



ROD KUDLU!

29 pozoruhodných operací
v dějinách chirurgie



ARNOLD VAN DE LAAR

**POD
KUDLU!**

Nederlands
letterenfonds
dutch foundation
for literature

Tato kniha vychází s laskavou finanční podporou
literární nadace Nederlands Letterenfonds.

This publication has been made possible
with financial support from the Dutch Foundation for Literature.

Copyright © 2014 Arnold van de Laar
Originally published by Thomas Rap, Amsterdam

*Všechna práva vyhrazena.
Žádná část této publikace nesmí být rozšiřována
bez písemného souhlasu nakladatele.*

Translation © Petra Schürová, 2020
Cover © Sabina Chalupová, 2020
© DOBROVSKÝ s.r.o., 2020

ISBN 978-80-7642-844-7 (pdf)

Arnold van de Laar

POD KUDLU!

29 pozoruhodných operací
v dějinách chirurgie

Obsah

	Předmluva	7
	Úvod	11
1	Litotomie	25
2	Asfyxie	37
3	Ranhojičství	49
4	Šok	61
5	Obesitas	73
6	Stomie	83
7	Fraktura	95
8	Varixy	107
9	Peritonitida	117
10	Narkóza	127
11	Gangréna	137
12	Diagnóza	149
13	Komplikace	161
14	Diseminace	173

15	Karcinom prsu	185
16	Abdomen	197
17	Aneurysma	207
18	Laparoskopie	217
19	Kastrace	227
20	Karcinom plic	239
21	Placebo	251
22	Pupeční kýla	263
23	Short stay, fast track	277
24	Mors in tabula	289
25	Protéza	301
26	Karotida	311
27	Gastrektomie	323
28	Fistula ani	337
29	Elektřina	351
	Doslov	365
	Rejstřík pojmů	375
	Poděkování	391
	Bibliografie	393

Předmluva

Od prvního okamžiku, kdy se mi – ještě na studiích – dostal pod nůž první pacient, si kladu otázku, jak si může chirurg dovolit provozování takové bizarní činnosti. Už před čtyřia-dvaceti staletími nás Hippokrates, otec medicíny, od záměru vystavovat nemocného nejistotě operace odrazoval. Naléhavě radil, aby se lékař vystříhal všeho, co by mohlo být pacientovi ku škodě.

Až do objevu anestezie v roce 1846 nemohl chirurg ignorovat skutečnost, že se operace koneckonců týká i pacienta. Křik a bolestné svíjení ho o tom jistě dostatečně přesvědčily. Od té doby pacient při operaci spí, což lékařovu svědomí při řezání do jiného člověka poněkud ulehčuje. Staří chirurgové si ale bezpochyby všimli, že jejich pacienti často umírají.

Ve starověku ještě neexistovali. Účelové operace se prováděly sporadicky, ale nedělali je chirurgové, nýbrž lékaři, a to pouze tehdy, když už nebylo jiné řešení. Skuteční chirurgové přišli mnohem později. Byli to řemeslníci, kteří se profesi učili od jiných řemeslníků. Pacienti byli jejich zákazníci, kteří platili za provedenou práci. Ale jak řemeslo získávalo na

prestiži, motivace chirurgů se změnila. Stali se průkopníky, pionýry, cestovateli, objeviteli nových území. Když Theodor Billroth v roce 1881 jako první provedl operaci žaludku, proslavil se rázem po celém světě. Ukázal, že je možné něco, co se do té doby považovalo za neproveditelné. Skutečnost, že Thérèse Hellerová (pacientka) už po třech měsících zemřela, na odvážném výkonu nic nezměnila. Šlo o objev, o posunutí hranice. V moderní chirurgii je to podobné. Když Christiaan Barnard v roce 1967 provedl první transplantaci srdce, stal se také slavným po celém světě, ale že Louis Washkansky (pacient) zemřel už po osmnácti dnech, neví skoro nikdo.

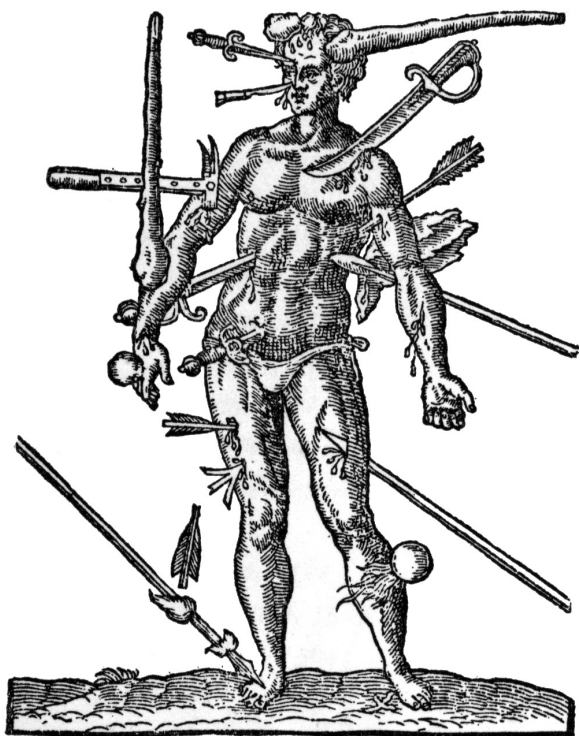
Historie mého oboru se dá vyličit ze dvou hledisek. Můžeme ji pojmut jako epos o hrdinských činech velkých chirurgů pracujících v těžkých podmínkách, nebo jako zprávu o jejich pacientech, lidech, jejichž život a smrt závisí na operaci. Tato kniha pojednává o slavných pacientech, kteří se ocitli pod nožem slavných chirurgů při jejich proslulých operacích. Jak je vidět, úžasné hororové příběhy starých operačních pokojů, příběhy lékařů a jejich pacientů oslovují čtenáře po celém světě. Kniha byla od prvního vydání v roce 2014 přeložena do němčiny, angličtiny, turečtiny, korejštiny, polštiny, hebrejštiny a zanedlouho vyjde také ve španělštině, čínštině a ruštině.

Toto nové vydání je doplněno o unikátní svědectví účastnice jedné operace, která svůj hrůzostrašný zážitek před dvěma staletími vyličila v dopise. I v jejím případě byl chirurgický zákrok nutným zlem. Drama přežila, ale otázkou zůstává, zda by náročnou situaci stejně dobře nepřestála i bez operace.

Ideální budoucnost chirurgie by znamenala, že nutné zlo už není nutné. Pak by obor přestal existovat. Místo *pod nůž* by nastalo období *bez nože*. Současný vývoj naštěstí ukazuje, že chirurgie skutečně kráčí tímto směrem. Díky tomu, že technologický pokrok ve dvacátém století umožnil vykonávat komplexní chirurgické výkony u stále většího počtu pacientů,

je možné výsledky těchto operací podrobit vědeckému zkoumání. Teprve v uplynulých dvaceti letech lze tímto způsobem srovnávat šanci na úspěch s jinými léčebnými metodami nebo dokonce s variantou *nedělat nic*. Výsledky stále větší skupiny pacientů tvoří stále výraznější důkaz pro nebo proti užití operační metody. Chirurgie je koneckonců *evidence based* (EBM, Evidence-based medicine – medicína založená na důkazech, pozn. překl.). Díky vědecké analýze v chirurgii je stále zřetelnější, že lepší výsledky jsou dosahovány menšími zásahy. Malá incize, kratší operace nebo lék místo skalpelu mnohdy prokazatelně dosáhnou lepších výsledků než velké operace, o jejichž nutnosti byly přesvědčeny předchozí generace chirurgů. A tak dostává starý Hippokrates znovu za pravdu. „Aby nemocní opět nabyli zdraví, nařídím opatření podle svého nejlepšího vědění a posouzení a budu od nich vzdalovati všechno zlé a škodlivé.“

