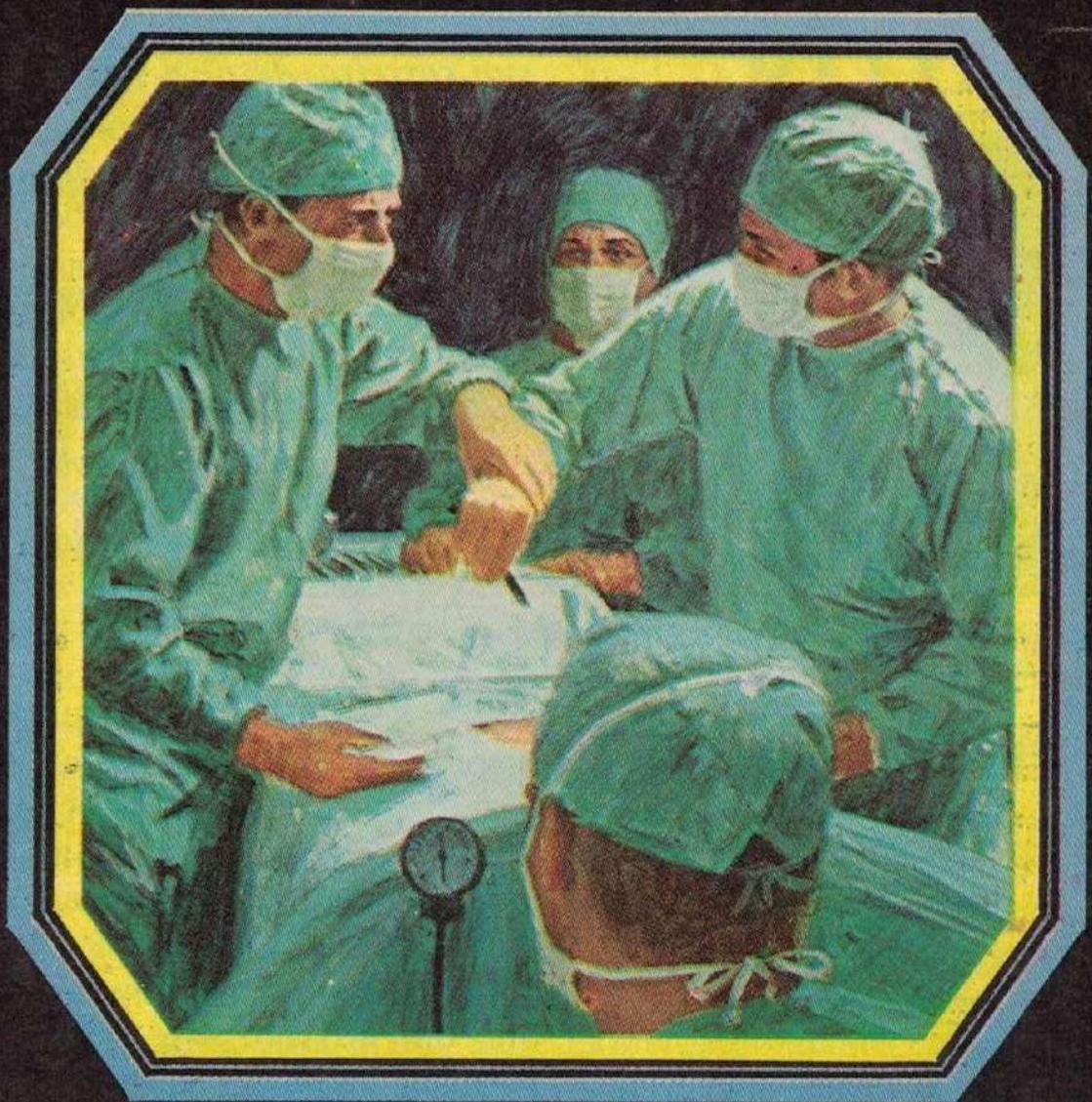


A FORMAÇÃO DE UM CIRURGIÃO



Condensação do livro do
DR. WILLIAM A. NOLEN

A FORMAÇÃO DE UM CIRURGIÃO



DR. WILLIAM A. NOLEN

Transformar um médico inexperiente, recém-saído da escola, num cirurgião competente, leva muitos anos de trabalho árduo. São anos exaustivos, cheios de tensão e crises — algumas vezes entremeados, felizmente, de incidentes cômicos. Neste livro, extraordinariamente sincero, o Dr. William (Bill) Nolen conta sua carreira, desde o sofrimento e humilhação da inexperiência até à segurança da habilidade cirúrgica, à medida que os estudos e as teorias dos livros se transformavam em dura realidade na luta de vida e morte que se desenrolava nas salas de cirurgia.

A VÍTIMA da minha primeira grande aventura cirúrgica foi um homem a quem chamarei Sr. Polansky.* Quando deu entrada no Hospital Bellevue, em Nova York, êle tinha o abdômen dolorido e todos os sintomas de apendicite. Foi um prazer vê-lo. Apendicectomia é a primeira operação séria que um interno pode realizar, e a próxima me havia sido prometida.

Eu estava havia dois meses no

* Todos os nomes de pessoas neste artigo, exceto o do autor, são fictícios.

Bellevue. Embora não tivesse ainda feito nada que se pudesse honestamente chamar uma “operação”, já tinha o que pensava ser razoável experiência. Havia visto os residentes trabalhando; já tinha feito suturas e mesmo uma ou outra incisão. Francamente, não achava que cirurgia fôsse muito difícil, e estava inquieto na fita.

O Sr. Polansky chegou à nossa enfermaria às quatro horas da tarde. Às seis, eu já o tinha examinado, verificado seus exames de sangue e urina, radiografado seu tórax e preparado tudo para a operação—um tempo recorde.

Mas só duas salas de cirurgia funcionavam à noite no Bellevue—durante o dia eram seis ou mais—e tínhamos de esperar nossa vez. Enquanto aguardava, reli o capítulo de apendicectomia no *Atlas de Técnica Operatória* e passei meia hora dando nós em fios presos à cabeceira de minha cama. Quando meu paciente foi levado para a sala de operações, eu achava que estava pronto.

O residente de plantão, um médico chamado George Walters, devia auxiliar-me na operação. George tinha mais experiência que qualquer outro residente, e sua serenidade não se abalava com coisa pouca. Da maneira como as coisas se passaram, êle foi o auxiliar ideal para mim.

Logo que o anestesista pôs o Sr. Polansky a dormir, comecei a fazer a assepsia do enorme abdômen. Era um homem gordo. Pesava 86 quilos e tinha 1,73 m de altura. Enquanto

desinfetava minhas mãos, revi mentalmente cada fase da operação. De luvas e avental, tomei meu lugar à direita da mesa. A instrumentadora entregou-me o bisturi.

De repente tôda a minha atitude mudou. Uma fração de segundo antes eu me sentia totalmente confiante; agora, com o bisturi na mão, fixei a vista no abdômen do Sr. Polansky, e por nada neste mundo consegui decidir onde faria a incisão. Os pontos de referência haviam desaparecido; era barriga demais.

George esperou um instante e disse:

—Vamos. Faça a incisão.

—Onde?

—Onde?—repetiu êle.—Ora, aqui, é claro—e traçou uma linha imaginária com os dedos.

Fiz o que êle mandou. Mal arranchei o Sr. Polansky.

—Um pouco mais forte—disse George.

Forcei. A lâmina entrou talvez um milímetro e meio.

—Bill, o paciente é grande. Dêsse jeito levaremos quatro horas para chegar lá.

Enfiei a lâmina com fôrça. Subitamente, não só atravessei a camada de gordura, mas também os tecidos abaixo.

—Não *tanta* fôrça!—gritou George, agarrando meu pulso com a mão esquerda enquanto enfiava um chumaço de gaze no corte com a direita. —Comece a pinçar.

A enfermeira passou-me pinças hemostáticas que foram aplicadas nos

vasos que eu abrira tão afoitamente.

—Está bom—disse George.—Comece a ligar.

