

Człowiek o dwóch sercach

Prawdziwie spełniony kardiochirurg to taki, który zapytany o trzech najlepszych chirurgów na świecie ma problem z przypomnieniem sobie nazwisk pozostałych dwóch.

Denton Cooley

Roberta Jarvika poznałem zupełnym przypadkiem. W 1995 roku pojechałem na konferencję Amerykańskiego Stowarzyszenia Chirurgów Klatki Piersiowej, która odbywała się w San Antonio w Teksasie. Tam właśnie, gdy zwiedzałem Alamo, pewien menedżer z firmy zajmującej się osprzętem medycznym z dziedziny sercowo-naczyniowej poprosił mnie, abym zaopiniował ich nowy produkt. Następnie zabrał mnie na spotkanie z inżynierem, którego nazwisko było mi dobrze znane – Robertem Jarvikiem.

Chodziło o niewielką pompę turbinową zaprojektowaną z myślą o wspomaganiu przepływu krwi w kończynach

dolnych u pacjentów cierpiących na ostrą postać choroby tętnic obwodowych. Kiedy panowie biznesmeni poszli na kolację z klientami, Jarvik zwrócił się do mnie i powiedział:

– Chodźmy do mnie, do hotelu. Chciałbym pokazać ci coś ciekawego.

Zazwyczaj nie palę się do przyjmowania tego rodzaju zaproszeń od mężczyzn, ale tym razem byłem zaintrygowany.

Gdy dotarliśmy na miejsce do jego pokoju, inżynier napełnił zlew w łazience, a następnie wydobyl z teczki niewielki plastikowy pojemnik. Przypominał pudełko na lunch, a w środku tkwił nie większy od kciuka tytanowy cylinder, do którego podłączone były rurka protezy naczyniowej oraz przewód elektryczny w silikonowej powłoce. Mój nowy znajomy włożył cylinder do wody, podłączył kabel do kontrolera, który rozmiarami przypominał telefon stacjonarny, i włączył urządzenie. Wziuuu!

Ta niewielka pompa stałoprzepływowa tłoczyła około pięciu litrów wody na minutę, kierując strumień przez rurkę z powrotem do zlewu bez hałasu czy drgań. Jarvik od wielu lat pracował nad pomysłem lewokomorowego urządzenia wspomagającego – takiego, o którego obecności pacjent mógłby właściwie zapomnieć.

Rzuciłem durny komentarz:

– W wodzie sprawdza się świetnie, ale w krwiobiegu albo się zatka, albo będzie niszczyć czerwone krwinki.

Zupełnie jakby inżynierowi w ogóle nie przyszło do głowy, że taki problem może powstać, i nie wymyślił już, jak go rozwiązać.

Następne zdanie zabrzmiało bardziej sensownie:

– Bardzo chętnie podjąłbym się współpracy przy testach, z dala od oczu FDA*. Jeśli wszystko pójdzie dobrze, w Wielkiej Brytanii moglibyśmy zacząć jej używać, na długo zanim tutaj dostaniecie pozwolenie.

Był to strzał w ciemno, zapytałem więc Jarvika, czy współpracuje już z jakąś placówką w USA. Odparł, że testuje produkt wraz z Budem Frazierem, szefem transplantologii w Teksaszkim Instytucie Kardiologii. Buda uważano za największego w Stanach adwokata mechanicznych urządzeń wspomagających krążenie. Jarvik powiedział, że mógłby nas sobie przedstawić, bo Frazier ma akurat spotkanie z ludźmi z firmy. Poszliśmy więc go odszukać.

Bud okazał się stuprocentowym Teksaszczykiem, takim, co to nosi kowbojski kapelusz i mokasyny do eleganckiego garnituru. Był skromny i czarujący; poza tym, że zajmował się chirurgią, gromadził też zabytkowe książki. Wyraził duży entuzjazm wobec nowej pompy, którą nazywano Jarvik 2000, ponieważ według przewidywań, o ile badania laboratoryjne poszłyby dobrze, pierwsze egzemplarze miały zostać wszczepione pacjentom w 2000 roku. Frazier zapytał, czy chciałbym wpaść do Instytutu, żeby zobaczyć cielaki, którym wszczepiono modele testowe urządzenia.