Arnold van de Laar, Amsterdam 2019



*Válečná zranění podle Ambroise Parého.
Vyobrazení pochází z jeho knihy Opera Chirurgica z roku 1594*

Úvod

Řemeslníci, ranhojiči a chirurgové

Jedné noci roku 1537, po dlouhém dni bojů u Turína, pronásledovaly mladého vojenského chirurga Parého vážné obavy. Bitevní pole bylo poseté oběťmi arkebuz a jiných střelných zbraní, ale Ambroise Paré ještě nikdy střelnou ránu neošetřoval. V jedné lékařské knize se dočetl, že do ran je třeba nalít vroucí olej, aby se zničily účinky jedovatého střelného prachu. Rozpálenou tekutinu proto vléval naběračkou do krvavých ran, kde prskala a syčela jako na pánvi. Ran a zraněných bylo ale tolik, že mu v polovině obchůzky po bitevním poli došel olej, a on se obával o osud zbylých raněných. Když byl kotel prázdný, zbytek zraněných ošetřil směsí růžového oleje a vaječného žloutku. Celou noc poslouchal Ambroise křik a sténání mužů zápasících o život a celou noc se trápil, že je to jeho chyba. Ráno při prohlídce raněných vojáků s úžasem zjistil, že vojáci, kteří tak strašlivě křičeli, byli ti, jež ošetřil rozpáleným olejem, a ne ti druzí. Vroucí olej už nikdy nepoužil a stal se velkým chirurgem. První krok moderní chirurgie byl vykonán.

Chirurgie vznikla jako nezbytná samozřejmost. Lidé od počátku své existence trpí potížemi, které je nutno ošetřit „ručně“ – a k tomu je zapotřebí chirurga, doslova

„rukodělného člověka, řemeslníka“. Drsný život našich prapředků překypoval možnostmi, jak přijít ke zranění: při zápasu, při lovu, stěhování za potravou, vyhrabávání kořínků a kořenů, při pádu ze stromu nebo úprku před nepřítelem. Ošetření rány není jenom nejelementárnější chirurgický výkon, ale pravděpodobně také ten historicky první. Zdravý rozum praví, že špinavá rána se musí vypláchnout vodou, krvácející ránu je třeba zaškrtit a otevřenou ránu zakrýt. Když se rána zahojí, příště je dobré postupovat stejným způsobem. Ve středověku však zdravý rozum zatemňovaly nejrůznější pověry a příběhy, které se tradovaly po generace. Hlediskem nebylo uzdravení pacienta, ale to, co nějaký významný předchůdce napsal ve staré knize. Rány se nečistily, ale sežehly se žhnoucím železem nebo vroucím olejem a ovázaly špinavým hadrem. Nikdo si nepoložil otázku, jestli se upečené maso může zahojit. Až po této době temna a po bezesné noci u Turína se zdravý rozum vrátil a nastala éra chirurgie vycházející ze zkušenosti.

Vraťme se však na začátek. Kdy dostal člověk poprvé nápad, aby zanícené, infikované místo s hnisem, puchýř, vřed nebo absces rozřízl? Protože to je druhý základní úkon chirurgie: nechat vytéct hnis. Říká se tomu drenáž. Je k tomu zapotřebí jen ostrý nástroj, jako například akátový trn, špičatý pazourek, bronzová dýka nebo ocelový skalpel. Tak se do chirurgie dostal nůž a nám, chirurgům, ještě stále visí nad postelí stará latinská moudrost *ubi pus, ibi evacua* – kde je hnis, tam vypušť.

Třetí významnou činností chirurga je ošetření a poskytnutí pomoci při zlomeninách. Prehistorický život nabízel věru dostatek příležitostí ke zlámání kostí – úprk před vlky, lovení mamuta, pád do vlastní pasti. Člověk musel přepadat nepřátele nebo byl nepřáteli přepaden a dostal ránu kyjem do hlavy. Byl už tehdy někdo dost chytrý a šikovný, aby dokázal zlomenou kost narovnat, i přes velikou bolest zraněného?

Rozhodně to není činnost, kterou by zvládl každý, člověk si musí troufnout a – to je ještě důležitější – pacient to musí připustit. Důvěru získal jen ten, kdo měl dostatek odvahy a patřičnou vážnost, vědomosti a zkušenosti. A musel být zručný, šikovný – nejlépe nejšikovnější z celé skupiny. To byl ten, kdo pracoval rukama, řecky *cheiourgōs* od *cheiros*, ruka a *ergon*, práce. Tedy chirurg.

Ošetření pacientů, kteří potřebují první pomoc, je stále v kompetenci chirurgie. Do dnešních časů zůstala pomoc při silném krvácení, poranění, zástavě dýchání a stabilizace pacienta akutně ohroženého na životě hlavním úkolem chirurgů na traumatologickém oddělení nemocnice.

Podstata chirurgie je jasná a zřejmá. Ten, kdo ošetřuje rány, abscesy a zlomeniny a pečuje o lidi v nouzi, se může spolehnout na vděčnost svých pacientů nebo alespoň pochopení jejich blízkých v případě, že se zákrok nepovede. Ale další krok, skutečná operace, to je něco úplně jiného. Člověk ránu neošetřuje, on ji sám vytváří. Rozumný chirurg (a rozumný pacient) zvažuje riziko. Zvládnou to? Dopadne to spíš dobře nebo spíš špatně? Existují alternativy? Co se stane s pacientem, když neudělám nic? Co se stane se mnou, když se zákrok nepodaří? Vždycky jde o nalezení rovnováhy mezi oběma cílovými body: vydat ze sebe to nejlepší a nezpůsobit škodu. A přesto... Římský konzul Marius si nechal jedním chirurgem odstranit křečové žíly. Operaci přežil, a vládl ještě mnoho let. Chirurg Ranby považoval za rozumné zanořit nůž do pupeční kýly anglické královny, která v důsledku jeho rozhodnutí zemřela žalostnou smrtí. Přesto se římskému chirurgovi dostalo od konzula nevděku (nedovolil, aby mu operoval i druhou nohu) a John Ranby byl povýšen do rytířského stavu za služby prokázané dvoru. Chirurgie je vrtošivý obor.

Rány, zlomeniny, hnisavé infekce a operace zanechávají jizvy, zatímco choroby jako nachlazení, průjem a migréna

přejdou, aniž by zanechaly nějaké stopy. Tento rozdíl označují dvě různá slova, obě s významem „dát znovu do pořádku“: hojit pro operace, rány, otoky a zlomeniny – a léčit v případě onemocnění. Chirurg hojí a doktor léčí. Odtud pochází nizozemský výraz pro chirurga: ranhojič, který provozuje ranhojičství, na rozdíl od lékaře, který se zabývá výhradně léčením. Chirurgové jsou ostatně už dlouho obojími, jak lékaři, tak řemeslníky. Specializují se ale na typicky chirurgická ošetření a ta tvoří menšinu všech potíží. K ošetření většiny onemocnění, která mohou člověka postihnout, totiž žádný chirurg ani operace nejsou zapotřebí. Služby, jež mohl v šestnáctém století poskytnout chirurg v Amsterdamu, byly dokonce tak jednoduché a omezené, že takový ranhojič mohl svou práci provozovat jako každý jiný obyčejný řemeslník v malém kamrlíku. Kromě toho byla místní profesní skupina amsterdamských ranhojičů tak nevýznamná, že se spojila do jedné gildy se třemi dalšími bezvýznamnými řemesly: výrobci bruslí, výrobci dřeváků a holiči.

