

Henry Marsh, neurochirurg britanic, s-a născut pe 5 martie

1950, la Oxford. A studiat economia, politica și filosofia la Oxford, apoi medicina, la Royal Free Medical School, în Londra.

Marsh a lucrat ca neurochirurg la Spitalul Universitar St. George din Londra, în cadrul uneia dintre cele mai mari unități spitalicești specializate în neurochirurgie din Marea Britanie. Este specialist în extirparea tumorilor cerebrale. În 1984, a fost numit membru al Royal College of Surgeons. A fost profesor de neurochirurgie la Universitatea din Washington, Seattle. În anul 1990, a înființat în Ucraina o fundație în cadrul căreia operează, în principal, oameni care nu beneficiază de ajutor medical.

Activitatea lui profesională a constituit subiectul a două filme documentare realizate de BBC și distinse cu premii: *Your Life in Their Hands* (2004), respectiv *The English Surgeon* (2007), acesta din urmă având ca temă activitatea în domeniul neurochirurgiei desfășurată de Henry Marsh în Ucraina. Lucrarea sa autobiografică, *Să nu faci rău*, a primit PEN Ackerley Prize, respectiv South Bank Sky Arts Award și a fost nominalizată pentru Guardian First Book Award, Wellcome Book Prize, Duff Cooper Prize, Costa Biography Award, respectiv Slightly Foxed Best First Biography Prize.

Evenimentele și scenariile clinice din această carte s-au întâmplat în realitate, dar o parte dintre nume și alte caracteristici de identificare au fost uneori modificate, pentru a proteja intimitatea colegilor și a pacienților.

O versiune anterioară a capitolului „Pineocitom“ a apărut inițial la adresa www.granta.com.

HENRY MARSH

SĂ NU FACI RĂU

POVEȘTI DESPRE VIAȚĂ, MOARTE ȘI OPERAȚII PE CREIER

Traducere din limba engleză de
Irina Brateș

Cartea nu ar fi fost scrisă niciodată dacă nu ar fi existat dragostea, sfaturile și încurajările soției mele, Kate, care a găsit și titlul și căreia îi este dedicată.

CUPRINS

PREFATĂ	9
1. PINEOCITOM	11
2. ANEVRISM	25
3. HEMANGIOBLASTOM.....	53
4. MELODRAMĂ	69
5. TIC DOULOUREUX.....	85
6. ANGOR ANIMI	99
7. MENINGIOM	114
8. PAPILOM DE PLEX COROID	139
9. LEUCOTOMIE	144
10. TRAUMĂ	156
11. EPENDIMOM	171
12. GLIOBLASTOM	184
13. INFARCT	196
14. NEUROTMESIS	210
15. MEDULOBLASTOM.....	223
16. ADENOM PITUITAR.....	229

17. EMPIEM.....	236
18. CARCINOM.....	244
19. MUTISM AKINETIC	254
20. HUBRIS.....	262
21. FOTOPSIE	271
22. ASTROCITOM.....	291
23. TIROSIN-KINAZĂ.....	303
24. OLIGODENDROGLIOM.....	315
25. ANESTHESIA DOLOROSA.....	326

PREFĂTĂ

Dacă suntem bolnavi și ne aflăm în spital, temându-ne pentru viața noastră, așteptând o operație însăpmântătoare, trebuie să avem încredere în medicii care ne tratează – cel puțin, viața este foarte dificilă dacă nu facem acest lucru. Nu este surprinzător că investim medicii cu calități supraomenești, pentru a ne depăși temerile. Dacă intervenția reușește, chirurgul este un erou, dar dacă dă greș, este un ticălos.

Realitatea, bineînțeles, este total diferită. Medicii sunt oameni, ca și noi. Multe dintre lucrurile care se întâmplă în spital țin de întâmplare – atât de ghinion, cât și de noroc; succesul și eșecul sunt adesea în afara controlului medicului. A ști când să nu operezi este la fel de important ca și cum să operezi și este o competență mai greu de dobândit.

