

PE MUCHIE DE CUȚIT

ATUL GAWANDE s-a născut în 1965 în Brooklyn, New York, într-o familie de medici imigranți indieni. A absolvit celebrele Harvard Medical School și Harvard School of Public Health. Actualmente este chirurg la Brigham and Women's Hospital din Boston și profesor la facultatea pe care a absolvit-o. În paralel cu activitatea medicală, deține o rubrică permanentă la *New Yorker*. Este considerat un scriitor de elită. Prima lui carte, *Complications. A Surgeon's Notes on an Imperfect Science*, bazată pe articole publicate inițial în *New Yorker*, a apărut în anul 2002 și a fost finalistă a National Book Award, devenind un bestseller tradus în peste o sută de țări.

dr. Atul Gawande **Pe muchie de cuțit**

**Însemnările unui chirurg
despre o știință imperfectă**

Traducere și note de
ROXANA TUDOR

Cuvânt înainte de
dr. CĂTĂLIN VASILESCU

 HUMANITAS
BUCUREȘTI

Redactor: Vlad Russo
Coperta: Andrei Gamarț
Tehnoredactor: Manuela Măxineanu
Corector: Cristina Jelescu
DTP: Florina Vasiliu, Dan Dulgheru

Tipărit la C.N.I. „Coresi“ S.A.

Atul Gawande

Complications. A Surgeon's Notes on an Imperfect Science.

Copyright © 2002 by Atul Gawande

All rights reserved

© HUMANITAS, 2009, pentru prezenta versiune românească

Descrierea CIP a Bibliotecii Naționale a României

GAWANDE, ATUL

Pe muchie de cuțit: însemnările unui chirurg despre o știință imperfectă / Atul Gawande; trad.: Roxana Tudor; pref.: Cătălin Vasilescu. – București: Humanitas, 2009

ISBN 978-973-50-2438-3

I. Tudor, Roxana (trad.)

II. Vasilescu, Cătălin (pref.)

61(73)(0:82-94)

821.111(73)-94=135.1

EDITURA HUMANITAS

Piața Presei Libere 1, 013701 București, România

tel. 021/408 83 50, fax 021/408 83 51

www.humanitas.ro

Comenzi Carte prin poștă: tel./fax 021/311 23 30

C.P.C.E. – CP 14, București

e-mail: cpp@humanitas.ro

www.libhumanitas.ro

Lui Kathleen

Cuprins

<i>Cuvânt înainte</i> de dr. Cătălin Vasilescu	9
<i>Nota autorului</i>	13
Introducere	15
Partea I – ERORI	
Educația unui bisturiu	27
Computerul și fabrica de hernii	60
Când doctorii greșesc	76
Nouă mii de chirurgi	113
Când medicii buni devin răi	131
Partea a II-a – MISTERE	
Vineri, treisprezece, lună plină	159
Paradoxul durerii	166
O senzație de disconfort	188
Valul de roșeață	210
Omul care nu se putea opri din mâncat	231
Partea a III-a – INCERTITUDINI	
Incizia finală	265
Misterul copilului mort	285
Al cui este, de fapt, corpul acesta?	292
Cazul piciorului roșu	318
<i>Note bibliografice</i>	353
<i>Mulțumiri</i>	367

Cuvânt înainte

Atul Gawande și-a ales cea mai grea misiune pentru un chirurg: să scrie despre complicații. Să scrie deci o carte despre un subiect care pare să nu existe. Nu cunosc nici un chirurg în activitate care să recunoască faptul că are complicații. Nu se pomenește despre așa ceva, conform ideii că, dacă nu vorbești despre complicații, ele chiar încetează să apară. Sau, cel puțin, credem că e bine să nu vorbim în public despre eșecuri, despre insuccese, despre greșeli, despre tot ceea ce merge, după o intervenție chirurgicală, altfel decât ne-am dori atât noi, chirurgii, cât și pacienții noștri. Despre abaterile nefericite de la planul de tratament. O carte cu un subiect antipatic, pe care în literatura română de specialitate nu a îndrăznit să-l abordeze decât un singur chirurg, profesorul Dan Setlacec (*Chirurgul și lumea sa*, 2004).

