, która zostaje zniszczona przez stres emocjonalny. Wykańcza ich poczucie winy lub gniew na partnera za to, co zrobili lub czego nie zrobili. Słyszałem już, jak matki mówią do swoich mężów: „Gdybym nie miała dziecka z tobą, nie chorowałoby teraz”. Okrutne pod każdym względem. Jednak problemy związane ze zdrowiem dziecka przebijają wszystko, nawet zdrowy rozsądek.

Wiele lat później spotkałem się z naszą pacjentką – teraz już młodą panią – w klinice.

– I co? – spytałem. – Jak się masz?

Dziewczyna wpatrywała się w czubki butów. Mama wyglądała, jakby miała wybuchnąć z radości.

– Była w sklepie przez pół godziny. Zaczynałam się już martwić, ale potem wróciła do domu z torbą pełną słodyczy i lizaków oraz z szerokim uśmiechem. Nikt się na nią nie gapił, nikt się nie przyglądał.

Uśmiechnąłem się. Dziewczynka zdała test Tesco.

ROZDZIAŁ DZIESIĄTY

KLINOWANIE

Jeśli wyobrazicie sobie szybki ruch samochodowy na autostradzie, zmierzający w kierunku miasta, to w miarę zbliżania się do centrum ulice stają się coraz węższe i szybkość maleje. Potem, kiedy znowu wyjeżdżacie poza roгатki, drogi na powrót się rozszerzają i pojazdy przyspieszają, aż wreszcie wypadacie na autostradę i poruszacie się z maksymalnie dopuszczalną prędkością. W ten sam sposób krew przemiesza się do i z mózgu. Kiedy dociera do najgłębszych i najmniejszych zakamarków i zagłębień, aby dostarczyć im tlenu, można to porównać z bocznymi drózkami, po których samochody turlają się z prędkością 30 kilometrów na godzinę. Kiedy krew opuszcza mózg, podróżuje już z szybkością 110 kilometrów na godzinę.

Taka jest teoria i – w przypadku większości ludzi – rzeczywistość. Co jednak, jeżeli w ciągu nocy ktoś zbuduje w samym centrum miasta trasę przelotową, żebyś nie musiał krążyć tymi wąskimi, krętymi uliczkami? W teorii całkiem niezły pomysł, ale oznacza to, że twój samochód wjedzie na nią

z prędkością 110 kilometrów na godzinę i wpadnie do centrum, w ogóle nie zwalniając.

To samo dzieje się, gdy krew docierająca do mózgu nie ma szansy zwolnić i zmniejszyć ciśnienia z pełnego, pod jakim wypychana jest z serca, na dużo niższe, zanim wpłynie do wąskich, delikatnych naczyń włosowatych zaprojektowanych dla „wolnego ruchu”. Zazwyczaj (i to dobra wiadomość) takie zmiany w „ruchu drogowym” nie zdarzają się nagle. Niestety, w przypadku mózgu jest to jak najbardziej prawdopodobne.

Malformacje tętniczo-żylne (AVM[15]) to miejsca, w których normalny rozwój sieci naczyń został zaburzony. W rezultacie do małych tętniczek wpływa krew pod wysokim ciśnieniem. Małe naczynia krwionośne nie potrafią poradzić sobie z takim ciśnieniem, co może się skończyć ich rozerwaniem. Zazwyczaj nie dzieje się to w tak dramatyczny sposób – najczęstszymi objawami, za pomocą których diagnozuje się ten defekt, są bóle głowy i ataki epilepsji. W tym przypadku mieliśmy jednak do czynienia z najpoważniejszym wariantem.

Mój rezydent odebrał telefon z jednego z naszych satelitarnych SOR-ów i pobiegł prosto do mojego gabinetu, zgarniając po drodze Tima, mojego starszego asystenta.

– Przywiozą do nas nieprzytomną czterolatkę. Skany wykazały krwawienie w środkowym obszarze mózgu.

– Mamy już obrazki?

– Zaraz je wyślą. Jest jeszcze coś. Jedna źrenica jest rozszerzona.

– Cholera.

Rozwarcie jednej źrenicy jest naprawdę bardzo złym znakiem neurologicznym. Kiedy świecimy komuś w oczy, monitorujemy w ten sposób funkcjonowanie mózgu. Jeśli obie źrenice wydają się

duże i zwężają się pod wpływem światła, to dobry odruch – robią, co do nich należy. To odpowiednik mrużenia oczu, gdy spoglądamy pod słońce: w ten sposób powstrzymują nadmiar światła dostający się do dna oka. Jeżeli jednak źrenice stają się mało reaktywne na światło, to już zły znak. Jeśli w ogóle nie reagują i pozostają sztywne i rozszerzone, może to oznaczać, że pacjentowi grozi śmierć.

– Dobra, nie będziemy mieć zbyt dużo czasu. Dasz sobie radę, Tim? – spytałem. Stara dobra chirurgiczna zasada „zobacz, zrób i nauczaj” w akcji. Jedynym sposobem dla szkolących się neurochirurgów była nauka trudnych zabiegów poprzez ich wykonanie. Oczywiście będę tuż obok, monitorując jego działania.

Tim pokiwał głową.

– Uhm.

– Świetnie. W takim razie zorganizuj zespół. Ja idę się wysikać.

– W przypadku, gdy zapowiada się potencjalnie długa operacja, należy dopilnować podstawowych zasad chirurga: pusty pęcherz, pusta okrężnica, pełny żołądek. W tej chwili musiałem zabezpieczyć tylko pierwsze.

Według dyspozytora karetka znajdowała się mniej niż dwadzieścia minut od szpitala. Dotarły do nas wreszcie skany, potwierdzając rozległy wylew. W środku mózgu uformował się skrzep, blokując przepływ płynu mózgowo-rdzeniowego. Widziałem też sieć zdeformowanych naczyń z AVM. Wyglądało to dość źle, ale nie musiałem się tym zajmować od razu. W tej chwili najgroźniejsze było wysokie ciśnienie. Jeśli nie wprowadzimy sączka, dzięki któremu będziemy mogli odprowadzić zbierające się płyny, ta mała dziewczynka skończy z druzgocącym uszkodzeniem mózgu, jeśli w ogóle przeżyje. Z każdą minutą oczekiwania na karetkę perspektywy przeżycia były coraz bardziej niepewne.

Co normalnie wydarzyłoby się w takim scenariuszu (bez względu na to, jak bardzo przerażająco to brzmi)? Anestezjolodzy powinni mieć już wszystko przygotowane. W chwili pojawienia się pacjenta ruszyliby do pracy. Dziewczynkę przełożono by na łóżko szpitalne i ratownicy odeszliby po wypełnieniu swoich obowiązków. Po sprawdzeniu wszystkiego anestezjolodzy wwieźliby pacjentkę do znajdującej się tuż obok sali operacyjnej, gdzie umieścilibyśmy ją w odpowiedniej pozycji na stole i rozpoczęli przygotowania do operacji. Głowa pacjentki zostałaby nakryta chustą chirurgiczną, aby upewnić się, że pole działania jest czyste. Następnie całe ciało zostałoby obłożone chustami i dziecku podano by antybiotyki. Przejrzelibyśmy skany, aby sprawdzić, czy zgadzają się z obrazowaniem, które już widzieliśmy. Upewnilibyśmy się, że nasza pacjentka to rzeczywiście właściwa osoba. Pierwsze trzydzieści minut zawsze upływa na zapewnieniu bezpiecznego, aseptycznego, czystego środowiska operacji – a także potwierdzeniu, że mamy na stole właściwego pacjenta. W przypadku osób przywożonych do nas z zewnątrz zawsze istnieje dodatkowy czynnik niepewności, ponieważ wszystkie zwyczajowe przygotowania i kontrole normalnie zostałyby przeprowadzone na oddziale, a w tym przypadku nie miały miejsca.

Po sprawdzeniu wszystkiego rozpoczęlibyśmy operację na pacjentce pod pełną narkozą, wykonując precyzyjne nacięcia, ostrożne odciąganie skóry i używając elektrokoagulatora, aby zminimalizować pojawienie się blizn. Gdybyśmy mieli czas, wiele moglibyśmy zrobić. Jednak od chwili, gdy ratownicy wbiegają przez podwójne drzwi do oddziału, zdają sobie sprawę, że czas jest dokładnie tym, czego nie mamy.

*

– Jestem prawie pewien, że się klinuje – wykrzykuje jeden z ratowników.

Cholera jasna. „Klinowanie” oznacza w skrócie taki scenariusz: skrzep spowodował tak duży wzrost ciśnienia, że ośrodek regulujący pracę serca, znajdujący się u podstawy mózgu, zaczął być uciskany, w wyniku czego coraz bardziej spada częstotliwość skurczów serca. Doprowadza to do nieodwracalnego zaburzenia czynności tego narządu.

– Tętno?

– Trzydzieści pięć i spada – sprawdza ponownie. – Trzydzieści cztery.

Tak gwałtownie zmniejszająca się częstotliwość pracy serca oznacza tylko jedno: nieuchronną śmierć. Czas nie jest po naszej stronie.

– Dobra, słuchajcie, zmiana planu. Nie mamy czasu pierniczyć się ze wstępami – mówię do anestezjologa. – Otwieramy ją na twój znak. – Naprawdę martwię się, że czas oraz zmiany ułożenia ciała konieczne do przełożenia pacjentki na stół operacyjny wystarczą, żeby wykończyć tę biedaczkę.

– Nie mamy czasu na dotarcie do bloku operacyjnego – mówię mojemu asystentowi. – Ściągnij tu wszystkich.

Nagle zaczyna się robić cyrk. Ruchome nosze z hukiem wpadają przez drzwi do pokoju anestetycznego. Pomocnicy włączają linie z tlenem, starając się jakoś ustabilizować stan dziewczynki. Tim i ja oblewamy płynem dezynfekującym ręce i głowę pacjentki. Nadal jestem w zwyczajnej niebieskiej chirurgicznej „pizamce”. Pomieszczenie nie jest wysterylizowane i mamy tu ludzi, którzy

dosłownie weszli prosto z ulicy. To wszystko jednak zupełnie się nie liczy w takiej sytuacji. Musimy działać natychmiast.

Anestezjolog nigdy w życiu nie pracował tak szybko. Nieważne, że dziewczynka jest w śpiączce. Nie mamy pojęcia, czy jej receptory bólu nadal funkcjonują. Musi zostać wprowadzona w narkozę, jak wszyscy inni pacjenci. Niestety, zajmuje to czas, którego mamy zdecydowanie za mało. Obliczenia przeprowadza się na podstawie wagi, ale czasami standardowa dawka morfiny i opiatów nie wystarcza. Anestezjolog musi polegać na swoim wieloletnim doświadczeniu, aby opracować odpowiednią porcję leków. Pewnie na wszelki wypadek dodaje trochę więcej.

Tim stoi obok mnie.

– Przykro mi, stary, ale muszę przejąć pałeczkę – mówię.

– Jasne – odpowiada.

Obaj wiemy, co jest grane. W normalnej sytuacji Tim przeprowadziłby operację pod moim nadzorem i nikt nie mrugnąłby nawet powieką. Najprawdopodobniej poradziłby sobie również i teraz, ale w nagłych przypadkach, kiedy ryzyko śmierci pacjenta jest wysokie, oczekuje się, że sprawą zajmie się sam szef. Jeżeli cokolwiek pójdzie nie tak, jeśli dziecko nie przeżyje, rodzice będą mogli przynajmniej pocieszać się myślą, że ich pociechą zajęli się „ci najlepsi” w specjalizacji. A to oznacza kogoś wyższego rangą, czyli mnie.

Co prawda mój podopieczny potrafiłby przeprowadzić zabieg z równie dobrym skutkiem, co ja, ale cóż, ja mam uznaną pozycję i wyrobioną reputację. Nie chcę narażać Tima na gniew pogrążonych w żałobie rodziców lub prawników, w dodatku za coś, co nie byłoby jego winą.

Ratownicy odsuwają się. Nie odzyskają teraz swoich noszy. Musimy operować tu i teraz.

Pokój anestezyjologiczny nie jest przeznaczony dla wielu osób. To ciasne pomieszczenie, w którym znajduje się w tej chwili anestezyjolog, asystujący mu koordynator bloku operacyjnego, Tim, ja i teraz jeszcze instrumentariuszka, która właśnie wchodzi od strony sali operacyjnej, ciągnąc za sobą stół z najważniejszymi instrumentami chirurgicznymi. Nieważne jednak, gdzie się znajdujemy – patrzę na ludzką głowę. To całe miejsce, jakiego potrzebuję.

Gdy tylko dostaję pozwolenie, rozcinam skórę od czubka głowy, po prawej i do przodu. To mniej dominująca strona i zazwyczaj nie wpływa na mowę, więc prawdopodobieństwo trwałych uszkodzeń po inwazji jest mniejsze. Nie ma sensu ratować życia dziecka, jeśli nie będzie ono potem nic warte.

Nawiercam szybko otwór w czaszce i widzę oponę twardą (włóknistą błonę otaczającą mózgowie). Rozcinam ją i wprowadzam do mózgu dren komorowy (silikonową miękką rurkę). Muszę się dostać do przestrzeni wypełnionych płynem wypchniętym przez skrzep. Nie mamy przed oczami skanów, więc robię to z pamięci. Sfuszeruję to i gra skończona.

– Jesteśmy w środku – mówię, czując charakterystyczną zmianę w oporze, kiedy rurka drenu przebija się przez budyń tkanki mózgowej i wchodzi w wypełnioną płynem komorę.

Zerkam na monitory w momencie, gdy z rurki wypływa pierwsza kropla płynu. W najgorszym przypadku nic się nie zmienia, co oznacza, że interweniowaliśmy zbyt późno. W najlepszym przypadku powinniśmy zauważyć natychmiastową reakcję. I właśnie tak się dzieje.

– Tętno rośnie – potwierdza anestezyjolog. – A ciśnienie spada.

Mówi to rzeczowym tonem, ale twarz ma rozjaśnioną, jak ja. Potem nasze uśmiechy bledną i ogarnia nas zmęczenie

emocjonalne. Adrenalina to wspaniała rzecz, ale kiedy przestaje płynąć w żyłach, człowiek naprawdę się załamuje. Kiedy kończymy, wszyscy są dużo bardziej przygnębieni. Niebezpieczeństwo zostało zażegnane, ale mała pacjentka nadal jest nieprzytomna.

– A teraz przyszedł czas na spotkanie z rodzicami – mówię.

*

Pół godziny od początku do końca. Przeniesienie dziewczynki na salę operacyjną zajęłoby minimum dwadzieścia minut – bardzo istotny dodatkowy czas, którego, gwarantuję, pacjentka nie miała. Naszą misją było ocalić jej życie i operacja w stylu „na hurra” pomogła nam ją wypełnić. Kiedy już dziecko się wzmocni, będziemy musieli się przyjrzeć przyczynie problemu, czyli malformacji tętniczo-żylnej, i poprawić siatkę naczyń krwionośnych. Na to jednak przyjdzie jeszcze czas. Najpierw dziewczynka musiała przeżyć.

Została zabrana na oddział intensywnej terapii. Często to rezydent lub lekarz przysposabiający się do specjalizacji przekazują pacjenta na inny oddział. Jako chirurg operujący chciałem jednak sam dopilnować zakończenia tej podróży. W końcu to tam właśnie będą czekać na swoje dziecko rodzice.

Intensywna terapia jest osobnym oddziałem, podobnie jak mój. Nie można wejść sobie tam tak po prostu i zacząć wydawać rozkazy, chociaż niektórzy chirurdzy uważają, że mają do tego prawo. Przekazałem pacjentkę oraz wszystkie notatki, a potem omówiłem wszystko, co zrobiliśmy i co się wydarzyło, a przede wszystkim wszystko to, co życzylibym sobie, żeby nastąpiło w idealnym układzie. Na przykład to, aby utrzymać ciśnienie

krwi na konkretnym poziomie, uregulować pracę serca, zaindukować śpiączkę farmakologiczną – istnieje wiele opcji. Oczywiście pozostają one wyłącznie w sferze próśb, ponieważ pacjenci (nawet ci pod narkozą lub w śpiączce farmakologicznej) nie zawsze zachowują się tak, jakbyśmy chcieli, więc lekarze i pielęgniarki muszą podejmować decyzje na bieżąco. Może się na przykład pojawić jakiś problem z płucami lub coś innego i będą musieli zmienić podejście. Różne specjalizacje muszą pracować zespołowo. Koniec końców wszystkim nam przyświeca ten sam cel.

W tym przypadku zasugerowałem utrzymanie idealnego ciśnienia krwi i oczywiście monitorowanie ciśnienia wewnątrz mózgu. Pomimo komy trzymaliśmy dziewczynkę pod wpływem silnych środków uspokajających, aby wspomóc proces zdrowienia. Zasugerowałem próbę wybudzenia jej w ciągu następnych 12 do 24 godzin, jeśli uznają, że warunki są po temu sprzyjające. I oczywiście pod warunkiem, że dziecko przetrwa noc.

Gdy wyjaśniłem już wszystko bardzo rzeczowo moim kolegom, musiałem znaleźć zupełnie inne słowa, aby pomóc rodzicom dziewczynki zrozumieć, co się stało i – co ważniejsze – co nadal może się wydarzyć.

Mama była akurat w domu, gdy u dziecka nastąpiło załamanie. Pojechała razem z córką w karetce, a tata dołączył do nich na ostrym dyżurze. Od tamtej chwili chyba ani na chwilę nie przestali płakać i pytać „dlaczego?”. Kiedy zadali mi to samo pytanie, pewnie niemalże odczuli ulgę, ponieważ odpowiedzią był jeden prosty fakt medyczny. Wyjaśniłem, w jaki sposób malformacja AVM sprawiła, że do naczyń krwionośnych w środku mózgu dotarła krew pod nieodpowiednim ciśnieniem, co spowodowało ich pęknięcie i wylew w tym rejonie. Opowiedziałem,

w jaki sposób odprowadziliśmy nadprogramowy płyn i w jaki sposób monitorujemy stan ich dziecka.

Oczywiście musiałem również być szczery co do obecnych rokowań.

– Państwa córka jeszcze nie wyszła na prostą. Najbliższe kilka godzin będzie rozstrzygające.

– Co pan chce nam przez to powiedzieć?

Oczywiście dziewczynka pojawiła się u nas w dość poważnym stanie i o tym wiedzieli. Gdybym miał być z nimi całkowicie szczery, powiedziałbym, że szanse na przeżycie wynoszą co najwyżej 50 procent. Bardzo szybko stan mógł się pogorszyć, ponieważ nadal mieliśmy do czynienia z malformacją tętniczo-żylną. Organizm dziewczynki mógł sobie nie poradzić z dotychczasowymi zniszczeniami, ale także krwawienie mogło się powtórzyć. Przy tak schorowanym mózgu coś takiego mogło okazać się prawdziwą katastrofą.

Jednak rodzice nie chcą słyszeć czegoś takiego. Zasługują na lepiej dobrane, bardziej ludzkie słowa.

– Chcę powiedzieć, że naprawdę bardzo, bardzo się o nią martwię. Jeśli są inni członkowie rodziny, którzy chcieliby przy niej być, proszę ich tutaj ściągnąć jeszcze tej nocy.

– Chce pan powiedzieć, że ona umrze?

– Nie potrafię przewidzieć, co się stanie. Państwa córka może umrzeć. Jest bardzo chora. W tej chwili zrobiliśmy wszystko, co mogliśmy. Reszta zależy teraz od niej.

*

Cieężko jest wyłączyć myśli po tak traumatycznym wieczorze, ale czterdziestominutowa podróż do domu pomaga. Mój wypełniony

bambetłami samochód działa niczym komora dekompresyjna. Kiedy przekraczam próg mojego domu, jestem już prawie gotowy na odegranie roli taty i męża. Mimo wszystko moja żona nigdy nie pyta mnie na przywitanie: „Jak ci minął dzień?”. Dobrze wie, że lepiej poczekać z tym jakieś dziesięć minut, tak na wszelki wypadek...

Oczywiście gdzieś między obiadem, oglądaniem telewizji, zabawą z dziećmi i spędzaniem czasu z żoną przypominają mi się scenki z dzisiejszej sytuacji wyjątkowej. Nie mam wątpliwości, że zrobiliśmy wszystko, co w naszej mocy. Nie na tym polega problem. Zastanawiam się jednak nad tym, jak dziewczynka poradzi sobie dalej. Nie jestem w stanie tego przewidzieć. Zamartwianie się nie ma najmniejszego sensu. I tak nie mogłem nic teraz zrobić. Oczywiście jeśli pojawi się jakiś nowy problem, to do mnie zadzwonią najpierw. Na szczęście tej nocy telefon się nie odezwał.

*

W drodze do Oksfordu następnego dnia zacząłem planować sobie dzień. Ze wszystkich pacjentów, których musiałem dziś odwiedzić, jednym byłem szczególnie zainteresowany w obecnej chwili. Brak wiadomości mógł równie dobrze oznaczać złe wieści, ale o tym miałem się przekonać dopiero po przyjeździe.

Podczas przekazania zmiany, które odbywa się każdego poranka, dość szybko dowiedziałem się, co i jak. W filmach obchód jest czymś jak z bajki. W rzeczywistości potrafią być dość chaotyczne, gdy juniorzy usiłują zapoznać się z najnowszymi wynikami badań, słuchają pacjentów i jednocześnie zastanawiają się nad serią potencjalnych pytań krzyżowych ze strony ich

mentora. Konsultanci mogliby sobie poradzić bez obchodów, bo i tak jesteśmy osobiście zaangażowani w codzienne postępy pacjentów i spotkania z nimi twarzą w twarz są najlepszym rozwiązaniem.

Już przed odwiedzinami u pacjentki wiedziałem, że jeszcze się nie obudziła. Mimo to – czego nie omieszkałem powiedzieć zaniepokojonym rodzicom i całemu zgromadzonemu klanowi – fakt, iż przetrwała noc, jest doskonałą wiadomością. Od tej chwili mieliśmy następujący plan: dać dziecku jeszcze dwanaście godzin, a potem przyspieszyć proces wybudzania.

Dla mnie doskonałą wiadomością było, że obie źrenice odzyskały wrażliwość na światło. Nierównowaga w mózgu się zmniejszyła. Nie było to może wskrzeszenie Łazarza, na które liczyła rodzina pacjentki, ale zrobiłem, co mogłem, żeby ich uspokoić.

– Trzeba się cieszyć z małych zwycięstw – powiedziałem. – Już samo przetrwanie nocy jest ogromnym osiągnięciem.

Tego dnia wróciłem do pacjentki jeszcze dwukrotnie. Chciałem się przekonać na własne oczy, czy cokolwiek się zmienia. Fakt, że nie mogłem zrobić nic więcej, nie wpłynęło na wdzięczność rodziny. Cieszyli się tym, że w ogóle tam jestem. To ludzka natura. Tak naprawdę pielęgniarki kontrolowały stan dziewczynki co pół godziny, ale to mnie rodzina chciała widzieć przy jej łóżku. To dość spora presja, ale mi to nie przeszkadza. Rodzice są również moimi pacjentami.

Zajrzałem do nich jeszcze raz, przed wyjściem do domu. Żadnych zmian.

– Myślę, że bez obaw możecie państwo pojechać do domu, żeby się przespać – zasugerowałem ojcu dziecka. – Teraz możemy już tylko czekać na jej przebudzenie, a nie sądzę, że nagle cokolwiek się wydarzy.

Następnego dnia rano dowiedziałem się, że przez noc nic się nie zmieniło, a więc w tej kwestii się nie pomyliłem. Zaczynałem się niepokoić, bo moim zdaniem coś powinno się już zacząć dziać. Porozmawiałem z lekarzem oddziałowym oraz z anesteziologiem i ustaliliśmy, że jeszcze bardziej zredukujemy poziom uśpienia farmakologicznego. Następnego dnia znów nie zaobserwowaliśmy żadnej poprawy i naprawdę zacząłem się martwić. Zamówiłem kolejne obrazowanie mózgu, które wykazało dużo zdrowszą sytuację. Nie istniały żadne poważne powody, dla których dziecko nadal miałoby pozostawać w śpiączce.

Minął tydzień bez żadnej poprawy. Dwa kolejne skany potwierdziły zaogniony mózg – spuchnięty i ze śladami obrażeń w następstwie pierwszego traumatycznego wydarzenia, ale – co najważniejsze – żadnego pogorszenia stanu. I znów, nie jest to coś, z czym rodzice potrafią sobie tak po prostu poradzić.

– W tej chwili wiemy jedynie, że stan państwa córki się nie pogorszył. – No tak, nie dziwota, że nikt nie odkorkowuje szampana.

Minął ósmy dzień, a ja naprawdę się martwiłem, że kolejny będzie dokładnie taki sam. Właśnie konsultowałem inny przypadek, kiedy odezwał się mój pager. Kiedy sprawdziłem wiadomość, uśmiechnąłem się od ucha do ucha. Nadeszła wiadomość o mojej młodej pacjentce w śpiączce. Wprawdzie nie wyskoczyła nagle z łóżka i nie zaczęła tańczyć kankana ani recytować greckiego alfabetu. Nie zażądała pizzy i oranżady, ale za to podniosła dłoń (nazywamy to lokalizowaniem) i poruszyła się, gdy pielęgniarka poprawiała jej rurkę intubacyjną.

Z pozorów ruch ręki to może niewiele. Ale rodzina i pielęgniarki wiedziały. To pierwsza od ponad tygodnia reakcja pacjentki – ich małej córeczki, siostrzenicy i wnuczki – niewynikająca z działania

leków lub maszyn wspomagających. Była bardzo podstawową, ludzką reakcją na niewygodę. Ta młoda dama coś poczuła. Budziła się.

Byłem bardzo zadowolony, podobnie jak inni. Wszystkie najważniejsze sygnały w mózgu zaczęły powoli budzić się do życia.

– Myślę, że jesteśmy gotowi, aby ją wybudzić – oznajmiłem. – Jak sądzicie, ile czasu zajmie pełne wyprowadzenie jej ze śpiączki farmakologicznej?

– Mam nadzieję, że nie więcej niż czterdzieści osiem godzin – odparł anestezjolog. – Nie chcę się z tym śpieszyć.

Wybudzanie jest zawsze powolnym procesem, czy to w przypadku dorosłego, czy dziecka. Lekarze z intensywnej terapii i anestezjolog wciąż musieli upewniać się, że serce funkcjonuje prawidłowo. Ponieważ to oni tu rządzą, odsunąłem się na bok i czekałem. Czekałem, jak cała jej rodzina.

Następna doba była nieznośna. Wszyscy liczyliśmy na kolejny znak odzyskiwania przytomności i wszyscy się zawiedliśmy. Czyżby to tylko odosobniony wypadek? Wyjątek od reguły? Dlaczego nie zdarzyło się nic więcej? Następny znak objawił się, gdy byłem na obchodzie kolejnego dnia. Znak iście niezapomniany. Dziewczynka walczyła z wetkniętymi w nią rurkami i usiłowała usiąść na łóżku. Innymi słowy zachowywała się jak pacjent z piekła rodem – i wszyscy cieszyli się tym jak szaleni. Oznaki niewygody i bólu z powodu rurki w gardle były sygnałem, że dziecko jest w stanie oddychać samodzielnie. Pacjentka była ospała, ale przytomna i reaktywna. W ciągu kolejnych trzech dni zaczęła sama jeść i mówić.

Muszę powiedzieć, że rodzice małej nie mogli przestać mi dziękować. Rozmawiali ze mną w obecności swojej córki, jakbym był skrzyżowaniem Świętego Mikołaja i Boga. W rzeczywistości

zdaję sobie sprawę, że bardziej pasuję się gdzieś między Smerfem Łasuchem i Marudą, ale nie powiem, lubię komplementy. Oczywiście nie wierzymy w nie, ale są to pozytywne chwile, które gromadzimy na później – na bardziej ponure, mroczne momenty, które pewnie już czyhają za rogiem. Prawda jest taka, że ta kruszynka na łóżku szpitalnym w ogóle mnie nie знаła. Nie wiedziała, że dosłownie dotykałem jej mózgu. Nie pamiętała nawet, że dwa tygodnie wcześniej nagle straciła przytomność.

A ja nie zamierzałem jej uświadamiać. Po wszystkim, co przeszła, po co jeszcze obciążać ją niepotrzebnymi informacjami? I tak prędzej czy później odkryje, kim jestem, kiedy wróci do nas w celu zreperowania AVM-u. Do tego czasu jednak zadowalała mnie rola jeszcze jednego dorosłego w otoczeniu.

[15] Ang. *arteriovenous malformation*.

ROZDZIAŁ JEDENASTY

ZAGADKI KRYMINALNE OKSFORDU

Golf może szkodzić zdrowiu – oczywiście wszystko zależy od towarzystwa.

Podczas mojego pobytu w Glasgow nauczyłem się odróżniać poszczególne rodzaje kijów golfowych: drivery, irony, puttery znam jednak nie z uczestniczenia w grze lub oglądania golfa w telewizji. W tamtych czasach bardzo rzadko interesowałem się sportem, wolałem bary i przyjęcia. O nie, w tamtych czasach cała moja wiedza o kijach golfowych pochodziła z identyfikacji charakterystycznych wgłębień w czaszce, które zostawiły po pobiciu naszych pacjentów.

Był to początek interesującego dodatkowego zajęcia – wykonywania ekspertyz sądowych w sprawach wymagających doświadczenia neurochirurgicznego. Byłem powoływany jako biegły wiele razy, aby wypowiedzieć się na temat rodzaju broni wykorzystanej do napadu lub morderstwa. Kije golfowe są stosunkowo łatwe do rozpoznania. Zostawiają charakterystyczne

ślady na skórze głowy, czaszce i mózgu. Inne narzędzia wymagają nieco dokładniejszego zbadania.

Kiedyś poproszono mnie o konsultacje w sprawie dowodów szczególnie brutalnych tortur i morderstwa w Newcastle. Aresztowano czterech mężczyzn. Nagrania z ulicznych kamer przemysłowych pokazały, że wszyscy zaatakowali ofiarę, ale każdy z nich trzymał innego rodzaju broń: jeden miał młotek, drugi siekiere, trzeci – miecz samurajski (od czapy) i czwarty – nóż. Który z nich zadał śmiertelny cios?

Ponieważ oskarżyciel nie mógł wskazać konkretnego zabójcy, istniało spore prawdopodobieństwo, że wszystkim czterem upiekłby się wyrok za morderstwo. Tak przynajmniej ustawiali to obrońcy. Jeśli prokuratura nie byłaby w stanie wskazać, który mężczyzna był odpowiedzialny za śmierć ofiary, to podobno nie istniał sposób, aby uzyskać taki wyrok, jakiego się domagano.

Wezwano mnie, żebym dostarczył im nieco więcej informacji do przemyślenia. To oczywiste, że wszystkie cztery narzędzia odegrały rolę w tragicznych ostatnich chwilach życia ofiary. Połamane kości ramion były sprawką młotka. Brakujące palce zostały obcięte ostrym narzędziem, odpowiadającym mieczowi samurajskiemu. Jednak co spowodowało rozległe uszkodzenia głowy, nie było oczywiste. Dowody fotograficzne sugerowały, że mógł to być młotek, rękojeść miecza albo trzonek siekiery. Problem w tym, że rany były tak duże i miejscami tak liczne, że trudno było zidentyfikować, czym zostały zadane. I tutaj przydała się moja najnowsza zabawka.

Mam specjalny program komputerowy, za pomocą którego mogę zrekonstruować oryginalny kształt czaszki i mózgu na podstawie skanów. W tamtych czasach nie był on jeszcze powszechnie używany, chociaż oczywiście technologia posuwa się naprzód dość

szybko i w tej chwili takie rekonstrukcje są standardową praktyką. Wtedy wyglądało to jak w serialu o pracy zespołu kryminalistycznego. *Kryminalne zagadki Oksfordu*. Byłem w stanie zrekonstruować kształt czaszki i mózgu w momencie zadania ciosu. Znalazłem bardzo wyraźny ślad uderzenia na czaszce i mózgu spowodowany przez narzędzie o rozmiarze, kształcie i ciężarze... młotka. Pasowało to dobrze do opinii patologa, który przeprowadził autopsję. W takich przypadkach dobrze jest mieć kilka niezależnych dowodów, które wskazują na to samo, dzięki temu minimalizując ryzyko popełnienia błędu w interpretacji medycznej.

Czasami po prostu przeglądam przesłane mi dowody i spisuję raport – zwłaszcza jeśli moja opinia ma poprzeć decyzję o zaniechaniu śledztwa. Jeżeli istnieje konieczność odpowiedzenia na jakieś pytania, często „pojawiam się” w sądzie za pomocą linku wideo. Innymi razy przyjeżdżam osobiście – większość prawników uważa, że ława przysięgłych reaguje lepiej na żywego człowieka. Wynik kilku procesów zależał chyba głównie od mojej ekspertyzy. Myślę, że dzięki mojej codziennej pracy zdobyłem umiejętności, dzięki którym mogłem przemawiać w sądzie. Musimy tłumaczyć skomplikowane medycznie przypadki zestresowanym rodzicom, więc uczymy się opisywać je powoli, bez korzystania z technicznego słownictwa. Potrafimy też dostrzec, w którym momencie tłumaczenie przestaje być zrozumiałe dla ludzi nieobeznanych z kwestiami medycznymi. Po udanym objaśnieniu niemal czuć falę ulgi, gdy wszyscy myślą: „Ach, teraz już rozumiem”.

Weźmy taki przykład: pewien student z Manchesteru miał nieszczęście wdać się w bójkę dwukrotnie tej samej nocy. Kamery przemysłowe w pubach zarejestrowały oba incydenty. Widać

wyraźnie, jak ktoś go bije w barze, około godziny 20.00, a potem znów o 22.00 atakuje go inna osoba, w innym pubie. Tylko że za drugim razem student już się nie podniósł.

Drugi napastnik został oskarżony o morderstwo. Jego obrońca twierdził, że zadany cios nie był wystarczająco mocny, aby spowodować śmierć, i że to poprzednia potyczka zainicjowała łańcuch wydarzeń prowadzący do zgonu ofiary. Była to naprawdę przekonująca argumentacja – z całą pewnością mogła wywołać „uzasadnione wątpliwości”, zwłaszcza co do surowości postawionych zarzutów. Widziałem obiekcje wymalowane na twarzach członków ławy przysięgłych.

Na podstawie skanów byłem w stanie zademonstrować, że u ofiary pojawiły się rozległe obszary uszkodzeń. Powiedziałem, że nie ma możliwości, aby ten człowiek funkcjonował normalnie, gdyby odniósł tak poważne obrażenia już podczas pierwszej bójki. Nie byłby w stanie dojść do drugiego pubu, nie wspominając o zamówieniu i wypiciu piwa.

Dostarczając moją opinię, obserwowałem wsłuchanych w moje słowa przysięgłych. Zanim przyszła pora na podsumowanie, że śmiertelny cios musiał zostać zadany podczas drugiego incydentu, cała dwunastka jurorów moim zdaniem zgadzała się ze mną lub przynajmniej rozumiała, dlaczego wyciągnąłem takie, a nie inne wnioski.

Oczywiście podczas wygłaszania biegłej opinii nie próbuję wygrać danej sprawy. To praca dla prawników. Ja pojawiając się w sądzie, aby opisać fakty medyczne i przekazać moje zdanie na temat danych wydarzeń. Potem decyzja zostaje w rękach sędziego i ławy przysięgłych.

Kolejny tydzień, kolejne śledztwo. Poproszono mnie o zbadanie sprawy napadu rabunkowego, który podobno wymknął się spod kontroli. Odnaleziono dwóch mężczyzn mających w posiadaniu rzeczy należące do poszkodowanego. Chociaż przyznawali się do kradzieży i napadu, przysięgali, że nie zamordowali ofiary.

– No tak, przyłożyliśmy mu i zabraliśmy jego telefon, ale to wszystko. Ktoś inny musiał go wykończyć.

Co ciekawsze, dowody z badań potwierdzały ich wersję wydarzeń. U ofiary wystąpiło wprawdzie krwawienie na powierzchni mózgu, jednak w tej okolicy głowy nie było żadnych zewnętrznych śladów obrażeń. Jediną osobliwością był mała pozostałość nakłucia po przeciwnej stronie od krwotoku.

Raport z autopsji nie wniósł niczego pomocnego. Jako przyczynę śmierci podawano problem z mózgiem, ale w opisie dodano, że trudno jest ustalić, jakiego rodzaju broni lub metody zabójstwa tak naprawdę użyto. Coś się tu nie zgadzało.

Zrekonstruowałem czaszkę i mózg ofiary za pomocą mojego trójwymiarowego systemu. Po zakończeniu okazało się, że mogłem przeprowadzić linię od miejsca małego nakłucia prosto do miejsca krwawienia po drugiej stronie czaszki. Po drodze linia ta przecinała bardzo ważną tętnicę, w tej chwili rozpołowioną. Wyraźnie musiało to być właściwą przyczyną śmierci. Ślad możliwego nakłucia nie był widoczny na obrazowaniu wykonanym po przywiezieniu poszkodowanego do szpitala i oczywiście ratujący go lekarze nie byli zaangażowani w śledztwo. Zanim przeprowadzono sekcję zwłok, tunelik zapadł się i zmienił na tyle, że nie udałooby się go prześledzić w częściowo uszkodzonej budyniowej strukturze mózgu. Kiedy jednak zmieniłem kąt prezentacji poszczególnych sekcji mózgu na skanach, linia

uszkodzenia stała się widoczna. Teraz policja musiała wykryć, w jaki sposób zadano śmiertelny cios.

Poradziłem detektywom, aby szukali przedmiotów o specyficznych kształtach. Przewidywałem, że będzie to coś w rodzaju cienkiego noża, sztyletu lub innej broni z bardzo wąskim ostrzem. Ostatecznie odkryli bardzo cienki piętnastocentymetrowy śrubokręt. Okazało się, że napastnicy chcieli pogrozić ofierze, która zaczęła się bronić, i w ten sposób narzędzie trafiło do jego głowy. Cios był dość silny, ale czysty: jedno szybkie pchnięcie, które nie tylko przebiło czaszkę, ale również mózg. Tragedia polegała na tym, że nie naruszyło całej struktury i dopiero na samym końcu drasnęło naczynie krwionośne.

Szczerze mówiąc, patolog znalazł miejsce nakłucia podczas autopsji, ale ponieważ naruszona tętnica znajdowała się po przeciwnej stronie, nie powiązał owych faktów. Ja też nie – dopiero kiedy zacząłem bawić się ze skanami i obracać je na ekranie, stopniowo zaczynało się to robić oczywiste. Po wszystkim odbyliśmy długą rozmowę z patologiem o tym, jak dwa niezależne, choć zbieżne badania tak doskonale się wreszcie do siebie dopasowały. To bardzo ważne, zważywszy, że cięcia budżetowe utrudniają pracę zarówno służby zdrowia, jak i usług prawnych w Anglii.

*

Zabawianie się w Poirota jest wprawdzie fajne, ale moją główną specjalnością – rzeczą, z której jestem najbardziej znany w sferach sądowo-lekarskich – jest coś dużo bardziej skomplikowanego. Przypadki, z którymi spotykam się

w sądowniczym kontekście jako neurochirurg dziecięcy, nigdy nie są zbyt przyjemne.

Istnieje różnica między medycyną i prawem. Moim zadaniem nie jest osądzanie, czy ktoś jest winny, czy nie, lecz raczej wyjaśnienie, co było przyczyną śmierci lub uszkodzeń cielesnych. Mogę powiedzieć: „Te obrażenia są spójne z traumatycznym atakiem, który miał miejsce między godziną dziesiątą i dwunastą tego poranka”. Jeśli zbiega się to z działalnością podejrzanych, tym lepiej dla wymiaru sprawiedliwości, ale moja rola jest inna. Tak naprawdę równie ważna jest analiza pod kątem jakichkolwiek „niewinnych”, medycznych przyczyn lub przyczynków do obrażeń mózgu i kręgosłupa.

