

Czarny banan

Nigdy się nie poddamy.

Winston Churchill w czasie bitwy o Anglię, 1940

Poniedziałek, 15 lutego 1999 roku, 3.45. Nikt nie dzwoni w środku nocy z dobrymi wieściami. Przebywałem w Australii dopiero od 13 godzin, po dwudziestogodzinnym locie. W ciemnościach rzuciłem się w poprzek hotelowego łóżka i przypadkiem zepchnąłem telefon na podłogę. Nie zdążyłem odebrać. Z powodu zażytych wcześniej tabletek melatoniny i butelki merlota wypitej do obiadu momentalnie znów zapadłem w sen. Po dziesięciu minutach dzwonek rozbrzmiał ponownie. Tym razem poradziłem sobie z podniesieniem słuchawki, ale byłem zirytowany.

– Westaby? Mówi Archer. Gdzie jesteś?

Nick Archer pracował jako konsultant na oddziale kardiologii dziecięcej w Oksfordzie.

– A gdzie mam być? W Australii. Do kurwy biedy, jest środek nocy. O co chodzi?

Wcale nie chciałem usłyszeć odpowiedzi.

– Przepraszam, Steve, ale będziesz musiał wrócić. Mamy tu dziecko z BWG. Rodzice cię znają i chcą, żebyś to ty przeprowadził operację.

Zajebicie.

– Kiedy?

– Tak szybko, jak się da. Dziewczynka cierpi na poważną niewydolność serca. Komora się sypie.

Dalsza dyskusja była zbyteczna. Wyobraziłem sobie zrozpaczonych rodziców, błagających o przeprowadzenie operacji, nim będzie za późno, i czworo dziadków zgromadzonych wokół łóżeczka, pragnących okazać wsparcie, lecz tylko pogarszających sprawę. Naprawdę nie miałem wyboru.

– Okej, jeszcze dziś wsiadam w samolot. Powiedz im, że zespół weźmie się za to... jutro. Nie mam pojęcia, co to za dzień.

Na półkuli południowej był środek lata i przez zasłony właśnie zaczęło przeświecać poranne słońce. Nie miało sensu próbować znowu zasnąć. Wyszedłem na balkon, by ujrzeć prawdopodobnie najpiękniejszą miejską panoramę na świecie. Po drugiej stronie zatoki pierwsze łuny brzaśku sprawiły, że opera przyoblekła się w widmowe cienie. Na masztach w porcie powiewały flagi, a po mojej prawej białe światła latarni odcinały się na tle różowiejącego nieba. Spokój zburzył ryk silnika harleya. Może jakiś chirurg pędził do Sydney.

Tymczasem w Oksfordzie pewna rodzina przeżywała tragedię. Kirsty była piękną sześciomiesięczną dziewczynką, którą los postanowił wyposażyć w mechanizm samo-zniszczenia, drobniotką anatomiczną nieprawidłowość mającą zakończyć życie dziecka przed pierwszymi urodzina-
nami. BWG to skrót od Bland-White-Garland, nazwisk lekarzy, którzy jako pierwsi opisali zespół odejścia lewej tętnicy wieńcowej od tętnicy płucnej, wyjątkowo rzadkie zaburzenie rozwojowe, nawet jeśli wziąć pod uwagę, jak złożony jest ludzki organizm.

Mówiąc najprościej, Wielkiemu Hydraulikowi zdarza się czasem coś poknocić przy kładzeniu rur. Obie tętnice wieńcowe powinny wychodzić z aorty i dostarczać mięśniami sercowemu dobrze natlenowaną krew pod wysokim ciśnieniem. Nie powinny za to łączyć się z pniem płucnym, bo tam tlenu jest jeszcze mało, a w dodatku ciśnienie niskie. Aby przeżyć z BWG, organizm musi wytworzyć nowe, „oboczne” naczynia krwionośne pomiędzy prawidłowo umiejscowioną prawą tętnicą wieńcową a przesuniętą lewą tętnicą wieńcową. Z czasem jednak nawet to przestaje wystarczać do napełnienia głównej jamy pompującej. Pozbawione tlenu komórki mięśniowe obumierają i zastępuje je tkanka bliznowata. W praktyce oznacza to, że dziecko doznaje licznych bolesnych ataków serca. Tkanka bliznowata się rozciąga, prowadząc do powiększenia lewej komory. Serce stopniowo zawodzi, płuca zaś zatykają się krwią, co powoduje duszności i przemęczenie. Nawet podczas karmienia.

A zatem w wieku sześciu miesięcy Kirsty miała już ten sam problem, co mój dziadek – cierpiała na niewydolność serca wynikającą z końcowego stadium choroby wieńcowej. Ponieważ BWG zdarza się niezwykle rzadko, lekarzom zazwyczaj nie udaje się zdiagnozować zaburzenia na czas. Całe szczęście rodzice dziewczynki byli inteligentni, szybko zorientowali się, że z dzieckiem dzieje się coś naprawdę niedobrego, i nie ustępowali, dopóki nie znaleźli pomocy.

Historia Kirsty wydała mi się wyjątkowo nieszczęśliwa. Jej matka, Becky, trzy lata wcześniej urodziła synka. Była doświadczoną i odpowiedzialną mamą. Nie paliła papierosów ani nie piła alkoholu w czasie ciąży, nie zaraziła się żadną chorobą, krótko mówiąc unikała wszystkiego, co mogłoby zaszkodzić płodowi. USG i badania prenatalne nie wykazały żadnych odchyłeń od normy. Dziewczynka przyszyła na świat 21 sierpnia 1998 roku na drodze planowanego cesarskiego cięcia w znieczuleniu rdzeniowym. W pierwszej chwili wyglądało na to, że wszystko jest w porządku. To jednak wkrótce miało ulec zmianie.

W życiu płodowym stężenie tlenu i ciśnienie wewnątrz aorty oraz pnia płucnego są takie same, dlatego z początku dziecko było bezpieczne. Po urodzeniu dochodzi do rozdzielenia dopływu krwi do świeżo rozprężonych płuc i tkanek ciała, a stężenie tlenu i ciśnienie w tętnicach płucnych maleją. W przypadku BWG to samo dzieje się wewnątrz lewej tętnicy wieńcowej, która ma kluczowe znaczenie dla zachowania sprawności układu krwionośnego. Kirsty krztusiła się i chrząkała nawet przy pierwszej próbie

karmienia piersią. Becky zauważyła, że u podstawy nosa córeczki zbierają się kropelki potu. Wysięk związany z ssaniem sprawił, że dziecko stało się marudne i niespokojne.