Peguei o material e comecei a ligar cada vaso. Mas a elegante habilidade que eu tinha demonstrado na cabeceira de minha cama há tão pouco tempo havia desaparecido. Meus dedos simplesmente se recusavam a funcionar. Os nós escapuliam, as suturas rebentavam, e em dado momento cheguei a amarrar a ponta da minha luva dentro da incisão. A paciência de George era incrível. Ele teria ligado todos os vasos em dois minutos. Eu levei 20.

Finalmente, com o auxílio de George, cortei a última camada de tecido, o finíssimo peritônio. Estávamos no interior do abdômen. Agora teria de achar o apêndice. Enfiar a mão e apalpei em volta.

Parecera sempre tão simples quando um residente fazia aquilo... Abrir o abdômen, enfiar a mão, puxar o apêndice. Fácil. Mas tudo me parecia igual: intestino grosso, intestino delgado e ceco, a porção do intestino onde está prêso o apêndice.

Agarrei alguma coisa e puxei para fora. Intestino delgado. Não serve. Botei de volta. Agarrei outra coisa. Dessa vez era o colo sigmóide. Botei de volta. Na terceira tentativa, puxei o intestino delgado de novo.

—O apêndice deve estar em posição anômala—eu falei.

—Posso tentar?—perguntou George.

Dois de seus dedos desapareceram na abertura. Cinco segundos depois

emergiam trazendo o ceco com o apêndice pendurado.

—Estava meio prêso—disse êle generosamente.—Está pronto para romper; vamos cortá-lo.

Com seu auxílio liguei mais alguns vasos, e minha confiança começou a voltar. George comandou:

—Agora faça a sutura em bolsa.

Na apendicectomia a técnica manda amarrar o apêndice junto à base e cortar logo acima. O coto é então invertido para dentro do ceco e mantido aí puxando-se o cordão e apertando bem um ponto circular na parede do ceco. Eu ia costurá-lo agora.

A parede do ceco não é muito grossa—talvez uns três milímetros de espessura. O ponto deve ser dado bastante fundo para que não rebente a parede, mas não tão fundo que a atravesse. Minhas suturas eram ou muito fundas ou muito superficiais, mas finalmente consegui terminar.

—Muito bem—disse George.—Vamos tirar isso. Amarre a base.

Amarrei.

—Agora corte.

Pelo menos agora na fase definitiva da operação, eu seria resoluto. Peguei a lâmina e cortei o apêndice de um golpe... perto demais da ligadura.

—Cuidado!—disse George.—A ligadura vai escapulir.

Foi o que aconteceu. Lá estava o coto do apêndice, aberto. Pensei que fôsse desmaiar.

—Nada de pânico, nós ainda temos o fio. Isso resolverá o problema.

Peguei as duas pontas da sutura e dei o primeiro nó. George enfiou o côto aberto dentro do ceco. Êle desapareceu normalmente. Lindo.

—Mais dois nós—aconselhou George—só por segurança.

Dei o primeiro nó e respirei aliviado. O côto permanecia fora de vista. No terceiro nó apertei mais. O ponto rompeu-se, o côto saltou e o ceco desapareceu dentro do abdômen. Comecei a suar frio, e minhas pernas bambearam.

Até George perdeu a calma por um momento, enquanto tentava desesperadamente agarrar o intestino. Quando finalmente conseguimos recuperar o ceco, a cavidade peritoneal estava contaminada, e minha confiança havia desaparecido. Mesmo assim, George deixou-me continuar. É verdade que êle quase segurava meu pulso enquanto ligávamos e suturávamos, mas eu manejava os instrumentos. Duas horas depois de começada, a operação terminou.

—Bom trabalho—disse George, fazendo tudo para parecer sincero.

—Obrigado—respondi meio atoleimado.

A enfermeira sorriu.

Tenho o prazer de informar que o Sr. Polansky se recuperou, mas não antes de uma longa e complicada convalescença. Seu intestino recusou-se a funcionar normalmente durante duas semanas e seu abdômen ficou enormemente distendido. Nas reuniões noturnas êle era mencionado como “o paciente grávido do Dr. Nolen”.

Eu passava todo o tempo livre à cabeceira dêle. Meu sentimento de culpa era terrível. Se êle tivesse morrido, acho que eu teria deixado para sempre a cirurgia.

Roda-Viva

A FORMAÇÃO de um cirurgião só começa depois das primeiras escaramuças—depois de longos anos na escola, que um rapaz ou uma môça deve completar para ganhar o diploma de médico. É um processo lento, marcado por um pouco mais de habilidade em um caso, uma ligeira melhoria nas decisões em outro, um pouco mais de confiança em um terceiro. Não são grandes saltos; apenas pequenos passos à frente.

Nos Estados Unidos todo cirurgião em potencial segue o mesmo roteiro. É conhecido como o Programa de Residência e consiste em passar cinco anos (algumas vêzes seis ou sete) aprendendo cirurgia em um hospital: um ano como interno, dois como residente-assistente, dois como primeiro-residente e um último ano como chefe dos residentes.

Bellevue, onde eu estagiei, não é um hospital bonito. Fica na parte leste de Manhattan, e seus velhos edifícios tornaram-se sombrios por anos de fuligem acumulada. Ao entrar vê-se uma sala de espera que lembra um auditório, com as paredes de estuque descascado. Há apenas alguns bancos duros para os pacientes e visitantes. A primeira impressão é de uma estação de estrada de ferro, com os indefectíveis tipos estranhos

recostados pelos cantos, dormindo.

Mas Bellevue é muito procurado, e eu o escolhi porque não pude encontrar outro hospital que oferecesse um desafio tão grande. O primeiro dia mostrou que eu estava certo. Menos de um minuto depois de me apresentar para o trabalho, recebi minha primeira repreensão.

—Meu nome é Eddie Quist—disse-me o residente que estava sentado a uma escrivaninha na M5, a enfermaria cirúrgica feminina.—Você deve ser Bill Nolen. Onde diabo esteve até agora?

—Comendo—respondi.

Eu tinha acabado de tomar um lauto café da manhã.

—Nós aqui só comemos depois que tiramos sangue.

—Sinto muito, Dr. Quist. Pensei que só precisasse chegar aqui às oito.

—Está bem, não tem importância. Pegue esta seringa e comece a tirar sangue. Jean vai mostrar as vítimas.

Fui então apresentado à enfermeira, Jean Swanson, e partimos para a nossa visita.

M5 era uma das três enfermarias atendidas pela Segunda Divisão Cirúrgica, para a qual fui designado. Como tôdas as enfermarias do Bellevue, consistia numa grande sala retangular; duas filas de oito leitos se alinhavam contra as paredes laterais, e outros 14 formavam duas filas no centro do quarto, cabeceira contra cabeceira.

Eu só tinha tirado sangue uma vez quando era terceiranista e havia

picado minha vítima três vezes. Mas com a ajuda de Jean consegui terminar a tarefa, e fui ao encontro do Dr. Quist. Êle sugeriu que tomássemos um cafêzinho enquanto me explicava o que viria depois, e levou-me à cozinha da M5.

—Em mais ou menos cinco minutos—começou êle—chegará Ron. Ron é o chefe dos residentes. Êle é quem manda. Você, eu e Jean vamos fazer a visita com êle. Você empurra o fichário, Jean carrega o livro das prescrições e eu levo o livro de ordens e ocorrências—aquêle livrinho vermelho que está ali em cima da mesa. Êle será sua bíblia nos próximos meses.

—Ron vai querer saber tudo o que há de nôvo sôbre cada paciente. Hoje eu responderei, porque você ainda não conhece a enfermaria. Amanhã quem fala é você. Se êle quiser algum exame, eu anoto no meu livro. Qualquer remédio que êle receitar, você anota no livro de prescrições. Entendeu?

Chegamos à enfermaria ao mesmo tempo que o chefe dos residentes. “Dinâmico” é a única palavra que me ocorre para descrever Ron Miller. Êle parecia explodir de energia.

—Bem, meninos, vamos embora!

Esta era a saudação que eu iria ouvir quase tôdas as manhãs nos 12 meses seguintes.

Tenho dessas primeiras visitas apenas uma vaga recordação. Mas imagino que foram exatamente como tôdas as outras naquele ano. Nós gastávamos um minuto—às vezes dois

ou três—com cada paciente. Ron dizia para Sophie Luchow:

—Como está, querida?