* Ang. Food and Drugs Administration. Agencja Żywności i Leków, amerykańska agencja rządowa sprawująca nadzór m.in. nad urządzeniami medycznymi (wszystkie przypisy pochodzą od tłum.).

Tamtejsze laboratoria zwierzęce były bardziej imponujące niż te, w których sam pracowałem na ludziach. Badaczom nie brakowało zaawansowanych, nowoczesnych urządzeń, jakich nigdy nie mogłem pozyskać dla swoich pacjentów.

W czasie odwiedzin ujrzałem grupę cielaków radośnie zajadających siano w boksach. Monitory wskazywały, że turbiny pracują z prędkością 10 000 obrotów na minutę, przetwarzając w tym czasie około sześciu litrów, czyli więcej, niż potrzeba człowiekowi w spoczynku. Bud podał mi stetoskop, abym mógł posłuchać cichego, nieustającego szmeru silniczka w krwiobiegu.

Mylilem się. Urządzenie nie uszkadzało krwinek i, pomimo braku środków rozrzedzających krew, nie zatykało się skrzepami. Było to jak objawienie. Czy oto stanąłem przed szansą zaangażowania się w projekt oferujący ratunek pacjentom umierającym z powodu niewydolności serca? Postanowiłem skorzystać z okazji i zaproponowałem, że przetestuję Jarvika 2000 w Oksfordzie – na owcach.

W rezultacie tych szczęśliwych spotkań wracałem do domu, spodziewając się, że lada moment ruszy wielka międzynarodowa współpraca: Teksański Instytut Kardiologii z Houston, Jarvik Heart z Nowego Jorku... i Oksford. Właściwie czułem, że mógłbym pofrunąć do Londynu bez samolotu. Po chwili refleksji mój entuzjazm przygasł. Nie miałem funduszy na badania ani dostępu do dużego laboratorium zwierzęcego, dysponowałem tylko wrodzoną zawziętością i wolą walki.

W przeciągu kilku miesięcy pozyskałem od różnych filantropów środki wystarczające, aby projekt wystartował.

Teraz Cambridge prowadziło swój program przeszczepów kardiologicznych od świń, my zaś pracowaliśmy nad miniaturowymi sztucznymi sercami. Tradycyjne współzawodnictwo między uniwersytetami po raz kolejny wykroczyło poza boisko do rugby.

Wkrótce udało nam się potwierdzić to, co podejrzewali badacze z Houston: ciągły przepływ krwi bez ciśnienia pulsacyjnego jest bezpieczny i wydajny. Całkowicie zmieniło to sposób myślenia o pompach krwi, które nie musiały już naśladować tętnienia swego biologicznego pierwowzoru.

W obliczu powodzenia programu badawczego czułem, że uzasadnione stało się wprowadzenie w Oksfordzie chirurgicznego leczenia niewydolności serca. W Wielkiej Brytanii żyły tysiące ludzi cierpiących na terminalne choroby układu krążenia, a jednak każdego roku dokonywano niespełna dwustu przeszczepów. Większość pacjentów, u których stwierdzano pogarszające się funkcjonowanie nerek i wątroby, była uznawana za zbyt chorych, aby wpisać ich na listę oczekujących. Pod płaszczykiem opieki paliatywnej kres ich życiu miały położyć leki. W mojej wizji pomoc osobom o wyjątkowo ciężkich objawach mogło zapewnić „dożywotnie” wsparcie pompy krwi. Gdyby istniało powszechnie dostępne rozwiązanie technologiczne, poszukiwania dawców i szalone akcje przewożenia serc helikopterem w środku nocy stałyby się pieśnią przeszłości. Megalomania nakazała mi ochrzcić Oksford krajowym centrum mechanicznego wspomaganie układu krążenia.

Tymczasem w Houston Bud od pewnego czasu wszczepiał już bardziej konwencjonalne urządzenia wspomagające

pracę komór serca o przepływie pulsacyjnym. Ich zadaniem było utrzymywanie pacjentów przy życiu do czasu znalezienia dawcy narządów. Procedurę tę nazywano „pomostem do przeszczepu”, a wykorzystywano w niej pompę HeartMate produkowaną przez ThermoCardiosystems. Miała ona zastępować lewą komorę, regularnie napełniając się krwią, a potem ją wyrzucając. Kształtem przypominała bombonierkę i nie mieściła się w klatce piersiowej, wszywano ją więc w swego rodzaju kieszeń w ścianie jamy brzusznej. Sztywny przewód kontrolny wychodził do zewnętrznych baterii i aparatu kontrolnego. Urządzenie miało też wywietrznik, który posykiwał w rytm pracy pompy – tak głośno, że można by go usłyszeć z drugiej strony ruchliwej ulicy.

