

STANISŁAW OLEJNIK

PRZESZCZEPIANIE NARZĄDÓW LUDZKICH W ŚWIELE REFLEKSJI TEOLOGICZNOMORALNEJ

Treść: I. Zagadnienie. II. Narastanie zjawiska. III. Waga problemu. IV. Przekazywanie narządu. V. Uznanie zgonu. VI. Względy pietyzmu. VII. Trudności praktyczne i możliwości nadużyć. VIII. Wnioski syntetyczne.

I. ZAGADNIENIE

Rozwój medycyny powojennego ćwierćwiecza, a szczególnie ostatnich kilku lat, kulminujący w udanych próbach przeszczepiania nerki i serca, stał się przedmiotem żywych i gorących, nawet ostrych sporów. Przeszczepianie, które zaczyna krystalizować nową specjalizację medyczną, transplantologię, stało się przedmiotem rozważań, dyskusji i polemik licznej rzeszy uczonych, wielu sympozjów, zjazdów, kongresów medycznych, a nawet nie tylko medycznych. Sprawa wykroczyła daleko poza sfery lekarskie. Poruszyła opinię publiczną świata, znalazła szeroki odzew w środkach masowego przekazu, zafascynowała różnych uczonych, zrodziła wiele publikacji fachowych i wypowiedzi publicystycznych. Dominowały w tym wszystkim nie zagadnienia naukowotechniczne, lecz wyraźnie moralne. Stawiano sobie nieustannie pytania, czy i o ile godzi się dokonywać transplantacji ludzkich narządów, co sądzić o już dokonywanych z pozycji oceny moralnej, jakie zająć stanowisko w stosunku do dalszych poczynań medycyny na tym polu. Pytania te są ciągle aktualne, stawia się je wciąż na nowo i na nowo usiłuje się na nie odpowiedzieć, z różnych pozycji parzenia i oceny.

Teologia moralna stoi, jak dotychczas, na uboczu toczących

się we wskazanym tu przedmiocie dyskusji. Zabrakło w niej katolickich moralistów. Może to dziwić, chodzi bowiem o sprawę o charakterze wyraźnie etycznym, a tak głęboko niepokojącą szerokie rzesze ludzi myślących. Ci, których tak jeszcze niedawno pomawiano o zbyt częste i zbyt drobiazgowo ingerowanie w życie ludzkie z gotową oceną i normą, okazują się milczący. Niewiele jest w literaturze teologicznej poważniejszych prób refleksji w tym przedmiocie. Można by zapytać, dlaczego tak się dzieje. Gdzie leży powód tej zadziwiającej powściągliwości, jakby nawet nieśmiałości, katolickich teologów moralistów w odniesieniu do rozpatrywania tak bardzo współczesnego, żywego i niepokojącego problemu?

Wydaje się, że ogarniający coraz wyraźniej teologię moralną prąd odnowy posoborowej skupia uwagę jej adeptów na założeniach podstawowych, niejako punktach wyjściowych tej dyscypliny teologicznej. Poddaje się wnikliwej analizie i surowej krytyce samo jej pojęcie, jej funkcje i istotne zadania. To właśnie sprawia, że niektórzy teologowie moraliści rezygnują, przynajmniej czasowo, z ambicji tak bliskiego ingerowania w życie, jakiego wyrazem jest moralna ocena określonego zjawiska. Samo życie nie zwalnia jednak od tej konieczności. Zrezygnowanie zaś z funkcji oceny i normowania życia ludzkiego w określonych typach i sposobach działania przekreśla istotną wartość tej dyscypliny teologicznej, podważa sam sens jej uprawiania.

Uznanie potrzeby rozpatrzenia problemu przeszczepiania, wobec istniejącego braku w poważnej teologicznej literaturze naukowej, skłoniło do wysunięcia postawionego wyżej problemu. Ma być on rozpatrzony z pozycji teologii, trzeba będzie zatem sięgnąć do źródeł dla niej właściwych. Będzie zatem chodziło o rozważenie, możliwie gruntowne, czy da się pogodzić przeszczepianie ludzkich narządów cielesnych z chrześcijańskim rozumieniem człowieka, jego egzystencji i istotnych zadań ziemskich, jak i powołań pozaziemskich. U podstaw chrześcijańskiej wizji człowieka i jego życia leży przekaz Objawienia, kształtuje ją jednak również myśl ludzka wyjaśniająca ów przekaz w świetle współczesnej wiedzy o człowieku. Otóż z taką właśnie wizją antropologiczną, ubogaconą moralnym

przekazem źródeł Objawienia, trzeba będzie dokonać konfrontacji zjawiska przeszczepiania narządów.

Ocena ma tu dotyczyć faktu z zakresu praktyki medycznej. Ludziom myślącym powierzchownie ocena wydaje się prosta, bo proste jest dla nich oblicze samego faktu. W istocie zaś jest inaczej. Sprawa nie jest wcale prosta¹, implikuje w sobie kilka odmiennych aspektów. Nie dziw więc, że trzeba będzie ujawniać kolejno te różne aspekty oceny. Przedtem zaś narzuca się potrzeba bliższego zarysowania obrazu ocenianego zjawiska i możliwie jasnego uświadomienia sobie charakteru tego, co się w istocie dokonuje w fakcie przeszczepiania narządów ludzkich. Wyczelowanie obrazu samego faktu zostanie dokonane, jak się wydaje, najlepiej na drodze dwojakiego zabiegu, a mianowicie pokazania, jak narastało zjawisko przeszczepiania i jakiego charakteru zastrzeżenia zdołało obudzić. To będą też pierwsze punkty podejmowanych rozważań. W następnych rozpatrzone zostaną kolejno, poczynając od najważniejszych, trudności natury moralnej, jakie wiążą się z transplantacją narządów. One to wyznaczają bardziej szczegółową problematykę zagadnienia, którego ostatecznego, całościowego rozwiązania będzie można zatem oczekiwać dopiero w syntetycznych wnioskach zebranych w ostatnim punkcie wywodów.

II. NARASTANIE ZJAWISKA

Przeszczepianie chirurgiczne żywej tkanki jednego człowieka na innego nie ma jeszcze długiej tradycji.² Poprzedziły ją udane zabiegi przetaczania krwi z jednego pacjenta do żył innego, jak również operacje chirurgiczne przeszczepiania tkanek i narządów dokonywane na zwierzętach.

Przetaczanie krwi, stosowane dziś powszechnie, liczy sobie już kilkadziesiąt lat. Pierwsze jego próby, czynione niejako na oślep, nie obyły się bez ofiar. Podstawowe jednak odkrycie *Wienera*, poszerzone istotnie przez *Hirschfelda*, a do-

¹ Por. J. G. Ziegler, *Moraltheologische Überlegungen zur Organtransplantation*, TThZ 77 (1968) s. 153 n.

² W odnies. do historii rozwoju transplantacji por. W. Ruff SJ, *Die Transplantation von Organen*, StZ 181 (1968) s. 155.

tyczące grup krwi i roli tzw. antygeny, pozwoliły usunąć zasadnicze niebezpieczeństwo związane z transfuzją. Otworzyło to drogę do masowego jej stosowania w chwili obecnej i stało się błogosławieństwem dla dziesiątek, może setek tysięcy zagrożonych śmiercią i uratowanych dzięki transfuzji ludzi.

Chirurgiczne przekazywanie żywej tkanki ludzkiej zostało poprzedzone przeszczepianiem dokonywanym na organach zwierzęcych. Zainicjował je przed 50 laty uczony francuski A. Carrel, laureat Nobla, znany już w świecie dzięki swym doświadczeniom hodowania poza organizmem żywej tkanki pobranej z ustroju zwierzęcego. Otóż Carrel dokonał w Instytucie Rockefellera operacji wszczepienia w szyję psa serca ożywianego krwią przez złączenie jego naczyń z żyłami i tętnicą szyjną psa-biorcy. Ten jego udany zabieg odsłonił możliwości techniczne przeszczepień chirurgicznych żywych narządów. Prace Ballej'a i Shumway'a możliwości te znacznie poszerzyły. Pierwszym udało się w r. 1953 przeszczepić psu, w miejscu uprzednio usuniętego własnego, cały układ serce-płuca innego psa. Drugi zaś dokonał w r. 1960 pomyślnej operacji zastąpienia serca w żywym organizmie psa-biorcy. Techniczna strona tych operacji mogła być bez poważniejszych zmian zastosowana i do organizmu ludzkiego. Stało się to tym bardziej możliwe, że na ludziach dokonano już nie jednej prostszej transplantacji.

Transplantacje chirurgiczne na człowieku rozpoczęto od przeszczepień płatów skóry, elementów ścięgna lub kości, przenoszonej z jednego miejsca w inne miejsce ciała tego samego pacjenta. Chodziło o zabiegi natury korekcyjnej, w pewnym sensie kosmetycznej, dotyczące okaleczeń lub deformacji eksponowanych części ciała ludzkiego, zwłaszcza twarzy, wrodzonych lub wywołanych w czasie wojny lub na drodze nieszczęśliwych wypadków. Nie budziły one żadnych poważniejszych zastrzeżeń czy sprzeciwów. Przeciwnie, dokonujący ich chirurdzy-plastycy usuwając lub łagodząc deformację wyświadczyli wielkie i niekwestionowane usługi swym pacjentom. Przywracali im dobre samopoczucie, usuwali urazy psychiczne, niekiedy budzili lub przywracali chęć do życia. Świadek tych poczynań i osiągnięć nauki i sztuki chirurgicznej, papież

Pius XII, zajął wobec nich stanowisko jako rzecznik moralności chrześcijańskiej³. Nie wyraził w nim zasadniczych zastrzeżeń w stosunku do zabiegów tego typu, przeciwnie, podkreślił ich pozytywne wartości. Jeśli wysunął przy tym jakieś obawy, to odnoszą się one tylko do ewentualnych nadużyć o charakterze eksperymentowania naukowo-lekarskiego na ludziach.

Przeszczepianie człowiekowi tkanek z organizmu innego osobnika, zwierzęcego lub ludzkiego, podejmowane było prawie równoległe z wyżej opisanymi zabiegami. Ważnym momentem w tym procesie były udane próby przeszczepiania rogówki oka. Pobierano je bądź to od zwierzęcia, bądź też od człowieka zmarłego. I ten rodzaj przeszczepów nie spotkał się z potępieniem lub choćby poważniejszym zakwestionowaniem ze strony szerszej opinii publicznej. Niezmiernie wrażliwy na rodzące się zjawiska życiowe i aktualne problemy moralne pap. Pius XII zajął wobec wskazanych zabiegów stanowisko w alokucji do członków Włoskiego Stowarzyszenia Dawców Rogówki dnia 14 maja 1956. Papież uznał przeszczepianie rogówki w obu omawianych postaciach za moralnie nienaganne. Stanowisko swoje wyjaśnia i motywuje w sposób podobny w stosunku do obu postaci przeszczepień. Chodzi mianowicie o to, że pobranie rogówki w obu wypadkach nie jest naruszeniem żadnych uprawnień, nie jest więc przedmiotem krzywdy. Zwierzę bowiem, które pozbawia się rogówki, nie jest w ogóle przedmiotem uprawnień. Zwłoki ludzkie zaś nie są już przedmiotem prawa, bo nie są osobą ludzką.

Głosząc dopuszczalność przeszczepiania rogówki porusza Pius XII w swej alokucji szersze zagadnienie transplantacji w ogóle — mając oczywiście na uwadze znane w tym momencie zabiegi i próby podejmowane przez chirurgów. Problem moralny zarysowany przez papieża sprowadza się do tego, aby transplantacja nie powodowała szkody, ani dawcy przeszczepionej tkanki, ani też jej biorcy. W związku zaś z omawianiem sytua-

³ Por. przemówienie pap. Piusa XII z dn. 4.X.1958 do uczestników X Kongresu Włosk. Stowarzysz. Chirurgii Plastycznej. AAS 50 (1958) s. 952—961.

⁴ Por. AAS 48 (1956) s. 459—467.

cji moralnej biorcy ostrzega Pius XII przed wprowadzeniem do jego organizmu elementów gatunkowo obcych. Chodzi mianowicie o próby przeszczepiania człowiekowi gruczołów płciowych ze zwierzęcia, które papież odrzuca jako moralnie niegodziwe i niedopuszczalne.

Rozwój chirurgii transplantacyjnej szedł jednak ciągle naprzód, wspomagany osiągnięciami całej medycyny i współczesnej techniki. Dochodzi do podjęcia, uwieńczonych pełnym sukcesem, prób przeszczepiania całych narządów. Rozpoczęto od transplantacji nerki. Od dawna było rzeczą znaną zarówno to, że bez nerki człowiek nie utrzyma się przy życiu, jak i fakt, że można żyć a nawet pracować z jedną tylko zdrową nerką. W sytuacjach ustania funkcji obu nerek, kiedy pacjentowi groziła nieuchronna i bliska śmierć, znalazł się chętny dawca jednej ze swych dwóch zdrowych nerek. Udana transplantacja zachęciła do jej ponawiania. Zagrożonych śmiercią z powodu braku zdrowo pracującej nerki i chętnych dawców znalazło się więcej, ośrodków i chirurgów zdolnych do przeszczepienia zaczęło przybywać. Do dziś podjęto już na świecie kilka tysięcy takich operacji, w zdecydowanie przeważającej ilości udanych, których obiekty cieszą się utrzymywaniem już nawet przez parę lat życia.

Ocena tych zabiegów nie była jednak tak jednoznacznie pozytywna, aprobująca, jak dotychczasowych rodzajów przeszczepień. Transplantację nerki zaczęto stawiać na cenzurowanym, posypały się w stosunku do niej wątpliwości i zastrzeżenia, zarówno ze strony opinii publicznej, jak i lekarzy fachowców oraz myślących humanistów. Podniosły się tu i ówdzie głosy odmawiające chirurgom moralnego prawa do podejmowania tego rodzaju ingerencji. Głosy ostrzeżenia i niepokoju ginęły jednak przyciszone reakcjami szerokiej aprobaty, a nawet niekłamane uznania, dla niewątpliwych osiągnięć chirurgii transplantacyjnej.

Na fali sukcesów osiągniętych w przeszczepianiu nerki na dalszy plan w rozgłosie zeszyły próby transplantacji innych narządów: płuc, wątroby, trzustki. Wyniki ich zresztą, wbrew pokładanym nadziejom, a nawet pierwszym entuzjastycznym oce-

nom prasy i publicystyki, okazały się niepomysłne i takimi pozostały po dzień dzisiejszy.