Atul Gawande s-a născut în 1965 în Brooklyn, New York, într-o familie de medici imigranți indieni; este chirurg la Brigham and Women's Hospital din Boston și profesor la Harvard Medical School. Scriitor de elită (are o rubrică permanentă la *New Yorker*), este produsul celei mai bune școli medicale din lume, locul la care se raportează, vrând-nevrând, tot ceea ce contează în medicina contemporană. Prima lui carte, *Complications: A Surgeon's Notes on an Imperfect Science*, publicată în 2002, a devenit un bestseller tradus în peste o sută de țări; și, iată, e tradusă acum și în România. Cartea încearcă să explice, să lămurească, să aducă problemele chirurgiei (uneori foarte grele, întotdeauna pasionante) în fața cititorilor din afara lumii medicale. Și asta spre binele tuturor, pacienți, familii și, nu în ultimul rând, medici.

Chirurgia este tot mai dependentă de progresul tehnologic. Se vorbește din ce în ce mai des de chirurgie endoscopică, laparoscopică, robotică sau genetică. Actul chirurgical se întemeiază tot mai mult pe date de biologie moleculară, pe analiza sofisticată a raportului

cost/eficiență, a riscurilor și beneficiilor pe termen lung. Limbajul este tot mai specializat, mai îndepărtat de cel obișnuit. Și așa, treptat, lumea chirurgiei devine tot mai izolată, mai învăluită în mister și magie, deși e un teritoriu al întâmplărilor cruciale, bune sau rele, de fapt cele mai bune sau mai rele *întâmplări* cu puțință: vindecarea, alinarea suferinței, dar și infirmitatea, durerea sau moartea. Literatura chirurgicală este abundentă, ea e exprimată însă într-un cod, adesea descifrabil doar de chirurgii aceluși domeniu bine delimitat. Este puțin probabil ca un oncolog să înțeleagă în întregime o monografie de chirurgie cardiacă sau ca un urolog să poată pătrunde subtilitățile unui tratat de neurochirurgie. Nu e de mirare deci că problemele tratamentului chirurgical sunt înțelese incomplet de pacienți și jurnaliști, uneori total greșit, cu consecințe de multe ori grave asupra acceptării tratamentului și a înțelegerii noțiunii cruciale de *risc*. *Riscul* în chirurgie este prețul care trebuie plătit pentru beneficiile pe termen lung. Exemplul cel mai relevant e dat de chirurgia cancerului. O intervenție chirurgicală de mică amploare, care să îndepărteze numai și numai țesutul care este evident, vizibil bolnav, trebuie de multe ori pusă în balanță cu o așa-zisă *chirurgie radicală*, care îndepărtează nu doar țesutul malign propriu-zis, ci și ganglionii limfatici din jurul lui. Ganglionii trebuie extirpați pentru că în ei se pot ascunde perfid celule canceroase de neobservat cu ochiul liber, celule ce constituie punctul de plecare pentru recidivă sau pentru viitoare metastaze, cu alte cuvinte pentru reapariția bolii în viitor, în aceeași regiune sau în organe aflate la distanță de tumora inițială. O chirurgie limitată are riscuri de complicații mici (e foarte comodă pentru chirurg!), dar expune în mult mai mare măsură la teribile reapariții ale bolii. Chirurgia radicală, dificilă, deși generatoare în mai mare măsură de complicații imediate după intervenția chirurgicală, dă șanse mult mai bune de supraviețuire pe termen lung. Ce este deci de făcut? Trebuie desigur cântărit riscul, pus în balanță cu beneficiile pentru bolnav așteptate de la operație. Uneori lucrurile sunt clare și ușor de explicat, alteori însă decizia se află pe muchie de cuțit. Cum trebuie procedat? Cum e etic? Cum e legal?

