

R A F A Ł S A D O W S K I

WBREW EPOKOM



RELIGA, KONOPNICKA, KOPERNIK.
POLACY, KTÓRZY DOKONALI NIEMOŻLIWEGO



ALTBUCH

Od autora

Lekturę kończy się zwykle w ciszy. Człowiek przewraca ostatnią stronę, odkłada książkę na stół, spogląda być może w okno albo na ścianę i przez kilka sekund nie dzieje się nic. Ale często bywa tak, że koniec ten zostawia w nas osobliwe uczucie, coś w środku jeszcze pracuje.

Przeczytana historia osiada głębiej. W głowie, w sercu.

To dobre uczucie. To znaczy, że spełniła swoje zadanie.

Pisząc *Historię dla odważnych*, byłem pełen obaw. Czy na rynku jest miejsce na historyczną książkę, w której autor na każdej stronie nie pokazuje, jaki *jest* mądry, ale jakie *to* jest ciekawe? Dziś wiem, że bałem się na wyrost. Wysyłaliście do mnie pełne miłych słów wiadomości. Pisaliście pochlebne recenzje w internecie. Przynosiliście egzemplarze z prośbą o podpis. Opowiadaliście mi przy każdej okazji, które fragmenty zostawały z Wami na dłużej, a które na stałe. No właśnie. Z całej tej pierwszej podróży przez odwagę, decyzje i marzenia zmieniające bieg świata wyjątkowo często wracało jedno imię.

Maria.

Nie mówię tego z zaskoczeniem. Raczej z czymś w rodzaju późnego, autorskiego zrozumienia. Rozdział o Marii Skłodowskiej-Curie wzbudził Wasz zachwyt ponad pozostałe, bardzo podobał się również mnie. Chyba nawet najbardziej. Długo zastanawiałem się, dlaczego tak się stało, że zarówno czytelnicy, jak i autor wspólnie odnaleźli się w dokładnie tym samym fragmencie książki. Przecież w pierwszym rozdziale opisałem historię wielką i szeroką, skutkującą słynnym wydarzeniem, które

6 zna cały świat. W trzecim z kolei krok po kroku opowiedziałem moment absolutnie przełomowy w historii ludzkości. Wydawałoby się, że rozkład opinii powinien być mniej więcej po równo.

Jednak to właśnie opowieść o Marii wracała do mnie najczęściej, to ona żyła w Waszych wspomnieniach i w mojej głowie długo po lekturze i pisaniu. Dlaczego? Myślę, że odpowiedź jest prostsza, niż mogłoby się wydawać.

Maria Skłodowska-Curie była i jest *blisko* nas. Nie znaliśmy jej, ale mamy poczucie, że była *nasza*. Bliska jak język, którym myślimy, jak rodzimy polski krajobraz, który wywołuje w nas nostalgię. Bliska jak ten nasz polski temperament, który wysysamy z mlekiem matki i który nie pozwala nam się zatrzymać niezależnie od przeszkód. W historii Marii było coś naszego. Coś, co nie wymagało tłumacza i pośrednika między bohaterem a czytelnikiem. Upór. Praca ponad siły. Czułość ukryta pod okazywaną reszcie świata twardością. Zmaganie z losem i całą epoką, która mówi „nie”. Jej historia to przedziwne połączenie siły i zmęczenia. Dumy i samotności. Jest tu wszystko, co czujemy sami, na co dzień.

Są historie, które podziwiamy, ale są też takie, które czujemy aż pod skórą. Pierwsze robią wrażenie, drugie zostają z nami na zawsze, utrwalone w świadomości. Dopiero po *Historii dla odważnych* zrozumiałem to rozróżnienie. Dziś wiem, że nie każda opowieść, nawet wielka, zapuszcza korzenie równie głęboko. Że czasem najbardziej porusza nas nie to, co najbardziej doniosłe, lecz to, co dziwnie znajome, wyrastające z tej samej ziemi, wspólnego doświadczenia. Z podobnej wrażliwości. Ze zbliżonego sposobu patrzenia, znoszenia trudów, marzeń i trwania.

Kiedy to zrozumiałem, pojawiła się w mojej głowie myśl uporczywa i po wielokroć do mnie wracająca. Coraz bardziej też oczywista. Skoro jedna opowieść potrafi wybrzmieć tak mocno, to przecież nie może być wyjątkiem. Nasza historia musi mieć więcej tego typu postaci. Znacznie więcej.

I rzeczywiście tak jest, problem polega tylko na tym, że o wielu w ogóle nie wiemy. Sami sobie wmówiliśmy, że polska historia to głównie katalog klęsk, rozbiorów, powstań, niespełnionych nadziei, cierpienia i, ogólnie rzecz biorąc, permanentnie celebrowanej straty. Oczywiście to wszystko w niej jest i ma znaczenie, byłoby dziecinadą temu zaprzeczać. Ale to tylko połowa obrazu, może nawet mniej. Obok ciemności i narodowych upadków są w naszej historii także ludzie niezwykli. Inspirujący i uparci. Tacy, którzy nie mieszczą się w prostych szufladach. Tacy, którzy mimo ogromnych przeciwności szli dalej. Tacy, których życie wydaje się chwilami wręcz *niemożliwe*.

To właśnie ich postanowiłem odnaleźć. Nie chciałem zarazem nikomu stawiać pomnika, bo pomników mamy dość. Przyznam szczerze, że prywatnie ich nie lubię. Historia bardzo łatwo robi z ludzi figury, wygładza ich i upraszcza, odcinając to, co niewygodne, zostawiając sam slogan i kilka kluczowych dat. Czasem trafi się jeszcze jakiś chwytliwy cytat. Tyle. A przecież człowiek nigdy nie mieści się w jednym zdaniu. Zresztą, jakim zdaniem byście się określili, gdyby ktoś postawił przed Wami takie zadanie? Człowiek to suma wszystkich doświadczeń, to napięcie, sprzeczność; to cena, jaką płaci za własny upór, samotność, której z zewnątrz nie widać. To zwątpienie i łzy, chwile małe i ciche. Tego nie widać na pomniku. Pomnik ma być prosty i łatwy do zrozumienia.

Ta książka jest próbą podejścia bliżej i zajrzenia w głąb pomników. Pokazania trzech niemożliwych życiorysów *ludzi z krwi i kości*. Ukazania ich zmęczenia, temperamentu, lęków, siły. Poznania ich wtedy, gdy jeszcze sami nie wiedzieli, że historia zapamięta ich nazwiska, że staną się legendą, a mimo to dzień po dniu parli naprzód. Codziennie podtrzymywali w mocy decyzję, by osiągnąć cel, chociaż nie mieli żadnej pewności, że kiedykolwiek się uda.

Zdradzę Wam coś z kulis. Im dłużej opowiadam historię – najpierw do mikrofonu, a od dwóch lat na papierze, często też jako prelegent podczas przeróżnych wystąpień – tym mocniej widzę jedną rzecz. Wielkość bardzo rzadko wygląda tak, jak lubimy ją sobie wyobrażać. Wielkość nie błyszczy od początku. Często jest cicha i uparta, do znudzenia powtarzalna, zazwyczaj też niewdzięczna. Wielkość rodzi się z konsekwencji, z tego, że ktoś przez lata nie odpuszcza. Że trwa przy czymś, choć epoka nie pomaga, a warunki są marne. Choć otoczenie nie rozumie, a wszystko podpowiada, żeby dać sobie spokój, są tacy, których to nie zraża. Którzy idą naprzód. Czy się boją? Owszem! Ale można się bać i wycofać, a można się bać i mimo to robić swoje. Właśnie ten rodzaj siły interesuje mnie najbardziej.