Wreszcie 3 grudnia 1967 r. miał miejsce fakt, który zelektryzował świadomość mas ludności całego globu: w Grootte Chur w Kapsztadzie udało się dr C. h. B a r n a r d o w i przeszczepić człowiekowi serce pobrane od innego człowieka. Wszczepienia tego serca dokonał dr Barnard w ciele L u d w i k a W a s h k a ń s k y e g o, a wyjął je 18-letniej dziewczynie D e n i s D a r v a l ginącej w wyniku wypadku samochodowego. Niezwykle śmiała, trudna, najeżona niebezpieczeństwami, ogromnie wyczerpująca dla paru dziesiątek pracowników lecznictwa operacja została uwieńczona powodzeniem, stała się wielkim sukcesem medycyny współczesnej. Poruszyła jednocześnie, rozpałała, rozbiła nawet opinię publiczną. Wielu ludzi dopatrzyło się w niej faktu godnego uznania i podziwu. U wielu, potencjalnych biorców zdrowego serca, zrodziła uczucia nadziei i głosy optymizmu. Ale nie zabrakło i głosów całkowicie odmiennych⁵. Odezwały się z miejsca słowa krytyczne, wyrazy rozwagi i ostrzeżenia, a nawet całkowitej dezaprobaty. Pospływały się protesty i żądania domagające się stanowczego zakazu podejmowania tego rodzaju zabiegów, położenia kresu przeszczepom uznanym za czyny prowokująco szkodliwe.

Przed udanym zabiegiem przeszczepienia dokonanym na Washkański'm były próby nieudane. Zespoły chirurgów z Jacksonsville pod kierunkiem dr H a r d y' e g o już w r. 1963 przeprowadziły dwa przeszczepy serca: jednego pobranego ze zwłok ludzkich, drugiego zaś wyjętego z żyjącego szympansa. Mimo niepomysłnego skutku utorowały one drogę do sukcesu osiągniętego na Washkański'm, przekonały bowiem kardiochirurgów o technicznej możliwości tego rodzaju transplantacji. Udana operacja na Washkański'm przekonanie to potwierdziła i upowszechniła.

Sukcesu medycyny osiągniętego przez zespół dr Barnarda nie zachwiała, po 15 dniach życia z przeszczepionym sercem, śmierć Washkański'ego. Po Washkański'm był bowiem B l a i-

⁵ Por. np. J. Wejroch, *Wątpliwości rosną w miarę wyjaśniania*. Wiąz 112 (1969) nr 2—3 s. 104—108.

berg, który obdarzony cudzym, pobranym 23-letniemu mulatowi Clive Hauptowi, zmarłemu na skutek krwotoku do mózgu, sercem przeżył jeszcze dłużej. Fakty przeszczepiania serca zaczęły się mnożyć. Wiele z nich okazało się nieudanych, pacjentów pobierających nie dało się utrzymać dłużej przy życiu. Ale wielu biorców przyjmąwszy zdrowe cudze serce poczuło się, na dłuższy lub krótszy okres czasu, jakby przywróconymi, odrodzonymi do nowego życia.

Sukcesy i niepowodzenia transplantologii serca powodowały nawroty wielkiego zainteresowania szerokich rzesz dla tej sprawy, budziły ożywione reakcje emocjonalne, rozpałały spory. Nastroje opinii publicznej nie tylko się wyraźnie spolaryzowały, lecz falowały, zmieniały się, przerzucając się z entuzjazmu do ostrego potępienia i odwrotnie⁶. Kierunek tego falowania wyznaczała często długość życia ludzi obdarzonych przeszczepionym im sercem. Długość ta nie była na ogół zbyt wielka, sięgała miesięcy, wyjątkowo 2 lat. Na przeszkodzie osiągnięcia pełnego sukcesu stanęła tzw. bariera immunologiczna, prowadząca nieuchronnie do odrzucenia przeszczepu jako obcego ciała w organizmie⁷. Nie mniej jednak na skutek udanych przeszczepień pewna liczba ludzi, skazanych na nieuchronną śmierć, żyła lub żyje, całe dnie i miesiące, a nawet, jak w przypadku 40-letniego Amerykanina Donalda Lee Kominski'ego ze stanu Michigan, przeszło 2 lata. Czy Kominski żyje jeszcze w chwili pisania tych słów, nie wiadomo, ale kiedy 5 grudnia 1970 r. mijał dwuletni jubileusz jego udanego przeszczepienia serca, czuł się dobrze, żył normalnie życiem towarzyskim, mógł wychodzić na spacer, nawet wykonywał lżejsze zajęcia w domu.

Zwolennicy i obrońcy przeszczepów w ogóle, a serca w szczególności, mogą się czym pochwalić, kiedy wskazują na przykład Bleiberga lub Kominski'ego. Jest to dla nich zresztą dopiero początek spodziewanych sukcesów transplantologii. Są oni przekonani, że całkowite przewyciężenie bariery immunologicznej, przy pomocy tzw. środków immunosupresyjnych, su-

⁶ Por. J. G. Ziegler, art. cyt. s. 170 n.

⁷ Por. tamże, s. 161.

rowicy przeciw limfocytarnej lub innych środków dziś jeszcze nieznanymi, jest tylko sprawą czasu. Ale przeciwników to wcale nie uspokaja. Przeciwnie, to co raduje już dziś entuzjastów i rodzi otuchę na przyszłość, odsłania antagonistom perspektywę groźną i rodzi niepokój. Twierdzą przy tym, że sedno sprawy nie leży wcale na płaszczyźnie techniki dokonywanych zabiegów, ani bardziej lub mniej doskonałej sztuki chirurgicznej, ani nawet skuteczności stosowanych obecnie lub oczekiwanych w przyszłości metod. Leży ono głębiej, a dotyczy całościowego, ludzkiego, humanistycznego widzenia zabiegów i osiągnięć transplantologii. Uważają oni, i wcale nie lekkomyślnie, że istnieje inna, poza immunologiczną, bariera, która powinna położyć tamę fali przeszczepiania. Teransplantologia niepokoi, a nawet oburza ich sumienie ludzkie i chrześcijańskie. Kierują pod jej adresem ostre zarzuty i żarliwe niepokoje. Różnorodność zastrzeżeń i powaga wysuwanych argumentów wymaga troskliwego ich rozpatrzenia.

III. WAGA PROBLEMU

Niektóre zastrzeżenia, niekiedy wysuwane nawet jako surowa dezaprobata, nie posiadają poważniejszych uzasadnień. Są po prostu okrzykiem niechęci, wyrazem nastawienia emocjonalnego, ujawnieniem nie dającego się ująć werbalnie poczucia, że dzieje się tu coś niestosownego. Prof. L. Manteuffel, wybitny kardiolog, wyznaje, że myśl o przeszczepianiu serca budzi w nim odrazę⁸. Przyznaje, że trudno mu to uzasadnić, ale w metodzie tej odczuwa poniżenie godności ludzkiej. Instukcja każe mu uznać w niej kierunek błędny od podstaw, w samych założeniach, budząc jednocześnie przewidywanie, że odległe skutki transplantacji mogą się okazać niekorzystne.

Niechęć, czy nawet odraza do transplantacji ludzkich narządów cielesnych, albo nawet już samej tkanki, łączy się u niektórych oponentów z sekcją zwłok i utylitarnym traktowaniem

⁸ Por. *Etyczne aspekty transplantacji serca*. Sprawozd. z konferencji nauk., *Etyka* 4 (1969) s. 40.

niektórych ich części po dokonaniu sekcji⁹. Pietyzm dla ciała ludzi zmarłych, szczególne względy szacunku w stosunku do niego, nie łatwo daje się im pogodzić z wszelką próbą utylizacji zwłok. A już utylizację ciała świeżo zmarłego lub zamierającego traktują jako wielkie ugodzenie w te głębokie uczucia, jakie rodzić ma w każdym człowieku, a szczególnie człowieku wierzącym, tajemnica śmierci ludzkiej. Wprawdzie zdają sobie oni sprawę z tego, że dziś w szpitalach¹ dokonuje się powszechnie sekcji zwłok po śmierci i zachodzi w ich trakcie pobieranie narządów, np. do badania histologicznego, jednak przeszczepianie tych narządów ludziom żywym uważają za jaskrawe i oburzające zjawisko utylizacji ciała po śmierci. Przy motywowaniu swej dezaprobaty, natury zresztą zasadniczo emocjonalnej, odwołują się oni do sugestywnych porównań i analogii. Traktując ciało ludzkie utylitarnie, czym — zapytują — różni się od ludożerców, lub „przemysłnych” władców hitlerowskich obozów zagłady dysponujących masą ciał zamordowanych ofiar, którzy z ciał tych produkowali ponoć mydło, wykorzystując dodatkowo skórę ludzką na abażury lub oprawy do albumów. Gdyby nawet analogii tych nie wysuwano zbyt poważnie, pozostaje w dalszym ciągu ważnym zastrzeżenie w stosunku do traktowania narządów ludzkich, szczególnie serca, jako rzeczy użytecznej, a więc jako tylko środka, nawet użytego właściwie i szlachetnie. Dla wielu ludzi ciało to coś więcej niż rzecz, a dla serca mają szczególne i wyjątkowe względy.

Wysuwano niejednokrotnie supozycje, że najpoważniejszym źródłem zastrzeżeń i oporów w stosunku do przeszczepiania serca są wyraźnie ujmowane lub działające podświadomie względy religijne, a w szczególności te, którym ulegają chrześcijanie. Jest to zupełnie możliwe, jeśli się zważy, jak głęboko idealizacja serca zakorzeniła się w obyczaju i kulcie Kościoła katolickiego. Trzeba jednak zauważyć, że inspiracja przeciwutylizacyjna idąca od tej strony jest raczej szersza, dotyczy ludzkiego ciała w ogóle. Tak jest przynajmniej w Kościele katolickim,

⁹ Por. tamże, s. 15 n., 27 n.

gdzie pietyzm dla zwłok ludzkich jest bardzo żywy i głęboki, a nie było i nie ma poważniejszych zastrzeżeń w stosunku do operacji czynionych na sercu lub przekazywania krwi. Wiadomo natomiast, że przetaczanie krwi stanowi w dalszym ciągu czynność, którą za absolutnie niedopuszczalną uważają pewne Wspólnoty Chrześcijańskie. Jeśli więc nie godzi się pobierać i przekazywać krwi ludzkiej, rzeczą zupełnie zrozumiałą jest rozciągnięcie oporów moralnych i na serce, stojące z krwią w tak bezpośredniej relacji.

Najcięższym zarzutem, jakim się obarcza ludzi dokonujących transplantacji serca jest to, że stają się oni sprawcami śmierci osoby, od której ten narząd pobierają. Transplantacja bowiem, aby mogła być skuteczna, narzuca szereg surowych wymagań, a wśród nich również i to, aby wyjęte serce mogło być zdolne do dalszego życia w ciele biorcy. To serce musi być żywe, trzeba więc je transplantować w ściśle określonym czasie, nie za późno, w przeciwnym razie zajdą w nim nieodwracalne procesy rozkładu, które uniemożliwiają jego ożywienie w nowym ciele. Wyjęcie serca zaś, serca nadającego się do przeszczepienia, staje się definitywnym czynnikiem zakończenia życia, gasi w sposób niechybny i nieodwracalny tłące się jeszcze, choć może niedostrzegalne już dla oka obserwatorów i przyrządów lekarzy, życie ludzkie. Nie trzeba się więc ludzi czy oszukiwać, transplantacja serca powoduje śmierć, jest więc czynnością śmieronosną, stanowi zabicie człowieka. A jako taka jest czynnością godzącą w podstawowe prawo każdej osoby, jest niesprawiedliwością i zbrodnią, stanowi wielkie, podstawowe wykroczenie przeciwko Bogu, dawcy i panu ludzkiego życia. Życie ludzkie jest święte i nienaruszalne, godzenie w nie zatem, w każdej swojej postaci, winno być potępione i zakazane.

Zarzut powyższy, formułowany w tak jaskrawy, nie wolny od insynuacji, sposób odsuwany jest z oburzeniem, przy odwołaniu się do właściwych, najlepszych intencji sprawców przeszczepień. Nikt tu, jak twierdzą, nie zadaje śmierci, nikt nie pragnie jej powodować; przeciwnie, wszystko zmierza do tego, aby leczyć, nieść życie, zachować je u biorcy zagrożonego śmiercią. Oponenti jednak nalegają dalej, wysubtelniając tylko argumentację, zaostrzając zarzuty. Sprawę trzeba widzieć

obiektywnie, nie poprzez te czy inne, choćby nawet najlepsze, intencje i zamiary sprawców przeszczepów. Pozostaje niewątpliwy fakt śmierci tego, od którego pobiera się serce, a wiele przesłanek uzasadnia, że fakt ten obciąża winą tych, którzy serce pobierają. W najlepszym razie bowiem trzeba im postawić zarzut, że nie uczynili wszystkiego, aby ratować gasnące życie, by podtrzymać je, jak długo się da. Lekarze biorąc serce tego właśnie wyraźnie nie czynią. Obrona zaś życia i zdrowia, zawsze ona i tylko ona, jest tytułem wielkości ich powołania, źródłem szacunku dla ich zawodu i wielkiego do nich, do ich ingerencji, zaufania pacjentów. Ich ewentualna obrona zabiegu przy pomocy argumentu, że dawca żyć nie będzie, bo dla tych lub owych powodów żyć nie może, nikogo nie przekona, a godzi w teleologię ich zawodu i powołania.

Bliżej znający sprawę specjaliści-lekarze zarzut tu stawiany pod adresem pobierających serce przy jego transplantacji skupiają wokół zaniechania starań o utrzymanie życia oraz niepewności określenia momentu definitywnej śmierci wobec osiągnięć tzw. reanimacji. Chodzi mianowicie o to, że zarówno w powszechnym mniemaniu ludzi, jak i w oparciu o nowsze zdobycze medycyny, zewnętrzne objawy utraty życia nie świadczą jeszcze o faktycznej, definitywnej śmierci człowieka. Śmierć kliniczna, wyrażająca się zjawiskiem zaprzestania funkcji płuc-serca, tzn. ustaniem oddechu i akcji serca, nie utożsamia się ze śmiercią fizjologiczną (biologiczną), zachodzącą w pewien czas potem. Medycyna zna wiele wypadków reanimacji, czyli przywrócenia do życia ludzi już (pozornie) zmarłych, ludzi u których ustało oddychanie i zanikła akcja serca. Życie przywróciła im, reanimowała ich aparatura sztucznego płuco-serca. Jaskrawym, spektakularnym przykładem takiej reanimacji było parokrotne ożywienie, wyprowadzenie ze śmierci klinicznej wielkiego uczonego radzieckiego prof. L a n d a u' a, który uległ katastrofie samochodowej. Te właśnie możliwości reanimacji stają się ostrzem zarzutu przeciwko transplantacji. Ci, w których rękach jest dogasające, a nawet zewnętrznie już zgasłe życie pacjenta, powinni bronić go do końca, przy pomocy choćby zabiegów reanimacyjnych, nie zaś zadawać mu cios ostateczny na drodze transplantacji. Trzeba ich obwiniać o do-

konanie zabójstwa, choćby nawet w istocie nie zmierzali swym działaniem do śmierci ofiary.