Cu un talent de autor de romane polițiste, Gawande reușește să ne aducă în fața ochilor pacienți cu probleme reale, o lume vie care dezvăluie cititorului lucruri altminteri teribil de greu de explicat pe înțelesul lui. Tot hățișul de dificultăți al deciziei chirurgicale, cu problematica acordului informat al pacientului, cu detalii care nu sunt simple decât pentru birocrăția juridică, dar care, în realitate, sunt la

fel de complicate ca viața. Căci e vorba despre decizia unui om, chirurgul, asupra destinului altui om, pacientul. Cel dintâi este puternic și informat, cel de-al doilea își riscă în această relație integritatea corporală, liniștea sufletească și, uneori, viața. E o relație fragilă de încredere în decizia terapeutică și, mai cu seamă, în cea chirurgicală, în care joacă un mare rol o mulțime de influențe nemedicale. Contează dacă ultima operație de același tip a fost un succes sau un eșec, impactul acesteia asupra chirurgului. Contează personalitatea chirurgului, dacă este un om curajos sau mai degrabă prudent, contează ceea ce a văzut, ceea ce crede, contează impresiile, dorințele sau emoțiile. Contează enorm ceea ce se numește *intuiție chirurgicală*. Sunt deci importante în luarea unei decizii corecte lucruri imposibil de cuantificat, mărunte la prima vedere, dar care pot fi decisive. Există numeroase situații în care este limpede ca lumina zilei ce e făcut. O peritonită cu manifestări clare trebuie rezolvată, o hemoragie trebuie oprită. Există însă și foarte multe situații în care nu-i evident ce este cel mai bine să faci. Sunt de luat decizii cu informații incomplete, sunt situații de incertitudine, cu riscuri greu de apreciat și de pus în balanță, cu beneficii discutabile. Există marele risc de a confunda dorințele cu realitatea.

Chirurgul nu este, neapărat, un om trist, dar el ar trebui să fie responsabil, deci *apăsător* de eventualitatea de a greși, de a avea un eșec, de exact acele situații care fac chirurgia îngrozitor de grea, de frumoasă, uneori eroică, de multe ori tragică. Eșecuri a căror amintire te urmărește mereu, contracarate uneori de succese nesperate, cele care fac, la urma urmei, ca viața de chirurg să merite trăită.

Gawande ni-i prezintă, cu cele mai veridice detalii, uneori cu acuitate de reportaj, pe chirurgii buni și pe cei mai puțin buni, se întreabă odată cu noi dacă în chirurgie poate fi tolerată eroarea – și, dacă da, în ce măsură.

Există, desigur, talent chirurgical. Chirurgul talentat va învăța mai repede și va ajunge mai departe decât ceilalți în materie de performanță operatorie. Un chirurg bun însă nu se naște, ci se formează, spune Gawande; și încearcă să arate, după modelul propriei experiențe de rezident la Boston, cum e posibil ca un tânăr absolvent de medicină să devină, după ce a parcurs timp de mulți ani ierarhia feudală a lumii medicale, un chirurg adevărat.

Succesul în chirurgie poate fi câteodată toxic. Sub presiunea avalanșei de pacienți, fie ei și atrași de o reală, indiscutabilă competență,

apare riscul superficialității, al aproximării grăbite, al neglijențelor cu consecințe uneori foarte grave. Este mecanismul prin care un bun chirurg poate deveni unul ocolit de pacienți și marginalizat de comunitatea medicală. Rezonanța profesională a problemelor personale (boală, îmbătrânire, depresie, griji de tot felul) este în chirurgie mai evidentă decât în orice alt domeniu al medicinei.