Większość spraw dotyczących dzieci przeprowadza się w sądzie rodzinnym. Nie ma ławy przysięgłych, tylko sędzia. Zazwyczaj zeznają tam za pośrednictwem połączenia wideo i nie jestem jedynym biegłym. Brałem już udział w procesach, gdzie czworo lub pięcioro z nas uczestniczyło w obowiązkowym dialogu, zwanym „hot-tubbingiem”[\[16\]](#). Częstszą praktyką stosowaną w takich sprawach jest niezależne składanie opinii. Plusem tego podejścia jest fakt, że nie może cię zbić z tropu argumentacja kolegów po fachu.

Zazwyczaj jestem jedynym ekspertem neurochirurgicznym zaangażowanym w przesłuchania. Mają również specjalistę od wzroku, radiologa i pediatrę ogólnego. Wszyscy dysponują tymi samymi dowodami. Robota jest płatna i na dodatek interesująca, lecz przede wszystkim ważna. W tej chwili zaledwie kilku neurochirurgów dziecięcych w kraju wykonuje tego rodzaju konsultacje. Niepokój o znalezienie się w krzyżowym ogniu pytań, niechęć do przeglądania dość nieprzyjemnych materiałów dowodowych i od czasu do czasu niezadowolenie, jeśli chodzi

o wynagrodzenie ze strony Komisji Doradztwa Prawnego lub służb socjalnych, zniechęcają profesjonalistów do odrywania się od ich głównego nurtu pracy medycznej.

Jeżeli sprawa trafia do sądu, to możecie sobie wyobrazić, jak dokładnej kontroli zostali już wcześniej poddani opiekunowie i rodzina. Pojawiają się często raporty o historii nadużywania alkoholu i narkotyków, o przemocy domowej, a nawet o obrażeniach innych dzieci w danej rodzinie. Ja jednak nie mogę się w to wciągać. Chociaż statystyki wskazują, że takie okoliczności mogą zwiększyć szanse popełnienia przestępstwa przez daną osobę, nie dowodzi to jednak niczego medycznie, w kategoriach uszkodzeń ciała, które mam przeanalizować. W innym przypadku moglibyśmy zwyczajnie uznać, że jeśli ktoś ma kryminalną przeszłość, będzie winny każdemu postawionemu mu zarzutowi. Kwestia niewinności lub winy zależy od sędziego i ławy przysięgłych. W momencie, gdy człowiek zaczyna się angażować emocjonalnie w daną sprawę, traci pozycję obiektywnego świadka i eksperta.

Na szczęście mamy obecnie wiele dobrych pomocnych materiałów. Niemiecki lekarz przeprowadził w latach osiemdziesiątych fantastyczne badania w tej dziedzinie. W jakiś sposób uzyskał pozwolenie od rodziców niedawno zmarłych dzieci na „eksperymenty” na ich ciałach – między innymi na zrzucanie ich z różnych wysokości, aby obliczyć stopień i miejsce złamań czaszki. Dzięki tym studiom zdołał wykazać, że małe dzieci mogą doznać złamania na skutek upadku z dużo niższego pułapu, niż uprzednio sądzono. Zapewne wydaje się to absolutnie groteskowym sposobem zbierania informacji medycznych, jednak badania te były nie tylko legalne, ale również poprawnie przeprowadzone. Jestem przekonany, że odkrycia owego naukowca

zostały również wykorzystane, aby pomóc dowieść winy lub niewinności setek ludzi oskarżonych w tego typu sprawach. Zastanawiam się, czy rodzice, którzy zezwolili na te eksperymenty, wiedzą, jak bardzo ich dzieci przysłużyły się tej dziedzinie i czy owa świadomość przynosi im jakąś pociechę.

*

To tylko jedna historia, chociaż niestety takie rzeczy zdarzają się nader często. Zaczyna się od kobiety i dziecka, przy czym kobieta tak naprawdę sama nadal jest dzieckiem. Ma chłopaka, który nie jest ojcem dziecka. Pojawia się i znika, nie pomaga w domu i nienawidzi dziecka za to, że przeszkadza mu w uprawianiu seksu. Większość czasu absztyfikant ów spędza na paleniu marychy i picciu alkoholu. Wreszcie mama przekonuje go, aby przez kilka godzin zajął się jej dzieckiem, żeby mogła wyjść na miasto z przyjaciółkami. Nie może się doczekać i tak bardzo potrzebuje zmiany scenerii, że być może ignoruje znaki ostrzegawcze.

Podczas gdy mama dziecka spotyka się z koleżankami, dziecko jest „w trakcie zabawy”, kiedy nagle traci przytomność, przestaje oddychać i jego stan wyraźnie zaczyna się pogarszać. Zostaje wezwana karetka, dziecko zostaje zabrane do szpitala, gdzie okazuje się, że ma różnorakie obrażenia wewnętrzne: krwawienie na powierzchni mózgu i uszkodzenia wewnątrz tkanki. Krew jest również w obrębie rdzenia kręgowego. Oftalmolog po badaniu stwierdza krwawienie na dnie oczu, wyraźnie pourazowe. Długie kości kończyn są uszkodzone, a żebra noszą ślady dawnych złamań.

Zanim notatki takiej sprawy trafiają do mnie, wielu innych ludzi zdąży już dojść do swoich własnych wniosków. Ja nie jestem nimi zainteresowany. Płacą mi za moją ekspertyzę neurochirurgiczną, a nie za umiejętność powielania opinii innych ludzi. To oczywiste, że lekarze z pogotowia uważają, iż dziecko doznało świeżych obrażeń na tle problemów z przemocą domową. Nie wierzą, że stało się to zupełnie przypadkowo.

Nie każdy człowiek wyglądający podejrzanie w rzeczywistości ma coś na sumieniu. A podejrzani niekoniecznie od razu znęcają się nad dziećmi. Dlatego nie mogę oskarżać konkretnej osoby. Mogę jedynie stwierdzić, że dziecko odniosło szereg ciężkich obrażeń o godzinie 20.00, czyli w czasie, gdy teoretycznie opiekowało się nim w odpowiedni sposób troje dorosłych. To prokurator albo sędzia sądu rodzinnego musi następnie zdecydować o tym, czy a) dostarczone przeze mnie dowody są prawidłowe i b) wskazują na konkretnego podejrzanego.

W tym konkretnym przypadku obrona twierdziła, że dziecko skądś spadło. Moją pierwszą odpowiedzią było to, że dwumiesięczne dzieci mają zero zdolności do wspinania się gdziekolwiek. Nawet jeśli rzeczywiście spadło, to uważne porównanie dowodów z literaturą medyczną zgromadzoną w ciągu ponad stulecia oraz moje własne kliniczne doświadczenie zdobyte w nieco krótszym czasie wskazują na ogromną różnicę między prawdopodobnymi obrażeniami wynikającymi z upadku z kanapy a rzeczywistymi urazami udokumentowanymi w tym przypadku.

Przekazałem swoje obserwacje i wysłałem je do sądu. Zajście miało miejsce we wrześniu. Instrukcje i prośbę o opinię dostałem około pół roku później, w marcu. Rozprawa planowana była na sierpień.

Później, już podczas procesu, zeznawałem jeszcze poprzez internet. Moja opinia była zbieżna z innymi dowodami i sąd uznał, że to partner skrzywdził dziecko. W głębi serca byłem przekonany, że – w oparciu o wszystkie fakty, o których czytałem – podjęto właściwą decyzję. Dlatego też z ogromnym zaskoczeniem dowiedziałem się osiem miesięcy później, że oskarżony wygrał odwołanie się od wyroku. Podobno chodziło o jakiś techniczny szczegół prawny, a nie o dowody medyczne.

Nie miało to jednak znaczenia. Najważniejsze, że nie pomogło to tamtemu dziecku, które teraz czeka życie z efektami poważnego urazu neurologicznego i z niepełnosprawnością. Tym niemniej tak to już musiało być: proces prawny przebiegał równolegle do procesu leczenia i rehabilitacji małego człowieka, którego funkcje umysłowe nigdy nie powrócą do prawidłowego poziomu. Zgłębnik żołądkowy, ślepotą, brak odruchów warunkowych, zahamowanie rozwoju mowy – życie tego dziecka i jego matki diametralnie i nieodwracalnie się zmieniło. Sprawiedliwość to minimum, które można im zaoferować.

*

W ciągu piętnastu lat działania jako biegły sądowy napisałem około 500 raportów. Wciągnąłem w to nawet kilku moich kolegów konsultantów, tak jak mnie kiedyś zachęcił Peter. Zawsze powtarzam wszystkim, że w takiej pracy nie można stać po jednej stronie – obrony lub oskarżenia, ofiary lub rodziny sprawcy. Trzeba po prostu uważnie przestudiować dowody i zaprezentować je następnie w najbardziej zwięzły i logiczny sposób, na jaki nas stać. Nawet jeśli nikt inny się z nami nie zgadza.

Byłem zaangażowany w śledztwo w sprawie opiekunki, która jakoby uderzyła dziecko z wystarczającą siłą, aby je zabić. Opiekunka twierdziła, że nie zrobiła nic złego. Potrafiła jedynie powiedzieć, że dziewczynka umarła na skutek obrażeń po upadku ze stolika do przewijania. Ponieważ jednak zdarzyło się to dwadzieścia cztery godziny wcześniej, na oczach świadka, zostało wykluczone jako potencjalna przyczyna śmierci. W związku z tym kobieta była zmuszona walczyć o dowiedzenie swojej niewinności.

W tym przypadku nie było żadnych historycznych urazów, tylko jeden obszar obrażeń mózgu na skutek mocnego uderzenia. Historia o upadku ze stolika wydawała się prawdopodobna – z wyjątkiem czasu wydarzenia. Prokurator miał już opinie czterech bardzo poważanych ekspertów z tej dziedziny. Ponieważ śmierć nastąpiła w czasie, gdy dziecko pozostawało pod opieką niańki, wszyscy zgodnie stwierdzili, że utrata przytomności i śmierć nastąpiły w momencie wystąpienia obrażenia. „Dzieci nie umierają tak po prostu na czyichś rękach”, przeczytałem w jednym z raportów.

Czytałem o pojedynczym przypadku omawianym przez dwóch patologów w Nowym Jorku, dotyczącym dziewięcioletniego dziecka, które wypadło z łóżka, a po siedemdziesięciu dwóch godzinach dobrego samopoczucia nagle zostało znalezione martwe. Autopsja wykazała złamanie czaszki i w efekcie uszkodzenie mózgu. Fakt, iż dziecko czuło się dobrze przez trzy dni po upadku, demonstruje możliwość (jakkolwiek rzadką), iż po obrażeniach wskutek uderzenia dzieci mogą przechodzić przez tak zwaną przerwę jasną (przejściowy stan świadomości), kiedy zachowują się normalnie przed nagłym pogorszeniem ich stanu, z włączeniem śmierci.

Problem z odkryciem czegoś po raz pierwszy jest taki, że nikt wcześniej o tym nie słyszał. Sprawa z Nowego Jorku przyciągnęła wiele zainteresowania. Nie było dowodów przemocy fizycznej, poza guzami spowodowanymi wypadnięciem z łóżka (przy świadku), tak więc ostatecznie zakwalifikowano sprawę jako „śmiertelna opóźniona komplikacja na skutek upadku z wysokości”. Sprawozdanie wydało mi się interesujące i zacząłem się zastanawiać, czy nie mamy tu do czynienia z podobnym przypadkiem.

Ze względu na kontrowersyjny wydźwięk mojego raportu zostałem poproszony o osobiste stawienie się na rozprawie. Już wcześniej przekazałem oryginalny artykuł mojemu zespołowi doradczemu, ale nie byli oni zobowiązani przekazać tego prokuraturze.

Kiedy zaczął zeznawać pierwszy biegły oskarżenia, poczułem się niepewnie. Zajmowałem się dostarczaniem ekspertyz od niedawna, a ten człowiek wydawał się bardzo zorientowany – i absolutnie nie przyjmował do wiadomości mojej teorii. Następnie obrona spytała go, czy przeczytał raport z nowojorskiego przypadku.

– Nie.

– Poprosimy o kolejną kopię – zwrócił się prawnik do urzędnika sądowego.

Dokładnie to samo powtórzyło się przy kolejnych trzech ekspertach. Tylko jeden z nich przeczytał artykuł (choć mam wrażenie, że mógł to zrobić już w sądzie, czekając na zeznania swoich poprzedników). Pod koniec wszyscy powiedzieli to samo: chociaż fakt, że dziecko mogłoby odnieść obrażenie, którego efekty odczułoby dopiero po całym dniu, wydawał im się mały

prawdopodobny, to musieli przyznać, że to możliwe. Dzięki temu pojawiła się uzasadniona wątpliwość, tak potrzebna obronie.

Ostatecznie ława przysięgłych nie musiała podejmować decyzji. Ocalił ją przed tym prokurator, który wstał i oznajmił, że wycofuje wszelkie oskarżenia.

Byłem zadowolony z wyniku i nie tylko dlatego, że byłem samotnym głosem w obronie opiekunki. Opublikowane doniesienie traktowało wyłącznie o jednym dziecku, ale nie miało to znaczenia. Dowiodło, że czasem takie sprawy nie są czarno-białe. Mimo to nadal wydawało się to mało prawdopodobną przyczyną, przez co zacząłem się zastanawiać, czy nie istniała jednak jakaś inna przyczyna, być może związana z przemocą wobec dziecka?

Co by się stało, gdyby ta sama niania została oskarżona sześć miesięcy później w związku z identycznym przypadkiem? Oczywiście opłakiwałbym upośledzenie lub śmierć dziecka, zwłaszcza w takich okolicznościach. Wziąłbym jednak przykład z prawników, którzy działają na zasadzie kolejki do taksówek: bierze się następną w kolejności sprawę, bez względu na to, po czyjej stronie jest stronie. Ja robię to samo. Obrona, oskarżenie, rodzina – dla mnie to to samo. Muszę tak postępować, aby nie stać się stronnictwym „płatnym konsultantem”. Powtarzam sobie, że muszę postępować zgodnie z tym, czego się nauczyłem. Jestem neurochirurgiem dziecięcym. W tej dziedzinie jestem ekspertem. Muszę trzymać się faktów, a do innych ludzi należy interpretacja prawa. Mimo to, co by było, gdyby?

Wszystkie te niepokoje i zwątpienie podkopują pewność siebie, ale muszę pamiętać, o co toczy się gra, zarówno dla oskarżonego, jak i dla malutkiej ofiary. A jeśli to rodzic jest podejrzany, o ile

gorzej musi się czuć, jeśli wie, że jest niewinny, ale nie ma ani czasu ani miejsca, aby przejść żałobę po swoim dziecku?

[16] Metoda, w której eksperci przedstawiają swoje założenia oraz ich uzasadnienia, a potem w procesie dyskusji ustalają zbieżne elementy założeń, co pomaga trybunałowi podjąć decyzję.

ROZDZIAŁ DWUNASTY

PRZEKONAJ SIĘ SAM

Żadnego pacjenta nie leczy się i nie odsyła do domu na zasadzie rach-ciach i gotowe, zapominamy o sprawie. A przynajmniej w neurochirurgii dziecięcej tak się nie dzieje. Dzieci, które przekraczają drzwi naszego oddziału, często w niespełna pół roku lub rok powracają w nasze progi na kontrolę. Nieważne, z jakim problemem pojawił się u nas pacjent i w jakim stanie nas opuścił – od pełnego wypisania spod naszej specjalistycznej opieki może minąć wiele lat. To, że naprawiliśmy jedno, nie oznacza jeszcze, że nie pojawią się objawy w innej części organizmu. Niektóre problemy ujawniają się bardzo szybko – inne pozostają niewykryte całymi latami, powoli doprowadzając do pogarszania się stanu, zanim zostanie postawiona diagnoza.

Wiele dni, kiedy nie operuję, spędzam na spotykaniu się z pacjentami w klinice lub na oddziale. Uwielbiam to. Zawsze jest to niezwykła mieszanina. Dzieci potrafią się szalenie zmienić w ciągu roku. Za każdym razem, kiedy wychodzę do poczekalni i wywołuję kogoś po imieniu, nie mam pojęcia, kto wstanie, żeby

wejść do gabinetu. Dziewczynka, która w zeszłym roku nosiła słodkie kucyki, teraz jest mocno umalowana, do kompletu ze strojem subkultury gotyckiej. Nadal jest urocza, ale teraz już nie mogę jej tego powiedzieć!

W teorii każda operacja, którą wykonujemy, ma na celu poprawę stanu pacjenta, a przynajmniej zahamowanie pogarszania się zdrowia. Chirurgia to duże ryzyko. Na operacje decyduję się tylko wtedy, gdy mają szansę powodzenia. Nawet błędne oceny sytuacji biorą się z pragnienia postępów. Bądźmy szczerzy, na sali operacyjnej można zrobić wszystko, jak należy, przeprowadzić cały planowany zabieg, ale nadal nie daje to pewności, że był udany, dopóki pacjent się nie obudzi. Nawet wtedy może upłynąć wiele dni, tygodni i miesięcy, zanim korzyści (lub niepowodzenia) objawią się w pełni. Nie zawsze możemy liczyć na pozytywne wieści – i nie wszyscy pacjenci wychodzą ze szpitala.

*

To był dzień konsultacji. Zapoznałem się z listą pacjentów, którzy mieli się pojawić na coroczne lub codwuletnie kontrole. Większość z nich prowadziłem od początku i pamiętałem, jak wyglądają. Innych operowali moi koledzy. Nie wiedziałem jednak, co zastanę, kiedy już przybędą. Oczekiwanie jest dość ekscytujące.

– Clare? – zawołałem, stając w wypełnionej poczekalni. – Clare Bennett?

*

Cofnijmy się o trzy miesiące. Skierowano do mnie dziecko, u którego pediatra zdiagnozował zespół Chiariego – malformację,

w której tylna część mózgu schodzi do kanału kręgowego. Kiedy spotkaliśmy się pierwszy raz, dziewczynka miała siedem lat i była absolutnie przeurocza. Bardziej radosnej ósóbki nie dałoby się chyba znaleźć.

Zespół Chiarięgo może być całkowicie bezobjawowy, czyli nie powodować absolutnie żadnych problemów u niektórych ludzi. Rzecz w tym, że u innych potrafi być zupełnie wyniszczający. Jeśli tyłomózgowie uciska rdzeń kręgowy, będzie to wpływać na funkcjonowanie rąk i nóg, kiepską równowagę, ból lub dziwne sensacje w kończynach oraz często osłabienie mięśniowe, nawet jeśli człowiek chodzi po płaskim terenie. Malformacja ta może również atakować nerwy dolnej części twarzy, powodując problemy z żuciem, przełykaniem. Niekiedy wywołuje także zaburzenia wzroku i mowy.

Clare urodziła się z łagodną formą porażenia mózgowego, co spowodowało osłabienie lewej strony ciała.

W leczeniu Clare odegrał rolę przypadek. Dorastając, dziewczynka miała problemy z chodzeniem oraz ze sprawnością dłoni. Jej rodzice oraz lekarze naturalnie obwiniali za to porażenie mózgowie, ponieważ są to jego objawy. Dopiero w wieku sześciu lub siedmiu lat, gdy okazało się, że Clare ma problem z funkcjonowaniem obu stron ciała, a nie tylko słabszą lewą, ktoś zasugerował: „Lepiej zrobmy skan i zobaczymy, co się dzieje”. Lekarze spodziewali się większych problemów w tkance mózgowej, gdzie porażenie wywołuje główne zmiany. Zamiast tego znaleźli anomalię w tak zwanym połączeniu czaszkowo-szyjnym, czyli tam, gdzie mózg przechodzi w rdzeń kręgowy.

Zanim Clare została skierowana do mnie, jej stan pogorszył się jeszcze bardziej. Cierpiała na częste bóle głowy, trzęsły się jej ręce i chodziła z wielkim trudem. Była w fatalnym położeniu, a według

historii choroby przesłanej od kierującego ją do mnie lekarza, robiło się coraz gorzej. I tym przede wszystkim musieliśmy się zająć, co powiedziałem jej oraz rodzicom.

– Myślę, że musimy przeprowadzić operację – oznajmiłem całej trójce.

– Może mnie pan naprawić, doktorze Jay? – spytała Clare.

– Być może – odparłem. – Jednak najważniejszą sprawą jest powstrzymanie pogarszania się twojego stanu.

Wyjaśniłem, że z czasem może się zrobić gorzej. Klasyczna definicja mówi nam, że celem zabiegu chirurgicznego jest powstrzymanie pogarszania się stanu pacjenta. Tłumaczmy więc naszym chorym:

– Nie możemy przywrócić tego, co już zostało stracone, ale jesteśmy w stanie ochronić to, co jeszcze pozostało, umiejętności, które nadal macie.

W głębi duszy jednak liczyłem na coś więcej. Ciało ludzkie ma duże zdolności regeneracji w tego typu przypadkach. Nie zdziwiłbym się, gdyby u Clare w ciągu kilku miesięcy nastąpiła poprawa zdolności motorycznych. Zespół Chiariego zwykle atakowaliśmy u nas operacyjnie na znacznie wcześniejszym etapie choroby niż inne szpitale i zaobserwowaliśmy u sporej grupy pacjentów przywrócenie części utraconych funkcji organizmu. Oczywiście była to tylko wisienka na torcie, a ponieważ nie mogliśmy przewidzieć, którzy pacjenci dobrze się zregenerują, nie chciałem obiecywać takiej możliwości tej rodzinie. Podejmowanie decyzji na bazie takiej możliwości nie byłoby fair.

Zespół Chiariego można leczyć na różne sposoby. Jak wiele zabiegów chirurgicznych, nie są one wolne od ryzyka. W tym przypadku mogło się zakończyć udarem i paralizem, problemami

z oddychaniem i przełykaniem, zapaleniem opon mózgowych, śmiercią, a także tym, że operacja może się nie powieść lub będzie ją trzeba powtórzyć. Wszystko to wyjaśniłem Clare i jej rodzicom, którzy mimo to wyrazili zgodę. Większość malformacji Arnolda-Chiariego bardzo dobrze reaguje na odbarczenie (ogólnie oznacza to zmniejszenie ciśnienia wywieranego na dany narząd), więc to właśnie zrobiliśmy. Przy dźwiękach autorskiej płyty The Stone Roses usunąłem mały kawałek kości u podstawy czaszki Clare oraz drugi fragment, z pierwszego kręgu szyjnego. Otworzyłem oponę i odciąłem dolną część mózgu, aby dać więcej miejsca rdzeniowi i pniowi mózgu. Dokładnie rzecz biorąc, usunąłem tak zwane migdałki mózdzku. Ta część mózgu, podobnie jak migdałki z gardła, nie jest niezbędna w funkcjonowaniu (chyba że jest się rekinem czy czymś w tym stylu). Miałem nadzieję, że zauważymy efekty niemal natychmiast, ponieważ dzięki zabiegowi płyn mózgowy mógł swobodnie przepływać do kanału kręgowego, który przestał być już uciskany.

Większość dzieci po tego typu operacji (odbarczenie otworu wielkiego[17]) nie czuje się dobrze: przez około siedem dni cierpią na mdłości, wymioty, zawroty głowy i ból. Powrót do stanu sprzed operacji może trwać nawet sześć miesięcy. Tym razem jednak, kiedy następnego dnia odwiedziłem pacjentkę, ze zdumieniem zaobserwowałem, że nie tylko jest przytomna, ale też uśmiecha się radośnie, jakby nigdy nic.

– Zrobił to pan, doktorze Jay? – spytała, zanim zdołałem cokolwiek powiedzieć. – Udało się?

– Zrobiliśmy to, co planowaliśmy zrobić – odparłem. – Miejmy nadzieję, że się udało.

– A kiedy się dowiemy? – spytała mama.

– Trudno powiedzieć. Jestem przekonany, że udało się nam naprawić główny problem, że tak powiem, więc stan Clare nie powinien się już pogarszać. Pełne wyzdrowienie po operacji zajmie jednak nieco czasu, może kilka tygodni lub miesięcy. Z pewnością dowiecie się wcześniej niż ja.

Naprawdę miałem nadzieję na wyzdrowienie Clare. Wiedziałem, że nie stanie się to dziś ani jutro, a nawet za miesiąc, ale sądziłem, że koniec końców będzie mogła odzyskać pełną sprawność. Wysłałem ją do domu, żeby mogła w spokoju dojść do siebie. Chociaż nadal chwiejnie, to jednak wyszła ze szpitala o własnych siłach. Pozostało pytanie, czy pozbędzie się problemów związanych z samym zespołem Chiariego.

Tego dnia, w klinice, po trzech miesiącach od operacji, miałem się wreszcie przekonać.

*

– Clare? – zawołałem ponownie. Bez odpowiedzi.

Zamierzałem już wrócić do mojego gabinetu, myśląc, że to bardzo dziwne, że dziewczyna się nie pojawiła. Nagle kątem oka dostrzegłem jakiś ruch z tyłu poczekalni. Nastąpiło małe zamieszanie, gdy ktoś poruszający się o kulach próbował podnieść się z krzesła. Ci ludzie zazwyczaj nie mają wystarczającej siły w ramionach, żeby tak po prostu wstać. Chciałem właśnie zaoferować pomoc, kiedy zdałem sobie sprawę, że to ona. Clare. *Co się do diabła stało?*

Cała rodzina była wspaniała, jak zwykle. Podobnie jak ja, żadne z nich nie rozumiało, dlaczego stan Clare nadal się pogarszał. Zazwyczaj podczas spotkań w klinice dyskutujemy i dowiadujemy

się różnych rzeczy, niekoniecznie cokolwiek robiąc. W tym przypadku byłem zdeterminowany. Chciałem zrozumieć.

– Czy masz coś przeciwko temu, żebyśmy zrobili kilka zdjęć twojej głowy, Clare? – spytałem. – Możliwe, że nie uwolniłem całego obszaru podczas ostatniej operacji, albo wytworzyły się blizny.

Jedno i drugie może być przyczyną, dla którego problemy nie zniknęły. Wysłałem więc Clare na pilną tomografię głowy i zapisałem na ponowną wizytę w klinice.

Naprawdę chciałem, żeby to w czymś pomogło, ale niestety. Wszystko na skanach wyglądało dokładnie tak, jak chciałem – wokół tyłomózgowia było teraz sporo miejsca. Dlaczego więc stan Clare nadal się pogarszał? Kolejny podręcznikowy zabieg z nieoczekiwanym rezultatem. Zastygłem przez chwilę ze złożonymi w wieżyczkę palcami, myśląc. Myśląc i myśląc.

– Mogę jedynie zasugerować kolejną próbę – powiedziałem wreszcie.

Cała trójka – mama, tata i Clare – ucieszyli się na ten pomysł. Mimo ich całego pozytywnego nastawienia chyba naprawdę potrzebowali „szybkiego rozwiązania”. Musiałem to natychmiast utemperować.

– Faktem pozostaje, że operacja była udana i powinna znacząco pomóc w stabilizacji twojego stanu. Tak się nie stało. Skany wyglądają na czyste, ale być może w podstawie twojej czaszki jest coś niewidocznego dla urządzeń obrazujących, co nie chce zniknąć. Może jakaś mała blizna, która przeszkadza w rehabilitacji, za mała, aby dostrzec ją za pomocą rezonansu magnetycznego. Chciałbym spróbować ją znaleźć, ale oczywiście powinnaś zdawać sobie sprawę z ryzyka.

Przeprowadziłem ich punkt po punkcie: uszkodzenie rdzenia, uszkodzenie pnia mózgu, zapalenie opon mózgowych lub inne poważne zakażenia.

Tata wzruszył ramionami.

– Ostrzeżenia na ulotce paracetamolu są jeszcze gorsze.

Uśmiechnąłem się smutno. Chociaż to pewnie prawda, jednak ryzyko powtórnej operacji niemal zawsze jest wyższe niż tej pierwszej, ponieważ nie mamy wtedy zwyczajowych anatomicznych „markerów” topograficznych, które mogłyby nas prowadzić.

– Co by pan zrobił, gdyby chodziło o pana córkę, doktorze Jay? – spytała Clare.

Pomyślałem o moich trzech dziewczynkach czekających na mnie w domu.

– Wiesz co? Zdecydowałbym się na zabieg. Owszem, nie wiem, czego szukam. Tak, to wyprawa trochę na ślepo, misja w stylu „zrób to i przekonaj się sam”, ale zważywszy na to, co się stało, nie widzę innego wyjścia, poza tym, że pogarszanie twojego stanu *może* doprowadzić do paraliżu.

*

Wykonaliśmy zabieg. Zgodnie z przewidywaniami, był dużo trudniejszy niż pierwszy. Chciałem się upewnić, czy rdzeń nie jest zakotwiczony z powodu blizny i czy nie trzeba go uwolnić, czy mobilność czaszki i kręgosłupa nie jest hamowana, a także czy coś nie uciska ważnych nerwów. Nie znalazłem niczego. Zero. Nic.

Mogłem jedynie odtworzyć moje kroki podczas pierwszej operacji i powtórzyć nacięcia, jakie wtedy zrobiłem. Może w ten

sposób się uda. Na takim właśnie znajdowaliśmy się etapie – liczyliśmy na łut szczęścia.

I znów zdziwił mnie niezwykle entuzjazm Clare podczas rekonwalescencji. W jej oczach błyskały iskierki radości. Gdybym mógł zagrać dzokerem o czyjekolwiek zdrowie, jestem pewien, że wybrałbym ją. Zasłużyła sobie na to.

Ponownie spotkałem się z rodziną i jeszcze raz powiedziałem im, że teraz znów możemy tylko czekać.

– Jak długo? – spytała mama.

– Powiedzmy, że trzy miesiące – odparłem. – Naprawdę mam nadzieję, że do tego czasu zauważymy jakieś zmiany.

I miałem rację...

*

– Clare? Clare Bennett?

Nadeszła chwila prawdy. Od drugiej operacji na tej małej dziewczynce z zespołem Chiariego i komplikacjami na skutek porażenia mózgowego minęły już prawie cztery miesiące. Nie będę udawał, że myślałem o niej codziennie – to niemożliwe, biorąc pod uwagę liczbę osób, jakimi zajmuję się każdego tygodnia. Zawsze jednak powracała do moich wspomnień. Chciałem przede wszystkim dowiedzieć się, jak ona się czuje.

Rozejrzałem się po poczekalni. Tym razem nie było tu dużego tłumu. Clare miała być tego dnia moją pierwszą pacjentką. Spoglądałem na twarze ludzi siedzących najbliżej. Nasłuchiwałem stukania gumowych nakładek na kule, po lśniących posadzkach państwowego szpitala. Przez chwilę nie słyszałem nic i ogarnęło mnie zadowolenie. Naprawdę ucieszyłbym się, gdyby Clare zdołała odwiedzić mnie bez kul.

I rzeczywiście, tak się stało. Dlaczego więc się nie uśmiechałem? Podwójne drzwi na końcu pomieszczenia otworzyły się i w poczekalni pojawiła się pacjentka wraz z jej troskliwymi rodzicami. Tata pchał przed sobą wózek inwalidzki.

Naprawdę miałem nadzieję, że sprawiłem wrażenie równie ucieszonego ich widokiem, co oni moim. W głębi duszy czułem udrękę. Co do cholery się stało? Kiedy poznałem Clare, jeszcze chodziła, choć z trudem. Po mojej pierwszej interwencji potrzebowała kul. Teraz, po ponownej operacji, która miała na celu zniwelować pierwotnego „pecha”, Clare w ogóle nie może chodzić. Porusza się na wózku. Co się do diabła dzieje? *Co ja zrobiłem?*

*

Dziesięć lat później, Clare nie potrzebuje już wózka inwalidzkiego. Potrafi przejść krótkie dystanse o własnych siłach i w większości odzyskała sprawność w rękach. Clare nadal się uśmiecha – ma dobry powód. Jest teraz dumną mamą. Po skończeniu osiemnastego roku życia przeszła pod opiekę moich współpracowników na oddziale neurochirurgii dla dorosłych. Do dzisiejszego dnia nie jestem w stanie powiedzieć, dlaczego nie zareagowała na zabieg. Operacja udała się idealnie. To samo robiłem wiele, wiele razy z naprawdę doskonałymi rezultatami. Jej skany i badania nie wskazywały na żadne odchyły od normy, a mimo to stan Clare stopniowo się pogarszał.

W takich przypadkach człowiek czuje się potwornie bezradny. Konsultowałem się w jej sprawie z każdym znajomym neurochirurgiem. Nikt nie potrafił znaleźć błędu w procedurze. Zawiodło coś między współczesną wiedzą medyczną a osobistym

materiałem genetycznym Clare. Moi koledzy karmili mnie tymi samymi frazesami, które ja oferuję im przy innych okazjach: „życie to nie bajka”, „pamiętaj, że to nie ty, to choroba” i „nie można wyleczyć każdego”. Oczywiście, to wszystko prawda, dlatego właśnie tak wiele czasu poświęcamy na uzyskanie zgody na leczenie operacyjne. Ale świadomość tego nie pomaga.

Cóż, w przypadku Clare mogłem przynajmniej spróbować. Nie musiałem przy pierwszym naszym spotkaniu mówić: „Przykro mi, ale nic nie mogę z tym zrobić” – bo uwierzcie mi, że to boli dużo, dużo bardziej.

[17] Inaczej otwór potyliczny, foramen magnum, nieparzysty otwór w centrum kości potylicznej, który łączy jamę czaszki z kanałem kręgowym.

ROZDZIAŁ TRZYNASTY

OSTATNIEMU PACJENTOWI POSZŁO FATALNIE

Podobne objawy potrafią być u różnych ludzi wynikiem zupełnie różnych schorzeń. Dziecko, które nagle straciło władzę w nogach, może mieć krwaka albo udar mózgu. Może również mieć nowotwór albo stwardnienie rozsiane.

U wielu dzieci, które przyjeżdżają do nas z krwawieniem z malformacji naczyniowej w obrębie rdzenia kręgowego, stan ogólny niewiele się poprawia. Powiedziałbym, że jest to dość spodziewane w przypadku schorzenia, w którym dochodzi do przerwania ścian nieprawidłowo utworzonych naczyń krwionośnych, z których wytryskuje pod dużym ciśnieniem krew, wyciekając do tkanki nerwowej. Takim dzieciom nic nie dolega – aż do czasu, gdy nagle zaczyna. W jednej chwili biegają po domu lub szkole, w drugiej przewracają się nagle na podłogę, bez czucia w nogach. Zero ostrzeżenia. Całkowity paraliż. Zostają zabrane do szpitala, gdzie wykrywa się u nich masywny skrzep w obrębie rdzenia kręgowego.

W mojej profesji nieczęsto marzymy o nowotworze, ale czasami wydaje się on nie najgorszą opcją. Utrata władzy w nogach na skutek skrzepów w tkance patologicznej to jeszcze nie koniec drogi. Można zawsze operować. Wejść do mózgu, wyciąć skurwiela, wycofać się i po robocie. Problemy naczyniowe wydają się może mniej groźne, ale w rzeczywistości dużo trudniej sobie z nimi poradzić.

Pomyślcie tylko: bez względu na to, które naczynie uległo rozerwaniu, sam skrzep będzie do pewnego stopnia ograniczony przestrzennie ze względu na to, że znajduje się wewnątrz kanału kręgowego, uciskając rdzeń (stąd paraliż nóg). Wydaje się dość oczywiste, że trzeba spróbować odblokować szlaki nerwowe rdzenia, ale jeśli chirurg się na to zdecyduje, będzie musiał być nie tylko szalenie dokładny, ale również bardzo szybki. Po otwarciu opony chroniącej rdzeń uwalniamy tę samą strukturę, w której znajduje się nasza malformacja naczyniowa. Naczynia mogą nabrznieć od krwi niemal na twoich oczach, a pamiętajmy, że wszystko to dzieje się w bardzo wąskiej, ciasnej przestrzeni. Nagle rdzeń zaczyna być wypychany na zewnątrz osłony przez otwór w błonie i bardzo ważna, misternie utkana tkanka nerwowa wylewa się na zewnątrz. Trzeba na nią nacisnąć, aby przytrzymać ją w miejscu, ale tak, aby jednocześnie nie uszkodzić jej bardziej. Krótko mówiąc, tego typu sytuacja może się bardzo szybko zmienić w klęskę, jeśli człowiek nie zachowa ostrożności – a to i tak optymistyczne spojrzenie na sprawę.

Obecnie uważa się, że w obliczu tego typu problemów należy „począkać i zobaczyć, co się stanie”, chyba że obserwuje się aktywne pogorszenie funkcjonowania organizmu. Innymi słowy, zawierzamy się szczęściu i naszemu staremu dobremu przyjacielowi, czasowi.

Podjęcie decyzji w takim scenariuszu jest kwestią prawdopodobieństwa. Rozważa się przyczynę i efekt. Z jednej strony, jakie są szanse, że po operacji usunięcia danego skrzepu pacjent odzyska władzę w nogach? Z drugiej strony, jakie jest prawdopodobieństwo, że mamy do czynienia z bardzo nieprawidłowo ukształtowaną siecią naczyń i interwencja chirurgiczna może wywołać istne tsunami reakcji, z krwotokiem rozprzestrzeniającym się w górę rdzenia? Próbując ocalić kolana, być może ryzykujesz funkcjonalnością bioder. Próbując ocalić biodra, możesz narazić na ryzyko górną część tułowia.

Wiem, to ponura wizja, ale nie zawsze tak jest. Jeśli miejscowy szpital twierdzi, że mają u siebie dziecko z niepełną utratą funkcji ruchowych i że wszystko zaczęło się jakieś cztery godziny wcześniej, to nadal mamy wystarczająco dużo czasu, żeby potencjalnie ocalić przynajmniej część władzy w kończynach. Kiedy paraliż trwa dwanaście godzin i jest całkowity, nasze szanse zaczynają się zmniejszać.

Do głosu dochodzi tu również element przypadku. Niektórzy rodzice nie zadzwonią po karetkę, dopóki noga dosłownie nie odpadnie. Należą do tej grupy osób, którzy nie chcą „kłopotać” pogotowia ratunkowego. Ich dziecko zaczyna się przewracać? Dają mu porcję paracetamolu i uznają, że nad ranem wszystko już będzie dobrze. Jeśli dzieje się coś w czasie snu dziecka, następnego dnia mama może pomyśleć, że chłopiec jest zbyt leniwy, żeby wstać, zwłaszcza że to akurat weekend.

Wiele powodów może opóźnić przyjazd pacjenta do szpitala. Kiedy już się tam znajdzie, znów bardzo dużo zależy od losu. Sporo oddziałów dziecięcych ma bardzo dobre SOR-y, ale mimo wszystko może upłynąć sporo czasu, zanim wreszcie pojawi się ktoś, kto ma prawo wysłać pacjenta na prześwietlenie.

A może wcale tego nie robi. Może od razu chwyta za telefon i dzwoni do miejscowego szpitala specjalistycznego. John Radcliffe posiada jeden z dwudziestu kilku niezależnych oddziałów neurochirurgii dziecięcej w całym kraju. Jeśli chodzi o nagłą utratę funkcjonalności organizmu u dzieci, z założenia prosimy o natychmiastowe przetransportowanie pacjentów do nas. Musimy ich zbadać i upewnić się, że informacje, na podstawie których podejmujemy tak poważne decyzje, są prawidłowe. Nie mogę dać głowy za to, jak funkcjonują inne, podobne oddziały – z mojej pracy z zakresu sądowno-medycznego wiem, że nie wszystkie z nich działają w podobny sposób. Tak więc dochodzi jeszcze dodatkowy element prawdopodobieństwa, oparty na położeniu geograficznym. A wszystko to razem zależy od kolejnej rzeczy: czasu.

*

Pewnego dnia zadzwonił mój telefon.

– Jay, mamy transport.