Wcale zresztą nie będzie rzeczą absurdalną postawić pod adresem dokonujących przeszczepów serca zarzut, że ściśle biorąc chcą oni śmierci gasnącego człowieka, pragną jej, do niej się przygotowują, a nie wiele potrzeba, aby ją bezpośrednio powodowali. Warunki tych przeszczepów są tak szczególne, że sytuację pobierających serce charakteryzuje nie tylko szeroko pojęte czekanie na sposobną okazję, ale i w bliższej perspektywie zabiegu wyczekiwanie na śmierć, wprost czyhanie na cudze serce. Prof. W. F o r s m a n n, wielki uczony, który za swe znakomite osiągnięcia w zakresie chirurgii eksperymentalnej otrzymał w 1956 r. nagrodę Nobla, w celu ukazania niegodziwości transplantacji serca maluje sugestywny obraz dwóch sal operacyjnych, na których ma być ona przeprowadzona. Na jednej z nich złożony jest dogorywający pacjent, na którego śmierć czeka ekipa podnieconych i niecierpliwych z lancetami chirurgicznymi lekarzy. A trzeba pamiętać, że na śmierć potencjalnego sercodawcy czekają nie tylko lekarze operatorzy, lecz często także potencjalny sercobiorca i jego rodzina. Spodziewana śmierć tamtego pacjenta dla tej strony stanowi nadzieję i szansę życia. Czy w tych warunkach nie można się obawiać usiłowań zmierzających do skrócenia tego czekania, prób spowodowania czy przyspieszenia śmierci, bądź przynajmniej przedwczesnego uznania zgonu?

Spojrzenie w przyszłość nie usuwa niepokoju w tym przedmiocie¹⁰. Przeciwnicy dokonywania przeszczepów wyrażają obawę, że groźba czyhania na cudze serce może wzrosnąć wraz z udoskonaleniem techniki tych zabiegów i uczynieniem ich mniej ryzykownymi, prostszymi i tańszymi. Wzrośnie bowiem wtedy poważnie liczba chętnych na przyjęcie cudzego serca, co spowoduje, że każdy znajdujący się w szpitalu chory posiadający zdrowe serce może się stać obiektem niechętnych utrzymania jego zdrowia i życia pragnień, oczekiwań, a może i zabiegów. Nie potrzeba dodawać, że poszerzy się przez to poważnie pole do różnych nadużyć, a rejestrowanie potencjalnych do-

¹⁰ Por. tamże, s. 16, 37.

stawców serca i transakcje ich dotyczące mogą się stać zjawiskiem codziennym.

Nie bagatelnym źródłem zdecydowanej opozycji w stosunku do transplantologii są względy ekonomiczno-społeczne. Znaczących sprawą niepokoją wielkie i wzrastające koszty przeszczepiania narządów oraz wydatki związane z dalszym leczeniem biorców, co może mieć bardzo niepożądane skutki ogólnospołeczne. Dla uświadomienia sobie wagi tego problemu warto odwołać się do pewnych cyfr będących wynikiem obliczeń ludzi kompetentnych. Prof. K. Gibiński zwraca uwagę na obliczenia przeprowadzone we Francji. Otóż zapewnienie wszystkim potrzebującym w tym kraju chorym możliwości przeszczepień nerki wraz ze związanym z nim długotrwałym leczeniem w bilansie 10 lat musiałoby pochłonąć sumę 35 miliardów nowych franków¹¹. Analogiczne koszty dla W. Brytanii, w świetle obliczeń prof. De Wardenera z Londynu, kształtowałyby się w ciągu najbliższych 10 lat w granicach od 3.500.000 do 16.000.000 funtów rocznie, nie licząc niezbędnych inwestycji¹². Są to sumy ogromne, a dotyczą leczenia związanego z jednym tylko rodzajem transplantacji, z przeszczepianiem nerki. Nie bez obawy patrzą na to ekonomiści, kierownicy życia państwowego, sami nawet lekarze fachowcy borykający się z problemami medycyny społecznej. Wydatki na prace medyczne i opiekę lekarską mają określone granice w budżecie wszystkich państw. Postawienie więc na transplantologię i zapewnienie jej potrzebnych środków finansowych, kadrowych itp. mogłoby się stać poważnym zagrożeniem dla funkcjonowania i rozwoju innych gałęzi medycyny, dla opieki lekarskiej, profilaktyki chorobowej, a nawet, w szerszym aspekcie, opieki społecznej w ogóle. Przeszczepianie, jak słusznie twierdzą oponenti, wymaga ogromnych nakładów i to kontynuowanych w długotrwałym leczeniu pooperacyjnym. Nie można przeszczepić komuś nerki bez zapewnienia mu dalszej długotrwałej i kosztownej opieki. A ponieważ nas na to z wielu powodów nie stać, przer-

¹¹ Por. tamże, s. 37.

¹² Por. *Etyka i problemy transplantacji*. Sprawozd. z sympozjum w Londynie w dn. 9—11 III 1966, *Etyka* 4 (1969) s. 167.

wijmy tę kosztowną, luksusową podróż grożącą katastrofą. Gdy musimy wybierać między leczeniem niezbyt dużej stosunkowo liczby chorych oczekujących przeszczepu a leczeniem, a nawet życiem w ogóle i zdrowiem, wielkich mas społeczeństwa, preferowanie drugiego członu tego dylematu nie może nastręczyć ludziom myślącym poważniejszych trudności. Między zaś takim preferowaniem a zupełnym ciosem dla transplantologii istnieje niezbyt szeroka granica.

Obliczenie kosztów, jakie pochłania lub jakich domaga się przeszczepianie narządów, nie jest tylko problemem ekonomicznym. Konieczność preferowania i wyboru stawia go w rzędzie problemów na wskroś moralnych, społeczno-moralnych. To w imię względów moralnych protestują, jak sądzą, przeciwnicy transplantacji przeciwko przeznaczanym na nie nakładom finansowym. Problem wyboru jawi się tu jako zagadnienie makro-etyczne. Może mieć on jednak i swoje oblicze mikro-etyczne, kiedy mianowicie przy ograniczeniu możliwości, a więc i liczby przeszczepień, konieczność preferowania i wyboru spada na samych lekarzy.

Ograniczenia finansowo-techniczne, ale nie tylko one, stawić muszą ludzi odpowiedzialnych za decyzje w zakresie przeszczepiania w sytuacji wybierania. I tu problem moralny ustalania priorytetów staje się wyjątkowo trudny i niepokojący. Jeśli da się przenieść tylko jedno serce — z różnych powodów, np. kiedy brak szerszych możliwości technicznych, lub po prostu nie ma więcej dawców — a potencjalnych biorców, zagrożonych śmiercią i czekających na tę jedyną szansę życia, jest wielu, istnieje konieczność wyboru. Każdy zaś taki wybór wydaje się bezzasadny, niesprawiedliwy, etycznie niedopuszczalny. Dlatego też nie należy w ogóle stawiać lekarzy wobec tej konieczności wyboru. A można to osiągnąć tylko przez wykreślenie transplantacji narządów z listy jego możliwych i dopuszczalnych ingerencji.

Zebrałe powyżej zarzuty przeciwko przeszczepianiu narządów wysuwane przez fachowców i szersze kręgi ludzi myślących można uznać za zastrzeżenia dotyczące bezpośrednio omawianego rodzaju ingerencji medycznych. Istnieją jednak także zastrzeżenia zwracające uwagę na uboczne konsekwencje tych

ingerencji oraz takie, które dotyczą transplantologii tylko pośrednio, które zrodziły się niejako na marginesie jej dotychczasowych sukcesów i klęsk. Nie ma potrzeby rozważać je tu bardziej szczegółowo.

Przeszczepianie narządów, zwłaszcza serca, otwiera, w myśl tych zarzutów, szeroko drogę do nadużyć, których tylko część została wyżej zasygnalizowana. Najpoważniej przedstawiają się one na linii eksperymentowania lekarskiego i pozalekarskiego, a dotyczącego człowieka, jego życia i śmierci, jego osobowości, odczuwania i myślenia. Współczesna nauka i technika złożyła w ręce ludzi, również lekarzy, ogromne środki i możliwości, prawie boską moc twórczą, która to moc może być jednak i bywa nadużywana, stając się potęgą niszczącą i godzącą w człowieka. Okazuje się, że ludzie nie dojrzeli po prostu do jej posiadania, nie dorosli moralnie do operowania nią, a ona ciągle rośnie. Taką moc niebezpieczną posiada dziś także wiedza i sztuka lekarska, ale nie dorosło do niej niestety wielu jej adeptów. Trzeba by więc zahamować proces wzmagania się tej ich potęgi, a szczególnie ich groźnej władzy nad życiem i śmiercią człowieka oraz nad dokonywaniem wymiany części ludzkiego organizmu.

W związku z kontynuowaniem zabiegów transplantacji chirurgicznej i udoskonaleniem jej metod nie bez powodów obawiają się myślący obserwatorzy dzisiejszego stanu i przewidywanego postępu transplantologii podjęcia usiłowań w kierunku przeszczepiania mózgu. Cała zaś groza i makabryczność tych poczynań dotyka najczulszego punktu ludzkiej osobowości; grożą jej one powikłaniami i zmianą, ukazują niepokojącą perspektywę przekształcania świadomości, utraty jednej i przyjmowania cudzej.¹³ Problem pewnych zmian osobowości istnieje już w zaczątku przy podejmowaniu wszelkich przeszczepień. Zwrócił on na siebie wyraźnie uwagę w związku z przeszczepianiem serca. Nie jest on tam jednak, jak wszyscy przyznają, zbyt groźny¹⁴. W wypadku ewentualnego przeszczepiania mózgu staje się on perspektywą niepokojącą i groźną.

¹³ Por. *Etyczne aspekty transplantacji serca*, pr. cyt. s. 14 n.

¹⁴ Por. tamże, s. 32.

Obawy związane z eksperymentowaniem lekarskim na człowieku idą znacznie dalej, choć związek ich z postępowaniem transplantologii chirurgicznej jest dużo bardziej luźny. Rodzą się szczególnie w perspektywie sztucznego, tzn. przeprowadzonego poza ludzkim organizmem, hodowania narządów, zwłaszcza mózgu, oraz płodu ludzkiego. Ta perspektywa ukazywana nawet powściągliwie, bez przejawiania *sciens fiction*, w całej swej makabrycznej grozie, ciąży, choćby nieświadomie, w kształtowaniu opinii zwalczających dokonywania przeszczepień, choć ma z nimi tylko daleki związek.

Zarysowany tu został cały zestaw zarzutów kierowanych pod adresem chirurgicznych transplantacji narządów. Dokonano pewnej rekonstrukcji, zebrano w jedno rozproszone we fragmentach trudności i sprzeczności, nadano im świadomie najdalej idącą formę zarzutów. Powstał w ten sposób jakby arsenał możliwej broni mogącej być zastosowaną przeciwko przeszczepianiu. Nie trudno jednak zauważyć, że jest to broń różnego kalibru. Zebrane tu elementy tworzące negatywny obraz omawianego zjawiska przejawiają dużą różnorodność, mają odmienną wymowę. Waga wysuniętych zarzutów jest bardzo różna. Niektóre z nich już z bezpośredniego wejrzenia wydają się być przesadzone, inne znów — mało istotne. Aby rzecz ocenić sprawiedliwie trzeba zejść jeszcze głębiej, a przede wszystkim wyjść z zamkniętego kręgu czynników negatywnych.

W procesie pogłębienia perspektywy nie warto tracić z uwagi, przynajmniej w punkcie wyjścia, trudności i zastrzeżeń, jakie transplantacja rodzi w świadomości ludzkiej. Należy jednak wyselekcjonować z nich elementy swoiste i istotne, by je poddać kolejno bardziej wszechstronnej, nie ograniczonej już do wyłuskiwania anatem, krytyce. Otóż wydaje się, że nie byłoby rzeczą usprawiedliwioną metodycznie rozpoczynać od, rysujących się tu wszędzie, ewentualnych nadużyć. Można uwzględnić je w jakimś stopniu, ale dopiero na dalszym planie, a największe z nich, z natury bardziej odległe, odsunąć na koniec dalszych wywodów. Problemów istotnych, tzn. takich, które dotyczą swoistych i węzłowych wątpliwości etycznych w zakresie transplantacji narządów — jak to nietrudno dojrzeć w dokonanym wyżej omówieniu zarzutów — jest liczba nie-

wielka. Odpowiedź na nie pozwala wytworzyć krytyczne, pogłębione, właściwe stanowisko w stosunku do tego, co jest istotną rzeczą w zjawisku transplantacji. A kiedy, już osiągnięta, zostanie ona jeszcze uzupełniona uwagami dotyczącymi ewentualnych nadużyć, przyniesie odpowiedź na pytanie ogólne postawione na wstępie tych dociekań, umożliwi dokonanie pełnej oceny moralnej omawianego zjawiska.

IV. PRZEKAZYWANIE NARZĄDU

Trudności i zastrzeżenia w stosunku do przekazywania narządów w celu przeszczepienia ich innym potrzebujących tego osobników ludzkich, jeżeli nie są całkowicie irracjonalne, płyną w zasadzie z pozycji obrony naruszanego dobra dawcy. Przełamuje się je natomiast na ogół na drodze ukazywania perspektywy dopomożenia innemu człowiekowi, będącemu w wielkiej potrzebie, przy poniesieniu jakiejś nawet szkody. Nie zawsze jednak dochodzi do porozumienia, a to z winy zarówno braku właściwego obrazu rzeczywistej szkody dawcy, jak i nie dość wyraźnego uświadomienia sobie, na co pozwala i do czego zobowiązuje sytuacja potrzeby innej osoby i konieczności przyjęcia jej z pomocą.