E a Sr.^a Luchow quase babava de satisfação:

—Ótimamente, doutor!

Ron sabia fazê-la sorrir.

Então perguntava a Eddie, ou a mim, depois do primeiro dia: “Como é que está a hemoglobina de Sophie? Quando foi feita? Qual a dosagem do ferro?” Perguntas, perguntas. E era bom a gente ter as respostas. Se a pessoa tinha de folhear o livro para saber a resposta, Ron ficava olhando para o teto, batucando com os dedos na beira da cama, como se dissesse: “Que interno imbecil!” Então, se havia mais de 15 dias que não era feito o exame da hemoglobina, êle dizia: “Vamos fazer.” A ordem era anotada no livro e partíamos para o leito seguinte. Lembro-me que, quando terminamos a visita naquele primeiro dia, Ron disse:

—Bem, rapazes, preciso de um cafêzinho antes de atacar a M4.

Dirigiu-se para a cozinha comigo, com Eddie e Jean atrás. Êles se sentaram e eu puxei uma cadeira. Ron olhou-me e disse:

—Bill, você deve ser um grande interno se consegue tempo para tomar café. Gostaria de vê-lo trabalhar; você deve ser rápido como o vento.

Fiquei vermelho e tentei levantar-me. Ron riu:

—Não se assuste comigo. Sente-se. Você tem muito que aprender, só isso. Você entrou numa roda-viva, embora ainda não saiba disso. Des-

caise enquanto pensa que pode.

Foi a *segunda* reprimenda, e meu primeiro dia mal tinha começado.

O Segrêdo da Sobrevivência

QUANDO terminamos o café, Eddie e eu voltamos à enfermaria, e êle me mostrou as anotações do livro. Não me lembro exatamente do que dizia, mas vivi com aquêle livro por um ano, e posso refazer uma página sua como amostra, sem muita dificuldade. Devia ser algo assim:

1. Verificar hemoglobina e urina da Sr.^a Pic.
2. Procurar as chapas de estômago e duodeno da Sr.^a Lane.
3. Mudar o gêsso de Swenson.
4. Tirar os pontos de Rollins.
5. Retossigmoidoscopia de Flanders.
6. Radiografia do tórax de Johnson.

A lista não parece tão trabalhosa quanto era na realidade. Na minha primeira semana eu levava o dia inteiro para fazer tudo. Primeiro fazia tudo pela ordem, uma coisa de cada vez. Ia ao raio X procurar as chapas perdidas e, mais tarde, voltava ao mesmo departamento para levar a Sr.^a Johnson para a radiografia. Essa falta de previsão custava-me horas que, com o passar do tempo, aprendi a economizar.

Além disso, no Bellevue, as coisas mais simples se complicavam pela escassez do pessoal e pela falta de equipamento.* Não havia técnico de

* Nota dos editôres: Desde a partida do Dr. Nolen, em 1960, o Bellevue sofreu uma considerável modernização, e renovou todo o seu programa de treinamento médico cirúrgico.

Descubra uma nova alegria.



Ajude alguém.

Ajude o Exército de Salvação a manter seus lares de meninos e meninas, de môças, de anciões, suas clínicas médicas e dentárias, sua farmácia, suas escolas, seu albergue.

O Exército de Salvação precisa de sua ajuda. Ajude.

Preencha e remeta o cupom abaixo para Av. Brigadeiro Luís Antônio, 1573 - Caixa Postal 8631 - São Paulo - Tel. 37-1014 e 35-4924

O Exército de Salvação mantém: 8 Lares de menores; 1 Lar de môças; 1 Lar de Anciões; 2 Clínicas Médicas; 2 Clínicas Dentárias; 1 Farmácia; 5 Escolas; 1 Centro Social com albergue.



Desejo ajudar o Fundo Geral do Exército de Salvação, pelo menos com a importância de NCr\$ 25,00 por trimestre, que poderá ser cobrada trimestralmente, semestralmente ou anualmente (assinale a que mais lhe convier.)

NOME:

RUA:

CIDADE: ESTADO:

Enderêço para cobrança:

Remeterei pelo correio.

(COLABORAÇÃO DE SELEÇÕES DO READER'S DIGEST)

laboratório, por exemplo, para verificar a hemoglobina e urina da Sr.^a Pic. Eu tinha então de correr ao laboratório, no andar de baixo, para conseguir uma pipeta. No laboratório levava meia hora para achar uma pipeta limpa. Eu corria para cima, picava o dedo da Sr.^a Pic com a agulha e aplicava-lhe a pipeta. Com a bôca eu aspirava a ponta da pipeta para fazer subir o sangue. Muito alto. Chupava menos forte. Muito baixo. Nova tentativa. Muito alto. Depois de um mês como interno eu já conseguia o nível certo automaticamente, mas no primeiro dia fiz uma tal confusão que o sangue coagulou na pipeta e eu tive de começar tudo de nôvo.

O exame de urina era menos problemático. Desde que houvesse no laboratório os reagentes necessários, em poucos minutos estaria tudo pronto. Se não havia os reagentes, eu teria de correr ao laboratório da A & B* a um quarteirão de distância. Depois de uma viagem dessas, você aprendia a conservar o material certo no seu próprio laboratório.

Quanto a encontrar as chapas de estômago e duodeno da Sr.^a Lane, até hoje—15 anos depois—fico nervoso só de pensar nessa tarefa. É impossível calcular as horas que passei procurando as chapas durante o meu primeiro ano no Bellevue. Procurava no arquivo da nossa enfermaria, na esperança de que tivessem sido colocadas fora de ordem. Então olhava

* As várias enfermarias do Bellevue são designadas por letras.

nas outras duas enfermarias cirúrgicas. Depois ia até ao departamento de raios X no edifício I & K; depois ao edifício C & D.

Isso levava muito tempo, e eu nem sempre achava o que procurava. Se as chapas eram "interessantes"—um tumor gástrico raro, por exemplo—um radiologista poderia tê-las levado para estudo ou, pior ainda, para seu arquivo particular. De qualquer maneira, nada havia a fazer a não ser requerer nova radiografia—o que poderia levar uma semana ou duas, dependendo da espera.

Mudar o molde de gesso de Swenson não era muito difícil. Nós tínhamos uma sala de fraturas, com um cortador de gesso e uma máquina de raios X portátil. Procurava uma

cadeira de rodas, punha nela o Sr. Swenson, levava-o para a sala de fraturas, tirava-lhe o gesso, batia a chapa, revelava-a e aplicava-lhe outro molde. Não era complicado, sabendo fazer. O problema era que eu, como interno, não sabia.

A lâmina do cortador elétrico de gesso não girava; vibrava rapidamente. Haviam-me dito que, teoricamente, era impossível ferir alguém com o aparelho.

—Sr. Swenson—disse eu para tranquilizá-lo—isto não vai machucá-lo. O senhor talvez sinta um pouco de calor da lâmina enquanto corto o gesso, mas a lâmina não gira, ela vibra. Impossível ferir o senhor.

Apertei o interruptor; e a lâmina mordeu o gesso.

Êste poderá ser o primeiro presente MB que você vai dar, ou receber

Mas a linha variada de bijuterias para senhoras e cavalheiros ou objetos de adorno para o lar levará a outros presentes modernos, ousados... Como êste original porta-canetas. Delicado exemplo de bom gosto

Elegância e qualidade nacional de categoria internacional



INDÚSTRIA METALÚRGICA S.A.

Sertório, 551/573 - S.P. - Fones: 256-1224
256-7324 - 257-0404 - C. P. 30.079 - End. Telegr.
COMBRAVECO - S.P. - Av. Rio Branco, 106 108, Sala 511
Rio de Janeiro - GB - Representantes em todo o Brasil



—Pare!—gritou o Sr. Swenson, puxando a perna.—O senhor está me cortando.

—É impressão sua—respondi.—O senhor está sentindo é o calor.

Voltei ao trabalho—com cuidado. Mesmo assim, a tôda hora êle dava um grito. Comecei a imaginar que talvez a serra o estivesse realmente cortando.