– Kto? Co? Gdzie?

– Pięciolatek z utratą władzy w nogach, od przedwczoraj. Zero skanów. Northampton od razu przekierował go do nas.

– Dobra, zmagnetyzujcie go zaraz po przyjeździe. – Mam tendencję do tworzenia głupich określeń. Chodziło mi o wykonanie rezonansu magnetycznego.

Problem z pacjentem pojawiającym się tak nagle polega na tym, że działamy na ślepo. Kwestia przedziału czasowego jest niepokojąca. Dwa dni to cholernie długo jak na takie objawy.

Dziecko przyjeżdża z rodzicami. Wita ich rezydent i od razu kieruje chłopca na rezonans. Wiem, że zdążył przejrzeć wyniki,

zanim mi je wręczył.

– I co sądzisz? – pytam.

– Nie jest dobrze.

– Tak, dzięki, doktorze House! Co jeszcze?

– Sądzę, że to nie guz. Historia rozpoznania się nie zgadza. Mamy albo uszkodzenie naczyń krwionośnych, albo oczywiście krwawienie wewnątrz nowotworu. Trochę za szybko postępujące zmiany jak na demielinizację. – To ostatnie określenie odnosi się do schorzeń w rodzaju stwardnienia rozsianego, które mogą prezentować podobne objawy, ale leczy się je w zupełnie inny sposób.

– Jak długo już niedomaga?

– Jakieś trzydzieści sześć godzin.

Milknę.

– Obawiam się, że to już musztarda po obiedzie – mówię, chociaż nie dzielę się tym przemyśleniem z rodzicami pacjenta. Jeszcze nie. Dopiero gdy mam wszystkie informacje. Oczywiście są załamani.

– Bardzo przepraszamy, nie zdawaliśmy sobie sprawy, że to coś poważnego – szłocha mama. – Myślałam, że się wygłupia.

To kolejne częste tłumaczenie, jeśli chodzi o dzieci. Bo w końcu jakie dziecko w którymś momencie nie próbuje udawać choroby, żeby znaleźć się w centrum uwagi, wymigać się od obowiązków albo zwyczajnie dla żartów? Zrozumienie, co dzieje się w głowie młodych chłopców i dziewczynek, potrafi być prawdziwą orką na ugorze.

– To nie państwa вина – odpowiadam. – Nie spowodowaliście tego stanu, a przynajmniej nie bezpośrednio.

Być może istnieje jakiś związek o podłożu genetycznym. Zadaję im kilka pytań, chcę poznać historię medyczną rodziny. Pomoże

mi to zawęzić prawdopodobne przyczyny stanu chłopca. Ani mama, ani tata nie są w stanie zidentyfikować żadnych potencjalnych wskazówek w ich genealogii.

– Jak pan sądzi, co to takiego? – pyta ojciec.

– Wygląda na to, że państwa syn ma skrzep krwi w obrębie rdzenia kręgowego, powstały w następstwie pęknięcia naczynia krwionośnego. Ciśnienie w kanale blokuje wszystkie szlaki nerwowe w dół od tamtego miejsca. To tak, jak blokada drogowa na autostradzie; nic się nie przecisnie.

– Ale wyjdzie z tego? Uzdrowi go pan?

I znów to słowo. Instynktownie przypominam sobie ostatniego chłopca z podobnymi objawami. Było już za późno, żeby mu pomóc. W ślimaczym tempie, w ciągu niemal dwunastu miesięcy, stan dziecka poprawił się, ale tylko trochę. Nie mogę jednak przecież oświadczyć tej rodzinie, że „mojemu ostatniemu pacjentowi poszło fatalnie”. W jaki sposób miałyby to im pomóc?

To, co mogę zrobić (i robię), to dać im promyk nadziei. Pozytywne nastawienie potrafi bardzo pomóc w rekonwalescencji. Napisano już o tym wiele artykułów. Chcę, żeby rodzice uwierzyli w szansę wyzdrowienia dziecka. Ono też musi w to uwierzyć. Dlatego opowiadam im o naturalnych zdolnościach ludzkiego ciała do regeneracji – o tym, jak wraz z upływem czasu potrafi samo naprawiać drobne usterki. Drobne usterki z poważnymi konsekwencjami.

– Chce pan powiedzieć, że nie może nic na to poradzić? – pyta mama.

– Muszę być z wami szczerzy. Nie wiem, czy w ogóle będziemy w stanie wrócić do stanu początkowego. W tej chwili najlepszym wyjściem będzie poczekać i pozwolić działać matce naturze. Przeprowadzimy szereg badań, ale obawiam się, że jakakolwiek

interwencja chirurgiczna niesie za sobą obecnie duże ryzyko pogorszenia stanu.

– Pogorszenia? – przeraża się matka. – Co może być gorszego niż niemożność chodzenia?

Fakt, że minęło już tak dużo czasu od wystąpienia objawów, dodaje moim myślom klarowności. Gdyby pojawiły się zaledwie kilka godzin temu, miałbym przed sobą szereg szybkich decyzji: Czy jestem pewien, że mogę pomóc? Czy jeśli nic nie zrobię, sytuacja najprawdopodobniej ulegnie pogorszeniu? Z jakim prawdopodobieństwem moja ingerencja może pogorszyć sprawy? I wreszcie: Czy operacja w tej okolicy może zostać bezpiecznie przeprowadzona u dziecka tego rozmiaru?

Czas, który minął od wystąpienia objawów u tego chłopca, oznacza, że żadne z powyższych pytań nie jest już aktualne. Stosowny moment już minął. Puszka Pandory została otwarta.

Spoglądam na dzieciaczka leżącego w łóżku. Jesteś zdany na siebie samego...

*

Rozmiar ma znaczenie. Jeżeli przydepniecie wąż ogrodowy, a potem zdejmiecie z niego nogę, zobaczycie, jak zablokowana pod ciśnieniem woda wystrzeli nagle z końcówki, zanim znów zacznie lecieć jednostajnym, spokojnym strumieniem. Wiadomo jednak, że nie zabraknie wam wody, ponieważ w rurach doprowadzających zawsze jest jej wystarczająca ilość, aby poradzić sobie z waszymi zabawami przez całe godziny, dni, a nawet tygodnie.

Ludzkie ciało zawiera określoną ilość krwi. Przeciętna dorosła kobieta mieści w sobie około 4,5 litra, mężczyzna, w zależności od rozmiaru – aż do 5,5 litrów. Dzieci oczywiście mają jej znacznie

mniej i znów zależy to od rozmiarów. U niemowląt mówimy o bardzo małej objętości. Kilkumiesięczne dziecko ma w sobie między 250 a 350 mililitrów, czyli coś między kieliszkiem wina i puszką coca-coli. Jak się domyślacie, deficyt może bardzo szybko okazać się zgubny.

Każda operacja niesie za sobą ryzyko utraty krwi, ale schorzenia naczyniowe, krwiaki i tym podobne są potrójnie niebezpieczne. Jeśli chirurg musi na szybko otworzyć pacjenta w poszukiwaniu skrzepu, już samo poruszenie tego tworzy może wywołać ponowny krwotok, zwłaszcza jeśli uszkodzona została tętnica, niosąca natlenowaną krew z serca. W ciągu kilku sekund niemowlę może stracić niebezpieczną jej ilość i efekty mogą być druzgoczące. Mały pięciolatek również wykrwawiłby się w zastraszająco szybkim tempie. Dlatego zawsze trzeba wyważyć czystą chęć pomocy i możliwość pogorszenia aktualnego stanu rzeczy.

Chirurg ogólny nie otworzyłby pacjenta i nie próbował naprawiać malformacji naczyniowej w wątrobie, jeśli zaangażowany byłby cały narząd. Mógłby jednak podjąć takie ryzyko, gdyby problem dotyczył jedynie małego obszaru. Mógłby powiedzieć: „wytniemy ten kawałek płuc” albo „usuniemy tę część jelita, w której pojawiły się zmiany chorobowe”. To bardzo sensowne decyzje i ewentualne komplikacje takich zabiegów powinny dać się w miarę łatwo opanować. Jednak czy jakikolwiek chirurg powiedziałby: „wytniemy kawałek rdzenia kręgowego”, wiedząc, że gwałtowne krwawienie mogłoby znacznie pogorszyć stan pacjenta i to w błyskawicznym tempie? Prawdopodobnie nie. Nie w przypadku dziecka. Na pewno nie, chyba że nie ma absolutnie żadnego innego wyjścia.

Wszystko to bez wspomnienia o problemach związanych z usunięciem fragmentu centralnego systemu nerwowego. Co tu dużo mówić, nie należy bawić się z żadnym ostrym i naczyniowym schorzeniem, chyba że prawdopodobieństwo sukcesu jest naprawdę wystarczająco wysokie. A w przypadku tego dzieciaka tak nie było.

Nigdy nie czułem się równie bezsilny. Jestem konsultantem w jednym z najlepszych (naszym zdaniem) brytyjskich szpitali neurochirurgii dziecięcej. Mam do dyspozycji środki, o których wiele podobnych oddziałów w innych krajach może jedynie marzyć. Mam dostęp do najpotężniejszych umysłów w mojej profesji, ale kiedy przychodzi co do czego, wszystkich nas ogranicza wiedza i fizjologia. Dopóki ktoś nie opracuje systemu leczenia podobnych schorzeń, możemy jedynie obserwować i czekać. I uwierzcie, nienawidzimy każdej tego minuty.

*

Minęło osiemnaście miesięcy. Tego dnia w klinice miałem już szereg naprawdę niezłych wizyt. Wszyscy pacjenci, których przyjąłem po lunchu, wykazywali ogromną poprawę w swoim stanie w porównaniu z poprzednimi wizytami. Nie istnieje wiele rzeczy bardziej inspirujących niż rodziny, które wierzą, że podarowano im drugą szansę. To prawie jakby doznali religijnego oświecenia i ujrzeli światło w tunelu.

Następne nazwisko na liście to chłopiec, który półtora roku temu utracił władzę w nogach. Pamiętam, kiedy wypisywałem go ze szpitala. Każde pozytywne słowo wypływające z moich ust spotykało się z ogromnym sceptycyzmem i negatywną reakcją ze strony rodziców. Nawet mała Clare Bennett miałaby problemy

z utrzymaniem swojego słonecznego usposobienia w takim towarzystwie. Oczywiście rodzice nie robili tego specjalnie. Cierpieli. Nadal obwiniali samych siebie i prawdopodobnie również siebie nawzajem za to, że nie zareagowali odpowiednio wcześniej. Żadne z nich przy tym nie wierzyło ani jednemu mojemu słowu o tym, że czas potrafi wiele wyleczyć.

W międzyczasie ich nastrój uległ niewielkiej poprawie. Może trochę się zmienił: byli mniej rozgniewani i bardziej zrezygnowani. Pogodzili się z sytuacją – z tym, że ich syn będzie inwalidą przez resztę życia. Pogodzili się z tym, że mogli zrobić więcej, ale tak się nie stało.

Wiedziałem, że ich zdaniem na pewno *ja* mogłem zrobić więcej dla tego dziecka. Powiedzieli mi o tym w ciągu pierwszych kilku minut spotkania. Odparłem tak, jak zawsze to robię:

– Organizm większości pacjentów sam potrafi wyjść z takiej opresji i jest to wciąż nasza najlepsza opcja. W jego przypadku operacja jest zbyt ryzykowna.

Cierpienie obojga rodziców było niemal namacalne, a mimo to gwiazda przedstawienia – mały chłopczyk; ten, który cierpiał fizycznie, po prostu się do mnie uśmiechnął.

– Mamo, tato, przestańcie się kłócić – powiedział. – Wszystko jest w porządku.

Spoglądam na niego i odpowiadam uśmiechem. Wyciągam dłonie i stukamy się pięściami w dziwaczny, trochę niezgrabny sposób, którego nienawidzą moje córki.

– Tak jest, młody człowieku – odpowiadam. – Masz rację.

ROZDZIAŁ CZTERNASTY

DZIURA W OKNIE

Kto chciałby być lekarzem pierwszego kontaktu? Trzeba zajmować się 64 tysiącami różnych chorób w każdej możliwej części ciała i każdym pacjentem, który narzeka na ból tu czy tam, co na pewno ma związek z nieuchronnie psującym się tym czy owym narządem. Co robić w takiej sytuacji? Nie można wysłać wszystkich do szpitala na pilne badania, nawet gdyby człowiek chciał. NHS zbankrutowałaby przez to w ciągu jednego dnia. Lekarze pierwszego kontaktu są strażnikami systemu, choć pracują ze związanymi z tyłu rękami. Dlatego czasami muszą podjąć decyzję.

I czasami się mylą.

*

Pewna rodzina odwiedziła lekarza pierwszego kontaktu, narzekając, że ich trzymiesięczne dziecko wydaje się „jakieś nie takie”.

– Czy możecie państwo podać mi jakieś konkrety? – spytał doktor.

– No, po prostu jest inny niż nasze pozostałe dzieci.

Lekarz miał już do czynienia z tysiącami nadopiekuńczych rodziców.

– Proszę się nie martwić. Każde dziecko jest inne. Wszystkie rozwijają się we własnym tempie.

Życie płynęło dalej. Miesiąc później rodzice znów pojawili się u doktora. Tym razem szli w zaparte.

– Nie rusza się tak jak pozostałe dzieci. Ledwie potrafi przekręcić głowę.

I znów lekarz nie znalazł niczego niepokojącego, poza niepotrzebnie panikującymi rodzicami. Powiedział im więc, „żeby się nie martwili”.

Wyobrażacie sobie tę scenę, prawda? Przypuszczam, że tuż przed nimi doktor spotkał się z kimś, kto cierpiał na problemy z sercem, a jeszcze wcześniej z osobą z obolałą nogą. Czekala jeszcze na niego jeszcze cała armia pacjentów, z Bóg wie jakimi kłopotami. Zobaczył małe dziecko, miał jakieś dziesięć minut na zebranie historii, przeprowadzenie badania, cyk, cyk, cyk. Dzieciak wyglądał w porządku, pewnie nic mu nie było, nie widział żadnego oczywistego zagrożenia. Ale w tym przypadku akurat się mylił. Zagrożenie było.

Minęły kolejne dwa tygodnie i rodzice naprawdę zaczęli się poważnie niepokoić. Wiedzieli, że wcale tego sobie nie wymyślili. Tym razem pojechali prosto do rejonowego SOR-u. Lekarz spojrział na dziecko raz i od razu stwierdził:

– Rany, ale to dziecko ma dużą głowę. – I natychmiast zadzwonił po pediatrę. Wkrótce rodzice zostali wysłani do mnie. Jedno spojrzenie i miałem diagnozę:

– Wodogłowie.

*

Hydrocephalus – po grecku oznaczający wodę i głowę – jest schorzeniem, wskutek którego w mózgu gromadzi się nadmierna ilość płynu, powodując wzrost ciśnienia wewnątrzczaszkowego. U dorosłych może dość szybko stać się bardzo poważnym problemem, ponieważ mózg napiera na skostniałą czaszkę i nie ma gdzie się podziać.

Diagnozowanie wodogłowia u dzieci powinno (przynajmniej w teorii) być nieco łatwiejsze. Ponieważ kości czaszki nie są u nich jeszcze zrosnięte (można powiedzieć, że przypominają zestaw wiszących nad mózgowiem płytek, które z czasem się połączą), gdy mózg zaczyna „puchnąć”, wypycha części czaszki na zewnątrz, cała głowa nad twarzą robi się jak nadmuchany balonik. U kogoś tak małego, jak niemowlę, różnica w wyglądzie potrafi być nadzwyczajna.

To nie płyn mózgowo-rdzeniowy jest tu problemem. Wszystkie mózgi go produkują. Dzięki niemu są chronione i amortyzowane przed uciskiem i urazami – gdyby nie to, obijałyby się o wnętrza czaszek niczym piłeczki pingpongowe. Na szczęście tak nie jest – właśnie dzięki płynowi mózgowo-rdzeniowemu.

Jest on produkowany w centrum mózgu, wypełnia jego przestrzenie zwane komorami i odprowadzany jest przez małe otwory, przepływa do rdzenia i omywa zewnętrzną powierzchnię mózgu, a potem jest resorbowany do krwiobiegu i powraca do serca jako część krwi. Jego produkcja nigdy nie ustaje. To trochę jak w ogrodowej fontannie, gdzie woda jest nieustannie odzyskiwana i wykorzystywana ponownie. Idealny przykład

recyclingu. To naprawdę fantastyczna rzecz, z wyjątkiem momentów, gdy nastąpi zablokowanie którejś z komór.

Wodogłowie może zostać wywołane zapaleniem opon mózgowych, rozwojem nowotworów i czasami przez anomalie genetyczne. W większości przypadków jednak jest to kwestia zwykłego tradycyjnego pecha – ot i tyle.

Wszyscy rodzimy się w podobny sposób i dla wielu z nas jest to tak traumatyczne doświadczenie, że w mózgu pojawiają się małe krwawienia. Zazwyczaj krew jest szybko resorbowana i nie ma z tym żadnych problemów. W niektórych przypadkach podczas porodu na skutek krwawienia wytwarza się skrzep, który może zablokować komorę mózgu.

Pomimo fantastycznego potencjału mózg potrafi być czasami zdumiewająco prymitywny. Blokada czy nie, niczym zaczarowany kociołek wciąż produkuje płyn, ignorując fakt, że przecież już pływa w jego nadmiarze. To tak, jakby człowiek pompował dalej oponę po tym, jak już zrobiła się twarda. Stąd obrzęk i niebezpieczeństwo.

Dziesięciolecie temu problem zostałby zauważony przed zaangażowaniem lekarza pierwszego kontaktu. W dzisiejszej Anglii mierzy się średnicę głowy dziecka po porodzie i następnie między szóstym a ósmym tygodniem życia. Kiedyś opiekunki środowiskowe mierzyły obwód głowy niemowlęcia podczas każdej wizyty i wpisywały wynik do „małej czerwonej książeczki” (książeczki zdrowia dziecka). Teraz już nie prowadzi się tych pomiarów. Nie wiem, dlaczego – może po to, aby oszczędzić pieniądze lub w celu „zwiększenia wydajności”. Gdyby siostry środowiskowe i położne nadal praktykowały ten zwyczaj, być może choroba chłopca zostałaby zauważona wcześniej.

Niestety, w tych okolicznościach musiałem założyć, że problemy zaczęły się już po pomiarach z ósmego tygodnia – co nie oznaczało, że powód pojawił się w czasie porodu. Początkowe krwawienie mogło doprowadzić do zablokowania, które z czasem powiększało się, aż w końcu całkowicie zablokowało przepływ płynu.

Najgorsze, że sygnały były dość oczywiste. Dziecko nie mogło unieść głowy, co jest główną medyczną wskazówką – ale zanim jeszcze o tym usłyszałem, zobaczyłem znacznie bardziej oczywisty znak: malutka koszulka chłopca była poszerzona wokół szyi.

– To pani dzieło? – spytałem mamę dziecka.

Pokiwała głową.

– Muszę to robić ze wszystkimi jego bluzeczkami, inaczej nie jestem ich w stanie mu założyć przez głowę.

Miałem ochotę się rozplakać.

Najprościej byłoby obwinić o wszystko lekarza pierwszego kontaktu, ale w końcu dzieci *mają* duże głowy! A świeżo upieczeni rodzice *mają* tendencje do panikowania przy najmniejszym przeziębieniu. Nam, specjalistom w ekskluzywnej, wysoce fachowej dziedzinie nauki łatwo jest powiedzieć: „Przecież to oczywiste”. Tak się składa, że głowy i mózgi są akurat moją działką. Gdyby ktoś pokazał mi zdjęcie stopy dziecka i spytał: „Co o tym sądzisz?”, odpowiedziałbym zapewne: „Czy ja wiem? Wygląda jak stopa”. Najprawdopodobniej nie miałbym pojęcia, czego szukać, chyba że stopa byłaby większa i bardziej owłosiona niż moja albo miała sześć palców.

Obwinianie kogokolwiek nie jest produktywne. W tej chwili dla dziecka i jego rodziców ważne było tylko to, czy będę w stanie jakoś zaradzić problemowi.

Widziałem to już wiele razy: rodzice szalejący z przerażenia. Sam fakt, że natychmiast wysłano ich do mnie, po wielu tygodniach pozornej obojętności, potwierdził ich najgorsze obawy – z ich dzieckiem działo się coś złego. Wiedzieli o tym już od jakiegoś czasu. Tylko oni. Miałem jedynie nadzieję, że nie obwiniali się za całą tę sytuację.

– Jesteście dobrymi rodzicami – powiedziałem im. – Doświadczonymi rodzicami. Zaufaliście swoim instyngtom i nie przestaliście walczyć o swoje dziecko, mimo że zapewniano was, że nic się nie dzieje. Zrobiliście wszystko, co w waszej mocy. – Uśmiechnąłem się. Chciałem ich uspokoić, jeśli w ogóle było to możliwe. – A teraz przyszła kolej na mnie.

Wiadomość, że z mózgiem waszego dziecka dzieje się coś niedobrego, musi być koszmarna – i tych dwoje było przerażonych. To nie to samo, co gdy mały Johnny skręci kostkę. Ludzie nie rozumieją dziwnej maszyny schowanej w naszych głowach. To dla nich nie do pojęcia. Czasami ja również tak się czuję, ale nie tym razem. Wyjaśniłem rodzicom prawdopodobną genezę dolegliwości – małe krwawienie okołoporodowe – to, jak często występuje, i zapewniłem ich, że nie byłoby w stanie zrobić nic, aby temu zapobiec.

Przyjęli wszystko do wiadomości, ale potem zadali mi pytania, które pojawiają się u wszystkich.

– Może pan mu pomóc? Może pan cokolwiek z tym zrobić? Może pan uratować nasze dziecko?

Tak jak wspominałem, nigdy nie okłamuję rodziców ani pacjentów – i nigdy nie zacznę. Nie będę mówił tego, co chcą usłyszeć, żeby poczuli się lepiej. To niczemu i nikomu nie pomaga. Nie jest to najprostsze rozwiązanie i zdecydowanie nie pomogłoby

mi spać w nocy. W tym przypadku jednak moja szczerść nie była problemem.

– Wodogłowie jest bardzo poważnym schorzeniem i bądźmy szczerzy, potrafi niesympatycznie wyglądać. Istnieją jednak zabiegi, które przeprowadzałem już z sukcesami setki razy. Nie mogę niczego zagwarantować, zanim nie znajdziemy się na sali operacyjnej, ale istnieje duże prawdopodobieństwo, że państwa syna można w ten sposób wyleczyć.

Zapadła cisza. Potem pojawiły się łzy.

– Dziękujemy, doktorze Jay. Dziękujemy.

– Nie dziękujcie mi teraz. Jeszcze nic nie zrobiłem.

*

Istnieją dwie chirurgiczne metody leczenia wodogłowia. Jedna z nich jest znana od około sześćdziesięciu lat i polega na wszczepieniu drenu – rurki, która przebiega pod skórą z głowy do brzucha i odprowadza płyn z komory mózgu do jamy otrzewnowej. W połowie przypadków pacjenci potrzebują kolejnej operacji w ciągu kilku lat. Wiąże się ona również z innymi komplikacjami, włączając w to infekcje, które niosą ze sobą dodatkowe niebezpieczeństwa. Mimo wszystko drenów używa się już od dłuższego czasu i kiedy są potrzebne, działają. Przed ich wynalezieniem bardzo często wodogłowie było wyrokiem śmierci, a przynajmniej końcem rozwoju dziecka.

Druga opcja jest nowsza, znana zaledwie od dwudziestu lat. Jest również mniej inwazyjna. Polega na wprowadzeniu cienkiego endoskopu (wąskiej rurki z kamerą i światłowodem) do zablokowanej komory i wydrążenia w jej ścianie dodatkowego otworu umożliwiającego odpływ płynu. Można ją zastosować tylko

wtedy, gdy zator znajduje się w specyficznym miejscu – i w wielu przypadkach tak właśnie jest. W tym również mieliśmy szczęście. Skany dostarczyły nam dobrych wieści. Do blokady można było podejść od góry. Do roboty!

*

Zabiegi endoskopowe mają również inną nazwę – chirurgia minimalnie inwazyjna. A przynajmniej takie jest założenie. Ogólnie rzecz biorąc, zamierzałem wprowadzić wąski endoskop do środka mózgu niemowlęcia poprzez otwór wycięty na czubku głowy. W porównaniu do operacji z drenem niebezpieczeństwa endoskopii są dużo rzadsze, lecz bardzo poważne.

Ze skanów wiedziałem, że zator znajdował się w bardzo wrażliwym miejscu, gdzie nikt nie chce specjalnie grzebać. Przede wszystkim są tam ośrodki bólu. Obszar ten zawiaduje również wzrokiem. Uszkodzenie w tym miejscu mogło sprawić, że dziecko przez całe życie będzie borykało się z chronicznym bólem, odrętwieniem i problemami z ogniskowaniem wzroku. Dlatego zniszczenie blizny było absolutnie wykluczone.

Czekałem na znak od mojej anestezjolożki, Karen. Nie zaczęlibyśmy, dopóki nie będzie absolutnie przekonana, że dziecko jest bezpieczne.

– Możemy zacząć – powiedziała.

– W porządku. Mogę prosić o muzykę? – Naprawdę muszę mieć muzykę. Pomaga mi się skoncentrować, całkowicie skupić na moim zadaniu. Nie tylko na sali operacyjnej, ale również przy biurku, w samochodzie, przy sprawdzaniu egzaminów. Generalnie rzecz biorąc, najlepiej czułbym się, słysząc muzykę zawsze, kiedy nie śpię.

Na sali rozbrzmiały gniewne akordy *Thunderstruck* AC/DC, a ja naciałem skórę, ustawiłem wiertarkę i otworzyłem głowę chłopczyka tuż nad czołem. To nie to samo, co u dorosłych – tutaj wiertło jest tak delikatne, a urządzenie tak skalibrowane, że dałbym radę (gdybym chciał) usunąć skorupkę z surowego jajka kurzego.

Zademonstrowałem to zresztą na początku jednego z seriali dokumentalnych opowiadających o naszym oddziale – głównie dlatego, że producenci nie chcieli uwierzyć, że możemy zrobić coś takiego. Przywieźli ze sobą pudełko z dwunastoma jajkami (tak bardzo mi ufali). Na szczęście udało mi się wykonać demonstrację już za pierwszym podejściem, inaczej jestem pewien, że sfilmowaliby mnie pokrytego białkiem ubijanym z prędkością 75 tysięcy obrotów na minutę...

Wszystko szło zgodnie z planem. Zerknąłem na monitory Karen. Żadnej zmiany w stanie pacjenta. Czas na drugi etap.

Endoskop wprowadza się do rozszerzonej komory. Obserwując własne ekrany, byłem w stanie zidentyfikować miejsce zatoru oraz obszar, którego absolutnie nie można było naruszyć. Tuż przed nim znajdowało się miejsce otoczone dwiema naprawdę bardzo ważnymi strukturami: przysadką (która kontroluje wydzielanie większości hormonów) oraz tętnicą podstawną mózgu (głównym szlakiem doprowadzania krwi do mózgu). Były tam również ciała suteczkowate, odpowiedzialne za pamięć – tego też lepiej nie dotykać.

Peter zwykł mówić rodzinom: „Wyobraźcie sobie, że znajdujecie się w pokoju wypełnionym wodą. Jeżeli nie możecie otworzyć drzwi, co wtedy zrobicie? Wybijecie dziurę w oknie”. Ściągnąłem to porównanie od niego i teraz zawsze je wykorzystuję.

Pomiędzy tymi niezwykle istotnymi strukturami widoczna była dwumilimetrowa szczelina. Jeśli udałoby mi się zrobić dziurę w tym miejscu (czyli wybić dziurę w oknie), płyn mózgowo-rdzeniowy zyskałby nową drogę odpływową. To był nasz priorytet. Stworzyć nową drogę, przerwać tamę i obniżyć ciśnienie.

Brzmi ryzykownie i rzeczywiście, może być niebezpieczne. Wiele rzeczy może się nie udać, ale ja mam odpowiednie urządzenia i doświadczenie. Kiedy jeszcze robiłem specjalizację, taka operacja należała do bardzo zaawansowanych, ponieważ sama procedura nie była jeszcze dobrze opracowana. Mój szef w Glasgow zawsze przeznaczał na nią bardzo dużo czasu i nieodmiennie robiło się wokół tego mnóstwo zamieszania. Dzisiaj ten zabieg jest uważany za rutynowy i można go wykonać od początku do końca w niecałe dwadzieścia minut. Postępy w medycynie są naprawdę niesamowite. Nowe procedury wymagają pieniędzy, pracy zespołowej między specjalistycznymi placówkami na całym świecie, a także często pioniera, który nie boi się zrobić czegoś, czego nikt przedtem nie próbował. Dzięki temu jednak perspektywy dla pacjentów stają się coraz lepsze i lepsze.

W tym przypadku operacja przebiegła pomyślnie: wykonaliśmy mały otwór i zamknęliśmy pacjenta bez żadnych problemów. Kiedy po wszystkim wszedłem do poczekalni, widziałem udrękę w oczach rodziców.

– Nie będziemy pewni przed upływem sześciu miesięcy – powiedziałem. – Tym niemniej wszystko wskazuje na to, że zabieg przebiegł pomyślnie.

– Czy możemy go zobaczyć?

– Oczywiście. Proszę za mną.

*

Pięć lat później niemowlę wyrosło na pięciolatka z proporcjonalną głową, coraz słodsze i ładniejsze z każdą wizytą. Uwolnienie ciśnienia zadziałało. Zator nadal jest na miejscu, ale „dziura w oknie” również. Widujemy się raz w roku podczas wizyt kontrolnych i mimo wszystkich starań „magicznego kociołka” w jego głowie chłopiec prowadzi normalne życie.

Gdybym musiał zgadywać, najprawdopodobniej nie będziemy musieli przeprowadzać ponownej operacji. Niestety, nie można powiedzieć tego samego o drugim rodzaju interwencji chirurgicznej w przypadku wodogłowia. Nie oznacza to, że są one mniej udane, po prostu w wielu przypadkach rozwiązanie jest tymczasowe. Biorąc pod uwagę, co składa się na tę procedurę, być może nie jest to takie dziwne.

Jeden z moich pierwszych przypadków wodogłowia zdiagnozowano u sześciotygodniowej dziewczynki podczas kontrolnego pomiaru obwodu głowy. W tym przypadku rodzice byli całkowicie nieświadomi problemu. Było to ich pierwsze dziecko, a więc wszystko było nowe, niezrozumiałe i dość przerażające. Fakt, że niczego nie podejrzewali, uczynił diagnozę nieco boleśniejszą. Rodzice tamtego drugiego dziecka, choć smutni z powodu problemów synka, oczekiwali znacznie gorszych wieści niż te, które im przekazałem. Dla rodziców tego niemowlęcia nowiny były całkowicie niespodziewane.

Dziecko nie odczuwało żadnych dolegliwości i rozwijało się dobrze. Bardzo szybko jednak skany wykazały problem z końcowym punktem absorpcji płynu mózgowo-rdzeniowego, a nie zator, który można było obejść. Mógłbym wybijać okna

w nieskończoność, ale płyn i tak nie zostałby ostatecznie zresorbowany. Oznaczało to, że musieliśmy przejść do planu B.

*

Założenie drenów jest dwukrotnie bardziej skomplikowaną procedurą. Po pierwsze, optymalnie powinno przeprowadzać ją dwóch chirurgów. Ja koncentrowałem się na głowie, a mój kolega przygotował brzuch. Wszyscy, włączając w to pielęgniarkę, musieliśmy upewnić się, że dziecko jest ułożone w taki sposób, że byłem w stanie dotrzeć do tyłu jego głowy, a rezydent miał dostęp do brzucha.

Po sygnale od anestezjologa zaczęliśmy. Najpierw musiałem przedostać się przez skórę głowy. Zrobiłem to za pomocą standardowego nacięcia w kształcie podkowy, zakreślonego wokół interesującego mnie punktu, a potem ostrożnie odciągnąłem skórę. W porównaniu z dziesięciolatkami, nie wspominając o dorosłych, nacięcie było naprawdę malutkie. To, co znajdowało się pod nim, było jeszcze mniejsze.

Wywierciłem mały otwór w czaszce i naciąłem oponę twardą (włóknistą torebkę otaczającą mózg). Następna część była skomplikowana. Wprowadziłem do komory mózgu wąską rurkę, czyli dren, który miał odprowadzać nadmiar płynu mózgowo-rdzeniowego. Musiałem włożyć do środka pełne 8 centymetrów.

Aby umieścić rurkę precyzyjnie tam, gdzie trzeba, posłużyłem się skanami. Są to dwuwymiarowe przekroje, z których zawsze konstruuje w mojej głowie trójwymiarowy obraz. Następnie szukam drogowskazów: wejścia do ucha, wewnętrznych i zewnętrznych kątów oczu, grzbietu i czubka nosa, a potem nanoszę je na mój wyobrażony model.

Mając już wszystkie wskazówki, musiałem zastanowić się, gdzie wykonać pierwsze nacięcie, wejść do środka czaszki i zrobić otwór na powierzchni mózgu. Następnie ustaliłem, pod jakim dokładnie kątem i w którym kierunku mam ułożyć rurkę, aby przebiła jak najmniej ważnych obszarów mózgu i dotarła do komór. Musiałem doprowadzić ją do odpowiedniej części, żeby zmniejszyć prawdopodobieństwo zatkania się rurki w późniejszym terminie. Jest to jedna z najpowszechniejszych procedur wykonywanych w neurochirurgii, ale też obfitująca w liczne trudności. Lista potencjalnych problemów związanych tylko z umieszczeniem rurki drenu w komorach mózgu jest strasznie długa.

Zdarzyło mi się już wywołać wystąpienie słabości po jednej stronie ciała, kiedy przeleciałem przez kilka mniejszych komór i skończyłem w ośrodku ruchu. Spowodowałem także nieznaczną utratę pola widzenia pacjenta, gdy w miejscu wprowadzenia drenu pojawił się mały krwotok. Wsuwanie rurki do wnętrza mózgu robi się praktycznie na ślepo. Człowiek nie jest w stanie zgadnąć, czy po drodze rurka nie trafiła na jakieś małe naczynie. Jeśli wywoła przez to krwawienie do mózgu, może spowodować uraz. Jeśli krew wpłynie do komór, może bardzo szybko zatkać odpływ lub wymusić na chirurgu przerwanie operacji.

Wprowadzenie cewnika nazywam „Wielkim Niwelatorem”, bo każdy, nawet najbardziej doświadczony neurochirurg może naprawdę mieć sporo problemów podczas wprowadzania rurki do mózgu, a więc nasze szanse są równe, bez względu na bagaż wiedzy – chociaż teoretycznie jest to jedna z najprostszych operacji neurochirurgicznych. Jest to jeden z podstawowych faktów, o których informujemy rodziny pacjentów, prosząc ich o podpisanie zgody na operację.

– A teraz prosimy o podpis pod listą, o tutaj.

W neurochirurgii nie ma prostych zabiegów. Wszystkie są naszpikowane niebezpieczeństwami i ryzykiem.

Wyciąłem kawałek pod skórą i odciągnąłem na bok. Z dużą ostrożnością przeprowadziłem metalową rurkę przez tkankę pomiędzy skórą i resztą ciała dziecka. To coś jak warstwa białawej błony ujawniająca się podczas skórowania zająca. Nie ma tam żadnych ważnych naczyń ani struktur, które można uszkodzić, pod warunkiem że zostaną we właściwym miejscu.

Nie miałem żadnych map, ale wiedziałem, gdzie nie powinienem się zapędzać. Musiałem przejść ponad tętnicą oraz żyłą szyjną, a niżej nad płucami. Jedno draśnięcie któregoś z nich i mielibyśmy więcej problemów, niż chciałem rozwiązać.

Ostatecznym celem był brzuch, nad którym pracował mój kolega. Wydawał się mieć już wszystko przygotowane. Wykonał małe nacięcie w powłokach brzusznych, aby uzyskać dostęp do jamy otrzewnej.

– Wszystko w porządku? – spytałem.

– Gotowy, na twój znak.

Obaj widzieliśmy, że byłem już blisko. Mimo wszystko, kiedy w końcu się przebiłem i obaj zobaczyliśmy końcówkę rurki wynurzającą się w nacięciu brzuszным, odczuliśmy ulgę. W rzeczywistości odległość nie jest zastraszająca (wynosi mniej niż 30 centymetrów), ale cóż to była za podróż.

Wedle planu płyn mózgowo-rdzeniowy powinien być resorbowany przez jelita. Nie mogliśmy jednak w żaden sposób ich uszkodzić. Ostatnią rzeczą, którą chcieliśmy stworzyć, była autostrada dla odchodów dziecka prowadząca prosto do mózgu. Ryzyko infekcji byłoby ogromne. Jelita, z całą ich wspaniałą zawartością, zawieszono w swego rodzaju torebce (otrzewnej)

i to właśnie ją musieliśmy przebić. Kiedy już rurka znalazłaby się wewnątrz tej torebki, nadprogramowy płyn mózgowo-rdzeniowy mógłby wpływać do środka i rozprzestrzeniać w naturalny sposób.

Tak naprawdę tunel podskórny drąży się za pomocą zestawu dwóch rurek włożonych jedna w drugą. Po usunięciu wewnętrznej pozostała zewnętrzna rurkę można przeciągnąć do otrzewnej. Kiedy już tam dotrze, ją również się usuwa.

Doszliśmy już prawie do tego etapu.

Dren jest połączony z zastawką, zbudowaną z kulek, sprężynek i szlachetnych kamieni. Pod wpływem określonego ciśnienia zastawka otwiera się i pozwala wypłynąć płynowi gromadzącemu się w komorach mózgu. Należy upewnić się, że ta malutka „śluz” nigdy się nie zatnie, nie zainfekuje i że nie będzie powodować podrażnienia. Nie wiem, kto dokładnie to odkrył, ale okazuje się, że rubiny są idealnym materiałem dla niektórych rodzajów zastawek. Dlatego właśnie przez wiele dziesięcioleci większość cewników komorowo-otrzewnowych była wykonywana w Szwajcarii i eksportowana na cały świat. Firmy wytwarzające zastawki ściągnęły do siebie wielu zegarmistrzów, aby wspomóc produkcję. Niemal wszystko było wykonywane ręcznie.

Mój rezydent zaszył otwór w brzuchu, a ja zająłem się skórą na głowie. Minęły już dwie godziny i jak do tej pory muszę powiedzieć, że to dobry dzień.

Wyszedłem, aby porozmawiać z rodzicami. Nie lubię trzymać ludzi w napięciu. Każda sekunda spędzona w szpitalnej poczekalni wydaje się całym wiekiem. Sam doskonale o tym wiem.

*

Cewnik w głowie małej Julii niemal na pewno uratował jej życie. Poza jednym małym zgrubieniem na jej szyi (i naprawdę trzeba się go było naszukać) nikt nie domyśliłby się, że dziecko ma cewnik biegnący od głowy do jamy otrzewnej. Obecnie Julia nie ma już oryginalnego zestawu. Ręcznie robione przedmioty zwyczajnie nie nadają się do pozostawienia w ciele na zawsze. Istnieje ryzyko infekcji, rozkładu i podrażnień wywoływanych przez cewnik. Czasami zastawki zwyczajnie się psują – mogą się zatkać lub przestać pracować prawidłowo, tak samo jak telewizor albo samochód. Na szczęście można to naprawić.

Julia i pacjenci z podobnymi problemami nigdy nie zostaną „uzdrowieni”. Zawsze będą nosić w sobie kawałek silikonu. Wielu jednak w ogóle nie będzie tego zauważało. Zastawka będzie dyskretnie w nich pracowała, pozwalając im żyć niemal całkowicie zwyczajnym życiem.

ROZDZIAŁ PIĘTNASTY

CO BYŚ ZROBIŁ?