Z punktu widzenia chrześcijańskiej doktryny moralnej chodzi tu o pewien rodzaj sytuacji międzyludzkiej, w której obowiązuje, jako podstawowa przesłanka, zasada miłości¹⁵. Nabiera ona, w pewnych aspektach tej sprawy, mocy i treści wyrażającej sprawiedliwość. W ramach więc miłości bliźniego, uzupełnionej względem na sprawiedliwość, trzeba szukać rozwiązania problemu. Implikacje miłości są jednak szerokie, dotyczyć ona bowiem może bardzo wielu spraw całkiem odmiennych. Należy zatem zastosować ją do omawianej tu dziedziny dóbr, mając też wyraźnie na uwadze dyrektywę tzw. porządku miłości (*ordo caritatis*) wyrażającą określoną w chrześcijańskiej wizji życia ludzkiego hierarchię wartości.

Natura sprawy wymaga po prostu namysłu o charakterze

¹⁵ Por. D. Walther, *Theologisch — ethische Aspekte einer Herztransplantation*, ZeE 13 (1969) nr 1 s. 52—58.

oceniającym nad pewną sytuacją moralną, dziś już wcale nie wyjątkową, nad określonym rodzajem działań ludzkich. Domaga się on zastosowania określonej doktryny moralnej, do danego właśnie typu postępowania. Ta doktryna winna zatem wystąpić w bardziej szczegółowych wskazaniach normatywnych. Nie posiadamy ich w gotowej postaci, choć są do jej ukształtowania poważne przesłanki. Trzeba ją tu — oczywiście w ramach możliwości tych ograniczonych rozmiarami wywodów — ujawnić. Z drugiej zaś strony należy zdać sobie dobrze sprawę z samej sytuacji rzeczowej, z dość nowego i swoistego zjawiska.

Obraz sytuacji w perspektywie zastosowania określonych norm i ocen moralnych okazuje się złożony i należałoby w nim wyróżnić dwa odrębne warianty. Inaczej bowiem z punktu widzenia implikacji moralnych rysuje się czyn dawcy, kiedy decyduje się on przekazać na drodze transplantacji swój jedyny narząd konieczny mu do życia, inaczej zaś, gdy przekazuje narząd podwójny, w postaci choćby jednej nerki. Ta zasadnicza odmienność sytuacji każe oba przypadki niżej oddzielnie rozpatryć.

Świadome oddanie jedyne go a koniecznego do życia narządu, np. serca lub jednej funkcjonującej nerki, nosi na sobie wszelkie cechy kroku samobójczego. W takiej zaś postaci musi być odrzucone i potępione z punktu widzenia chrześcijańskiej moralności¹⁶. Nie ma możliwości w ramach tej pracy uzasadnić tej, wcale nie swoistej dla danej sprawy, lecz ogólnej i niekwestionowanej, zasady moralnej. Przy jej jednak założeniu ktoś mógłby próbować podważyć jej zastosowanie w danym przypadku, odwołując się do motywacji tu występującej, a odmiennej w stosunku do stwierdzanej w czynach uznawanych za typowe samobójstwa.

Jest rzeczywiście w tym obrazie coś, co powstrzymuje od objęcia go nazwą samobójstwa. Motyw poświęcenia wynosi go ponad fakty sprowokowania własnej śmierci z powodu przeżywanego ciężkich doświadczeń lub trwożnego oczekiwania nie-

¹⁶ Por. A. Regan CSSR, *Man's Administration of his Bodily Life and Members, the Principle of Totality, and Organic Transplants between Living Humans*, *Studia Moralia* 5 (1967) s. 163—186.

pomyślnych faktów w przyszłości. Są nawet tacy, którzy wdziałiliby w tym przejaw bohaterstwa, więcej niż camusowski, prometeizmu. Jest to jednak zawsze spowodowanie sobie zgonu, w perspektywie zaś chrześcijańskiej wizji życia — targnięcie się na suwerenne do niego prawa Boga.

Niektórym chrześcijanom może się tu natarczywie narzucać jako trudność ta postać, mająca też posmak samobójczy, heroizmu, jakli widzą w zbawczej męce Jezusa Chrystusa, lub jaki zademonstrowali światu najwierniejsi i najwspanialszi Jego wyznawcy, męczennicy, święci ofiarnicy. Mieliśmy tego wymowny przykład w niekwestionowanym, bohaterskim czynie o. Maksymiliana Kolbe w oświęcimskim obozie zagłady. Analogia jest tu jednak pozorna. Jezus Chrystus nie był samobójcą; nie byli samobójcami heroiczni Jego wyznawcy, choć przyjmowali świadomie i dobrowolnie śmierć narzuconą im w prześladowaniach. Nieporównywalna jest też sytuacja o. Kolbe z sytuacją ofiarującego swoje zdrowe serce innemu umierającemu człowiekowi. Alternatywą ofiary o. Maksymiliana w Oświęcimiu było zamordowanie przez hitlerowskich oprawców więzionego człowieka, tutaj zaś jest nią śmierć naturalna, zgon człowieka chorego, któremu nikt już nie może pomóc. Gotowość poniesienia śmierci bohatera Oświęcimia nie dawała sama z siebie powodu do zbrodni, bo ta zbrodnia już się dokonywała. Gotowość taka okazana przy przeszczepianiu, gdyby została przyjęta przez chirurgów, uczyni z nich zabójców¹⁷.

Pozostaje z kolei rozpatrzyć w aspekcie moralnym sprawę przekazywania narządu podwójnego. Nie jest to już problem samobójstwa czy zabójstwa, lecz stawia w perspektywie poważnego uszkodzenia, okaleczenia organizmu. Jego rozwiązanie nie narzuca się już z tak wyraźną oczywistością, nie dziw zatem, że było ono, i w pewnej mierze nadal pozostaje, sprawą kontrowersyjną, nawet w ocenie chrześcijańskich teologów mora-

¹⁷ Pobranie z żywego organizmu ludzkiego organu pojedynczego koniecznego do życia mogłoby być ewentualnie uznane za moralnie godziwe w jedynym tylko wypadku: od zbrodniarza skazanego na śmierć. Byłby to tylko pewien rodzaj wykonania kary, a lekarze byłiby jej wykonawcami.

listów¹⁸. Przesłanką większą trudności jest ta sama zasada, która każe odnieść się z całkowitą dezaprobatą do wszelkich prób samobójczych, a mianowicie, że człowiek nie jest panem, lecz tylko włodarzem tego wielkiego dobra, jakim jest obdarzony, dobra życia. Wielka zaś tradycja myśli moralnej kazała traktować cząstkowe dobra witalne, członki i narządy ludzkiego ciała, podobnie jak samo życie i poddawać ich los i przeznaczenie samemu Twórcy życia¹⁹. Przesłanką mniejszą trudności stała się oczywista niezgodność prostej intuicji i powszechnego przekonania z sugestią, jakoby można było uważać współczesne przekazywanie żywej tkanki ludzkiej w przeszczepach za proste okaleczenie i szkodzenie sobie.

Jest rzeczą niewątpliwą, że okaleczanie siebie było w tradycji moralnej myśli katolickiej oceniane powszechnie jako czynność zła i niegodziwa²⁰. Można sądzić z wielką dozą prawdopodobieństwa, że przekonanie takie jest udziałem nie tylko wierzących Kościoła i dałoby się je podeprzeć nie bylejakimi argumentami. Niektórzy moralisci katolicycy szli w tym odrzucaniu samookaleczenia daleko twierdząc, że to jest czynność z natury zła, a więc nie dopuszczalna nigdy i dla żadnej racji. Starali się jednak w związku z tym dokładnie określać, co trzeba rozumieć przez tak surowo oceniany czyn samookaleczenia. Pewne bowiem rodzaje wyrządzania sobie szkody na ciele nie były obejmowane tą kwalifikacją, podobnie jak pewne typy niemówienia prawdy wykraczały poza definicję potępianego zawsze kłamstwa, albo też by posłużyć się innym przykładem, określone fakty przywłaszczenia sobie cudzej rzeczy oceniane były jako godziwe, ponieważ nie podpadają pod pojęcie kradzieży.

Nie było na ogół wątpliwości co do oceny moralnej leczniczych zabiegów chirurgicznych. Za godziwe i dopuszczalne

¹⁸ Por. dyskusję m. A. Reganem i J. Kuničičem; A. Regan, art. cyt. s. 179—200; J. Kuničič OP, *De organorum transplantatione*, *Studia Moralia* 5 (1957) 155—177; A. Regan, *The Worth of Human Life*, tamże 6 (1968) s. 207—249.

¹⁹ Por. W. Ruff, art. cyt. 156—158.

²⁰ Por. A. M. Hamelin OFM, *Zasada całości (principe de totalité) i swoboda rozporządzania sobą, Concilium* (wersja pol.) 1—10 1966/67, s. 203—206.

uznawano okaleczenie siebie konieczne dla własnego organizmu, dla utrzymania życia lub zdrowia. Teoretyczne uzasadnienie moralne tego rodzaju okaleczeń przytoczył w oficjalnym nauczaniu Kościoła (enc. *Casti connubii*) papież Pius XI formułując tzw. zasadę całości (*principium totalitatis*), do której odwoływał się nieraz i której rozumienie bardzo pogłębił jego następca Pius XII. Ten ostatni, rozwijając implikacje tej zasady w przemówieniu do XXVI Kongresu Włoskiego Stowarzyszenia Urologów w dniu 8.X.1953 r.²¹ określił bliżej warunki, sformułował kryteria godziwości amputowania członków i okaleczeń anatomicznych i funkcjonalnych, dokonywanych przez lekarzy. Sprowadzają się one, najogólniej rzecz ujmując, do ustalenia czy takie okaleczenie jest rzeczywiście konieczne i czy w jego wyniku istnieje poważna szansa uleczenia.

Pojęcie samookaleczenia podpadające pod zdecydowanie ujemną ocenę nie obejmowało w tradycyjnej katolickiej doktrynie moralnej także innych szkód czynionych własnemu ciału, w wypadku kolizji dóbr i obowiązków. Dotyczy to nie tylko sytuacji wojennych. Rozpatrując położenie człowieka niewinnie więzionego, przykutego łańcuchem do ściany więzienia, skłonni byli moralisci przyznać mu prawo do odcięcia sobie ręki, jeśliby czyn ten mógł zapewnić mu wolność.

W czasach najnowszych, kiedy medycyna osiągnęła już poważne sukcesy w przeszczepianiu tkanki ludzkiej, w ocenie moralnej jej poczynań przyszedł z pomocą Pius XII w niektórych swych przemówieniach, m. i. do uczestników Kongresu Histopatologii w dniu 13.IX.1952²². Przy stosowaniu znanych wtedy ingerencji lekarskich winno się, jak ostrzega, zachować zasadę całości, którą można interpretować w sposób poszerzony, a mianowicie w tym sensie, że całością, której podporządkowane są części ciała jest nie tylko sam organizm, ale i cała osoba ludzka. Nie godziłoby się natomiast zasady tej rozumieć w tym znaczeniu, że tą całością nadrzędną może być także społeczność, nawet nadprzyrodzona wspólnota Mistycznego Ciała Chrystusa.

²¹ Por. AAS 45 (1953) s. 673—679.

²² Por. AAS 44 (1952) s. 786—788.

Takie dość zacieśnione, tłumaczenie przez papieża zasady całości w zastosowaniu do przeszczepień podtrzymało w niektórych moralistach (np. Healy) przekonanie, że przekazywanie innym żywych narządów stanowi rodzaj samookaleczenia i zasługuje na ocenę negatywną. Nie poszła jednak po ich linii rozumowania większość katolickich teologów, lecz opowiedziała się za już wcześniej wysuniętą²³ i uzasadnioną przez niektórych zainteresowanych przeszczepianiem tkanki kostnej tezę, że przeszczepianie tkanki z jednego człowieka na innego nie powinno być całkowicie odrzucane jako niegodziwe. Teologowie ci posłużyli się bardzo różnorodną argumentacją, włączając nie-raz zbyt poszerzoną interpretację zasady całości, co prowokowało sprzeciwy z powodu zarówno jej oczywistej niezgodności z kryteriami wysuniętymi w nauczaniu Piusa XII, jak i szkodliwych i groźnych konsekwencji, do jakich poszerzone na płaszczyźnie dobra społecznego rozumienie tej zasady może prowadzić²⁴.

Zasygnalizowana tu trudność została jednak pomyślnie przewyciężona i nie łatwo byłoby dziś znaleźć moralistę katolickiego, który by całkowicie odrzucał przeszczepianie tkanek, nawet w postaci narządów, jako niegodziwie spowodowane okaleczenie. Nie bez słuszności sprowadzono stanowisko sprzeciwiające się przeszczepianiu narządów do absurdu, ukazując rzekomą niegodziwość, z tej pozycji, nawet dokonywania drobnych przeszczepień korelacyjnych, a tym bardziej transfuzji krwi. Wiemy zaś już, że nie potępił ich, nawet tak surowy skądinąd w swych wyrokach, lecz usprawiedliwił i pochwalił pap. Pius XII.

W świetle absurdałnych konsekwencji, jakie wynikają ze stanowiska broniącego daleko idącej „nietykalności” stanu posiadania własnego organizmu, nie trudno jest już dziś rozprawić się z zastrzeżeniem kierowanym pod adresem zgody ze strony dawcy narządu, że nie ma do tego prawa, bo absolutnym panem i jedynym dysponentem członków i organów ludzkiego

²³ Por. B. Cunningham, *The Morality of Organic Transplantation*, Washington 1944.

²⁴ Por. A. M. Hamelin, art. cyt. s. 203—206; A. Regan, *Man's Administration...* art. cyt. s. 186—194.

ciała jest Bóg. Nie kwestionując prawa Boga do życia i ciała człowieka trudno byłoby odmawiać człowiekowi prawa do roztropnego i kierującego się we wszystkim miłością zarządzania tym życiem i ciałem. Uzasadnia to nie tylko możliwość pewnej rozumnej inicjatywy we włodarzeniu dobrem życia, ale także konieczność włączenia tego dobra w hierarchię wartości w ogóle, w dysponowanie zespołem wszystkich dóbr, jakie są darem i jednocześnie zadaniem każdego człowieka²⁵.