Może dlatego ta książka różni się od poprzedniej. Jest bardziej skupiona i bardziej osobista. Bliższa. Mniej w niej patrzenia na świat z wysokości, więcej zaglądania człowiekowi przez ramię. Myślę sobie, że to dobrze, bo i ja jestem innym człowiekiem, niż gdy pisałem *Historię dla odważnych*. Wówczas byłem trzydziestoczteroletnim mężem i radcą prawnym, który świeżo co zrezygnował z pracy w korporacji, aby podążyć swoją drogą. Dziś mam prawie trzydzieści siedem lat. Od trzech lat opowiadam o historii na pełen etat, a do tego doszła najważniejsza życiowa rola. Zostałem ojcem. A to naprawdę zmienia wszystko. Słyszałem te słowa wiele razy od ludzi, którzy mają dzieci, i potakiwałem uprzejmie głową, ale nie rozumiałem. Teraz rozumiem. Teraz wiem, jak bardzo rozszerza się horyzont, jak odblokowują się nieznane dotąd zasoby siły, jak zmieniają się priorytety, jak każdy dzień smakuje inaczej, gdy jesteś dla kogoś całym światem i tylko na ciebie może liczyć.

Dlatego dziś w historii nie fascynuje mnie już sam rozmach wydarzeń, ale to, co dzieje się pod skórą bohatera. Co musi w sobie pokonać, czego się wyrzeka, skąd bierze na to wszystko siłę i przede wszystkim – co

właściwie zostawia po sobie. Historia może być zbiorem dat, może też służyć za ładne tło dla gotowych morałów. Ale jest wtedy... no właśnie. Tłem. Wierzę, że historia ma największy sens wtedy, gdy pomaga lepiej rozumieć nam nasze własne życie. Gdy nagle widzimy w niej siebie, swoje obawy i problemy. Gdy dostrzegamy własne zmagania w cudzych, swoje słabości i aspiracje w innych życiorysach. Wtedy przeszłość przestaje być dalekim kontynentem, a staje się... *lustrem*.

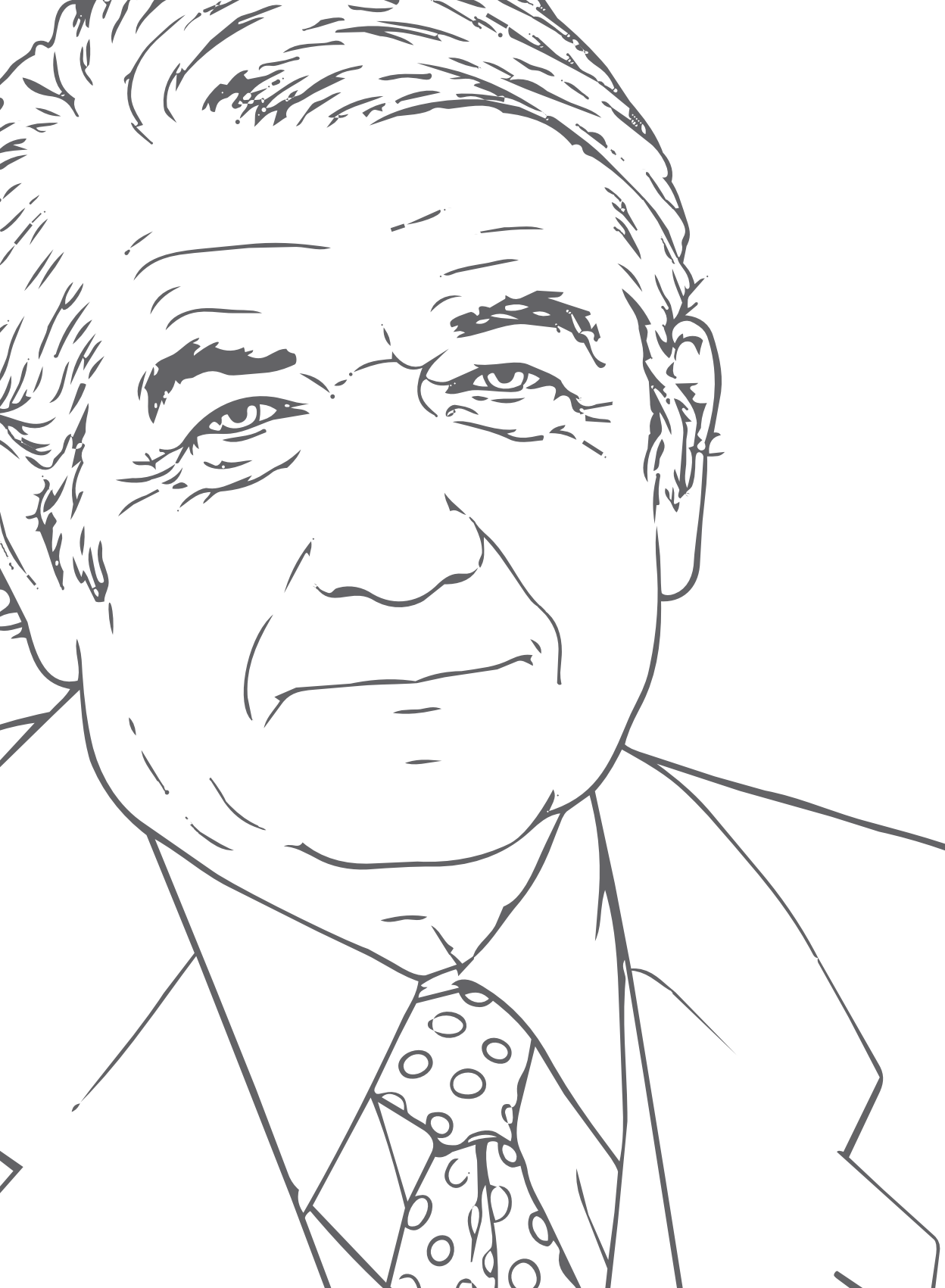
Tę książkę napisałem z potrzeby, by znaleźć ludzi, którzy mogą nas poruszyć, ale także być dla nas zwierciadłami. Dodać nam odwagi. Nie-raz zawstydzić. Zainspirować. Przypomnieć, że nawet w niesprzyjających czasach można żyć mocno. Że można nie zgadzać się na narzuconą przez społeczeństwo miarę, że można być większym, niż przewidzieli to nam inni.

Jeśli zatem po przeczytaniu tej książki zostanie z Wami choć jedna myśl czy zdanie, które nie będzie chciało wyjść z głowy, to znaczy, że ta podróż miała sens. Bo takich historii było u nas więcej, znacznie więcej. Najwyższy czas znowu je usłyszeć.

Dobrej lektury i dziękuję, że jesteście ze mną na pokładzie.

Rafał, 7.04.2026 r., Warszawa

PS Będzie mi bardzo miło, jeśli zechcecie podzielić się opinią o książce na lubimyczytac.pl. Wrzucając posty do mediów społecznościowych, nie zapomnijcie oznaczyć ich #podcasthistoryczny, a także mojego profilu @rafal_sadowskii.



CZĘŚĆ I

Zbigniew Religa

UPARTE SERCE

Prolog

Gęsta cisza. Światło szpitalnych lamp zawężone do bladego kręgu nad stołem, szczypiący w nozdrza zapach wyszorowanych środkami dezynfekcyjnymi powierzchni, jednostajny szum medycznej aparatury, a pośród tego wszystkiego chłodna stal narzędzi chirurgicznych leżących w idealnym porządku, metalicznie błyszczących i gotowych. Za moment każdy element odegra swoją rolę.

Wokół stołu operacyjnego gromadzi się zespół. Wymieniają spojrzenia, ale niczego nie mówią. Wszystko i wszyscy czekają na pierwsze słowa chirurga, tak jak orkiestra symfoniczna czeka na pierwsze podniesienie batuty dyrygenta.