Quando finalmente tirei o gêsso, não houve mais dúvida. Nos dois lados de sua perna havia lindas incisões. Não eram fundas, graças a Deus, mas eram bem compridas. Demorou um pouco, mas consegui convencer o Sr. Swenson de que a culpa era dêle. (Êle *havia* pulado demais.)

Tirar os pontos de Rollins seria fácil se houvesse tesoura no carrinho. Se não houvesse, o trabalho teria de esperar até ao dia seguinte. Fazer a retossigmoidoscopia de Flanders significava botá-lo numa maca, empurrá-lo até a um quartinho e examinar seu intestino inferior através de um tubo de metal com quatro centímetros de diâmetro e 40 cm de comprimento. Não era difícil, desde que o retossigmoidoscópio estivesse funcionando—e desde que se dominasse a técnica.

Finalmente, havia a radiografia do tórax da Sr.^a Johnson. Êsse era um trabalho que seria facilimo na maioria dos hospitais: só preencher um pedido, e alguém faria o resto. Mas no Bellevue, se eu quisesse a chapa para o mesmo dia, eu mesmo teria de levar a Sr.^a Johnson da maca para

a sala de raios X, trazê-la de volta e, mais tarde, ir buscar a chapa. Tomava um tempão.

Levei pouco tempo para aprender os truques, e usava todos os atalhos que podia. Naqueles caóticos primeiros dias, vi que um interno para sobreviver teria de ser rápido e eficiente.

“Deve Estar Aqui”

APESAR do fiasco da minha primeira apendicectomia, fiquei logo bastante bom em coisas que nunca havia feito antes. Aprendi a retirar pontos, mudar curativos usando técnicas de assepsia, a costurar pequenos ferimentos. Quando mostrei que podia fazer essas coisas, deixaram-me sozinho. Isso me deu um grande sentimento de poder, e uma sensação maravilhosa de realização.

Um dos problemas dêsse sistema, é claro, é que o médico pode prematuramente achar que já é um perito. Minha primeira experiência nessa armadilha permanece até hoje gravada indelêvelmente na minha memória.

Tínhamos uma paciente, a Sr.^a Rogers, que havia sido operada do intestino e, no pós-operatório, teve uma complicação que tornou necessária a alimentação por via intravenosa durante quase três semanas. Depois de 15 dias, tôdas as suas veias visíveis tinham sido usadas. Não consegui achar outro lugar para enfiar a agulha, e avisei Eddie.

“Traga-me o material de pequena cirurgia”, respondeu-me êle, “e ajudarei você a fazer uma dissecação



de veia.” Dissecção de veia é um método de fazer uma incisão, com anestesia local, para expor uma veia.

Eu tinha visto Eddie fazer uma alguns dias antes, e quando voltei com o material à enfermaria e não o achei, resolvi fazê-la sozinho. Pedi a uma estudante de enfermagem que me ajudasse, calcei as luvas e comecei a trabalhar.

Injetei anestesia no tornozelo, fiz uma pequena incisão e então, como havia visto Eddie fazer, comecei a separar os tecidos com a pinça. Separei, separei, mas não consegui achar a veia. Procurei por 10 minutos.

Estava começando a suar. A estudante de enfermagem já me lançava

olhares estranhos, enquanto eu resmungava coisas como: “Onde diabo está essa veia?”, ou então: “Esta porcaria *deve* estar aqui.”

Em breve começou a passar o efeito da anestesia e a Sr.^a Rogers começou a gemer quando eu separava os tecidos mais vigorosamente—quase descontroladamente—procurando a veia perdida. Finalmente, depois de meia hora, ensopado de suor, pedi à enfermeira que fôsse procurar o Dr. Quist. Instantes depois êle estava a meu lado.

—Eddie—falei com um olhar envergonhado—parece que a Sr.^a Rogers não tem veias no tornozelo. O que é que você me sugere?

Êle olhou para o corte e mandou

"Ganhem uma Viagem!"

A Rádio Deutsche Welle — o serviço de ondas curtas da República Federal da Alemanha — está promovendo, em cooperação com as Linhas Aéreas Alemãs Lufthansa e o Comitê Olímpico, um concurso de pintura para jovens entre 15 e 25 anos de idade, no ensejo dos Jogos Olímpicos de 1972.

Prêmios:

16 viagens pela Lufthansa para os Jogos Olímpicos de Munique

150 rádiotransistores

Convidamos tôdas as pessoas entre 15 e 25 anos de idade, com domicílio fora da República Federal da Alemanha, a participarem do concurso com desenhos ou colagens inspirados no tema:

"Meu Esporte Predileto"

Os trabalhos não deverão ter mais de 30 x 22 cm e devem ser entregues o mais tardar até o fim do ano 1971 numa das agências da Lufthansa ou enviados à Rádio Deutsche Welle.

No verso deverão constar nome, idade e enderêço completo. Informações mais detalhadas por intermédio de nossas transmissões ou diretamente à:

Rádio Deutsche Welle,
5 Köln 1,
Postfach 100444
República Federal
da Alemanha



que eu o alargasse. Eu o fiz, e lá estava a enorme veia, túrgida. Assis-tindo-o fazer a dissecação, tudo parecera tão simples que eu achei que não precisava reler a técnica, ou mesmo recordar o lugar exato da veia num livro de anatomia. Foi um êrro estúpido, e até hoje me envergonho só de lembrar.

A Dançarina

O OBJETIVO do primeiro ano é ganhar o máximo de experiência possível, e nós internos éramos continuamente transferidos de um trabalho para outro. Depois de começar na M5, a enfermaria de cirurgia de senhoras, passei para a M4 de homens e, mais tarde, para a L4, onde conheci o Sr. Polansky. Além disso, os internos e os residentes de nossa divisão faziam rodízio nos serviços de neurocirurgia e urologia. Nesse período, realizei uma prostatectomia, duas ou três hemorroidectomias, seis apendicectomias, seis hemioplastias e seis amputações de perna.

Trabalhei também durante dois meses na seção de traumatologia. Muito do que lá fazíamos era pura rotina—tirar raios X, trocar gessos. Tivemos, no entanto, uma paciente que nos interessou mais que os outros. A fratura, em si, não era séria, um caso comum de ombro quebrado; o único tratamento necessário era o uso de uma tipóia por algumas semanas. Mas a paciente era fora do comum. Era uma dançarina de cabaré, com uma plástica estupenda—que ela adorava exhibir.

Na primeira vez que voltou ao hospital, depois da fratura, por acaso me tocou atendê-la. Levei-a à sala de fraturas e disse-lhe:

—Vamos dar uma olhadela nesse braço.

—O senhor poderia desabotoar o meu casaco?—pediu ela.—Não consigo fazer nada com o braço prêso.

Fiz o que ela pedia—e acredite quem quiser—da cintura para cima a única coisa que ela estava usando era a tipóia! Quando olhei de nôvo, ela disse:

—É muito difícil vestir blusas. Decidi não usar nada até isto ficar bom.

A novidade espalhou-se, e quando ela voltou para a visita seguinte, os mais graduados passaram à frente. George Mattson era um dos médicos assistentes—médicos com clientela particular, que tinham compromissos no hospital. Quando George ouviu falar na nossa dançarina, apareceu e observou a fratura como um gavião. Parecia que era o problema mais sério que êle já tinha visto.

Êsse episódio vem ilustrar um argumento que os leigos acham difícil de entender. Se essa môça me tivesse procurado—ou a George Mattson—para um exame de seios, nós a teríamos examinado sem qualquer interesse erótico. Mas como o seu busto estava sendo *desnecessariamente* exposto, eu e todos os outros médicos da equipe apreciamos-lo de uma maneira estritamente não profissional. Quando temos de examinar uma mulher, nosso senso profissional nos do-

COMPRE OS E.U.A. POR US\$ 99

(Mas só se
os comprar antes
de sair de casa.)

US\$ 99. É tudo o que você pagará por 21 dias de viagem ilimitada nos Estados Unidos e em cinco províncias do Canadá. (Equivale apenas a US\$ 33 por semana - mais extensões a preço reduzido para estadas mais prolongadas.) Como? Comprando a **USABUS PASS**, da Greyhound antes de sair de casa. A Greyhound oferece serviço, para mais lugares, mais frequentemente, do que ninguém. Veja o seu agente de viagem ou comunique-se com a Greyhound International — e compre os E. U. A. por US\$ 99!