Długotrwała hospitalizacja – bo średni czas oczekiwania na przeszczep w przypadku chorych z HeartMate'em wynosił 245 dni lub więcej, jeśli mieli grupę krwi 0 – wiązała się z olbrzymimi kosztami i reperkusjami natury psychologicznej. Na podstawie prowadzonych obserwacji zespół z Houston umacniał się jednak w przekonaniu, że pacjentów można bezpiecznie wypuszczać do domu. Więcej nawet, badacze sądzili, że mechaniczna pompa krwi może stanowić alternatywę dla transplantacji serca.

Frazier miał świadomość, że FDA nie jest jeszcze gotowa ratyfikować tego rodzaju długoterminowego rozwiązania. Zadzwoił do mnie do Oksfordu i zasugerował, że skoro już pracujemy wspólnie przy Jarviku 2000, to może moglibyśmy wypróbować koncepcję „dożywotniego

wspomagania” na pacjentach NHS*, używając przy tym HeartMate’a. Goście z ThermoCardiosystems gotowi byli dostarczyć pompy za darmo, dając tym samym szansę nieuleczalnie chorym pacjentom odrzuconym przez centra transplantacyjne – żywym trupom doświadczającym duszności przy byle wysiłku, opuchniętym i skazanym na zamknięcie we własnych domach.

Na taką okazję właśnie czekałem. Poleciałem do Houston, aby obejrzeć zabieg wszczepienia urządzenia i spotkać się z potencjalnymi kandydatami do programu, obecnie uziemionymi w szpitalu. Zapytany, czy nie chciałbym asystować przy operacji, nie wahałem się ani chwili. Pacjentem był futbolista z pewnego college’u na Środkowym Zachodzie. Złapał wirusa, który szybko obżarł go z mięśni. Biedak zmizerniał i opuchł; w niewytłumaczalny sposób uchodziło z niego życie. Jego dziewczyna czuwała przy szpitalnym łóżku. Zdawało się, że nie wie, co powiedzieć. No bo co można powiedzieć komuś, kto potrzebuje sztucznego serca?

Była ładniutka i wcześniej dopingowała drużynę akademicką jako cheerleaderka. Niestety nie miała pojęcia, jak wesprzeć swego bohatera w meczu z Kostuchą. Musiała bezradnie się przyglądać, jak słabnie, traci miejsce w drużynie, a później wylatuje z uczelni. Minęło sporo czasu, zanim władze pojęły, że za stan dzieciaka odpowiada choroba, a nie prochy, jak podejrzewali niektórzy. A co miała zrobić jego ukochana? Rzucić go i wrócić na studia, czy

* Ang. National Health Service, Narodowa Służba Zdrowia, odpowiednik polskiego NFZ.

trwać przy chłopaku, dla którego jedyną szansę stanowił przeszczep serca? Życie bywa do dupy, a rzadko kiedy zastanawiamy się, co nas czeka po drugiej stronie. Może słusznie, bo to zazwyczaj niewiele pomaga.

Na sali pielęgniarki pomogły chirurgowi założyć fartuch i rękawiczki, a następnie odkaziły i obłożyły pole operacyjne, odsłaniając tylko klatkę piersiową i górną część brzucha pacjenta. Z niegdysiejszego sportowca zostały skóra i kości – spuchnięta wątroba rysowała się wyraźnie pod linią żeber. Niewydolność serca to gówniana sprawa. Faceci, którzy odmówili finansowania naszych badań, powinni kiedyś stanąć przy stole chirurgicznym i przekonać się o tym na własne oczy.

Bud poprowadził skalpel od szyi byłego futbolisty aż do dolnej części torsu, ponieważ HeartMate potrzebował sporej kieszeni w ścianie jamy brzusznej. Po wszczepieniu wyglądała trochę jak zaszyty pod skórą budzik. Powiększone serce osiągnęło ogromne rozmiary, a lewa komora ledwo pracowała. Powstający w wyniku niewydolności żółtawy płyn wyciekł z worka osierdziowego, wypełniając przygotowaną pod pompę przestrzeń. Usunięto go za pomocą ssaka.