Chirurgia este un teritoriu al științei. Este cu atât mai surprinzător că există și aici gândire magică; chirurgii cred în ghinion și în şansă, poate și datorită dificultății de a găsi întotdeauna relațiile cauzale în lumea de mare complexitate a viului. Chirurgul realizează aceeași operație de 100 de ori. De ce 95 de bolnavi se vindecă, iar 5 fac complicații? Nu a greșit, a făcut în cazul fiecărui pacient ceea ce trebuia făcut, ceea ce face mereu. A planificat, a gândit logic, a executat impecabil intervenția. Și totuși... De aici până la superstiție nu mai este decât un pas. Va încălța, poate, de fiecare dată în sala de operație o anumită pereche de pantofi, va face pansamentul într-un anumit mod și nu va recunoaște niciodată că e vorba de pură superstiție. Dar va evita să fie de gardă pe 13 ale lunii, mai ales dacă e vineri...

Chirurgul nu mai poate fi astăzi un erou, un „Napoleon înarmat cu un bisturiu“. El este un tehnician tot mai specializat, interesat de reducerea ratei complicațiilor și obținerea de rezultate tot mai bune pe termen lung, de reducerea riscurilor și a costurilor actului chirurgical. În lumea largă, la fel ca în România, el pare a fi un om care știe tot mai multe despre tot mai puțin, într-un domeniu din ce în ce mai puțin accesibil laicilor.

Câteodată însă, ca o excepție necesară, apare și câte unul care știe nu numai chirurgie, ci și să scrie ca un scriitor. Știe și *despre* ce să scrie, și *cum* să o facă, ducând în lumea largă povestea frământărilor din lumea aproape închisă a chirurgiei. O face onest și captivant, punând întrebările bune și luându-l pe cititor părtaș la căutarea răspunsurilor. Atul Gawande își asumă această sarcină. Scrie bine pentru că înțelege bine despre ce e vorba, pentru că înțelege chirurgia ca un chirurg; dar și pentru că scrie despre ea ca un scriitor. Scoate chirurgia din lumea ei insulară și o aduce în fața ochilor dumneavoastră. E o şansă care nu trebuie ratată.

Conf. dr. CĂTĂLIN VASILESCU

Nota autorului

Istoriisirile din volumul de față sunt adevărate. Pentru a proteja confidențialitatea protagoniștilor, am fost nevoit însă să schimb numele unor pacienți, pe cel al membrilor familiilor lor și pe al mai multor colegi ai mei. În anumite cazuri, m-am simțit obligat să modific unele detalii minore, care ar fi putut permite identificarea persoanelor în cauză. Am menționat în text, de fiecare dată, situațiile în care am recurs la astfel de modificări.

Introducere

Eram de serviciu la urgență, când a fost adus, pe targa mobilă, un tânăr în vârstă de vreo douăzeci de ani, împușcat în șezut. Pulsul, tensiunea arterială și respirația erau normale. Un asistent medical i-a tăiat hainele cu ajutorul unor foarfece speciale și l-am examinat din cap până-n picioare, încercând să fac o evaluare sistematică, dar foarte rapidă, a stării pacientului. Am identificat, în fesa dreaptă, orificiul de intrare al plăgii prin împușcare – o leziune rotundă, perfect delimitată, roșie, de circa un centimetru. N-am putut depista orificiul de ieșire al plăgii. Nu erau vizibile nici un fel de alte leziuni.

Era lucid și speriat, mai mult de noi decât de glonț. „Mă simt bine“, susținea tânărul. „Sunt *bine*.“ La tușeul rectal, însă, am sesizat, pe suprafața mânușii chirurgicale utilizate pentru explorarea digitală, urme de sânge proaspăt, ceea ce am observat, după introducerea unui cateter urinar, și la nivelul vezicii urinare.