GREYHOUND INTERNATIONAL

141 N.E. Third Ave. - Room 710
Phone: 377-4646/7 - Miami, Florida
U.S.A. 33132

mina de tal maneira que nos tornamos puramente médicos. Mas se êsse exame fôr accidental ou desnecessário, nós reagimos como qualquer homem normal. Graças a Deus!

Homenagem de Uma Enfermeira

NO BELLEVUE nós tínhamos em geral enfermeiras de alta qualidade, melhores mesmo que as da maioria dos hospitais particulares. A explicação era simples: uma enfermeira competente podia exercer seu talento ao máximo no Bellevue. Ninguém lhe diria: "Não faça isso, Sr.^a Jones. Isso é serviço para um médico." Se ela soubesse trocar um curativo, usar um cateter, tirar sangue, melhor para ela. De modo que o Bellevue atraía enfermeiras que gostavam de responsabilidade.

Na M5 tínhamos uma enfermeira-chefe maravilhosa, Jean Swanson. A enfermaria estava sempre repleta; mas, por mais caótica que estivessem as coisas, Jean era sempre calma e gentil. Era uma característica sua que nos ajudava muito.

Lembro-me de que uma vez perdi a paciência com a Sr.^a Ramos, que tinha uma úlcera hemorrágica. Eu queria fazer-lhe uma dissecação de veia no tornozelo—as veias dos braços não serviam para transfusão—e ela não deixou. Tinha medo de que fôsse doer muito.

Eu tinha passado em claro quase tôda a noite anterior e estava uma pilha de nervos.

—Porcaria!—gritei.—Se você não me deixar fazer meu trabalho, pode

sangrar até morrer. Estou cansado de suas lamúrias!

Naturalmente, isso só piorou as coisas. A Sr.^a Ramos começou a chorar e se recusou a cooperar comigo.

Jean estava observando tudo da sala das enfermeiras. Veio até à cama e disse:

—Dr. Nolen, há café fresco na cozinha; o senhor não gostaria de tomar uma xícara?

Saí em busca do café. Jean chegou logo depois e conversamos sôbre um filme que ambos tínhamos visto. Quando voltei para junto do leito da Sr.^a Ramos, ela havia mudado de opinião. Jean segurou-lhe a mão enquanto eu fiz a dissecação, e ela não reclamou nada. Quando terminei, a Sr.^a Ramos disse:

—Desculpe-me, doutor, eu estava com muito medo.

—Também peço desculpas—respon-di.—Não devia ter perdido a paciência.

—Eu compreendo. Jean contou-me como é duro o seu trabalho.

Jean não disse nada.

Na M4, Sharon Avery era a enfermeira-chefe. Era o contrário de Jean. Jean era gentil, Sharon era ríspida; Jean era delicada, e Sharon geralmente sarcástica; Jean era feminina, Sharon não o era. Mas as duas eram excelentes enfermeiras. A razão pela qual duas mulheres de temperamentos tão diferentes faziam seu trabalho igualmente bem vinha do fato de que os pacientes de Jean eram mulheres e os de Sharon, homens. As atitudes de Jean seriam

fatais na M4; Sharon seria desastrosa na M5.

Lembro-me de meu primeiro dia na M4. Entrei quando os pacientes acabavam de tomar café. Sharon estava parada perto do leito de um paciente enorme e forte que, eu soube depois, tinha sofrido uma operação de hérnia, e ela gritava:

—Não me venha com histórias, Simmons, eu não nasci ontem. Você não está mais doente que eu. Levante-se e venha recolher as bandejas. Isto aqui não é um hotel.

Simmons arrastou-se para fora da cama, e fez exatamente o que ela mandou.

Sharon governava suas enfermeiras com mão de ferro e fazia o mesmo com os internos. Coopere com ela, e seu trabalho na M4 será o mais agradável possível; desagrade-lhe, e ela fará de sua vida um inferno.

Se via que a pessoa trabalhava duro, tudo fazia para ajudar e a ajuda dela significava muito. Nunca esquecerei um dia em que estávamos trocando curativos e chegamos a um paciente que tinha uma atadura que precisava ser cortada. Pela centésima vez eu pedi a Sharon:

—Posso usar a sua tesoura?

No Bellevue, tesouras eram como diamantes, raríssimas.

—Não—respondeu Sharon inesperadamente.

—Seja boazinha. Eu não vou roubar sua tesoura. Devolvo-a já.

—Não, você não pode pegar minha tesoura.

Puxou do bolso uma tesoura nova

e deu-ma. Na fôlha estava gravado: DR. NOLEN.

—Tome, fique com esta. Você tem sido um bom interno.

Foi o melhor momento do meu primeiro ano no Bellevue.

“Você Deve Estar Melhorando”

DEPOIS que terminei o meu tempo de interno, trabalhei seis meses na patologia. Isso significava fazer autópsias. Eu as detestava e ainda as detesto. Há qualquer coisa em trabalhar num cadáver que repele a maioria dos médicos. Todos nós temos consciência da nossa mortalidade, mas três horas examinando um cadáver nos lembra êsse fato com uma intensidade brutal. É também verdade que uma autópsia lembra ao médico sua falibilidade. Nossa função é conservar vivos os nossos pacientes.

Mas a autópsia nos dá a oportunidade de ver e estudar o resultado final da doença. Até aonde se estendeu o câncer? Qual o efeito da infecção nos vários órgãos do corpo? Qual a relação entre a cicatriz do coração e as mudanças no eletrocardiograma? Estudando o que havia acontecido com nossos pacientes que morriam, aprendíamos alguma coisa de valor para o tratamento dos nossos futuros pacientes.

Ao contrário da patologia, eu realmente *gostei* do estágio seguinte de minha carreira, como residente-assistente na cirurgia geral. Isso significava que eu tinha agora plena responsabilidade na direção da enfermaria. O interno tirava sangue e

removia pontos, mas a mim competia dizer-lhe quais os exames que deviam ser feitos, quais os pacientes cujos pontos deviam ser removidos e, igualmente importante, certificar-me de que êle cumpria as ordens.

A mim competia também supervisionar os cuidados pré-operatórios dos pacientes. Vejamos, por exemplo, René Goudin, que estava na L4 quando cheguei. René havia sido internado por causa de "perdas ocasionais de sangue nas fezes". Eu tinha de determinar exatamente se os sintomas eram devidos a hemorróidas, colite, câncer ou qualquer outra doença. Escrevi no livro as ordens para meu interno. Eu queria uma retossigmoidoscopia, um exame de hemoglobina e um clister opaco. Ordens posteriores dependeriam desses exames. O raio X revelou um câncer do colo. Competia a mim, então, providenciar para que René fôsse preparado para a operação.

Pedi uma dosagem de uréia no sangue, para verificar o funcionamento dos rins. Examinei a radiografia do tórax para certificar-me de que não havia doença pulmonar que tivesse de ser levada em conta pelo anestesista, e pedi o preparo intestinal. Isso incluía dieta, laxantes, lavagens e antibióticos para que o intestino ficasse o mais limpo possível.

No dia da operação de René, cheguei à sala de cirurgia 10 minutos antes do horário. Não cheguei tão cedo como Bob Kofstad, o interno, mas cheguei antes de Eddie Quist, que ia realizar a operação. Câncer

no colo não era um caso para o residente-assistente.

Enquanto o interno colocava os afastadores e cortava fios, como eu havia feito seis curtos meses atrás, eu me ocupava em proporcionar a Eddie o campo de visão indispensável ao seu trabalho. Um bom campo operatório é o segredo do sucesso de uma operação. Se se consegue ver o tumor, se se consegue trazê-lo à superfície e removê-lo, torna-se muito mais fácil amarrar e costurar.

Nesse caso específico eu não fui de grande ajuda para Eddie.

—Ouça, Bill—disse êle, quando o intestino delgado transbordou para dentro da pélvis pela décima vez! —Você tem de manter êsse intestino fora de meu caminho. O tumor está prêso. Eu preciso ver o que estou fazendo, senão corro o risco de perfurar o ureter.