Podczas gdy ja dumiałem nad upadkiem znakomitego sportowca, mój teksański kolega skupiał się na znalezieniu odpowiedniego miejsca do wyprowadzenia przewodu elektrycznego przez skórę. Kabel należało puścić tak, aby jak najmniej się poruszał przy codziennych czynnościach, a pacjent mógł go łatwo utrzymać w czystości i nie miał kłopotów ze spodniami czy paskiem. Frazier czubkiem

ostrza zrobił otwór, przez który przeciągnęliśmy drut – gruby na dobry centymetr i wystarczająco sztywny, aby nie dopuścić do zagięcia przewodu odprowadzającego powietrze. Był on czymś znacznie więcej niż taki choćby kabel od lampki. Dla chorego chłopaka miał nie mniejsze znaczenie niż pępowina dla nienarodzonego dziecka.

Ostrożnie zszyliśmy protezę naczyniową pompy z aortą wstępującą u jej wyjścia z serca. Szwy musiały zostać założone bardzo dokładnie, inaczej ciśnienie doprowadziłoby do obfitego krwotoku. Teraz pozostało już tylko zamocować mankiet stabilizujący do koniuszka serca i za pomocą specjalnego noża wykonać otwór wielkości monety pod kaniulę wlotową. Krew wracająca z płuc miała odtąd przechodzić przez zastawkę dwudzielną prosto do urządzenia, dzięki czemu felerna komora byłego futbolisty stałaby się zbyteczna. Patrząc na to, rozmyślałem o wynalazku Jarvika, który był niewiele większy od kaniuli instalowanej przez Buda pompy. Tytanowa obudowa komory pulsacyjnej HeartMate'a wydawała się przy nim olbrzymia.

Przed zapuszczeniem urządzenia wspomagającego trzeba je było wpiern napęlnić krwią, aby wypchnąć ze środka powietrze.

– W mózgu powietrze na proch cię zetrze – zażartowałem.

Słaby rym, aletrzymał mnie jeszcze jet lag, notorycznie niedosypiałem i powoli zbliżałem się do stanu maniakalnego.

Zespół techniczny podłączył wszystko jak trzeba; byliśmy gotowi na wielkie otwarcie. Gdy wewnątrz obudowy

ruszył popychacz, z wentyla dobył się syk przywodzący na myśl ruszającą lokomotywę. Sztuczna komora napelniała się, potem wyrzucała krew do aorty, a jakiekolwiek pozostałości powietrza uciekały przez pory w protezie naczyniowej. Bezżyteczny mięsień chłopaka zapadł się do środka, nie spinał się już i nie drżał, próbując utrzymać go przy życiu. Dzieciak miał teraz nowe serce. Tymczasowe, ale miałem nadzieję, że spisze się dobrze.

Zastanawiałem się, jak dziewczyna zareaguje na widok tego pulsującego, syczącego potwora w brzuchu ukochanego i wychodzącej przez skórę sztywnej macki. Jak długo z nim wytrzyma. Zazwyczaj takie myśli w ogóle nie przychodziły mi do głowy. Brak empatii wynikał z nieustannego stresu i przemęczenia. Postanowiłem, że jeśli jeszcze raz spotkam cheerleaderkę, spróbuję dodać jej otuchy i opowiem, jak wspaniale udała się operacja. I że jej futbolista wyzdrowieje i odzyska siły. A w ogóle to przecież lada moment komuś w Houston odstrzelą łeb, zaś serce tego kogoś – przy odrobinie szczęścia – dostanie się chłopakowi.

U pacjentów cierpiących na niewydolność serca zazwyczaj potrzeba trochę czasu na zatrzymanie krwawienia i szeroko pojętych przecieków z marnie funkcjonujących wątroby i szpiku kostnego. Krwotok, nadmierna transfuzja, potem problemy z płucami i nerkami – tak wyglądał typowy scenariusz takich operacji.

Musiałem powoli zbierać się na lotnisko, na kolejny dwunastogodzinny lot do innego świata – świata, w którym nic takiego by się nie wydarzyło, bo dzieciakowi po prostu pozwolono by umrzeć. Najpierw jednak chciałem

zobaczyć się z jego dziewczyną. Czekala wraz z rodzicami byłego sportowca – wszyscy troje byli roztrzęsieni jak cholera.