Až do 18. století tvořilo ošetřování ran a zlomenin a vypouštění hnisu většinu chirurgických zákroků. Tento nedlouhý seznam můžeme doplnit řezáním nebo vypalováním drobných, neobvyklých či bezvýznamných výrůstků, vředů a bradavic a pochopitelně pouštěním žilou – nejpopulárnějším chirurgickým zákrokem, který souvisí spíše s pověřčivostí než onemocněním. Shrňme-li to všechno dohromady, vidíme, že se jednalo o jednoduchý a celkem nudný obor. Kdybych byl tehdy chirurgem, určitě by mě to bavilo méně než teď.

S technickým pokrokem a zkušenostmi v chirurgickém oboru stoupala také rozmanitost obtíží, jež mohly být odstraněny chirurgickou cestou. Významnou příčinou mnoha typických chirurgických zákroků je jednoduše skutečnost, že člověk chodí zpříma. První krok, ke kterému došlo přibližně před čtyřmi miliony let, okamžitě přinesl spoustu problémů

dodnes zodpovědných za většinu ošetření chirurgickým zákrokem: křečové žíly, tříselná kýla, hemoroidy, kulhání, opotřebování kyčlí, pálení žáhy, natržení menisku – všechny souvisejí s chůzí po dvou nohách.

Dvě onemocnění, která v současnosti tvoří významnou součást chirurgie, trápí lidstvo v této míře teprve od nedávna – relativními nováčky jsou rakovina a ateroskleróza. V posledních staletích se tyto choroby vplížily do rejstříku nemocí vlivem nového životního stylu poznamenaného přebytkem kalorií a nadužíváním tabáku. Kromě toho se tato onemocnění vyskytují až v pozdějším věku, v předchozích dobách byl člověk mrtvý dřív, než stihl dostat rakovinu nebo než se mu ucply cévy.

Od devatenáctého století začali lidé stárnout. Příčinou je pozoruhodný vývoj, k němuž v tomto období v západním světě došlo a který pro moderní chirurgii znamenal víc než jakýkoliv velký objev nebo kterýkoliv významný chirurg: člověk se začal chovat čistotněji. Chirurgie se tím zásadně změnila. Je podivuhodné, že jméno oboru zůstalo stejné.

Je těžké vysvětlit, proč trvalo tak dlouho, než se hygiena a chirurgie daly dohromady. Na operačním sále osmnáctého století bychom se vyděsili k smrti. Křik a nářek musel být strašlivý, krev stříkala na všechny strany a zápach opalovaných pahýlů po amputaci byl na omdlení – jako v hororu. Zato při moderní operaci...

Pod pojmem *sterilní* se v chirurgii rozumí naprosto zbavený bakterií. Naše operační pláště, rukavice, chirurgické nástroje a materiály se sterilizují, to znamená zbavují veškerých bakterií a jiných patogenů. To se provádí vložením všech pomůcek do autoklávu, jakéhosi rychlovarného tlakového hrnce, kde na ně několik hodin působí pára a vysoký tlak, nebo se ozařují gama paprsky. Při operaci dodržujeme až s panickou důsledností sterilní zónu kolem operační rány,

Operační obuv, čepice a rouška

Moderní chirurg se pro výkon své práce převléká. V nemocnici nosí bílý doktorský plášť a na oddělení operačních sálů si obléká čistý modrý nebo zelený operační oblek s bílými sandály a operační čepici. Na operačním sále má chirurg roušku přes ústa, a když operuje, má přes operační oblek na sobě ještě sterilní operační plášť a sterilní gumové rukavice. Koncem devatenáctého století se zjistilo, že patogeny se mohou šířit i vzduchem nepatrnými kapénkami. Chirurg Johann von Mikulicz z Vratislavi se rozhodl, že bude při operaci nejen co nejméně mluvit, ale uváže si přes ústa roušku. Pravděpodobně to byl šátek uvázaný přes vousy, které tehdy chirurgové nosili. Operační čepicí si zakrývali vlasy. Podle von Mikulicze si na tyto pokrývky brzy zvykli a dýchání přes roušku jim nedělalo potíže. Napsal o tom v roce 1897 do odborného časopisu *Centralblatt für Chirurgie*: „Dýchá se nám stejně snadno jako dámě, která nosí na ulici závoj.“ Epidemie AIDS přispěla k tomu, že mnoho chirurgů dnes při operacích nosí i ochranné brýle, což se mnohdy špatně kombinuje s rouškou. Když rouška nepřiléhá k tvářím a nosu, brýle se orosí. Pro přesné operace se používají lupové brýle, někdy s lampou čelovkou. Nejtěžším kusem oblečení je olověná zástěra, která se obléká pod operační plášť při operacích, při nichž se používají rentgenové paprsky. Je těžká jako olovo a je v ní strašlivé vedro. Při moderní operaci voní na sále svěží dezinfekční prostředky, každá kapka krve, kterou pacient ztratí, je ihned odsáta a setřena, lékař a ostatní personál se mohou hlasitě dorozumívat, v pozadí je slyšet tlukot srdce uspaného pacienta a zapnuté rádio. Ale ten skutečně velký rozdíl mezi tenkrát a dnes je mnohem subtilnější, je to něco, čeho si nezasvěcený na první pohled nevšimne. Jsou to pravidla sterility, která tvoří základ moderního zdravotnictví.

z níž se nic nesmí dotknout čehokoliv mimo tuto zónu. Členové týmu musí být „sterilní“, to znamená, že jejich operační pláště a rukavice jsou absolutně bez bakterií. Aby takové zůstaly, je zapotřebí striktně dodržovat speciální choreografii při oblékání pláště a rukavic a při pohybu kolem pacienta: ruce se drží vždy nad úrovní pasu; když se dva míjejí, musejí se dívat jeden na druhého; lékař se musí celý otočit, když si zapíná plášť, a nikdy se nesmí otočit zády k pacientovi. Aby se omezil výskyt bakterií na celém operačním sále, má každý čepici a roušku, počet přítomných při operaci je omezený a dveře zůstávají pokud možno stále zavřené.

Všechna tato opatření vedla k viditelnému výsledku. Dřív bylo naprosto normální, že do tří dnů po operaci začal z rány vytékat hnis. To věděl každý chirurg. Proto se operační rány musely nechávat otevřené, aby hnis mohl snadno vytékat. Až po zavedení pravidel sterility bylo možné předcházet obvyklým infekcím ran, které se již po výkonu daly uzavřít. Novinkou v chirurgii tedy nebyla jen hygiena, ale výsledkem relativně nedávného vývoje je také zašití, uzavření rány.

Jací jsou ti chirurgové vlastně lidé? Jak si to člověk srovná v hlavě, že řeže do těla jiného člověka, i když ten nic necítí? Jak může klidně spát, když pacient po jeho operaci bojuje o život? Jak může pokračovat v práci, když mu nějaký pacient zemře pod nožem, přestože neudělal chybu? Jsou chirurgové šílení, úžasní, nemají svědomí, jsou to hrdinové, nebo magoři? Ta profese je plná rozporů. Operovat je krásné, ale odpovědnost je těžká jako olovo.

Chirurg je doslova součástí ošetřování pacienta. Konec konců – jeho ruce a jeho zručnost jsou nástroji ošetřování. Když nastanou problémy, chirurg si svou věc musí být jistý. Začne si totiž klást otázku: dopustil jsem se při postupu nějaké chyby, nebo jsem udělal všechno správně a potíže nastaly z nějakého jiného důvodu? Průběh každého onemocnění se

nikdy nedá naprosto přesně předvídat, ať je léčba sebelepší. Problémy mohou vzniknout také v průběhu nemoci. Ale chirurg si musí umět obhájit svůj postup sám před sebou, mnohem důkladněji než lékaři, kteří k léčbě nepoužívají vlastní ruce. Udělal jsem to nejlepší, co jsem mohl, a provedl jsem to správně? To je ustavičné pochybování, které většina chirurgů ukrývá za maskou sebejistoty. Chirurgové se odjakživa tvářili jako všemohoucí a nedotknutelní mistři svého oboru. Navzdory tomu je zevnějšek i těch nejsebevědomějších chirurgů pouhé zdání. Je to způsob, který jim pomáhá nést tíhu odpovědnosti a držet si od těla plíživý pocit neustálé viny. Motto zní: jedeme dál.