Empurrou pacientemente o intestino delgado para dentro da parte superior do abdômen, cobriu tudo com uma compressa molhada e colocou minha mão esquerda por cima.

—Pronto, não o deixe sair.

Depois que foi removido o tumor e costurada a primeira camada da parede abdominal, Eddie saiu para fumar um cigarro, e eu fechei as camadas restantes. Com meia dúzia de apendicectomias na minha bagagem, eu já me desincumbia das costuras finais com segurança e tranqüilidade.

Depois coube a mim supervisionar o tratamento pós-operatório de René. Verificava se os líquidos que êle recebia por via intravenosa eram os

prescritos e todos os dias eu auscultava seu abdômen com o estetoscópio para determinar o reinício dos movimentos peristálticos—movimentos propulsores do intestino delgado. No terceiro dia ouvi ruídos no intestino, e então disse a Bob que removesse as sondas pelas quais êle vinha sendo alimentado. Daí em diante passamos a dar-lhe mais alimentos cada dia, começando com líquidos ralos, depois dieta branda até chegarmos a um regime normal.

Finalmente, avisei Bob de que era tempo de tirar os pontos. Dei alta ao paciente e providenciei a continuação do tratamento. Do momento em que chegou ao hospital até ao dia em que recebeu alta, êle ficou sob minha responsabilidade. Era um trabalho muito interessante e mais absorvente do que o de um interno. E eu estava melhorando. Até o chefe dos residentes reconheceu isso—de maneira indireta—quando me disse, depois de uma operação:

—Sabe, Bill, esta foi a primeira vez que você não me cutucou nem uma vez durante a operação. Você deve estar melhorando.

Um Grande Professor

A SEGUNDA Divisão Cirúrgica do Bellevue ajudava dois hospitais vizinhos—Triboro e North Shore. Em meu segundo ano como residente-assistente passei seis meses em cada um.

Fui primeiro para o Triboro, um hospital municipal especializado em doenças do tórax. Eu não pretendia

tornar-me um cirurgião de tórax—isso requeria dois anos de treinamento—mas aprender o bastante para ter a máxima segurança no tratamento de ferimentos no peito ou fazer operações em geral que exigissem a abertura do tórax.

A seguir mudei-me para o North Shore, um hospital particular. Físicamente era um paraíso em comparação com o Bellevue. Mas em outros aspectos deixava muito a desejar. Todos os pacientes do hospital tinham seus médicos particulares, e nenhum dos residentes tinha qualquer responsabilidade real.

Por outro lado, havia uma grande vantagem. No Bellevue, o sistema de aprendizado era: “Olhe uma, faça uma, ensine uma.” Nós aprendíamos as técnicas com homens que tinham apenas um ano de treinamento a mais. Mas no North Shore nossos professôres eram todos cirurgiões experimentados. Assim, o segredo era descobrir o médico que nos ensinasse melhor, que nos deixasse fazer uma operação de vez em quando, e então passar todo o tempo possível com êle.

Um dos que eu escolhi foi o Dr. Grove, homem magro de nariz adunco. Era um grande professor, às vezes grande demais. Demorava tanto ensinando na sala de cirurgia, que às vezes o paciente ficava anestesiado uma hora mais do que o necessário.

A Sr.^a Andreadis foi um desses casos. Ela tinha cálculos biliares e alguns deles haviam passado para o colédoco—o canal que liga o fígado ao intestino. Grove marcou a opera-

ção para as três horas da tarde, e eu me preparei.

Evidentemente, era falta de cortesia ocupar o lado da mesa destinado ao operador sem ser convidado. Portanto, tomei lugar à esquerda. Grove dirigiu-se para o lado direito e tomou o bisturi. Então olhou para mim, e deve ter percebido o desapontamento nos meus olhos. "Muito bem, Nolen, venha para cá." Trocamos de lugar.

Essa foi a primeira vez que operei ao lado de Grove, e foi um inferno do princípio ao fim. Logo que peguei o bisturi êle começou a gritar: "Você não sabe nem segurar uma faca, Nolen? Veja!" Tomou o bisturi das minhas mãos e movimentou os meus dedos. "Assim está melhor."

Comecei a cortar a pele e a gordura. Quando ia aprofundar o corte, êle colocou um chumaço de gaze sobre a incisão, interrompendo a operação. Encarei-o. "Nolen", disse êle, "que pensa que está fazendo? Tirando uma verruga? Você nunca vai conseguir enfiar as patas aí. Faça um buraco de que se possa orgulhar."

Aumentei um pouco a incisão, mas êle não ficou satisfeito. "Aqui, seu maricas, corte *aqui*."

A operação já durava 10 minutos, e nós não havíamos ultrapassado a fásia, a primeira camada de tecido. Grove jogou novamente um chumaço de gaze no corte. "Nolen, você já alguma vez cavou um buraco? Nem precisa responder, é evidente que não. Deixe-me dizer uma coisa: quando se cava um buraco, faz-se

o tampo mais largo do que o fundo. É a maneira mais fácil de o fazer. E uma incisão não é nada mais do que *um buraco!*"

E assim foi por três horas: Êle não gostou da minha maneira de dar nós, do método que usei para soltar a artéria, da maneira como suturei o leito da vesícula. Quando peguei a tesoura para cortar o canal da vesícula, êle chegou a berrar: "Nolen, você é um cirurgião, não um veterinário! Use um bisturi. Dê-me esta maldita tesoura."

Arrancou a tesoura das minhas mãos e jogou-a no chão. "Agora volte ao trabalho!"

No fim da operação eu me sentia um trapo. Podia ter estrangulado aquêle homem com minhas próprias mãos; mas quando o vi afundar-se numa cadeira do vestiário, aquêle homenzinho magro que era forte como o aço, percebi que êle estava tão cansado como eu. E quando êle me disse: "Não foi muito mal. Nolen, eu ainda vou fazer de você um cirurgião", minha raiva passou.

Havia ocasiões no North Shore em que eu achava que Grove ia ter um colapso. Algumas noites—êle era mestre em arranjar o que fazer às duas horas da manhã—êle parecia mal se manter de pé. Mas um passo em falso e—plac!—êle batia nos meus dedos com uma pinça, um de seus truques favoritos.

Grove tinha esquecido mais sobre técnica operatória do que a maioria dos cirurgiões algum dia chegará a saber. Era um operador lento, e al-