Kiedy uniosła głowę i mnie rozpoznała, zapewnilem, że operacja się udała. Te trzy słowa zawsze przynoszą falę ulgi, momentalnie rozładowują napięcie. Ściśnięta sprężyna się rozprężyła, słodka buzia pojaśniała, a z oczu dziewczątka pociekły łzy. Naprawdę więc zależało jej na chłopaku, nie chodziło tylko o to, że jest gwiazdą futbolu. Stwierdziłem, że straszny ze mnie buc, skoro w to wątpilem. Rodzice dzieciaka zaczęli mnie ścisnąć i dziękować. Za co? – zapytałem w duchu. – Ja tylko asystowałem Budowi. Ale kiedy wieści są dobre, wdzięczność obejmuje wszystkich. Pożytyłem całej gromadce wszystkiego, co najlepsze, i wyraziłem nadzieję, że dawca znajdzie się możliwie szybko. Co oczywiście wiązało się z nieszczęściem jakiejś innej rodziny.

Z pomocą profesora Philipa Poole-Wilsons z szpitala Royal Brompton szybko znaleźliśmy w Londynie potencjalnych kandydatów do wszczepienia pompy HeartMate. Niestety pierwszy i najmłodszy z nich zmarł, zanim zdążyliśmy cokolwiek poradzić. Następny wydawał się idealny do naszego programu. Był to wysoki, szczupły sześćdziesięcioletek, który nie zakwalifikował się do przeszczepu. Podobnie jak amerykański futbolista cierpiał na kardiomiopatię rozstrzeniową, być może uwarunkowaną genetycznie, choć raczej wynikającą z infekcji wirusowej lub choroby autoimmunologicznej. Nazywał się Abel

Goodman. Ten inteligentny Żyd miał wielkie (dosłownie) serce i właściwie nie wychodził z łóżka.

Na plus należało mu policzyć zdrowe naczynia wieńcowe i wciąż stosunkowo sprawne nerki oraz wątrobę. Mieliśmy nadzieję, że uczyni to opiekę pooperacyjną mniej wymagającą – i tańszą. Jego duszności stawały się coraz dotkliwsze, siedział więc wsparty na poduszkach, jako że opuchnięte nogi i brzuch uniemożliwiały leżenie. Philip musiał przyjąć Goodmana do Brompton w celu stabilizacji, tam więc go odwiedziłem. Wizyty w tym szpitalu zawsze sprawiały mi przyjemność. Wracałem do niego jako ktoś – prawdziwy kardiochirurg, a nie bohater kabareto-
wego skeczu.

Abel siedział wyprostowany w łóżku. Dyszał ciężko, na czole kroplił mu się pot, a oczy zdawały się mówić: „Mało mi już czasu zostało na tym leż padole”. Był za słaby, żeby dobrać z siebie głos. Zbyt chory na strzyżenie, jak mawiamy. Szykował się na spotkanie ze stwórcą, choć po cichu liczył pewnie na to, że go uratuję. Ucisnąłem wiotką dłoń. Okazała się zimna i śliska – krew z trudnością docierała tak daleko. Wy tłumaczyłem, że pompa HeartMate, której działanie mogłem obserwować w Houston, powinna zlikwidować wszystkie przerażające objawy choroby, a Goodman może się stać pierwszym człowiekiem na świecie, który skorzysta z tego dobrodziejstwa technologii „dożywno”. Normalnie wszczepiano je wyłącznie pacjentom oczekującym na przeszczep. Co znaczyło „dożywno”? Nie wiedziałem, ale bez pomocy urzędnika Abel prawdopodobnie zmarłby w przeciągu najwyżej kilku tygodni.

(Po prawdzie obawiałem się, że może się zawinąć jeszcze w trakcie rozmowy).

Pacjent zadarł brodę i przymknął oczy, gdy trawił to, co usłyszał. Niewiele krwi docierało do jego mózgu, lecz zdołał unieść głowę z poduszki i wyszeptać:

– Dobra. To na co czekamy?

Żywił chyba nadzieję, że zoperujemy go tego samego dnia. Miał już dosyć.