Concluzia era limpede. I-am spus că prezența sângelui indica faptul că glonțul îi pătrunsese în corp atât prin rect, cât și prin vezica urinară. Era posibil să fi fost lezate și vase mari de sânge, rinichii sau unele părți ale intestinului. I-am zis că se impunea rapid o intervenție chirurgicală. S-a uitat în ochii mei și a înțeles gravitatea situației, așa că, în timp ce asistentele îi acopereau trupul, pregătindu-se s-o pornească din loc, a încuviințat, printr-o mișcare a capului aproape involuntară, lăsându-și soarta în mâinile noastre. Căruciorul și-a

luat avânt, cu pungile de intravenoase bălângându-se pe lângă el, iar oamenii ne țineau ușile deschise, ca să putem trece. În sala de operație, a și fost luat în primire de anestezist. Am făcut, rapid, o incizie adâncă, de la mijlocul abdomenului în jos, de la nivelul cuștii toracice până spre regiunea pubiană, am înșfăcat depărtătorul, am deschis cavitățile. Și... n-am găsit absolut nimic.

Nici vorbă de sânge. Nici o leziune a vezicii urinare. Nici o plagă în zona rectală. Nici urmă de glonț. Am aruncat o privire sub cearșaful care învelea pacientul, ca să observăm aspectul urinii excretate prin cateter. De data aceasta, avea culoarea normală, galben deschis. Nu mai exista nici măcar o umbră sângerie. Am adus în sala de operație un aparat cu raze X și am radiografiat regiunea pelviană, pe cea abdominală și sternul pacientului, dar nici imagistica nu evidenția prezența vreunui glonț. Situația era cel puțin ciudată. După noi căutări zadarnice, vreme de peste o oră, se părea că nu mai aveam ce altceva să facem în cazul tânărului decât să-l coasem la loc. Două zile mai târziu, i-am făcut totuși încă o radiografie. Aceasta a relevat existența unui glonț în interiorul cadranelor superioare drepte ale abdomenului. N-am reușit să ne explicăm nimic din ceea ce se întâmplase – cum ajunsese un glonț de plumb, cu o lungime de o jumătate de inch, să străbată traseul cuprins între șezut și stomac fără să producă vreo leziune, de ce nu a fost detectat la examenul imagistic precedent sau care era sursa sângerării sesizate inițial? În final, întrucât prejudiciile provocate de noi erau mai însemnate decât cele determinate de glonțul propriu-zis, am lăsat în pace și „corpul delict”, și pe tânărul pacient, pe care l-am mai ținut în spital încă o săptămână. Nepunând la socoteală tăietura pe care i-o făcusem, starea lui s-a ameliorat vizibil.

Am constatat că medicina este o „afacere“ ciudată și, în multe privințe, generatoare de anxietate. Mizele sunt mari, iar libertățile asumate, uriașe. Le dăm oamenilor medicamente, le aplicăm ace și tuburi, le manipulăm funcțiile chimice, biologice și fizice, le inducem pierderea cunoștinței și le deschidem trupul, expunându-l privirilor lumii. În tot ceea ce facem suntem animați de o încredere neabătută în propria noastră competență profesională. Totuși, cu cât ajungi să stăpânești mai bine tainele profesiei – suficient de bine încât să observi privirile încruntate, îndoielile și erorile de conduită, eșecurile, dar și succesele –, cu atât vezi mai clar cât de solicitantă, de problematică și de surprinzătoare se dovedește a fi, de fapt, medicina.

Ceea ce mă uimește mereu este natura profund umană a unei îndatoriri. De obicei, când ne referim la medicină și la capacitățile ei remarcabile, gândul ne duce imediat la știință și la întregul ei arsenal de luptă împotriva bolilor și a suferințelor: testele, aparatura, medicamentele, procedurile. Și, indubitabil, în jurul lor gravitează aproape tot ceea ce realizează medicina. Dar numai rareori înțelegem lucrurile în complexitatea lor. Aveți o tuse care nu vă dă pace – și ce faceți? Nu apelați la știință, ci la medic. La un doctor care are și zile bune, și zile proaste. Sau la unul cu un râs ciudat și o tunsoare nereușită. Ori la altul care trebuie să consulte încă trei pacienți și care, inevitabil, mai are ceva lacune în pregătirea teoretică și în cea practică.