Mając na uwadze hierarchię wartości trzeba wyraźnie uznać, że dobra cielesne nie są w niej najwyższą klasą. W obronie więc innych, wyższych dóbr godzi się poświęcać nie tylko członki i narządy, ale i życie. Biorąc pod uwagę aspekt relacji intersubiektywnych nie bez racji można by bronić zasady, że dla zbawienia bliźniego można, a nawet w określonych warunkach trzeba poświęcić dobro własnego ciała, z życiem włącznie. Takiego jednak podporządkowania własnych dóbr witalnych życiu i zdrowiu innych ludzi nie da się uzasadnić. Stąd też za nieadekwatny i niedostateczny trzeba uznać argument broniący transplantacji w ten sposób, że co się godzi czynić dla siebie, godzi się także czynić dla innych. Zasada ta jest słuszna, kiedy nie zachodzi fakt wyrządzenia sobie, przez akt pomocy innym, oczywistej i poważnej szkody.

Sprawę tego uszkodzenia sobie wzięto na warsztat gruntowniejszej analizy. Nie bez powodu uznano w niej klucz do rozstrzygnięcia problemu na płaszczyźnie oceny moralnej. Przy bliższym też rozpatrzeniu okazuje się, że można poważnie osłabić, a nawet w ogóle zakwestionować czyniony tu bilans strat i zysków.

Nawet na płaszczyźnie dóbr witalnych bilans ten nie jest tak całkowicie jednoznaczny, w sensie strat dla dawcy. Miarodajne w tym przedmiocie musi być oczywiście zdanie lekarzy specjalistów. Zdanie to wyrazili przy okazji rozpatrywania przeszczepów nerki niektórzy wybitni chirurdzy zagraniczni, potwierdzili je i uważają za swoje nasi specjaliści w chirurgii nerek, prof. Orłowski i prof. Nie lubowicz²⁶. Nie taja

²⁵ Por. J. G. Ziegler, art. cyt. s. 155—159.

²⁶ Por. *Etyczne aspekty transplantacji serca*, pr. cyt. 22. 32.

oni, że przekazanie zdrowej nerki jest dużą stratą dla organizmu, ale jej nieprzekazanie może okazać się ciosem dlań jeszcze większym. Ze względu na przełamanie bariery immunologicznej lekarze przeszczepiają wyłącznie nerki zaofiarowywane przez członków najbliższej rodziny. Bywa więc nieraz, że kosztowny ten dar składa w ofierze swemu zagrożonemu śmiercią dziecku matka. Jesliby go nie przyjęto, lub gdyby go nie zaofiarowano, mogłaby się zrodzić realna groźba, że śmierć dziecka wobec świadomości, że dziecko było do uratowania, stanie się dla matki wstrząsem i ciosem dla jej zdrowia większym, niż wycięcie jednej zdrowej nerki. Ten wcale nie wymyślny przykład odsłania perspektywę innego bilansu szkód, niż to się samorzutnie nasuwa, a obejmuje jedną tylko pozycję — dobro zdrowia i życia, i to po stronie wyłącznie dawcy.

Ofiarny gest oddania własnego narządu nie może być mierzony w kategorii wyłącznie dóbr witalnych (*bonum vitae*). Swe właściwe wymiary osiąga w kategorii dóbr osobowych. Jego pełne usprawiedliwienie znajduje się na linii głębszych wartości osobowych, dóbr duchowych i to w wymiarach zarówno osoby dawcy jak i osoby biorcy. Prawdziwa, pogłębiona miłość siebie może znaleźć w daniu zdrowego narządu głęboką afirmację i umocnienie, bo ten dar nie tylko jest wyrazem, ale ubogaca człowieka i udoskonala wewnętrznie. Pewne ugodzenie w dobro organizmu znajduje tu rekompensatę, może z wielką nadwyżką, w ubogaceniu szczególnie cennym, na linii wartości duchowych. Rozwija wartość osoby, której poddany jest cały organizm i jego części²⁷.

Daremne byłoby kwestionowanie, czy godziwe jest ofiarowywanie narządu do transplantacji z tytułu pewnej „nietykalności” osoby w relacji do wymagań dobra innych. Intencje zastrzeżenia mogą być tu słuszne, względ personalistyczny musi bowiem powstrzymać przed absolutyzowaniem dobra innych w stosunku do własnych usprawiedliwionych interesów każdej osoby ludzkiej. Wypada jednak mieć zawsze na uwadze, że najściślejszy związek z innymi ludźmi jest zawarty w samym pojęciu osoby. Ten związek wnosi także pewne przyporządkowa-

²⁷ Por. A. Regan, *Man's Administration...*, art. cyt. s. 194—199.

nie dóbr witalnych jednej osoby do tejże klasy dóbr innych osób, szczególnie osób bliskich. Dla myślącego człowieka jest to wyraźne na płaszczyźnie naturalnej wspólnoty między ludźmi. Dla chrześcijanina staje się to jeszcze bardziej widoczne, kiedy uwzględni wymiary wspólnoty nadprzyrodzonej, w której chrześcijańska osobowość stoi w bliskim realnym związku z innymi w całości Mistycznego Ciała Chrystusa²⁸.

Ciało należy do osoby i winno jej służyć, być jej podporządkowane. Osoba ludzka zaś nie jest rzeczywistością z góry ukształtowaną, statyczną; ona się staje, rozwija, może się ubogacać i udoskonalać. Nie jest w tym procesie izolowana od innych. Dopiero w relacji do innych osiąga w pełni siebie, swą wartość i swe granice. W łączności z innym człowiekiem staje się. A staje się pełną i bogatą, kiedy potrafi dawać mu się i poświęcać. Dając dobro innej osobie, ubogacając podmiot „ty”, poszerza, rozwija, udoskonala własne „ja” Nie jest to zresztą czysty dar, lecz w pewnym stopniu odpłata długu. Osoba ludzka rozpatrywana w całym procesie stawania się jest winna wiele innym ludziom, również w zakresie swych dóbr witalnych. Kiedy coś z tego ofiarowuje, spłaca dług. Jest to szczególnie widoczne w ramach współpracy rodzinnej, w której dar przekazania narządu zachodzi najczęściej. Nie zamyka się jednak w tym kręgu, swe usprawiedliwienie znajduje w szerokich związkach między ludźmi.

Podstawowe rozwiązanie wysuniętej sprawy, tzn. czy godziwe i dopuszczalne moralnie jest oddanie własnego narządu do transplantacji, zostało już osiągnięte w sensie pozytywnym. Należy jednak jeszcze uwzględnić pewne obocza rozwiązanego problemu, pewne okoliczności, które mogą wpływać modyfikująco na zasadniczy obraz moralny sprawy. Chodzi w szczególności o to, czy zawsze dar narządu jest usprawiedliwiony, czy nie przybiera niekiedy postaci ścisłej powinności, czy mógłby wreszcie stać się przedmiotem jakichś ewentualnych umów, czegoś w rodzaju transakcji handlowych.

Pozbycie się narządu jest sprawą wielkiej wagi i ofiarą ceny ogromnej. Może być usprawiedliwione tylko odpowiednio waż-

²⁸ Por. J. Kuničić, art. cyt. s. 170—175; J. G. Ziegler, art. cyt. s. 163 n.

ną racją, tzn. koniecznością ze strony biorcy. Można by zapytać, czy tylko w wypadku krańcowej potrzeby bliźniego, a więc z myślą o ratowaniu zagrożonego życia, wolno oddać potrzebny mu narząd. Wbrew pewnym podniesionym tu zastrzeżeniom K u n i c i c h a można zrezygnować ze stawiania tak daleko idących wymagań. Godziwe i w pełni szlachetne byłoby przekazanie komuś nie widzącemu jednego ze swoich zdrowych oczu, gdyby przeszczepienie tego rodzaju okazało się możliwe i rokujące poważną nadzieję widzenia u biorcy.

Niemalą trudność przy podejmowaniu decyzji oddania organu, jak i przy ocenie dopuszczalności tego rodzaju zabiegu, może rodzić spotęgowane niebezpieczeństwo utraty życia przez samego dawcę. Może powstać problem, czy jest rzeczą usprawiedliwioną moralnie, a więc godziwą, narażać się na niebezpieczeństwo utraty życia, aby, dając do przeszczepienia narząd, ocalić życie cudze. W odpowiedzi trzeba niewątpliwie uwypuklić celowość i wagę usunięcia wszelkiego niepotrzebnego ryzyka. Istniejące ryzyko i możliwość utraty własnego życia nie może jednak powodować zaprzeczenia dopuszczalności oddania narządu. Usuwanie niebezpieczeństwa jest tu sprawą i obowiązkiem lekarzy, którzy zresztą minimalizują to ryzyko śmierci sprowadzając je przy jednym z najpoważniejszych rodzajów podjęcia narządu, mianowicie nerki, do rzędu małego ułamka procentu²⁹. Ryzykowanie zaś życiem jest nie tylko częstym, po prostu codziennym zjawiskiem w postępowaniu ludzkim, ale może być w pełni ofiarą, płynącą z miłości — takiej miłości jakiej zawrotne perspektywy ukazał w swej nauce i w swym życiu Jezus Chrystus.

Treść przeprowadzonych wyżej rozważań, w których trzeba było usprawiedliwić moralną dopuszczalność dawania narządu do transplantacji, czyni prawie bezprzedmiotowym problem zobowiązania do tego rodzaju gestu. Ofiarowywanie narządu nie może być nakazane. To jest z natury swej przedmiot nie wiążącej, lecz dobrowolnie podejmowanej, ofiary, czyn z kate-

²⁹ Prof. Nielubowicz ilustruje to wymownym przykładem: „Jest to mniej więcej takie ryzyko, przed jakim staje każdy z nas, kto dojeżdża do pracy samochodem codziennie na przestrzeni 20 km.” *Etyczne aspekty transplantacji serca*. pr. cyt. s. 31.

gorii bohaterstwa. Oceniamy go podobnie, jak rzucenie się do wody lub w ogień dla ratowania zagrożonego tam śmiercią człowieka, ale nikogo nie możemy zobowiązać, aby tak właśnie uczynił.

Trzeba by nawet, jak to postulują zainteresowani tą sprawą lekarze, unikać tu wszelkiego przymusu moralnego. To właśnie wpłynęło na wspomnianych wyżej polskich chirurgów dokonujących przeszczepień nerki, że w swej praktyce nigdy nikomu nie proponują, aby zaofiarowali swą zdrową nerkę dla celów transplantacji. Słusznie obawiają się, że ta ich propozycja mogłaby postawić potencjalnego dawcę w sytuacji przymusowej. Można by tylko kwestionować, czy robią słusznie usiłując zawsze zniechęcić potencjalnych dawców do oddania swego narządu.

Podciągając czyny oddawania do przeszczepów własnych zdrowych narządów do rzędów bohaterstwa i żądając przy ich podejmowaniu zupełnej swobody wyboru, nie wypada jednak nie dostrzec takich, może bardzo szczególnych i wyjątkowych sytuacji, w których czyny te rysują się jako obarczone wyraźnym, choć trudno do bliższego wyrażenia, znamieniem powinności moralnej. Nakłada ją miłość zabarwiona sprawiedliwością, nazywaną niekiedy pietyzmem, zrodzoną w kręgu wspólnoty rodzinnej i narodowej. Aby to zrozumieć, wartość powróćmy do poruszonej już myśli, że matka stojąca wobec perspektywy utraty życia przez jej własne dziecko i możliwości jego uratowania na drodze jej daru w przeszczepie, odczuwa jakby poczucie moralnego przymusu, obowiązku dokonania tego daru. Sytuację jednak należy odwrócić, aby dojrzeć właściwe oblicze obowiązku. Matka, która dała życie dziecku, nie ma obowiązku dawać je ponownie. Obowiązek tego rodzaju można by widzieć ze strony dziecka, gdyby w sytuacji zagrożenia znalazła się jego matka. Byłaby to szczególna możliwość i szansa spłacenia pewnego, na ogół niemożliwego do wyrównania, długu — daru życia. Taki dług istnieje w równej mierze w stosunku do ojca.

Można by to jeszcze, w oparciu o poszerzony sens pietyzmu — który tutaj trudno by było wyjaśniać — zastosować do przedstawicieli dobra narodu, jego najcenniejszych i najbardziej potrzebnych reprezentantów. Niekiedy wyższe dobro oj-

czynny, rzecz pospolita, mogła by zaciążyć, jako pewien wewnętrzny nakaz sumienia, moralnie zmuszając do poczynienia ofiary z własnego zdrowego narządu³⁰. Jest to jednak sprawa wyjątkowo delikatna, wymagająca dodatkowych analiz i zastrzeżeń, byłoby więc rzeczą niewłaściwą podane tu rozstrzygnięcie traktować inaczej, niż jako pewną opinię, a więc hipotezę. Aby już wyczerpać nasuwające się tytuły zobowiązania, należy wziąć pod uwagę szczególne powołania w kierunku ofiary idące od Boga, wezwania charyzmatyczne. Są one wiążące, choć czysto osobiste, a zupełnie nieuchwytnie dla ludzi innych i nie poddające się kategoriom generalizującej oceny.

Kiedy ma się na uwadze szczególną i nie dającą się sprowadzić do dóbr materialnych wartość ludzkich narządów cieleśnych, trudno byłoby uznać za godziwe poczynania, które by uczyniły z nich zwykły przedmiot umów handlowych. Szkody uczynionej w organizmie przez pobranie narządu nie da się wyrównać nawet wielkimi sumami pieniędzy. Myśl zaś o zalegalizowaniu transakcji handlowych dotyczących pobierania narządów na wzór jakiejś giełdy, budzi odrazę i stanowczy sprzeciw. Nie znaczy to jednak, aby ze sprawy transplantacji wykluczyć wszelką myśl o pieniądzach. Wraca ona natarczywie, kiedy się ma na uwadze koszty samego przeszczepienia oraz leczenia pooperacyjnego, niekiedy przewlekłego i drogiego. Jest rzeczą ze wszech miar usprawiedliwioną, aby nie obciążały one dawcy. A gdyby z tytułu właśnie jego ofiary wynikły dla niego poważne trudności materialne, sprawiedliwość wymaga, aby biorca pomógł mu je, w miarę możliwości, przezwyciężyć.