- Jesteśmy gotowi na wszczepienie serca dawcy. Jak anestezja?
- Stabilnie... Ciśnienie pod kontrolą, parametry w normie.
- Perfuzja?¹
- Płucoserce przygotowane.
- Instrumentarium?
- Gotowe i sprawdzone: szwy, igły, kleszcze, retraktory². Proszę sygnalizować, kiedy możemy zaczynać, doktorze.

¹ Przepływ płynów ustrojowych, najczęściej krwi, przez tkanki i narządy, który zapewnia dostarczanie tlenu i składników odżywczych do organizmu.

² Narzędzia chirurgiczne służące do odsuwania tkanek, aby zapewnić chirurgowi lepszy dostęp do pola operacyjnego.

Kardiochirurg skinieniem głowy i krótkim, rzuconym zza maseczki „rozpoczynamy” uruchamia cały misterny mechanizm, który powtarzali na sucho w głowie dziesiątki, setki już razy, i który znają na pamięć. To niczego jednak nie gwarantuje; w chirurgii nigdy nie istnieje całkowita pewność. Pacjent leży pod zielonym prześcieradłem, skóra po odkażeniu ma barwę miedzi. Na monitorze błakają się zielone cyfry, wydawane przez niego odgłosy to sygnał złego lub dobrego. Zadziwiające, jak wiele można wyczytać z samego dźwięku EKG³. Równe pikanie oznacza chwilowy spokój, zaburzone czy nieregularne – że trzeba interweniować. Jednostajny pisk to zaś wyrok, który należy za wszelką cenę uchylić, zanim zostanie ogłoszony światu.

W dokumentacji pacjenta leżącego na stole zawiera się cała jego biografia, wydestylowana do schorzeń i jednostek chorobowych. Nie jest optymistyczna. Wieloletnia cukrzyca, serce zjedzone latami pracy ponad siły, przebyte trzy zawały – w tym ostatni, zakończony niewydolnością krążenia. Ten ciężko chory człowiek wedle wszelkich standardów obecnej medycyny nie ma przed sobą kolejnych świąt. Jedyłą jego szansą jest właśnie zaczynająca się operacja, której poziom skomplikowania okazuje się na tyle duży, że gra toczy się o milimetry.

Skalpel przecina skórę pewnie i bez wahania. Dłonie kardiochirurga pracują jak u wytrawnego fortepianisty, jedna uzupełnia ruch drugiej. Tkanki ustępują, krew odessana. Kardiochirurg marszczy z uwagą brwi i biorąc do ręki piłę, przystępuje do kolejnego etapu operacji. Sternotomia⁴. Mocny chwyt na rękojeści narzędzia. Mostek piłowany pod właściwym kątem wreszcie ustępuje, dając dostęp

3 Innymi słowy: elektrokardiogram; badanie rejestrujące elektryczną aktywność serca. Stanowi widoczny dla lekarza zapis impulsów, dzięki którym serce kurczy się i pracuje w swoim rytmie.

4 Przecięcie mostka.

do narządów. Retraktory rozpinają klatkę piersiową jak futerał na instrument. Osierdzie, naturalny pokrowiec, zostaje nacięte, brzegi podwinięte. Po raz pierwszy widać to, co jest celem tej pionierskiej wyprawy. Serce. Organ, który pompuje historię człowieka, jego całe wczoraj i jego szansę na jutro.

Jest wielkości zaciśniętej pięści. U dorosłego zwykle waży dwieście pięćdziesiąt-trzysta pięćdziesiąt gramów, ma około dwunastu centymetrów wysokości (licząc od podstawy do koniuszka), osiem-dziewięć centymetrów szerokości i mniej więcej sześć centymetrów „grubości”, czyli wymiaru przód-tył. Jest brunatnoczerwone i lekko połyskujące w świetle lamp. Na jego powierzchni widać żółtawe wysepki tłuszczu nasierdziowego; wzdłuż bruzd wieńcowych biegną naczynia. U góry wyrastają dwie tętnice, „autostrady” kierujące krew do organizmu: aorta (twarda, sprężysta) i pień płucny. Pomiędzy osierdziem a sercem jest kilka łyżek jasnego płynu, który pełni funkcję naturalnego smaru, pozwalając sercu pracować bez tarcia. W środku cztery jamy i cztery zastawki. Lewa komora grubsza, „siłowa”, pompuje krew do całego organizmu. Prawa, cieńsza, obsługuje płuca. Zastawki zaś działają jak drzwi, wpuszczając i wypuszczając krew wedle potrzeb.

Serce jest organem... paradoksalnym. To zarazem konstrukcja prosta i krytycznie ważny element. Zwykła pompa zbudowana z czterech komór i czterech zastawek otwierających się i zamykających w równym rytmie. Rytmie nadawanym przez mały „rozrusznik” w ścianie serca, czyli węzeł zatokowo-przedsionkowy, który cyklicznie produkuje impulsy elektryczne mówiące mięśniowi: „Teraz się kurcz... Dobrze! A teraz odpocznij”. To wszystko, cały ten mechanizm, działa jednak tylko wtedy, gdy dostępny jest tlen i gdy nic nie zatyka naczyń. Wystarczy drobiazg i maszyna staje. O taki drobiazg nietrudno, wystarczy, że przestajemy o ten organ dbać. Co się wówczas dzieje?

Na początku pozornie nic. Serce, wbrew romantycznym opisom, nie boli. Milczy, co bywa zdradliwe, ale są pewne sygnały. My tego tak nie odczuwamy, ale wysokie ciśnienie to dla niego konieczność katorżniczej i niekończącej się pracy pod stałym obciążeniem. Wkrótce ściana serca grubieje i sztywnieje, co w efekcie sprawia, że trudniej je napęlić. Cukrzyca, papierosy (popalane nawet sporadycznie), brak ruchu i kiepski, zbyt krótki albo przerywany sen to koktajl, który niszczy naczynia krwionośne dzień po dniu. Dla nas praktycznie bezboleśnie, ale niekiedy bezpowrotnie. Alkohol czy infekcje potrafią osłabić sam mięsień. Gdy szkód jest dużo, pojawia się niewydolność. Na początku zmęczenie po krótkim spacerze, duszność w nocy, coraz częściej opuchnięte kostki. To wszystko stanowi niechybny znak, że nasza pompa nie nadąży. Dobra wiadomość? Wiele z tego da się odwrócić albo spowolnić zmianą stylu życia czy rzuceniem palenia, pomocna jest też odpowiednia farmakoterapia. Niestety wielu ignoruje niepokojące symptomy, a wtedy wszystko zaczyna się sypać.

Najpierw zwężają się „rurki”, którymi płynie krew, bo w tętnicach odkładają się tłuszcz i wapń. Przepływ słabnie, mięsień głoduje. Pojawia się ucisk w klatce przy szybkim marszu – to już ostatnie wołanie o tlen. Gdy jedna z rurek nagle się zamknie, część serca obumiera. To zawał. Jeśli nawet uda się je uratować, i tak zostaje blizna. Pompa bije, ale już słabiej. Bywają też kłopoty z „elektryką”. Impuls gubi się, serce zwalnia albo wręcz przeciwnie – bije stanowczo zbyt szybko. Chory odczuwa kołatania serca, pojawiają się zawroty głowy, omdlenia. Czasem trzeba je „umiarować” lub wszczepić rozrusznik. Bywa jednak, że szkody są tak duże, iż żadna naprawa nie wystarczy. Jedynym wyjściem staje się nowe serce.

To właśnie próbują zrobić ci lekarze. Po raz pierwszy, tutaj, w tej sali, kawałek mięśnia wielkości dłoni, w dotyku sprężysty, stawiający

wyraźny opór palcom, za chwilę zostanie wyjęty z ciała jednego, by trafić do drugiego.