Recent, la unul dintre spitalele la care lucrez ca rezident a fost transportat cu elicopterul un băiat. Lee Tran – așa l-am putea numi – era un puști micuț, cu păr țepos, abia ieșit de pe băncile școlii primare. Fusese întotdeauna sănătos. De o săptămână însă, mama lui observase că avea o tuse seacă, persistentă și că nu mai era la fel de vioi ca de obicei. De două zile, nu mâncase mai nimic. S-a gândit c-ar fi putut

avea o gripă. În seara aceea însă, a venit la ea palid, cu fri-soane și wheezing*; brusc, n-a mai putut să respire normal. Doctorii de la camera de gardă a unei unități medicale locale i-au administrat tratamente pe bază de vapori, pentru normalizarea respirației, gândindu-se că avea un episod de astm. Un examen cu raze X însă a evidențiat existența unei formațiuni uriașe în interiorul regiunii mediane a toracelui. Pentru a obține mai multe informații, i s-a făcut și o tomografie computerizată (TC). Imaginea respectivă, cu un foarte bun contrast alb-negru, a evidențiat o formațiune tumorală densă, aproape de dimensiunea unei mingi de fotbal, dispusă ca un înveliș în jurul vaselor de sânge dinspre inimă, care împingea într-o parte cordul, comprimând, astfel, tractul respirator spre ambii plămâni. Tumora obturase complet accesul spre plămânul drept, care, în lipsa aportului de aer necesar, își redusese drastic dimensiunile, având, pe imaginea TC, aspectul unei formațiuni gri, atrofiate. Spațiul disponibil era invadat de o mare de fluid provenit de la tumoră. Lee trăia doar cu ajutorul plămânului stâng, tractul respirator către acesta fiind și el comprimat de formațiunea tumorală. Spitalul local unde se afla micul pacient nu avea dotarea necesară pentru a trata adecvat un asemenea caz. Așa că doctorii l-au trimis la unitatea noastră, care avea și personal medical specializat, și aparatură performantă. Ceea ce nu însemna însă că știam perfect ce aveam de făcut.

Când a ajuns în departamentul nostru de terapie intensivă, Lee avea o respirație zgomotoasă, șuierătoare, ce putea fi auzită de la distanță. Datele prezentate de literatura științifică susțin fără echivoc gravitatea unei asemenea situații: poate să fie letală. Simpla manevră de așezare a pacientului pe spate ar fi putut determina, datorită presiunii exercitate de

* Respirație șuierătoare (n. tr.).

tumoră, întreruperea comunicării cu căile respiratorii rămase neafectate. Același efect nedorit l-ar fi avut și administrarea de sedative sau de anestezice. Extirparea tumorii prin intervenție chirurgicală este imposibilă. Se știe însă că chimioterapia are, uneori, un impact pozitiv asupra unor astfel de tumori, cărora le reduce dimensiunile în decurs de câteva zile. Dar cel mai important era să fie identificată modalitatea optimă prin care se putea câștiga timp pentru salvarea băiatului, căci exista riscul ca pacientul să nu supraviețuiască peste noapte.

Lee era supravegheat de două asistente, un anestezist, un stagiar la chirurgie pediatrică și trei rezidenți, printre care și eu; țineam legătura atât cu șeful secției de chirurgie copii – care, aflat în mașină, în drum spre spital, vorbea cu noi de pe mobil –, cât și cu oncologul, pe care-l contactasem pe pager. Una dintre asistente a ridicat băiatul pe perne, ca să se asigure că avea spatele cât se putea de drept. Cealaltă i-a aplicat o mască de oxigen pe față și l-a conectat la monitoarele care-i supravegheau semnele vitale. Ochii copilului, larg deschiși, aveau un aer speriat, iar respirația îi era de două ori mai accelerată decât normal. Familia lui se afla în drum spre spital, dar era încă departe. Puștiul era în continuare înduioșător de curajos, așa cum sunt copiii în mult mai multe situații decât ne imaginăm noi, adulții.