V. UZNANIE ZGONU

W zakresie przeszczepiania narządów pojedynczych a koniecznych do życia, szczególnie więc serca, problem moralny koncentruje się wokół sprawy uznania zgonu. Przesłanką nie kwestionowaną, nie tylko w kręgu życia chrześcijan i chrześci-

³⁰ A. M. Hamelin usiłuje na innej drodze, a mianowicie odniesienia wspomnianej zasady całości do dobra społecznego, uprządkować ofiarę z własnego narządu na rzecz innych. Por. art. cyt. s. 206—210

jańskiej doktryny moralnej, jest twierdzenie, że pobranie takiego narządu winno się dokonywać dopiero po faktycznej, rzeczywistej śmierci dawcy, nigdy zaś przed jego zgonem. Nie godzi się tego czynić w odniesieniu do osoby żywej, choćby w stanie agonalnym, gasnącej, bo równa się to spowodowaniu śmierci, stanowi zatem niewątpliwe, nieco tylko zawoalowane, zabójstwo. Etyka katolicka wysuwa tu od wieków jedną i niezmienną normę, że nikt nie ma i nie może mieć nigdy prawa pozbawiać życia człowieka niewinnego, czyli nie będącego aktualnym agresorem. Jest ono Bożym darem, świętym, nienaruszalnym. Znamię nietykalnej świętości nosi na sobie życie każdego człowieka, także nieuleczalnie chorego psychicznie, niedołęznego starca, nienarodzonego dziecka. Posiada je również życie umierającego, nie godzi się go zatem skracać, choćby na drodze eutanazji.

Obracając się w kręgu czynności medycznych warto uwytknąć, że postawiona tu zasada nietykalności życia dotyczy pracy i czynności lekarza w sposób wyjątkowy, z tytułu jego szczególnego powołania jako obrońcy życia. Jak wszyscy ludzie, nie ma on nigdy prawa zabijać lub skracać życia ludzkiego. Jako zaś lekarz powinien pozytywnie chronić to życie, lecząc chorych i zapobiegając chorobom. W pozycji obrońcy zdrowia i życia widzi go nie tylko chrześcijańska etyka objawiona, lecz i ogólnoludzka etyka naturalna zawarta w teleologii jego zawodu, jakiej wyraz można odnaleźć w wielu pomnikach ludzkiej mądrości, m. in. w przysiędze greckiego lekarza, ojca medycyny europejskiej, Hipokratesa³¹.

Afirmowanie nietykalności życia ludzkiego każe antagonistom transplantacji kwestionować godziwość pobierania koniecznych do życia pojedynczych narządów, szczególnie serca. Pragną oni przy pomocy dość sugestywnej argumentacji, wykazać, że nie ma w danym razie mowy o pobieraniu żywego narządu z martwego, lecz z jeszcze żywego, organizmu. Kiedy się odsunie wszelkie przejaskrawienie tej argumentacji, sprowadza się ona ostatecznie do uwypuklenia trudności z ustaleniem momentu śmierci.

³¹ Por. W. Szenajch, *Przysięga i Przykazanie hipokratesowe*, Warszawa 1931.

Nie byłoby rzeczą słuszną zaprzeczać istnieniu tej trudności lub ją bagatelizować. Stała się ona w całej swej wyrazistości przed uczestnikami międzynarodowego kongresu chirurgów, kardiologów, biologów i teologów obradujących przez kilka dni od 11 stycznia 1969 r. we Florencji. Najwybitniejsi w świecie przedstawiciele reprezentowanych na kongresie dyscyplin naukowych zastanawiali się w głównej mierze nad zagadnieniem, gdzie przebiega granica między życiem a śmiercią, w związku zwłaszcza z sukcesami reanimacji. Jak to uwydatniono tam i gdzie indziej, u podłoża trudności leży wielość i różnorodność definicji śmierci. Chodzi o to, że różnie można pojmować śmierć człowieka i w związku z tym różnie bywa ustalany moment — czy też czasowa strefa — zgonu. Dlatego też kiedy ktoś przy pomocy określonego kryterium życia i śmierci jakiś moment lub stan uznał już za zgon, ktoś inny, stosujący inne kryterium, może tę diagnozę zgonu odrzucić.

Kiedy biolog mówi o życiu, ma na ogół na uwadze procesy życiowe tkanek i komórek, czyli po prostu życie wegetatywne. Zanik tych procesów stanowi dlań kryterium śmierci. Życie jednak organizmu, szczególnie ludzkiego, to coś niepomiernie większego, ale jednocześnie dużo bardziej kruchego. Kryterium biologów wyżej wskazane okazuje się też zupełnie nieadekwatne w stosunku do wykreślenia jego końca. Człowiek żyje wprawdzie życiem wegetatywnym, ale nie ono stanowi o jego swoistości.

Człowiek przestaje żyć, kiedy przestaje żyć całość jego organizmu, nawet gdyby jeszcze jakieś tkanki zachowały zdolność do życia. Komórki pobrane ze zwłok mogą być, przy zachowaniu odpowiednich warunków, hodowane jako żywe tkanki poza organizmem. Mogą żyć one poza organizmem bardzo długo. Przeżyją, jak zauważa prof. K. R o w i ń s k i, 120-letniego człowieka³². Trudno byłoby jednak dopatrywać się w nich życia ludzkiego jako takiego.

Kiedy chodzi o transplantację, należy brać pod uwagę fakt śmierci nie w sensie biologicznym, lecz antropologicznym. Nie chodzi więc tu o ustalenie śmierci organizmu w sensie ustania

³² Por. *Etyczne aspekty transplantacji serca*, art. cyt. s. 33.

w nim wszelkich zjawisk życiowych, a więc funkcji tkanek i komórek, lecz ustalenie śmierci organizmu jako całości³³. Stan człowieka, w którym nie da się przy pomocy znanych dzisiejszej medycynie środków wykrzesać objawów życia organizmu jako takiego, całego organizmu, jest niewątpliwie stanem, który dla celów określonych poczynań lekarskich, w rodzaju sekcji, może być uznany za stan zgonu. To zaś otwiera również możliwość pobrania i transplantacji potrzebnego narządu.

Życie całości organizmu związane jest ściśle z wykonywaniem pewnych funkcji organicznych. Niektóre z nich są w ogóle nieodzowne do utrzymania życia, a ich zanik powoduje śmierć. Stwierdzenie tego zaniku może być zatem uznane za stwierdzenie śmierci. Przez długi czas za kryterium życia i śmierci przyjmowali lekarze funkcjonowanie i zaprzestanie funkcji podstawowego zespołu napędowego w organizmie ludzkim, płuco-serce. Za śmierć kliniczną uznawano zanik oddechu i zaprzestanie akcji serca, a więc i obiegu krwi. Od pewnego czasu kryterium to jest uznawane za niedostateczne. Ugodziły w nie wyżej wspomniane osiągnięcia reanimacji. Jak konstytucjonalnych przesłanek swoistości życia ludzkiego należy upatrywać w mózgu, również i tam trzeba szukać przesłanek do ustalenia granicy ludzkiego życia i pojęcia śmierci ludzkiego organizmu.

Mózg stanowi nie tylko cielesne podłoże świadomości i czynności duchowych człowieka. Posiada też decydujące znaczenie dla integracji organizmu i jego życia jako całości. Kiedy więc mózg zaprzestaje definitywnie swych właściwych funkcji, przestaje żyć i organizm, następuje śmierć. Śmierć człowieka trzeba związać nierozzerwalnie i ostatecznie ze śmiercią mózgu. Jego rozpad, wywołany przerwaniem w jego strukturze wymiany materii, oznacza koniec ziemskiej egzystencji, choćby jakieś narządy zdolne były jeszcze do wykonywania swych funkcji czy nawet je w cząstkowej formie rzeczywiście wykonywały. Powyższe kryterium śmierci człowieka jest szeroko przyjęte, i to nie tylko wśród przedstawicieli medycyny. A jeśli istnieje

³³ Por. P. Röttgen, *Organtransplantation*, WuW 23 (1968) s. 167 n.

w tym przedmiocie dyskusja, to dotyczy ona dostatecznych sprawdzianów śmierci mózgu.

Istnieją możliwości i sposoby stwierdzenia śmierci mózgu. Technika tego stwierdzenia odwołuje się do objawów klinicznych i elektrofizjologicznych, bada istnienie lub zanik cyrkulacji mózgowej. Dane encefalografu są niezastąpionym źródłem informacji w tym względzie. Byłoby oczywiście złudzeniem, brakiem realizmu lub zakłamaniem nie widzieć określonych granic tych metod. Zawierają one w sobie nie błahe elementy niepewności. Wielkim jednak błędem byłoby też lekceważyć to co one wnoszą. Mimo swej niedoskonałości mogą być one praktycznie dostateczną podstawą do stwierdzenia śmierci³⁴.

Bywają wypadki śmierci gwałtownej i tragicznej, np. w czasie katastrofy kolejowej. Gdy mózg doznał wtedy znacznego obrażenia, jego śmierć ujawnia wyraźnie śmierć organizmu. Ale serce lub nerki nie muszą być wtedy zniszczone. Jeśli zostaną w porę wyjęte, mogą być sztucznie podtrzymane przy życiu i ewentualnie przekazane innej osobie. Pobranie narządu w takich sytuacjach łączy się z absolutną prawie pewnością, że jego „dawca” nie żyje. Sprawą istotnej wagi jest wtedy tylko pośpiech, bo w organach przeszczepianych mogą zajść zmiany nieodwracalne powodujące i ich niechybną śmierć. Nerki zachowują dłużej swą żywotność, mogą być pobierane nawet w parę godzin po śmierci klinicznej i z powodzeniem przeszczepiane. Gorzej jest z sercem, bo tu czas liczy się nie na godziny, ale minuty.

W warunkach zwyczajnych śmierć mózgu daje się stwierdzić w kilka minut po śmierci klinicznej. Znikają w nim prądy czynnościowe, elektroencefalogram przybiera określone, płaskie kształty, w tkance mózgowej rozpoczynają się zmiany nieodwracalne. Wtedy już nie ma mowy o podtrzymaniu życia organizmu, nawet przy zastosowaniu reanimacji. Inne organy, nawet serce, poddane odpowiednim zabiegom reanimacyjnym, mogą być oddane dla transplantacji i jeszcze długo funkcjonować.

W warunkach zwyczajnej śmierci fakt definitywnego zgonu

³⁴ Por. *Etyczne aspekty transplantacji serca*, art. cyt. s. 33.

stwierdzany jest pośrednio, przez nieodwracalne zmiany w tkance mózgowej. Pewności absolutnej w danym razie oczekiwać nie można. Ale takiej pewności na ogół w życiu praktycznym nie osiągamy. W sytuacjach narzucających konieczność działania i wymagających decyzji poprzestajemy na zdobyciu tzw. pewności moralnej. Potrzeby życia wymagają rozstrzygnięć, nawet przy braku znajomości wszystkich teoretycznie możliwych implikacji określonych decyzji. Taka jest również sytuacja z ustaleniem zgonu po stwierdzeniu oznak śmierci mózgu³⁵. Od wydania wtedy lub niewydania sądu stwierdzającego zgon, sądu opartego na pewności moralnej czyli pewności natury praktycznej, zależy może ocalenie lub śmierć innego człowieka, oczekującego przeszczepu.

Przy rozstrzygnięciu sprawy dostatecznie wczesnego ustalenia zgonu nie należy przywiązywać zbyt wielkiej wagi do możliwości i rzekomej konieczności przedłużania zabiegów reanimacyjnych. Jest rzeczą niewątpliwą, że dzięki reanimacji można osiągnąć długotrwałe przedłużanie czynności płuc i serca. Wcale jednak nie jest wtedy możliwe stwierdzić, czy te podtrzymywane czynności zachodzą w żywym organizmie.

Reanimacja należy do środków nadzwyczajnych w medycynie, a więc takich, co do których istnieje bardzo ograniczony obowiązek stosowania. Nie można tym bardziej zobowiązywać lekarza do przedłużania, mimo braku efektów, wysiłków reanimacyjnych. Pius XII uczył wyraźnie, że lekarz ma moralne prawo zaniechać tych wysiłków, jeśli okazują się one bezcelowe, i nie można go w danym razie pomawiać o zabicie pacjenta³⁶.

Zapewne, spokojne oczekiwanie, a więc przedłużenie czasu po stwierdzeniu śmierci klinicznej, zwiększa pewność ustania utajonego życia organizmu. Takie jednak odczekanie może uczynić narząd niesposobnym do przeszczepienia, bo definitywnie zmarłym, odbierając tym samym ostatnią szansę życia czekającemu na ten dar choremu. Jest bowiem prawdą, o któ-

³⁵ Por. R. Kautzky, *Postęp techniczny a problemy etyczne medycyny współczesnej*, Concilium (wersja pol.) 1—5. 1969, s. 316—318.

³⁶ Por. Przemówienie pap. Piusa XII do Kongresu Lekarzy i Uczonych z dn. 24.XI.1957 poświęcone zagadnieniu reanimacji. AAS 49 (1957) 1027—1033.

rej nie mogą zapominać obrońcy jak najdłuższego „odczekania”, że każde zwiększenie pewności co do faktu śmierci, w równej mierze zmniejsza skuteczność transplantacji³⁷.

Jeszcze do niedawna szybkie stwierdzenie śmierci nie miało ważniejszego znaczenia, w sensie dodatnim, dla życia lub śmierci innego człowieka. Z racji respektu dla gasnącego życia można było przedłużać wyczekiwanie, czy tłący się jeszcze, być może, płomyk życia w nieżyjącym, według wszelkiego prawdopodobieństwa, organizmie nie wybuchnie widzialnym żywym płomieniem. Możliwość przeszczepień organów koniecznych do życia sytuację tę całkowicie zmieniła. Nie można już ponad miarę czekać, bo wchodzić w grę może tu szansa życia lub śmierci innego człowieka.

W celu osłabienia pozycji tych, którzy przesadnie pojmują obowiązek „odczekania”, aby nie dopuścić do zgaszenia ewentualnie tłącego się jeszcze płomyka życia, R. K a u t z k y odwołuje się do sugestywnego obrazu³⁸. Przez ulice miasta pędzi samochód straży pożarnej. Jego pośpiech może być okazją do zabicia nieuważnego przechodnia. Kierowca samochodu wie o tym, pędząc przed siebie z dużą szybkością, a jednak, gdy ktoś mu wpadnie pod koła, kierowca nie może być uznany za zabójcę.

Odwołanie się do powyższego obrazu nie jest w pełni szczęśliwe, analogia jest dość daleka. Ważne jest w nim jednak uwypuklenie tej myśli, że śmierć w obronie życia jest tu nie tylko niezamierzona, ale nawet zupełnie przypadkowa, choć w ogólnym bilansie działania jest brana pod uwagę jako smutna lecz nieunikniona ewentualność. Dopuszczenie ewentualnej śmierci nie jest tym samym co zabójstwo. W obronie zaś wielkich dóbr winno być uznane za godziwe i dopuszczalne. W przypadku omawianym stanowi tylko margines ewentual-

³⁷ Prof. Orłowski ukazuje, jak troskliwie dba się w jego klinice o to, aby narząd do przeszczepu był pobierany od osoby rzeczywiście zmarłej. Śmierć stwierdza 3 lekarzy nie mających nic wspólnego z przeszczepianiem. „Dopiero po stwierdzeniu przez nich zgonu pobiera się nerkę. Złą stroną tego postępowania jest fakt, że często już nerka nie nadaje się do przeszczepienia”. *Etyczne aspekty transplantacji serca*, pr cyt. s. 23.