Po poprzedniej ciąży wszystko wyglądało zupełnie inaczej, młoda matka poprosiła więc pediatrę, aby zbadał dziewczynkę. Lekarz stwierdził, że absolutnie nie ma się czym martwić. To właśnie pragną usłyszeć wszyscy zaniepokojeni rodzice, prawda była jednak taka, że zwyczajnie nikt nie sprawdził, co tak naprawdę się dzieje. Nie chcieli im się – o kant dupy potłuc taką medycynę. Becky nie miała wyboru, musiała zabrać swe drogie, choć niezbyt grzeczne maleństwo do domu.

Mimo zapewnień pediatry w przeciągu kilku tygodni nabrała pewności, że coś poważnie nie gra. Dziecko pociło się i wymiotowało przy każdym karmieniu. Poza tym miało trudności z oddychaniem, zaciskało piątki i wrzeszczało tak, że aż stawało się purpurowe. Nastąpił okres ciągłych wizyt u lekarza pierwszego kontaktu, czasami powtarzających się nawet trzy razy w tygodniu. Za każdym razem kończyło się na takich samych ogólnikowych zapewnieniach, że nic się nie dzieje. Dla Becky było to ciężkie doświadczenie, bo szybko uznano, że jest przewrażliwiona i po prostu nie radzi sobie z macierzyństwem.

Pomimo przyspieszonego oddechu Kirsty nie miała temperatury. Wykluczono infekcję dolnych dróg oddechowych i nie stwierdzono żadnych objawów obstrukcji w żołądku czy jelitach. Wszystkie typowe problemy pediatryczne zostały wykluczone. Bliscy i znajomi podsuwali racjonalne wyjaśnienia – sugerowali, że to po prostu

bolesne kolki, które z czasem miną. Pod nieobecność męża – pracującego za granicą – młoda matka stawała się coraz bardziej niespokojna. Córeczka nie przybierała na wadze. Miała szarą, niezdrową cerę, a jej kaszel brzmiał jak szczekanie psa.

Naturalnie niemowlak nie potrafił powiedzieć – ani nawet zrozumieć – że doświadcza przeszywającego bólu towarzyszącego powtarzającym się mikrozawałom. Ludzkie ciało bywa zaskakująco okrutne.

W końcu, po grubej awanturze w przychodni, Becky uparła się, żeby Kirsty przyjęto do miejscowego szpitala. Wykonano dwa prześwietlenia i za każdym razem stwierdzono tylko zapalenie oskrzelików. Aż wreszcie – znów w domu – podczas popołudniowej drzemki skóra dziewczynki nabrała okropnego, granitowoszarego koloru. Dziecko było zwiotczałe i z trudem dało się dobudzić. Matka czym prędzej zawiozła je do lekarza, gdzie rozbudziło się nagle i nabrało rumieńców. Becky została ponownie zrugana. Usłyszała, że powinna przestać zachowywać się jak histeryczka i że pan doktor musi zająć się dziećmi, które naprawdę są chore. Potem wciśnięto jej kolejną receptę na antybiotyki i odesłano do domu. Wada serca Kirsty pozostała niewykryta.

Niepokój i frustracja Becky ustąpiły teraz miejsca desperacji. Była przekonana, że jeśli przestanie naciskać, wydarzy się coś okropnego. Zabrała zatem dziewczynkę prosto na oddział ratunkowy miejscowego szpitala. Przyjęła ją sympatyczna lekarka, która sama miała dzieci. Uznawszy, że intuicji matki nie wolno ignorować, skierowała młodą

kobietę i jej córeczkę do placówki w większym mieście, gdzie miał je przyjąć dyżurny pediatra.

Noc była mroźna, a czekać musiały przez kilka godzin w nieogrzewanym szpitalnym korytarzu. Becky robiła co mogła, aby uchronić Kirsty przed wyiębieniem, lecz maleństwo stawało się coraz bledsze i bardziej wiotkie. W końcu, o nieprzyzwoicie późnej godzinie, wezwano je do gabinetu. Młody lekarz stwierdził, że to prawdopodobnie zapalenie oskrzelików, i zamierzał odesłać petentki bez dalszych badań. Wyglądało na to, że wszyscy ci uczeni doktorzy znali tylko jedną chorobę. Becky kipiała gniewem, lecz bała się, że ją wyrzucą, jeśli zacznie protestować.

Gdy odmówiła wyjścia bez prześwietlenia klatki piersiowej dziewczynki, pediatra zmył jej głowę – że też ma baba czelność w środku nocy zawracać głowę zapracowanemu dyżurnemu radiologowi. Nieszczęsna para ruszyła samotnie przez słabo oświetlone korytarze i mroźne łączniki w poszukiwaniu oddziału radiologicznego. Wróciły dobrze po północy. Matka ścisnęła w dłoni zdjęcie rentgenowskie, które przekazała pielęgniарce.

I znowu musiały czekać.

Minęło kolejnych 30 minut, nim w zachowaniu pracowników szpitala nastąpiła drastyczna zmiana. Kirsty i Becky zostały zagnane do pokoiku, w którym czekało kilku lekarzy. Tym razem powitały ich przyciszone głosy i poważne miny, a personel pomocniczy już znosił kropłówki oraz lekarstwa. Było to jeszcze bardziej przerażające niż uprzednia obojętność. Wcześniej wredna, teraz zawstydzona pielęgniarka wzięła młodą kobietę na bok, aby

wytłumaczyć, że dziecko zostanie zabrane na specjalistyczny oddział kardiologii dziecięcej w Oksfordzie. Karetką – dla odmiany. Nagle okazało się, że dziewczynka jest zbyt chora, aby ją zostawiać bez nadzoru medycznego.

Co takiego pokazało prześwietlenie, że cały szpital dostał amoku? Otóż Kirsty przeszła rozległy zawał serca. Nikomu wcześniej w głowie nie powstało ją zbadać, a tymczasem klisza rentgenowska momentalnie ujawniła, w czym tkwił problem. Kiedy Becky przycisnęła pracowników szpitala w kwestii wcześniejszych wyników RTG – wykonanego przecież w tym samym miejscu – powiedziano jej, że cień serca omylnie zinterpretowano jako płyn.

– Bardzo nam przykro, ale łatwo się pomylić.

Ładna mi pomyłka! Jak opisać strach matki słyszącej coś takiego? Strach, który uderza jak siekiera, wysysa krew z gardła i podcina nogi?