Gdy tylko odebrałem telefon, rozpoznałem głos położnika. Rzadko kiedy jego telefon oznaczał dobre wieści, ale nie mogłem go za to winić.

– Jay, możesz przyjechać do szpitala? – spytał. – Muszę cię prosić, żebyś na coś zerknął.

– Co masz?

– Rozszczep kręgosłupa.

– W porządku – odparłem. – Możesz mi przesłać skany? Potem porozmawiam z rodziną.

– Nie mamy skanów – odparł położnik.

– W takim razie skąd wiesz, że to rozszczep kręgosłupa?

– Bo mam przed sobą dziecko. Właśnie się urodziło!

*

Rozszczep kręgosłupa, inaczej tarń dwudzielna (z łaciny *spina bifida*) jest wadą rozwojową, co oznacza, że pojawia się i rozwija

w czasie, gdy dziecko rośnie w łonie matki. W zaawansowanych przypadkach skóra, mięśnie i kości nie zakrywają fragmentu rdzenia kręgowego, co wpływa negatywnie na funkcjonowanie unerwienia poniżej tego miejsca. Rozszczep może pojawić się w dowolnym odcinku kręgosłupa i można go rozpoznać po dość widocznej dziurze w plecach, częstokroć otoczonej zaognioną torbielą.

Skutki tej wady różnią się w zależności od tego, gdzie ulokowana jest ta dziura. Generalnie, im wyżej znajduje się defekt, tym większa utrata funkcji fizjologicznych. Jeśli rozszczep wystąpił nisko w dole kręgosłupa, może spowodować problemy z funkcjonowaniem pęcherza moczowego i jelit, które kontrolowane są przez najniższe odgałęzienia nerwów wychodzących z rdzenia. Może również dotknąć kostki u stóp. Im wyżej jest uszkodzenie, tym większy problem: niedowład rozszerza się na biodra, i to one, *oprócz* kostek, pęcherza i jelit, nie pracują poprawnie. W takim wypadku człowiek przeważnie ma problemy z chodzeniem. Może występować brak czucia i zaburzenia funkcji seksualnych. Do tego mogą również nakładać się różne schorzenia mózgu, które wpływają na połykanie, mowę, a nawet oddychanie. Wielu pacjentów potrzebuje też cewnika w związku z tworzącym się wskutek rozszczepu wodogłowiem.

Wobec takiej listy potencjalnych problemów wielu ludzi postrzega rozszczep kręgosłupa niemal jak wyrok. Tymczasem wielu pacjentów z tą dolegliwością prowadzi radosne, satysfakcjonujące życie, chociaż być może nieco różniące się od wersji, którą widzieli dla nich ich rodzice. Nie można również uciec od faktu, iż początkowe rozmowy z ciężarną matką lub parą rodziców niemal zawsze doprowadzają do podjęcia drastycznej decyzji co do przyszłości takiego dziecka. Dlatego właśnie tak

dużą wagę przykładamy do wykonywania prenatalnych badań ultrasonograficznych.

Dla wielu nowych rodziców USG w dwudziestym tygodniu to najbardziej ekscytujący moment całej ciąży. Wtedy to można dowiedzieć się, czy kobieta nosi pod sercem małego Jasia, czy małą Janinkę. Bez względu na to, czy rodzice chcą znać płeć dziecka, kogo nie ucieszyłby pierwszy widok tych podkulonych nóżek, małego noska i tych słodkich, malutkich rączek? Podczas gdy mama i tata zastanawiają się nad tym, czy wykupić zdjęcia z USG, obsługujący ultrasonograf weryfikuje dużo więcej niż tylko wygląd i płeć. Monitoruje bicie serca dziecka, mierzy kręgosłup i sprawdza, gdzie znajduje się łożysko. Innymi słowy, odhacza kolejne punkty na liście prawidłowego rozwoju i dobrej prognozy. Jest strażnikiem, pierwszą linią obrony przeciwko ewentualnym anomalom. Dlatego właśnie wydaje się absolutnie normalne, że wizyta na badaniu USG powinna być dla wszystkich priorytetem.

*

Rodzice byli widocznie zrozpaczeni. Wstrząśnięci, milczący, nierozmowni. Mama leżała w łóżku, nabierając sił po porodzie. Tata wpatrywał się w okno. Przywitał się krótko, kiedy położnik mnie im przedstawił, ale wkrótce jego uwagę z powrotem przyciągnął parking za oknem. Widać wyraźnie, że oboje płakali.

– Rozumiem, że powiedziano państwu, że państwa dziecko ma rozszczep kręgosłupa? – spytałem. Mama kiwnęła głową.

– I zdajecie sobie sprawę, co to oznacza? – Kolejne skiniecie.

– Zazwyczaj takie rzeczy są wychwytywane podczas badania USG w dwudziestym tygodniu ciąży – powiedziałem na tyle

łagodnie, na ile potrafię. – Nie mamy jednak żadnych danych z tego skanu.

– Nie zrobiłam go – odparła mama.

– Rozumiem. Czy mogę zapytać, z jakiego powodu?

– Nie sądziliśmy, że to konieczne.

Nie byłaby to pierwsza para młodych ludzi, którzy nie chcieli sobie zawracać tym głowy albo zapomnieli. To oczywiście jedna strona medalu. Z drugiej, jest możliwe, że tak naprawdę nie rozumieli, jak ważne jest to badanie. Kobieta zachodzi w ciążę, uzyskuje potwierdzenie tego faktu i życie toczy się dalej. Ludzie muszą pracować, zwłaszcza kiedy pojawia się nagle dodatkowa presja ciąży na młodej rodzinie. W końcu matka może potrzebować czasu wolnego zarówno po, jak i przed porodem, więc ojciec stara się zachować ostrożność i nie wdepnąć szefowi na odcisk, prosząc o kolejne dni urlopu. Przecież nie chciałby, żeby go zwolnili z pracy. Kiedy człowiek stoi przed ryzykiem braku pieniędzy na utrzymanie dachu nad głową, wizyty u lekarza nagle wydają się dużo mniej istotne. W dziewięćdziesięciu dziewięciu przypadkach na sto ominięcie wizyty kontrolnej lub badania USG nie ma żadnych drastycznych skutków, ale czasami coś jest nie tak i – tak jak w tym przypadku – rodzice płacą wysoką cenę za to zaniedbanie. A raczej – płaci ich dziecko.

Kiedy zdecydowałem się na specjalizację w neurochirurgii, przysiągłem sobie, że będę zawsze leczył całą rodzinę. Jeśli chodzi o najbliższych krewnych chorego dziecka, dorośli i rodzeństwo może odczuwać ból równie mocno, co maleństwo leżące w inkubatorze. A przynajmniej tak się im wydaje. Od czasu do czasu jednak życie przypomina mi, że tak naprawdę jest tylko jeden pacjent.

Omówiłem sytuację z rodzicami, wytłumaczyłem wszystkie fakty dotyczące tego schorzenia oraz możliwości leczenia, a także związane z tym ryzyko. Naprawdę spory kawał informacji do strawienia. Nie odwracając się od okna, tata zapytał mnie, czy z dzieckiem będzie w porządku. Czy mogę je „naprawić”.

– Nie ma magicznego lekarstwa – odpowiedziałem. – Zrobimy, co w naszej mocy, aby zamknąć otwór w plecach i zapobiec dalszemu ryzyku infekcji i pogorszeniu się funkcjonowania nóg i jelit. Nie możemy jednak naprawić istniejących już uszkodzeń.

*

Pierwszą i najpilniejszą rzeczą w leczeniu rozszczepu kręgosłupa jest zamknięcie istniejącego otworu. W macicy dzieci są chronione przez płyn owodniowy. Niebezpieczeństwo pojawia się wraz z momentem porodu. Kanał rodny jest, nieogłędnie mówiąc, zanieczyszczony, a potem robi się już tylko gorzej. Dziecko zostaje wyciągnięte na ten świat i wystawione na całkowicie mu obcą atmosferę. Do tego pojawia się w miejscu, gdzie gromadzą się chorzy ludzie. Nawet najlepsze, najczystsze szpitale nadal pozostają zagłębiami infekcji. Dlatego priorytetem jest zamknięcie otworu tak szybko, jak to możliwe. Nie chodzi o odzyskanie jakiegokolwiek sprawności, której dziecko może nie posiadać. Najważniejsze jest, aby uchronić je przed zapaleniem opon mózgowych i innymi koszmarami tego typu.

Nie ma sensu mówić o możliwościach, jeśli człowiek nie może tego poprzeć czynami. Noworodki z otwartym rozszczepem kręgosłupa zazwyczaj chcą widzieć na sali operacyjnej nie później niż czterdzieści osiem godzin po porodzie. W tym przypadku zmieniłem moje plany i weszliśmy na blok następnego dnia, czyli

w ciągu pierwszej doby po narodzinach. Używam liczby mnogiej, bo oczywiście nie byłem tam sam. Asystował mi kolega z chirurgii plastycznej.

Istnieje kilka rodzajów rozszczepu kręgosłupa. Najłagodniejszy nie wymaga żadnej interwencji chirurgicznej. Tutaj mieliśmy do czynienia z tak zwaną przepukliną oponowo-rdzeniową (*myelomeningocele*), jednym z najpoważniejszych typów. W tym wypadku w torbieldzie na plecach dziecka znajdują się nie tylko tkanki oponowe i płyn, ale również nerwy i odsłonięty rdzeń kręgowy.

Planowałem zamknąć ten otwór. Najpierw jednak zamierzałem spróbować odbudować kręgosłup. Nie można wprawdzie odtworzyć kości, ale można przeszczepić w dane miejsce mięśnie z innej części ciała, podobnie jak skórę.

Jestem neurochirurgiem dziecięcym. Większość ludzi określiłaby mnie jako „chirurga od dziecięcych mózgów”, tymczasem rdzeń kręgowy jest nieodłączną częścią mojej „działki”. Koniec końców mózg i rdzeń kręgowy rozwijają się z tego samego rodzaju komórek, tyle że jeden koniec rozrasta się do postaci mózgu, a drugi dosłownie kurczy się, tworząc rdzeń. Wszystkie najważniejsze etapy rozwoju rdzenia u płodu odbywają się do dwudziestego pierwszego dnia ciąży, jeszcze zanim matka zdaje sobie sprawę z tego, że nosi dziecko.

Do tego rodzaju operacji używam moich lup chirurgicznych. Widzę wtedy mikroskopijne, częściowo otwarte powłoki rdzenia tam, gdzie powinny znajdować się kości, mięśnie i skóra pleców. Wygląda to jak pajęczyna.

Tamtego dnia, za pomocą bardzo precyzyjnych szczypczyków i nożyczek, oddzieliłem rdzeń od okrywających go powłok i od mięśni. Kanał przebiegający przez środek rdzenia jest

przedłużeniem komór mózgu. Powinien w nim kursować płyn mózgowo-rdzeniowy. Właściwie musiałem stworzyć nowy, zamknięty odcinek rdzenia. Zachowując ostrożność, odnalazłem położenie sznurów nerwowych i miejsce, gdzie powinien znajdować się kanał centralny rdzenia. Zebrałem włókna nerwów razem, przytrzymałem w odpowiednim miejscu i zszyłem. To tak, jak robienie rolady, z tym że wewnątrz zamiast biszkopta mamy rdzeń. A potem zrobiłem wokół tego kolejną warstwę rolady, wykorzystując do tego pajęczynowatą warstwę błony i upewniając się, że nie uszkodziłem przy okazji niezwykle miękkiej tkanki nerwowej.

Następnie znaleźliśmy mięśnie po obu stronach otworu, nad miednicą (defekt niemal zawsze znajduje się w dolnej części tułowia, tuż nad pośladkami). Mój kolega chirurg plastyczny jest przyzwyczajony do pracy w tych okolicach, więc spędził godzinę, uwalniając mięśnie wraz z ich ukrwieniem, aby umożliwić ich przemieszczenie w kierunku centrum, gdzie znajduje się rdzeń. Następnie zamknął warstwę mięśni nad odsłoniętym rdzeniem. Została tylko skóra.

Dzieci mają miękką, elastyczną skórę. Są trochę jak przesłodcy, malusieńcy staruszkowie. To akurat dobrze. Gorzej, że skóra niemowląt jest luźna nie bez powodu. Dzieci oddychają brzuchem. Nie używają klatki piersiowej tak, jak dorośli. Dlatego widać, jak ich brzuszki co i rusz unoszą się i opadają. Jeśli trzeba naciągnąć dość mocno skórę z przodu na plecy, wtedy rana będzie narażona na spore siły naciągu, ze względu na ruchy i oddychanie, a zatem istnieje ryzyko, że otworzy się na plecach. W idealnej sytuacji chcielibyśmy, aby skóra pokrywająca ranę była luźna, a nie napięta. Stąd obecność chirurga plastycznego na mojej sali

operacyjnej. Wiedziałem, że będziemy potrzebować więcej skóry, niż udałoby mi się naciągnąć z bezpośredniego sąsiedztwa.

Do zakrycia świeżo zamkniętej części rdzenia pobiera się skórę z pleców, ramion, pośladków – wszędzie, gdzie jest blisko. Wymaga to posiadania znakomitej wiedzy o ukrwieniu skóry, aby upewnić się, że będzie ona odżywiana i otrzyma odpowiednią ilość tlenu.

Mój kolega zaczął przycinać skórę w skomplikowaną siatkę, która mogła przykryć cały operowany obszar. To bardzo metodyczna procedura – seria kroków, które muszą zostać wykonane w odpowiedniej kolejności. Wiedzieliśmy, że szkody zostały już wyrządzone i nie możemy przywrócić funkcji rdzenia, które nigdy się nie rozwinęły. Musieliśmy jednak unikać dalszych problemów. Niektóre z nich mogą wystąpić wkrótce po operacji – infekcja, wyciekanie płynu mózgowo-rdzeniowego i możliwe zapalenie opon mózgowych, a także otwarcie się rany, co może doprowadzić do ponownego wypadnięcia fragmentu rdzenia kręgowego.

Niektóre z tych problemów mogą wystąpić w dalekiej przyszłości. Jeżeli źle przykryło się ranę, pacjenci mogą cierpieć na dość silny ból w tej okolicy. Co gorsza, jeśli przez większość czasu korzystają z wózka inwalidzkiego, mogą pojawić się odleżyny i skóra na plecach może stracić integralność. Z czegoś takiego można się nie wykurować, ponieważ skóra z większości miejsc odpowiednich do pobrania na przeszczep została wykorzystana podczas pierwszej operacji. Ludzie potrafią umrzeć na skutek komplikacji związanych z rozszczepem kręgosłupa – i nie ma to nic wspólnego z rdzeniem kręgowym.

Nie ma jednego uniwersalnego powodu rozszczepu kręgosłupa. Istnieją dane sugerujące, że niedobór kwasu foliowego we wczesnych etapach ciąży może mieć związek z powstawaniem tej wady rozwojowej. Mamy również dobre powody sądzić, że dochodzą tu do głosu czynniki genetyczne. Ponieważ jednak nie możemy z całkowitą pewnością określić przyczyny, rodzice często winią siebie samych.

W tym przypadku, kiedy minął już stres związany z samą operacją, rodzice nie winili siebie samych, lecz siebie nawzajem.

– Mówiłem ci, żebyś przestała pić.

– A ja mówiłam ci, żebyś przestał palić.

– To twoja wina. Cała twoja rodzina jest upośledzona.

– O czym ty mówisz?

– Popatrz na swojego wujka. Chyba nie powiesz mi, że jest normalny?

– Nie waż się mówić tak o mojej rodzinie.

I tak dalej. W naszej pracy spędzamy sporo czasu, łagodząc poczucie winy i wzajemne oskarżanie się. Ważne jest, aby powstrzymać rodzinę od niepotrzebnego rozdarcia się na strzępy po usłyszeniu druzgocących wieści.

Dla rodziców, którzy, w przeciwieństwie do tej pary, wykonują wszystkie przepisane badania, tego typu problem może nie stanowić już aż tak wielkiego szoku w dniu porodu. W standardowym postępowaniu lekarz obsługujący ultrasonograf wskazuje na możliwość wytworzenia rozszczepu kręgosłupa u dwudziestotygodniowego płodu. Rozpoczyna to całą kaskadę wydarzeń. Zazwyczaj niedługo potem jestem proszony o przedyskutowanie opcji z rodzicami – tych najgorszych, najbardziej oczywistych. Rozmawiam z nimi o schorzeniu i o tym,

co oznacza ono dla dziecka. Omawiamy sposoby leczenia i szanse na niezależne życie dla niego. Rodzice muszą to wiedzieć. Wszystko to składa się na ostateczną decyzję, jaką będą musieli podjąć: zatrzymać dziecko czy nie? Donosić ciążę do porodu czy zdecydować się na aborcję? To kwestia życia lub śmierci, w bardzo dosłownym sensie. Co wybieracie? Pozostawiony samemu sobie mógłbym bez końca płakać nad piekłem, jakim jest konieczność wyjaśnienia takiego wyboru. Rozmowa z oczekującymi rodzicami zawsze łamie mi serce, gdy widzę ich miny po tym, jak dochodzi do nich brutalna prawda. Muszę jednak pamiętać, że cała udręka, którą odczuwam to nic – absolutnie nic, zero, *zilch* – w porównaniu z piekłem, które czeka dwoje niespodziewających się niczego ludzi.

*

Para siedząca przede mną wygląda całkiem zwyczajnie. Są młodzi, po ślubie, wkrótce mają zostać rodzicami. Właśnie otrzymali druzgocącą wiadomość o tym, że ich dwudziestotygodniowy cud ma rozszcep kręgosłupa. Tak jak wielu ludzi, słyszeli o tej wadzie, ale nie znają szczegółów. Jest to coś, czego istnienia są świadomi, ale nigdy się z tym nie spotkali – tak jak z polio lub z tyfusem. Z całą pewnością nie spodziewali się natrafić na to na swojej drodze jako rodziny.

Przed spotkaniem przejrzałem skany. To dość typowy przypadek, przynajmniej dla mnie. Dla rodziców będzie wyjątkowym horrorem. W tak dramatycznej chwili spodziewam się łez. Wręcz zachęcam do płaczu, choćby po to, aby pozwolić rodzicom zaakceptować powagę sytuacji.

Ja sam często płaczę. Nie w obecności pacjentów, ale czasami, kiedy jestem sam w gabinecie albo siedzę na kanapie w domu, rozmyślając o tym, co widziałem danego dnia. Swoją drogą, płaczę również, oglądając filmy Disneya. Jeszcze nie udało mi się obejrzeć sceny z *Króla Lwa*, w którym Mufasa umiera, nie uрониwszy kilku łez. Może więc zaliczam się do płaczącej części populacji. W każdym razie uważam, że jest to całkowicie naturalna reakcja fizjologiczna i emocjonalna na złe nowiny.

Mimo to, gdy tamtego dnia wszedłem do pokoju, zobaczyłem dwoje ludzi desperacko starających się powstrzymać płacz lub udających, że najgorsza rzecz w ich życiu wcale się właśnie nie wydarzyła. Zupełnie jakby wstydzili się okazywać uczucia w obecności lekarzy – jakbyśmy byli zbyt ważni lub zbyt cenni, aby kłopotać nas jakimiś błahymi przyziemnymi problemami. Może doszukiwałem się w tym zbyt wiele – a może takie już mieli doświadczenie z szerzej pojmowanym światem medycznym. Niektórzy lekarze być może tego się właśnie po nich spodziewali – ale nie ja.

– Nie ma pośpiechu – powiedziałem. – To był dla was szok. Porozmawiamy, kiedy będziecie gotowi.

W rozmowach z pacjentami nigdy nie owijam spraw w bawełnę. Z zasady nie kłamię ani nie próbuję upiększać rzeczywistości. Zawsze jednak robię, co mogę, aby przekazać informacje w możliwie najdelikatniejszy sposób i w najbardziej odpowiednim czasie. Kiedy więc wyczułem, że ci młodzi ludzie są gotowi, zacząłem powoli kierować ich ku rozważeniu najbliższej przyszłości.

– Oto, co wiemy na temat rozszczepu kręgosłupa – powiedziałem i pokrótce opisałem tę wadę. – Niektóre dzieci mają

więcej trudności niż inne. Obawiam się, że wasze zalicza się raczej do tej pierwszej grupy.

– Może pan to naprawić? – Pytanie tym razem pojawiło się wcześniej. Byłem przygotowany, na tyle, ile mogłem być. Wygłaszałem tę samą mowę już setki razy i mógłbym to zrobić jeszcze tysiące więcej, wciąż z tym samym bólem w sercu.

– Nie, bardzo mi przykro – odpowiedziałem. – Naprawdę bym chciał. Mogę jedynie ukrócić ból, zminimalizować zniszczenia, które już się dokonały, i dać waszemu dziecku najlepszą z możliwych szans na godne życie.

Niektórzy rodzice w takich przypadkach siedzą oniemiały, zaskoczeni, czekając, aż przejmę pałeczkę. Inni zasypują mnie gradem pytań, na które nie zawsze mam odpowiedzi. Nie ma dobrych i złych reakcji – to zawsze dwie strony tej samej emocji: szoku. Dwie odpowiedzi na tę samą niemożliwą sytuację, w której jeszcze chwilę temu, gdy wychodzili z domu, nie byli.

Z tego, co zobaczyłem na skanach, miałem rozeznanie co do powagi stanu dziecka i mogłem przewidzieć z umiarkowaną dokładnością, jak będzie wyglądało jego życie po narodzinach. Dałem rodzicom kilka minut na przyjęcie do wiadomości mojej odpowiedzi i na przygotowanie się na kolejną dawkę informacji. Nie ma sensu mówić do wstrząśniętych rodziców. Nie dotrą do nich moje słowa. Przecież rozmawiamy o najtrudniejszej decyzji, jaką kiedykolwiek będą musieli podjąć.

Dotarliśmy niemal do końca dnia pracy i nie zostaje mi nic poza powrotem do domu, do mojej rodziny. Moja żona i dzieci wkrótce miały zasiąść do stołu, spożyć kolację, rozmawiając o tym, jak minął im dzień. Zwyczajny, chaotyczny, głośny, cudowny bałagan. Na pewno nie będą zadowoleni, że mnie tam nie ma, ale przyzwyczaili się już. Tata zawsze się spóźnia, wygłodniały,

i rzuca się na resztki jedzenia, które mama trzyma dla niego w ciepłe (zawsze na mnie czeka). Zawsze próbuje się dowiedzieć, jak minął dzień jego pociechom, które już leżą w łózkach – albo wypytuje o to następnego poranka.

Nienawidzę, gdy omija mnie tyle momentów z ich życia, ale wiem, jakim jestem szczęściarzem. Inną wizję życia miałem właśnie przed sobą.

Rodzice już się uspokoili i są gotowi na następną porcję wiadomości. Zaczynam.

Wy tłumaczyłem im, że ich dziecko może urodzić się z ograniczoną funkcjonalnością pęcherza i jelit – lub całkiem jej pozbawione. Najprawdopodobniej nie będzie się w stanie poruszać o własnych siłach. Funkcje seksualne również będą ograniczone. Oddychanie może sprawiać trudności. I, najgorsze ze wszystkiego, sądząc po rozmiarach napęczniałego mózgu, możemy oczekiwać dość poważnych problemów rozwojowych.

Trzymałem się faktów. Zależało mi, żeby rodzice dowiedzieli się jak najwięcej o tym szczególnym, unikalnym, bardzo niezwykłym małym płodzie. Nie chciałem być nadmiernie negatywny. Gdy się tak dobrze zastanowić, dziecko tak naprawdę *nie potrzebuje* funkcjonującego pęcherza moczowego ani jelit. Żaden z tych narządów nie działa, kiedy dzieci przychodzą na świat. Dziecko *nie musi* również chodzić. Dorosły człowiek *nie musi* być aktywny seksualnie. Większość z tych problemów może wydawać się nieznacząca, kiedy dziecko przychodzi na świat. Kiedy kończy dwa lata i nadal nie chodzi, robi się z tego mały problem, ale kilkulatka można nosić do piątego czy szóstego roku życia. A co, kiedy masz szesnaście lat i nadal nie masz władzy w nogach? Nawet wtedy można temu zaradzić: są wózki inwalidzkie, autobusy z obniżanym progiem. Fizycznie można poradzić sobie

niemal ze wszystkim. Psychicznie jednak może być bardzo ciężko. Niektórym dzieciom zupełnie to nie przeszkadza i radzą sobie praktycznie ze wszystkim. Inne jednak reagują dużo gorzej.

Gdy sprawny umysłowo człowiek jest uwięziony w upośledzonym ciele, czasami załamuje to nawet najsilniejsze charaktery, zwłaszcza u nastolatków. Widziałem to. Człowiek rozgląda się, widzi rówieśników biegających, tańczących, przewracających się – i śni o tym wszystkim. Bezsilność załazi ci za skórę.

Wszędzie, gdziekolwiek spojrzę, wszystko przypomina człowiekowi, że „coś z nim nie tak” i że „potrzebuje pomocy”. To nie moje słowa, tylko to, co opowiadają mi dzieci w klinice.

Paradoksalnie, w przypadku tego dziecka, jeśli problemy z rozwojem mózgu miały być tak poważne, jak przewidywałem, to opóźnienie w rozwoju sprawi, że bycie „innym” raczej nie będzie przez nie odbierane jako tragedia (jeśli w ogóle zarejestruje problem).

– Rany, ale super – wyobraziłem sobie sarkastyczny komentarz rodziców. – To wspaniałe wieści, doktorze. Chce pan nam powiedzieć, że nasze dziecko nie będzie potrafiło nawet zrozumieć, jak bardzo jest upośledzone...

Musiałem bardzo ostrożnie dobierać słowa. Mówić wyłącznie o prawdopodobieństwie, nie pewnikach. Lekarzom zdarzało się już wcześniej mylić. Cuda się zdarzają.

Po dziesięciu minutach, które rodzice spędzili w milczeniu, przerwałem i zachęciłem ich do pytań. Według mnie powiedziałem im już wszystko, co mogłem. Zostali ostrzeżeni i uzbrojeni w wiedzę o tym, co ma nastąpić. Zapytali ponownie o jedną czy dwie rzeczy, poprosili o powtórzenie tego czy tamtego. Kiedy

byłem pewny, że wszystko zostało zrozumiane, uczyniłem kolejny krok.

– No dobrze – powiedziałem. – Wybór należy do was.

I cóż to za wybór. Nie spytałem ich przecież, czy chcieliby, abym poprawił funkcjonowanie nóżek dziecka lub kontrolę oddawania moczu. Nie rozmawialiśmy o tym, czy naprawić to lub tamto. Chodziło o coś bardziej pierwotnego, prymitywnego. Zadałem pytanie, którego żaden rodzic nigdy nie chciałby rozważać: *Czy chcecie kontynuować tę ciężę?*

Nie powiedziałem tego dosłownie. Nie bez pozwolenia. Większość rodziców prędzej czy później i tak prosi mnie o opinię. Zazwyczaj pytają o dwie rzeczy. Pierwsza to:

– Co by pan zrobił?

To niezwykle zapalne pytanie. Nie jestem szczególnie religijny – opisałbym siebie jako niepraktykującego hinduistę/agnostyka. Rozumiem wiarę innych, jak również i ten wewnętrzny ogień, który kieruje większością – jeśli nie wszystkimi z nas – aby się rozmnażać i wydawać nowe życie na ten świat. Profesjonalnie rzecz biorąc jednak, moje odpowiedzi koncentrują się na dwóch faktach, dotyczących dobra dziecka: a) czy życie twojego dziecka będzie wypełnione nieuzasadnioną ilością bólu i b) czy będzie mogło prowadzić życie na poziomie, który jest w stanie zaakceptować jego rodzina i co ważniejsze, ono samo? Zadaję to ważne pytanie rodzicom: *Czy będziecie potrafili sobie z tym poradzić?*

Byłem tutaj po to, aby doradzać, zalecać, malować obraz przyszłości. Nie jestem kierownikiem duchowym. Jako lekarz mogłem jednak spróbować opisać, jak będzie wyglądało życie w najbliższej przyszłości – dla rodziców i, co ważniejsze, dla dziecka.

Wychowywanie poważnie upośledzonego dziecka to nie praca dla trwożliwych. Widziałem już dobre, solidne, zdrowe jednostki rodzinne, zniszczone po pojawieniu się dziecka ze specjalnymi potrzebami. Widziałem również poważnie upośledzone dzieci żyjące fantastycznym życiem i zapewniające rodzinom mnóstwo radości i szczęścia. Widziałem obie strony medalu i nie do mnie należy przewidywanie, co się stanie w tym przypadku, mogę co najwyżej przedstawić kilka pytań i problemów do rozważenia dla rodziców.

Czy twoja rodzina będzie w stanie poświęcić tyle czasu, ile będzie wymagał jej nowy członek? Opieka nad nim może się odbywać kosztem rodzeństwa lub nawet może zmienić rodzeństwo w opiekunów (na dobre lub na złe). Czy radość, jaką brat lub siostra mogą odczuwać z opiekowania się swoim młodszym rodzeństwem, jest warta utraty przez nich dzieciństwa?

Czy wasze finanse wpłyną na ilość czasu, opieki i (jakkolwiek okrutnie to zabrzmie) uwagi, jaką będziecie mogli poświęcić noworodkowi? Czy wynajmiecie nianię, która będzie się nim zajmowała, czy może sami weźmiecie urlop od kariery zawodowej, aby doglądać dziecko ze specjalnymi potrzebami? A nawet jeśli będzie was stać na to wszystko finansowo, czy nie znienawidzicie przypadkiem tej sytuacji?

Krótko mówiąc, czy rodzina będzie w stanie poradzić sobie z tym trudnym położeniem?

Nie mam pojęcia. Oni też, ale to do nich należy decyzja. Mogę jedynie prosić:

– Bądźcie szczerzy ze sobą samymi i wzajemnie. Przyszedł czas na podjęcie trudnej decyzji. Niedługo będzie już za późno.

Jestem nieco bardziej skłonny do opowiedzenia się po którejś ze stron, w przypadku gdy chodzi o dobro dziecka. Jeżeli wiem, że

będzie miało trudności z samodzielnym oddychaniem, że będzie wymagało licznych operacji w ciągu bardzo krótkiego okresu, że nie dane mu będzie zaznać wielu chwil spokoju, wtedy o tym powiem. Jako pracownik służby zdrowia nie mogę zasugerować żadnego wyboru, ale mogę powiedzieć rodzicom, czego należy się spodziewać.

Różnica pojawia się wtedy, gdy pytają, „co byś zrobił?”. Co zrobiłby tata Jay na ich miejscu? Wielu moich kolegów unika tego osobistego pytania i najprawdopodobniej to właściwa decyzja. Czasami jednak rodzice NAPRAWDĘ chcą wiedzieć. Ja nie jestem w ich pozycji. Skąd mamy wiedzieć, jak zareagowalibyśmy w tego typu sytuacjach? Często odpowiedź nie jest możliwa. Oczywiście sam mam trójkę dzieci z moją żoną i każde z nich miało badania USG. Omawialiśmy wcześniej, co byśmy zrobili, gdyby u którejkolwiek z naszych pociech znaleziono jakiś problem, i nie zgodziliśmy się ze sobą.

Czasami odpowiadam:

– W porządku, bez żadnej stronniczości, to tylko moje własne prywatne zdanie, oparte wyłącznie na osobistym doświadczeniu. Ja nie zdecydowałbym się na przedłużenie ciąży. Sądzę, że wasze dziecko urodzi się z tak poważnym uszkodzeniem mózgu, że nie będzie miało wygodnego życia. Prawdopodobnie zazna w nim więcej cierpienia, niż ktokolwiek by zasługiwał.

Innymi razy odpowiadam:

– Tak, gdyby to było moje dziecko, chciałbym, żeby się urodziło. Owszem, wasze dziecko będzie miało problemy i zupełnie inne życie niż to, jakiego dla niego chcieliście lub oczekiwaliście. Inne nie znaczy jednak gorsze. Po prostu inne. Wielu ludzi nie ma żadnych upośledzeń, fizycznych czy umysłowych, a i tak marnują swój żywot, nie robiąc nic pożytecznego. Wielu moich pacjentów

z podobnymi problemami, jak te spodziewane u waszego dziecka, prowadzi satysfakcjonujące życie. Są szczęśliwymi i produktywnymi członkami społeczeństwa. *Jakość ich życia* jest warta zachodu. *Oto*, co ja bym zrobił.

Na drugie pytanie odpowiadam dużo chętniej: czy możemy o tym pomyśleć?

Zawsze cieszy mnie, gdy rodzice nie decydują się natychmiast. Widać w tym rozważę i zrozumienie. Takie decyzje nie powinny być podejmowane w pośpiechu. Oczywiście trzeba pamiętać, że nie możemy czekać zbyt długo. W przypadku możliwej aborcji fakty to nie wszystko. To, czego nie chcemy dla mam, to by nagle poczuły ruchy dziecka w łonie, gdy jeszcze do tej pory tego nie czuły. Możemy rozmawiać o wszelkich naukowych scenariuszach końca świata, ale to nic w porównaniu z chwilą, kiedy matka czuje pierwsze kopnięcie, czkawkę lub przeciągnięcie się swojego dziecka.

Czasami ludzie namyślają się przez dzień lub weekend. W tym przypadku rodzice chcą po prostu mieć trochę czasu na osobności. Wstają, żeby wrócić do poczekalni, ale ja nie chcę o tym słyszeć.

– Zostańcie tutaj. Nie spieszcie się. Spokojnie. – Zbieram zdjęcia i notatki, a potem wracam do mojego własnego gabinetu po drugiej stronie kampusu. – Macie mój numer telefonu. Zadzwońcie, kiedy już będziecie gotowi – mówię do specjalistek położnych, które odgrywają bardzo istotną rolę w całym procesie.

Ledwie docieram do mojego biurka, kiedy odzywa się moja komórka. Rodzice podjęli decyzję. Czy na pewno? Wracam.

Widać, że są poruszeni, udręczeni. Zaczynają mówić jedno przez drugie, naraz. Pozwalam im na to przez chwilę, a potem ich uspokajam i zachęcam mamę do wypowiedzi.

– Boję się, co ludzie powiedzą, jeśli usuniemy ciążę tylko dlatego, że dziecko jest trochę chore. Wyjdzie na to, że jesteśmy egoistami.

– A ja boję się, że narazimy nasze dziecko na wiele bólu na tym świecie – dodaje tata.

Dwie strony medalu. Medalu, którego istnienie wolałbym, aby ich nie dotyczyło.

– Wiem, że macie wrażenie, że oczy świata są na was zwrócone, ale to nieprawda. W tym pokoju jesteśmy tylko my, wy i ja. Nikt was nie osądza. Nikt nie wie dokładnie, przez co przechodzicie. Nie ma znaczenia, że dziewięćdziesiąt dziewięć osób wybrało opcję A. Jeżeli wy chcecie wybrać opcję B, to znaczy, że jest ona dla was właściwa. Decyzja należy wyłącznie do was dwojga.

To istne pole minowe – moralne i emocjonalne pułapki, gdziekolwiek spojrzeć. Widzę jednak w ich spojrzeniu, że już postanowili.

– Postanowiliśmy tego nie ciągnąć – mówi mama.

– Jesteście pewni? – pytam.

– To właściwa decyzja.

Kiwam głową. Uśmiecham się. Próbuję zachować pozytywne nastawienie w tej druzgocącej chwili. Z medycznego punktu widzenia rodzice podjęli decyzję. Zespół położniczy w ciągu dwudziestu czterech godzin zorganizuje przeprowadzenie zabiegu. Mój czas spędzony z tą rodziną dobiegł końca, ale oni będą musieli do końca żyć z tym, jak zdecydowali.

*

Każda rodzina jest inna. Niektóre reagują na „rozszczepową cegłówkę z nieba”, jakby ktoś przed chwilą zastrzelił ich

ukochanych bliskich. Inni podchodzą do tego z większym stoicyzmem. Niektórzy wydają się mieć niemal w dobry nastrój. Traktuję ich wszystkich w ten sam sposób, oferuję te same porady. Jestem niczym sędzia, który nie może zdecydować o samym wyroku, ale może pouczyć ławę przysięgłych. Czasami jednak rodziny podejmują decyzje, których nie potrafię zrozumieć.

Spotkałem się kiedyś z inną parą – pracowici, z dobrymi posadami i świetnymi widokami na przyszłość. Z pozoru niezły materiał na rodziców. Ostrzeżenie o rozszczepie kręgosłupa pojawiło się standardowo. Położnik wykonał swoją robotę, ja zostałem poinformowany i z największą empatią, na jaką mnie stać, opisałem rodzicom szanse zdrowotne ich przyszłego dziecka. Natychmiast zdecydowali się na usunięcie.

W innych okolicznościach mógłbym podziwiać przejrzystość ich wizji, ale w tym przypadku prognozy wcale nie były aż tak złe. Ze wszystkich poziomów zaawansowania choroby ten był zdecydowanie najniższy. Dziecko prawdopodobnie chodziłoby z pomocą, najprawdopodobniej miałoby problemy tylko z kostkami i być może również częściowo z oddawaniem moczu. Niemal z całą pewnością mogłoby uczęszczać do normalnej szkoły.

Krótko mówiąc: czy byłoby to idealne dziecko? Nie, prawdopodobnie nie, biorąc pod uwagę przyjęte standardy rozwoju fizycznego. Byłoby jednak bardzo blisko.

– W takim razie chcemy przerwać ciążę.

– Jesteście pewni? Dziecko nie będzie miało... – Zamierzam właśnie wdać się w wykład o jakości życia i o tym, że ich dziecko wedle wszelkich wskazań będzie miało dobre życie.

– Jesteśmy pewni. Chcemy usunąć ciążę.

W mojej profesji widzę wiele bólu; tak wielu rodziców zadręczających się myślami o tym, co mogli zrobić nie tak, tyle

dzieci dotkniętych najgorszymi przypadłościami. Zastanawiam się wtedy, czy śmierć nie jest czasami błogosławieństwem. Najczęściej widzę jedno: rodzice walczą o jakąkolwiek możliwość życia wraz ze swoim dzieckiem.

Kiedy więc znajduję się w sytuacji, gdy płód zostaje usunięty, chociaż pod medycznymi względami miałby nieco niezwykajne, lecz naprawdę dobre życie, czasami trudno mi się jest z tym pogodzić. Jednak jak zwykle, mogę jedynie wyłożyć wszystkie fakty. To rodzice decydują, a nie ja. A w tym przypadku decyzja została podjęta z dość dużym przekonaniem. Kim jestem, aby to osądzać?

ROZDZIAŁ SZESNASTY

JESTEŚ JEDNYM Z TYCH LUDZI

Jeszcze nie tak dawno temu rozszczep kręgosłupa wydawał się dość częstą diagnozą. Dorastając w Liverpoolu, a potem w Londynie, zawsze widziałem w centrach handlowych puszkę na datki, ogłoszenia oferujące wsparcie, regularne wzmianki w programach publicystycznych i w wiadomościach. Co się zatem zmieniło?

Wszyscy rozpoczynamy życie jako zlepek komórek. Następnie stajemy się płaskim dyskiem. Wytwarzamy głowę, plecy, pupę, nogi i stopy. Skóra i rdzeń nerwowy powstają z tych samych komórek. Zazwyczaj rosną razem i rozwijają się w pełni, zgodnie z oczekiwaniami. Czasami jednak nie.

I tak to jest. Jedyna różnica polega na tym, że w tej chwili diagnozujemy tę wadę wcześniej, dzięki rozwojowi technologii obrazowania. Rozpoznanie to jednak tylko część całej historii. Wykrycie schorzenia wpływającego na jakość życia i zrozumienie tego z wystarczającą przejrzystością to jedno. Radzenie sobie z chorobą, to co innego. Wydaje się, że *naprawdę* istotną zmianą

w kontrolowaniu przypadków rozszczepu kręgosłupa jest dostęp do zabiegu aborcji (i możliwość podjęcia decyzji o nim).