– Aorta? – pyta kardiochirurg prowadzący operację. Rzuca okiem na stojący przy nim zespół. Gdyby był sam, nie dałby rady. Taki zabieg wymaga asysty szeregu osób.

– Widzę – odpowiada drugi, nie odrywając wzroku od bijącego serca. Widać, że jest uszkodzone, pracuje nierówno.

Kaniulacja aorty⁵. Zaciski, opaski, potwierdzenie położenia.

– Włączamy krążenie pozaustrojowe.

Perfuzjonista śledzi wykresy na ekranie maszyny i po chwili ogłasza spokojnie:

– Przepływ ustawiony. Ciśnienie w normie.

To dobre wieści – oznaczają, że można przełączyć pacjenta na zewnętrzny obieg krwi. Płucoserce posłusznie rozpoczyna swoją podtrzymującą życie pracę. Odtąd obieg pozaustrojowy natlenia krew, a samo serce? Ono zatrzymuje się, jakby ktoś przerwał mu zdanie w połowie. Dla postronnego obserwatora może to sprawiać dramatycznie wrażenie, ale w rzeczywistości to czysta chemia i fizjologia. Bezruch mięśnia przy pracującej poprawnie aparaturze daje chirurgom władzę nad czasem. W tle ktoś poprawia jedną z lamp oświetlających stół o kilka centymetrów, ktoś inny skinieniem głowy dziękuje. To proste gesty, ale tutaj stanowią granicę między porządkiem a chaosem. Zegar tymczasem wciąż tyka. Każda minuta jest na tej sali drobną pożyczką, którą trzeba będzie w razie opóźnienia zwrócić z wysokimi odsetkami.

– Nożyczki.

5 Umożliwia utrzymanie krążenia krwi i dotlenienie tkanek, gdy serce pacjenta jest zatrzymane.

– Igłotrzymacz.

– Ssak, wyżej!

Tempo operacji zwiększa się na tyle, że komendy padają jedna po drugiej, bez chwili na jakiegokolwiek pytania. Nie ma ani sekundy do stracenia. Zespół operacyjny uwija się sprawnie. Dłonie oplatają serce, a już sekundę potem robione są kolejne cięcia. Krótkie, zdecydowane. Tkanki rozchodzą się bez oporu. Teraz trzeba jak najszybciej usunąć uszkodzone, bezużyteczne już serce biorcy i przygotować się na drugą część zabiegu, która nastąpi już teraz, od razu. Na stoliku obok czeka organ dawcy – ciemnoczerwony, schłodzony w jałowym roztworze. To obietnica nowego życia. Obietnica, której nikt nigdy przed nimi nie zrealizował. Czy dziś, po tylu latach, w końcu się uda?

– Usuwamy – chirurg prowadzący mówi spokojnie, bez zawahania.

– Gotowe – odpowiada asysta, zsynchronizowana z każdym ruchem jego dłoni.

Eksplantacja⁶. Odcinają to, co nie pracuje, zostawiają tylko to, co niezbędne, by nowe serce można było przyszyć; przygotowują też kikuty naczyń do dalszego etapu operacji. To, co jeszcze przed chwilą było bijącym centrum organizmu, to, o czym napisano niejedną wiersz, teraz staje się biologicznym materiałem do utylizacji. Po zabiegu zostanie sfotografowane i opisane, a potem spalone i unieszkodliwione jako odpad medyczny.

– Serce dawcy – wydaje polecenie chirurg, nie odrywając wzroku od pola operacyjnego.

– Podaję. – Lekarz asystujący sięga do misy po chłodny organ pewnym, wyćwiczonym ruchem.

6 Operacyjne oddzielenie narządu, tkanki lub grupy komórek od organizmu w celu ich przeszczepienia.



Jest grudzień 1967 roku, lecz ta historia zaczęła się wcześniej, znacznie wcześniej. Tysiące lat temu. Zaczęła się od domysłów. Od greckiego palca przyłożonego do szyi, który szukając tętna, wyciąga z pulsowania pierwsze wnioski. Od egipskich opowieści mówiących, że serce jest siedzibą duszy i że to tam rodzić się ma odwaga. My, ludzie, przez stulecia patrzyliśmy na klatkę piersiową i słyszeliśmy tylko głuchy, bijący miarowo dźwięk, którego nie umieliśmy jeszcze nazwać. Największy rozumem szukali reguły w tym, co ukryte. Zbieraliśmy fragmenty wiedzy i próbowaliśmy opisać cały krwiotoczny mechanizm. Jedni, jak Galen w II wieku naszej ery, twierdzili, że krew rodzi się samoistnie i znika; inni, że wędruje po całym ciele. Nikt jednak nie potrafił wskazać, dokąd wędruje, dlaczego i w jaki sposób. Aż w końcu ktoś przestał rysować z pamięci i zaczął oglądać człowieka warstwa po warstwie, odsłaniając tkanki jedna po drugiej, rozplątując naczynia krwionośne i kreśląc z tego wszystkiego zawiłą mapę układu krwionośnego. Ibn an-Nafis (XIII wiek) opisał krążenie płucne, Harvey (1628 rok) policzył, narysował i udowodnił, że krew krąży w zamkniętej pętli, a serce to pompa.

Z czasem ciekawość przekształciła się w naukowe zrozumienie, a serce przestało być wyłącznie symbolem cnót, stając się organem, który rządzi się swoimi prawami. Ale prawa mają swoją bardzo swoistą cechę. Jeśli dobrze się je rozumie, można je czasem nagiąć. Aby to zrobić, trzeba jednak znaleźć procedury i stworzyć narzędzia. Anestezja jak eter i chloroform (XIX wiek), by wyłączyć ból. Antyseptyka uczona przez Josepha Listera, by ręce, które ratują, nie były jednocześnie źródłem zguby. Prześwietlenia, dzięki którym Wilhelm Röntgen (1895 rok) nauczył nas czytać cień. Grupy krwi, uporządkowane przez Karla Landsteinerja w 1901 roku, zmieniające transfuzję z hazardu w procedurę. Defibrylator – od lat

trzydziestych XX wieku, gdy William Kouwenhoven skonstruował pierwszy prototyp urządzenia do zewnętrznej defibrylacji – dający drugą szansę sercu, by odnalazło rytm. I wreszcie maszyna zwana płucosercem, potrafiąca wziąć na siebie oddech i obieg krwi, oferując w zamian chirurgom coś bezcennego: czas. To wszystko dało początek nowemu rodzajowi odwagi: by zatrzymać ten najważniejszy mięsień, zajrzeć do środka, wymienić zastawkę, zespolić pęknięcie, a może kiedyś... przeszczepić go od jednego człowieka drugiemu? Tak – w XX wieku chirurgia serca dostaje potężne klucze: czas wreszcie można zatrzymać. Trzeba tylko umieć go oddać. Jeszcze wczoraj to fantastyka. Teraz jednak, w tym momencie, w 1967 roku, to realność.

Tymczasem nowe serce ostrożnie trafia na swoje miejsce. Historia kardiochirurgii już za moment zacznie pisać się na nowo, na razie jednak trzeba je osadzić i wszyć – najpierw przedsionek, potem naczynia: aorta, tętnica płucna. To już końcowy moment operacji, zespół oddycha szybko i nierówno, każdy stara się zaczerpnąć tyle ożywczego powietrza zza maseczki, ile tylko się da. Instrumentariuszki robią doskonałą robotę, narzędzia trafiają w dłoń chirurga i są z niej odbierane dokładnie wtedy, kiedy trzeba, a gdy czyjeś czoło zrosi pot, jest ono natychmiast przecierane. Wzrok pracujących osób spotyka się nad polem operacyjnym na ułamki sekund – mikroporozumienia: „dobrze”, „jeszcze”, „uważaj”, „chwila”. Nie ma miejsca na najmniejszy błąd – milimetr omsknięcia dłoni chirurga to utracone jutro pacjenta. Trudno już mówić o wymianie zdań, padają pojedyncze słowa:

- Aorta.
- Gotowa.
- Tętnica płucna.
- Jest.
- Odpowietrz.