W Londynie była 15.00, sześć godzin do przodu względem Houston. Zadzwoiłem do Buda, aby wyjaśnić, że będziemy mieli niewiele czasu, a zgodę otrzymamy tylko na wszczepienie pompy „ze względów humanitarnych” osobie w ostatnim stadium choroby. Znaleźliśmy taką osobę, czy moglibyśmy zatem ustawić zabieg na przyszły tydzień? W słuchawce zapadła cisza. Po chwili padło jedno słowo:

– Pewno.

Poczułem przyływ adrenaliny. Oksford miał się stać świadkiem pierwszej w Anglii operacji wszczepienia sztucznego serca. Tylko za kogo się tak naprawdę cieszyłem: za Abla czy za siebie? Ambitny był ze mnie skurwiel, a wszyscy chcieliśmy robić rzeczy niezwykle, podejmować ryzyko – nie tylko dla dobra pacjentów, ale też z pobudek egoistycznych. Wiedzieliśmy, że – jeśli się uda – trafimy na pierwsze strony gazet, zaskarbiając sobie przy tym dożgonną niechęć lobby transplantologicznego, które nie wie dzieć czemu, uważało, że lepiej pozwolić ludziom umierać niż wypróbować taką czy inną nowinkę.

Zespół z Houston dotarł do Oksfordu 22 października. Tego wieczoru anestezjolodzy, perfuzjoniści i pielęgniarki zebrali się w sali konferencyjnej. Musieliśmy omówić procedurę i zapoznać się ze sprzętem, a także z moimi teksańskimi kolegami i ich osobliwą garderobą – kowbojskie buty rzadko depczą dziedzińce oksfordzkich college'ów.

Goodman przeżył transport z Londynu. Międzynarodowa ekipa medyczna trochę go zmieszała, ale był zbyt udręczony dusznościami, by się przejmować. Pielęgniarki przykazały mu być dobrej myśli, a salowa przyjęła zamówienie na kolację na następny wieczór. Nie życzył sobie baleronu. Przyjął za to rabina, który miał mu pomóc przygotować się na śmierć.

Bud nigdy wcześniej nie widział Oksfordu. Znałem jego zamiłowanie do starodruków, pokazałem mu więc Bibliotekę Bodlejańską i zabytkowe budynki college'ów w centrum miasta, które w porównaniu z Houston wyglądało jak twór z obcej planety. Napiliśmy się piwa w tawernie Eagle and Child, w której Tolkien i C.S. Lewis spotykali się co czwartek w latach 30. Tekszańczyk opowiadał o wojnie w Wietnamie, o tym, jak służył jako medyk i siadał w helikopterze na kasku, bo bał się, że mu odstrzelą jądra. Kilku jego kolegów lekarzy nigdy nie wróciło do domu. Frazier nie stracił jaj – ani dosłownie, ani w przenośni. Nikt inny nie dokonał tylu przeszczepów serca ani nie zainstalował tylu urządzeń wspomagających pracę komór co on. Wspominał ból i ekstazę wojennych lat – czasy, kiedy byłem jeszcze studenciakiem.

Zapytałem, co słychać u futbolisty. Chłopak nadal błąkał się po korytarzach Teksańskiego Instytutu Kardiologii. Nie doskwierała mu już niewydolność i powoli odbudowywał muskulaturę, ale wciąż nie mógł znaleźć dawcy. Jego dziewczyna wróciła na uczelnię.

Dla mnie wieczór ten był jak cisza przed burzą. Bud miał za to nadzieję, że oznacza początek nowej ery, takiej, w której pomp można by używać do leczenia pacjentów pozbawionych innych opcji. Dlaczego niby te ratujące życie urządzenia miały być stosowane tylko jako doraźne rozwiązanie przed transplantacją? Warto tak marnotrawić dobrodziejstwa technologii, wydawać tysiące dolarów na coś, co w chwili przeszczepu pójdzie na śmietnik?

Przyszło mi do głowy, że przez wieki pod szyldem Eagle and Child prawdopodobnie odbyła się niejedna dyskusja o znaczeniu historycznym. Ta jednak musiała być pierwszą, której temat stanowiły sztuczne serca.