Viața unui neurochirurg nu este niciodată plăcătoare și poate aduce recompense extraordinare, dar are un preț. În mod inevitabil, faci greșeli și trebuie să înveți să trăiești cu ocazionalele consecințe înfiorătoare. Trebuie să înveți să fii obiectiv în legătură cu ceea ce vezi, și totuși să nu-ți pierzi umanitatea. Povestirile din

această carte se referă la încercările mele – și la eșecurile ocazionale – de a găsi un echilibru între detașarea nece-
sară și compasiunea pe care le presupune o carieră în chirurgie, un echilibru între speranță și realism. Nu vreau să subminez încrederea publicului în neurochirurgi sau în profesia medicală, dar sper ca această carte a mea să ajute oamenii să înțeleagă dificultățile – adeseori de natură umană mai curând decât de natură tehnică – cu care se confruntă medicii.

1. PINEOCITOM

subst. tumoare neobișnuită, cu creștere lentă, a glandei pineale.

Adesea sunt nevoie să incizez creierul și este un lucru pe care detest să-l fac. Cu ajutorul unei pense diatermice, coagulez vasele de sânge roșu, frumoase și labirintice, care se află pe suprafața strălucitoare a creierului. Practic incizia cu un scalpel mic și fac o gaură prin care pătrund cu un aspirator fin – cum creierul are consistența gelatinei, aspiratorul este principalul instrument al neurochirurgului. Privesc prin microscopul chirurgical, făcându-mi drum în jos prin substanța albă și moale a creierului, căutând tumoarea. Ideea că aspiratorul meu se mișcă prin gândirea însăși, prin emoție și rationament, că amintirile, visele și reflectiile sunt alcătuite din gelatină este pur și simplu prea ciudată ca să înțeleg. Tot ceea ce văd în fața ochilor este materie. Și totuși, știu că dacă mă abat în zona greșită, în ceea ce chirurgii numesc cortexul elocvent, voi avea în fața ochilor un pacient infirm atunci când voi face vizita la reanimare după operatie pentru a vedea ce am realizat.

Chirurgia pe creier este periculoasă, iar tehnologia modernă a redus riscul doar într-o oarecare măsură. Pot folosi o formă de GPS pentru chirurgia pe creier, un sistem numit Navigare Computerizată, în cadrul căruia, la fel ca sateliții care orbitează în jurul Pământului, camerele cu infraroșu sunt orientate către capul pacientului. Camerele pot „vedea” instrumentele din mâinile mele, pe care se află mici bile reflectorizante. Un calculator conectat la camere îmi arată apoi poziția instrumentelor mele în creierul pacientului pe o tomografie făcută cu puțin timp înainte de operație. Pot opera cu pacientul treaz, sub anestezie locală, astfel încât să pot identifica zonele elicitive ale cortexului, stimulând creierul cu un electrod. Anestezistul meu îi dă pacientului lucruri simple de făcut, astfel încât să putem vedea dacă provo vreo leziune pe măsură ce se desfășoară operația. Dacă operez pe măduva spinării – care este și mai vulnerabilă decât creierul – pot folosi o metodă de stimulare electrică, cunoscută sub denumirea de potențiale evocate, pentru a mă preveni dacă sunt pe cale să provo paralizia.

În ciuda acestei întregi tehnologii, neurochirurgia continuă să fie periculoasă, și este în continuare nevoie de competențe și experiență atunci când instrumentele mele pătrund în creier sau în măduva spinării, și trebuie să știu când să mă opresc. Adesea este mai bine să lasă boala pacientului să-și urmeze cursul și să nu operezi deloc. Și apoi mai este și soarta – norocul sau ghinionul – și, pe măsură ce dobândeșc din ce în ce mai multă experiență, mi se pare că soarta devine din ce în ce mai importantă.