Instinctul mi-a dictat că prima manevră a anesteziștei ar trebui să constea în introducerea unui tub endotraheal rigid, pentru a menține deschis tractul respirator al băiatului înainte ca tumora să-l comprime definitiv. Anestezista a considerat că o asemenea intervenție era nebunie curată. Ar fi însemnat să facă intubarea fără sedarea adecvată a pacientului, care, în mod obligatoriu, trebuia să aibă corpul ridicat. Iar tumora afecta o zonă extinsă a tractului respirator, așa că anestezista nu era deloc convinsă că ar putea efectua cu ușurință o astfel de manevră.

Chirurgul specialist în chirurgie toracică a venit cu o altă propunere: dacă am introduce un cateter în partea dreaptă a cavității toracice și am extrage lichidul din interior, tumora s-ar deplasa din plămânul stâng. Chirurgul-șef, cu care țineam legătura prin telefonul mobil, își exprima îngrijorarea că o asemenea intervenție ar putea agrava situația. Odată ce ai dizlocat o bucată mare de piatră, cât de exact poți aprecia în ce direcție se va rostogoli? Oricum, nimeni nu avea o altă sugestie mai bună. Așa că, în final, ne-a îndemnat să-i dăm drumul.

I-am explicat lui Lee, în cel mai simplu mod cu putință, tot ceea ce urma să facem. Mă îndoiesc că a înțeles ceva. Poate că era chiar mai bine așa. După ce ne-am adunat toate ustensilele de care aveam nevoie, doi dintre noi l-au apucat strâns pe băiat, iar un altul i-a injectat un anestezic local intercostal și a făcut o mică incizie, pentru a introduce un cateter lung de circa 45,5 cm. A început să se reverse o cantitate mare de lichid sângeros, iar pentru o clipă am avut senzația că făcusem ceva îngrozitor. Așa cum avea să se dovedească însă, intervenția noastră fusese inimaginabil de eficientă. Tumora a fost deviată spre dreapta, ceea ce a permis destinderea căilor respiratorii către *ambii* plămâni. Aproape instantaneu, Lee a început să respire mai ușor și fără zgomot. L-am privit cu toții minute în șir.

Abia mai târziu am căzut pe gânduri, analizând decizia pe care o luaserăm. Nu avuseserăm decât ceva mai mult decât o vagă idee despre ceea ce trebuia să facem – cu alte cuvinte, parcă am fi fost în situația de-a înjunghia pe cineva în plină beznă. Nu avuseserăm nici un plan de rezervă, pentru cazul în care s-ar fi întâmplat o nenorocire. Iar când am citit, mai târziu, la bibliotecă, prezentări ale unor cazuri similare, am aflat că, de fapt, existau și alte opțiuni. Se pare că intervenția cea mai sigură ar fi constat în conectarea pacientului la o pompă

bypass cardio-pulmonară, a doua celei folosite în chirurgia cardiacă; sau cel puțin să avem disponibil un asemenea dispozitiv, pentru a-l utiliza la nevoie. Totuși, după ce am vorbit cu ceilalți colegi, am văzut că nimeni nu regreta nimic. Lee a supraviețuit. Asta conta cel mai mult. Începuse chimioterapia. Analiza lichidului pulmonar a relevat faptul că tumora era un limfom, ceea ce, după spusele oncologului, sporea cu 70% șansa unei vindecări complete în cazul lui Lee.

Astfel de momente vădesc pulsul dinamic al medicinei. Și tocmai ele constituie substanța cărții de față – momentele când putem vedea lucrurile așa cum sunt și în care avem ocazia să reflectăm mai profund asupra lor. Vrem ca medicina să fie o sferă de activitate cu un câmp bine sistematizat de noțiuni teoretice și de proceduri. În realitate însă, nu e deloc așa. Este o știință imperfectă, o profesie îndrăzneată, ce implică schimbări permanente ale nivelului de cunoaștere, informații variabile și indivizi supuși greșelilor, dar și un înalt grad de risc. Ceea ce facem noi e știință, desigur, dar și deprindere, intuiție sau, uneori, simplă presupunere, bazată pe experiență. Decalajul dintre ceea ce știm și ceea ce dorim să facem există încă. Și ne complică toate acțiunile.