³⁸ Por. R. K a u t z k y, art. cyt., s. 318.

nych ofiar w szlachetnym i wielkim dziele medycyny: obrony życia ludzkiego³⁹.

VI. WZGLĘDY PIETYZMU

Założywszy, że istnieje na drodze transplantacji możliwość przekazywania narządów koniecznych do życia z organizmu zmarłego do organizmu innego, a więc bez powodowania zgonu, uznaje się niekiedy ten sposób postępowania za niedopuszczalny z tytułu braku pietyzmu dla zwłok ludzkich. Już wyżej sformułowane zastrzeżenia legitymowały się szczególniego rodzaju szacunkiem, jaki odczuwamy do zwłok, szacunkiem prawie religijnym i płynącym ze źródła najprawdopodobniej religijnego. Nie pozwala on, jak brzmi zastrzeżenie, na jakiegokolwiek rodzaju utylitarne traktowanie zwłok ludzkich, w ich całości czy częściach.

Jest rzeczywiście faktem, że ciało ludzkie otaczamy szczególnym szacunkiem. Szacunek dla zwłok nie jest właściwością samych tylko chrześcijan, lecz jest udziałem wyznawców wielu innych religii, jak również ludzi niewierzących. Religia chrześcijańska ukazuje kilka racji usprawiedliwiających ten szacunek i stawiających moralny postulat jego zachowania. Wiążą się one z wartością i godnością ciała ludzkiego w ogóle, w oparciu o tajemnicę Wcielenia, a z nadzieją zmartwychwstania ciał zmarłych w perspektywie eschatologicznej w szczególności. Chrześcijańska doktryna moralna zabraniała zawsze profanowania zwłok, domagała się pieczołowitego złożenia ich do ziemi, a cmentarz, miejsce wiecznego spoczynku traktowała jako sakralne, prawie na równi ze świątyniami, z sanktuariami kultu Bożego.

Obyczaj chrześcijański wytworzył różne przejawy szacunku dla zwłok, jak również w różny sposób pojmował sprawę profanacji. Kościół katolicki przez całe 2-tysiąclecie trzymał się

³⁹ Znamionym faktem potwierdzającym ubocznie podane wyżej rozwiązanie sprawy jest przyjęcie dr Barnarda na prywatnej audiencji przez pap. Pawła VI. Jak podaje J. G. Ziegler (art. cyt. s. 173) papież miał zapewnić Barnarda, że jego osiągnięcie jest cenne dla ludzkości.

zwyczaju chowania zmarłych, a spalanie dopuszczał tylko w wyjątkowych okolicznościach. Dopiero niedawno, przed kilku laty złagodzone przepisy dotyczące sankcji kościelnych w stosunku do tych, którzy wyrazili wolę spopielenia a nie pogrzebania swych zwłok po śmierci. Jeszcze w czasach nowożytnych obowiązywały surowe zakazy przeprowadzania sekcji zwłok. A płynęły one wyłącznie z pietyzmu dla ciała ludzkiego, którego krajanie po śmierci uznawano po prostu za bezczeszczenie.

Problem utylizacji zwłok dawniej nie istniał, nie było po prostu perspektywy korzystania z ciała. Wyjątkowo tylko można sobie było wyobrazić sytuację, w której zagubieni rozbitkowie morzeni głodem zjadali siebie. Otóż w stosunku do tej sytuacji istniał tylko wyraźny zakaz pozbawiania życia, natomiast ewentualne spożycie ciała zmarłego nie stanowiło problemu, nie było piętnowane jako wykroczenie moralne. Wykorzystywanie pewnych części ciała ludzi ginących w hitlerowskich obozach zagłady postawiło dopiero w jaskrawym świetle sprawę utylizacji ciał, poruszając do żywego opinię społeczną świata przeciwko barbarzyństwu tego rodzaju czynów.

Wykorzystywanie zwłok ludzkich, poprzez dokonywanie sekcji, dla celów szkolenia przyszłych lekarzy oraz dla badań medycznych, jest stosowane od dawna na całym świecie i nie stwarza poważniejszych oporów ze strony opinii publicznej. Tylko wyraźny sprzeciw ze strony samego zmarłego, wyrażony przed śmiercią, lub najbliższej jego rodziny jeśli zgon nie budzi żadnych podejrzeń, potrafi powstrzymać lekarzy przed dokonywaniem sekcji. Utylizacja zatem zwłok ludzkich w postaci sekcji nie jest dziś uważana za ich zbezczeszczenie. Oczywiście trzeba wyraźnie zaznaczyć, że pietyzm dla zwłok wymaga odpowiedniego zachowania się, właśnie pełnego szacunku, w stosunku do zwłok poddawanych sekcji.

Pobranie organu ze zwłok i przechowywanie go w prosektorium w celach laboratoryjnych i szkoleniowych nie było piętnowane jako nadużycie. Nie ma też poważniejszych powodów, aby odrzucać godziwość przeszczepów z tytułu nieuszanowania zwłok, z braku należnego im szacunku.

Zarzut utylizacji kierowany pod adresem organów ciała traci w ogóle sens, kiedy się uwzględni właśnie służebny, utylitar-

ny charakter każdego organu w stosunku do żyjącego organizmu. Organ, który służył ciału za życia, wyjęty po śmierci i przekazany innemu ciału może dalej służyć. Jego charakter się nie zmienia, zmienił się tylko niejako przedmiot korzystający ze służenia. Poprzedni podmiot nic na tym nie traci, bo tej służby nie potrzebuje. Służenie zaś życiu nie może hańbić.

Religia chrześcijańska nie wnosi istotnych zastrzeżeń pod adresem przeszczepień serca z tytułu służenia przezeń nowemu organizmowi. Tak bliska bowiem chrześcijaństwu idea służby i miłości, kojarzona z sercem w ogóle, a sercem Jezusa Chrystusa w szczególności, wydaje się raczej sprzyjać przeszczepom. Obdarzanie dobrem, dzielenie się sercem, służenie nim — to czyny nie haniebne, lecz przeciwnie, szlachetne i dobre.

Nawet w sytuacji, kiedy zmarły nie wyraził zgody na przekazanie komuś jego serca, nie należy uznać przeszczepienia za czyn niedopuszczalny. Można łatwo tu założyć domyślną zgodę. W wypadku wyraźnego sprzeciwu, należy uszanować wolę zmarłego, a tylko w wyjątkowych wypadkach można by nie liczyć się z tym sprzeciwem, uznając go za nierozumny i nieuzasadniony. Bardzo ważną w danym razie okolicznością jest obyczaj i stanowisko opinii publicznej. Trzeba się z tym liczyć, bo w dziedzinie moralności stanowi obyczaj czynnik wielkiej wagi.

VII. TRUDNOŚCI PRAKTYCZNE I MOŻLIWOŚCI NADUŻYĆ

Nie bez powodu przeciwnicy dokonywania przeszczepów nerki i serca zwracają uwagę na wielkie koszty tych operacji, jak i dalszego związanego z nimi leczenia biorców. Nie mniej jednak trzeba wyraźnie stwierdzić, że ten czynnik ekonomiczny nie może mieć istotnego znaczenia przy ocenie godziwości lub niegodziwości samej operacji przeszczepiania. Na czynności tego rodzaju może sobie pozwolić tylko medycyna kraju gospodarczo i technicznie dostatecznie zasobnego. Kraje ubogie są w wielu dziedzinach pokrzywdzone, dlatego też na narodach za-
możnych ciąży obowiązek pomocy krajom będącym w rozwoju. Te kraje ubogie jednak nie mają, przynajmniej chwilowo, moralnego problemu dopuszczalności transplantacji organów ludzkich.

Zagadnienie preferencji w zakresie finansowania przez państwo poszczególnych gałęzi medycyny jest problemem polityki ekonomiczno-społecznej, nie wolnej od aspektu moralnego. Ogólnie biorąc byłoby rzeczą nieusprawiedliwioną, a nawet niedopuszczalną, przeznaczać wielkie zasoby środków materialnych i niematerialnych na medycynę eksperymentalną, w szczególności zaś na przeszczepianie organów, gdyby to było z wielką stratą dla lecznictwa powszechnego lub ogólnej opieki społecznej. Byłoby niegodziwością dla ocalenia życia nielicznych osób, przez zastosowanie wobec nich ogromnie kosztownych środków ratowania i leczenia, pozbawiać zwykłej pomocy i opieki lekarskiej zastępy innych chorych. A zatem liczenie się z możliwościami musi leżeć u podstaw decyzji podejmowania — zwłaszcza na szerszą skalę — operacji transplantowania organów. Niewystarczalność środków stanowi poważną okoliczność, która może uczynić dokonywanie takich operacji działaniem niegodziwym. Trzeba jednak wyraźnie stwierdzić, że z tego tytułu nie należy odrzucić i potępić przeszczepień organów w ogóle.

W dzisiejszym stanie wiedzy i sztuki lekarskiej transplantacje organów ludzkich stanowią środki nadzwyczajne leczenia. Stosownie zaś do przyjętej od wieków w teologii moralnej zasady do stosowania takich środków nikt nie jest zobowiązany. Dawniej za środki tego rodzaju uchodziły wszelkie operacje, nawet takie, które dziś się uważa za łatwe i nie ryzykowne zabiegi chirurgiczne. Jeszcze do niedawna teologowie moralisci uwalniali chorych od obowiązku decydowania się na operację chirurgiczną odwołując się do skądinąd uznanej zasady, że środki nadzwyczajne nie obowiązują w sumieniu. Dziś zmieniła się sytuacja radykalnie. Niemniej jednak przeszczepianie narządów należy, i to z kilku powodów, uznać za środki nadzwyczajne. O obowiązku ich stosowania w skali makro- czy mikroetycznej nie może być mowy. Nie znaczy to jednak oczywiście, aby przez to samo trzeba było potępić i odrzucić w ogóle ich stosowanie.

Stosowanie to natomiast może być, w pewnym choćby ograniczonym zakresie, rzeczą potrzebną i wskazaną ze względu na dalszy postęp medycyny, a więc wiedzy i sztuki lekarskiej.

Środki i czynności dziś nadzwyczajne dzięki postępowi mogą się stać w przyszłości zwyczajnymi. Byłoby więc rzeczą nieuzasadnioną nie korzystać z nich, choćby w bardzo ograniczonym zakresie, w miarę posiadanych możliwości kadrowych i materialnych.

Przy ograniczonych możliwościach stosowania przeszczepień problem preferencji i dokonywania wyboru staje przed lekarzami przeszczepienia te wykonującymi. Jest to, jak widzieliśmy, sprawa trudna i przykra. Obdarzenie szansą życia jednego stanowi często odebranie tej szansy innym. Lekarze nieraz muszą się zawahać przy wyborze. Przy najlepszym nawet skutku operacji i ocaleniu od śmierci osoby obdarzonej organem przeszczepionym wracać może nieraz wyrzut pośredniego skazania na śmierć innych. Stąd te daleko idące żądania, aby nie stawiać lekarza w ogóle w sytuacji takiego wyboru.

Warto jednak uświadomić sobie kilka istotnych przesłanek, które pozwolą inaczej rozstrzygnąć ten problem, bolesny niewątpliwie i trudny, niemniej jednak poddający się racjonalnemu rozstrzygnięciu. Naprzód więc należy zauważyć, że choć potrzebujących zdrowego serca czy nerki może być wielu, nie mają oni jednak, z tytułu tej potrzeby, prawa do otrzymania narządu, nie mają także obowiązku o niego się ubiegać. Pobranie bowiem narządu z cudzego organizmu jest środkiem szczególnym, nadzwyczajnym, nawet wyjątkowym. Drugim momentem, niezmiernie ważnym, jest to, że samo dopuszczenie śmierci nie jest nigdy i nie może być równoważne z zabójstwem. Lekarz postawiony jest często w sytuacji, w której doświadcza ograniczoności ludzkiej ingerencji w sprawę ratowania życia i musi dopuścić śmierć jako nieubłaganą konieczność. Ciężko chorzy na serce lub na nerki umierają i na to nikt nic nie poradzi, choć lekarz powinien robić wszystko co możliwe, aby ich ratować. Otóż jeśli nie jest dla niego rzeczą możliwą obdarzyć już tych chorych szansą życia, nie może być obciążony winą za ich śmierć.

Dobrze, jeśli ma w rękach dodatkową niejako szansę uratowania kogoś z tych „skazanych” na śmierć, uratowania przez dar przeszczepu. Może tę szansę, a nawet powinien, wykorzystać, nie godzi się jej zmarnować. Bochenek chleba, który mógł-

by uratować od śmierci głodowej jednego człowieka, kiedy wielu umiera z głodu, nie powinien być zniszczony z powodu rzekomej niesprawiedliwości pozbawienia go innych głodnych. Bochenkiem chleba można by zresztą jeszcze jakoś obdzielić po kawałku wielu głodnych. Jednym sercem zaś lub jedną nerką wielu potrzebujących obdzielić się nie da. Dokonujący transplantacji muszą dokonać wyboru.

Na temat dokonywania tego rodzaju wyboru wywiązała się w literaturze fachowej i w publicystyce, wśród samych lekarzy oraz wśród moralistów, dość szeroka dyskusja. Dyskutanci zdają sobie sprawę z trudności, wobec której staje lekarz zmuszony do dokonania wyboru określonych pacjentów, aby im tylko zastosować wyjątkowy środek pomocy lekarskiej. Chcą jednak ułatwić lekarzowi wybór.

Dyskutanci na ogół są zgodni, że decyzja powinna być dyktowana przede wszystkim przez przesłanki medyczne, jeśli one istnieją. R. Kautzky, dopuszczając potrzebę wzięcia pod uwagę bardzo różnych okoliczności, uważa, że najwięcej powinna tu znaczyć szansa wyleczenia chorego⁴⁰. M. Sokołowska dorzuca, że do fachowych przesłanek medycznych powinny tu dojść pewne, przez nią jednak nie sprecyzowane, „wskazania i przeciwwskazania natury społecznej”⁴¹. Uczestnicy sympozjum odbytego w Londynie w dniach 9—11 marca 1966 r., rozważając problem przeszczepiania nerki, szeroko dyskutowali nad ustalaniem priorytetów⁴². Specjaliści od tego przeszczepu ukazywali racje, jakie im przyświecają przy wyborze. Wybierają więc raczej ludzi dojrzałych, zdrowych psychicznie, takich, których leczenie rokuje większe nadzieje, wreszcie tych, którzy, jako ojcowie lub matki rodzin, mają do wychowania małe dzieci.