Sytuacja się zmieniła, kiedy dotarli do Oksfordu. Starszy asystent kardiolog wyszedł na spotkanie karetki i zabrał małą pacjentkę oraz jej mamę na oddział wypełniony chorymi dziećmi i popiskującymi kardiomonitoremami – w nocnej ciszy musiał przypominać ul.

Nick Archer dotarł na miejsce o trzeciej nad ranem. Gdy zbadał Kirsty, od razu zaniepokoiła go obniżona temperatura. Pomimo wysiłków Becky dziewczynka była wyziębiona i należało ją umieścić w inkubatorze. Błyskawicznie wykonano EKG i pobrano krew do badań, następnie sprowadzono echokardiograf, by przyjrzeć się jamom serca. Na początku wydawało się, że wszystko gra. Jamy okazały się poprawnie wykształcone i nie stwierdzono

uszkodzeń w rozdzielających je ścianach. Lewy przedsionek i lewa komora były jednak powiększone, ta druga za trwającą. Wyjaśniało to niewydolność i szokujący wynik prześwietlenia.

W niewiele ponad godzinę zespół kardiologiczny ustalił, że dziecko cierpi na ostrą niewydolność serca z powodu wielokrotnych zawałów. Część ściany lewokomorowej składała się z tkanki bliznowatej przeplecionej pasmami słabo kurczliwego mięśnia. Ten rzadko spotykany u niemowlaków stan wskazywał na prawdopodobną diagnozę. Potrzebny był jeszcze tylko jeden test. Cewnik kardiologiczny mógł potwierdzić rozpoznanie, ale jego założenie wymagałoby ogólnego znieczulenia, a do tego stan małej musiał się znacząco poprawić.

Czekająca w szpitalu Becky była wycieńczona fizycznie i emocjonalnie. Jej mąż wyjechał w interesach do Stanów, czuła się więc zupełnie osamotniona. Dręczyło ją poczucie winy i irracjonalne myśli. Czy za dużo ćwiczyła w czasie ciąży? Piła za dużo kawy? A może czymś podpadła Bogu? Wszystko ma przecież jakąś przyczynę. Rozpacz zwyciężyła, a niepokój kobiety wnet obrócił się w panikę. Nabrała pewności, że straci córeczkę. Całe szczęście, gdy zimowe słońce wspięło się nad horyzont, na parę godzin zapadła w sen. Obudziwszy się, ujrzała oddział pełen życzliwych ludzi, którzy starali się ją przekonać, że choć sytuacja jest ciężka, Kirsty znalazła się pod opieką wspaniałego zespołu.

Minęło pełne pięć tygodni, zanim uznano, że kondycja dziewczynki poprawiła się na tyle, aby wprowadzić cewnik kardiologiczny. W tym czasie wrócił mąż Becky. W wieczór

przed operacją Mike, anestezjolog, przyszedł porozmawiać z obojgiem małżonków. Zazwyczaj radosny i pełen optymizmu tym razem nie miał powodu do śmiechu. Ostrzegł rodziców, że ze względu na poważne uszkodzenia serca ich córka może nie przeżyć zabiegu. Przyzwoitość wymagała, aby ich o tym poinformować. Jeszcze tej samej nocy szpitalny kapelan ochrzcił Kirsty w jej łóżeczku. Lekarze, pielęgniarki i bliscy innych chorych zgromadzili się wkoło, aby wesprzeć nieszczęśliwą rodzinę.

Wszyscy wiedzieli, co wykaże cewnikowanie. Tylko jedna rzadka choroba mogła zrobić dziecku coś takiego, wywołać wielokrotne zawały serca w pierwszych miesiącach życia – BWG. Młoda mama usłyszała, jak ktoś mówi „wczesna interwencja chirurgiczna”, i miała nadzieję, że nie chodzi o przeszczep. Wraz z mężem czuwała przez całą noc, truchlejąc na myśl, że córeczka może w każdej chwili odejść. Rano zaś – niewyspana i sztywna ze strachu – ubrała Kirsty w najlepszą piżamę i zawiązała jej kokardę we włosach na wyprawę do pracowni cewnikowania. Jak na ironię tego dnia wypadały akurat Walentynki.

– Dziewczyna musi zawsze ładnie wyglądać, nawet kiedy czuje się słabo – wyjaśniła mi dużo później Becky.

Podczas lotu do domu zacząłem rozrysowywać budowę anatomiczną aorty, pnia płucnego i anormalnej lewej tętnicy wieńcowej małej pacjentki. Wiedziałem, że bieżące techniki operacyjne w przypadkach zespołu BWG miały ograniczenia i często zawodziły, postanowiłem więc wykorzystać czas w samolocie na opracowanie alternatywnego rozwiązania. Kiedy dolecieliśmy nad Jawę, plan nowego

zabiegu chirurgicznego był już gotowy. W Sydney wsiadłem jako ostatni, w Londynie wysiadłem pierwszy. Gdy czekałem, aż podłączą rękaw lotniczy, szefowa pokładu wręczyła mi butelkę szampana, życzyła szczęścia i szepnęła:

– Operował pan dziecko mojej siostry.

Mały świat. Podziękowałem jej.

Dotarwszy do Oksfordu, zadzwoniłem do Katsumaty i poprosiłem, aby przyprowadził rodziców Kirsty do mojego biura i przyniósł formularz zgody na zabieg. Cewnikowanie wykazało dokładnie to, co podejrzewał Archer. Dziewczynkę trzeba było jak najszybciej operować.

Becky wyglądała na przemęczoną. Poznała mnie od razu. Jej twarz pojaśniała, gdy weszli do mojego pokoju w kiepsko ogrzewanym baraku.

– Bardzo miło nam pana widzieć – powiedziała. – Jak się udała podróż?

– Dobrze. Odpocząłem trochę – skłamałem. – Musimy brać się do roboty, co?

Katsumata skołował farelkę, by ogrzać pomieszczenie, i mogliśmy przełamać pierwsze lody. Młodzi ludzie wytłumaczyli, że ktoś z rodziny pracuje jako przedstawiciel handlowy w firmie zajmującej się protezami zastawek i dobrze mnie zna. Spodziewał się zresztą spotkać ze mną na konferencji w Australii. Przeprosili za popsucie wyjazdu, a następnie wyrazili głęboką wdzięczność za to, że przyleciałem, gdyż nie pozwoliliby, aby ktokolwiek inny operował ich córeczkę. Pomimo ciepła, Becky drżała teraz ze zgrozy. Biedna dziewczyna. W końcu, po tygodniach

wyczekiwania w szpitalu, nadszedł sądny dzień – dzień, w którym mogła stracić dziecko.