Żaden postęp technologiczny na świecie nie wygra z normami etycznymi. Współczesny lekarz obsługujący ultrasonograf potrafi wykryć rozszczep kręgosłupa z niezawodną precyzją. Ale jeśli człowiek wychowuje się i żyje w kulturze, która jest przeciwna aborcji, jakie to ma znaczenie?

*

Para, z którą właśnie mam się spotkać, robi to wyłącznie *pro forma*. Mieli już badanie w dwudziestym tygodniu (znów, głównie jako ukłon w kierunku ustalonych zasad). Jeżeli kiedykolwiek miałem przypadek, w którym aborcja była wskazana, to właśnie ten. Rodzice nie chcieli znać płci dziecka i zdecydowanie nie martwili się o jego zdrowie. Byli w ciąży. Byli za to wdzięczni. Stali na progu stania się rodziną i nic nie mogło tego powstrzymać – nawet perspektywa urodzenia dziecka z bardzo poważnymi defektami fizycznymi i umysłowymi.

Oglądamy wraz z położnikiem obrazy na monitorze ultrasonografu, na żywo, bo robimy właśnie aktualne zdjęcie. Jestem tu po to, aby móc zadawać pytania i usłyszeć odpowiedzi położnika, i zobaczyć wszystko na ekranie – na tyle, na ile pozwoli mu sonda i samo dziecko. Jak dotychczas, wygląda na to, że maleństwo znajdzie się na gorszym końcu skali, jeśli chodzi o powagę schorzenia. Od chwili wydostania się z bezpiecznego kokonu macicy jego funkcje życiowe będą znacząco upośledzone lub nieobecne. Będziemy mieli szczęście, jeśli zdoła samodzielnie oddychać przez jeden dzień.

Kończymy badanie i proszę rodziców o zaczekanie w poradni, my zaś wraz z położnikiem wdajemy się w prywatną rozmowę na temat tego przypadku.

– Naprawdę są zdecydowani – mówi. – Aborcja nie wchodzi w rachubę.

– Czyli są zdeterminowani mieć to dziecko?

– W stu procentach – odpowiada.

– Są religijni? – To pytanie za milion dolarów.

– Jak sądzisz?

No tak, zupełnie niepotrzebnie pytałem.

– W porządku. Pójdźmy z nimi porozmawiać.

*

W medycynie istnieje wiele zmiennych. Postępy technologiczne i naukowe mogą postawić całą specjalizację na głowie niemal w ciągu nocy. Bycie na bieżąco wymaga wysiłku. Mimo to niektóre rzeczy się nie zmieniają; żadne dowody i wiedza na świecie nie przeważą w obliczu wiary jednej osoby.

Nigdy niczego nie obiecuję, podobnie jak nie zabawiam się w przewidywanie. Rozważam prawdopodobieństwo oraz najlepszy i najgorszy możliwy scenariusz. Kieruję się faktami i interpretuję je najlepiej, jak potrafię. Mimo to czasami wszystko to, podobnie jak moje dwudziestoletnie doświadczenie i ponaddziesięcioletni staż pracy, w ogóle się nie liczy w oczach opinii religijnej lub kulturowej. Nie ma znaczenia, której konkretnie – wszystkie one upierają się co do jednego: dzieci *muszą* przyjść na świat.

*

Ze zdziwieniem rejestruję, że rodzice płaczą. Nie powiem, czuję z tego powodu ulgę. Stoicyzm w obliczu trudności życiowych potrafi być naprawdę denerwujący. *Może jednak odgórne ustalenia nie są wyryte w kamieniu?*

Pobożne życzenia. Oddanie się Bogu nie neguje ludzkich emocji. Później skarzę się za moje błędne przypuszczenia. Bardzo szybko okazuje się, że rodzice są rozdarci. Być może Wszchemogący ma ostatnie słowo, ale nie oznacza to, że ci dwoje się z Nim zgadzają. A przynajmniej nie do końca.

– Wasz wynik USG... – zaczynam.

– Zrobiliśmy go tylko po to, żeby się przygotować – przerywa mi tata. – Nie robi żadnej różnicy.

– Nie martwicie się państwo?

– Oczywiście, że się martwimy. Jesteśmy załamani, ale nie mamy wyboru. Dziecko się urodzi. Musimy być gotowi. Taka jest wola Boga.

Siła wiary ludzkiej w obliczu naprawdę tak tragicznych wieści jest wręcz imponująca. Rodzice są zdenerwowani, załamani, zrozpaczeni, ale nadal szukają pozytywów:

– Cóż, doczekaliśmy się dziecka i będziemy je kochać, ponieważ tego chce Bóg.

Trzymam się mojego planu. Tłumaczę fakty, przytaczam statystyki, opowiadam o innych podobnych przypadkach, które rozpoczęły się w podobny sposób i czasem zakończyły się dobrze, chociaż w większości – naprawdę źle. Podaję tym ludziom realistyczne prognozy. Nie naciskam, ale to dziecko ma naprawdę poważne problemy. Chcę, żeby spojrzeli realistycznie na to, jak będzie wyglądało ich życie i życie ich dziecka. Mówię to wszystko, zdając sobie sprawę, że rzucam słowa na wiatr.

Cieszę się, że rodzice otrzymali wszystkie informacje, które mogliśmy im zapewnić do podjęcia decyzji. Czuję się jednak nieco sfrustrowany, że owe fakty są nieistotne. Dlaczego tak jest? – zadaję sobie często pytanie. Dlaczego to takie ważne dla mnie, *z jakiego powodu* rodzice podejmują decyzję? Stało się – a ja muszę to zaakceptować i żyć dalej. Mimo to, słusznie czy nie, czuję, że staram się zrobić wszystko, aby ta rozmowa była ważną częścią decyzji.

– Dziękujemy za to spotkanie – mówi tata. – Wiemy, że jest pan bardzo zajęтым człowiekiem.

Czuję, że próbuje zakończyć rozmowę.

– Doceniamy pana wysiłki i z pełnym zaufaniem oddamy leczenie dziecka w pana ręce, kiedy już pojawi się na tym świecie.

Zamyka mi usta. To takie dziwne uczucie. Przywykłem do prowadzenia wszystkich zebrań i spotkań, ale to dlatego, że zazwyczaj jestem najwyższym autorytetem w pomieszczeniu. Ale nie dzisiaj. Mam wrażenie, że przeniosłem się nagle do studenckich czasów, kiedy apodyktyczni konsultanci torpedowali wszystkie moje decyzje. Tylko że ja widziałem moich konsultantów. Istota, z którą dzielę pokój w tej chwili, jest dużo mniej uchwytana.

*

– Co o tym sądzisz? – pyta położnik, kiedy wychodzę z pokoju.

– Jeśli mam być szczery, nie wiem.

– Ale?

– Ale nie można się spierać z rodziną, która naprawdę bardzo chce zapewnić wspaniały dom wszystkim dzieciom, jakie mogą pojawić się w tej rodzinie. Wiesz, ile dzieci odsyłam do domu,

wiedząc, że nie otrzymają nawet w połowie tyle miłości, co to maleństwo?

Milczymy przez chwilę. Potem jeden z nas żartuje z tego drugiego i obaj rozchodzimy się do swojej pracy, do swojego życia.

Zapewnianie opieki zdrowotnej i pogodzenie jej z opieką duchową nigdy nie jest proste. Wbrew temu, co mówią brukowce, nad wyraz religijni ludzie wcale nie rozgłaszają swoich przekonań przy każdej możliwej okazji. Czasami dopiero gdzieś w środku spotkania zaczynam mieć podejrzenia co do tego, czym kierują się w swojej narracji. *Ach, więc to na tym stoimy*, myślę sobie wtedy.

Jest to jednak moja własna, osobista opinia. Nie ma ona znaczenia dla tych rodziców. Para, z którą rozmawiałem, rzeczywiście została rodzicami tego dziecka i – pomimo obszernego katalogu problemów, operacji, wizyt i pobyków w szpitalu – rzadko zdarzało mi się widzieć dziecko tak bardzo kochane przez rodziców i obdarowane tak wielką szansą na cieszenie się życiem.

*

Moja żona zaszła w ciążę po raz pierwszy w 2007 roku. Wybraliśmy na położnika mojego kolegę ze szpitala. Skoro pracuje się z najlepszymi specjalistami, czemu tego nie wykorzystać?

Po jednym ze spotkań odprowadziłem moją żonę na parking, a potem wróciłem spacerowym krokiem do mojego gabinetu. Kiedy tam wszedłem, mój telefon już dzwonił. Położnik.

– Rany boskie, czego nam nie powiedziałaś? – spytałem.

– Dlaczego wszystko musi dotyczyć ciebie? – roześmiał się. – Nie, to co innego. Mamy tu przypadek, któremu chyba powinieneś się przyjrzeć.

– W porządku, już do was idę.

Większość ludzi, których widzimy podczas naszych wspólnych konsultacji, jest dość młoda – od dwudziestki do późnej trzydziestki. Od czasu do czasu spotykamy kogoś bliższego wiekiem nam. Nie oznacza to jednak, że mamy ze sobą więcej wspólnego.

Ludzie, z którymi miałem się spotkać, byli czterdziestoparolatkami, a więc mniej więcej w moim wieku – i ogromnie zdesperowani, aby mieć dziecko. Życie nie było dla nich łaskawe: poronienie po poronieniu, podczas ostatniej ciąży odchodzili od zmysłów, oczekując najgorszego. Nagle okazało się, że dociągnęli do dwudziestego tygodnia – najdalej w całej ich historii. Czym prędzej udali się na USG. Nie mogli uwierzyć swojemu szczęściu – mieli dziecko i chcieli zobaczyć je na własne niedowierzające oczy na ekranie ultrasonografu.

Niestety, badania nie są po to, aby pokazać ludziom to, na co zasługują, lecz rzeczywistość. A w tym przypadku rzeczywistość oznaczała, że ci dwoje mieli przed sobą życie z poważnie upośledzonym dzieckiem. Chciałbym powiedzieć, że to zwykły przypadek, ślepy los, mogło się to zdarzyć każdemu. To właśnie powiedziałaby twój najlepszy przyjaciel lub sąsiad, żeby człowiek mógł poczuć się lepiej. Jako neurochirurg, człowiek sterylnej fartucha, mam na ten temat inną opinię, jakkolwiek bezdusznie to zabrzmiało.

Przeglądając wywiad medyczny tej pary, dostrzegłem niezliczone próby zakończone niepowodzeniem. Tak wiele ciąży, tyle poronień, tak wiele rozpacz, bólu serca bez szczególnej przyczyny. Poronienia zdarzają się czasem bez powodu, ale dość często mogą sugerować ukryte problemy. Być może chodzi o problem genetyczny, może połączenie zestawów

chromosomowych mamy i taty kończy się zawsze tragicznie. A może po prostu gwiazdy źle się ułożyły – na tym etapie nikt nie może tego wiedzieć na pewno. Jesteśmy tylko w stanie ocenić proporcję niepowodzeń w stosunku do prawidłowych ciąż. I ta konkretna, przynajmniej na początku, wydawała się sukcesem – dopóki lekarska obsługująca ultrasonograf nie wręczyła nam jej analizy.

Powtórne spotkanie z położnikiem, którego dosłownie przed chwilą odwiedziliśmy z moją ciężarną żoną, było dość trudne. Będę szczery – zaledwie dwadzieścia minut wcześniej rozmawialiśmy o moim przyszłym, ślicznym, zdrowym, absolutnie i fantastycznie *normalnym* dziecku. A teraz stałem obok tego samego człowieka, aby przeprowadzić poważną rozmowę z dwiema niewinnymi ofiarami fatum genetycznego. Powiedzieć, że miałem mieszane emocje, to za mało. Nadal przepełniała mnie radość i energia po usłyszeniu znakomitych wieści o mojej własnej rodzinie, kiedy kolega wręczył mi zdjęcia. Od tej chwili zachowywałem się jak na autopilocie. Poczułem, że cała radość związana z moją żoną i dzieckiem znikają. Tata Jay przestał istnieć. W pokoju pojawił się Jay – neurochirurg.

Przyszli rodzice byli naprawdę cudowni i wyraźnie bardzo w sobie zakochani. Z oczywistych powodów zacząłem rozmowę, ujawniając moją własną sytuację:

– Wiecie co, tak się składa, że moja żona też jest w ciąży. Właśnie dziś rano mieliśmy badania USG. Wiem doskonale, jak bardzo się pewnie cieszyliście, aż do tej chwili, i mogę tylko sobie wyobrażać, jak bardzo zaboląła was wiadomość, że powinniście się ze mną spotkać. Tym niemniej musimy przez to przejść, porozmawiać o sprawie, a potem musicie ustalić plan działania.

– Plan? – pyta tata. – Myślałem, że po prostu musimy wrócić za dwadzieścia tygodni.

Och, jesteś jednym z tych ludzi, dociera do mnie.

*

Jestem tak przyzwyczajony do tego, że ludzie pytają mnie o opinię, że czasami zaskakuje mnie, kiedy nagle okazuje się ona niekonieczna. Jeżeli spytacie Jaya lekarza o jego poglądy na waszą sytuację, przytoczy wam fakty i podsumuje słowami: „ale decyzja należy do was”. Jeżeli zapytacie Jaya mężczyznę i ojca, co by zrobił, odpowie: „chciałbym urodzenia dziecka” lub „zdecydowałbym się na aborcję ze względu na dobro dziecka”. Jako człowiek nie mogę nie posiadać opinii. Nie mogę odmówić postawienia się w sytuacji każdego z rodziców, których widuję – chociaż zdecydowanie wolałbym tego nie robić, ponieważ to okropne uczucie.

Decyzja, aby nie skonsultować się ze specjalistą, jest trochę jak zgubienie się na pustyni i postanowienie, że nie skorzysta się z posiadanej mapy. Jeśli wierzycie, że Bóg doprowadzi was do bezpiecznego miejsca szybciej niż wiedza, po co mielibyście korzystać z tej drugiej?

Rozumiem to, naprawdę. A przynajmniej tak mi się wydaje. Czasami myślę, że jestem religijny, ale po prostu cholernie *wkurzony*, że Bóg pozwala na to, co dzieje się na świecie i przytrafia moim pacjentom. Innymi razy uznaję, że jednak w ogóle nie wierzę. Czy to moja złość, bo Bóg nie chce zrobić tego, czego od Niego oczekuję? Kto wie. Tak czy owak, muszę pozostawić owe rozważania za progiem. Parafrazując doktora

McCoya ze *Star Treka*: Do diabła, Jim, jestem lekarzem, a nie hinduistą. Swoją drogą, to dopiero byłby fajowy odcinek!

Chociaż w badaniach spisu ludności większość rodowitych Brytyjczyków rasy białej (z braku lepszego opisu) identyfikuje się jako chrześcijanie, tak naprawdę nie są zbyt religijni. Przychodzą do mnie, ja im doradzam i tłumaczę, a oni podejmują decyzje na podstawie podanych im informacji. Wszyscy są wdzięczni za to, że mają wybór.

Pobożni ludzie widzą to inaczej – ci najżarliwsi, bez względu na to, o jakim wyznaniu mówimy. Z mojego doświadczenia ci ludzie często stawiają poglądy religijne ponad osobistymi. Widzę, że wielu z nich jest rozdartych decyzją, jaką podejmują. Ich instynkt rodzicielski – i ludzki – z wrzaskiem podpowiada im jedno, ale ich wychowanie, oddanie i wierność swojej religii dyktuje im inną drogę postępowania. „Tak chciał Bóg”.

Ja jestem tylko człowiekiem, konsultantem medycznym. Nie mogę się spierać z wiarą.

Widuję rodziców, którzy są dużo bardziej rozdarci, niż chcą to pokazać. I w pewien sposób ja również. Do chwili porodu tych dwoje dorosłych jest moimi pacjentami. W momencie przyjścia na świat ich dziecka ich zmartwienia szybko przesuwają się na dalszy plan. Koncentruję się na dziecku – oczywiście jeśli dotrzemy do tego momentu.

Nadal nie jestem pewien, czy ci konkretni rodzice podejmą decyzję o aborcji. Jest jeszcze kilka możliwości, które chcę, aby zrozumieli, zanim coś postanowią.

– Dla pełnej jasności: jeśli zdecydujecie się na donoszenie ciąży, wasze dziecko nigdy nie będzie mogło cieszyć się takim życiem, jakie jest dane wam i mnie – mówię. – Niemal na pewno będzie potrzebowało licznych zabiegów operacyjnych. Może pozostać

zależne od respiratora przez całe życie. A życie to będzie krótkie. W przypadku pacjentów z tak poważnymi schorzeniami najprawdopodobniej będą to miesiące, może rok.

Rodzice kiwają głowami, a ja naprawdę mam wrażenie, że coś do nich dociera. Kilka dodatkowych statystyk i może będę mógł przerwać i zapytać o ich zdanie.

– Rozumiemy te trudności – mówi tata. – Tak, życie naszego dziecka może być krótkie. Ale to krótkie życie jest dla nas ważne.

– Rozumiem – odpowiadam. – Jeśli taka jest wasza decyzja, będę ją wspierał.

*

Chciałbym móc powiedzieć, że moje prognozy okazały się przesadne i że problemy dziecka nie były w połowie tak poważne, jak przewidywałem. Niestety, nie mogę. Dziecko urodziło się osiemnaście tygodni później i wymagało natychmiastowej interwencji chirurgicznej. Jedyna pociecha w tym, że byliśmy na to przygotowani. Wszystko już czekało i przejście od porodu do respiratora zajęło nam minuty.

Poza rozszczepem kręgosłupa dziecko miało poważne defekty spowodowane aberracjami chromosomowymi, bardzo uszkodzony mózg i całą listę innych problemów. Pomiedzy kolejnymi wizytami na sali operacyjnej było podłączane do respiratora.

Każda operacja przebiegała podręcznikowo. Osiągnęliśmy maksimum tego, na co mogliśmy liczyć. Niestety, to nie wystarczało. Zawsze walczyliśmy o to dziecko, będąc na przegranej pozycji. Spróbujcie zbudować zamek na piasku, kiedy fale morskie wdzierają się na plażę.

Po pierwszym zabiegu porozmawiałem z rodzicami.

– Posłuchajcie, to naprawdę wygląda bardzo źle. Musimy się zastanowić, jak długo chcecie walczyć.

– Chcemy, żeby walczył pan do końca – odparła mama, ściskając dłoń męża. – Jeśli taka będzie wola Pana, wszystko będzie dobrze.

– W porządku.

Taką samą krótką rozmowę przeprowadziliśmy po drugiej i trzeciej operacji. Przed rozpoczęciem czwartej powiedziałem:

– Muszę być z wami szczerzy. Stan waszego dziecka nie poprawi się po tej interwencji. Ono w końcu umrze, przewiduję, że w ciągu kilku tygodni, ale być może zajmie to kilka miesięcy. Utrzymanie go przy życiu jest niemożliwe.

Na co tata odpowiedział:

– Czy jest pan absolutnie pewien? Może nam pan dać stuprocentową gwarancję, że nasze dziecko nie przetrwa?

I wiecie co? Nie mogłem. Czasami bycie pewnym na 99,9 procent nie wystarcza.

– Nie – odparłem. – Byłbym szczerze zaskoczony, gdyby przeżyło, ale nie mogę wam dać żelaznej gwarancji.

Mężczyzna spojrział na swoją żonę. Uśmiechnęli się do siebie i pocałowali.

– W takim razie to nie zależy od pana – odparł, spoglądając znowu na mnie. – To Bóg zdecyduje. Proszę, niech pan wykona swoją pracę, niech pan nie przestaje. Niech pan zrobi wszystko, co w pana mocy.

Wzruszyłem ramionami. Nie dlatego, że mnie to nie obchodziło – po prostu nie widziałem sensu w dalszej dyskusji. Koniec końców, pracuję w służbie pacjentów, a nie rodziców, i gdybym chciał, moglibyśmy obrócić to w legalną walkę. Ja jednak tego nie chciałem. Ci biedni rodzice byli w sytuacji nie do pozazdroszczenia i potrzebowali wsparcia. Owszem, mieli je od

Boga, ale jest to również częściowo i nasza rola. Musiałem się jednak upewnić, że potrzeby mojego małego pacjenta zawsze były pozycją numer jeden na liście.

– Nie jestem przekonany, czy rozumieją państwo powagę stanu waszego syna. W mojej profesjonalnej opinii, jeśli dziecko przestanie oddychać, nie powinniśmy go znów podłączać do respiratora. Jeśli to zrobimy, najprawdopodobniej zostanie w takim stanie do końca życia.

– Proszę pana, posiada pan wspaniałe zdolności i możliwości, ponieważ Bóg pana nimi obdarował. Prosimy, aby okazał pan swoją wdzięczność, wykonując Jego wolę.

Przez dwa miesiące dziecko nie opuściło szpitala. Nigdy nie wróciło do domu. Nigdy nie doświadczyło życia poza podłączeniem do tej lub innej maszyny. Rodzice odwiedzali je codziennie. Oboje lub pojedynczo, pojawiali się podczas każdego dozwolonego czasu wizytacji – chociaż kiedy tygodnie zmieniały się w miesiące, ich każdorazowy pobyt w szpitalu stawał się coraz krótszy i krótszy. W przeciwieństwie do nich pielęgniarki oddziałowe były przy dziecku przez cały czas. Musiały. Opiekowały się chłopcem, pomagały mu, myły go i karmiły – tak jak to robią ze wszystkimi pacjentami. Opiekowanie się tym samym dzieckiem zbyt długo potrafi być bardzo stresujące dla tych niezwykle współczujących i opiekuńczych ludzi. Przywiązanie jest czymś wspaniałym, ale to obosieczna broń, jeśli zakończenie nie jest pomyślne. Pielęgniarki zazwyczaj pracują z różnymi pacjentami w rotacji, aby tego uniknąć. Tym niemniej, jeśli dziecko spędza tak wiele czasu w szpitalu, w nieunikniony sposób staje się obiektem przywiązania wszystkich pielęgniarek. Siedemdziesiątego dnia pobytu obserwowałem, jak rozpoczynają swoją poranną krzątanie.

– Jak on się miewa? – spytałem, podchodząc bliżej.

– Nie jest zbyt szczęśliwy – odparła jedna z pielęgniarek. – Niech pan obserwuje monitor, kiedy będę go myła.

Tak też zrobiłem. Widziałem, jak jego tętno podskoczyło w górę w momencie, gdy bawełniany wacik dotknął jego małego ciała. Należało się spodziewać reakcji, ale nie aż takiej. Ta graniczyła z udręką.

– Wszystko go boli – powiedziała pielęgniarka. – To nie w porządku.

Nie mogłem się bardziej z nią zgodzić. Potrzebowałem tylko zrozumienia i akceptacji tego faktu przez dwoje innych ludzi. A raczej musiałem przekonać jedno z nich...

*

Bardzo rzadko dwoje dorosłych ludzi, rodziców, zgadza się ze sobą w stu procentach na każdy temat. Obiady, słodycze, limit oglądania telewizji, godzina pójścia spać, przeklinanie, drobne obowiązki domowe – cokolwiek. Zawsze istnieją pewne różnice w opinii między rodzicami – na każdy temat. Byłem gotów się założyć, że ten konkretny, dużo bardziej poważny prowokował jeszcze większy podział zdań.

– Porozmawiam z nimi jeszcze raz – obiecałem pielęgniarce. – Kiedy spodziewacie się wizyty mamy?

– Wczoraj przyszła tu na dwadzieścia minut, w porze lunchu. Podejrzewam, że dzisiaj będzie to samo.

Zdawałem sobie sprawę, że pielęgniarka ma to za złe rodzicom, ale w pewien sposób odebrałem to jako „pozytywny” znak. Fakt, że rodzice skracali swoje wizyty (naturalna deprecjacja), podpowiadał mi, że podświadomie pogodzili się z tym, że

przegrają. Przegrają walkę z chorobą, stracą syna, którego nawet nie mogli przytulić. Pogrążeni w bólu rodzice zaskakująco często stopniowo oddalają się od problemu, jakby stawiali niewidoczną ścianę między nimi i bólem. Czego oczy nie widzą...

– Ściągnijcie mnie natychmiast, kiedy pojawi się mama – poprosiłem pielęgniarkę. – Muszę z nią porozmawiać.

Kiedy nadszedł sygnał, było już bliżej trzeciej po południu. Pobiegnę na oddział intensywnej opieki noworodkowej i przypadkiem-celowo wpadłem na mamę.

– Jakież zmiany w stanie syna? – spytała ponuro.

– Nie – doparłem. – Ale myślę, że pani już i tak to wie.

Kobieta westchnęła.

– Proszę posłuchać, wiem, że wierzy pani w boską moc i plany. Naprawdę szanuję to, proszę mi wierzyć. Mimo to, pani nie jest moją pacjentką. Moja lojalność, moralna i prawna, leży po stronie tego maleństwa w inkubatorze, podłączonego do maszyny, która za niego oddycha. I mówię pani, że wystawianie go na kolejne zabiegi nie pomoże mu wyzdrowieć.

– Ale... – zaczęła i umilkła.

– Myślę, że państwa wybory bardzo go krzywdzą – ciągnąłem. – Sprawiają mu ból, którego nie powinien znosić. Nie ma żadnego medycznego uzasadnienia, aby kontynuować leczenie pani dziecka. Nie polepsza mu się, nigdy się nie polepszy, a każdy dzień spędzony na oddychaniu za pomocą respiratora to kolejny dzień cierpienia i mordegi dla niego. Jako chirurg, jako lekarz, właściwie cały czas zadaję dzieciom ból, ale jest to część procesu leczenia, które naszym zdaniem poprawi jakość ich życia. W tym przypadku tak nie jest i nie będzie. Proszę porozmawiać ze swoim mężem.

*

Koniec końców tata dał się przekonać. Zgodziliśmy się, że dziecko nie miało żadnej nadziei przetrwania. Po prostu przestaliśmy sztucznie przymuszać je do życia. Skoncentrowaliśmy się zamiast tego na zapewnieniu dziecku wygody i na niwelacji bólu. Koniec był bezbolesny i naturalny. Oboje rodzice byli w szoku. Położyli swoją wiarę w Bogu, z nadzieją, że pokaże drogę ich synowi. Może był to rodzaj testu. Moim zdaniem tak właśnie mogli to zinterpretować.

Muszę być szczery. Moim zdaniem sprawa zakończyła się tak, jak powinna. Czy udowodnienie rodzicom błędu w ich rozumowaniu dało mi satysfakcję? Nie. Zero. Współczułem mojemu pacjentowi, maleństwu, które męczyło się na próżno, aby przetrwać na przekór wszystkiemu. Jeśli nie mogłem mu pomóc, chciałem po prostu przynieść mu ulgę. I wreszcie było mi dane to zrobić.

Po dalszych rozmowach z rodzicami jestem przekonany, że nikt nie mógłby nam zarzucić braku starań. Gdyby ktoś przyłożył mi broń do głowy, być może udałoby się nam przedłużyć życie dziecka o kilka tygodni. Nie byłoby to jednak w jego najlepiej pojętym interesie – ani ostatecznie w interesie jego rodziny. Wiem, że to, co zrobiliśmy, było dobre dla dziecka i potrafię żyć z tą decyzją.

Ojciec dziecka koniec końców doszedł do tego samego wniosku. Kiedy obeschły łzy, uścisnął mi dłoń i podziękował za moje wysiłki i za kierowanie się dobrem jego syna. I chociaż nie zgadzałem się z jego początkową logiką, w tym momencie byłem dumny. Przez wiele tygodni byliśmy ideologicznie skłóceni, ale wreszcie doszliśmy do porozumienia. Od samego początku wszyscy chcieliśmy jak najlepiej dla dziecka i teraz to dostrzegaliśmy.

Położnik spytał mnie potem:

– Co, udało ci się skłonić go do przyznania, że jesteś tu jedyną siłą wyższą?

– Nic podobnego – odparłem. – Jestem tylko wdzięczny, że nie oskarżył mnie o zamordowanie jego dziecka.

Bo wierzcie mi, takie rzeczy również się zdarzają...

ROZDZIAŁ SIEDEMNASTY

CHCESZ ZABIĆ MOJE DZIECKO!

Próba uporządkowania chaosu leży w ludzkiej naturze. Udajemy, że mamy pod kontrolą wszystko w naszym otoczeniu. Z zasady na moim oddziale nie ma list oczekujących. Jeśli ktoś potrzebuje spotkania z lekarzem, to się z nim spotkamy. Nie za sześć miesięcy ani za sześć tygodni, ale dzisiaj lub jutro. Niekoniecznie sam przy tym będę, ale ktoś z mojego zespołu – na pewno. W naszym zawodzie zbyt długie czekanie nie wróży niczego dobrego.

Wiele pracy wkładamy w planowanie, ale niektórych rzeczy nie da się przewidzieć. Na przykład tego, że dziesięcioletek wybiegnie na ulicę prosto pod samochód. Kiedy rozlega się alarm, ruszamy do boju. Rzuć wszystko, zapomnij o wszystkim, zbierz dupę w troki i leć na SOR albo OITD. Dziecko mieszkało niedaleko, więc oczywiście przywieziono go do naszego SOR-u. W chwili, gdy pojawiło się podejrzenie uszkodzenia mózgu, zadzwonili do nas.

Ratownicy mają cały opis:

– Dziesięcioletni chłopiec, wypadek drogowy, podejrzenie rozległego uszkodzenia mózgu.

Na pierwszy rzut oka nikt nie domyśliłby się, przez co przeszedł ten chłopak – i z czym *nadal* się borykał. Miał jedynie nieliczne zadrapania na buzi i niewielkie zasinienie na czaszce, ale nic więcej, czego można by się spodziewać po upadku z roweru. W dzieciństwie wielu z nas prawdopodobnie oberwało znacznie gorzej.

Za pomocą małej latarki zbadałem wrażliwość źrenic chłopca na światło. Reagowały, co oznaczało, że mózg nadal funkcjonuje. To zawsze dobry znak. Pytanie tylko, na jak długo.

Zdecydowanie miał problem z oddychaniem. Ciało chłopca nie czyniło żadnego wysiłku w tym kierunku. Zanim mogliśmy cokolwiek zacząć, musiał zostać podłączony do respiratora.

Tomografia komputerowa (TK) jest dość pobieżnym testem, ale daje dobre rozeznanie w tym, co się może dziać. A zdjęcia tego chłopca nie wyglądały dobrze. Z wierzchu jego twarz i ręce wyglądały może znośnie, ale jego mózg był pokiereszowany. Wyglądał, jakby chłopak spędził dłuższy czas na ringu bokserkim. Mogłem sobie jedynie wyobrazić, jak mocne było uderzenie, które spowodowało tak ostre wstrząśnięcie. I nie byłem odosobniony w moich myślach.

*

Poród może być niezwykle traumatycznym przeżyciem. Dzieci z definicji są bezbronni, bardzo słabi i zależni od dorosłych, którzy muszą we wszystkim im pomagać. Dla świeżo upieczonych rodziców potrafi to być bardzo trudny czas, zwłaszcza kiedy człowiek nie wie, co robi i czy robi to dobrze oraz wystarczająco

często. Wszyscy przez to przechodzimy. W którymś jednak momencie wszystko zaczyna się uspokajać. Zdajemy sobie sprawę, że jednak wiemy, co robimy, kochamy swoje dziecko i jesteśmy pewni, że wszystko będzie dobrze. A potem dzieje się coś takiego.

Wyobraźcie sobie dziesięć cudownych lat słodkiego, przyjemnego życia rodzinnego. Pomyślcie o wszystkich ważnych wydarzeniach z tamtego okresu, o śmiechu i łzach, o wspólnych doświadczeniach rodziców i dziecka. Spoglądając w przeszłość, człowiek zastanawia się, gdzie podziały się tamte chwile, a potem zaczyna planować całe przyszłe życie, pełne wspaniałych osiągnięć. Myśli o szykowaniu kanapek na lunch dla swojego syna, całowaniu go w głowę na pożegnanie i wysyłaniu do szkoły, jak setki razy przedtem. I nagle przychodzi wiadomość, że twoje dziecko leży nieprzytomne w szpitalu. Nic na tym świecie nie może cię na coś takiego przygotować.

Gdy przewozimy właśnie pacjenta z SOR-u na OITD, jedna z pielęgniarek przynosi wieści, których się obawiałem i których oczekiwałem.

– Rodzice już tu są.

– W porządku – odpowiadam. – Zajmij się nimi. Przyjdę, jak tylko tutaj skończymy.

Nie proszę jej o przekazanie rodzinie złych wiadomości. To moja praca. Nie jest to coś, co lubię, ale wiem, jak to zrobić. Potrafię podzielić się tragicznymi nowinami, może nawet czasami zrujnować ludziom życie, a potem ułożyć to sobie w głowie tak, że jestem w stanie wrócić wieczorem do mojej własnej rodziny tylko z niewielkim załamaniem. Być może pielęgniarka, z którą rozmawiam, ma podobną strukturę psychiczną. Być może potrafi zdystansować się od osobistego dramatu wynikłego z ujawnienia tak druzgocącej informacji. A może wie, że pewnego

wtorkowego popołudnia w maju złamała serce dwóm osobom, pozostawiłaby na jej duszy nigdy niegojącą się bliznę. Ja w każdym razie nie zamierzam tego ryzykować.

Chłopiec jest moim pacjentem, moją odpowiedzialnością. Jeśli wszystko ma się skończyć na płaczu i wylewaniu złości, chcę, abym to ja był tego przedmiotem. Jestem wysoki, mam szerokie bary (dosłownie i w przenośni), podobnie jak wielki brzuch. Dam sobie radę. Ale najpierw musimy zrobić wszystko, co w naszej mocy, żeby ocalić pacjenta.

*

Rozległe obrażenia mózgu są trochę jak skrzyżowana kostka. Na początku nie mamy pojęcia, jak bardzo źle jest – dopiero następny dzień przynosi odpowiedź.

Ze zdjąć wiem, że mam do czynienia z bardzo poważnie uszkodzonym mózgiem. Fakt, że źrenice chłopca reagują, to dobry znak. Chcę się dowiedzieć, czy to szczyt jego możliwości, czy dopiero początek. Dlatego muszę monitorować ciśnienie mózgu chłopca w czaszce. Problemy takie, jak wodogłowie, krwawienie lub obrzęk mózgu mogą się pojawić w każdej chwili – a my musimy być przygotowani.

Aby móc cokolwiek zrobić, trzeba się dostać do środka głowy, nie powodując kolejnych uszkodzeń. Na szczęście mamy prawdziwe drzwi do Narnii. Brzmi to pewnie fantastycznie, zważywszy, jak niesamowicie skomplikowanym narządem jest mózg i jak łatwo można zniszczyć życie, myląc się zaledwie o milimetr. Na szczęście są miejsca, których istoty ludzkie tak naprawdę nie używają. Jeśli spojrzycie na twarz i przeprowadzicie w górę linię od prawej źrenicy i drugą od czubka ucha, przetną się one, wykreślając

obszar prawego płata czołowego – część mózgu, która siedzi sobie cicho i nie wydaje się zbyt dużo robić. Być może za kilka lat odkryjemy, że w rzeczywistości jest dużo ważniejszą częścią całej struktury kresomózgowia. Na razie jednak wedle naszej wiedzy jest to głównie wypełniacz przestrzeni – a zatem świetne miejsce do umiejscowienia monitora ciśnienia wewnątrzczaszkowego.

Chłopiec zostaje wprowadzony pod narkozę. Leki znieczulające będą utrzymywać organizm w stanie spokoju. Potrzebuję tylko dziesięciu minut. Obserwuję, jak młodsza chirurga wykonuje nacięcie w skórze z przodu głowy, a potem nawierca mały otwór – taki, jak zrobilibyście w ścianie, żeby zawiesić mały obrazek. Do środka wprowadza drucik piezoelektryczny. To tak naprawdę bardziej wyszukana wersja technologii, której używamy do automatycznego zapalania gazu w kuchence gazowej: naciskamy zapłon, przez drucik przebiega ładunek elektryczny i inicjuje spalanie emitowanych gazów. W naszym przypadku, kiedy mózg zaciska się na druciku z powodu kompresji, produkuje ładunek elektryczny, który zostaje przeliczony na jednostki ciśnienia i jest mierzony przez nasz ciśnieniomierz w milimetrach słupa rtęci (mmHg). Normalny odczyt lokuje się między 5 a 10 mmHg.

Kilka sekund po umieszczeniu monitora sprawdzam odczyt. Szesnaście mmHg, wysokie, ale jeszcze pod jako taką kontrolą. *Może się nam uda.* Tylko że tak jak ze skreconą kostką, prawdziwy obrzęk dopiero nadejdzie.

Wzdycham, ściągam maskę i myję ręce. Teraz czeka mnie trudny etap – rozmowa z rodzicami.

*

Nie ma właściwego sposobu radzenia sobie ze stresem. Często spotykam rodziców, którzy decydują się na dystans między sobą, stoją w przeciwnych częściach pokoju, jeden wpatrzony w tę, drugi w inną stronę. Nie jest to zamierzone. Nie chcą demonstrować żadnego rozłamu. Reagują po prostu jak indywidualne jednostki, jak ludzie. Starają się, jak mogą. Inni z kolei zdają się zdeterminowani, żeby dzielić ze sobą tę samą przestrzeń. Są tak blisko, że rzucają jeden wspólny cień. W tej chwili mam przed sobą ten drugi wariant.

Zaczynam od złożenia najszczerzych wyrazów współczucia z powodu ich nieszczęścia. Nie umiem sobie wyobrazić, przez co teraz przechodzą jako rodzice. Nie odważyłbym się nawet zgadywać. Nie znaczy to jednak, że zamierzam ich okłamywać.

– Muszę być szczery – zaczynam. – Wasz syn jest w złym stanie. Pierwsze badania wskazują na poważne obrażenia mózgu. Może się okazać, że nieuleczalne. Rozumiem, że to dla państwa absolutnie niewyobrażalne, ale muszę przygotować was na najgorsze.

Zapada milczenie. Potem tata pyta:

– Przez najgorsze ma pan na myśli...?

Kiwam głową. Zna odpowiedź. Ona również. Ale ja muszę to powiedzieć na głos.

– Nadal wykonujemy szereg testów i oczywiście zrobimy, co w naszej mocy, ale bardzo mi przykro – z dużym prawdopodobieństwem wasz syn umrze na skutek tych obrażeń.

Kiwają głowami. Milcząc, wtulają się jedno w drugie. Kiedy zaczynają płakać, chowają twarze w ramieniu tego drugiego.

Tylko dlatego, że prognozy były fatalne, nie oznaczało, że zamierzaliśmy się poddać. Wręcz przeciwnie. Zgodnie z oczekiwaniem, w ciągu sześciu godzin od przyjazdu nastąpiły poważne zmiany w obrębie czaszki. Mózg puchł w przerażającym tempie i jeśli zostawilibyśmy to bez ingerencji, wkrótce osiągnąłby katastrofalne ciśnienie. Musiałem znaleźć się na sali operacyjnej i to natychmiast.

Wyniki kolejnej tomografii potwierdzają odczyty aparatu piezoelektrycznego. Mózg jest obrzęknięty i nadal się powiększa. Ciśnienie wewnątrzczaszkowe bliskie jest krytycznego. Wszyscy w pokoju wiedzą, co musi się stać, ale i tak oznajmiam to na głos, moim najlepszym „chirurgicznym” głosem:

– Musimy wykonać na tym chłopcu kraniotomię odbarczającą.

Krótko mówiąc, musimy „podważyć wieczko”. Usuniemy dużą część kości czaszki, otworzymy oponę twardą i pozwolimy mózgowi na swobodne puchnięcie.

Przy dźwiękach starych przebojów z lat osiemdziesiątych rozpoczynamy operację.