Každý chirurg má „na kontě“ pacienty, kteří jeho zákrok nepřežili, i když neudělal chybu. Přes takovou situaci se musí umět přenést, protože doslova za pět minut už má na operačním stole dalšího pacienta. Možná je na místě přirovnání ke strojvedoucímu, jenž někoho přejel a nemůže s tím nic dělat. Přesto vlaky jezdí dál. Jsou to dramatické události, které musí lékař podle okolností a podle příčiny operace více či méně snadno zpracovat. Pokud má pacient rakovinu nebo utrpěl úraz, není jiná možnost než operace. Jestliže jde o elektivní operaci, tedy zákrok, k němuž existuje i ne-chirurgická alternativa, nebo o operaci dítěte, přesvědčit sám sebe je mnohem těžší.

Důležitou roli samozřejmě hraje také chirurgova zkušenost. Provedl takovou operaci už pětkrát nebo pětsetkrát? Každý zákrok má takzvanou křivku učení, to znamená, že v prvních případech je ještě značná pravděpodobnost komplikací, která klesá s přibývajícimi zkušenostmi. Ale každý chirurg musí svou křivkou učení projít, jinak to nejde. Uvědomovali si to moji první pacienti, když jsem jako chirurg začínal? Chirurg Charles-François Félix de Tassy jistě nebyl ve svém oboru začátečník, ale v době, kdy se mu Ludvík XIV. svěřil se

svým problémem, operaci anální píštěle ještě nikdy předtím nedělal. Požádal krále o půl roku času a provedl zákrok nejprve na 75 anonymních pacientech, než si troufl na Ludvíka. Jak asi vypadala jeho křivka učení?

Chirurg musí vydržet i fyzickou námahu – operovat několik hodin po sobě, ve stresu a v časové tísní, většinou ve stoje a bez stanovené pauzy, držet noční služby a ráno většinou nastoupit na další směnu, vést mladé chirurgy, řídit tým, být přátelivý k okolí, psát propouštěcí zprávy, sdělovat nepřijemné zprávy, dodávat naději, vždy zapisovat, co dělá a říká, zevrubně vysvětlit, v čem je problém, a přesto nikdy nenechat dalšího pacienta příliš dlouho čekat v čekárně.

Nezdary jsou naštěstí kompenzovány vděčností pacientů nebo jejich blízkých a tvrdou práci vyvažuje radost z operování. Operace je komplexní výkon, ale je to také krásná činnost. Většina operatérových úkonů je elementární, naučili jsme se je už v mateřské škole: stříhat, řezat, lepit a postupovat pěkně podle stanovených linií. Kdybych si jako dítě nehrál se stavebnicí lego a nesestavoval s potěšením i jiné kostky, nikdy bych nebyl vhodným adeptem na zručného chirurga.

Kromě vděčnosti pacientů a potěšení z operování je na chirurgii krásná ještě jedna věc. Je to hledání příčiny pacientových obtíží. Pátrání po souvisejících problémech a konzultace s kolegy o co nejlepším řešení tvoří vítané rozptýlení od starosti o pacientův stav.

Tohle všechno možná na lidi, kteří s chirurgií nemají nic společného, působí trochu magicky – odpovědnost, zručnost, energické rozhodování a znalosti lékaře, jenž dokáže vlastníma rukama zachránit člověka. Proto se o chirurgích většinou píše a mluví s respektem, jako by všichni byli hrdinové, kteří se navzdory protivenstvím a komplikovaným okolnostem snaží se skalpelem v ruce pomoci svému bližnímu. Mnohdy tento obrázek s realitou nesouhlasí. Chirurgové

jsou nezřídka lidé lehkomyšlní, naivní, jedovatí, obhroublí nebo chtiví slávy či peněz. Koneckonců jsou to také jenom bytosti z masa a kostí. O chirurzích, jež se zapsali do dějin, však většinou platí, že to byli úctyhodní, vynalézaví, energičtí, soucitní a šikovní lidé.

V této knize se kriticky a bez magie pokouším na případech slavných pacientů, proslulých chirurgů a pozoruhodných operací přiblížit dějiny svého oboru. Není to snadný úkol, protože chirurgie je nejen zajímavý a napínavý obor, ale především obor velmi technický. Zabývá se komplexními detaily stavby a fungování lidského těla a k tomu patří nezasvěceným takřka nesrozumitelný žargon. Nezasvěcení čtenáři asi nebudou hned v první chvíli vědět, co znamená „akutní aneurysma břišní aorty“, „perforace sigmatu“ nebo „resekce B II“. Nelze žádat od každého, aby věděl, co znamená „perkutánní přístup“, „laryngoskop“, „subfrenický absces“, „stadium T1N0M0 maligního melanomu“ nebo „resekce podle Hartmanna“. Chirurgické pojmy je proto třeba vysvětlit, aby každý pochopil pointu příběhu. Tyto příběhy nevyprávějí jenom o historii chirurgie, ale také o tom, jak je naše tělo složené, jak funguje a co s tím chirurg může dělat.

Některé chirurgické pojmy nelze snadno přeložit do běžného jazyka, a proto potřebují vysvětlení. Latinské slovo *incize* znamená řez, doslova „vřez“, a *resekce* znamená odstranění. *Trauma* je poranění nebo úraz způsobený zvnějšku (trauma může být také psychické, po nějakém děsivém zážitku, ale to se v chirurgii nezmiňuje). Výraz *traumatický* v chirurgii znamená úrazový, něco se pokazilo. Slovo *indikace* je v chirurgii „důvod pro operaci“ a *komplikace* je nežádoucí problém.

Příběhy představené v jednotlivých kapitolách neposkytují kompletní přehled o vzniku a vývoji chirurgie, ale mohou nastínit, o co v chirurgii šlo a jde. Co je chirurgie? Jaký význam měla dřív? Jak funguje operace? Kdo nebo co je

k tomu potřeba? Jak reaguje tělo na zásah nožem, na vniknutí bakterie, rakovinné buňky nebo kulky? Co se děje při šoku, rakovině, infekci a jak probíhá hojení rány a kosti? Co lze a co nelze operací opravit? Jak je třeba přesně postupovat, chceme-li zachránit lidský život? Kde se vzaly nejčastější operace a kdo je vymyslel? Ve většině kapitol jde o operace slavných lidí a dozvíte se v nich věci, o nichž jste patrně neměli tušení. Věděli jste například, že Albert Einstein žil mnohem déle, než se předpokládalo? Že Houdini naposledy vystupoval se zánětem slepého střeva, že angličtí králové se nejraději nechávali operovat ve vlastním paláci, že císařovna Sissi podlehla v šedesáti letech bodným zraněním po útoku atentátníka, že Johna F. Kennedyho a Lee Harveyho Oswalda operoval stejný chirurg nebo že si jeden kovář z Amsterdamu kdysi sám vyřízl kámen z močového měchýře? Věděli jste, že jeden operovaný byl po celou dobu operace pod proudem a že chirurgové si myjí ruce teprve 150 let?