– Odpowietrzone.
– Rozgrzewamy.
– Ogrzewam. Temperatura rośnie: trzydzieści pięć... trzydzieści pięć i pół... trzydzieści sześć stopni. Wciąż rośnie.

W tej sali nikt nie zgrywa bohatera. Bohaterstwo zarezerwowane jest dla sal kinowych, by przez dwie godziny seansu wyprostować widzowi to, co na co dzień zdaje się splątane. Tutaj mamy do czynienia z rzemiosłem, takim najwyższej próby, ale wciąż rzemiosłem. Ktoś prosi o podanie nici innej długości, komuś zsuwają się okulary po długich godzinach pochylania nad otwartą klatką piersiową pacjenta, inny prosi o te konkretne kleszczyki do zamknięcia światła naczynia krwionośnego, bo lepiej leżą w ręce. Te drobiazgi to język zespołu, który podczas operacji musi działać w pełnej symbiozie, tak jak mechanicy podczas pit-stopu Formuły 1.

Obsługujący płucoserce perfuzjonista wypowiada półgłosem liczby kluczowe dla reszty zespołu. Anestezjolog nasłuchuje najmniejszej zmiany, jak radiowiec wychwytyjący zakłócenie w eterze. W końcu, uspokojony, podejmuje decyzję, po której nie będzie już odwrotu:

– Zdejmujemy na trzy.
– Raz. Dwa. Trzy!

Zacisk znika tak cicho, jak się pojawił. Reperfuzja⁷. Czerwony płyn powoli wypełnia naczynia, które przed chwilą były puste. Wszystko gotowe. Teraz zostało najważniejsze – przywrócić pracę serca. Czasem trzeba mu pomóc. Dłoń kardiochirurga zawisa nad mięśniem, palce oplatają nowy organ, by po chwili zacząć miarowo go uciskać. Zespół w tym czasie robi swoje: anestezjolog spogląda na pomiar ciśnienia, perfuzjonista

7 Przywrócenie przepływu krwi do zablokowanego/niedokrwionego narządu lub tkanki.

monitoruje przepływ, instrumentariuszka po raz setny liczy narzędzia na tacy, gotowa podać je w razie potrzeby i ostrzegać, jeśli jakiegoś brakuje. Czekają. Wreszcie... jest!

Pierwszy skurcz zdaje się nieśmiały. Drugi – pewniejszy. Trzeci – już rytmiczny, a po nim następują kolejne, już równe. Krzywa ciśnienia układa się w rysunek, który znają na pamięć z tysięcy godzin spędzonych nad książkami. W mięśniu pojawia się wyczekany kolor – zdrowa czerwień stanowiąca dowód przywrócenia przepływu krwi do narządu po okresie, gdy był on jej pozbawiony. Jeszcze do nich nie dociera, co się właśnie wydarzyło. Patrzą, ale nie połączyli kropek. Dopiero po chwili ktoś z zespołu mówi bardzo cicho, prawie szeptem, jakby bał się zapeszyć, jakby nie dowierzał:

– Mamy to... Nowe serce podjęło pracę...

Tak! To niewiarygodne, ale przekroczyli właśnie wąską kładkę nad przepaścią i dotarli na drugą stronę, cało! Nie ma tu braw, bo nie ma na nie sił. Zespół na chwilę odsuwa się od stołu, ktoś odchyła głowę na bok, żeby dać ulgę obolałemu karkowi. Ktoś się uśmiecha tylko oczami, bo twarz ginie za maską. Ulga miesza się z szokiem i z tym specyficznym uczuciem, które zna każdy, kto kiedykolwiek robił coś na granicy. Z jednej strony poczucie ogromnej radości z odniesionego sukcesu. Z drugiej jakaś taka pustka, jakby rozum nie pojmował wciąż w pełni skali osiągnięcia. Tymczasem przed nimi jeszcze ostatnia prosta.

– Powoli schodzimy z perfuzji.

– Schodzę.

– Monitoruj napełnienie. Jak tam?

– Monitoruję, wszystko w normie.

– Wentylacja?

– Podnoszę. Mamy dobre wartości!

Klatka piersiowa jest jeszcze otwarta, ale w głowach już każdy z nich spisuje listę zadań do przekazania na intensywną terapię. Należy szybko

zacząć podawać leki, ustalić dawki, patrzeć na parametry. No i telefony! Trzeba powiadomić świat, w końcu to pierwszy przeszczep serca! Ten moment, gdy serce dawcy staje się sercem biorcy, okazuje się najbardziej ludzki ze wszystkich. Jest w tym jakaś przewrotność, że najważniejszy organ jednego człowieka zaczyna, jak gdyby nigdy nic, pracować u drugiego. Coś dziwnie nienaturalnego, a zarazem... kojącego? Bo jeśli można przeszczepić serce, to można uratować życie, które w innych okolicznościach byłoby nie do odratowania.

– Sprawdzamy wszystko jeszcze raz i zamykamy po sprawdzeniu.

– Sprawdzam... Jest dobrze. Potwierdzam, zamykajmy!

Mostek z łatwością układa się z powrotem na swoim miejscu, a szwy splatają się w równy ścieg, jeden po drugim. Skóra, przetarta jodyną, wraz z tkankami znów staje się bezpieczną granicą chroniącą organy przed zewnętrznym światem. Po zagojeniu zostanie ogromna blizna, ale to niewielki koszt. Finisz. Światło lamp pada na dłonie, które powoli zdejmują rękawice. Metaliczny brzęk narzędzi cichnie. Operacja skończona.

Drzwi sali otwierają się cicho. Łóżko z pacjentem rusza w stronę oddziału intensywnej terapii – tam już wiedzą, co robić dalej. Zespół operacyjny rozchodzi się jak statki odcumowujące z portu. Jedni ruszają czym prędzej ogarnąć dokumentację, póki pamięć świeża, inni w te pędy lecą wykonać pilny telefon do banku krwi, by uzupełnić uszczuplone, szpitalne zapasy. Na samej sali też nie ma czasu na odpoczynek. Stół zostaje wymyty i wyszorowany środkiem dezynfekującym, narzędzia lądują w misach i również kierowane są do czyszczenia, pielęgniarka łączy wszystkie użyte gaziki, perfuzjonista odłącza aparaturę. Mechanika końca zabiegu jest tak samo uporządkowana jak jego początek, a sala operacyjna musi być gotowa na kolejnego pacjenta.

Choć sukces jest realny, a serce przeszczepione, to praca wciąż trwa. Serce bije, ale organizm musi je przyjąć i – co najważniejsze – utrzymać.

Immunologia nie jest łaskawa – trzeba będzie oślepić układ odpornościowy, by ten nie uznał nowego, cudzego organu za wroga. To oznacza, że zakażenia odtąd będą czyhać jak wilki pod lasem. Do tego nerki, wątroba, płuca, trzustka – każdy narząd może zaprotestować przeciwko nowemu gościowi, sprawiając, że cały wysiłek pójdzie na marne. Zespół to wszystko wie, dlatego nie ma długotrwałej euforii. Jest skupienie połączone z zadumą doświadczonego rzemieślnika, który zakończył kluczowy etap i natychmiast rysuje w głowie, co może pójść źle godzinę później.