*

Obrzęknięty mózg tak bardzo się rozpycha, że zaczyna w końcu uciskać i blokować przepływ krwi. W zdrowym ciele serce pompuje krew naczyniami do mózgu, dostarczając w ten sposób tlenu tkankom. Zazwyczaj krew nie napotyka żadnego oporu. Kiedy mózg puchnie, naczynia doprowadzające krew są coraz bardziej ściskane, co prowadzi do niedotlenienia mózgu. To z kolei powoduje uszkodzenie tkanki mózgowej i obrzęk. I tak dalej, i tak dalej – błędne koło, w którym obrzęk prowadzi do niedotlenienia, a niedotlenienie do obrzęku, który redukuje dopływ tlenu,

prowadząc do niedotlenienia – i tak *ad finitum*, czyli do śmierci. Dlatego musimy „podważyć wieczko”.

Można by powiedzieć zamiast tego „odbić dekiel” albo „podnieść maskę”, jak mechanicy samochodowi. „Podważenie wieczka” jednak najlepiej oddaje to, co robimy. Musimy dostać się do żywej tkanki i jest na to tylko jeden sposób.

Już samo odcięcie korony czaszki dwukrotnie zmniejsza ciśnienie. Jeśli zmiana była aż tak drastyczna, mózg musiał być naprawdę bardzo ściśnięty. W ciągu dziesięciu minut zaczyna znów puchnąć.

Wprowadzam do środka cewnik dokomorowy. Chcemy usunąć płyn rdzeniowo-mózgowy i dać mózgowi wystarczająco dużo miejsca, żeby chociaż spróbował zawalczyć o powrót do normalności. Wszystko, co robię, jest krokiem we właściwym kierunku. Wiem o tym, ponieważ ciśnienie mózgu spada, ale tylko na chwilę. Zabezpieczam skórę nad zaognionym mózgiem. Siadamy i przez chwilę obserwujemy chłopca na sali. Żadne moje działania nie zdołały zniwelować wzrostu ciśnienia.

Lista możliwości jest skończona. Wykorzystaliśmy je wszystkie i teraz mogę tylko siedzieć i wpatrywać się w poobtłukiwaną i posiniaczoną małą główkę. Czego chce? O co walczy? To hipnotyzujące – jak przyglądanie się czajnikowi z gotującą się wodą. To, co powinno być solidną masą tkanki mózgowej o wadze około 1,5 kilograma, jest ciągliwą, pęczniejącą breją. Nawet jeśli zdołam przywrócić go do normalnych rozmiarów, nie jestem pewien, co jeszcze można w nim ocalić.

*

Kolejny tomograf potwierdził moje obawy. Mózg się rozpadał – można wręcz powiedzieć, że się rozpuszczał, zaczynał sam siebie niszczyć.

Ciśnienie mieliśmy pod kontrolą, „wieczko” założyliśmy z powrotem i chłopiec wrócił na OITD. Rodzice wyszli wykonać kilka telefonów, a ja zostawiłem dziecko pod opieką zespołu intensywnej terapii. Nie minęło pół godziny, kiedy wezwano mnie z powrotem.

Pielęgniarki i pielęgniarze to cudowni ludzie, profesjonalni, pełni współczucia. Codziennie widzą i robią rzeczy, po których „normalny” człowiek nabawiłby się urazu psychicznego na wiele lat. Mimo to, kiedy przyglądałem się dwóm dwudziestoparolatkom radzącym sobie z tym, co wylewało się z mojego pacjenta, obudziło to we mnie nowy szacunek dla ich zdolności. Jedna trzymała rękę w miejscu, gdzie zszyłem głowę dziecka. Druga podawała kolejne gaziki i pozbywała się już zabrudzonych.

– Czy to jest to, co myślę? – spytała pierwsza, powstrzymując wyciek palcami.

Skrzywiłem się.

– Tak. Obawiam się, że to mózg.

*

Pamiętam, jak całe lata temu w Glasgow przybiegłem na wezwanie i zastałem pielęgniarki w podobnej sytuacji. Wtedy jeszcze byłem żółtodziobem, świeżo po szkole, i łatwo mnie było zaszokować i wyrzucić na mnie wrażenie. Przyglądałem się, jak dojrzała szkocka pielęgniarka troskliwie ścierała substancję

wyciekającą z głowy pacjenta. Kiedy zorientowała się, że ją obserwuję, pokazała mi mokrą chustkę.

– A to były jego wspomnienia ze szkoły – powiedziała.

Czarny humor, wiem, może obrzydliwy, ale co innego można zrobić? Przecież ta kobieta dosłownie wycierała wyciekającą z głowy pacjenta tkankę mózgu, podobnie jak teraz dwie młode kobiety przede mną, dwadzieścia lat później. Wyobraźcie sobie, że wyciskacie pastę do zębów i przyglądacie się, jak z tubki wypływają resztki. Właśnie to miałem przed oczami. Mózgowa „pasta do zębów” wypływała niepowstrzymanie przez dziury na szwach. Wyglądało to jak krwawy pudding ryżowy. Najwyraźniej mózg nasiąkał wodą, robił się miękki i brejowaty – to część procesu umierania. Naprawdę żał mi było tych pielęgniarek. Nikt nie powinien musieć robić takich rzeczy.

Trzeba było ukryć ten okropny widok przed oczami rodziców, więc owinęliśmy głowę dziecka bandażami.

*

Mama i tata wkrótce wrócili na oddział, po zawiadomieniu rodziny i krewnych. Cóż za okrutna misja. Omówiłem to, co się wydarzyło, i postanowiliśmy poczekać na dalszy rozwój wypadków. Rodzice nie opuścili szpitala nawet raz przez całe trzydzieści sześć godzin od chwili przyjęcia chłopca. Podawałem im najświeższe informacje tak często, jak mogłem, streszczając przebieg i wynik kolejnych procedur. Niektóre rozmowy były bardziej szczegółowe niż inne, w zależności od czasu i wiedzy. Tym razem byłem nieco delikatniejszy niż zwykle. Rodzice nie musieli znać wszystkich krwawych szczegółów. Bez względu na

wszystko, pozostałem jednak przy prawdzie: „Wasz syn najprawdopodobniej nie przeżyje”.

Mijały godziny i dni, a rodzice coraz bardziej godzili się z losem. A przynajmniej tak sądziłem.

Wreszcie nadszedł czas na „Rozmowę”. Powtórzę, że nie jest to obowiązek, który kiedykolwiek mógłbym scedować na kogoś innego. Znalazłem rodziców w poczekalni, ze świeżą kawą w rękach. Byłem w mojej niebieskiej „pizamce”, bo przed chwilą wyszedłem z sali operacyjnej. Przyproceedziłem ze sobą mojego kolegę, konsultanta z OITD (zawsze staramy się to robić zespołowo). Miałem jako takie pojęcie, co chcę powiedzieć, i domyślałem się, jak mogą na to zareagować.

Zacząłem. Streściłem wszystkie nasze wysiłki, aby utrzymać chłopca przy życiu. Rodzice już to słyszeli. Na końcu powiedziałem:

– Pomimo naszych największych starań nie można już nic więcej zrobić. Sugeruję, żeby pozwolili państwo swojemu synowi odejść.

Każdy człowiek przyjmuje takie informacje na swój własny sposób. Muszę dość dobrze poznać daną osobę, aby przewidzieć jej reakcję. W przypadku tych dwojga byłem pewien, że zrozumieją, zaakceptują swój los, chociaż nigdy nie zapomną tego bólu. W rzeczywistości spotkałem się z całkowicie odmienną reakcją.

– Dlaczego chce pan przestać? – spytał tata. – Przecież on żyje, prawda? Jego serce nadal bije.

– Tak, ale jego mózg nie funkcjonuje.

– Ale serce tak. Czyli oddycha. Czyli nadal żyje.

Pozwoliłem, aby dyskusja nieco się rozciągnęła, chociaż prowadziła oczywiście donikąd. Potem wskazałem palcem w kierunku oddziału.

– Pamiętacie bandaż na głowie waszego syna? Założyliśmy je, ponieważ jego mózg jest tak bardzo uszkodzony i spuchnięty, że zaczął wyciekać przez nacięcie w skalpie. To naprawdę, *naprawdę* bardzo zły stan.

Miałem wrażenie, że musiałem uciec się do rozbicia orzecha za pomocą młota pneumatycznego, ale wciąż byłem zaskoczony ich reakcją. Młot pneumatyczny też nie pomógł.

– Jesteście jego lekarzami – powiedział tata. – Nie zawiedźcie mojego syna. Proszę, ratujcie go dalej.

Była to fatalna sytuacja. Mózg chłopca był praktycznie martwy. Nie przeprowadziłem jeszcze testu potwierdzającego śmierć mózgu, ale byłem pewny co do jego wyników. Jeszcze raz podjąłem próbę wytłumaczenia powagi sytuacji rodzicom.

– Gdybyśmy niczego nie zrobili, kiedy wasz syn się tu pojawił, już dawno by umarł. Gdybyśmy nie zareagowali na którymkolwiek etapie od czasu jego pobytu tutaj, wasz syn by umarł. Jego mózg umiera, jeśli już nie jest martwy. Oddycha dzięki specjalnej maszynie. Poza kontrolą bólu nie możemy wiele zrobić.

– Tak długo, jak żyje, musicie mu pomagać – odparł tata. – Chcemy tego i takie jest prawo.

Tak, pomyślałem. To prawda. Ale prawo ma również odpowiednie klauzule na wypadek zaistnienia podobnych sytuacji.

*

Nie mogliśmy zrobić nic więcej – zmienić bandaż, oczyścić ranę, podać środki przeciwbólowe i uspokajające, upewnić się, że chłopiec jest na stałe podłączony do respiratora. Nic nie mogło się

zmienić. Nowy mózg się nie pojawi i mały nigdy nie przebudzi się do życia.

Zostawiłem sprawę do następnego dnia i udałem się na ponowną rozmowę z rodzicami. Tym razem byłem bardziej stanowczy. Wiedziałem już, czego mogę się po nich spodziewać. Powiedziałem coś w stylu:

– Moja medyczna sugestia jest taka, żeby odłączyć chłopca od respiratora. Nie będzie w stanie oddychać samodzielnie, ale upewnimy się, że nie odczuje bólu ani stresu. Będziemy w sąsiednim pokoju, aby państwo mogli zostać przy nim do chwili śmierci.

Szczerze powiedziawszy, nie sądzę, żeby moje słowa w ogóle się liczyły. Sama sugestia, że ich pierworodny miałby zostać odłączony od maszyn podtrzymujących życie, doprowadził ich, a zwłaszcza ojca, do rozpacz.

– Nie mogę w to uwierzyć! – wrzasnął. – Chce pan zabić moje dziecko!

Skoczył do mnie, stanął twarzą w twarz. Spojrzeliśmy sobie w oczy. Na szczęście byłem o jakieś piętnaście centymetrów wyższy od niego. Próbował zastraszyć fizycznie niewłaściwą osobę. Jestem masywny, potrafię to wziąć na klatę. Oczywiście gdyby zrobił coś takiego w stosunku do któregoś z członków mojego zespołu, zwłaszcza jakiejś drobnej pielęgniarki, sprawa wyglądałaby zupełnie inaczej. W takich przypadkach trzeba pozwolić rodzicom się wyżyć. Wiedziałem, że to bolało. Wiedziałem, że prawda była koszmarem. Mimo to musiałem to powiedzieć:

– Nie próbuję nikogo zabić. Praktycznie rzecz biorąc, wasz syn już nie żyje.

*

Prawda była taka, że ich dziecko było martwe w momencie, gdy uderzył w nie samochód. Umierał teraz na jednym z naszych łóżek nie z powodu naszego leczenia, lecz *pomimo* niego. Zrobiliśmy wszystko, co było trzeba, aby zwiększyć szanse tego biedaka.

Postanowiłem dać rodzicom jeszcze kilka godzin, wróćę do tematu. Jak się okazało, nie miałem takiej okazji.

Siedziałem właśnie w swoim gabinecie, szykując się do kolejnego przypadku, kiedy zadzwonił telefon. Recepcja z OITD.

– Czy mógłbyś do nas przyjść, Jay? Bardzo proszę. Mam tu dwoje ludzi, którzy chcą się z tobą zobaczyć.

– Dobrze. Kim oni są? – spytałem.

– Nie zapamiętałam nazwisk, ale jeden z nich jest policjantem.

*

Najbardziej trzeba uważać na tych cichych i spokojnych. Tata chłopca miał czterdzieści pięć lat i był całkiem przeciętnym przedstawicielem klasy średniej. Oczywiście zadbany, dobrze ubrany, dobrze wychowany, bez śladu nadęcia, snobizmu czy agresji. Prawdopodobnie nie skrzywdził w życiu nawet muchy. W tym jednak przypadku wywołał burzę. Widziałem to już wcześniej: Tata Niedźwiedź walczący o swoje małe.

Nigdy przedtem jednak nie byłem postawiony w sytuacji, gdy policja prowadziła śledztwo w MOJEJ sprawie.

Streściłem im wydarzenia z ostatnich czterdziestu ośmiu godzin. Ponieważ chłopiec był ofiarą potrącenia na drodze, policja

miała już szczegóły wypadku w swoich aktach. Kiedy skończyłem wyjaśnienia, oficer prowadzący spytał:

– Rozumiem, czyli twierdzi pan, że ten chłopiec ma nieuleczalne obrażenia, nie będzie w stanie przeżyć i sugeruje pan przerwanie leczenia?

– Tak. To standardowa procedura, a zatem tak.

– W takim razie wszystko jest w porządku. Nie ma tu żadnego przestępstwa. Absolutnie.

Policjanci byli naprawdę skruszeni. Rozumiałem tę sytuację. Odwiedził ich na posterunku zestresowany, przerażony, wstrząśnięty ojciec, oskarżając mnie o haniebne zachowanie. Musieli przeprowadzić dochodzenie. To ich obowiązek. A teraz musieli naprawić szkody – do pewnego stopnia.

– Czy możecie mi pomóc i powiedzieć ojcu dziecka, że naprawdę nie mam innego wyboru, jak zatrzymać próby leczenia?

– Cóż, pewnie byśmy mogli – odparł policjant z ponurym uśmiechem, takim, jaki widzi się tylko u gliniarzy, strażaków, ratowników, pielęgniarek i lekarzy. Jest to uśmiech ludzi, którzy widzieli życie od najgorszej strony, byli świadkami tego, co człowiek potrafi zrobić drugiemu człowiekowi i znosili już niejednego koszmar. – Może jednak lepiej będzie, jeśli usłyszą to od pana.

Z tymi słowy poszli sobie. Tchórze, pomyślałem z zazdrością.

Tata przyjął rozwój wypadków na tyle dobrze, na ile można się było spodziewać – czyli schował głowę w piasek.

– Nie obchodzi mnie, co powiedziała policja – odparł. – Zabraniam panu zakończyć życie mojego syna.

Najwyraźniej żadne argumenty nie były w stanie do niego dotrzeć. Przyszedł czas na wytoczenie armaty.

Kiedy jestem na sali operacyjnej, a z głośników płyną dźwięki Talking Heads lub innego zespołu, odrywam się od rzeczywistości i potrafię sobie wyobrazić, że jestem sam. Znajduję się dokładnie tam, gdzie powinienem, i szczerze mówiąc, rzadko kiedy bywam szczęśliwszy.

Świat jednak tak naprawdę nie znika, a ja jestem częścią bardzo dużej organizacji. Zbyt często owa organizacja jest źródłem nadmiernej roboty papierkowej i niepotrzebnych zebrań. Od czasu do czasu jednak okazuje się zbawieniem – na przykład wtedy, gdy chcemy przenieść pacjenta pod nadzór sądowy.

Powiadomiłem mojego szefa, a potem porozmawiałem z lekarzami na oddziale intensywnej opieki i wspólnie wypełniliśmy odpowiednie formularze. Technicznie rzecz biorąc, chłopiec był ich pacjentem. Pomiedzy naszymi oddziałami mieliśmy wystarczająco materiału, aby złożyć zeznanie do sądu.

Większość ludzi doświadczyła tak zwanego „opóźnienia prawnego”. Na przykład, jeśli ktoś złoży wniosek o pomoc dla zaniedbywanego dziecka, spodziewałbym się, że sprawa zajmie tydzień lub dwa. W tym przypadku nie mogliśmy czekać.

Nie pojawiłem się na przesłuchaniu w sądzie, ale dostałem wiadomość, że sprawa przebiegła pomyślnie. Sędziemu udało się rozpatrzyć sprawę od razu i podjąć decyzję. Od tej chwili my – czyli szpital, lekarze – byliśmy legalnymi opiekunami tego biednego małego chłopca.

Wygranie tej konkretnej walki nie sprawiło mi najmniejszej przyjemności. Oznaczało to po prostu, że mieliśmy teraz prawo do wstrzymania opieki medycznej nad dziesięcioletnim chłopcem. Na jakiej planecie ktoś mógłby to nazwać sukcesem?

W przeciwieństwie do mnie tata pojawił się w sądzie. Nawrzeszczał na sędziego, zrobił wszystko, co mógł, aby wniosek nie przeszedł. Sędzia skomentował, że ojciec wyraźnie bardzo kocha swojego syna, ale w tym przypadku właściwa decyzja niekoniecznie była zgodna z instynktami rodzicielskimi.

Było już dość późno, kiedy dotarł do mnie wyrok sądu. Rodzice byli bardzo religijni. Pielęgniarka z oddziału intensywnej terapii powiedziała mi, że poprosili o pomoc osoby duchownej. Nieco później w szpitalu pojawił się pastor, żeby z nimi porozmawiać.

Pokładałem w tym spotkaniu ogromne nadzieje, jak się okazało, na próżno. Ojciec wyrzucił duchownego na zbity pysk, wrzeszcząc:

– Wszyscy się zmówiliście przeciwko nam!

Dość tego, pomyślałem. Naprawdę próbowałem, ale teraz przyszedł czas...

Nawet działając całkowicie w literze prawa, nie ma prostego sposobu na nałożenie wyroku. Nie miałem do czynienia z szaleńcem, psychopatą lub kimś, kto chciał skrzywdzić drugą osobę. Stał przede mną ojciec rozdarty pragnieniem ocalenia swojej rodziny. Cokolwiek miało się zdarzyć, nie będzie tutaj żadnych zwycięzców. Nie on i na pewno nie jego syn.

Zawsze zachęcamy rodzinę do zaangażowania się w ostatnie pożegnanie. Rodzice mogą trzymać dziecko za rękę, mogą się pomodlić albo zwyczajnie przebywać w pokoju, nawet jeśli muszą odwrócić wzrok. Dla mnie nie ma to znaczenia, tak długo jak wszyscy dostaną zakończenie, jakiego potrzebują.

Cztery dni później ojciec w niczym nie przypominał człowieka, który mi groził. Zgarbił się, był rozczochrany – załamany człowiek. Czuł, że zawiódł swoją rodzinę. Widziałem to w jego oczach.

Nie wykonaliśmy od razu zalecenia sądu. Pozostawiliśmy legalną decyzję niejako w tle – niewypowiedziany kierunek

działania. Jednak ten biedak znajdował się w najgorszym położeniu z możliwych. Właśnie miał stracić dziecko. Widziałem to już wiele razy, ale nigdy nie robi się łatwiej. Wciąż przenika barierę, którą staram się utrzymać, aby chronić samego siebie od własnej pracy. Niepozorne, małe rany kłute, które w końcu mnie wykończą. Przy każdej rozmowie całkowicie się odsłaniam. Nie wstydę się przyznać, że popłakałem się, pisząc ten rozdział, na wspomnienie tego człowieka. Być może nie jestem najlepszą osobą do wykonywania tego zawodu. Czasami tak myślę, ale z drugiej strony, gdzie miałbym być?

W milczeniu ruszyłem na OITD. Wszystkim zapewniono wszelkie możliwe wygody. Potem odłączyliśmy chłopca od respiratora. Poziom tlenu w krwi natychmiast spadł – widziałem to na monitorze. Dziecko nie walczyło. Wkrótce potem jego serce zamigotało i zatrzymało się całkowicie, dołączając do mózgu. Chłopiec nie żył. Sprawa się zakończyła.

Zrobiliśmy wszystko, co w naszej mocy. Każdy z nas – zespół medyczny i rodzina. Wszystkim nam zależało na dobru dziesięcioletniego dziecka. Po prostu mieliśmy do tego inne podejście.

ROZDZIAŁ OSIEMNASTY

TO TWOJA DECYZJA

Dla ludzi z pewnego pokolenia myśl o konsultancie robiącym obchód na oddziale przywodzi wspomnienia Jamesa Robertsona Justice'a ze starego filmu *Doctor in the house*[\[18\]](#) i jego licznych kontynuacji. Jako Sir Lancelot Spratt wpadał przez drzwi na oddział, wykrzykując rozkazy do ciągnącej się za nim falangi przerażonych młodych lekarzy, a wszystkie pielęgniarki i siostry szpitalne omdlewały na każde jego słowo, pacjenci zaś reagowali jak Mojżesz, którego właśnie odwiedził sam Bóg. Ach, cóż to były za dni.

Nadal są ludzie, którzy pochylają czoło wobec kogokolwiek z autorytetem i władzą – a przynajmniej przed ludźmi z plakietkami identyfikacyjnymi. Białe fartuchy, krawaty, mankiety ze spinkami – to wszystko przeszłość. Pokolenie moich rodziców prawdopodobnie jako ostatnie bezwarunkowo przyjmowało wszystko, co płynęło z ust policjantów, nauczycieli, lekarzy i – na samym szczycie łańcucha pokarmowego – rodziny królewskiej. W dzisiejszych czasach dzieciaki bardziej ufają

Google niż dorosłemu z kwalifikacjami i wieloletnim doświadczeniem. O nie, wolą uwierzyć Wikipedii. Nawet politycy zrobili kariery, krytykując i deprecjonując „ekspertów” i „instytucje”. I trzeba powiedzieć, że idzie im całkiem nieźle...

Myślę, że internet wreszcie nieźle potrząsnął instytucjonalnym *status quo*, ale – jak wszystko – „potrząsanie” też może się posunąć za daleko. Podobnie jak w wielu współczesnych innowacjach, wszystko gra, dopóki nie stanie ci się krzywda.

Pokładanie zaufania w lekarzach wymaga swoistej wiary. Trzeba być dogłębnie przekonanym, że doradzająca ci osoba nie tylko wie, o czym mówi, ale także myśli przede wszystkim o twoim dobru. Jeśli chodzi o bycie ekspertem, lekarz nigdy nie przestaje się uczyć. Co dzień pojawiają się publikacje opisujące najnowsze postępy. Dyskusje z kolegami po fachu i bycie się na bieżąco z rozwojem danej dziedziny to pełnoetatowe zajęcie i prawdopodobnie od czasu do czasu umyka ci informacja o nowym cudownym leku lub technologii. Ja staram się, jak mogę, ale jeśli współpracownik lub nawet pacjent jest w stanie dostarczyć mi informacji o czymś, z czego nie zdawałem sobie sprawy, oczywiście przyjmuję to do wiadomości. Czytam publikacje, szukam dodatkowych danych i spoglądam na to przez pryzmat mojej własnej ekspertyzy. Nie ma tu żadnego ego – a raczej jest, ale nigdy nie stanie się powodem, dla którego odmówiłbym działania.

Ponieważ zawsze myślę o najlepiej pojętym interesie moich pacjentów, oskarżenie, że nie stawiam czyjegoś dziecka na pierwszym miejscu, byłoby dla mnie prawdziwym ciosem. Poznałem moją żonę w Glasgow, zanim zacząłem specjalizację. Obserwowała moją drogę i naukę, kiedy stawałem się coraz bardziej doświadczonym klinicystą. Nigdy nie była jednak

zachwycona bagażem, jaki towarzyszy takiemu lekarskiemu dojrzewaniu. Dwadzieścia lat później moja żona uważa, że nie można mnie oddzielić od wykonywanego przeze mnie zawodu. Twierdzi, że praca neurochirurga dziecięcego definiuje mnie jako osobę bardziej niż ludzi z inną ścieżką kariery zawodowej. Większość osób mogłaby zmienić pracę, zachowując taką samą osobowość. Podobno w moim zawodzie to niemożliwe. Żona powiada, że jestem uosobieniem pracy. Wszyscy i wszystko – ona, moje dzieci, hobby, zdrowie – podporządkowane są temu jednemu.

Nie mówi tego złośliwie i jest dumna z faktu, że mam tyle innych „dzieciaków” pod opieką! Po prostu jednocześnie martwi się o to, jak wiele kosztuje mnie praca w moim zawodzie. Wiem, że podczas częstych rozmów, jakie prowadzimy, czasami mój mały biedny mózdzek zupełnie sobie nie radzi. Choć jej słowa niekoniecznie sprawiają, że czuję się dobrym ojcem i mężem, to przyznaję, że żona ma rację. Powiedziałbym jednak, że moja obsesja *wynika* z tego, że jestem ojcem.

Przy każdym nowym pacjencie przychodzi mi do głowy ta sama myśl: *Co by było, gdyby to jedno z moich dzieci potrzebowało pomocy?*

W takim przypadku zdecydowanie chciałbym, aby lekarz prowadzący był gotowy porzucić wszystko, jeśli trzeba, nawet gdy oznaczałoby to zawód sprawiony swoim najbliższym w domu. Dlatego sam staram się być takim właśnie człowiekiem.

*

Bez względu na osobiste poświęcenia, zaufanie rodzica do moich umiejętności i wiedzy, przekonanie, że robię to, co trzeba, wymaga niezwyklej wiary. Pamiętam, kiedy stałem na zewnątrz sali

operacyjnej, gdy mojej córce usuwano migdałki. Znałem jej chirurga – niezwykłą kobietę, szanowaną w jej specjalistycznych kręgach i z całą pewnością bardziej niż zdolną przeprowadzić tak rutynową procedurę. Mimo to przekazanie własnego dziecka w ręce kogoś, kto potraktuje je skalpelem lub czymś gorszym, jest prawdziwym testem rodzicielstwa.

Oczywiście nie jestem w stanie powiedzieć, czy mógłbym zrobić więcej. Moje własne doświadczenie jako rodzica pacjenta jest ograniczone. Zostawienie swojej pociechy w rękach kogoś, kto twierdzi, że potrafi naprawić złamaną nogę, to jedno. Ale jak musi się czuć rodzic, który wyraża zgodę na to, żebym grzebał w mózgu jego dziecka?

Istnieje ogromna różnica między innego rodzaju chirurgiem, mówiącym: „To rutynowa operacja. Przeprowadzamy ich tysiące, bez żadnych problemów”, a mną, otwierającym czaszkę danego dziecka i przyznającym: „Jest to bardzo ryzykowna operacja i dziecko może po niej nie dojść do siebie, a nawet nie przeżyć. Konsekwencje mogą obejmować zmiany osobowości, zdolności językowe, procesy uczenia się – w zasadzie wszystko, co czyni nas ludźmi”.

W takich chwilach widywałem ludzi pokładających mniejszą wiarę w ich bogów niż w nas. Tak to jest, kiedy waży się zdrowie i życie ich dziecka. Tak bardzo rozpaczliwie chcą, żeby się nam udało, że są gotowi powierzyć swoje potomstwo komuś, kogo ledwie znają, dając nam *carte blanche* w działaniu. A przynajmniej tak właśnie jest zazwyczaj...

*

Przyjeliśmy na oddział chłopca z guzem mózgu. Moja koleżanka, która pełniła dyżur, była w pełni kompetentna do postawienia diagnozy i poprowadzenia interwencji chirurgicznej. Kiedy jednak dostała wyniki z rezonansu magnetycznego, poprosiła mnie o pomoc w omówieniu wyników z rodziną. Była konsultantem zaledwie od niedawna, a poza tym niektóre przypadki wymagające długiego leczenia prowadzimy często parami. Zawsze dobrze jest mieć dodatkową parę oczu na sali operacyjnej.

W rozmowie z rodziną byłem szczery, jak zwykle.

– Wasz syn ma dość duży nowotwór w tylnej części mózgu. Dodatkowe specjalistyczne obrazowanie pomoże nam określić zasięg. Poza tym musimy sprawdzić również rdzeń kręgowy, ale najważniejsza sprawa to to, aby zająć się guzem jak najszybciej.

– Czy będziecie w stanie go wyciąć? – spytała mama.

– Wytniemy wszystko, do czego uda się dotrzeć. Być może natkniemy się na obszary zbyt wrosnięte w ważne ośrodki mózgowy. Próba ich resekcji może zaowocować dalszymi uszkodzeniami.

– Czy może go pan wyleczyć?

– Na podstawie obrazów z rezonansu magnetycznego muszę powiedzieć, że sama interwencja chirurgiczna nie przyniesie wielkiej poprawy. Chcemy usunąć jak najwięcej tkanki zmienionej, a potem zorientujemy się, co jeszcze można by zrobić. Wtedy zaplanujemy kolejne kroki. Nie mogę jednak niczego obiecać. To bardzo niebezpieczna procedura. Będziemy operować na najwrażliwszej części organizmu. Istnieje małe prawdopodobieństwo, że państwa syn nie dojdzie do siebie po operacji i w efekcie może umrzeć.

Nie jest to sposób, w jaki powinno się rozmawiać o jedenastolatku z jego kochającymi rodzicami. Jednak takie były

fakty. Owijanie w bawełnę lub kłamstwa nie przygotowują żadnego rodzica ani dziecka na to, co ich czeka w najbliższej przyszłości.

*

Operacja idzie tak dobrze, jak można sobie tego życzyć. Muzyka gra głośno, stawka jest wysoka, napięcie na znośnym poziomie – sprawia, że staramy się bardziej, zamiast się bać. Wszyscy byliśmy już przedtem w podobnych sytuacjach, wykonywaliśmy ten zabieg setki razy na setkach unikalnie zbudowanych mózgów. Musimy oczywiście być opanowani, ale na razie nie widzę żadnych problemów.

Dwie godziny później udaje się nam usunąć około 90 procent nowotworu. Siedzi w słoiczku obok mnie, wstrętny, samolubny. Sam fakt, że ludzkie ciało jest w stanie wytworzyć coś takiego, krzywdząc siebie, jest jedną z zagadek życia. Próbki guza zostały wysłane do patologii, gdzie specjalista obejrzał je pod mikroskopem. Wyniki wskazywały z dużą dozą pewności na szczególny nowotwór złośliwy. Potwierdzenie mieliśmy uzyskać dopiero za kilka dni. Rozpoczynamy zamykanie rany. W głowie już tworzę raport dla matki dziecka.

Obyło się bez nieoczekiwanych potknięć. Żadnych. Osiągnęliśmy to, co zaplanowaliśmy. Jeżeli pooperacyjne obrazowanie o wysokiej rozdzielczości wróci czyste, być może kolejnym krokiem będzie radio- i chemioterapia i chłopak będzie miał szansę na przeżycie. Niestety, tak się nie dzieje.

Po trzech dniach wreszcie dostaliśmy wyniki z patologii oraz skany pooperacyjne, obejmujące również rdzeń. To tragiczne wieści – nowotwór był bardzo aktywny. Drugorzędowe złośliwe nacieki (czyli metastazy, jak to nazywamy) rozprzestrzeniły się po

całym rdzeniu. Wszędzie, gdziekolwiek spojrzałem, wyrastało kolejne poletko przerzutów.

Rozmowę, którą miałem odbyć z mamą, przeprowadziłem już setki razy. Podobnie jak mózgi, żadna nie była taka sama. Wiedziałem, co muszę powiedzieć, ale nie miałem pojęcia, jak to zrobić, dopóki nie stanąłem twarzą w twarz z rodziną. Słowa muszą pasować do nastroju. Nie chciałem być odpowiedzialny za zadanie im więcej bólu niż to konieczne. Ich mały chłopiec właśnie przeszedł udaną operację i oczekiwania na dobre wieści były niemal wyczuwalne.

– Udało się panu? – mama odezwała się jako pierwsza. – Wyciął pan tego guza?

– Tak – odparłem. – Ale...

– Więc wszystko jest w porządku?

– Nie. Bardzo proszę pozwolić mi dokończyć. To prawda, że operacja przebiegła bardzo dobrze, ale to dopiero początek kłopotów pani syna. Rak rozprzestrzenił się już na rdzeń kręgowy. Znaleźliśmy liczne ogniska przerzutów.

– Co to znaczy?

– Oznacza to, że pani syn będzie musiał poddać się intensywnemu leczeniu radiologicznemu i farmakologicznemu. Jednak obecność metastazy stawia go na trochę straconej pozycji.

Przerwałem. Kobieta zastanawiała się nad usłyszaną informacją.

– Czy nie ma nic... – zaczęła. – Nie może pan wyciąć tych metacosów?

Wykonywanie ratujących lub zmieniających życie zabiegów to najważniejsza część życia neurochirurgów dziecięcych. To wtedy znajdujemy się w swoim żywiole. Ocalić życie dziecku? Czy istnieje większy dar dla świata?

Owszem, taniec z neuronami wymaga treningu; owszem, wymaga zdolności i zręczności oraz poświęcenia życia w służbie tej sprawy. Od czasu do czasu okazuje się to jednak najłatwiejszym wyjściem z sytuacji. Naprawdę dobry neurochirurg dziecięcy powinien wiedzieć, kiedy operacja nie jest najlepszą opcją, i umieć przekazać te informacje, bez względu na to, jak bardzo są nieprzyjemne. Chodzi o opiekę nad całą rodziną, nie tylko pacjentem – i to nie jedynie nad tymi pechowcami, którzy wylądowali w szpitalnym łóżku.

Kawa na ławę: w większości przypadków kolejna operacja jest zawsze najłatwiejszym wyjściem dla wszystkich pełnoetatowych chirurgów państwowej służby zdrowia. Dlaczego nie? Płaci się nam za tę pracę, nic nas to nie kosztuje. Wycinasz jeden nowotwór, ale co z przerzutami? Oczywiście, kusi człowieka, żeby powiedzieć: „Spróbujmy jeszcze raz”. W końcu co jest do stracenia? Staniesz się bohaterem – jesteś gościem zmagającym się z niemożliwym; wykonującym osiem operacji na jakimś dziecku, żeby pomóc, *nieprawdaż?* Ale czy *rzeczywiście* pomagasz? I jeśli tak, to *komu?*

Rozumiem, że takie bezinteresowne oddanie się beznadziejnej sprawie może wydać się bardzo pokrzepiającą rzeczą. Szlachetnym uczynkiem. Tylko że jeśli ostatnie sześć zabiegów nie miało sensu, dla kogo właściwie je przeprowadziłeś? Dla poklasku? Mam nadzieję, że nie. Po to, aby rodzice upewnili się, że wyczerpali wszystkie możliwości? I znów, najprawdopodobniej nie powinieneś. A może dlatego, że nie masz odwagi powiedzieć rodzicom, że to już koniec? Masz pod opieką dziecko, któremu zostało może sześć miesięcy życia. Czy zmarnowałeś trzy z nich na bolesne i zupełnie daremne procedury? Czy twój strach przed wyłuszczeniem prawdy jest ważniejszy od dobra twojego

niewinnego, lecz obolałego pacjenta? Jeśli tak, to źle się wszystkim przysługujesz.

To prawdziwe pole minowe. Nie powinno być, ale zapewne zależy to od punktu w karierze chirurga. Ja również mam za sobą cały szereg egoistycznych pomyłek, ale człowiek zazwyczaj ich nie powtarza. Poza tym konsekwencje pozostają z tobą na resztę życia. Dzisiaj nie przewiduję tu miejsca na ego.

– Zastosujemy chemioterapię i radioterapię, aby usunąć pozostały fragment pierwotnego guza w głowie oraz przerzutów na rdzeniu. Zaczniemy jak najszybciej, gdy tylko syn odzyska siłę po operacji – wyjaśniłem. – Istnieje mała szansa, że uda się nam zahamować wzrost drugorzędowych nowotworów i je zniszczyć, ale nie widzę możliwości ich usunięcia operacyjnego.

Totalna szczerłość.

– Powiedział pan „mała szansa”. Jak mała?

– Prawdopodobieństwo, że pani syn przeżyje kolejne pięć lat, nawet przy maksymalnym wysiłku terapeutycznym, wynosi około dziesięciu procent.

Liczby potrafią być okrutniejsze niż słowa. Kobieta zupełnie się załamała. Podczas pierwszej rozmowy przygotowałem ją na fakt, że jej syn będzie poddany bardzo poważnej operacji mózgu. W tamtej chwili moim celem było uzmysłowienie jej ryzyka związanego z tą procedurą. Pacjenci umierają czasem na stole operacyjnym. Nie chciałem żadnych niespodzianek. Nie przygotowałem jej na dalszy rozwój przypadków – podobnie jak sam nie byłem przygotowany na to, co kobieta powiedziała mi później.

*

Jestem tu nie od dziś.

Interesują mnie tego typu konwersacje (nie w makabrycznym sensie). Po prostu uważam, że kiedy mamy pod opieką ludzi, których nie można już operować, to właśnie wtedy jako lekarze (a zwłaszcza neurochirurdzy dziecięcy) możemy naprawdę się wykazać. Oczywiście zawsze istnieje opcja interwencji chirurgicznej, ale tak naprawdę chodzi o to, aby wytłumaczyć ludziom, że operacja nie jest najlepszym wyjściem.

Wyobraźcie sobie, że jesteście rodzicami. Macie dwa wyjścia: obserwować, jak wasze dziecko poddawane jest serii nieprzyjemnych fizycznych i farmakologicznych zabiegów, które mogą, lecz nie muszą wydłużyć mu życia, albo zabrać dziecko do domu i cieszyć się resztą dni, które są wam dane razem. Rodzicom i pacjentom przedstawia się relatywne szanse proponowanych sposobów leczenia, oparte na poprzednich wynikach, ale nie możemy składać żadnych wiążących obietnic.

Postawmy sprawę jasno: chemioterapia i radioterapia to koszmar. Są fizycznie nieprzyjemne, bardzo ciężkie do przejścia dla dorosłego, nie wspominając o jedenastolatku. Często człowiek czuje się po nich dużo gorzej niż przed przyjściem do szpitala. Trzeba nieco wycierpieć, żeby jeszcze trochę pożyć – taka stoi za tym logika. I owszem, działa w wielu przypadkach, ale co, jeśli wiesz, że wcale sobie nie pożyjesz?

Nigdy nie będę próbował promować nauki ani wymuszać sposobu leczenia tylko dlatego, że „takie jest postępowanie”. Oferuję ludziom możliwości, a oni dokonują wyboru. Wtedy upewniam się, że zabieg przeprowadzony jest na najwyższym poziomie. Upieram się przy danej metodzie wyłącznie wtedy, gdy istnieje duża szansa długoterminowego przeżycia *lub*

podwyższenia jakości życia. Nie musi to iść w parze – celuję przynajmniej w jedno z nich.

Jaki mielibyśmy zysk w tym konkretnym przypadku? Mówimy tu o zaawansowanym nowotworze, który nigdy nie odpuści swojej ofierze. Pomiedzy kolejnymi sesjami chłopak może będzie chodził i mówił, ale na pewno będzie również wyczerpany, ciągle zmęczony, doświadczając różnorodnych efektów ubocznych, jak zmieniająca się gwałtownie liczba krwinek, liczne infekcje itp. Szpital stanie się jego drugim domem.

Czy chciałbym tego dla mojego własnego dziecka? Nie potrafiłbym odpowiedzieć bez autentycznego znalezienia się w takiej sytuacji. Mogę powiedzieć, że potencjalny zysk jest dość wątpliwy. Czy jest to cena, którą chcesz, aby płaciło twoje dziecko? Często odbywam takie trudne rozmowy z kolegą onkologiem – lekarzem od raka – czyli jednym z ludzi, którzy muszą leczyć pacjentów wszystkimi tymi trującymi lekami.