Některé příběhy jsou mi obzvlášť drahé. Třeba ten o Janu de Dootovi z Amsterdamu s jeho močovým kamenem, protože sám také žiju v Amsterdamu, nedaleko od místa, kde si Jan kámen vyřízl; příběh o obžerství papežů, protože operace pacientů se závažnou nadváhou je jednou z mých specializací; ten o perském šáhovi, protože, kdysi a nakrátko, jsem směl být chirurgem jeho šarmantní vdovy; příběh o Peteru Stuyvesantovi, protože jsem několik let pracoval jako chirurg na nádherném ostrově Svatý Martin; a ten o laparoskopii, protože jsem jako asistent byl u toho, když můj šéf poprvé v historii použil při operaci techniku telechirurgie. A kromě toho žil v Amsterdamu před mnoha a mnoha lety jiný chirurg, který také napsal knihu o různých pozorováních v chirurgické praxi. Byl to Nicolaes Tulp, muž, jehož zvěčnil Rembrandt na svém obraze „Anatomie doktora Tulpa“. Tulp svoje *Observationes Medicae* zakončil kapitolou o šimpanzovi. Inspirován

amsterdamským kolegou jsem poslední kapitolu této knihy také napsal o jednom pozoruhodném zvířeti.

Tulp věnoval svou knihu svému synovi. Já tu moji věnuji svým dětem, Viktorovi a Kimovi, které často o večerech a o víkendech musím opustit, abych v nemocnici mohl ope-rovat dalšího pacienta.

Arnold van de Laar, chirurg v Amsterdamu, 2014



*Jan de Doot se svým močovým kamenem a nožem,
Carol van Savoyen, 1655 (S poděkováním Anatomickému muzeu
Leidského univerzitního lékařského centra).*

Litotomie

Kámen Jana de Doota, kováře z Amsterdamu

Aeger sibi calculum praecidens – doslova přeloženo „nemocný, který si sám zepředu vyřízl kámen“. Tak zní atraktivní titul jedné kapitoly v knize Nicolaese Tulpa, mistrného chirurga a primátora Amsterdamu v sedmnáctém století. Tulp ve svém díle popisuje nejvýraznější anomálie a kuriozity ze své praxe amsterdamského chirurga, jako například „dvánáctidenní škytavka“, „odumření palce u nohy po pouštění žilou“, „prapodivná příčina dýchacích obtíží“, „těhotná žena, která snědla 1400 slanečků“, „provrtaný šourek“, „červi v moči každý den“, „anální bolest čtyři hodiny po stolici“, „muňky“ nebo hrůzostrašná „kyčel spálená železem“. Svou knihu – zamýšlenou pro kolegy-chirurgy a mediky – napsal pod názvem *Observationes Medicae* latinsky. Aniž by o to usiloval, kniha postřehů ze světa medicíny byla přeložena do nizozemštiny a stala se bestsellerem pro čtenáře-laiky. Jeho popis operace kováře Jana de Doota, který si sám odstranil močový, nebo chcete-li ledvinový kámen, patrně zaujal nejvíce, neboť Jan, po úspěšném zákroku, je vyobrazen na titulní straně.

Při popisování kovářova zákroku se Tulp musel červenat do kořínků vlasů, vždyť to znamenalo, že muž ztratil důvěru v Tulpovu profesi a musel doslova vzít záležitost do vlastních rukou. Už příliš dlouho ho trápily bolesti způsobené močovým kamenem. Dvakrát už de Doot hleděl smrti do očí, když si kámen nechával odstranit chirurgem, ale dvakrát se zákrok nepovedl. Operace se jmenuje litotomie, doslova řez kamene. Mortalita – to znamená úmrtnost – při tomto zákroku byla tehdy čtyřicet procent. Nejdůležitějším atributem úspěšné praxe vyřezávačů kamenů byl v těch dobách rychlý kůň, který člověka co nejrychleji odveze co nejdál, ještě než ho příbuzní začnou volat k odpovědnosti. Obor vyřezávání kamenů, stejně jako trhání zubů a odstraňování šedého zákalu, byl samozřejmě cestovním oborem. Pěkné na něm bylo to, že v každé vesnici se našli ubožáci, kteří svými neduhy trpěli tolik, že chtěli podstoupit riziko, a dokonce za to ještě hodlali zaplatit.

Už dvakrát se de Doot rozhodl k operaci se čtyřicetiprocentní šancí na úmrtí, což je ze statistického hlediska v součtu dokonce čtyřiašedesátiprocentní riziko! Bylo tedy jen čiré štěstí, že Jan ještě nezemřel. Nebo za to snad mohla panika, která se ho zmocnila ještě dříve, než byly obě operace dokončeny, a přiměla ho k úprku před vyřezávači kamenů a jejich asistenty.

Trápení ale bylo veliké, bolesti pokračovaly a bezesné noci nebraly konce. Močové kameny se vyskytují v celé historii lidstva. Byly nalezeny ve starých mumiích a o jejich odstraňování se dozvídáme i z těch nejstarších pramenů. Bolest způsobená ledvinovými kameny patřila stejně jako svrab a průjem ke každodenním, všudypřítomným strastem, jaké lze přirovnat k dnešním bolestem hlavy, bolestem zad nebo dráždivému tračníku.

Močové kameny vznikají působením bakterií a tehdy souvisely s nedostatečnou hygienou. Tady je třeba připomenout

běžně rozšířený omyl, že moč je cosi nečistého. Za normálních okolností je žlutá tekutina od svého vzniku v ledvinách po okamžik vypouštění močovou trubicí z těla zcela prostá jakýchkoliv choroboplodných zárodků. Bakterie v moči nejsou normálním jevem. Pokud se ale do močového měchýře dostanou, vyvolávají zánět, při kterém se může vytvořit usazenina, písek, o kterém zpočátku člověk nemá tušení a který je tak jemný, že ho z těla vypudí s močí. Ovšem v případě výskytu několika infekcí po sobě se usazený písek zvětší natolik, že už nemůže protéct močovou trubicí z těla ven. Tak vznikne kámen. A jakmile se v močovém měchýři utvoří kámen, který nemůže ven, pak se ten kámen na oplátku postará o vznik další infekce v močovém měchýři. Když člověk jednou takovou věc získal, už se jí nikdy nezabavil. Při každém dalším zánětu močového měchýře se kámen zvětšoval. Močové kameny jsou typicky složené z několika vrstev, jako cibule.

Proč byl močový kámen ve zlatém sedmnáctém století tak častým jevem a dnes už není? Amsterdamské domy byly studené, vlhké a táhlo v nich. Vítr se proháněl škvírami v okenních rámech, cihlové zdi byly stále mokré od vzlínající vlhkosti a sních profukoval pode dveřmi až dovnitř. Proti tomu se nedalo bojovat topením. Naši předkové proto nosili teplé a tlusté oblečení ve dne i v noci. Portréty, které namaloval Rembrandt van Rijn, ukazují lidi v kožichu, s kožešinovou čepicí na hlavě. Holanďané v sedmnáctém století žili jako Eskymáci, s tím rozdílem, že si nemohli dopřát každodenní koupel v čisté vodě. Voda v kanálech se mísila se splašky, plavaly v ní mrtvé krysy i lidské výkaly a koželužové, pivovarníci a barvíři do ní vypouštěli jedovatý odpad. Kanály ve čtvrti Jordaan nebyly ničím jiným než prodloužením mnoha bahnitých, močálovitých příkopů z okolních pastvin, jimiž kravský hnůj pomalu protékal do řeky Amstel. V takové břečce se nikdo nemohl

vykoupat ani vyprat prádlo. A nezapomeňme, že tehdy také ještě bohužel neexistoval toaletní papír.