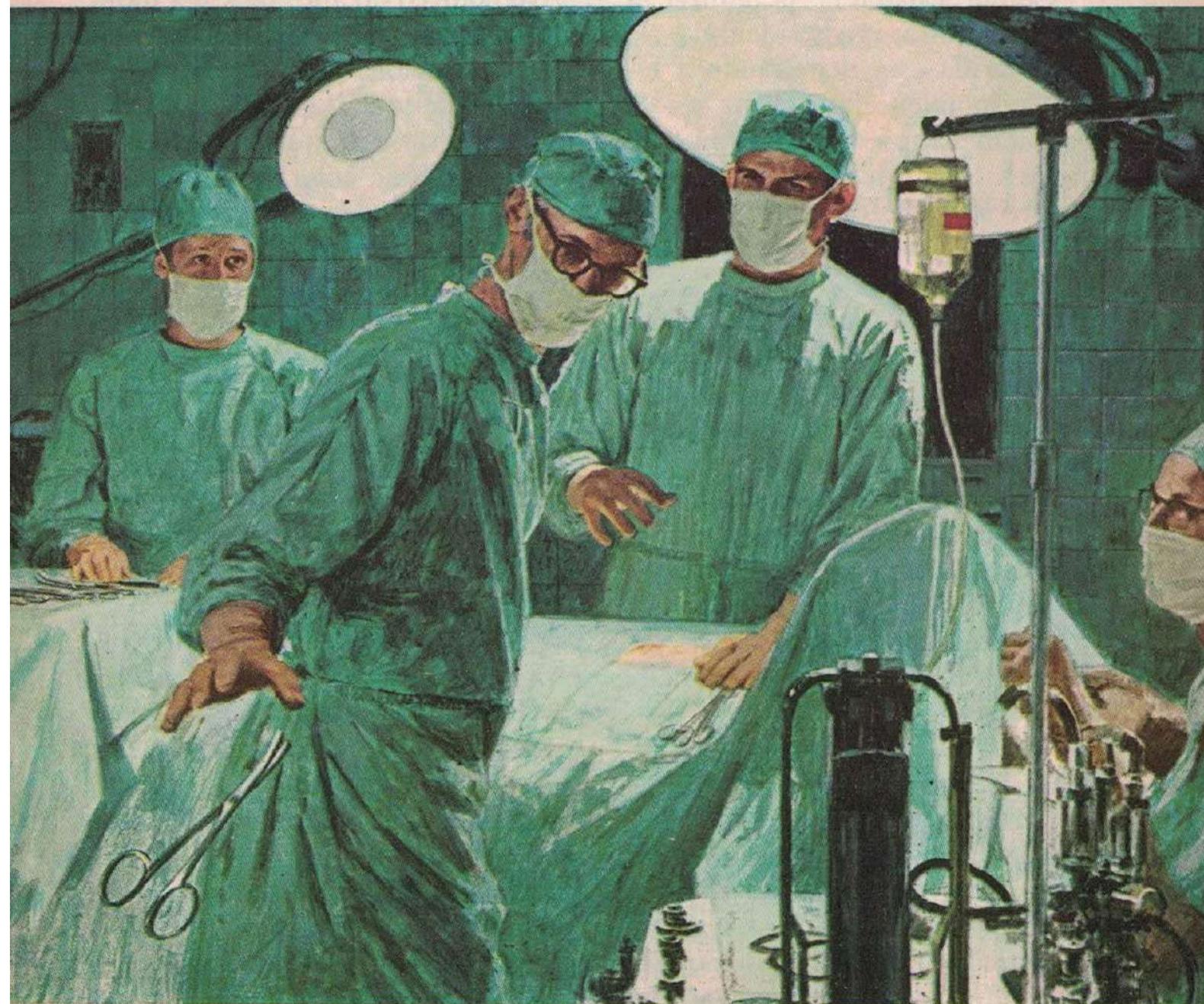
gumas vezes duvidei do acêrto de suas decisões, mas nunca duvidei de sua habilidade para operar ou para me ajudar a operar. Aprendi mais sôbre técnica com êle do que com qualquer outra pessoa que conheci.

Círculo Completo

QUANDO voltei para o Bellevue, o chefe dos residentes era Jack Lesperance, e um dos lugares de primeiro-residente era meu. Sabíamos que

estávamos nesse pôsto porque havia mais gente nos *perguntando* do que nos *dizendo* o que fazer.

Os dois primeiros-residentes eram o braço-direito do chefe dos residentes. Tinham a responsabilidade de tôdas as decisões quando êle não estava presente. Por exemplo, se Jack estivesse ocupado na sala de operações e chegasse um homem com o tórax esmagado; se eu ou Walt Kleiss, o outro primeiro-residente,



estivéssemos por perto, nós é que daríamos as ordens para as providências necessárias.

Também fazíamos a ronda nas manhãs em que êle operava. Eu ficava com uma enfermeira e Walt com duas, ou vice-versa. Era nossa obrigação verificar se os residentes estavam fazendo tudo direito.

Um dia, na L4, fui ver um paciente de quem tinham drenado um abscesso no reto dois dias antes.

—Como vai êle?—perguntei a Charlie Schultz, um residente.

—A ferida está demorando a fechar—respondeu êle.

Eu nem sempre examinava os ferimentos. Se o interno já tinha feito o curativo, eu detestava ter de desmanchá-lo. Mas achei melhor examinar aquêle.

A ferida não parecia normal. Nada específico, apenas não tinha o aspecto que deveria ter uma ferida normal de abscesso drenado. Examinei a ficha dêle.

—É estranho. Tinha 20.000 leucócitos no sangue quando êle chegou, mas não tinha febre. É melhor fazer outro exame de sangue.

O interno anotou as ordens.

Naquela tarde, examinei a ficha dêsse paciente.

—Qual foi o resultado do hemograma, Mike?

—Detesto ter de lhe dizer—respondeu—mas os glóbulos são todos formas jovens. Êle tem leucemia.

A doença ficaria muito tempo sem diagnóstico se eu não tivesse notado algo errado. Isso não quer dizer que

o residente e o interno fôsem incompetentes e eu esperto, mas sim que eu tinha mais experiência, tinha visto mais abscessos, sabia mais sobre o aspecto que deveria ter uma ferida em cicatrização. E tinha também a vantagem de não estar envolvido na rotina do paciente. Os homens na enfermaria tinham de se concentrar em árvores; eu podia ver tôda a floresta. Eu tinha mais facilidade em notar as coisas erradas.

No comêço do ano, Jack fez tôdas as operações grandes: casos de estômago, de cólon, de tórax. Êsse era o seu ano de colheita, e enquanto não obtivesse tudo o que queria, não deixaria grande coisa para Walt ou para mim. Quando eu fôsse o chefe, faria a mesma coisa.

Entretanto, em qualquer caso cuidado por um interno ou um residente, Walt ou eu ocupávamos o lugar de primeiro-residente. Eu ia para a sala de cirurgia cada dois dias.

Foi então que pude avaliar o trabalho que George teve comigo quando fiz minha primeira apendicectomia. Ajudar um interno inepto numa operação é algo que requer nervos de aço e paciência de Jó. O interno que eu mais detestava ajudar era Bob Lang. Eu já o tinha visto suturar feridas na enfermaria de emergência, e êle era incrivelmente desajeitado. Tantas vêzes deixava cair os instrumentos que as enfermeiras já preparavam duas bandejas quando êle ia operar.

Como não podia deixar de acontecer, eu estava de plantão na noite

em que apareceu sua primeira apendicectomia. Fui chamado à enfermaria de emergência para examinar o paciente. Não havia dúvida de que era apendicite aguda.

—Prepare-o, Bob. Está sendo feita uma cesariana agora, mas seremos os próximos. Começaremos em uma hora mais ou menos.

Entramos na sala de operações por volta da meia-noite, e chegava a minha vez de passar pela mesma tortura que George tinha passado no meu primeiro ano.

Lang fez tudo errado. Arrebentou nós, deixou cair pinças, rompeu vasos. Quando finalmente chegamos ao abdômen, deixei-o tentar achar o apêndice por cinco vezes, e acabei por fazê-lo eu mesmo. Foi horrível.

Êle não cortou o apêndice curto demais, nem arrebentou o fio de reparo como eu fizera, mas fez algo melhor. Durante a operação cortou-se com o bisturi, não uma, mas três vezes. A operação durou cinco minutos a mais porque eu tive de trocar de luvas várias vezes.

Quando tudo terminou, dei um jeito de dizer o que êle queria ouvir:

—Bom trabalho, Bob.

—Obrigado, Bill—respondeu êle todo sorrisos.—Eu também achei que foi tudo bem.

E êle realmente acreditava nisso!

Morte

QUANDO era estudante, eu nunca pensei que poderia desejar a morte de um paciente, mas chegou o dia em que isso aconteceu. Era um ho-

mem de 35 anos, chamado Jim Adams, que estivera bebendo sem parar durante várias semanas. A bebedeira terminou quando êle adormeceu com um cigarro aceso numa pensão para indigentes no Bowery, e a cama pegou fogo. Chegou ao hospital com queimaduras em 80% do corpo, a maioria de terceiro grau.

Fiz-lhe os curativos, apliquei-lhe o sôro intravenoso, verifiquei os remédios. Êle ficou consciente o tempo todo, e todos os dias me perguntava como estava indo. Eu dava uma resposta animadora.

Êle passou bem durante algum tempo. Mas duas semanas depois as feridas se infectaram. As queimaduras começaram a descascar e a carne viva encheu-se de pus. A febre subiu; não havia curativo e antibiótico que controlasse a infecção. Era evidente que êle ia morrer. A questão era saber: quando? Mesmo assim, continuei a tratar dêle. Removia o tecido morto e fazia novos curativos. Mesmo quando êle estava tão fraco que mal gemia de dor, eu continuei. Dia após dia.

Até que um dia descobri que desejava que êle morresse. Estava cansado de fazer curativos, cansado de causar dor inútil, cansado de tratar um paciente que não tinha salvação. Claro que não fiz nada nesse sentido. Pelo contrário, dediquei-me com mais ardor a mantê-lo vivo, por causa de meu sentimento de culpa. Quando êle morreu, um mês depois, fiquei aliviado.