Dopiero gdy pacjent trafia na intensywną terapię, zespół ma parę minut na ochłonięcie. Są teraz zaskakująco ludzcy. Na ich policzkach widać ślady gumek od masek. Ktoś osuwa się ze zmęczenia na krzesło przed salą, inny łapczywie wypija jedną szklankę wody za drugą. Nie rozmawiają ze sobą. Słowa nie są potrzebne, bo wszyscy doskonale zdają sobie sprawę, czego właśnie dokonali. Jako pierwsi na świecie. Uśmiechy są krótkie, ostrożne. Gęsta cisza wraca, ale inna, bardziej ludzka. Taka, w której można przez sekundę zamknąć oczy i pozwolić, by zmęczenie zaczęło mówić własnym głosem. Jeden rzuca z uśmiechem, że po tej nocy nawet szpitalna kawa smakuje jak nektar bogów, mimo że jej zapach miesza się z wonią jodu i środków do dezynfekcji. Drugi staje w milczeniu pod oknem, spoglądając z zadumą na ciemny już dziedzińiec szpitala – gdy przychodził na dyżur, dopiero świtało. Trzeci raz po raz oblewa od dawna czyste dłonie ciepłą wodą, jakby chciał zmyć z nich nie tylko resztki mydła, ale i całe napięcie ostatnich godzin. W korytarzu uparcie brzęczy świetlówka, gdzieś daleko dzwoni telefon na dyżurce. Nikt nie patrzy na zegarek, a jednak wszyscy czują, jakby minuta odpoczynku trwała znacznie krócej niż zwykle.

Co jakiś czas zaglądają do pacjenta na intensywną terapię. Na nowoczesnym, kineskopowym monitorze rysuje się wykres rytmu pracy nowego serca. Nie jest jeszcze idealny, ale nic nie szkodzi, jeszcze nie

musi być. Idealne bywa tylko zdjęcie w podręczniku. Prawdziwe życie przynosi drobne wahania, powolne dochodzenie do równowagi, a sfatygowany organizm człowieka, u którego w ciągu kilku godzin usuwane jest stare serce i wszywane nowe, ma przecież prawo do chwili zawahania, nim zacznie pracować po staremu. Patrząc na te powoli stabilizujące się parametry, można zaryzykować myśl, na którą nie ma miejsca podczas operacji, a którą zostawia się na później, między zmianą opatrunku a telefonem do rodziny. Myśl, że najtrudniejsza sztuka nie polega na byciu pierwszym, ale na tym, by to, co się robi, zadziało. Tego dnia nowe serce zaczęło działać.



Myślisz, że to nasza, polska historia, prawda?

Ale to błąd. To nie było Zabrze. Nie PRL. I nie Religa.

Jeszcze nie.

Kształtowanie

Historia, którą opisałem w prologu, miała miejsce 3 grudnia 1967 roku w Południowej Afryce, a dokładniej Kapsztadzie, w szpitalu Groote Schuur. Lekarzem, który dokonał pierwszego w historii przeszczepu serca od jednego człowieka drugiemu, był obdarzony charyzmą czterdziestopięcioletni Christiaan Barnard.

Szczupła twarz o wyraźnie zaznaczonych kościach policzkowych. Krótkie, zaczesane do tyłu ciemne włosy. Gęste brwi, spojrzenie skupione, lekki uśmiech, jak u kogoś przyzwyczajonego do kamer. Nos prosty, linie zmarszczek dodające charakteru łagodnemu obliczu. Garnitur ciemny, biała koszula z krawatem – od tego człowieka były chłodny profesjonalizm i dyscyplina.

Barnard odbył swoje staże tam, gdzie rodzą się nowe standardy, i wrócił do RPA z ambicjami. Jego pacjentem był Louis Washkansky – pięćdziesięcioletni po trzech zawałach, z cukrzycą i sercem tak zniszczonym, że jedynym ratunkiem przed nieuchronną śmiercią był nowy organ. W tym czasie zespół Barnarda dokonywał rzeczy, które spędzają sen z powiek nawet współczesnym, doświadczonym praktykom chirurgii. Sternotomia, krążenie pozaustrojowe, a w końcu wszczepienie obcego serca wprost do klatki piersiowej śmiertelnie chorego człowieka.

Taki był świat pod koniec lat sześćdziesiątych XX wieku. Z jednej strony zimna wojna, ulice, na których segregowano ludzi na podstawie koloru skóry, i ogólne poczucie, że wesoło rozbrzmiewający w radiu *Sgt. Pepper's Lonely Hearts Club Band* The Beatles nijak ma się do trwającej, zaciętej rywalizacji Zachodu ze Wschodem. Po drugiej stronie żelaznej

kurtyny, w szpitalach Ameryki, Europy Zachodniej, ale i w takich miejscach jak Kapsztad⁸, krążenie pozaustrojowe po latach prób przestało być eksperymentem; powstały leki tłumiące układ odpornościowy tak, aby ten nie atakował przeszczepionych narządów, a chirurgia serca ze sztuki niemożliwego stała się sztuką tego, co skrajnie trudne, ale jednak możliwe. To wystarczyło, by Barnard z zespołem zrobili krok, którego inni nie mieli odwagi albo środków wykonać. Bo choć odwaga jest niezbędna, bez zasobów kończy się co najwyżej na zamiarach. Zachód zapewniał sprzęt, dostęp do leków, pieniądze, wymianę ludzi i idei. Ale co najważniejsze – dawał klimat, w którym „spróbujmy” rozbrzmiewało częściej niż „nie da się”.

Fala zachwytu po pierwszym przeszczepie serca była krótka. Owszem, ktoś mógł wreszcie powiedzieć światu: „Spójrzcie. Tak się da. To możliwe”, ale ten sam pionier musiał wziąć na swoje barki zaledwie osiemnaście dni życia pacjenta – bo tyle dzięki przeszczepowi serca otrzymał wówczas Louis Washkansky – i zmierzyć się z całym ciężarem pytań, które przysły natychmiast po śmierci biorecy. Co z etyką? Co z prawem? Co ze zgodą? Co z definicją śmierci? Zaczęły się kalkulacje. Bez jeszcze nieodkrytej cyklosporyny, bez precyzyjnych protokołów postępowania i bez doświadczeń przeszczepu były odrzucane, a pacjenci umierali. Wiele ośrodków wycofało się, wygasło programy transplantacji, uznając, że cena jest zbyt wysoka. Na polu bitwy zostali uparci. Ci, którzy chcieli przetrzeć szlak. Sprawić, żeby dało się to powtarzać. Uczyć innych. Ten oddech po euforii pokazuje, że przełomy zawsze mają drugą stronę,

8 W czasach zimnej wojny Republika Południowej Afryki – mimo izolacji z powodu apartheidu – była częścią „zachodniego” obozu. Antykomunistyczna, gospodarczo powiązana z USA i Europą Zachodnią, współpracowała z nimi wywiadowczo i militarnie. W praktyce oznaczało to, że pod względem sprzętu i standardów medycznych szpitale w Kapsztadzie funkcjonowały po zachodniej stronie żelaznej kurtyny.

mozolną i niewdzięczną. To właśnie wtedy, gdy światła reflektorów gasną, a rozpalają się lampki przy biurkach, rozstrzyga się, czy pojedynczy przypadek przy operacyjnym stole zamieni się w możliwą do powtarzania praktykę, czy pozostanie jednorazowym cudem.