A tak zůstávala místa mezi hýžděmi, trísla a intimní partie lidí navlečených do tlustých vrstev šatstva stále špinavá. Močová trubice byla pro bakterie jen nepatrnou překážkou na cestě do močového měchýře. Nejlepším prostředkem

Hippokrates a vyřezávač kamenů

V Hippokratově přísaze vyzývají mladí doktoři bohy a skládají jim několik slibů vycházejících ze čtyř základních principů jejich oboru: povinnost pomáhat (snaž se vykonat vždy to nejlepší pro všechny nemocné), profesní étos (respekt a kolegiálnost), lékařské tajemství (soukromí a diskrétnost) a všezahrnující princip *primum non nocere* (především neuškodit). Podle Hippokrata těmto podmínkám vyříznutí močového kamene neodpovídalo. Ve své přísaze naléhavě žádá lékaře, aby vyříznutí kamene přenechali jiným. V současnosti se tato specifická pasáž interpretuje jako výzva ke specializaci (odkaž pacienta na specialistu, když sám nemáš potřebnou zkušenost a znalost), ale to je ve skutečnosti nesmysl. Hippokrates to myslel přesně tak, jak to napsal. Řezače kamenů svým varováním vymezil mimo zdravotnické služby, začlenil je do stáda trhačů zubů, věštců, travičů a jiných šarlatánů. To bylo v jeho době zcela oprávněné. Přestože močový kámen mohl život velmi znepříjemnit, neumíralo se na něj, zatímco riziko úmrtí při jeho vyříznutí bylo pravděpodobně mnohem vyšší než šance na přežití a život bez kamene. Od té doby se riziko operace zmenšilo jistě stokrát. Proto už není strach z chirurgického řešení oprávněný, dokonce ani u nemocí ohrožujících lidský život. Hippokrates ani nesnil o chirurgických zákrocích, které nejenže životy zachraňují, ale také zlepšují jejich kvalitu.

proti takovému útoku zvenčí je co nejčastější močení, aby se močové cesty a měchýř vyčistily. K tomu je zapotřebí zvýšený příjem tekutin, ale těch pitných také nebyl dostatek. Voda z pump byla k přímému požití naprosto nevhodná, nejbezpečnější způsob, jak dostat vodu do těla, proto představovaly polévky. Kromě nich bylo neškodné víno, ocet a pivo. Odhaduje se, že běžný dospělý Holanďan kolem roku 1600 vypil průměrně přes litr piva denně. Záněty močového měchýře se proto vyskytovaly už od dětských let a kameny mohly v klidu narůstat po celý lidský život.

Zánět močového měchýře sám o sobě má tři nepříjemné příznaky: polakisurie (nutkání k močení), časté močení a pálení a řezání při močení. Protože Tulp Janův čin popsal jako neslýchaný husarský kousek, lze předpokládat, že jej močový měchýř trápil už tak strašlivě, že sebral odvalu a rozřízl sám sebe. Jaké bolesti, přesahující obvyklé obtíže při zánětu močového měchýře, musel kámen kováři působit, že ho dohnal k tak zoufalému činu?

Při ústí močového měchýře, u močové trubice, se nachází cosi jako tlakový senzor. Když za normálních okolností tuto oblast dráždí plný měchýř, člověk cítí nutkání k močení. Ale i kámen ležící na dně močového měchýře vyvolává nutkání, ať už je měchýř plný nebo prázdný. A když pak člověk chce močit, kámen uzavře vývod měchýře, takže z něj nevyjde téměř nic. Člověk tlačí na kámen stále silněji, ale i nutkání je stále silnější. Větší tlak, větší podráždění, ale žádné vyprázdnění. Člověk tlačí ještě víc a všechno se opakuje, až k zbláznění. O císaři Tiberiovi je známo, že jako metodu mučení používal podvázání penisu, což vedlo k podobným obtížím. Když něco takového člověka trápí ve dne v noci, pocit plného měchýře, i když je prázdný, co je pak proti tomu čtyřicetiprocentní mortalita?

Stejně jako se močové kameny vyskytovaly už ve starověku, od nepaměti existovali lidé, kteří se věnovali jejich

odstraňování z těla. Řek Hippokrates už v pátém století před naším letopočtem ve své přísaze zmiňuje obor vyřezávač kamenů. Přísaha hovoří o všem, co musí dobrý lékař splňovat. Vyřezávače kamenů uvedl Hippokrates jako příklad toho, co lékař udělat nemůže: překročit základní zásadu medicíny. Ať lékař dělá cokoli, především nesmí uškodit. Skutečnost, že otec medicíny uvádí tento příklad porušení pravidel tak explicitně, jasně vypovídá o pohromách, jaké už ve starém Řecku dokázali vyřezávači kamenů napáchat.

Někdo, koho močový kámen nikdy netrápil, si těžko dokáže představit, jak by měl vést nůž, aby jím kámen mohl vyříznout. Ale protože je kámen, který uzavírá vývod močového měchýře, stlačován dolů, postižený nešťastník jako Jan de Doot může velmi přesně vycítit, že se k němu nejlépe dostane dole, mezi šourkem a řitním otvorem. Tato oblast se jmenuje perineum. Znalec anatomie lidského těla by tam dole nikdy řezat nezačal, protože v blízkosti leží cévy a svěrače. Jistě by bylo jednodušší dostat se k měchýři shora, tam je ale zase nebezpečně blízko břicho a střeva. Protože vyřezávači kamenů nebyli žádní anatomové, ale zruční chlapíci, kteří si s problémem velkou hlavu nedělali, řezali v dolní části směrem přímo ke kameni a nezamýšleli se nad tím, jaká škoda na funkci močového měchýře může vzniknout. Většinu jejich obětí, které zákrok přežily, po něm postihla inkontinence.

V dobách Jana de Doota byly známy dva způsoby vyříznutí kamene. „Malá“ operace, při níž se používal *apparatus minor*, malá výbava s malým souborem instrumentů, a „velká“ operace s velkou výbavou – *apparatus major*. První metodu popsal jako první římský encyklopedista Aulus Cornelius Celsus v prvním století našeho letopočtu, ale tehdy se už staletí aplikovala. Princip malé operace je jednoduchý. Pacient leží na zádech se zdviženými nohama, v poloze, které se ještě

stále podle této operace říká *pozice litotomická*. Vyřezávač kamene strčí svůj levý ukazováček do pacientova řitního otvoru. Tím nahmatá na přední straně konečníku kámen v močovém měchýři. Přitahuje ho k sobě, tedy směrem k perineu. Požádá pacienta nebo někoho jiného, aby zvedl a přidržel šourek, a provede řez nožem napříč mezi šourkem a řitním otvorem až ke kameni. Pak nechá pacienta, aby kámen vytlačil. Ten, kdo provádí zákrok, nebo jiná osoba, může pacientovi pomoci tím, že mu tlačí na břicho, případně může použít hák k vytažení kamene. Když se až dosud dílo podaří, musí chirurg ještě pacienta zachránit před smrtí vykrvácením. Tlačí na ránu tak dlouho, jak jen to je možné.

Tento zákrok byl ovšem proveditelný jenom u mužů, a to pouze do věku přibližně čtyřiceti let. Kolem tohoto věku totiž oteče jedna žláza, která při zákroku brání řezu. Proto se jmenuje žláza předstojná – vůči kameni „stojí vpředu“, latinsky doslova *pro-status*, prostata.

V roce 1522 popsal Marianus Sanctus Barolitanus „velkou“ operaci, novou metodu, kterou vyvinul jeho učitel Giovanni Romani z Cremony. Místo přitažení kamene k nástroji jsou instrumenty zavedeny ke kameni. Pro tento podle něj pojmenovaný „mariánský zákrok“ bylo třeba množství nástrojů, proto termín *apparatus major*. Dostatečným důvodem k omdlení nebo změně záměru byl už sám pohled na množství rozmanitých, většinou kovových nástrojů. I „velká“ operace se prováděla v litotomické pozici, ale šourek se nemusel přidržovat. Do močového měchýře se penisem zavedla ohnutá tyčinka. Vertikální řez se vedl středem perinea k tyčince, mezi penisem a šourkem. Vzniklou ránou se poté až do měchýře vsunul „nákrčník“, instrument ve tvaru žlábků, a skrze něj se pak kámen pomocí roztahovačů, kleští a háků po kusech odstraňoval. Předností této „velké“ operace byla malá rána a menší pravděpodobnost inkontinence.