Jeśli tylko jestem w stanie, nie pozwalam, aby udzielały mi się cudze nerwy. Naturalnie jest mi dużo łatwiej niż anestezjologom, którzy muszą przyglądać się bólowi rozłąki, gdy przejmują małego pacjenta. Opisałem swój plan i wytłumaczyłem, dlaczego uważam, że będzie on lepszy od dotychczas stosowanych technik. Zamierzałem zbudować nową lewą tętnicę wieńcową z płata ściany aorty, który połączyłby się w rurkę z płatem równoległej tętnicy płucnej, przy czym na szczycie tego drugiego znalazłby się punkt wyjścia przesuniętego naczynia wieńcowego. Powstała w ten sposób tętnica dostarczałaby niewydolnemu mięśniami sercowemu dobrze natlenowaną krew pod wysokim ciśnieniem prosto z aorty, tak jak powinno być od początku. Zapobiegłoby to kolejnym zawałom. Katsumata był tak zafascynowany i podniecony zaproponowanym przeze mnie rozwiązaniem, że zaraz pobiegł po szpitalną ekipę filmową.

Z powodu ostrej niewydolności serca operacja niosła ze sobą duże ryzyko. Becky drżącą ręką podpisała formularz zgody, po czym odprowadziłem oboje rodziców na oddział dziecięcy. Gdy ujrzałem Kirsty, zrozumiałem, że niewydolność jest w jej przypadku dużo gorsza, niż sobie wyobrażałem, a właściwie gorsza niż u jakiegokolwiek innego dziecka, z którym miałem kontakt. Dziewczynka była wychudzona, niemal zupełnie pozbawiona tłuszczu, a jej brzuch napęczniały od płynu. W wyniku zajęcia płuc drobna pierś unosiła się z trudem i ulatywał z niej

przyspieszony oddech. Nadal wyglądała słodko, lecz bez interwencji chirurgicznej w ciągu kilku dni czekała ją śmierć. Choć głos w mojej głowie krzyczał: „O kurwa”, usta grzecznie wypowiedziały:

– Udam się teraz na salę operacyjną.

Mike i pielęgniarki przygotowywali już leki i cewniki w gabinecie anestezjologicznym. Kolega anestezjolog wiedział, jak sprawy stoją, gdyż znieczulił Kirsty przed cewnikowaniem kardiologicznym i część monitorów nadal była podłączona.

– Naprawdę sądzisz, że zdołasz uratować tę małą? – zapytał na powitanie.

Nie odpowiedziałem. Rzuciłem entuzjastyczne „Dzień dobry” pielęgniarkom i zespołowi perfuzyjnemu, po czym poszedłem prosto do socjalnego. Wołałem uniknąć widoku Becky zostawiającej dziecko w rękach obcych. To zawsze traumatyczne przeżycie.

Gdy wróciłem, mała pacjentka leżała już na stole operacyjnym, przykryta zielonym obłożeniem zamocowanym za pomocą samoprzylepnej folii chirurgicznej. Widoczne pozostały tylko wystające żebra i nadęty brzuch. Kardiochirurgia musi być zajęciem bezosobowym, czysto mechanicznym.

Dołączyłem przy umywalni do Katsumaty i Matthew, prawie dwumetrowego australijskiego chirurga. Podczas gdy w milczeniu szorowaliśmy ręce, na sali, obok reflektorów, zainstalowano kamerę. Powietrze brzęczało podnieceniem. Szykowaliśmy się do zrobienia czegoś nowatorskiego, niezwykłego i niebezpiecznego.

Gdy przeciągnąłem ostrzem skalpela po mostku Kirsty, nie było krwawienia. Ze względu na wstrząs naczyńka w skórze się zamknęły, aby przekierować krew do kluczowych narządów. Nóż do elektrokoagulacji rozdzielił cienką warstewkę tłuszczu, wydając przy tym charakterystyczne buczenie, któremu towarzyszył swąd spalenizny, gdy prąd kauteryzował tkanki. Wreszcie piła elektryczna rozcięła kość, odsłaniając jasnoczerwony szpik.

Za pomocą małego metalowego rozwieracza otworzyliśmy drobną klatkę piersiową, naginając i rozciągając łączenia między żebrami i kręgosłupem. U dzieci mięsista graśnica spoczywa pomiędzy mostkiem a włóknistym workiem otaczającym serce. Jako że zrobiła już, co do niej należało, produkując przeciwciała w życiu płodowym, wycieliśmy ją bez wahania.

Kontynuowałem brudną, acz niezbędną robotę elektrokoagulacji. Rozciąłem osierdzie, uwalniając żółtawy płyn, który szybko usunąłem ssakiem. Tymczasem pozostali członkowie zespołu pracowali w milczeniu. Mike podał heparynę, aby zapobiec powstawaniu skrzepów w płucosercu, drużyna perfuzjonistów naszykowała rurki, pompy i oksygenatory, które miały utrzymać dziewczynkę przy życiu, gdy jej serce stanie, zaś Pauline, instrumentariuszka, skupiła się na ułożeniu właściwych instrumentów, tak żeby móc mi je natychmiast podać, kiedy będą potrzebne. Rzadko kiedy musiałem o cokolwiek prosić. W tej ciężkiej, wymagającej dobrej koordynacji pracy nieodzowny jest sprawdzony, zgrany zespół. Większość zebranych na sali

osób towarzyszyła mi od lat i cieszyła się z mojej strony pełnym zaufaniem.

Gdy odciągnęliśmy krawędzie błony osierdziej, by odsłonić serce, Katsumata wciągnął z sykiem powietrze i mruknął:

– Ja pierdzielę.

Widok był przerażający. Mike, który właśnie wrócił z pierwszego dymka, usłyszawszy komentarz Japończyka, wyjrzał ponad obłożenie. Zgadzałem się, że sprawy wyglądają gorzej, niż przypuszczaliśmy. Wszyscy inni mogli się o tym przekonać dzięki nagraniu wideo.

Serce, które nie powinno być większe od orzecha włoskiego, rozmiarami dorównywało cytrynie. Nie dało się przegapić powiększonej prawej tętnicy wieńcowej; jej rozdęte odnogi oplatały lewą komorę. Podczas gdy prawa strona gorliwie pompowała pomimo zwiększonego ciśnienia w płucach, lewa była obrzmiała i ledwo się ruszała. Pasma martwej tkanki mięśniowej przeplatały się z białymi, włóknistymi bliznami będącymi pozostałością po zawałach, które Kirsty przeszła w pierwszych sześciu miesiącach życia. Niepokój Katsumaty był uzasadniony, ale odciąłem się od niego. Mieliśmy zrobić porządek z krążeniem, co przy odrobinie szczęścia poprawiłoby ogólną sytuację. Dziewczynce dotąd udawało się przeżyć, a do nas należało upewnienie się, że tak już zostanie.