Am avut un pacient pe care trebuia să-l operez de o tumoare la glanda pineală. În secolul al XVII-lea, filosoful dualist Descartes, care afirma că mintea și creierul sunt entități complet separate, plasa sufletul omeneșc în glanda pineală. Aici, spunea el, este locul în care creierul material comunică într-un mod magic și misterios cu mintea și cu sufletul imaterial. Nu știu ce ar fi spus dacă i-ar fi putut vedea pe pacienții mei privindu-și creierele pe un monitor video, aşa cum se întâmplă uneori când operez sub anestezie locală.

Tumorile glandei pineale sunt foarte rare. Pot fi bigne și pot fi maligne. Cele bigne nu au în mod necesar nevoie de tratament. Cele maligne pot fi tratate cu radioterapie și chimioterapie, dar se pot dovedi fatale chiar și aşa. În trecut erau considerate inoperabile, dar lucrurile s-au schimbat datorită neurochirurgiei moderne, microscopice. Acum se consideră de obicei că e necesar să se opereze, măcar pentru a se obține o biopsie și a se confirma tipul tumorii, astfel încât să poți decide cum să tratezi mai bine pacientul. Glanda pineală este adânc îngropată în mijlocul creierului, astfel încât operația este, aşa cum spun chirurgii, o provocare. Neurochirurgii privesc tomografiile creierului în care apar tumori ale glandei pineale atât cu teamă, cât și cu emoție, ca alpiniștii care privesc un vârf înalt, pe care speră să-l cucerească.

Acetui pacient i-a fost foarte greu să accepte că are o boală potențial letală și că nu mai avea control asupra vieții sale. Era directorul unei companii foarte importante. Crezuse că durerile de cap care începuseră să-l trezească noaptea erau provocate de stresul de a fi fost

nevoit să concedieze atât de mulți angajați, ca urmare a crizei financiare din 2008. S-a dovedit că avea o tumoră a glandei pineale și hidrocefalie acută. Tumoarea obstrucționa circulația normală a lichidului cerebro-spinal la nivelul creierului, iar lichidul blocat mărea presiunea din craniu. Fără tratament, avea să orbească și să moară în câteva săptămâni.

Avusesem multe conversații tensionate cu el în zilele de dinaintea operației. I-am explicat că riscurile operației, printre care se numărau decesul și un accident vascular cerebral major, erau până la urmă mai mici decât riscurile pe care le implica neefectuarea operației. Își nota laborios în smartphone-ul său tot ce spuneam, ca și cum scriind cuvintele lungi – hidrocefalie obstructivă, ventriculostomie endoscopică, pineocitom, pineoblastom – ar fi revenit cumva în poziția în care deținea el controlul și s-ar fi salvat. Anxietatea sa, combinată cu sentimentul meu de eșec profund în urma unei operații pe care o făcusem cu o săptămână mai devreme, însemna că îmi era groază la gândul de a-l opera.

Îl văzusem în seara de dinaintea operației. Când discut cu pacienții în seara de dinaintea operației, încerc să nu stăru asupra riscurilor operației care îi așteaptă, pe care le voi fi discutat deja în detaliu la o întâlnire anterioară. Încerc să-i linștesc și să-i fac să le fie mai puțin frică, deși acest lucru înseamnă că în schimb devin eu mai anxious. Este mai ușor să fac operații grele dacă i-am spus pacientului dinainte că operația este extrem de periculoasă și că e foarte probabil să nu reușească – poate atunci m-aș simți responsabil într-un mod mai puțin dureros, în cazul în care chiar se întâmplă acest lucru.

Soția sa era așezată alături de el, arătând îngrozită.

„Este o operație relativ simplă“, i-am asigurat, cu fals optimism.

„Dar tumoarea ar putea fi canceroasă, nu-i așa?“, m-a întrebat ea.