Ocorre uma pergunta lógica: se

um paciente está sofrendo, se sua condição é desesperadora, então por que eu (ou outro médico) persisto em meus esforços para mantê-lo vivo?

A resposta está no significado de "desesperadora". As chances podiam ser de um milhão contra uma de que Jim Adams morresse, mas enquanto houvesse uma chance, mesmo remota, de êle sobreviver, teria eu o direito de negar-lhe a vida? Posso responder: não. É fácil para um leigo dizer: "Se eu fôsse médico, jamais deixaria um paciente condenado sofrer." É bem mais difícil ser êsse médico e desligar a tomada do pulmão de aço para ver o paciente morrer. A responsabilidade é terrível, bem maior do que a maioria dos médicos gostaria de ter de assumir.

Talvez outro fator deva ser acentuado: milagres acontecem. (Uso a palavra *milagre* no sentido de um fenômeno que nós simplesmente não podemos explicar.) Veja-se, por exemplo, o caso de uma criança que operamos. Era um bebê de um ano e meio, com um enorme tumor no abdômen. Nós abrimos, e verificamos que o tumor tinha de tal maneira invadido as estruturas vitais, que não podia ser removido. Tiramos um pedacinho para biopsia. Era um neuroblastoma, um tumor maligno.

Dissemos aos pais que não havia nada que pudéssemos fazer para ajudar, que a vida de seu filho estava, por assim dizer, nas mãos de Deus.

O menino recuperou-se sem ajuda. Cinco anos depois, estava vivo e forte, sem o menor vestígio de câncer.

Como? Não sei, e ninguém sabe. Coisas como essa acontecem com outros tumores e doenças, tanto em adultos como em crianças. Não existe um médico tarimbado que não tenha desenganado um paciente, para depois vê-lo recuperar-se completamente . . . de uma maneira cientificamente inexplicável.

É estranho que, diante de tais experiências, um médico hesite em "desligar a tomada"? É estranho que êle hesite em brincar de Deus?

O Pôsto Mais Alto

EM MINHA lista de grandes momentos, junto com o dia em que fui aceito na escola de Medicina e o dia do meu casamento, figura o dia em que o diretor do departamento de cirurgia me disse que eu seria o próximo chefe dos residentes.

No sistema do Bellevue, que começa com sete internos e termina com apenas um chefe dos residentes, aquêles de nós que queríamos o cargo vivíamos num estado de constante ansiedade: será que um dia serei chefe dos residentes? Quando soube que o lugar era meu, fiquei orgulhoso como um pavão.

No Bellevue, o chefe dos residentes é rei. O seu é considerado o melhor parecer sôbre questões cirúrgicas dentre o pessoal do hospital. Conseqüentemente, seu principal trabalho é tomar decisões. O que êle diz é lei, e ninguém interfere em sua maneira de dirigir as coisas—enquanto os pacientes vão bem.

Nos primeiros meses do ano, eu

tinha pavor da campainha do telefone à noite. Sabia que isso significava outra decisão crítica a ser tomada. Muitas vezes, depois de dizer a Walt Kleiss ou Larry Everson, meus primeiros-residentes, o que fazer, eu não conseguia dormir mais. Acordado na cama, eu passava em revista os fatos do caso, e não raro eu imaginava se não teria tomado a decisão errada. Mais de uma vez, às duas ou três da manhã, depois de ficar acordado uma hora, eu me levantava, vestia e ia ver o paciente. Era a única maneira de encontrar paz de espírito para relaxar.

Mas, à medida que o ano passava, minha confiança aumentava. Ainda havia ocasiões em que eu não podia ter certeza de que minha decisão tinha sido a melhor possível, mas aprendi a aceitar isso como um fato da vida, que nunca poderia ser inteiramente resolvido e com o qual eu teria de me acostumar.

Finalmente, lá pelo fim do ano, tive dois casos que confirmariam minha opinião de que eu talvez tivesse alcançado o nível do cirurgião competente, segundo os padrões de pessoas em condições de julgar. Os dois casos envolviam parentes próximos de médicos do hospital. E nos dois casos, embora eu pretendesse deixar o caminho livre para qualquer médico que eles escolhessem, pediram-me que fizesse as operações.

Eu tinha chegado a um ponto em que não era mais olhado pelos cirurgiões assistentes como um futuro cirurgião que deveria ser instruído,

mas como um igual. Era exatamente para isso que eu havia trabalhado tanto e por tão longo tempo. Agora eu tinha êsse reconhecimento e, mais importante, eu sentia que o merecia.

Mas um homem nunca se torna realmente um cirurgião. Êle está sempre se tornando cirurgião. Eu sabia então, como sei agora, que depois de cada operação, cada crise, cada decisão, eu seria um pouco mais cirurgião do que antes.

Rir ou Chorar?

EM MINHA última manhã, 30 de junho, Walt Kleiss e eu fizemos juntos a visita nas três enfermarias. Êle seria o próximo chefe dos residentes, e discutimos rapidamente seus planos para cada paciente. Fiz certas sugestões—algumas das quais eu sabia que êle não levaria em conta—e despedi-me das enfermeiras e auxiliares.

Seria de esperar que, depois de todos êsses anos juntos, as despedidas fôsem longas e nostálgicas, mas não foram. Tomamos café na cozinha de cada enfermaria, conversamos por algum tempo, e então era hora de voltar ao trabalho. Na M4, Sharon nem chegou a se sentar; tinha três pacientes muito mal que necessitavam de atenção constante. Depois da visita, ela disse simplesmente:

—Foi agradável trabalhar com o senhor, Dr. Nolen. Boa sorte.

—Obrigado, Sharon, você foi de grande ajuda.

E foi isso.

Depois do almôço, Walt tinha de dar uma consulta, e eu tinha de aca-

bar de fazer as malas, e assim nos separamos. Fiquei de encontrá-lo e ao resto do grupo na biblioteca, na revisão de fichas das quatro horas, onde eu poderia fazer as últimas despedidas e agradecer.

Levei mais tempo do que pensava para arrumar as roupas e os livros, e quando entreguei as chaves do quarto passava um pouco das quatro. Caminhei até à biblioteca, tentando pensar em algo apropriado para dizer. Não sabia até que ponto devia ser emotivo. Tínhamos sido um grupo bem unido e eu queria que eles soubessem quanto os apreciava, mas a rotina de "coração sangrando" não servia.

Não precisava ter-me preocupado. Não havia viva alma na biblioteca—apenas um bilhete em cima da mesa:

"Bill—Desculpe, mas tive de cancelar a revisão de fichas. Acabou sendo um caso de úlcera duodenal—o homem sangrava como um porco ferido. Levei-o para a sala de operações. Larry e o resto do pessoal estão presos na enfermaria de emergência com dois casos de queimaduras. Foi um tempo bom. Mantenha contato. Boa sorte. Walt."



Enchi uma xícara de café e sentei-me. Muito apropriado, pensei. Tipicamente Bellevue. Um residente vai embora, outro toma seu lugar, mas os pacientes permanecem.

Sentado ali, pensando em meus anos de treinamento, achei muito mais fácil relembrar as horas agradáveis, os momentos de realização e triunfo, do que as horas de fracasso e desespero. Eu esperava an-

sioso o desafio de uma clientela particular, mas sabia que, enquanto visse, teria saudades do Bellevue. Tinham sido cinco anos difíceis, exaustivos, física e emocionalmente, e eu sabia que não agüentaria passar por eles de novo; não teria forças. Mas eu sabia também que havia sido uma experiência maravilhosa.

Deixei a biblioteca e descii pela última vez os cinco lances de escada do Bellevue. Ao sair pela porta dos fundos para o estacionamento, vi um rapaz, carregando uma mala, que saía de um carro.

—Perdão—disse êle—o senhor tem alguma idéia de onde possa ser a Segunda Divisão Cirúrgica?

Vendo o sorriso ansioso naquele rosto jovem, feliz e descansado, eu não sabia se ria ou se chorava.

(Tradução de Eliana Macedo Soares)