Odsłoniwszy serce, zacząłem się zastanawiać, czy dobrym pomysłem było podejmowanie się tak skomplikowanej operacji prosto po całodniowym locie. Co jednak

dałoby niedopuszczenie dziecka do zabiegu lub dalsze zwlekanie?

Kirsty nie miała żadnych innych opcji. Przyspieszone przeszczepy u dzieci praktycznie się nie zdarzają, a zatem naprawienie dopływu krwi do serca stanowiło dla niej jedyną szansę na przeżycie. Kostucha czekała przycupnięta na obudowie kamery i wszyscy czuliśmy na karku jej oddech, lecz nie było już odwrotu.

Za pomocą maleńkich rurek podłączyliśmy dziewczynkę do krążenia pozaustrojowego i dałem sygnał, by puścić aparat w ruch. Technik perfuzjonista uruchomił pompę perystaltyczną, a serce drobniutkiej pacjentki powoli się opróżniło. Urządzenie przejęło normalne funkcje organizmu, prowadząc krew nie przez płuca, ale przez sztuczny oksygenator. Puste serce wciąż biło, kiedy rozciąłem pień płucny tuż nad punktem wyjścia anormalnej tętnicy wieńcowej. Światło naczynia otworzyło się przed moimi oczami jak mały odsłaniający skrytą wewnątrz perłę. Teraz musieliśmy tylko bez nadmiernego napięcia podłączyć je do utrzymującej wysokie ciśnienie aorty, do której brakowało nam dobrych dwóch centymetrów. Według klasycznej metody tętnicę po prostu rozciągało się tak, aby móc wszyć jej ujście w ścianę aorty. To jednak groziło zakrzepicą i powstaniem zatoru, trzymałem się więc swojej nowej techniki.

Mój pomysł dało się zrealizować jedynie poprzez założenie ucisku na aortę, by tymczasowo zatrzymać wszelki dopływ krwi do serca. W celu ochrony mięśnia zamierzaliśmy wstrzyknąć płyn kardioplegiczny bezpośrednio do

obu tętnic wieńcowych, a tym samym wypchnąć z nich całą zawartość i doprowadzić do zapadnięcia się komory. Wymuszanie w ten sposób bezruchu to w kardiochirurgii częsta sztuczka. Aby przywrócić aktywność, wystarczy zdjąć zacisk z aorty, co pozwala krwi z płucoserca napłynąć z powrotem do naczyń wieńcowych.

Przy rekonstrukcji tak małej tętnicy szwy musiały być założone niezwykle starannie i szczelnie. Zabieg przeszedł sprawnie. W przeciągu zaledwie 30 minut od zatrzymania pracy serca połączenie płatów naczyniowych pozwoliło przywrócić „hydraulikę” w piersi Kirsty do normy. Gdy tylko usunęliśmy zacisk z aorty, lewą komorę zalała krew nie – jak wcześniej – niebieskawa i odtlenowana, lecz jaskrawoczerwona i porządnie utlenowana. Mięsień sercowy z jasnoróżowego stał się najpierw fioletowy, potem miejscami niemal czarny. Przed odbudowaniem tętnicy płucnej upewniliśmy się, że w miejscu szycia tuż za nią nie ma żadnych krwotoków. Wkrótce elektrokardiogram wykazał nieskoordynowaną aktywność elektryczną, a serce zeszywniało, odzyskawszy napięcie mięśniowe.

Co nietypowe w przypadku dzieci, po reperfuzji, czyli przywróceniu krążenia, nie zaczęło prawidłowo pracować, tylko podrygiwało i migotało. Użyliśmy impulsu elektrycznego, aby przywrócić normalny rytm. Dziesięć dzuli – bum! Defibrylacja zadziałała: serce przestało się miotać. Nie poruszało się, ale sądziliśmy, że lada moment zacznie bić. Tak się jednak nie stało. Fioletowa kula wróciła do wicia się i migotania. Anestezjolog wyjrzał nad obłożenie chirurgiczne, by zażądać oczywistego:

– Dajcie kolejny impuls!

Tak też uczyniliśmy i scenariusz się powtórzył. Serce nie chciało wziąć się do roboty.

Tkanka bliznowata spowodowała poważne zaburzenie w przepływie impulsów elektrycznych, zaaplikowaliśmy więc odpowiednie leki, żeby ustabilizować błony komórkowe w komórkach mięśniowych.

– Dajmy trochę więcej czasu na reperfuzję – powiedziałem Mike’owi.

– Dobra, to skoczę na fajka – odparł.

Dwadzieścia minut później spróbowaliśmy ponownie. Dwadzieścia dżuli – bum! Tym razem całe małeńkie ciało uniosło się ze stołu operacyjnego. Defibrylacja zadziałała. Serce zaczęło bić, ale słabiutko. Niepokojący widok, lecz mieliśmy pod ręką środki farmakologiczne, które mogły je zmusić do większego wysiłku.

Poprosiłem Mike’a, aby zaczął wlew adrenaliny, perfuzjoniście zaś kazałem zmniejszyć przepływ w pompie, żeby zostawić w komorach trochę krwi. Takie zasady panowały na sali operacyjnej – jak w wojsku. Kolegów lekarzy można było poprosić o to czy o tamto, technikom jednak wydawało się rozkazy. Spróbuj tylko kazać coś anestezjologowi, to powie ci, żebyś się odwalił, i pójdzie zająć się czym innym.

Podczas gdy Mike i perfuzjonista wspólnie czuwali nad prawidłową biochemią krwi, ja utkwiałem wzrok w żalonym serduszkach Kirsty. Z nową tętnicą wieńcową wszystko grało – nie było żadnego zagięcia ani krwawienia. Krew wreszcie docierała do lewej komory z taką samą

zawartością tlenu i pod takim samym ciśnieniem co do tkanek ciała. Ale cały narząd wciąż wyglądał jak przejrzała śliwka i ledwo pracował. Co gorsza, zastawka dwudzielna przeciekała. Choć powiedziałem zespołowi, żeby dać małej kolejne pół godziny na krążeniu pozaustrojowym, w głębi ducha byłem przekonany, że już po ptakach, to serce ma dość. Operacja się udała – pacjent zmarł.