Puțin reticent, i-am spus că ar putea fi. I-am explicat că aveam să iau o secțiune congelată în cursul operației – o moștră care avea să fie examinată imediat de un patolog. Dacă raporta că tumoarea nu e canceroasă, nu mai trebuia să încerc să scot și cea mai mică urmă de tumoră. Iar dacă tumoarea era ceea ce se cheamă germinom, nu aveam să fiu nevoit să o îndepărtez deloc, iar soțul său putea fi tratat – și probabil vindecat – cu radioterapie.

„Prin urmare, dacă nu este cancer și nu este germinom, atunci operația este sigură“, a spus ea, dar în vocea ei se simtea nesiguranță.

Am ezitat, nedorind să o sperii. Mi-am ales atent cuvintele. „Da – devine mult mai puțin periculos dacă nu încerc să îndepărtez totul.“

Am mai discutat puțin înainte să le urez noapte bună și să plec acasă.

A doua zi dimineată, devreme, stăteam în pat și mă gândeam la Tânăra pe care o operasem săptămâna trecută. Avusese o tumoare la măduva spinării, între vertebrele cervicale șase și șapte, și – deși nu știu de ce, întrucât operația păruse să se desfășoare fără evenimente – s-a trezit din operație paralizată pe partea dreaptă a corpului. Probabil încercasem să îndepărtez prea mult din tumoare. Am fost probabil prea sigur pe

mine. Nu fusesem suficient de temător. Îmi doream din suflet ca această următoare operație, operație a tumorii glandei pineale, să meargă bine – să aibă un final fericit, toată lumea să trăiască fericită până la sfârșitul vieții, astfel încât să mă pot simți din nou împăcat cu mine.

Dar știam că oricât de tare regretam și oricât de bine ar fi mers operația de glandă pineală, nimic din ce puteam face nu avea să anuleze răul pe care i-l făcusem acelei tinere. Orice nefericire a mea era nimic în comparație cu ceea ce trăiau ea și familia ei. Nu exista nici un motiv pentru care această următoare operație a tumorii pineale să meargă bine, doar pentru că speram eu cu atâtă disperare că avea să se întâpte astfel sau pentru că operația anterioară avusese un rezultat dezastroz. Rezultatul operației tumorii glandei pineale – indiferent dacă tumoarea era malignă sau nu, dacă puteam îndepărta tumoarea sau dacă era lipită fără speranță de creier și totul se termina îngrozitor – era în mare parte în afara controlului meu. Știam de asemenea că, pe măsură ce va trece timpul, suferința pe care o simteam pentru ceea ce îi făcusem tinerei avea să se estompeze. Amintirea ei stănd întinsă pe patul de spital, cu un braț și un picior paralizate, avea să devină o cicatrice, mai curând decât o rană dureroasă. Avea să se adauge la lista dezastrelor mele – o altă piatră de mormânt în acel cimitir pe care chirurgul francez Leriche a spus odată că toți chirurgii îl poartă în sufletul lor.

Imediat ce începe o operație, de obicei constat că orice astfel de temeri morbide dispar. Iau scalpelul – nu din mâna asistentei, cum se întâmplă înainte, ci, în conformitate cu un protocol privind sănătatea și siguranța,

dintr-un recipient de metal – și, plin de încredere de sine chirurgicală, îl apăs cu precizie prin scalpul pacientului. Când începe să iasă sângele din rană, emoția vânătorii mă cuprinde și simt că am controlul asupra celor ce se întâmplă. Sau, cel puțin, astfel decurg lucrurile în mod obișnuit. De această dată însă, operația dezastroasă din săptămâna precedentă însemna că am sosit în sala de operație cu un trac extraordinar. În loc să stau de vorbă, ca de obicei, cu asistenta de bloc operator și cu Mike, unul dintre chirurgii stagiari cunoscuți sub numele de medici în curs de specializare care mă asista, am curățat pielea pacientului și am poziționat câmpurile în liniște.

