

Introduzione

Stavo chiacchierando con un vecchio compagno di medicina, attualmente chirurgo generale a San Francisco. Ci scambiavamo racconti di guerra, come capita spesso tra colleghi. Una delle storie di John riguardava un tipo che era arrivato la notte di Halloween con una ferita di arma da taglio. Veniva da una festa in costume. Era scoppiata una rissa, ed eccolo al pronto soccorso.

Le condizioni erano stabili, respirava normalmente, non aveva dolore, era solo sbronzo e farfugliava frasi sconnesse agli operatori del Trauma team. Gli levarono i vestiti tagliandoli con le forbici e lo esaminarono da capo a piedi, davanti e dietro. Era di corporatura media, sui settanta chili, un po' sovrappeso nel girovita. Fu lí che trovarono la ferita, un taglio di cinque centimetri nel ventre, una nitida fessura rossa, aperta e sporgente come la bocca di un pesce. Dal taglio spuntava una sottile striscia giallo senape di grasso omentale: proveniva dall'addome interno, non era il giallo chiaro del grasso sottocutaneo. Occorreva trasferirlo in sala operatoria, controllare che non ci fossero lesioni intestinali e suturare il piccolo squarcio.

– Niente di grave, – disse John.

Se fosse stata una brutta ferita, nella sala operatoria ci si sarebbero precipitati – la barella che vola, le infermiere che corrono a preparare la strumentazione chirurgica, gli anestesisti che tralasciano la revisione in dettaglio dei referti. Ma non si trattava di una brutta ferita. Avevano tempo, erano tutti d'accordo. Mentre preparavano la sa-

la, l'uomo rimase ad aspettare disteso sulla barella lungo il muro intonacato dell'area traumi.

Poi un'infermiera si accorse che non farfugliava più. Le pulsazioni erano schizzate alle stelle. Gli occhi girati indietro. Nessuna reazione quando lei lo scosse. L'infermiera chiese aiuto e l'intera équipe tornò di corsa nella stanza. La pressione sanguigna si sentiva appena. Introdussero un tubo nelle vie respiratorie per pompargli aria nei polmoni, trasfusero liquidi e sangue dalla scorta per le emergenze. Ma non ci fu verso di rialzare la pressione.

Adesso sí che si precipitarono nella sala operatoria – la barella che vola, le infermiere che corrono a preparare la strumentazione chirurgica, gli anestesisti che saltano il controllo dei referti, un assistente che svuota un intero flacone di antisettico Betadine sulla pancia del paziente, John che afferra una lama panciuta numero 10 e incide l'addome dell'uomo con un taglio netto, deciso, dalla cassa toracica al pube.

– Cauterio.

Trascinando la punta metallica dell'elettrocauterio, sezionò da cima a fondo lo strato di grasso sottocutaneo e attraversò la bianca guaina fibrosa della fascia tra i muscoli addominali. Si aprì un varco fino alla cavità dell'addome e improvvisamente un oceano di sangue zampillò dal paziente.

– Merda.

C'era sangue dappertutto. Il coltello dell'assalitore aveva trapassato per trenta centimetri buoni pelle, grasso e muscolo, ed evitando l'intestino era sceso lungo la sinistra della colonna vertebrale dritto nell'aorta, la principale arteria proveniente dal cuore.

– Una cosa assurda, – ricordava John. Un secondo chirurgo, accorso in aiuto, tamponò l'aorta del paziente, premendo con la mano sul punto dov'era perforata. Fermato il grosso del sanguinamento, l'équipe cominciò a riprendere il controllo della situazione. Un collega di John disse che non vedeva una ferita del genere dai tempi del Vietnam.

Paragone azzecato, come avrebbero presto scoperto. L'altro uomo alla festa in maschera, seppe poi John, era vestito da soldato – con tanto di baionetta.

Il paziente rimase in bilico tra la vita e la morte per un paio di giorni. Ma se la cavò. John scuote ancora la testa sconsolato ogni volta che ne riparla.

Quando ti arriva un paziente con una coltellata, le cose possono andare storte per mille motivi. Eppure i medici e gli infermieri avevano fatto quasi tutto giusto: esame da capo a piedi, osservazione costante di pressione sanguigna, pulsazioni e ritmo respiratorio, monitoraggio dello stato di coscienza, infusione di liquidi endovena, richiesta alla banca del sangue di sacche aggiuntive, posizionamento di un catetere vescicale per controllare il flusso limpido dell'urina – nessuna omissione. Salvo che non si erano ricordati di chiedere al paziente o ai tecnici dell'unità di emergenza di che arma si trattava.

– Non ti viene in mente una baionetta, a San Francisco, – era l'unica giustificazione di John.

Passò a raccontarmi di un altro paziente, che durante un'operazione per un cancro allo stomaco era andato in arresto cardiaco¹. John ricordava di aver sollevato lo sguardo sul monitor e di aver chiesto all'anestesista: – Ehi, è mica un'asistolia? – L'asistolia è la totale cessazione della funzione cardiaca. Sul monitor appare una linea piatta, come se lo schermo non fosse neanche collegato al paziente.

– Si sarà staccata una sonda, – fu il commento dell'anestesista, dato che non c'era ragione per pensare che il cuore dell'uomo si fosse fermato. Il paziente aveva meno di cinquant'anni ed era in buona salute. Gli avevano trovato il tumore quasi per caso. Era andato dal medico per un'altra ragione – una tosse, o qualcosa del genere – e di passaggio aveva aggiunto che sentiva anche un po' di bruciore di stomaco. O meglio, non proprio bruciore. Aveva

¹ Dati personali modificati su richiesta di John.

l'impressione che a volte il cibo gli si fermasse nell'esofago senza scendere oltre ed era in quei momenti che avvertiva il bruciore. Il dottore prescrisse un esame di imaging: inghiottire una bevanda latteata al bario stando davanti a un apparecchio a raggi X. E sulle immagini c'era qualcosa, vicino alla bocca dello stomaco si vedeva una massa carnosa grossa come un mandarino, che ogni tanto premeva come un tappo contro l'antro gastrico. Era stata individuata per tempo. Non c'erano segni di diffusione. L'unica terapia nota era chirurgica, nello specifico una gastrectomia totale, vale a dire un'asportazione completa dello stomaco, un'operazione impegnativa di quattro ore.

I membri dell'équipe erano a metà della procedura. Il cancro era stato tolto. Neanche la minima complicazione. Si stavano preparando a ricostruire il tratto digestivo quando sul monitor comparve la linea piatta. Bastarono cinque secondi per rendersi conto che non si trattava di una sonda staccata. L'anestesista non sentiva nessuna pulsazione sull'arteria carotidea del paziente. Il cuore dell'uomo si era fermato.

John strappò via i teli sterili e iniziò a eseguire compressioni toraciche, con gli intestini del paziente che a ogni spinta sporgevano e rientravano nell'addome aperto. Un'infermiera chiamò un Codice Blu.

John interruppe il racconto per invitarmi a mettermi nei suoi panni: – Tu, a quel punto, che avresti fatto?

Provai a pensarci. L'asistolia si era verificata durante un intervento importante. In testa alla lista delle possibilità c'era quindi un'ingente perdita di sangue. Avrei aperto al massimo l'infusore di liquidi, risposi, e cercato l'emorragia.

La stessa cosa che aveva detto l'anestesista. Ma John vedeva benissimo l'addome del paziente. Non c'era nessuna emorragia, gli aveva risposto.

– Non poteva crederci, – ricordava John, – continuava a ripetere «Deve esserci una grossa emorragia! Deve esserci per forza!» Ma non ve n'era traccia.