Oczywiście nie podzieliłem się ponurymi myślami z resztą. Tyle razy wspólnie wychodziliśmy już z tarapatów, że teraz też spodziewali się po mnie cudu. Zaczynałem jednak tracić nadzieję. Zasugerowałem, że kamerzysta powinien na jakiś czas zatrzymać nagranie, bo na razie nic się nie zmieni, a następnie poprosiłem Katsumatę, by zajął moje miejsce, gdy zrobię sobie przerwę. Zdjąłem fartuch oraz rękawiczki i wyszedłem do gabinetu anestezyjologicznego, żeby zadzwonić. Mike poszedł za mną.

– Zdołasz naprawić zastawkę dwudzielną? – zapytał.

– Chyba nie – odpowiedziałem. – Powiem Archerowi, żeby uprzedził rodziców.

Siadłem zgarbiony na stołku i sięgnąłem po telefon. Jedna z uroczych pielęgniarek postawiła przede mną kawę i pączka. Położyła mi rękę na ramieniu i wyczuła, że jestem zlany zimnym potem.

– Przyniosę ci suchą koszulę – zaproponowała.

W ciągu pięciu minut Archer dotarł z przychodni, w której przyjmował, pod drzwi sali operacyjnej. Nie musiał o nic pytać.

– Pomyślałem, że masz kłopoty. Mogę jakoś pomóc?

– Spójrz na echo – powiedziałem. – Rekonstrukcja trzyma, ale sypie się komora. Cieknie zastawka. W tym tempie nigdy nie odłączymy jej od pompy.

Miałem pełny pęcherz, poszedłem więc do toalety. Kiedy już nic mnie nie rozpraszało, mój mózg odzyskał kontrolę. Teraz musiałem się skupić. Co, jeśli w ogóle cokolwiek, mogłem zrobić, aby uratować sytuację? Kończyły mi się pomysły.

Lewa komora była pokryta bliznami i powiększona, utraciła też normalny eliptyczny kształt – stała się kulista. Zniekształcenie spowodowało otwarcie zastawki dwudzielnej i uniemożliwiło jej zamknięcie. Gdy komora próbowała pompować krew do tkanek ciała, niemal połowa wracała do płuc. Podczas zabiegów chirurgicznych praca serca zawsze na pewien czas się pogarsza, lecz w przypadku Kirsty wyglądało na to, że już się nie poprawi. Miałem nadzieję, że odpoczynek oferowany przez krążenie pozaustrojowe pozwoli steranemu organowi odzyskać siły. Niestety się myliłem.

Wróciłem na salę, ponownie umyłem ręce i zmieniłem Katsumatę. Nic nie mówił, ale wyglądał na przybitego – przekaz był jasny. Poprosiłem Mike'a, aby zaczął wentylować płuca, i kazałem perfuzjoniście przygotować się do stopniowego wygaszania pracy płucoserca. Serce dziewczynki musiało samodzielnie podtrzymać krążenie, inaczej umarłaby na stole operacyjnym. Wszyscy wpatrywaliśmy się w krzywe na kardiomonitory, łudząc się, że ciśnienie wzrośnie. Na chwilę podskoczyło do połowy normy, ale po wyłączeniu pompy gwałtownie spadło.

– Wracamy na zewnątrz? – zapytał Japończyk.

Obserwując słabiutki błysk lewej komory na odczycie USG, perfuzjonista zapytał, czy jest sens. Tak naprawdę mówił nam: „Już po niej, prawda?”.

Nie byłem gotów się poddać. Porażka oznaczałaby śmierć małej dziewczynki i niekończące się wyrzuty sumienia dla rodziców.

– Wróćmy jeszcze na pół godziny.

Odwlekanie sprawy samo w sobie stanowiło problem, jako że dłuższy czas na krążeniu pozaustrojowym zmniejszał szanse na przeżycie.

Rodzice Kirsty czekali na oddziale dziecięcym. Archer poszedł z nimi pomówić. Kiedy wezwaliśmy go z powrotem, Becky uparła się iść z nim do drzwi bloku operacyjnego. Nie sposób opisać, jak matka czuje się w takiej sytuacji. Wiedziałem tylko, że wizja młodej kobiety trzymającej w ramionach wychudzone, martwe ciało staje się coraz bardziej realna. Czy powinienem jej powiedzieć, że serce dziewczynki doznało zbyt poważnych obrażeń, że diagnoza była spóźniona o całe miesiące, a Kirsty padła ofiarą przeciążonego systemu opieki zdrowotnej?

Słowa, które Becky zapisała wtedy w swoim pamiętniku, dają do myślenia.

Doktor Archer przychodził do nas co godzinę. Po czwartej takiej wizycie myślałam, że wszystko poszło dobrze. Kirsty miała zostać odłączona od krążenia pozaustrojowego i przeniesiona na oddział intensywnej opieki. Wyskoczyłam na stołówkę po kanapkę, a gdy

wracałam, wpadłam na szukającą mnie pielęgniarkę. Powiedziała, że muszę iść na górę, bo doktor Archer chce z nami porozmawiać. Byłam bardzo zadowolona i zapytałam, czy operacja już skończona, czy moglibyśmy zobaczyć matę. Pielęgniarka z poważną miną odparła, że musimy porozmawiać z doktorem. Choć była miła i zachowywała się profesjonalnie, wyczułam, że coś jest nie tak.

W poczekalni ponuro wyglądający doktor Archer poprosił, abyśmy usiedli. Wytłumaczył, że pomimo wszelkich wysiłków zespołu chirurgicznego serce Kirsty nie chce zstartować po odłączeniu od wspomagania. Że chirurdzy robią, co w ich mocy, ale perspektywy są słabe. Że możemy ją stracić.

Potem musiał wyjść. Kręciło mi się w głowie. Pamiętam, że czułam się jak pijana. Nie tak miało być. Mieliśmy jedynie cierpliwie czekać, a wszystko byłoby okej, bo przecież takie rzeczy zdarzają się tylko innym.

Wtedy wrócił pan doktor. Powiedział, że bardzo mu przykro. Spróbowali wszystkiego. Powinniśmy pójść się pożegnać. Nie mogłam znieść myśli, że kiedy ponownie wezmę matę w ramiona, będzie zimna. Moje dziecko było takie miękkie i ciepłe. Pachniało cudnie, włosy miało jak aksamit, policzki gorące. W kółko powtarzałam sobie, że serce mi pęknie, jak zobaczę ją zimną i sztywną. Może to dziwne, ale nie mogłam powstrzymać tych myśli.