Sunt rezident la chirurgie, mă apropii de finalul stagiului de pregătire de opt ani în specialitatea chirurgie generală, iar cartea de față este rodul acestei experiențe, pe care am trăit-o intens. Am lucrat, de asemenea, în cercetarea de laborator din domeniul sănătății publice, am urmat cursuri de filozofie și etică, am fost consultant guvernamental pe probleme de politici sanitare. Sunt fiu de medici, soț și părinte. Am încercat să scriu prezentul volum din perspectiva oferită de toate aceste aspecte ale vieții mele. Cartea surprinde însă – și asta contează cel mai mult – situațiile pe care le-am întâlnit ori la care am asistat în cursul activității de zi cu zi dedicate îngrijirii

oamenilor. Ca medic rezident, ai un avantaj deosebit – ești în miezul problemelor, observi totul, participi la orice și, în același timp, vezi totul într-o formă nouă.

Într-un fel, dorința de-a ajunge să înțeleagă incertitudinile și dilemele medicinei ține de însuși specificul chirurgiei. Această specialitate a atins un nivel de performanță tehnică similar celui din medicină, însă marii chirurghi recunosc mereu limitele științei și ale competențelor umane. Cu toate acestea, este de datoria lor să acționeze întotdeauna prompt.

Titlul cărții, *Complicații**, nu redă numai întorsăturile neașteptate ale unor situații ce se pot ivi în cadrul medicinei, ci și, mai cu seamă, propria mea îngrijorare cu privire la incertitudinile și dificultățile cu care ne confruntăm în activitatea noastră. Este acea medicină pe care nu o găsim explicată în manuale, dar care, pe măsură ce deslușeam tainele profesiei, m-a intrigat, uneori m-a tulburat, iar alteori m-a uimit. Am împărțit cartea în trei părți. Prima analizează problema erorilor medicale, încercând să deslușească, printre altele, cum se produc ele, cum învață un novice să mânuiască bisturiul, ce înseamnă să fii un doctor bun și cum ajunge să se transforme un astfel de statut într-unul de medic rău. Partea a doua are în vedere misterele și necunoscutele medicinei, precum și eforturile întreprinse pentru a le desluși; sunt redate relatările unui arhitect care avea o durere de spate invalidantă, fără nici o cauză evidentă de natură fizică, cele ale unei tinere femei care prezenta stări de greață și de vomă severe, rebele la orice tratament, ale unei prezentatoare de știri a cărei roșeață a feței devenise, într-un mod inexplicabil, atât de pregnantă, încât nu-și mai putea face meseria. Partea a treia, cea finală, abordează problema incertitudinii în sine.

* Acesta e titlul original al cărții (*Complications*), pe care l-am schimbat pentru versiunea românească în *Pe muchie de cuțit*, titlu care nu trădează, după cum se vede, sensul dorit de autor (n. ed.).

Pentru că latura vitală, și cea mai interesantă, a medicinei nu ține de cât de multe cunoștințe de profil avem, ci de cât de multe nu știm – și de modul cel mai înțelept în care ne putem învinge ignoranța.

Am căutat, pe tot parcursul cărții, nu doar să redau idei, ci și, mai ales, să surprind oamenii aflați în centrul evenimentelor relatate – pacienți și doctori deopotrivă. În fine, cel mai mult mă interesează medicina practică, de zi cu zi – ce se întâmplă când aspectele științifice tranșant de simple se confruntă cu cele atât de complexe ale vieții unui individ. Oricât de mult a progresat în timpurile moderne, medicina continuă să aibă foarte multe aspecte necunoscute și, adesea, neînțelese corect. Am considerat-o mereu mai performantă decât este în realitate și mai puțin extraordinară decât poate fi.