De Doot neměl k dispozici všechny tyto složité instrumenty, byl tedy nucen provést jednoduchý zákrok. Použil jenom nůž a provedl „malou“ operaci s velkou, příčnou incizí. Nůž si kovář vyrobil potají sám, a než přistoupil k zákroku, poslal svou nic netušící ženu pod nějakou záminkou na rybí trh. To nebyl zanedbatelný faktor. Dne 5. dubna roku 1651 byl tedy zákroku přítomen pouze jeho učedník, který mu přidržel zvednutý šourek. Tulp píše, že kámen uchopil levou rukou, *scroto suspenso a fratre* (šourek bratrem zdvižený), *uti calculo fermato a sua sinistra* (aby kámen mohl být uchopen levou rukou). Z této kuchyňské latiny není zřejmé, který z obou mužů vstrčil do Janova konečníku ukazovák levé ruky. Pravděpodobně se Jan pokusil všechno provést sám, zatímco jeho učeň s rostoucím úžasem pouze přihlížel. Jan řízl třikrát, ale rána nebyla dostatečně široká. Proto do rány strčil dva prsty (tedy i svůj ukazovák) a roztrhl ji ještě o kousek. Bolest ani krvácení nebyly značné, protože použil staré jizvy po zákrocích, které absolvoval v mladších letech. Po silném tlačení a podle doktora Tulpa spíše s přispěním štěstí než rozumu se kámen za velkého rámusu a láteření konečně dostal ven a padl na podlahu. Byl větší než slepičí vejce a vážil něco přes sto gramů. Kámen a Janův nůž zobrazuje v Tulpově knize rytina. Je na ní zřetelně vidět podélný zářez na vejčitém tvaru, pravděpodobně způsobený nožem.

Rána byla obrovská, nakonec ji stejně musel ošetřit ranhojič. Ještě dlouho po zákroku hnisala, vytvářely se píštěle. Na Janově portrétu, který čtyři roky po tomto hrdinském činu vytvořil Carol van Savoyen, stojí (nesedí) Jan se ztuhlým úsměvem na rtech, s kamenem v jedné a s nožem v druhé ruce.

Primitivní řez středem perinea nedlouho po Janově zoufalém činu nahradily jiné metody, které bohužel ještě dlouhou dobu ohrožovaly pacienty na životě. Ve stejném roce, kdy si

Jan de Doot vyřízl kámen ze svého močového měchýře, se ve Francii narodil jistý Jacques Beaulieu, jenž pod jménem Frère Jacques na svých cestách po Evropě prováděl „velkou“ operaci přístupem ze strany. Počátkem osmnáctého století udělal slušnou kariéru v Amsterdamu. Díky tomu se snižovala mortalita a ubývalo komplikací, řez se zmenšoval a chirurg mohl při vytažení kamene pracovat s větší přesností. V roce 1719 provedl John Douglas první *sectio alta*, „vysoký řez“, přes spodní část břicha. Tento přístup byl dosud považován za tabu kvůli Hippokratově varování. Hippokrates se domníval, že poranění horní strany měchýře je vždy smrtelné. Neměl pravdu. V devatenáctém století odstraňování močového kamene vyříznutím zcela vytlačila *transuretrální litotripse*, což je komplikovaný název pro roztříštění (tripse) kamene (litho) přes (trans) močovou trubici (urethra). Chirurg vsune penisem do močového měchýře úzké, skládací kleštičky a struhadla a naslepo, jen podle pocitu uchopí kámen, rozštípe ho a rozmělní. V roce 1879 byl ve Vídni vynalezen cystoskop, optický nástroj, který se zasune močovou trubicí přímo do močového měchýře, takže rozdrcení a odstranění močových kamenů je mnohem snazší. Nejlepším postupem je ale prevence. Moderní zvyk – denně čisté spodní prádlo – znamená pro tato lidská trápení mnohem víc než vynález sebelepší nové operační techniky. Proto se vyříznutí močového kamene provádí už jenom zřídka a vlastně už nikdy přes perineum. Kromě toho tato operace opustila hájemství chirurgie a nyní spadá do speciální oblasti urologie.

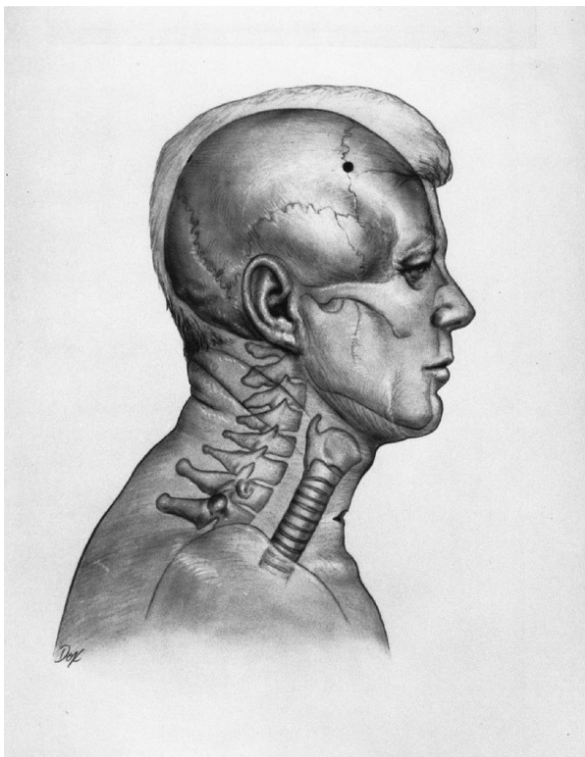
Pro toho, kdo by přece jenom chtěl pocítit, co znamenalo provádět litotomii mezi nohama, zhudebnil francouzský hudební skladatel Marin Marais v roce 1725 „velkou operaci“, kterou sám podstoupil, od začátku do konce. Skladba pro violu da gamba v e moll se jmenuje „Tableau de l'opération de la taille“. Trvá tři minuty a popisuje operaci ve čtrnácti

krocích z pacientovy perspektivy: pohled na nástroje, úlek, rozechvění, odhodlaný krok k operačnímu stolu, vyšplhání na stůl, slezení dolů, rozmyšlení, návrat a přivázání ke stolu, incize, zavedení kleští, vytažení kamene, téměř ztráta hlasu, krvácení, odvázání a uložení na lůžko.

Jan de Doot se stal slavným v celé zemi. Mnoho lidí ho pravděpodobně považovalo za blázna. Už měsíc po operaci, 31. května 1651, si v Amsterdamu nechal svůj čin úředně ověřit notářem Pieterem de Barym. Ten zaznamenal, že „Jan de Doot, bytem v *Engelsche steeg*, stáří kolem 30 let...“ si svépomocí vyňal kámen a o svém činu složil také báseň „... vlastní rukou napsanou, ve verších vyvedenou nebo komponovanou“. Hrdý kovář napsal:

*Jaký to úžas kol kolem
nad mým šťastným skalpelem!
Řez vykonán byl lidskou rukou,
Bohem veden se zárukou,
Bůh pak v nouzi nejvyšší,
vrátil de Doota mezi nejbližší.*

Co si asi pomyslela de Dootova žena, když se vrátila z nákupů?



Důkazní dokument JFK F-58 z vyšetřování vraždy prezidenta Kennedyho. Autorkou lékařských kreseb je Ida Doxová. Zobrazují vstřel i výstřel z lebky nebo schéma tracheotomie.

Asfyxie

Tracheotomie století: prezident Kennedy

Jednoho pátečního listopadového poledne byl na urgentní příjem jedné nemocnice přivezen pětáctýřicetiletý muž se zející střelnou ránou na hlavě. Z rány vytékala krev i mozková tkáň. Ostatní pacienti byli z oddělení okamžitě odvezeni. S raněným člověkem se dovnitř dostala skupina rozrušených lidí z jeho doprovodu, novinářům není vstup povolen. Raněného doprovází jeho manželka. Obličej má potřísněný krví. Nosítka projíždějí na ošetřovnu, za nimi zaklapnou dveře. Pacient zůstává o samotě s lékařem a se sestrou, manželka čeká na chodbě přede dveřmi.