Następnego ranka atmosfera okazała się dużo swobodniejsza, niż się spodziewałem. Przedstawiciele producenta pomp gadali z Frazierem w pokoju socjalnym przy bloku operacyjnym. Tim Myers, asystent techniczny Teksańczyka, rozkładał narzędzia. Pomagały mu instrumentariuszki, podekscytowane, ale i nerwowe, bo nie chciały niczego spieprzyć na oczach ważnych gości. Abel został zwieziony z oddziału, a za nim ciągnęła procesja przyjaciół i krewnych. Siedział przygarbiony na łóżku, w białej szpitalnej koszuli, z brodą spuszczoną na pierś i rękami złożonymi na kościstych kolanach. Sapał ze zdenerwowania. Chciał

tylko, aby go już znieczulić. Kiedy mijaliśmy się w korytarzu, ostrożnie uniośł głowę i wyszeptał:

– Do zobaczenia.

Optymista do samego końca.

Tym razem to ja miałem operować, w asyście Buda i mojego kolegi Davida Taggarta. Biorąc pod uwagę powagę sytuacji, zdołaliśmy zachować spokój i dystans graniczące wręcz z beztrąską. Twórca pompy całe szczęście był świadom, że chirurdzy to nie najbystrzejsi przedstawiciele lekarskiego fachu, toteż umieścił strzałki na tytanowej obudowie, żebyśmy na pewno wszczepili urządzenie w dobrą stronę. Wielkie cięcie od szyi po pępek sprawiło mi pewną przyjemność, jako że nigdy nie byłem fanem „operowania przez dziurkę od klucza”. O ile jednak satysfakcjonowały mnie własne umiejętności, o tyle wstydziłem się tego, jak przestarzałego sprzętu używamy. Wiekowa piła ze straszliwym warkotem rznąła mostek i wyglądało, że nie dotrze do jego szczytu. Z lewej strony brzucha przyszykowaliśmy kieszeń na urządzenie, następnie rozciąliśmy napięte osierdzie, aby odsłonić ogromne serce Abła.

Było to dla mnie niczym chrzest. Przechodziłem przez procedurę implantacji krok po kroku, trzymając się metody Buda. Podłączyć rurki do krążenia pozaustrojowego, uruchomić płucoserce, opróżnić serce Goodmana, ostrożnie przyszyć mankiety stabilizujący do koniuszka lewej komory, a protezę naczyniową do aorty. Wycięliśmy krążek chorego mięśnia z wnętrza mankiety i zatrzymaliśmy do późniejszego badania mikroskopowego. Następnie wprowadziliśmy w otwór kaniulę wlotową pompy. I po robocie.

Ostatnim i być może najważniejszym krokiem było usunięcie całego powietrza z nowo powstałego układu. Ponownie napełniliśmy serce, odcinając przepływ przez aparat do krążenia pozaustrojowego. Powietrze zostało wtłoczone do protezy naczyniowej i usunięte za pomocą grubej igły. Kiedy tytanowa „bombonierka” siedziała już grzecznie w swojej kieszeni, kazałem Timowi włączyć urządzenie. Mechanizm ruszył z typowym dla siebie głośnym syczeniem i przez igłę odpowietrzającą wydostało się kilka ostatnich bąbelków. Abel zyskał właśnie nową, silną lewą komorę, działającą dyskretnie jak parowóz. Dało się jednak przyzwyczaić, podobnie jak pacjenci ze sztucznymi zastawkami przyzwyczajali się do dźwięku tykania w środku nocy. Hałas staje się częścią życia i wydaje pomniejszą niedogodnością, jeśli pomyśleć, jaka była alternatywa. A przynajmniej zazwyczaj tak to wygląda.

Abel szybko wybudził się z narkozy. Może nawet zbyt szybko. Natychmiast odłączono go od respiratora i usunięto rurkę intubacyjną. Widziałem, że czuje się inaczej. W jego oczach pojawił się błysk, usta rozciągnął mu łobuzerski uśmiech. Znać było po nim ulgę i oszołomienie, jakich zazwyczaj doświadczają ludzie, kiedy dochodzą do siebie po anestezji i myślą: „A jednak żyję”. Wszystkie kończyny Goodmana poruszały się normalnie i nie stwierdziliśmy żadnych problemów neurologicznych. Chciałem zadzwonić do dyrektora – zupełnie jak Christiaan Barnard po swym pionierskim przeszczepie – i powiedzieć: „Szefie, właśnie zainstalowaliśmy sztuczne serce, a pacjent ma się dobrze”.