A oto, co mówimy rodzicom:

– Podaliśmy państwu fakty, przedstawiliśmy wady i zalety leczenia. Wasze dziecko najprawdopodobniej w końcu umrze z powodu tego nowotworu. Tak naprawdę trzeba sobie odpowiedzieć, jakiej jakości życia chcecie dla dziecka w czasie, który mu został? To wasz wybór. My wesprzemy was bez względu na podjętą decyzję.

Po łzach, urazie i kilku wybuchach gniewu większość rodziców w końcu się poddaje. Niektórzy wybierają leczenie, inni nie. A my, zgodnie z obietnicą, nie oceniamy, tylko wspieramy. A potem przychodzi coś takiego.

*

Nadszedł poranek po rozmowie, którą przeprowadziłem z mamą pacjenta poprzedniego wieczora.

– Bardzo dziękuję za wszystko, co pan dla nas zrobił – powiedziała mama.

– Postanowiła pani, co dalej robić? – spytałem.

Po jej rozmowach z pielęgniarkami wydawało się, że wołała dobre życie i bez leczenia, ale chciałem to usłyszeć od niej, upewnić się, że rozumie konsekwencje swojego wyboru.

– Tak, zdecydowałam.

– Zabiera go pani do domu?

– Nie. Zabieram go do Niemiec.

*

Wystarczy przejrzeć ogłoszenia w gazetach i dziennikach albo wpisać nazwę danej przypadłości w wyszukiwarce internetowej i zaraz wpada ci w oko oferta cudownego leku:

Wypadają ci włosy? Nie płac za kosztowne szampony. Wyślij nam płatność, aby poznać tajemnicę bujnej fryzury.

Twój bliski ma alzheimera? Nasza książka zawiera tajemnice, które musisz poznać, aby zapewnić mu pełne wyleczenie.

Masz problemy w sypialni? Za jedyne 50 dolców...

Lek na całe zło. Wszyscy to widzieliśmy. Prawdopodobnie po prostu ignorujemy takie ogłoszenia lub się z nich naigrawamy. Wyobraźcie sobie zatem, jak bardzo zdesperowany musi być człowiek, żeby nie przewrócić strony, nie zignorować tych promocji i reklam na stronie internetowej – żeby przeczytać te idiotyczne sformułowania i powiedzieć: „Hmm, próbowałam już wszystkiego innego. Może jednak mają rację?”.

Znaleźliśmy się zatem w interesującej sytuacji. Ja oferowałem mamie i jej synowi sześć miesięcy dobrego życia w otoczeniu rodziny, we własnym domu, tworząc radosne wspomnienia – albo kilka lat męczarni, płaczu i choroby. Może (najprawdopodobniej nie, ale być może) udałoby mu się pokonać raka i znieść wszystkie efekty uboczne leczenia. Nie dawałem jednak im zbyt wielkiej nadziei. Niektórzy rodzice potrzebują tego najbardziej. I ta matka znalazła kogoś, kto oferował nadzieję całymi tonami.

Mieszkał w Niemczech. Był dość dobrze znany. Na swojej witrynie internetowej miał mnóstwo podziękowań i rekomendacji ze strony byłych pacjentów. Wyglądał na kogoś uczciwego. *Tylko że obiecywał wyleczyć raka za pomocą kryształów. Kryształów.*

Nazywanie tego pseudonauką jest i tak dość wspaniałomyślne. Niektórzy znachorzy wierzą, że można wytworzyć wokół pacjenta pole energetyczne za pomocą kamieni półszlachetnych, jak opale, ametysty lub kwarc. Inni umieszczają je w punktach czakr na ciele i czekają, żeby zdarzył się cud.

Nonsens. Bzdury. Farmazony.

Rozumiem korzystanie z niektórych rodzajów medycyny alternatywnej. Medycyna Dalekiego Wschodu, włączając w to akupunkturę, ma długą historię (nawet w historii moich własnych przodków), jest praktykowana od wielu tysięcy lat i zidentyfikowała istotne punkty ucisku, wpływające na aktywność poszczególnych narządów. Jest to dziedzina alternatywnego leczenia warta eksploracji. W przypadku innych typów leczenia pozytywne psychiczne korzyści mogą pomóc w wielu chorobach. Ale igła czy twardy knykciec aktywujący punkt nacisku, żeby pomóc komuś z bólem stawów, to jedno. Lśniący kamyczek na skórze do leczenia raka? Nie no, ja przepraszam.

Oczywiście mamie pacjenta nie powiedziałem tego wszystkiego.

– Jak pani go znalazła? – spytałem.

– W Googlach.

– I jest pani pewna, że wam pomoże?

– Szczerze mówiąc, nie – odparła. – Nie jestem. Ale czy pan może mi obiecać, że pan mi pomoże?

Przyparła mnie do muru. Miała rację. Wiedziała, że ja nie mogłem jej pomóc i nie chciałem jej obiecać rezultatów, jakich żądała. Nie mogłem. W oparciu o naukę i medycynę mogłem jedynie zaoferować współczynnik prawdopodobieństwa, który jej się nie spodobał. Spojrzałem jej w oczy i zrozumiałem, że porzuciłaby pomysł z Niemcami w mgnieniu oka, gdybym powiedział jej to, co chciała usłyszeć. Moja zbrodnia polegała na złym marketingu produktu. Jestem lekarzem, neurochirurgiem, ojcem. Nie jestem sprzedawcą, a już na pewno nie takim od „cudownych leków”. Ktoś jednak najwyraźniej miał do sprzedania coś, co ta załamana, zdesperowana kobieta chciała kupić. Oczywiście na tym to wszystko polega. *Musiła to kupić.*

Być może jestem zbyt krytyczny wobec terapii kryształami. Może to działa. Może to tylko kwestia czasu, zanim NHS wprowadzi ją do swojego asortymentu usług. Może, może, może. Ale wiecie co – może miałbym inne nastawienie, gdyby oferowane leczenie było darmowe.

– Czy mogę spytać, ile musi pani zapłacić za terapię? – zagailem.

– Wystawię dom na sprzedaż – odparła bez chwili wahania.

Rany gościa, jest gorzej niż przypuszczałem.

– Ale gdzie wtedy będzie pani mieszkała? Macie jeszcze trójkę dzieci. Co się stanie z wami wszystkimi?

Uśmiechnęła się.

– Tu nie chodzi o pieniądze.

I tutaj bardzo się pani myli, pomyślałem. Tu chodzi głównie o pieniądze.

*

Mogłem interweniować. Mogłem zrobić jej długi, dosadny wykład. Jestem ekspertem. Sir Lancelotem Sprattem. Moje słowo jest prawem. Aby to zrobić, musiałbym jednak naprawdę być przekonany, że to ja mam do zaoferowania jedyne rozsądne wyjście.

Ostatnio głośno było o kilku przypadkach, gdzie sprawy zaszły daleko poza rozmowy z rodzicami i ich wybitnym mediatorem, kończąc się na procesie „Rodzice przeciwko szpitalowi” w sądach magistrackich i dalej, aż do Sądu Najwyższego. Śledzenie tych spraw było dość istotne dla zrozumienia reperkusji dla mojej własnej specjalności. Tym niemniej, chociaż mogłem zniszczyć marzenia matki pacjenta o cudownym zbawieniu czekającym za granicą (a naprawdę mnie kusilo), uważałem, że nie powinienem się w to wtrącać.

Do dzisiaj ta sprawa mnie prześladowuje. Nie chciałem być „tym złym”, a już z całą pewnością nie chciałem całkowicie pozbawić tej nieszczęsnej kobiety nadziei. Mogłem jedynie podkreślić z całą mocą, że jej syn nie przeżyje dzięki kryształom, bez względu na stojące za nimi obietnice. Przedstawiłem jej to, co uważałem za jedyne rozsądne opcje: próbować leczyć jej syna lub pozwolić naturze się tym zająć. Oba wyjścia najprawdopodobniej zakończyłyby się w ten sam sposób. Matka musiałaby pochować swojego ukochanego syna, światłość jej świata, a potem żyć długo, w smutku, ale też (jak miałem nadzieję) w radości ze swoimi pozostałymi pociechami. Mogła również oddać wszystkie swoje

dobra doczesne oszustowi, a *potem* przyglądać się, jak jej syn umiera, i żyć w biedzie, z wiecznymi wyrzutami sumienia i z trójką dzieci nierozumiejącą, dlaczego są bezdomne.

Nic, co powiedziałem, nie zmieniło jej zdania. Zdawała sobie sprawę, że jej działania wpłyną na resztę życia jej i jej pozostałych dzieci. Ale dla niej mimo wszystko było warto.

Chciałem powiedzieć:

– Pani syn właściwie już nie żyje. Nic go nie ocali, ale pani może uratować jego rodzeństwo. Na pewno tego właśnie by chciał.

Jakkolwiek próbowałem tłumaczyć sprawę, czułem się, jakbym wbijał nieszczęścicze nóż w plecy. Nie mogłem nic na to poradzić. Im dłużej to trwało, tym bardziej obcesowy się stawałem – nie dlatego, że chciałem wygrać (w takich sprawach nikt nie jest zwycięzcą), ale dlatego, że zależało mi na dobru pacjenta, jak *również* jego rodziny.

Ich pobyt w szpitalu Johna Radcliffa skończył się dzień po tym, jak mój pacjent uzyskał pozwolenie na podróż. Było to dziesięć dni po operacji. Dało mi to dziesięć dni więcej na poddanie próbie postanowienia mamy. Trzeba jej przyznać, że się nie ugięła. Nie była agresywna ani nieuprzejma wobec nas, nie rozdzielała winy. Jeśli już, była nam niezwykle wdzięczna za wszystko, co dla nich zrobiliśmy lub próbowaliśmy zrobić. Byliśmy jednak tylko kółkami w maszynie, a ona szykowała się do kolejnego etapu.

*

Sześć miesięcy później otrzymałem od niej list. Ponownie dziękowała mi za wszystko i donosiła, że jej wyjazd do Niemiec okazał się pełen nadziei, lecz ostatecznie zakończony

niepowodzeniem. Jej syn umarł w spokoju w domu, trzy tygodnie przed wysłaniem tego listu.

Jedyny pozytywny, jaki potrafię dostrzec w tym całym zdarzeniu, to to, że cała ich rodzina była razem przez cały ten czas. Zaliczyli wspólny lot na kontynent, do Niemiec. Mogła to być przygoda – ostatnia wycieczka całego klanu. Coś, co wszyscy zapamiętają na zawsze.

Poza tym jednym, gdzie były plusy tej sytuacji? Wiedziałem, że leczenie kryształami nie podziała. Wiedziałem, że pod koniec nadal będziemy mieli (lub raczej *oni* będą mieli) na rękach śmiertelnie chorego jedenastolatka. Najbardziej jednak dręczyło mnie pytanie, gdzie zamieszkała ich rodzina po powrocie z Niemiec? Naprawdę mnie to gryzło. Przecież sprzedali dom. Szarlatan z kryształami odebrał im wszystko – nie tylko nadzieję i zdrowy rozsądek, ale również dach nad głową. Sprzedał im marzenie, którego nie można było kupić za żadne pieniądze. Podał cenę, która zmieniła na gorsze wiele ludzkich żyć. Rozumiem, kiedy ktoś jest samotnym rodzicem i ma jedno dziecko. Może wtedy ja też zaryzykowałbym wszystko – przeszedł po rozżarzonych węglach, położył na szali własne życie. Ale kiedy ma się inne dzieci, inne obowiązki, inne osoby zależne od ciebie, które potrzebują cię w życiu...

Do dziś zadaję sobie pytanie: czy powinienem był wtedy zrobić coś więcej? Czy powinienem upierać się, aby wyjazd do Niemiec nigdy nie doszedł do skutku? Czy powinienem potraktować tę sprawę jak podręcznikowy przykład konieczności przejęcia prawnej opieki nad tym młodzieńcem?

Moi przyjaciele mówią mi, że nie powinienem się tym zadrećcać, bo to nie była moja wina. Twierdzą, że matka podjęła decyzję, a ja nie miałem szansy, aby ją powstrzymać. Ale to nieprawda.

Postanowiłem nie ingerować. Uwierzcie mi, gdybym chciał, mógłbym narobić każdemu sporo kłopotów. W końcu jestem neurochirurgiem, prawda? Fanem Jamesa Robertsona Justice'a. Mam kompleks Boga i, co ważniejsze, mam również sporo władzy. Może dostałbym nakaz sądu, uczynił z chłopca podopiecznym sądu i tak dalej.

Ale nie chodzi o mnie. Nigdy nie chodzi o mnie. Pacjent zawsze jest najważniejszy – i jest to jedyny liczący się czynnik, bez względu na wygraną, przegraną czy remis. A czasem zdarza się, że nikt nie wygrywa.

[18] Serial brytyjski z lat 1969–1970.

ROZDZIAŁ DZIEWIĘTNASTY

TO MOJA WINA, NIE TWOJA

Czym jest sukces? Przypuszczam, że zależy od punktu widzenia – a ten, od punktu siedzenia. Większość moich pacjentów jest niczym gorący romans – znajomość intensywna, lecz krótka. Wpadają na moją orbitę, ja analizuję, operuję, reperuję i wysyłam ich z powrotem w wielki świat. I to wszystko. Skok i wyskok z życia, tak po prostu. Może widuję ich potem w klinice od czasu do czasu. Niektórych jednak nie. Ich imiona, wspomnienia o nich w końcu się rozmywają.

Niektóre, wyjątkowe znajomości, które są nieco dłuższe, zapamiętujemy. Zostają z nami na dłużej. Niekoniecznie są to przypadki, w których popełniliśmy błąd albo w których coś poszło źle. Niektórych problemów po prostu nie da się naprawić. Można jedynie spowolnić efekty danej choroby, ale ostatecznie czujesz się jak król Kanut rozmawiający z morzem i nakazujący cofnąć się falam. Nie oznacza to, że zawiodłeś, nawet jeśli tak się czujesz.

Wiele lat zajęło mi zrozumienie tego, że sukces nie zawsze oznacza „uzdrowienie” lub zapewnienie pacjentowi wiecznego

życia. Czasami chodzi po prostu o dokonanie jakiejś zmiany.

*

Spoglądam zza biurka na młodą dziewczynę na wózku inwalidzkim oraz jej rodziców i trudno mi się cieszyć. Pacjentka jest krucha, słaba, wykończona i zмага się z potwornym nowotworem. Nie jestem z siebie dumny. Wiem, że to nie jej „pierwsza randka” – została do mnie przysłana z polecenia innego chirurga w zupełnie innym szpitalu. Jestem jednak pewien, że będę jej ostatnim lekarzem. Pytanie tylko, ile jeszcze mamy czasu.

Dziewczyna ma czaszkogardlaka, który jest wyjątkowo podstępny nowotworem o lokalizacji wewnątrzczaszkowej. To, że klasyfikuje się go jako nowotwór łagodny, nie oznacza absolutnie nic. Jest on zlokalizowany w części mózgu, do której bardzo trudno się dostać, i ciągle rośnie, chociaż powoli. Jeżeli go nie usuniemy, dziewczyna umrze. Sądząc po historii choroby i po jej stanie, zgadywałbym, że w ciągu roku.

Wyjaśniam jej to wszystko. Dziewczyna jest dość ożywiona, zaakceptowała swój los. Jej rodzice, o dziwo, są również nietypowo dość wyluzowani. Widać, że wszyscy cieszą się swoim towarzystwem. Jeśli już, można powiedzieć, że traktują wizytę tutaj jak wycieczkę rodzinną. To naprawdę niesamowita rzecz. Tak wielu rodziców spędza ostatnie dni ze swoimi pociechami, kłócąc się, krzycząc lub płacząc, albo też zamykają się w pokoju, szukając różnorodnych złudnych internetowych „cudownych leków”. To zrozumiałe. Ludzka rzecz. Ale takie zachowanie jest destrukcyjne. Jestem pewien, że po jakimś czasie, wspominając te chwile, myślą sobie: „Szkoda, że nie spędziłem każdej danej nam minuty z moim synem, ciesząc się jego obecnością, zanim

odszedł”. Jeśli się nad tym porządnie zastanowić, jest to bardzo dobra rada również dla mnie. I dla każdego z was.

Ta rodzina trafiła w sedno. Cieszą się każdym dniem i korzystają z niego jak najpełniej. Od razu ich pokochałem, dlatego z takim rozczarowaniem musiałem powiedzieć:

– Naprawdę nie sądzę, że kiedykolwiek będziemy w stanie wyciąć całego czaszkogardlaka. Jeśli jednak mi na to pozwolisz, postaram się jak cholera.

– I to wszystko, co można w takim przypadku zrobić – odparł ojciec.

*

Operowałem już wiele razy. Całe dni spędzam na kłuciu, przypalaniu, topieniu, wibrowaniu i cięciu. Nie zamierzałem robić niczego nowego, czego nie próbował jej poprzedni chirurg. Jestem tego pewien. Różnica polegała na tym, że miesiąc po miesiącu nadal próbowałem. I byłem gotowy to ciągnąć jeszcze przez bardzo długi czas – cokolwiek, tak długo, jak jej to pomagało.

Trzy lata później niemal wróciliśmy do punktu wyjścia. Za każdym razem, kiedy udało mi się odciąć kawałek guza, odrastał. Zupełnie jak w grze Whac-A-Mole[19], tylko że bardziej na poważnie. Moja pacjentka przeszła serię radioterapii, która spowolniła wzrost guza, ale go nie przerwała. Właściwie to leczyliśmy ją na wszelkie możliwe sposoby i nigdy nie udało się nam wyprowadzić jej na prostą. W najlepszym przypadku stawaliśmy w miejscu, co dla mojej pacjentki było dobrym rezultatem.

Obserwowałem, jak dorasta w ciągu tych dwóch, trzech, czterech, pięciu lat znajomości. Jej stan nigdy się nie poprawił, ale

też i nie pogorszył. Zrobiliśmy tyle, aby utrzymać ją w stabilnym stanie, na poziomie, na którym potrafiła sobie poradzić. Obserwowanie jej relacji z rodzicami było czymś w rodzaju cudu. Wszyscy troje zachowywali się, jakby nie działo się nic złego – jakby nie stali na froncie wojny, której nie można było wygrać.

Cieszyli się życiem – upajali się nim. Każdy dzień dostarczał nowych możliwości. Był darem od Boga, jeśli byli religijni, lub po prostu nowym dniem, jeśli nie byli.

Zawsze po kilku operacjach przeprowadzaliśmy tę samą rozmowę:

– Zamierzam robić to tak długo, jak będziesz chciała. Być może jednak nadejdzie czas, kiedy ból i niewygodność, a także rekonwalescencja po zabiegu przestaną być warte zachodu.

– Zdajemy sobie z tego sprawę – odparła matka. – I jesteśmy wdzięczni. Na razie jednak wszystko jest w porządku.

I rzeczywiście, wszystko było w porządku. Aż do czasu, kiedy przestało być.

*

To był nasz szósty rok razem. Od jakiegoś czasu nie układało się nam zbyt dobrze. Pacjentka przestała brodzić, przestała stać w miejscu. Każda operacja, o ile widziałem, kosztowała ją coraz więcej i więcej. Wychodziła z nich, ale dużo wolniej niż przedtem.

To samo dzieje się z niektórymi pacjentami na chemioterapii. Horror leczenia sprawia, że część z nich rezygnuje z dokończenia całego programu. Wolą cieszyć się kilkoma „zdrowymi” miesiącami, zamiast znosić comiesięczny cykl tortur – choroby – rekonwalescencji – radości – tortur – choroby – rekonwalescencji – radości.

Moim zdaniem docieraliśmy do właśnie tego etapu z moją młodą pacjentką.

– Wiesz, że mogę to zrobić jeszcze raz – powiedziałem. – Wiesz, że nigdy nie przestanę. Myślę jednak, że przyszedł czas na zadanie sobie pytania: czy warto narażać ciebie, wszystkich was, na taką mordęgę?

Nie musiałem wyjaśniać. Wszyscy zgromadzeni w gabinecie wiedzieli, na czym stoimy. Przez siedem lat utrzymywaliśmy śmiertelny nowotwór w ryzach dzięki regularnym interwencjom chirurgicznym. Gdybyśmy zrezygnowali z którejkolwiek z nich, czaszkogardlak przejąłby całkowitą kontrolę i dziewczyna nie dożyłaby pięciu lub sześciu miesięcy. Walczyliśmy, ponieważ potrafiła się cieszyć życiem. Teraz jednak nie byłem pewien, czy nadal tak jest. Jej rodzice również – podobnie jak ona sama.

– Jeszcze jedna próba? – spytała słabym, ale zdecydowanym głosem.

– Oczywiście – odparłem. – Jeszcze jedna próba.

Kiedy ponownie spotkaliśmy się sześć miesięcy później, wszyscy wiedzieliśmy, że to ostatni raz. I wiecie co? Czuliśmy się z tym dobrze. Nie okłamywałem tej rodziny, mówiąc, że będę dla nich walczył do samego końca. W zwyczajnych okolicznościach tak właśnie by było, ale tutaj, kiedy po jakimś czasie zorientowałem się, że przedłużam już tylko cierpienie młodej dziewczyny, musiałem poddać pod rozwagę zakończenie procedur interwencyjnych. I właśnie teraz przyszła taka chwila. Wiedziałem o tym, rodzice również, a przede wszystkim sama pacjentka.

Szczerze mówiąc, nawet podczas tego ostatniego spotkania w klinice nikt nie domyśliłby się, przez co przeszła ta rodzina. Nastrój był lekki, wszyscy tak bardzo pozytywni. Obserwowałem

dziewczynkę – już nie tak małą – która wyglądała przez okno, podczas gdy ja rozmawiałem z jej rodzicami.

– Na co patrzysz? – spytałem.

– Przyglądam się, jak latają te ptaki – odparła. – Są zabawne.

*

Sześć miesięcy po przerwaniu leczenia dziewczyna wreszcie poddała się bezlitosnym rządóm nowotworu. Nie powiadomiono mnie od razu, ale kilka tygodni później na mojej liście wizyt kontrolnych pojawiło się znajome nazwisko. Kiedy rodzice dziewczynki przyszli sami, domyśliłem się, co się stało.

Zawsze zachęcam rodziny do utrzymania ze mną kontaktu po śmierci ich dziecka. Tak jak wspominałem, oni są moimi pacjentami w równym stopniu, co ich syn lub córka. Moja opieka – moje zainteresowanie – nie kończy się z chwilą wyczerpania opcji chirurgicznych. Rany emocjonalne goją się dłużej niż te fizyczne.

– Dziękuję, że mi o tym mówicie – powiedziałem. – Była cudowną dziewczyną. Przykro mi, że nie mogłem zrobić więcej.

Mama już się rozplakała, tata też był bliski łez.

– Chcieliśmy tylko przekazać wiadomość – powiedział. – Chciała, żeby pan wiedział... żebyśmy panu powiedzieli.

Widziałem, że słowa przychodzą mu z trudem.

– Co mieliście mi państwo powiedzieć? – spytałem.

– To, że jest wdzięczna za wszystko, co pan zrobił. Za wszystko, czego pan próbował. – Spojrzał na żonę, szukając wsparcia. – I chciała przeprosić za to, że sprawiła panu przykrość, nie zdrowiejąc.

Równie dobrze mogła powiedzieć „to moja wina, nie twoja”. Nie powstrzymało mnie to przed płaczem. Zazwyczaj czekam, aż pacjenci lub rodzice wyjdą z gabinetu. Tym razem raczej mi się nie udało. Takie męstwo i cień zainteresowania uczuciami innych, kiedy jest się u progu śmierci, jest niezwykle. Jej rodzice byli równie imponujący. W ich zachowaniu nie było nawet cienia gniewu, żalu czy rozczarowania. A przynajmniej nie skierowanego do mnie.

– Dał nam pan siedem dodatkowych wspaniałych lat z naszą córką – powiedziała mama. – Nigdy nie będziemy mogli się panu za to wypłacić.

*

Nikt nie wie, jak zareaguje w obliczu przeciwności losu. „walcz lub uciekaj” to znane powiedzenie, chociaż stanowi dość ograniczony wybór. Ludzki umysł jest zdolny do wielu różnych reakcji. Jako lekarze widzimy cały ich kalejdoskop, każdy odcień i niuans. Musimy sobie z tym radzić – na dobre i na złe. A ja myślę, że sobie poradziłem.

Zupełnie innego rodzaju znajomość nawiązałem z oczekującą rodziną przy innej okazji. Mama miała standardowe badanie USG w dwudziestym tygodniu ciąży, kiedy to wykryto cystę na mózgu dziecka. Rozmawiałem z obojgiem rodziców i wytłumaczyłem im, co może się wydarzyć po narodzinach. Sytuacja była na tyle poważna, że mogli legalnie zdecydować się na nieprzedłużanie ciąży. Decyzja jednak musiała należeć do nich. W oparciu o moje informacje rodzice postanowili ją kontynuować. Byli młodzi, nadal byli nastolatkami. Podekscytowani, sądzili, że mają u stóp cały świat.

Wkrótce po porodzie pojawiłem się na oddziale neonatologii, tak jak to zawsze robię, jeśli uważam, że moja nagła interwencja może się okazać konieczna. Z tego, co zobaczyłem, mieliśmy jeszcze kilka dni do rozważenia. W razie czego zdołałbym się przygotować do zabiegu w ciągu kilku godzin, ale po wielu miesiącach stresu i obaw rodzice zasługiwali na trochę czasu spędzonego z ich nowo narodzonym dzieckiem.

Cysta znajdowała się w trudno dostępnym miejscu – w samym środeczku mózgu. Nawet Tom Cruise z *Mission: Impossible* nie dałby rady dostać się do środka, nie uruchamiając alarmu. Informowałem rodzinę na bieżąco o ryzyku.

– Nie dowiem się tego z całą pewnością, zanim nie zaczniemy operacji, ale sądząc po skanach, nie sądzę, aby udało mi się wydobyć więcej niż fragment cysty.

– Co to oznacza? – spytał tata.

– Najprawdopodobniej będziemy musieli powtórzyć zabieg przed upływem roku.

I rzeczywiście, było tak, jak przewidywałem. W dotarcie do cysty włożyliśmy wiele wysiłku i czasu. Na szczęście dziecko zareagowało dość dobrze na leczenie, tak więc pożegnaliśmy się – do następnego razu. Następną operacja nie poszła już tak dobrze. Tata zniknął z horyzontu po jakichś sześciu miesiącach. Nie byli małżeństwem i przypuszczam, że zbyt trudno było mu sobie z tym wszystkim radzić. To wyrozumiała interpretacja. Mogło również być tak, że niemowlak przeszkadzał mu w prowadzeniu życia towarzyskiego. Widziałem podobne zachowanie u wielu ojców. Matczyna więź z dzieckiem jest niewątpliwie dużo silniejsza. Tylko raz odeszła matka, ale to zupełnie inna historia.

W ciągu kolejnych pięciu lat operowałem tego chłopca siedemnaście razy. W końcu musiałem umieścić w jego głowie

dren, żeby odsączyć trochę płynu z cysty, a potem otworzyć inne, drugorzędowe cysty, które w międzyczasie się pojawiły. Przez większość czasu nie miałem wątpliwości, czy kontynuować leczenie. Każda operacja dawała matce i dziecku więcej czasu do życia, kochania i dorastania razem bez specjalnych problemów. W końcu jednak czar przysł i prawo zmniejszających się zysków uniosło swój szpetny łeb. Odstępy między poszczególnymi zabiegami stawały się coraz krótsze i po dziewiętnastej operacji, która odbyła się zaledwie sześć tygodni po poprzedniej, odbyłem rozmowę z mamą chłopca.

– Nie jestem przekonany, czy leczenie nadal jest skuteczne – powiedziałam. Mama wiedziała.

– Obawiałam się, że pan to powie. Nie będzie nam już pan pomagał?

– Oczywiście, że będę. Oboje jesteście moimi pacjentami. Problem w tym, że wcześniej mieliśmy cztery lub pięć miesięcy między operacjami. Teraz zeszliśmy do pięciu lub sześciu tygodni i sytuacja się nie polepszy. Musi się pani zastanowić, czy na pewno chce, aby wasze ostatnie chwile razem, wasze ostatnie wspomnienia dotyczyły tego miejsca. Będziecie otoczeni maszynami, naszymi pracownikami i koszmarnym wystrojem wewnątrz.

Nie wspominałem o tym, że „maluszek” (jak wciąż o nim myślałem, mimo że miał już pięć lat), będzie podłączony do owych maszyn. Gdybym miał wybór, nie chciałbym, aby ktoś mi bliski odchodził z tego świata w taki sposób.

Wreszcie mama podjęła decyzję. Kiedy chłopiec był gotów do opuszczenia szpitala po ostatniej operacji, pożegnałem się z nim, przekonany, że to nasze ostatnie spotkanie. I rzeczywiście było. W pewnym sensie.

Siedem tygodni później zadzwoniła do mnie mama. Jej syn zmarł w spokoju, w swoim łóżku w miejscowym hospicjum, otoczony ulubionymi zabawkami i plakatami superbohaterów. Wiadomość złamała mi serce.

– Bylibyśmy zaszczyceni, gdyby przyszedł pan na jego pogrzeb.

Pogrzeb. Dziecka, którego nie mogłem ocalić. Jak mógłbym wziąć w nim udział, skoro zawiodłem całą rodzinę?

Niewiele rzeczy na tym świecie potrafi być równie przygnębiających i bolesnych, co widok dziecięcej trumny. Sprzeciwia się to samej naturze, życiu i nadziei. Uczestniczenie w pogrzebie i stypie jako obcy człowiek jest co najmniej dziwne. Podczas pogrzebu człowiek czuje się jak piąte koło u wozu. Jedynymi ludźmi, których znałem, byli członkowie rodziny – a oni mieli właśnie pochować jednego ze swoich.

Właściwie to cieszyło mnie, że byłem sam. Jeśli mam być szczery, czułem się tam jak oszust. Jako jedyny spośród zgromadzonych na cmentarzu osób miałem szansę zapobiec śmierci chłopca – i nie potrafiłem tego zrobić. Okazało się jednak, że nie wszyscy postrzegali to w ten sam sposób. Mama wskazała mnie komuś i za chwilę ów mężczyzna uścisnął mi dłoń, mówiąc:

– Dziękuję. Dziękuję za wszystko, co pan dla nas zrobił.

Nie był jedyny. Ustawiła się do mnie cała procesja ludzi – mężczyzn i kobiet, młodych i starych – którzy chcieli wyrazić swoją wdzięczność za czas, jaki poświęciłem ich małemu wnusiowi, kuzynowi, siostrzeńcowi i przyjacielowi.

– Bez pana nigdy byśmy go nie poznali.

Ale przecież on zmarł, pomyślałem. Nie potrafiłem go ocalić. Mimo to pozostali wiedzieli co innego. Dla nich nie było to stracone życie, ale pięć zyskanych lat. Tam, gdzie ja dostrzegałem

profesjonalne fiasko, oni widzieli sukces. Dzięki temu w drodze do domu uśmiechałem się. Przez łzy.

Obiecałem sobie wtedy, że nigdy już nie wezmę udziału w pogrzebie pacjenta. To zbyt trudne – płacę zbyt wielką cenę.

[19] Gra zręcznościowa polegająca na stukaniu młoteczką w wynurzające się krety (lub bobry).

ROZDZIAŁ DWUDZIESTY

KLIENT ZAWSZE MA RACJĘ

Siedzę w biurze, spoglądając na męża, żonę i ich jedenastoletnią córkę. W dorosłych wyczuwam serdeczność tego rodzaju, że nawet lód by przy niej zamarznął. Założone ramiona, ściągnięte usta, wzrok utkwiony wszędzie, tylko nie we mnie. Można by pomyśleć, że zabiłem im kota.

Szczerze mówiąc, jestem przyzwyczajony do nieco większego szacunku. To prawda, niektórzy przesadzają w swojej uniżoności. Nie tego szukam. Po prostu chciałbym, żeby ludzie przychodzili gotowi mnie wysłuchać. Zwłaszcza zważywszy na to, że to przez nich dziecko jest teraz chore.

Oczywiście miałem już wcześniej do czynienia z tym typem – może nie aż w takim stopniu, ale próg mojego gabinetu przekroczyło już wiele osób, których oczekiwania względem moich usług były nieracjonalne lub którzy chcieli, żeby wszystko odbyło się natychmiast, na ich rozkaz. Nie obchodził ich fakt, że miałem jeszcze dziesięciu innych pacjentów i być może niektórzy z nich znacznie bardziej potrzebowali szybkiej interwencji.

– Dlaczego nie może pan zrobić skanu teraz? Dlaczego nie może pan operować w tej chwili? Przynieśliśmy ze sobą jej piżamę. Dlaczego pan wszystko opóźnia? Ryzykuje pan życiem naszego dziecka.

Niełatwo się z kimś takim rozprawić. Większości ludzi mówię:

– Wiem, że się obawiacie i martwicie, ale mam tuzin innych pacjentów. Wasze dziecko jest bezpieczne. Nie stanie się nic nagłego i chwila opóźnienia nie pogorszy jego stanu. Niestety, mam pacjentów, którzy nie mogą czekać, i takich, którzy są w takiej samej sytuacji, a czekają już od dłuższego czasu. Muszę ustalić hierarchię ważności. Proszę spojrzeć na to z tej strony: zawsze lepiej jest *nie być* pacjentem, który wymaga natychmiastowej interwencji, ponieważ jeśli ktoś jest tak bardzo chory... lepiej być pacjentem, który *może* zaczekać.

Zazwyczaj na tym kończy się rozmowa.

Niektórzy jednak nie chcą tego słyszeć. Krzyczą, pomstują i grożą, aż człowiek zastanawia się, co takiego robią na co dzień. Czy zachowują się tak w stosunku do wszystkich, czy tylko w relacji do pracowników służby zdrowia? Kiedy spotkało się już tysiące pacjentów, człowiek zaczyna mieć pewne wyczucie, więc wiem, jak zachowują się zaniepokojeni rodzice. Zakrzykiwanie lekarzy niczego nie dowodzi.

Prawda jest taka, że obrazowanie diagnostyczne to nie zdjęcia z polaroidu. Czas oczekiwania na takie badanie zazwyczaj rozciąga się na cztery do dziesięciu tygodni, czasem nawet dłużej, jeśli obrazowanie trzeba przeprowadzić pod narkozą. Niektórzy ludzie nie potrafią tego zaakceptować. Rozumiem, że kochają swoje dziecko, ale nie czyni to ich ekspertami ze znajomością medycyny i procedur szpitalnych. Nie są również ważniejsi niż rodzice pacjentów w sąsiednich pokojach.

W tym konkretnym przypadku siedzę naprzeciwko nich, czekając, aż jedno z rodziców przerwie nadąsane milczenie czymś więcej niż krótkim „tak” lub „nie”. Skierował ich do mnie mój bardzo dobry kolega z innego szpitala, aby mogli zasięgnąć drugiej opinii.

– Może powiecie mi państwo, dlaczego zdecydowaliście się opuścić poprzedni szpital i zapisać się tutaj? – mówię. – Wasz poprzedni lekarz jest prawdopodobnie jednym z najlepszych ekspertów w tej dziedzinie.

– To szarlatan – odpowiada mama. – Oszust. Konował. Kanciarz.

Rany gościa.

– Rozumiem. Dlaczego pani tak twierdzi?

– Na początek dlatego, że stwierdził, że naszej córce nic nie jest.

– Interesujące. A z jakiego powodu państwo się z nim nie zgadzacie?

– Sprawdziliśmy w Googlach. Nasza córka ma zespół Chiariego. Żądamy podjęcia leczenia albo pójdziemy gdzie indziej.

Doprawdy, czarujące... Cała trudność polega na tym, że w notatkach z poprzedniego szpitala jest informacja o wykryciu bardzo małej deformacji Chiariego. To nic poważnego, a już na pewno nic, co tak bardzo koreluje z objawami pacjentki. Miała mdłości i wymiotowała, ale również była zagniewana i niezrównoważona. Mieli z nią wiele problemów wychowawczych. *A mimo to nie mogę wziąć niczego za pewnik. Muszę zacząć z czystym kontem...*

– Gwoli wyjaśnienia, rozumiem, że poinformowano was, że zespół Chiariego najprawdopodobniej nie jest przyczyną problemów waszej córki? – pytam.

Mama jeszcze bardziej ściska ramiona i prycha.

– Owszem. Tak właśnie powiedział ten poprzedni idiota. Powinni pozbawić go prawa do wykonywania zawodu.

Kolejne pięć minut upływa na wysłuchiwanie przekleństw i obraz w stosunku do faceta, który jest naprawdę bardzo dobry w swojej pracy. A nawet gdyby tak nie było, nie zasługuje sobie na takie zniesławianie. Nikt nie zasługuje.

– W każdym razie... – ciągnę. – Czy powiedział państwu, że przeprowadzenie zabiegu na waszej córce niesie za sobą więcej ryzyka niż potencjalnych korzyści?

– Chciał się tylko wykręcić.

Moja kolej na westchnięcie.

– Mózg nie jest strukturą, na której operuje się dla zabawy. Mogą pojawić się komplikacje i to całkiem poważne, a czasem nawet zagrażające życiu. Naprawdę nie należy się do tego pchać, chyba że nie ma innego wyjścia.

– Cóż, naszym zdaniem pan *nie ma* wyjścia. A poza tym klient zawsze ma rację.

– Może w restauracji, ale w tym gabinecie to *ja* jestem ekspertem. Przyszliście państwo zasięgnąć mojej opinii o córce. Znacie ją najlepiej, ale ja wiem, jakie jest najlepsze postępowanie, jeśli chodzi o jej dolegliwość.

– Naszym zdaniem wcale pan tego nie wie. I wcale panu nie zależy na naszej córce.

Czy to się nigdy nie skończy?

– Proszę posłuchać – mówię. – Nie wiem, co chcieliby państwo usłyszeć. Mój kolega z poprzedniego szpitala przeprowadził wystarczająco szczegółowe badania. Wysłuchałem wszystkiego, co mieliście do powiedzenia, zbadałem dziecko od stóp do głów i skłaniam się ku jego diagnozie. Wasza córka być może będzie w którymś momencie w przyszłości potrzebowała operacji, ale

z całą pewnością nie teraz i bardzo możliwe, że w ogóle. To niezwykle łagodna postać choroby.

– Doprawdy? – pyta z agresją tata. – W takim razie jak pan wyjaśni jej pozostałe problemy?

Naprawdę wolałbym, żeby nie zadawał pan tego pytania. Mam przed sobą tonę wypisów z wywiadów psychologicznych przeprowadzonych zarówno z dzieckiem, jak i z rodzicami. Podstawowym naświetlonym problemem jest fakt, iż rodzice od niedawna są w separacji – chociaż sądząc po zjednoczonym froncie, jaki prezentują teraz i w spotkaniu z poprzednim lekarzem, nikt by się tego nie domyślił. Przypuszczam, że dochodzi do głosu stara zasada, że wróg mojego wroga jest moim przyjacielem.

Problemy, o których mówią, pojawiły się po poinformowaniu córki o separacji. Co więcej, „choroba” ich latorośli zdaje się wzmacniać w weekendy i podczas wakacji, ale znika, gdy dziecko jest w szkole. Ma również łagodniejszy przebieg w czasie spędzonym z tatą. Nawet ja widzę w tym oczywisty schemat. Dziewczynka wini mamę za rozstanie i szaleje, kiedy ta pojawi się w pobliżu, natomiast przy tacie nieco się uspokaja. Trywialnie proste, mój drogi Watsonie.

Tylko że... są jeszcze objawy fizyczne. Słabość, problemy z równowagą, bóle głowy, kłopoty z przełykaniem i z przeżuwaniami pokarmu, problemy z mową i podwójne widzenie. Dziewczyna wyliczyła je wszystkie i podejrzewam, że to posłało wielu lekarzy w pogoń za przysłowiową „złotą gęsią”.