Mike lucra cu mine de câteva luni și ne cunoșteam bine. Am specializat mulți stagiari în cei 30 de ani ai mei de carieră și cu majoritatea dintre ei, aş vrea să cred, m-am fățuiesc bine. Rolul meu este să-i pregătesc și trebuie să-mi asum răspunderea pentru ceea ce fac ei, dar la rândul lor și ei trebuie să mă asiste și să mă susțină și, atunci când este cazul, să mă încurajeze. Știu destul de bine că de obicei îmi spun numai ceea ce cred ei că vreau să aud, dar relația dintre noi poate fi una foarte apropiată – eventual puțin asemănătoare cu aceea dintre soldați pe câmpul de luptă – și aceasta îmi va lipsi cel mai mult când mă voi pensiona.

„Ce se întâmplă, șefu?“, m-a întrebat Mike.

Am mormătit prin mască.

„Ideeă că neurochirurgia este un fel de aplicare calmă și rațională a științei“, am spus, „este o tâmpenie totală. Sau cel puțin așa este pentru mine. Operația aia nenorocită de săptămâna trecută mă face să mă simt la

fel de neliniștit ca acum 30 de ani și în nici un caz ca și cum mă apropia de pensionare“.

„Abia aștept“, a spus Mike – era gluma standard pe care o făceau cei mai îndrăzneți dintre stagiařii mei, acum când mă apropiam de sfârșitul carierei. Actualmente sunt mai mulți stagiaři decât posturi pentru medici specialiști și toți stagiařii mei se tem pentru viitorul lor. „Oricum, probabil că starea ei se va îmbunătății“, a adăugat. „A trecut foarte puțin timp.“

„Mă îndoiesc.“

„Dar nu se știe niciodată precis...“

„Mă rog, s-ar putea să ai dreptate.“

Stăteam în picioare în spatele pacientului în timp ce vorbeam, pentru că bărbatul inconștient, anesteziat, era sprijinit în poziție șezând. Mike răsese deja o fâșie îngustă de păr de la spatele gâtului acestuia.

„Bisturiu“, i-am spus lui Agnes, asistenta de bloc operator. L-am luat de pe tava pe care mi-a întins-o și am tăiat repede în zona din spatele capului. Mike a folosit un aspirator ca să îndepărteze sângele și apoi am desfăcut mușchii gâtului, astfel încât să putem începe perforarea osului craniului.

„Chiar tare“, a spus Mike.

Odată incizat scalpul omului, mușchii retractați, craniectomia efectuată, meningele deschise și reflectate – chirurgia are propriul limbaj descriptiv antic –, mi s-a adus microscopul și m-am instalat în scaunul chirurgical. În cazul operației glandei pineale, spre deosebire de operațiile pentru alte tumorii cerebrale, nu e nevoie să tai prin creier pentru a ajunge la tumoare; ci, după ce ai

deschis meningele – membrana de sub craniu care acoperă creierul și măduva spinării –, privești de-a lungul unei crăpături înguste care separă partea de sus a creierului, adică emisferele cerebrale, de partea de jos – trunchiul cerebral și cerebelul. Ai senzația că te târâști într-un tunel lung. La o adâncime de aproximativ 7,5 cm – deși pare de o sută de ori pe atât din cauza microscopului – găsești tumoarea.

Privesc direct în centrul creierului, o zonă secretă și misterioasă, în care se află toate funcțiile vitale care ne mențin conștiiență și viață. Deasupra mea, ca marile arcade ale acoperișului unei catedrale, se află venele adânci ale creierului – venele cerebrale interne și, dincolo de acestea, venele bazale Rosenthal și apoi, pe mijloc, marea venă cerebrală a lui Galen, de un albastru-închis și strălucind în lumina microscopului. Aceasta este anatomia care îi face pe neurochirurgi să se înfioare.