Teraz spójrzmy na ten sam moment historii z naszej, wschodniej strony globusa. Polska po 1945 roku wyszła z wojny w ruinie: potężne straty ludzkie, przesunięte granice, zburzone miasta i infrastruktura odbudowywana latami. Państwo podporządkowano modelowi sowieckiemu – centralne planowanie, partia nad wszystkimi instytucjami. Progres był potwornie wolny. Gdy w RPA Barnard dokonywał przeszczepu serca, w tym samym czasie Polska końca lat sześćdziesiątych była miejscem, w którym zagraniczne waluty liczono jak dary z niebios, technologię wdrażano z opóźnieniem, jednorazówki w szpitalach prano, suszono i używano powtórnie, publikacje naukowe wychodziły lata później niż na Zachodzie, a wyjazdy za granicę stanowiły przywilej nielicznych i nagrodę za wierność. Decyzje zapadały wysoko, z reguły powoli, a do reszty świata daleko nam było nie tylko geograficznie.

Mimo to dwa lata po wyczynie Barnarda, w 1969 roku w Łodzi, grupa polskich lekarzy podjęła wyzwanie. Doktor Jan Moll i jego zespół spróbowali. To słowo musi wybrzmieć z szacunkiem dla starań, ale bez retuszu dla rezultatu. Spróbowali. Pacjent zmarł po zaledwie kilku godzinach. Dlaczego się nie udało? Bo odwaga nie wypełni braków. Bo do zabiegu, który balansuje na takiej krawędzi, potrzebne jest wszystko naraz: doświadczenie, immunosupresja, sprzęt, opieka pooperacyjna, krew i wreszcie... szczęście. A my startowaliśmy z deficytem na każdym z tych pól. Gdzie indziej spierano się o etykę, u nas – w ogóle o możliwość przekroczenia tej granicy. Tam debata brzmiała: „Czy wolno?”, u nas częściej: „Czy damy radę?”. Zaznaczmy jasno, to nie jest zarzut wobec polskiej chirurgii, lecz diagnoza panujących wówczas realiów. A jednak – mimo

tego wszystkiego – w końcu w Polsce też padnie: „Mamy to”. To już jednak inny czas i inny rozdział.

Ta podwójna perspektywa – zachodni świat versus PRL-owska Polska – jest nam potrzebna, żeby dobrze opowiedzieć tę historię. To bowiem moment, by z planu ogólnego zejść do szczegółu. Aby poznać człowieka, który jak żaden inny kojarzy się z przeszczepem serca, ale i z kardiochirurgią w ogóle – i nie mam tu na myśli wyłącznie skojarzeń naszych, lokalnych. Przed nami ktoś niezwykły. Ktoś, kogo spróbujemy uchwycić pośrodku, między słynnym zdjęciem a codziennym dyżurem. Bowiem w tej historii liczy się nie to, kto był pierwszy na świecie, a kto w Polsce, lecz kto sprawił, że wszystko w naszych realiach i naszych szpitalach zaczęło działać.

Zbigniew Religa.

Dlaczego on? Dlaczego, mimo że „pierwszy raz” wydarzył się gdzie indziej i wykonany został przez kogoś innego, w Polsce to właśnie Religa stał się synonimem przeszczepu serca? Dlaczego przebił się do masowej świadomości tak mocno, że po dziś dzień panuje uporczywe przeświadczenie, taki nasz lokalny efekt Mandeli⁹, że to Religa pierwszy na świecie przeszczepił serce, choć już wiemy, że wcale pierwszy nie był?

Owszem – nie był pierwszym, który przeszczepił serce jednego człowieka drugiemu. Ale był pierwszym, który uczynił niemożliwe możliwym u nas. To różnica fundamentalna, a niedoceniana. Barnard otworzył drzwi światu – pokazał kierunek i przeciął symboliczną wstęgę. Żeby jednak w Polsce można było przejść przez podobne drzwi, trzeba było najpierw przekonać portiera, żeby nas w ogóle wpuścił do budynku, potem te drzwi odnaleźć w długim korytarzu polityki, a na koniec jeszcze

9 Zjawisko, w którym duża grupa ludzi fałszywie pamięta te same fakty lub wydarzenia, błędnie utożsamiając je z rzeczywistością.

dorobić klucz pasujący do zamka. W PRL-u, w kraju odciętym od reszty zachodniego świata, z niedoborami, „pierwszy raz” nie był zresztą wcale szczególnie pożądany, nawet do niego szczególnie nie aspirowano. U nas realia były surowsze, więc i poprzeczka zawieszona była gdzie indziej: potrzebowano kogoś, kto przemieni pojedynczy wyczyn w ciąg dalszy. Kto udowodni, że tu też się da, regularnie i wbrew okolicznościom. Zbigniew Religa to właśnie zrobił.

Dostępność – jego tajna broń. Wysoki, trochę zgarbiony, w marynarce narzuconej nieco niechlujnie na ramiona, z bujnymi włosami zawsze zaczesanymi do tyłu, szarmancko. Miał w sobie coś, co sprawiało, że pacjenci nie obawiali się do niego podejść na korytarzu i zadać nawet proste pytanie. Coś, co zdawało się mówić: „Jestem tu dla was”. Dodajmy do tego drobne rysy charakteru: że potrafił przespać noc na szpitalnym tapczanie i iść z jednego dyżuru prosto na drugi, że lubił Louisa Armstronga i *What a Wonderful World* traktował jak antidotum na ciężkie dni, że unikał piątków trzynastego i w te dni po prostu nie operował, że śpiewał patriotyczną pieśń *Serce w plecaku* nie całkiem czysto, ale za to zawsze z uśmiechem na ustach i w głos, że hej! W tych detalach Zbigniewa Religi nie ma wizerunkowego cukru, jest tylko i aż prawda o człowieku, który jak wielu z nas pracował ponad miarę i potrzebował swoich małych rytuałów, żeby w tym wszystkim nie zgubić równowagi.

Religa był liderem w realiach skrajnego, systemowego niedoboru. Ileż on miał cech, którymi można go opisać! Charyzmatyczny na wskroś, ujmował wszystkich swoją skromnością. Uparty, potrafił zdobywać narzędzia tam, gdzie ich nie było. Kupował aparaturę, organizował zaufanie i z niczego generował w ludziach wiarę w to, że jednak warto, że następnym razem się uda, że wie, co robi i po co to robi. Przekonywał młodych lekarzy, by wzięli na siebie więcej, niż przewidywały sztywne hierarchie. Wyciągał rękę do pielęgniarek i techników, traktując ich

zupełnie inaczej niż wielu jego kolegów: nie jako dodatek do majestatu chirurga, ale jako konieczny warunek, niemal *sine qua non*¹⁰ powodzenia całej medycznej misji. Gdy trzeba było, umiał prosić, dziękował zaś zawsze, za najdrobniejsze nawet rzeczy. Wymagał bardzo wiele od innych, ale najwięcej od siebie. Znał krajowy numer do lokalnych darczyńców, ale i zagraniczny do skorej do pomocy Polonii; wiedział, jak działa świat poza kliniką, i nie bał się improwizować, gdy podręcznik medycyny nie oferował rozwiązania. Styl dowodzenia miał ostry i bezpośredni. Najpierw pełne skupienie, wszystkie ręce na pokład, a jeśli wszystko szło dobrze, dopiero wtedy pozwalał sobie na odrobinę luzu i żartu, ale tylko trochę, nie za dużo, bo kolejny pacjent już czekał. Jeśli jednak coś po drodze zaczynało się psuć – hojnie rzucał wulgaryzmami. Nigdy nie było dla niego nieodpowiedniego momentu, by rzucić wszystko i ratować drugiego człowieka. Zawsze ten sam proces – na skroni pojawiał się pot, seria szybkich decyzji, wyćwiczone ruchy skalpelem, a potem krótkie: „Dobra robota!”. Choć zawsze brał odpowiedzialność na siebie, a ze stresem walczył, wypalając niebotyczne ilości papierosów i racząc się tuzinami kieliszków alkoholu jeden po drugim, nigdy nie udawał, że to wszystko robi sam.