Dla porządku zamawiam własne skany, co daje mi również trochę czasu. Tak naprawdę nie mam żadnych zastrzeżeń do obrazowania wykonanego w poprzednim szpitalu. Potwierdzają

one drobne nieprawidłowości – nic, co moim zdaniem mogło wywołać objawy jakoby odczuwane przez córkę.

Nie chcę jednak rzucić jedenastoletniej dziewczyny na pożarcie lwom – zwłaszcza gdy noszą one twarze jej rodziców. Problem w tym, że kiedy dzieciom z problemami zadawane są te same pytania przez różne osoby w różnych momentach, częstokroć zaczynają one wprowadzać ukryte w pytaniu sugestie do swoich odpowiedzi.

– Zimno ci?

– Nie.

– Zimno ci?

– Nie.

– Zimno ci?

– Nie.

– Zimno ci?

– Nie.

– Jak się czujesz?

– Jest mi zimno.

To niekoniecznie wprowadzenie w błąd. Po prostu dzieci mówią dorosłym to, co tamci chcą usłyszeć. Miałem dziesiątki pacjentów, którzy naśladowali objawy, o których dowiedzieli się albo z internetowej witryny NHS-u, albo – co gorsza – z Wikipedii (choć szczerze mówiąc, czasem w tej ostatniej można znaleźć jaśniejsze definicje). Tak czy owak, to smutne, że muszę sprawdzać owe strony przed spotkaniem z nowym pacjentem w klinice.

Im dłużej rozmawiam z dziewczyną, tym bardziej jej odpowiedzi sobie przeczą. Zauważam, że czeka na podpowiedzi ze strony mamy, i nie chodzi tylko i wyłącznie o skomplikowane rzeczy, ale nawet o najprostsze pytania, na przykład o to, kiedy po raz

pierwszy zaobserwowała u siebie objawy. Widzę doskonale, co tu się wyrabia, ale chcę im pomóc.

W środku rozmowy rodzice zaczynają wtrącać się z pytaniami. Większość z nich nie ma znaczenia i nie dotyczy mnie. Potem, kiedy zdają sobie sprawę, że podjąłem decyzję, ich pytania zmieniają się w oskarżenia.

– Po co my tu w ogóle przychodziliśmy? Co za strata czasu. Miał pan nam pomóc. Pan nie jest lekarzem, tylko szarlatanem.

Nie ma znaczenia, ile razy powtórzę, że ich córce nic nie jest i że nie potrzebuje operacji. Nie posłuchają mnie, bo nie chcą. Ojciec naskakuje na matkę, twierdząc, że córka powinna mieszkać z nim, bo najwyraźniej z nią nie jest szczęśliwa. Matka mówi ojcu, gdzie może sobie iść, informuje go, że zawiódł je obie i że gdyby był prawdziwym mężczyzną, załatwiłby mnie.

Nagle tata zrywa się na równe nogi i nachyla groźnie nade mną. Dźga palcem w stronę mojej twarzy i wydziera się na mnie. Oboje krzyczą. Drzwi się otwierają i widzę mojego współpracownika, z szokiem na twarzy obserwującego, jak tamten potężny mężczyzna gestykułuje agresywnie w moim kierunku.

– Mam zadzwonić...? – pyta bezgłośnie.

– Nie trzeba – odpowiadam. – Wszystko w porządku.

Tylko jak długo?

Wstaję. Możliwe, że to złe posunięcie. Mam prawie dwa metry wzrostu, ale on jest kilka centymetrów wyższy, szerszy w barach. I przy tym wściekły. Przysuwa twarz tak blisko, że czuję jego oddech, kropelki śliny opadające na moją twarz. Chce mnie zakrzyczeć, przeklina mnie, mówi mi, co zamierza ze mną zrobić, jeśli nie pomogę jego córce.

Jestem pewien, że taka taktyka działała w przeszłości na wiele osób. Gdybym nie był tak wysoki i gdybym nie był przyzwyczajony

do tego, że ludzie potrafią być agresywni, pewnie zacząłbym się niepokoić. Może jestem zbyt głupi, aby rozpoznać niebezpieczeństwo zagładające mi w oczy. A może to dlatego, że przetrwałem Glasgow bez uszczerbku na życiu. Oczywiście można oberwać od każdego. Jego żona na przykład mogłaby równie dobrze mnie uderzyć. W tej chwili to tata jest moim priorytetem. Muszę uważnie obserwować jego pięści.

To nie moje pierwsze rodeo – nie po raz pierwszy grożono mi przemocą. Pracuję w bardzo stresującej branży. Zazwyczaj potrafię uspokoić ludzi słowami, odwieść ich od przemocy. Wierzę, że uda mi się i tym razem, ale nie mam szansy spróbować. Mama nagle uznaje, że ma już dość. Podchodzi do wyjścia i ciągnąc za sobą córkę, żąda, aby jej były mąż zrobił to samo. Kiedy otwierają drzwi, widzę mojego kolegę z oddziału oraz dwóch masywnych ochroniarzy. Rozstępują się, pozwalając przejść tej rodzinnej nawałnicy.

*

Nigdy więcej nie spotkałem się z tą rodziną. Mam nadzieję, że nie znaleźli chirurga, który zgodził się operować. Być może w przyszłości ta młoda dama będzie potrzebowała zabiegu, ale teraz potrzebuje głównie pomocy psychologicznej oraz rodziców, którzy nie chcą się pozabijać, kiedy ona tkwi w samym środku ich walki. Co zabawniejsze, nie wspomnieli o tym w liście ze skargą, który wysłali do szpitala...

ROZDZIAŁ DWUDZIESTY PIERWSZY

OSTATNI RAZ

W mojej pracy nie ma dwóch jednakowych dni, pacjentów ani ich rodziców. To trochę dziwne, zważywszy, że lista chorób mózgu jest ograniczona.

Skierowano do nas osiemnastomiesięczną dziewczynkę ze szpitala w naszym rejonie. Nagle straciła przytomność i dostała ataku padaczkowego. W obrębie zespołu podejmujemy decyzję na podstawie a) diagnozy i b) konieczności pośpiechu. Sądząc po skanach przesłanych nam przez poprzedni szpital, mieliśmy do czynienia z malformacją tętniczo-żylną.

Utraty przytomności i ataki epilepsji to tylko kilka objawów wskazujących na wiele problemów – i co więcej, na nagłość przypadku. Będziemy musieli natychmiast zabrać się do pracy, kiedy dziecko przybędzie. Szykowałem się już do wyjścia po skończeniu pracy, kiedy dostaliśmy telefon. Trzy godziny później byłem gotowy do spędzenia w szpitalu całej nocy. Na szczęście nie byłem sam. Mój ówczesny rezydent, Tim (obecnie już konsultant), biegał jak kot z pęcherzem, szykując różne oddziały na przyjęcie

naszej małej pacjentki. Potrzebowałem skanów, sali operacyjnej, pielęgniarek, sprzętu, anestezjologów i tym podobne. Byłem pewien, że Tim zorganizuje to wszystko bez problemów. Ja musiałem jedynie zadzwonić do domu i powiedzieć, że jeszcze przez jakiś czas nie wrócę.

*

Jest 22.00. Dziecko znajduje się dwadzieścia minut drogi od szpitala. Wrzucam drugi bieg dla całego zespołu. Nie mamy obchodu, kliniki ani żadnych innych „rozrywek”. Przechodzimy bezpośrednio do skróconej wersji rejestru WHO.

– Dobra – zaczynam. – Oto, z czym według mnie mamy do czynienia, a oto, czego będę potrzebował. Powiedzcie, w jaki sposób możecie mi pomóc.

Pozostali są równie gotowi, co ja. Teraz zostaje tylko oczekiwanie na główną atrakcję.

*

Rodzice przybywają zapłakani, zmęczeni i spanikowani. Podróż karetką pogotowia czasem wywiera taki efekt na ludzi. Chcę osobiście uzyskać od nich pełną historię, ale pozwalam Timowi kierować rozmową. W ten sposób rezydenci najlepiej się uczą. Wszystko jest dokładnie tak, jak wyjaśnił nam poprzedni szpital. W jednej chwili dziecko zachowywało się normalnie, w drugiej leżało bezwładnie na podłodze. Na zdjęciach widać skrzep w pobliżu czubka głowy.

Jestem już na sali operacyjnej, jeszcze raz przeglądając skany. W przeszłości wisiałyby one podpięte na ścianie, ale w erze

komputerowej mogę je oglądać po jednym na monitorze i szybko przejść do następnego. To bez wątpienia tańsze niż drukowanie, ale mniej wydajne. Kto ma czas przeglądać zdjęcia po jednym na laptopie?

Zaczynamy się szykować do zabiegu usuwania skrzepu i naprawy malformacji naczyniowej. Kiedy anestezjolog wwozi pacjentkę, po raz kolejny sprawdzam, czy wszystko jest przygotowane.

– Możemy zaczynać? – pytam.

Tak, wszyscy są gotowi.

Piętnaście minut później jestem już wewnątrz czaszki dziecka i toruję sobie drogę do skrzepu. Jest dostępny, niezbyt mały, około 5 centymetrów średnicy. Wyłuskanie większości powinno być dość rutynowe. Moje narzędzia leżą elegancko ułożone po mojej prawej stronie. Głowa Tima, który utrzymuje wejście odpowiednio otwarte, dosłownie dotyka mojej. Pracujemy jak dobrze naoliwiona maszyna – tego zresztą od niego oczekuję po sześcioletniej rezydenturze na naszym oddziale. Za jego plecami nasz młodszy stażysta spogląda na ekrany, monitor serca i na strefę zero – miejsce, które operujemy. Stara się niczego nie przeoczyć – dokładnie tak, jak mógłbym sobie tego życzyć.

Od czasu do czasu zadaje pytanie. Odpowiadam, jeśli mogę – czyli jeżeli scenariusz pozwala mi na taki luksus. Jeśli pracuję akurat nad szczególnie niebezpiecznym manewrem, przestaję rozmawiać. Nic osobistego – prawdopodobnie w ogóle nie słyszałem pytania.

Moim priorytetem jest usunięcie skrzepu przy jednoczesnej ochronie zdeformowanych (jak się spodziewam) naczyń krwionośnych przebiegających pod spodem. Operację zacząłem od stopniowego usuwania jego fragmentów. Kiedy przygotowałem już

niecو cały ten obszar, pozwalam Timowi trochę popracować. Nie spuszczam ani na chwilę oczu ze skrzepu.

Mija godzina, kiedy nagle, spoglądając w mikroskop, Tim pyta:

– Co o tym sądzisz?

Spoglądam już na ogromne obrazy na ekranie za jego plecami. Coś jest nie tak. Skrzep odchodził bardzo ładnie. Wyciągnęliśmy już niemal połowę, ale Tim trafił na coś nieco innego.

– Cholera – mówię. – Chyba mamy do czynienia z koniem trojańskim.

– Też tak myślę.

Chodzi o to, co zobaczyliśmy w środku obszaru, na którym się skupiamy. Jest tam coś jeszcze, przywartego do brzegu skrzepu. Wchodzę tam z moimi instrumentami. Wycinam, co mogę, i wyciągam szczypczykami. Tim przygląda się temu i podnosi do światła.

– Guz? – pyta.

– Niestety. – Pokazuję twór reszcie zgromadzonych. – Mam nadzieję, że żadne z was nie ma planów na dzisiejszy wieczór...

*

Jak pech, to pech. U naszej małej pacjentki rozwinął się nowotwór, który z kolei przeżarł ściankę naczynia krwionośnego, powodując jego pęknięcie. Sam guz niemal nie różnił się wyglądem od otaczającej go zdrowej tkanki, tak więc łatwo go było przeoczyć na skanie, gdy pojawił się skrzep. Jedyne plus tej sytuacji był taki, że w pierwszym szpitalu postawiono prawidłową diagnozę. Po prostu niekompletną.

W chwili, gdy nowotwór został zidentyfikowany, cel operacji uległ zmianie. W jednej chwili człowiek szykuje się do operacji na

naczyniach krwionośnych (wymagającej jednego zestawu instrumentów), w drugiej zaś nagle musi zrobić coś zupełnie innego.

Wszystko po kolei: najpierw instrumentariuszka przygotowuje wycinek guza.

– Zanieś to na patologię – mówię do stażysty. – Do natychmiastowego sprawdzenia. W razie jakichkolwiek problemów powiedz, żeby natychmiast do mnie zadzwonili.

Chłopak znika. Musi ściągnąć do szpitala jednego z patologów, ponieważ nie płaci się im za dyżury. Opłacalność i takie tam. Jednak w szczególnych przypadkach polegamy na ich dobrej woli, z nadzieją, że zwleką się z łóżka i przyjadą zrobić dla nas badania. Nigdy jeszcze nie odmówili – prawdziwi profesjonaliści.

W międzyczasie musimy się zająć dwoma ciałami obcymi. Skrzep zaczyna wyglądać dość niemrawo w porównaniu z bestią, która na nas czekała na samym początku. Sam nowotwór po pierwszym zaskoczeniu przestał wydawać się aż tak przerażający. Po krótkiej przerwie i naradzie wojennej z zespołem wracamy do pracy, teraz już z innymi priorytetami.

To, co miało być stosunkowo prostym zabiegiem usunięcia skrzepu, zmieniło się w operację usunięcia części nowotworu. Idzie nam dość gładko. Wycinamy tyle, ile możemy, bez żadnych potknięć – a przynajmniej niczego takiego nie zauważamy podczas operacji. Jak zwykle, wszystko okaże się po przebudzeniu maleństwa.

Kiedy wreszcie otwiera oczy, odczuwam ulgę. Po jednej stronie zauważam słabość, ale można się było tego spodziewać po dłubaniu w pobliżu struktury, którą nazywamy „połem ruchowym” – częścią mózgu kontrolującą przeciwległą stronę ciała – ale poza tym wszystko jest w porządku. Gdybym miał się

zakładać, powiedziałbym, że wróci do siebie w ciągu kilku miesięcy.

Pomimo późnej godziny rodzice dziecka nie śpią, kiedy ich odnajduję. Myślę, że żadne z nich ani na chwilę nie usiadło w ciągu ostatnich dwóch godzin. Oboje nadal są w szoku w związku z wykryciem skrzepu. Kiedy mówię im o nowotworze, to jakby dostali między oczy. Adrenalina, na której do tej pory jechali, znika w okamgnieniu.

– Nowotwór? – pyta mama. – Ma raka? Czy ona umrze?

Wyjaśniam, że odesłaliśmy wycinek tkanki zmienionej do analizy, a poza tym wycięliśmy tyle, ile się dało. Problem polegał na tym, że ponieważ mózg był zaogniony z powodu skrzepu, trudno było zlokalizować brzegi guza.

– Zrobimy kilka badań, dowiemy się, z czym dokładnie mamy do czynienia i, jeśli będzie to konieczne, przeprowadzimy kolejną operację, kiedy wasza córka odzyska siły – wyjaśniam.

*

Wyniki z laboratorium nie były najlepsze. Dziecko miało glejaka różnopostaciowego – bardzo agresywny rodzaj nowotworu. Nawet jeśli wiadomo, że się pojawił, bardzo trudno się go leczy. Jak porządny niemowlak, dziecko miało w sobie wystarczająco dużo energii, żeby całkowicie dojść do siebie. Skany wykazały, że pozbyliśmy się większości guza za pierwszym podejściem. Zważywszy, że rozpoczynając operację, nie zdawaliśmy sobie nawet sprawy z istnienia glejaka, uważam, że był to naprawdę dobry wynik. Ale nie idealny. A w tym przypadku i z tą pacjentką myślałem, że mamy szansę.

Kiedy opuchlizna i podrażnienie znikają, przeważnie można wrócić ponownie w ten sam rejon i przeprowadzić bardziej kontrolowaną operację, aby zidentyfikować wszystkie kawałki guza, które mogły się przed nami ukrywać, i wyciąć tyle, ile się da. Zrobiliśmy to i wyłuskaliśmy tyle zmienionej tkanki, ile udało się rozpoznać. Dziecko przeszło serię chemioterapii, która miała zająć się bardziej przebiegłymi fragmentami nowotworu. Zobaczyłem je ponownie po trzech miesiącach.

Gdy rodzice pojawili się w mojej klinice, byli cieniami zdrowych młodych dwojga ludzi, których poznałem za pierwszym razem. Bardzo chciałem podzielić się z nimi dobrymi nowinami i na szczęście mogłem to zrobić. Skany wykazały, że pozostałości nowotworu były pomijalnie małe.

– Co to znaczy? – spytał tata.

– To znaczy, że czeka was dłuższy okres dobrego życia rodzinnego. Wasza córeczka jest silną dziewczynką. Nie poddaje się. Zobaczymy, jak się sprawy ułożą, i za jakiś czas wykonamy skan.

Kiedy wrócili do mnie po kolejnych trzech miesiącach, do ich kroku wróciła dawna sprężystość. Wyniki obrazowania były dobre – żadnych oznak nawrotu. Dziecko rozwijało się jak każdy dwulatek. Aż przyjemnie było popatrzeć. Narobiła rumoru, chodząc dookoła mojego biurka. Nie mogła usiedzieć spokojnie nawet przez chwilę. Widziałem, że jej mama trochę się na nią o to złości, ale mi to absolutnie nie przeszkadzało.

– Uwierzcie mi, to najlepsze wyniki, jakich mógłbym sobie i wam życzyć. Cieszcie się każdą chwilą, proszę.

Potraktowali moje słowa poważnie. Minęły kolejne trzy miesiące i znów skany były czyste. Podczas każdej wizyty oboje buzowali energią, życiem, mieli do opowiadania mnóstwo historii o tym,

gdzie byli i co robili. Moja pacjentka wyrosła na cudownie śmiałą dziewczynkę. Wspaniale było obserwować jej postępy. Jako rodzina nie tracili ani jednej sekundy.

Znów upłynęły trzy miesiące, a potem kolejne. Zacząłem planować przesunięcie wizyt na półroczne kontrole, jeśli następne spotkanie przebiegnie pomyślnie. Chociaż cieszyłem się z ich niezwykle optymistycznych wizyt, nie widziałem sensu w denerwowaniu ich bez potrzeby co kwartał.

Niestety, nie miałem szansy wprowadzić moich planów w czyn. Od pierwszego pojawienia się nowotworu minął niespełna rok, a już musieliśmy przekazać rodzicom niepomyślnie wieści.

– Bardzo mi przykro, ale wygląda na to, że nowotwór się odnowił.

– Czy ona umrze? – spytała mama. Moja mała pacjentka obserwowała naszą rozmowę, ale nie uczestniczyła w podejmowaniu decyzji. Przyzwyczała się do rozmów na ten temat prowadzonych w jej obecności, tak jak życzyli sobie rodzice. Nie rozumiała jednak powagi tego pytania.

– Nie, jeszcze przez długi czas – odparłem. – Ponieważ wszyscy pomożemy jej z tym walczyć.

I oczywiście tak zrobiliśmy. Niestety, kolejna operacja była trudniejsza niż pierwsza. Po pierwszej resekcji nowotworu pozostały blizny, co uczyniło identyfikację guza w niektórych miejscach zadaniem niemal niewykonalnym. Nawet przy tak dobrym sprzęcie – nawigacji, ultradźwiękach – naprawdę trudno było odróżnić glejaka od tkanki mózgowej.

Ostatecznie musieliśmy powrócić do podstaw – zrób to i przekonaj się później. Pobrałem małe wycinki z miejsc, w których identyfikacja była zbyt trudna, a potem szybko wysłałem je do laboratorium z krótką notatką: „Co o tym

myślicie?”. Potem pogrzebałem jeszcze trochę, pracując nad fragmentami, co do których byłem pewien, zanim nadeszła odpowiedź. Czasami słyszę wtedy: „Myślimy, że to nowotwór”, innymi razy: „Wygląda mi to na tkankę bliznowatą i mózgową. Może bądź w tym miejscu ostrożny”. Przez cały czas konsultowaliśmy się na bieżąco z laboratorium, co oczywiście zwiększa presję i naprawdę opóźnia postępy. Dziękowałem Bogu za muzykę, która pomagała się wszystkim skoncentrować. Stary dobry Queen.

Przebrnęliśmy przez to. Była to, jak zgodnie stwierdziliśmy, dobra operacja. Mimo to trzy miesiące później u dziewczynki nadal widoczne były oznaki słabości. Szybkie dojście do siebie, które zademonstrowała nam wszystkim po pierwszej operacji, tym razem nie miało miejsca. Coś nie pozwalało jej wyzdrowieć. Powtórzyliśmy tomografię. Nowotwór wdarł się w nowe, głębsze obszary mózgu.

– Nie jest to absolutnie przesadzony wynik – wyjaśniłem rodzicom. – Chętnie zajrzę tam jeszcze raz i postaram się wyciąć tyle, ile będę mógł.

– Czy to zaszkodzi naszemu dziecku? – spytała mama.

– To dobre pytanie. Nigdy nie zalecałbym interwencji chirurgicznej, gdyby nie była ona konieczna. Ryzyko jest spore, ale nie sądzę, abyśmy mieli jakieś inne wyjście. Nowotwór będzie dalej rósł, aż wreszcie zacznie zagrażać jej życiu.

– Jeśli jest pan pewien – powiedział tata.

– Jestem, ale sądzę, że powinniśmy zdawać sobie sprawę, że będzie to ostatni raz.

W pokoju zapadło milczenie. Wszyscy rozumieliśmy znaczenie moich słów. Jeżeli nie byłem w stanie usunąć całego nowotworu za pierwszym i drugim podejściem, szanse powodzenia tym razem

były zdecydowanie niższe. Resekcja nie była jednak jedynym celem. Chciałem również zrobić miejsce dla mózgu, ponieważ przechodzona przez małą chemioterapię mogła poskutkować obrzękiem mózgu. Zrobiliśmy wszystko, co w naszej mocy, wiedząc, że prawdopodobnie to nie wystarczy – nie na dłuższą metę. Nie oznaczało to jednak, że zabrakło nam innych możliwości.

Kolejnym stadium była solidna dawka radioterapii. Mój znajomy onkolog zasugerował nowy rodzaj terapii protonowej, dający bardzo pozytywne wyniki po naświetlaniach tak drapieżnego wroga. Jedyny problem polegał na tym, że technologia była bardzo kosztowna i w rezultacie niedostępna w Anglii.

Jedną z zalet naszej państwowej służby zdrowia jest to, że zachęca się nas, medyków, do przyznawania się do naszych ograniczeń. Jeśli nie możemy czegoś zrobić, szukamy kogoś, kto może. Podobnie z terapią – jeśli jest coś, czego nie możemy sami zapewnić, ponieważ nie posiadamy odpowiedniego sprzętu, ale eksperci NHS uznali, że dana metoda leczenia może przynieść dobre rezultaty, to wtedy możemy zapłacić za przeprowadzenie leczenia w innym miejscu. Najważniejsze jest to, aby eksperci NHS-u – czyli ludzie tacy, jak ja – zgodzili się, że rzezona terapia przyniesie dobre wyniki. Chodzi przede wszystkim o to, aby powstrzymać lekarzy od wysyłania pacjentów do Niemiec, na leczenie kryształami i tym podobne.

Tak więc dziecko wraz z rodzicami odleciało na Florydę. Myślę, że poszło całkiem nieźle. Z całą pewnością tak dobrze, jak mieliśmy nadzieję. Nowotwór został zatrzymany na kilka ładnych lat, dzięki czemu rodzina spędziła razem cudowny czas.

Niestety, istnieje powód, dla którego nadal spotykamy się z pacjentami w klinice, długo po przeprowadzeniu udanych

zabiegów. Coś tak zjadliwego, jak glejak, nie wie, kiedy przestać. Niemal dwa lata po ostatnim spotkaniu na skanach pojawił się znajomy już widok. Szczerze mówiąc, spodziewałem się tego od chwili, gdy zobaczyłem rodzinę w klinice. Ta mała, śliczna, sprytna kulka energii nie była sobą. Uśmiechała się i rozmawiała, ale widziałem, że czyni to z wysiłkiem. Nie potrafiłem ocenić, czy rodzice są świadomi jej pogarszającego się stanu. Kiedy jesteśmy zbyt blisko, nie zawsze zauważamy zmiany.

Jako nieczęsty, choć regularny obserwator od razu wiedziałem, że coś jest nie tak. Kiedy dziewczynka nie była nadaktywna, robiła się apatyczna. Jeżeli ktoś nie rozmawiał z nią bezpośrednio, szybko popadała w ospałość. Nie byłem więc zdziwiony, kiedy skany wykazały, że nowotwór powrócił i uciska mózg.

Naprawdę chcieliśmy uniknąć powrotu do drogi operacyjnej. Wiedziałem o kilku bardzo interesujących testach nowych leków przeciwnowotworowych, które nie były jeszcze dostępne trzy czy cztery lata temu, na początku naszej znajomości.

– Jeśli chcesz, mogę porozmawiać z naszym zespołem, który prowadzi badania, i spróbować wciągnąć ją na listę? – powiedział mój kolega onkolog.

Rodzice nie wahali się nawet przez chwilę.

– Gdzie mamy się podpisać? – spytał tata, optymistyczny jak zawsze. – Bez względu na to, jak wygląda leczenie, jeśli dzięki niemu zyskamy więcej czasu, wchodzimy w to.

Trafił w sedno. Jako rodzic chciał jak najdłużej dzielić życie ze swoją córką. Wiedział jednak po całym tym czasie, że przedłużenie życia nie jest tak ważne, jak jego jakość. Jeśli nowa metoda nie naraziłaby ich córki na niepotrzebny lub nadmierny ból i niewygody, rodzice chcieli spróbować wszystkiego, co mogli

zrobić dla swojego dziecka. Uważam, że to bardzo rozsądne. Dlatego podjąłem taką, a nie inną decyzję.

– W międzyczasie, gdy będziecie załatwiać niezbędne dokumenty i omawiać logistykę, ja przyjrę się bliżej temu nowemu guzowi. Jeśli uda mi się wyciąć jego większość, chemia będzie musiała się mniej napracować. Tym razem jednak to naprawdę już ostatni raz.

Cała rodzina wybuchnęła śmiechem.

– Już raz pan tak powiedział ostatnim razem – zachichotała mama. – Pożyjemy, zobaczymy.

Miała rację. Powiedziałem tak i w tamtych okolicznościach była to prawda. Uprzednio nie miałem żadnego powodu narażać ich córkę na kolejne ryzyko związane z operacją oraz na wysiłek rekonwalescencji. Co się zmieniło? Przede wszystkim moja pacjentka. Różnica między energiczną małą istotką a pozbawioną zapału, apatyczną osobą, którą miałem przed oczami była stresująca. Miałem nadzieję, że jeśli uda mi się zmniejszyć nacisk na mózg, dziewczynka być może odzyska swój dawny wigor. Poza tym upewnienie się, że jest na tyle zdrowa i silna, na ile to możliwe, przed rozpoczęciem chemioterapii było dość logiczne.

– Jeszcze jedna próba – powtórzyłem. – Tym razem zdecydowanie ostatnia.

– Jasne, jasne...

*

Celem tej operacji była poprawa stanu pacjentki – przywrócenie jej tej samej jakości życia, którą obserwowałem w ciągu ostatnich kilku lat. Miałem szczęście, że znałem tę dziewczynkę podczas najlepszych lat życia jej i rodziny. Pozwoliło mi to dostrzec

prawdziwy potencjał, jeśli zrobimy wszystko, jak należy. Daje mi to coś, o co chcę walczyć.

Niestety, zaraz po wejściu do środka zdałem sobie sprawę, z czym mamy do czynienia. Nowy, lepszy nowotwór (wersja 2.0) obrasta duże naczynie krwionośne w środku mózgu. Usunięcie części masy będzie bardzo ograniczone. Mogę jedynie zaatakować sam środek nowotworu. Jest to stosunkowo brutalny proces, w którym za pomocą tępego narzędzia usuwa się środek guza, pozostawiając brzegi, które będą kontynuowały swoją perfidną wędrówkę w głąb mózgu.

Nie wygląda to dobrze – ani sam nowotwór, ani rokowania. Guz zaczyna wrastać w system limbiczny, czyli tę część mózgu, która zawiaduje osobowością i emocjami. Jest to ośrodek, który czyni z ciebie osobę, a nie tylko zwykłego, przeciętnego człowieka – i nadaje temu dziecku tak unikalne cechy. Nie mogę nic zrobić z fragmentami, które już przerosły tkankę mózgową. Nie będę ryzykował. Zbyt wiele mam do stracenia. Niestety, to już tylko kwestia czasu, zanim jej pamięć i osobowość zaczną się zmieniać i mała dziewczynka, dobrze znana i kochana przez rodziców, zacznie znikać.

Mimo wszystko nie zamierzam się poddawać. Wycinam tak dużo nowotworu, jak to możliwe, przed zaszcieniem rany.

– To już na pewno ostatni raz...

*

Tylko że oczywiście wcale tak nie było. Po sześciu miesiącach chemioterapii dostrzegłem kolejne pogarszanie się stanu dziewczynki. Porozmawiałem więc z jej rodzicami i spytałem, czy

chcą, żebym ponownie spróbował wyrwać dla nich jeszcze kilka dobrych miesięcy życia.

Oczywiście chcieli, pod jednym warunkiem:

– Tak długo, jak będzie to poprawiać jej stan, nie przestanie pan operować, dobrze?

Odgadli moje myśli.

Niestety, chociaż pacjentka po operacji doszła do siebie całkowicie, dobry czas trwał znacznie krócej niż przedtem. Nowotwór zbyt głęboko usadowił się w mózgu. Aby poradzić sobie z efektami ubocznymi chemioterapii, dziewczynka zażywała również całą tonę sterydów, w efekcie czego podskoczyła znacznie jej waga. W połączeniu ze zmianami osobowości, podczas kolejnej wizyty w klinice ledwie ją poznałem – fizycznie i emocjonalnie.

Kiedy dochodzimy do etapu, w którym pacjent więcej czasu spędza na rekonwalescencji po leczeniu niż na korzystaniu z życia, przychodzi czas na pytanie, co tak naprawdę jest twoim priorytetem? Bo na pewno nie pacjent.

Widziałem, do czego to wszystko zmierzało. Przedyskutowałem sprawę z moim kolegą onkologiem. Powiedział, że chemia nie była w stanie powstrzymać zniszczenia mózgu przez nowotwór. Dziewczynkę nieuchronnie czekała druga seria leczenia.

– Myślisz, że tego chce? – spytałem, widząc oczyma duszy letargiczne, ospałe, apatyczne dziecko czekające na mnie w klinice.

– Szczerze powiedziawszy, nie mam pewności co do tego.

Obaj mieliśmy to samo zdanie, chociaż doszliśmy do tego w różny sposób. Nie jestem pewien, jak długo jeszcze ciągnąłbym serię „jeszcze jednych prób” z tą małą dziewczynką. Pamiętając, jak wielką różnicę robiła każda operacja, jak energiczna i pełna radości życia stawała się na następne sześć miesięcy do roku,

naprawdę kusiło mnie, żeby działać dalej. Jak człowiek uzależniony: jeszcze jedna działka, jeszcze tylko jedna. Brutalna rzeczywistość była taka, że moje interwencje przestały dawać jej szanse na kolejny rok dobrego życia. Najwyżej miesiąc albo półtora, jeśli się nam poszczęściło. I nawet wtedy widzieliśmy skutki uboczne. Promienna mała chłopczyca, z której byłem tak bardzo dumny, najprawdopodobniej nigdy nie miała już do nas wrócić.

Kiedy przekazałem te wieści rodzinie, powiedziałem im, że naszym zdaniem kontynuowanie operacji byłoby zasadniczo nieetyczne.

Nie byłem pewien, jak zareagują, ponieważ przedtem naprawdę z wielkim zapałem podchodzili do każdej możliwości leczenia. O dziwo, zgodzili się z moją oceną.

- Widzimy, że jej stan wcale się nie poprawia – powiedział tata.
- Nie chcemy sprawiać jej więcej bólu i niewygody dla samej idei.
- Mieliśmy dobre życie – dodała mama. – A teraz myślę, że musimy zaakceptować fakt, że zbliża się koniec.

Wykazali się niezwykłą odwagą i dojrzałością. Zaimponował mi sposób, w jaki z awanturnicznych pionierów szukających wyjścia z sytuacji zmienili się w dwoje dorosłych akceptujących sytuację i mówiących: „Rozumiemy. Nasz wspólny czas się kończy”. Zarówno mi, jak i im nie chodziło tyle o długość życia, co o jego jakość. Spędzili siedem cudownych lat ze swoją córeczką, która wedle wszelkiego prawdopodobieństwa miała nie dożyć drugich urodzin. Zdawali sobie z tego sprawę i byli wdzięczni. Podobnie jak pacjentka, muszę to przyznać.

- Jeżeli nie potrzebuję kolejnych operacji, zobaczę się jeszcze z panem? – spytała.

– Prawdopodobnie nie – odparłem. – Chyba że zaprosisz mnie na następne urodziny.

– O nie, doktorze Jay. Jest pan za stary!

*

Rodzina została skierowana z powrotem do ich rejonowego szpitala, w którym świetnie zajęto się leczeniem wspomagającym. Kiedy przyszedł czas, rodzice zabrali dziecko do domu, gdzie w opiece paliatywnej pomagali im specjaliści z hospicjum.

Naturalnie to bardzo smutne, że ta mała dziewczynka umarła, jednak – jak raz po raz powtarzali jej rodzice – powinna nie żyć niemal sześć lat wcześniej. Już sam skrzep, gdyby pozostał niezdiagnozowany, wystarczyłby, aby ją zabić. Fakt, że dopiero druga przypadłość ostatecznie doprowadziła ją do śmierci, pokazuje, jak silna była – i jakie miała szczęście. Zarówno rodzice, jak i ona sama traktowali każdy dzień jako podarek od losu i robili wszystko, aby jak najlepiej go wykorzystać.

Tak więc chociaż dziecko ostatecznie umarło, daliśmy jej pięciokrotnie dłuższe życie, niż można się było spodziewać, kiedy się u nas pojawiła po raz pierwszy. Dzięki nam ona i jej rodzice mogli cieszyć się całymi latami dobrych wspomnień, doświadczeń i wspólnych przygód. Siedem lat to być może nieszczególnie długie życie, ale dla nich liczył się każdy dzień i wycisnęli ze wspólnego czasu każdą kroplę.

To niesamowite, nie sądzicie – fakt, że mogłem im w tym pomóc? Że mogłem odegrać w tym jakąś rolę? Być świadkiem wszystkiego, co czyni nas ludźmi w najlepszym wydaniu?

Ja myślę, że tak. Jestem naprawdę wielkim szczęściarzem.

PODZIĘKOWANIA

Kocham moją pracę. Nie mogę się doczekać pojawienia się w szpitalu. Jestem w tej dobrej pozycji, że w mojej karierze konsultanckiej były tylko dwa dni, kiedy nie chciałem wracać do pracy – było to po niespodziewanej śmierci operowanych na sali, więc chyba można mi to wybaczyć.

Czuję się uprzywilejowany, że tylu niezwykłych pacjentów i ich rodzin wpuściło mnie do swojego życia, żebym mógł im pomóc tak, jak mogę. Miałem również szansę uczyć i szkolić następne pokolenie lekarzy, zawsze zachęcając ich przy tym do dostrzegania człowieka, a nie tylko choroby.

Moje podziękowania za tę szansę w życiu należą się moim rodzicom i starszemu bratu. Kochali mnie, chronili i pomogli ukształtować to dość niepokorne dziecko.

Mam duży zespół, który opiekuje się moimi pacjentami. Dla wszystkich, którzy odwiedzili kiedyś szpital, jest dość oczywiste, że obecność jednego lekarza nic nie daje bez reszty grupy. Głębokie pokłony dla moich kolegów po fachu, neurochirurgów

dziecięcych: Shailendry, Amedeo i Tima, a także dla wszystkich współpracowników z wydziału chirurgii plastycznej, onkologii, intensywnej terapii, neonatologii, radiologii i anestezjologii, którzy są fundamentami szpitala przyjmującego tak wielu pacjentów. Ogromne podziękowania dla mojego zespołu pielęgniarek na oddziale i na bloku operacyjnym. Czym byłbym bez nich? To one dosłownie utrzymują pacjentów przy życiu. Są także terapeuci, którzy pomagają poskromić wiele obaw, psychologowie, fizjoterapeuci, terapeuci, którzy pomagają w powrocie do pracy, terapeuci mowy i języka, którzy pomagają pacjentom dochodzić do siebie po tym, jak „znęcałem się” nad ich mózgiem. Nie zapominajmy również o salowych, sprzętaczach, kucharzach, administracji i managerach, którzy są milczącymi bohaterami.

Przede wszystkim zaś dziękuję również mojej żonie i trzem córkom, które są moim światłem w najczarniejszych czasach.

Ci ludzie są wszystkim, co czyni *mnie* człowiekiem.

SPIS TREŚCI

Okładka

Karta tytułowa

Dedykacja

Prolog. Po pierwsze, nie szkodzić

Rozdział pierwszy. Rany gościa

Rozdział drugi. Mów mi per „pan”

Rozdział trzeci. Zobacz, zrób i nauczaj

Rozdział czwarty. Zwyczajna sobotnia noc

Rozdział piąty. Batman i Robin

Rozdział szósty. To nie tłuszcz

Rozdział siódmy. Wszystko, co czyni nas ludźmi

Rozdział ósmy. Duży palec u nogi

Rozdział dziewiąty. Test Tesco

Rozdział dziesiąty. Klinowanie

Rozdział jedenasty. Zagadki kryminalne Oksfordu

[Rozdział dwunasty. Przekonaj się sam](#)

[Rozdział trzynasty. Ostatniemu pacjentowi poszło fatalnie](#)

[Rozdział czternasty. Dziura w oknie](#)

[Rozdział piętnasty. Co byś zrobił?](#)

[Rozdział szesnasty. Jesteś jednym z tych ludzi](#)

[Rozdział siedemnasty. Chcesz zabić moje dziecko!](#)

[Rozdział osiemnasty. To twoja decyzja](#)

[Rozdział dziewiętnasty. To moja wina, nie twoja](#)

[Rozdział dwudziesty. Klient zawsze ma rację](#)

[Rozdział dwudziesty pierwszy. Ostatni raz](#)

[Podziękowania](#)

[Reklama](#)

[Karta redakcyjna](#)

**262 ciała.
Wyznania lekarki medycyny sądowej**



Szczery zapis wspomnień patolożki, pracującej w nowojorskim biurze naczelnego lekarza sądowego na stanowisku specjalisty medycyny sądowej.

Dr Judy Melinek zabiera czytelników za policyjne taśmy, opowiada o sekcjach zwłok, dokonywaniu oględzin na miejscu zgonu i wspieraniu pogrążonych w żałobie bliskich. Żeby mierzyć się ze śmiercią, trzeba kochać życie.

FILIA

NA FAKTACH

Tytuł oryginału: *Everything that Makes Us Human*

Copyright © 2014 by Jayaratman Jayamohan

All rights reserved

Copyright for the Polish edition © 2021 by Wydawnictwo FILIA

Wszelkie prawa zastrzeżone

Żaden z fragmentów tej książki nie może być publikowany w jakiegokolwiek formie bez wcześniejszej pisemnej zgody Wydawcy. Dotyczy to także fotokopii i mikrofilmów oraz rozpowszechniania za pośrednictwem nośników elektronicznych.

Wydanie I, Poznań 2021

Projekt okładki: Mariusz Banachowicz

Zdjęcie na okładce: © Africa Studio/Shutterstock

Redakcja: Paulina Jeske-Choińska

Korekta: Agnieszka Czapczyk

Skład i łamanie: Teodor Jeske-Choiński

Konwersja publikacji do wersji elektronicznej:

„DARKHART”

Dariusz Nowacki

darkhart@wp.pl

eISBN: 978-83-8195-437-2

FILIA

Wydawnictwo FILIA

ul. Kleeberga 2

61-615 Poznań

wydawnictwofilia.pl
kontakt@wydawnictwofilia.pl

Seria: FILIA NA FAKTACH