Aceste vene transportă cantități uriașe de sânge venos de la creier către restul corpului. Lezionarea acestora va avea ca rezultat moartea pacientului. În față mea se află tumoarea roșie granulară, iar sub ea, placă tectală a trunchiului cerebral, la nivelul căruia o leziune poate produce comă permanentă. Pe ambele părți se află arterele cerebrale posterioare ce alimentează părțile din creier care răspund pentru vedere. În față, dincolo de tumoare, ca o ușă care, odată tumoarea îndepărtată, se deschide într-un corridor îndepărtat, cu pereti albi, se află cel de-al treilea ventricul.

Denumirile acestea au o anume poezie diafană, chirurgicală, care, combinată cu optica frumoasă a unui

microscop modern, contrabalanșat, face din aceasta una dintre cele mai minunate intervenții neurochirurgicale – bineînteles, dacă totul deurge bine. De această dată, pe măsură ce mă apropiam de tumoare, am întâlnit în cale câteva vase de sânge care trebuiau tăiate – trebuie să știi care pot fi sacrificiate și care nu. Parcă îmi pierdusem toate cunoștințele și experiența. De fiecare dată când tăiam un vas de sânge, mă scuturam puțin de teamă, dar când ești chirurg, înveți de la începutul carierei să acceptă anxietatea intensă ca fiind o parte normală a muncii de fiecare zi și să continuai în ciuda acesteia.

După o oră și jumătate de operație, am ajuns la tumoare. Am extirpat un fragment minuscul pentru a fi trimis la laboratorul de patologie și m-am lăsat pe spate în scaunul chirurgical.

„Acum va trebui să aștepțăm“, i-am spus lui Mike, oftând. Nu e ușor să te întreripi în mijlocul operației, aşa că stăteam prăvălit în scaunul meu, neliniștit și tensionat, dorindu-mi tare mult să continuu operația, sperând că de la patologie aveau să-mi raporteze că tumoarea era atât benignă, cât și operabilă, sperând ca pacientul să trăiască, sperând să-i pot spune soției sale după operație că totul avea să fie bine.

După 45 de minute nu am mai putut suporta așteptarea, mi-am împins scaunul la o parte de lângă masa de operație și am sărit din el ca să merg la cel mai apropiat telefon, încă purtând halatul și mănușile sterile. Am sunat la laboratorul de patologie și am cerut cu patologul. După o mică așteptare, a venit la telefon.

„Secțiunea congelată!“, am strigat. „Ce se întâmplă?“

„A“, a spus patologul, cu o voce cât se poate de im-perturbabilă. „Scuze pentru întârziere. Eram în altă parte a clădirii.“

„Ce naiba e cu ea?“

„Da. Ei bine, mă uit la ea acum. A, da, arată cât se poate de clar ca un pineocitom benign...“

„Minunat! Mulțumesc!“

Ierându-l instantaneu, m-am întors la masa de operație, unde toată lumea aștepta.

„Să continuăm!“

M-am dezinfecțat din nou și m-am urcat înapoi în scaun, mi-am așezat bine coatele pe brațele acestuia și am reluat operația tumorii. Fiecare tumoare cerebrală e diferită. Unele sunt tari ca piatra, altele moi ca gelatină. Unele sunt complet uscate, altele pline de sânge – în aşa măsură, uneori, încât pacientul poate muri în timpul operației ca urmare a hemoragiei. Unele se desprind imediat, altele sunt lipite total de creier și de vasele de sânge. Nu ai cum să-ți dai seama din tomografia creierului cum se va comporta exact tumoarea până când nu începi să o îndepărtezi. Tumoarea acestui bărbat era, cum spun chirurgii, cooperantă și cu un plan surgical bun – cu alte cuvinte, nu era lipită de creier. Am curățat-o încet, îndepărțând-o de jur împrejur și adunând-o într-o grămăjoară în centrul ei. După trei ore, părea că scosese mare parte din ea.

Cum tumorile pineale sunt atât de rare, unul dintre colegii mei a venit din sala lui de operații în sala mea, pentru a vedea cum se desfășura operația. Era, probabil, puțin gelos.