Dlaczego? Bo to nie był teatr jednego aktora. Religa wielokrotnie powtarzał, że przełom nie wydarzyłby się bez zespołu. Bez młodych, ambitnych lekarzy – Andrzeja Bochenka, Mariana Zembali i wielu innych, którzy z wielką pasją uczyli się z nim nowych technik i podejmowali się operowania tego, co inni odrzucali w kwalifikacji. Nie byłoby Religi bez instrumentariuszek, które potrafiły wyczytać kolejny ruch po samym zmarszczeniu jego brwi na widok krwawiącej tętnicy. Bez perfuzjonistów, którzy z wprawą obsługiwali aparat do krążenia pozaustrojowego

¹⁰ Z łaciny: warunek konieczny i nieodzowny.

podczas operacji na otwartym sercu. Bez anestezjologów, którzy dostrzegali problem sekundę wcześniej niż reszta zespołu. Nie byłoby Zabrze i trwającego po dziś dzień Śląskiego Centrum Chorób Serca, gdyby nie Religa i jego ludzie. Unikajmy więc narracji „samotny bohater przeciw systemowi”. To była wspólnota celu. Wspólnota zespolona przez Religę, a nie przez niego tworzona.

Może więc źródłem jego sławy jest ta słynna fotografia? Każdy zna zdjęcie z „National Geographic”. Rok 1987, Religa przy monitorze, zmęczony po wielogodzinnej operacji, w tle widoczny asystent. Zimne światło lamp odbija się od zielonych serwet i zmiętych fartuchów, obok stojąki z kroplówkami, kable i dreny układają się w nerwowy labirynt. Na stole pacjent przykryty po same obojczyki. Bałagan na podłodze, rozrzucone opatrunki i liczne plamy krwi mówią, jak długa była ta noc. Asystent śpi skulony, jeszcze w czepku, z maską zsuniętą na szyję. Religa czuwa. Siedzi zgarbiony, łokcie na kolanach, wzrok przyklejony do monitora. To jest zdjęcie człowieka, który został na sali operacyjnej, kiedy reszta świata, potwornie wyczerpana, zdążyła już zamknąć oczy. Człowieka, który uratował drugiego bezinteresownie, a teraz... trwa. Jedna klisza, która wbija nazwisko „Religa” w pamięć globalną i lepiej niż tysiąc zdań tłumaczy, dlaczego tutaj, w PRL-u, słowo „poświęcenie” waży więcej. W tak niezwykle sposób działają symbole, że potrafią uporządkować nam świat w proste równania. Religa równa się odpowiedzialność. Religa równa się „zostajemy, aż będzie stabilnie”.

Ale tu najważniejsze jest co innego – przełamanie bariery „u nas się nie da”. To zdanie, podszyte nieraz ironią, ale częściej smutnym doświadczeniem, miało w powojennej Polsce długą karierę. Nie da się, bo nie ma sprzętu. Nie da się, bo nie ma zgody. Nie da się, bo prawo nie nadąza. Nie da się, bo system nie ufa tym, którzy są o pół kroku szybsi, a więc podejrzani. Udane zabiegi w Zabrzu były pierwszym twardym

dowodem, że Polacy mogą robić rzeczy z Zachodu dokładnie o tym samym stopniu skomplikowania, a problem nie leży w genach narodu, tylko w kwestiach obiektywnych: w dostępie do narzędzi i sposobie organizacji pracy. Konsekwencją tego dowodu było otwarcie programu, szkolenie kadr, zmiana myślenia środowiska i pacjentów, zmiana podejścia do polskiej medycyny ze wszystkich stron. Zabrze urosło do rangi ośrodka referencyjnego. Pacjenci zamiast bać się słowa „transplantacja”, zaczęli przychodzić z pytaniem: „Czy ja się kwalifikuję?”. Rodziny dawców dostawały ludzkie wytłumaczenie, dlaczego warto pozwolić, by organ ich najbliższych bił wewnątrz obcego człowieka. Późniejsze wieloletnie życia konkretnych ludzi – jak Tadeusza Żytkiewicza – dowodziły, że nie mówiono o jednorazowym cudzie, tylko o metodzie leczenia. Dzisiaj w Polsce działa siedem ośrodków przeszczepiających serce – dwa w Warszawie i po jednym w Gdańsku, Krakowie, Poznaniu, Wrocławiu i Zabrzu – a rekordowy był rok 2024, kiedy wykonano dwieście pięć takich operacji¹¹. To są fakty, które zamykają usta wszystkim twierdzącym, że „u nas się nie da”. Da się – jeśli zbuduje się program, a nie zarwie jedną noc.

Dlatego więc tak często myli się tego pierwszego z tym, który sprawił, że działa? Dlatego wszyscy kojarzymy Zbigniewa Religę, ale mało kto z nas wie, co konkretnie zrobił? To proste.

Historia rzadko nagradza pionierów za samo dokonanie, dużo częściej nagradza tych, którzy uspołecznili przełom. Zapamiętujemy nie tych, którzy byli pierwsi, lecz tych, którzy sprawili, że coś zostało upowszechnione. Edison nie wynalazł żarówki jako pierwszy – ale sprawił, że stała się praktyczna i dostępna poprzez standard gwintu i ogólne bezpieczeństwo. Maszyna parowa? Przed Jamesem Wattem był jeszcze Thomas

¹¹ Zob. „Poltransplant. Biuletyn Informacyjny” 2024, nr 1(33), https://files.poltransplant.org.pl/Biuletyn_2024_www.pdf (dostęp: 21.11.2025).

Newcomen i jego ciężki, żarłoczny, pompujący wodę z kopalń wynalazek. James Watt spojrział na niego, przemyślał sprawę, dołożył oddzielny skraplacz, poprawił sprawność, dodał ruch obrotowy oraz regulator – i nagle para nie tylko pompowała, ale i napędzała fabryki, statki, w końcu kolej. Samochodem przed Fordem jeździli już Benz i Daimler – nie był więc pierwszy, ale to on ustawił linię produkcyjną tak, by auto (słynny Model T) stało się osiągalne dla zwykłego człowieka. To nie pierwszy samochód zmienił świat, tylko taki, na który było stać miliony. Google nie było pierwszą wyszukiwarką – ale nauczyło świat, jak szukać wiedzy w internecie i pokazało, jakie to proste. Wreszcie iPhone nie był pierwszym smartfonem – ale znacznie obniżył próg wejścia i udowodnił, że telefon naprawdę może być smart, a nie tylko przypominać skrajnie zminiaturyzowany komputer, który z trudem obsługuje się rysikiem i przeklina wówczas wszystko, na czym świat stoi.

Mechanizm zawsze jest ten sam: pionier przeciera szlak przez dżunglę, ale to właśnie ten, kto w kolejnych miesiącach i latach układa w jego miejsce brukowaną drogę, tak aby inni mogli wygodnie podróżować – ten właśnie zostaje w pamięci i przechodzi do historii. Tu kryje się sekret Religi, który upowszechnił przeszczepy serca w Polsce. Zamienił eksperyment w metodę, a metodę w program. Dlatego jego nazwisko sklepiło się z pojęciem „przeszczep serca”, bo choć pierwszy raz na świecie wydarzył się daleko stąd, to dla nas dużo istotniejsze jest to, co zrobił Religa, a nie to, kto zrobił to przed nim.

Nie sztuką jest dokonać czegoś w idealnych warunkach. Sztuką jest dokonać czegoś wtedy, gdy wszystko jest przeciwko tobie. Dlatego ta historia nie zacznie się w Kapsztadzie. Zacznie się tam, gdzie przez lata mówiło się „nie”, a mimo to serce – to jedno serce – zaczęło jednak bić.

Zacznie się w Polsce. W PRL-u. W Miedniewicach – malowniczej wsi położonej w województwie Mazowieckim nieopodal Żyrardowa.