Službu konajícím lékařem je Charles Carrico, druhým rokem asistent na chirurgii. Okamžitě raněného poznává. Leží před ním prezident Kennedy, zalitý krví, s velkou dírou v hlavě. Je v bezvědomí a skoro nedýchá. Jeho tělem probíhají pomalé, táhlé pohyby. Nemůže dýchat! Carrico mu okamžitě přes ústa zavede endotracheální trubici. Za pomoci laryngoskopu, zahnutého nástroje s lampičkou, pronikne až do zadní části ústní dutiny, odsune jazyk stranou a roztáhne hltan co nejvíce, aby viděl na epiglottis. S trochou štěstí jsou vidět

i hlasivky, mezi něž se mu podaří prostrčit trubici z umělé hmoty. Plíce potřebují vzduch, teprve potom se může postarat o ostatní zranění. Z malé rány uprostřed krku pomalu vytéká krev. Dveře se otevírají, z chodby je slyšet hluk. Dovnitř přichází doktor Malcolm Perry, chirurg, který má právě službu.

Jak je všeobecně známo, pacient nepřežil. Zemřel ještě na sále urgentního příjmu. Doktor James Humes, vojenský lékař a patolog, provedl téhož večera a daleko odtud, v nemocnici Bethesda Naval Hospital ve Washingtonu, pitvu těla, které tam bylo letecky narychlo přepraveno. Uvědomoval si, že je to pitva století. Nemohl si dovolit chybu, přítomno bylo navíc mnoho lidí, jež se mu dívali pod prsty, muži v tmavých oblecích, které nikdo neznal. Před doktorem Humesem neleželo jen mrtvé tělo, ale zároveň i nejdůležitější důkaz toho, co se toho dne přesně odehrálo – a to byla záležitost státního významu. Jestliže rány přišly ze stejného směru, atentát mohl spáchat jenom jeden člověk, v nejlepším případě to byla akce osamělého šílence. Pokud však výstřely přišly z více směrů, pak to znamenalo, že šlo o koordinovaný útok s více střelci, v nejhorším případě pokus o převrat.

Ale Humes měl od začátku problém. Na rentgenovém snímku nebyla vidět žádná kulka v těle. Všechny kulky tedy musely tělem projít, každá zanechala jeden otvor po vstřelu a jeden po výstřelu z těla. Přesto nenašel sudý počet střelných ran, ale lichý. Tři. Dvě z nich ležely jednoznačně v jedné přímce, malá rána v zadní části hlavy a velká rána na pravé straně hlavy. Třetí otvor byl malá střelná rána na zádech, napravo dolů od šíje. Mohla to být rána vstřelu, protože byla tak malá. Rány vstřelu jsou vždycky menší než rány, kterými střely vycházejí z těla ven. Ale rána výstřelu způsobená kulkou s velkou rychlostí může vypadat stejně. V obou případech ale zůstávala otázka, kde je odpovídající druhá rána, ať už vstřelu nebo výstřelu. Ta nebyla v těle k nalezení.

Kennedyho v úřadu nahradil viceprezident Lyndon Baines Johnson. Přísahu složil ještě téhož dne na palubě prezidentského letadla, kterým byl mrtvý prezident Kennedy převážen z Dallasu do Washingtonu. Jedním z prvních činů ve funkci prezidenta, přesně týden po Kennedyho smrti, bylo sestavení prezidentské vyšetřovací komise pod vedením předsedy Nejvyššího soudu Earla Warrena, která měla za úkol atentát vyšetřit. Warrenova komise vyslýchala i lékaře. Závěrečná zpráva je veřejná a zápisy z výslechů lékařů jsou volně dostupné na internetu. Z jejich výpovědí lze dospět k těmto závěrům:

John F. Kennedy byl osm minut po zasažení střelami v Dallasu přijat v ošetrovně č. 1 traumatologického oddělení nemocnice Parkland Memorial Hospital zdravotní sestrou Margaret Henchcliffeovou a asistentem chirurgie Charlesem Jamesem Carricoem, jenž okamžitě aplikoval endotracheální trubici a připojil prezidenta k dýchacímu přístroji. V tom okamžiku se na oddělení dostavil čtyřiatřicetiletý chirurg Malcolm Oliver Perry. Stejně jako Carrico viděl, že se prezident dusí. Prohlédl malou ranku na krku, ze které pomalu vytékala krev. Na rozhodnutí měl jen zlomek vteřiny. Co se vlastně stalo?

Prezident byl v bezvědomí, ale hrudník se mu pohyboval pomalu nahoru a dolů. To nebyly – ani s pomocí endotracheální trubice – normální dýchací pohyby. Trubice buď dobře nepřiléhala, nebo šlo ještě o něco jiného. O pneumotorax, tedy plicní kolaps, nebo hemotorax, nashromážděnou krev v hrudní dutině. A pak ta rána. Byla poraněna dýchací trubice? Jestli není Carricova trubice v dýchací trubici, proč tou malou rankou na krku neunikají bubliny? A co když trubice není dobře umístěná, takže neústí do dýchací trubice, ale do jícnu? Tady je třeba okamžitě jednat.

Doktor Perry vzal nůž a provedl tracheotomii. Tento výraz znamená doslova „proříznutí průdušnice“: doslova řez (z řeckého základu *tomy*-) se provádí do krku až k průdušnici

(*trachea*), aby se do plic dostal vzduch. Vzniklým otvorem se dolů do průdušnice prostrčí speciální trubice, tracheostomická kanyla. Ale přesně na místě, kde se musí provést řez pro tracheotomii, byla ta malá střelná rána, uprostřed krku, pod ohryzkem na průdušnici. Perry proto ke své tracheotomii tento otvor použil, nožem jej horizontálně prodloužil v obou směrech. Tak se stalo, že zmizela čtvrtá rána po kulce a patolog Humes ji nenašel.

Po doktoru Perrym přiběhli na traumatologii další lékaři. První dva chirurgové, doktor Charles Baxter a doktor Robert McClelland, mu okamžitě při tracheotomii začali pomáhat. Zatímco zasouvali tracheostomickou kanylu do průdušnice, umístili po obou stranách kanyly hrudní drény, jeden nalevo a druhý napravo. Hrudní drén je plastická trubice, která se vkládá mezi žebra napříč hrudní stěnou, aby se odsával vzduch a krev v okolí plic, pokud by se nahromadily v plicích nebo hrudní dutině. Anesteziolog se postaral o dýchací přístroj, srdeční činnost kontroloval elektrokardiograf a do pacientových žil byly zavedeny infuze, aby přiváděly krev a tekutiny. Pacient dostal krev skupiny 0 a Ringerův roztok, směs vody a minerálů.

V čele nosítek se o poranění na prezidentově hlavě staral neurochirurg, doktor William Kemp Clark. Protože stál na příhodném místě, byl požádán, aby vytáhl trubici z pacientových úst, aby doktor Perry mohl místo ní zavést do průdušnice tracheostomickou kanylu. Clark při tomto úkonu spatřil krev v hrdle. Lékaři zavedli také žaludeční sondu, trubici procházející jícnem do žaludku. Navzdory všem snahám se dýchání nezlepšilo. Prezident ztratil z rány na hlavě spoustu krve. Jedna sestra se pokusila zastavit krvácení z rány gázou. Lékaři viděli krev a mozkovou tkáň na zemi i na nosítkách. Po pokusech o obnovení dýchání se zastavuje srdeční činnost. Clark a Perry okamžitě zahajují masáž srdce, ale ta způsobuje ještě