Oczywiście to była nasza najczarniejsza godzina. Kirsty walczyła o życie, a my nie potrafiliśmy w żaden

sposób jej pomóc. Równie dobrze moglibyśmy się znajdować na drugim końcu świata. Mój udręczony umysł jakby dostał amoku. Jeśli umrze, położą ją na stole w kostnicy. W tym okropnym, bezdusznym miejscu. Jeżeli to się stanie, zostanę z nią aż do pogrzebu. Nie pozwolę, aby ktokolwiek mnie powstrzymał. Będę trzymała moje maleństwo w ramionach do samego końca i niech lepiej uważa każdy, kto spróbuje mi je odebrać.

Mysli te brzmiały w mej głowie równie wyraźnie, co tamtego dnia, ponieważ niczego innego nie byłam w życiu tak pewna. Nawiazaliśmy silną więź z rodzicami pozostałych dzieci przebywających na oddziale. Cały czas zaglądali do nas, pytali o wieści, modlili się za Kirsty i dzielili nasze nadzieje.

Odkąd doktor Archer opuścił poczekalnię, nikt się nie pojawił. Nie miałam im tego za złe. W powietrzu wisiło uczucie przerażającego smutku. Nasze losy spłotyły się ze sobą, a teraz nikt nie wiedział, co powiedzieć.

W tych niezwykle rzadkich przypadkach, kiedy dziecko umierało na stole operacyjnym, zawsze przekazywałem nowinę rodzicom osobiście. Nienawidziłem tego, był to najwredniejszy aspekt mojego zawodu.

Przesuwane drzwi bloku operacyjnego otworzyły się automatycznie, ukazując szpitalny korytarz. Spojrzałem w oczy pełne żalu i rozpacz. Pamiętam, że Becky powiedziała:

– Niech pan ratuje moje maleństwo.

Byłem tak oszołomiony, że nie zdołałem wydobyć z siebie ani słowa. Archer wydawał się rozbity. Najtrudniejsze miał już za sobą. Odwróciłem się ku ponurej sali operacyjnej, założyłem nową maseczkę i ponownie umyłem ręce.

Mike wrócił z kolejnego papierosa i powiedział:

– Żadnej poprawy. Możemy wyłączyć pompę?

– Nie, chciałbym czegoś jeszcze spróbować. Wyłącznie płuca. Niech kamera kręci.

Chwytałem się brzytwy. To, co zamierzałem zrobić, opierało się na prawach fizyki, ale nikt wcześniej nie próbował niczego podobnego w kardiochirurgii dziecięcej. Ciśnienie wywierane na ścianę pokrytej bliznami lewej komory był podwyższony ze względu na rozmiar jamy. Na niedawnej konferencji usłyszałem, że pewnemu brazylijskiemu chirurgowi udało się pomniejszyć niewydolne serca dorosłych osłabione z powodu egzotycznej infekcji zwanej chorobą Chagasa. Jego technikę próbowano wykorzystać także w Ameryce Północnej, w przypadkach niewydolności o innym podłożu, ale szybko z tego zrezygnowano. Moim zdaniem to śmiałe podejście stanowiło dla Kirsty ostatnią szansę.

Nie zamierzałem ryzykować ponownego zatrzymania serca, chwyciłem więc nowy lśniący skalpel i rozciąłem tętniącą lewą komorę od koniuszka po podstawę, jakbym rozpinął śpiwór. Zacząłem w rejonie zbliżnowaconym, starannie omijając mięśnie, które podtrzymywały zastawkę dwudzielną. Rozpłatanе serce natychmiast wpadło w migotanie. Nie było to groźne, gdyż nie istniało niebezpieczeństwo, że zacznie pompować powietrze.

Szczerze powiedziawszy, zszokował mną wygląd wsierdza, czyli wewnętrznej wyściółki serca. Było całkowicie pokryte grubą białą tkanką bliznowatą. Aby pomniejszyć średnicę komory zgoliłem tkankę po obu stronach nacięcia aż do żywego, krwawiącego mięśnia. W ten sposób pomniejszyłem obwód jamy o jedną trzecią. W celu powstrzymania wycieku z zastawki dwudzielnej zszyłem środkową część jej dwóch płatków, dzięki czemu jeden otwór przekształcił się w dwa przypominające parę okularów. Następnie połączyłem krawędzie mięśnia podwójnym szwem, by zamknąć serce. Gdy z nim skończyłem, było dużo mniejsze i wyglądało jak drgający czarny banan. Nawet w głowie mi nie powstało, że mogłoby znowu zacząć działać. Moi koledzy też w to nie wierzyli. Większość z nich sądziła, że zwariowałem.

Wiść o dziwacznej operacji w sali piątej szybko obiegła szpital. Ciekawscy zgromadzili się oglądać obraz z kamery. Musieliśmy się jeszcze upewnić, że całe powietrze zostało usunięte z wnętrza serca, inaczej mogłoby się dostać do naczyń krwionośnych zasilających mózg i spowodować udar. Potem zostało już tylko defibrylować i spróbować przywrócić normalny rytm pracy.

– Koniec – oświadczyłem. – Spróbujcie 20 dzuli.

Kopnęło. Serce przestało drżeć. Przez czas, który wydawał się wiecznością, nie było żadnej samoistnej aktywności elektrycznej. Trąciłem mięsień kleszczykami. Zareagował skurczem. Tym razem krzywa ciśnienia na kardiomonitorze drgnęła. Czarny banan jakimś cudem wyrzucił krew do aorty.

Mike spojrzął na odczyt USG.

– No, nie da się ukryć, że wygląda inaczej. Spróbujemy z rozrusznikiem?

Nim skończył mówić, wszywałem już przewody od elektrod na właściwe miejsca. Ustawiliśmy urządzenie na 100 uderzeń na minutę i je włączyliśmy. Kazałem perfuzjoniście zmniejszyć przepływ w pompie i zostawić krew w sercu, aby sprawdzić, czy będzie ją regularnie wyrzucać. Tak się stało. Co więcej, echo wykazało, że zastawka dwudzielna przestała przeciekać. Poczułem, że mamy jednak szansę. Życie naprawdę opiera się na fizyce i geometrii.

Minęło południe. Kirsty była podpięta do krążenia pozaustrojowego od przeszło trzech godzin. Musieliśmy ją odłączyć. Jakby na zawołanie naturalny rytm serca nagle wybił się ponad bicie rozrusznika.

W sali operacyjnej jakby pojaśniało. Beznadzieja ustąpiła miejsca uniesieniu. Poczułem zastrzyk podniecenia i całe zmęczenie nagle znikło. Podaliśmy dziewczynce wlew adrenaliny, by pomóc sercu przejąć pałeczkę od sztucznej pompy. Wreszcie dałem rozkaz, by powoli odłączać. Wciąż jeszcze spodziewaliśmy się spadku ciśnienia, jednak osobliwie przebudowane serducho dalej biło.

– Jest bez obojętności. Nie wierzę – powiedział Mike.

Milczałem, ale spojrziałem ponad maseczką na Katsumatę. Wiedział, że mam już dość.

– Pozwól mi dokończyć – zaproponował.

– Jasne.

Posłałem ostatnie, ciągle niedowierzające spojrzenie radośnie podrygującemu czarnemu bananowi, a następnie

odwróciłem się ku ekranowi USG, na którym pojawiały się uspokajające rozbłyски bieli, błękitu i żółcieni – jak ogień w kominku. Widzieliśmy krew płynącą przez odbudowaną tętnicę wieńcową, wpadającą podwójną strugą przez zastawkę dwudzielną do lewej komory. Odmienione nie do poznania dziecięce serce wreszcie zaczęło działać.

Po naszym spotkaniu w drzwiach bloku operacyjnego zarówno Archer, jak i rodzice dziewczynki byli przekonani, że mała zmarła. Nigdy wcześniej nie przytrafiła mi się taka niezręczna sytuacja, zresztą czułem się zbyt wypruty, by stawić jej czoła. Poprosiłem pielęgniarkę anestezjologiczną o ponowne wezwanie doktora Archera. Posłuchała, potem zasugerowała, że przyniesie mi kawy.

Tymczasem Katsumata upewnił się, że nigdzie nie ma krwawienia, i starannie zamknął klatkę piersiową.

– Nikt dotąd czegoś takiego nie zrobił – powiedział, zerkając w moim kierunku.

Po niedługiej chwili szokowana Becky zeszła na oddział intensywnej opieki pediatrycznej. Dotknęła stópki i Kirsty i wykrzyknęła:

– Jest ciepła! Nigdy nie była ciepła.

Gdy zaczęła płakać, odszedłem. Miałem za sobą długi dzień.

Dee, moja urocza i ekscentryczna sekretarka, zawiozła mnie do domu, do Bladon, gdzie z Oksfordu jechało się jakieś 20 minut. Z powodu mieszaniny przemęczenia i podniecenia nie mogłem usiedzieć na miejscu. Nad Blenheim Palace zachodziło wielkie, czerwone, zimowe słońce. Aby się rozluźnić, poszedłem pobiegać wokół jeziora z Maxem,

naszym owczarkiem niemieckim. Truchtając między prastarymi dębami, płoszyliśmy króliki i szczęśliwe bażanty, którym udało się przetrwać sezon łowiecki. Cienie zaczęły się wydłużać. Łabędzie sykiem zakomunikowały Maxowi, że powinien się odwalić. Gdy przystanąłem na skraju wody, słońce znikło. Opuściłem park przez bramę wychodzącą na Bladon i powędrowałem na drugą stronę ulicy na teren kościoła St Martin's.

Na tamtejszym cmentarzu spoczywa Winston Churchill. Naprzeciw jego grobu – zawsze otoczonego uschłymi kwiatami, z wciąż pochylającymi głowy – stoi drewniana ławeczka ufundowana przez działaczy polskiego ruchu oporu z czasów II wojny światowej. Zgrzany i zziębnięty przysiadłem na niej, aby pogadać z wielkim mężem stanu, śpiącym w swej drewnianej skrzyni w odległości zaledwie kilku metrów. W przypiływie makabrycznego nastroju spróbowałem sobie wyobrazić, jak wygląda teraz jego ciało. Przyszło mi do głowy, że niewiele zabrakło, a Kirsty byłaby równie sztywna i zimna w szpitalnej kostnicy. Ale pozostałem wierny maksymie starego wodza – nigdy się nie poddamy.

Max bezczelnie uniósł łapę przy pobliskim pomniku. Chciało mi się spać. Miałem nadzieję, że telefon zostawi mnie w spokoju. I zostawił. Dziecko przeżyło.

Przez następnych dziesięć lat mieliśmy na nią oko, śledząc rozwój serca za pomocą echokardiografii. Wyrastała na zupełnie normalną dziewczynkę, radosną, śmiałą i energiczną. Jedyne ślad po niezwyklej wewnętrznej przemianie stanowił cienki biały pasek biegnący przez środek klatki piersiowej.

Kiedy uznaliśmy, że jest wystarczająco dojrzała, aby omówić sprawę, poprosiliśmy ją o pozwolenie na przeprowadzenie rezonansu magnetycznego, który umożliwiłby nam zobaczenie, jak rozwinęło się jej przebudowane serce. Wyniki były zaskakujące. Nie licząc zastawki o dwóch otworach, serce wyglądało zupełnie normalnie, podobnie jak zrekonstruowana lewa tętnica wieńcowa. Jedyne cienka blizna wskazywała, gdzie biegły szwy. Co niesamowite, cała reszta tkanki bliznowatej zniknęła. Po martwej, białej wyściółce pokrywającej wśierdzie nie został ślad.

Był to jeden z pierwszych dowodów na to, że komórki macierzyste serca niemowlęcia potrafią zregenerować mięsień sercowy i usunąć zwłóknienia. Oczywiście dorośli nie mają tak dobrze. Ale co, gdybyśmy zdołali zidentyfikować i wyhodować komórki macierzyste, które mogłyby im pomóc w taki sam sposób jak dzieciom? Czy uzyskali byśmy w ten sposób lekarstwo dla setek tysięcy dorosłych cierpiących na przewlekłą niewydolność serca z powodu choroby wieńcowej? Mój dziadek nie pogardziłby czymś takim. Komórki można by wszczepiać wraz z bajpasami albo wprowadzać je przez cewnik do wnętrza serca. Jakich komórek mielibyśmy użyć, skąd je pozyskać, jak zakonserwować i zaimplantować? Zamierzałem pewnego dnia się tego dowiedzieć.

Kirsty ma dziś 18 lat i jest pełną życia, wysportowaną nastolatką. Gdyby umarła, nigdy nie dowiedzielibyśmy się o ekscytującej możliwości regeneracji serca. Jej doświadczenie może pomóc ocalić niezliczone istnienia.