Ludzie społecznie bardzo użyteczni również zalecaliby się do ewentualnego wyboru. Że tak można sądzić, wskazywałaby aprobowana na ogół w świadomości moralnej społeczeństwa skazanego w czasie minionej wojny na eksterminację praktyka szczególnego oszczędzania intelektualistów i pisarzy. Polska wybitna pisarka Z. K o s s a k została podobno w ten sposób,

⁴⁰ Por. R. Kautzky, art. cyt., s. 314n.

⁴¹ Por. *Etyczne aspekty transplantacji serca*, pr. cyt., s. 42.

⁴² Por. *Etyka i problemy transplantacji*, pr. cyt., s. 168 n.

na drodze pewnej preferencji, uratowana od zagłady w obozie oświęcimskim.

Trudno jest ustalić powszechnie ważne preferencje przy dokonywaniu wyboru przez lekarzy. Ostatecznie decydować musi ich własna świadomość i poczucie odpowiedzialności. Ich decyzje nie zadowolą wielu, mogą być nawet z wielu powodów mylne. Jak zauważa cytowany R. Kautzky „niekiedy w szczególnym wypadku osąd lekarski będzie dyskusyjny, co więcej, retrospektywnie może okazać się nawet błędny. Ale ostatecznie rzecz biorąc, tak bywa z każdą decyzją lekarską, i to nie może lekarza od niej uwalniać”⁴³.

Jeśli ostatecznie lekarzowi przypisuje się prawo i obowiązek decyzji, podnosi to wielkość jego zawodu i powołania, ale równocześnie wzmaga jego odpowiedzialność. Współczesny postęp wiedzy ścisłej w medycynie wcale nie zmniejsza, jak zauważa prof. Gibiński, roli wyboru, którego dokonuje sam lekarz. Rośnie i będzie wzrastał margines jego wolności, co potęguje rolę decyzji, a niestety i wagę błędu. Stwierdzenie to wysuwa „konieczność żądania wysokich, najwyższych kwalifikacji moralno-etycznych lekarzy”⁴⁴.

A zatem odwołanie się do fachowości lekarza, jego roztropności zawodowej i odpowiedzialności moralnej może być ostatnim słowem w kwestii podejmowania decyzji co do wykonywania transplantacji narządów oraz co do wyboru wśród pacjentów mających być obdarzonymi szansą przedłużenia życia na tej właśnie drodze. Trzeba by go tu tylko przestrzegać przed zbyt pochopnym wyborem oraz przed preferowaniem tylko ze względu na spodziewane dla siebie korzyści. Musi nim kierować miłość do ludzi chorych czyli miłosierdzie uzupełniane pewnym subtelnym poczuciem sprawiedliwości.

Pozostało jeszcze na końcu uporać się z pewnymi trudnościami związanymi z perspektywą dalszego rozwoju chirurgii transplantacyjnej, dla której już dokonywane przeszczepianie narządów może być tylko etapem do podejmowania dalej idących przeszczepień. Perspektywa ta niepokoi wielu. Widzieliśmy już wyżej, czego się tu najbardziej obawiają. Ekspery-

⁴³ Por. R. Kautzky, art. cyt., s. 315.

⁴⁴ Por. *Etyczne aspekty transplantacji serca*, pr. cyt., s. 39.

menty nad „hodowaniem” człowieka w jakichś innych warunkach organicznych oraz zmiany osobowości na drodze przeszczepień mózgu są tu najdalej idącą możliwością i koszmarną wprost perspektywą.

Obaw co do podejmowania dalszych ewentualnych doświadczeń i prób nad ludzkim organizmem ze strony medycyny w ogóle, a chirurgii w szczególności, nie ma powodu lekceważyć. Nie mniej jednak byłoby rzeczą niesłuszną widzieć same tylko ciemne strony postępu medycyny, a co do przyszłości jej w tym względzie — oceniać ją wyłącznie w kategoriach ewentualnych nadużyć i wykrzywień w jej rozwoju. Medycyna poczyniła w ciągu ostatnich dziesiątków lat wielkie postępy i służy dziś, z dużo większym niż dawniej zasobem środków, ludziom w zakresie leczenia lub zapobiegania chorobom. Istnieje przy tym nadzieja, oparta o poważne przesłanki, że to swoje zadanie będzie pełnić coraz lepiej, przy potęgowaniu się jej możliwości.

Perspektywa dalszych badań i doświadczeń w medycynie nie jest całkowicie jasna. Punkty jej ciemne powinny być wyraźnie ujawnione, aby przed nimi ostrzec i w miarę możności powstrzymać. Rzecz ta wymagałaby jednak odrębnych, daleko idących analiz. Nie jest to potrzebne w ramach niniejszych rozważań. Tutaj wystarczy stwierdzić, że możliwość nadużycia tych elementów wiedzy i sztuki lekarskiej, jakie wniosły i wnoszą ponawiane wysiłki transplantacyjne w zakresie narządów ludzkich, nie może wpłynąć ujemnie na zasadniczą ocenę tych wysiłków. Nadużycia mogą być wszędzie. Nawet rzeczy najlepsze i najświętsze bywają nadużywane. Liczenie się z ewentualnymi nadużyciami nie może paraliżować wysiłków zmierzających do postępu i udoskonalenia życia ludzkiego. Nie może też ono czynnościom, które skądinąd nie mają w sobie cechy moralnych wykroczeń, nadać charakteru takich właśnie czynów.

Transplantacje narządów nie są przyczyną — co jest w moralności rzeczą najważniejszą — lecz tylko najwyżej okazją do nadużyć. Z natury zaś niosą one przedłużenie życia i poprawę zdrowia, co, jeśli nie jest okupione przyspieszeniem zgonu dawcy, jest rzeczą moralnie dobrą. Dają przy tym okazję do

postępu medycyny. Jest ta okazja wieloznaczną, niesie z sobą i ciemną perspektywę nadużyć. Samych jednak transplantacji obciążyć one nie mogą i nie powinny.

Możliwość nadużyć związanych z przeszczepieniem narządów nie ogranicza się oczywiście wyłącznie do przyszłości. Już dziś grożą w tej dziedzinie nadużycia, i to różnego rodzaju. W miarę postępu chirurgii transplantacyjnej mogą się one tylko potęgować.

Nie ma możliwości, ani potrzeby, zajmować się tu szerzej ewentualnymi nadużyciami związanymi z dzisiejszym stanem transplantologii. Najpoważniejsze były sygnalizowane wyraźnie, lub ujawniały się ubocznie, w toku wyżej przeprowadzonych wywodów. Tutaj wystarczy ostrzec przed nimi ogólnie, albo też, wraz z niektórymi prawnikami i specjalistami lekarzami, apelować o ograniczenie ich możliwości na drodze obwarowania praktyki transplantacyjnej zespołem bardziej szczegółowych norm prawnych. Moralisci chętniej widzą w danym razie normy w kodeksie etyki lekarskiej.

Niebezpieczeństwo nadużyć jest w tej dziedzinie praktyki medycznej — jak zresztą i w innych — zawsze realne i poważne. Lekarze są ludźmi i doświadczają ludzkich żądz i słabości. Często się mylą, szkodząc tym, niekiedy w stopniu niepowetowanym, swym pacjentom. Co gorsza, ulegają namiętnościom, które zaślepiają i powodują wiele krzywdy. W zakresie medycyny transplantacyjnej grożą zwykle, tu jednak spotęgowane w swych tragicznych skutkach, wady ludzkie, takie jak ambicja, chęć rozgłosu, pasja eksperymentatorska, antypatie ludzkie. Postulat zwalczania tych wad i niepoddawania się ich działaniu na linii możliwych w omawianej dziedzinie nadużyć, stanowi ostatnie, bardzo już ogólne, wskazanie natury moralnej.

VIII. WNIOSKI SYNTETYCZNE

Wywody artykułu zmierzały do ukazania, na czym polega problem moralny przeszczepiania ludzkich narządów i jak należy go rozwiązać z punktu widzenia moralności chrześcijańskiej. Zagadnienie to postawione przez medycynę współczesną

ujawnia kilka aspektów, nie może być zatem rozwiązywane zbyt pochopnie. Wydanie ogólnej oceny dotyczącej godziwości transplantacji wymagało rozpatrzenia kilku szczegółowych spraw implikowanych w samym obrazie omawianego zjawiska.

Rozważanie sytuacji przekazującego narząd do przeszczepienia komu innemu doprowadza do wniosku, że godzi się pobrać narząd ciała osoby zmarłej. Za rzecz również właściwą moralnie należy uznać oddanie swego narządu, ale nie koniecznego do życia. W przypadku narządu do życia koniecznego trzeba ocenić fakt takiego przekazania za rzecz niegodziwą, z racji przede wszystkim współdziałania z lekarzami w czynności dawanania śmierci niewinnej osobie.

W pewnych sytuacjach szczególnych oddanie jednego ze zdrowych organów podwójnych koniecznego do życia innej osobie może się okazać obowiązkiem dyktowanym przez miłość rodzinną lub miłość ojczyzny.

Najwięcej zastrzeżeń i trudności stwarza w zakresie transplantacji narządów sprawa uznania zgonu, szczególnie w związku z sukcesami reanimacji. Należy mieć na uwadze niejednoznaczność kryteriów śmierci wysuwanych w toczących się dyskusjach, od sprawdzianów śmierci w sensie biologicznym, poprzez zgon kliniczny, a na śmierci mózgu kończąc. Mimo istniejących rozbieżności opinii, można z pełną odpowiedzialnością wydać sąd o zgonie człowieka w takim czasie, w którym istnieje jeszcze możliwość pobrania od niego narządu i przekazania go komu innemu. Sąd tego typu nie jest i nie może być wydany z pewnością absolutną. Dla postawionych w danej sytuacji celów jest on całkowicie wystarczający i może w pełni usprawiedliwić podjęcie czynności związanych z transplantacją. Sumienne rozpatrzenie sprawy pozwoliło stwierdzić, że ewentualne dopuszczenie w danym razie możliwości zgonu nie może być utożsamione z zadaniem śmierci. Ostateczny wniosek z tej kluczowej części dociekań wypadł dla sprawy przeszczepiania narządów w tym sensie pozytywnie, że nie musi być ono okupione przyspieszeniem zgonu dawcy.

Wysuwane pod adresem transplantacji narządów trudności natury praktycznej, związane szczególnie z koniecznością preferencji i wyboru w skali zarówno makro- jak i mikroetycznej,

nie zmuszają do postawienia stanowczego veto w stosunku do ich podejmowania. Dają się one, przy zachowaniu pewnych należytych względów, przewyciężyć. Nie zmuszają, w każdym razie, do odrzucenia przeszczepień narządów w ogóle.

Nie domagają się również tego ewentualne nadużycia. Są tu one możliwe i groźne. Ale nadużycia mogą towarzyszyć, i towarzyszą wszelkim działaniom ludzkim, nawet moralnie najszlachetniejszym. Wobec możliwości nadużyć, na omawianym odcinku działań medycyny szczególnie groźnych, należy apelować do lekarzy o zachowanie wielkiego poczucia odpowiedzialności i wzniosłej postawy moralnej.

La transplantation des organes humains
à la lumière de la réflexion théologique

Résumé

Le problème moral posé dans l'article concerne les questions suivantes: si et dans quelle mesure est-il permis de transplanter les organes du corps humain, que faut-il penser des transplantations déjà réalisées et quelle position faut-il prendre vis-à-vis des expériences qu'on envisage pour le proche avenir. Ce problème est ici analysé du point de vue de la théologie morale. Par conséquent l'auteur cherche la réponse à la question de licéité des transplantations étant donné la vocation terrestre et surnaturelle de l'homme.

Cette perspective obligeait à considérer et apprécier la pratique médicale de transplantation dont la problématique morale est très variée. Il fallait d'abord caractériser le fait même de transplantation, ce qui a été réalisé sur deux plans: celui du développement des opérations de ce genre et celui des réserves qu'elles ont réveillé et réveillent encore dans l'opinion publique.

La problématique morale a été considéré à partir de la situation du donneur. Son examen a montré qu'il est licite non seulement de prendre un organe d'un mort mais aussi d'une personne vivante, à condition que l'organe soit double ou bien non pas nécessaire à la vie de l'homme. Il semble même que dans certains cas on peut parler du devoir de donner un des organes doubles par le motif de piétisme. Par contre, la transplantation d'un organe nécessaire à la vie est absolument à rejeter.

Les plus grandes objections pose la transplantation du coeur à cause des difficultés de fixer exactement le moment même de la mort, ce

qui provoque le danger de l'homicide. C'est la raison pour laquelle ce problème ainsi que celui de la réanimation est devenu la question centrale de l'article. Il était donc nécessaire d'envisager de différents critères de la mort en commençant par la mort biologique pour aller ensuite à la mort clinique et la décomposition du cerveau. On a pu ainsi prouver que, malgré ces difficultés il y a des signes suffisamment sûrs de la mort. Mais il s'y agit d'une sûreté morale et non pas absolue. Elle permet pourtant d'agir, même s'il y aient des doutes théoriques.

Le résultat définitif est, en somme, favorable à la transplantation, en ce sens qu'elle ne doit pas être comparée comme précipitation de la mort du donneur. En tant que telle elle ne mérite pas la condamnation morale.

On avance parfois contre la transplantation les motifs du piétisme, c'est à dire d'un respect particulier qu'on doit au cadavre. Ils constituent la partie suivante de l'article. Il fallait ici examiner critiquement la question des formes d'utilisation du corps admises par les moeurs. En résultat on pouvait constater que les transplantations ne doivent pas être considérées comme profanation du cadavre, ni comme des manières abusives de son utilisation.

Enfin on a examiné quelques difficultés d'ordre pratique et des possibilités d'éventuels abus. Elles surgissent de la nécessité du choix et des préférences au plan macro et microéthique. Au plan macroéthique il s'agit des préférences dans la politique économique et sociale dûs au caractère très couteux des transplantations. Au plan microéthique il y a une difficulté du choix des personnes — sujets de la transplantation, étant donné l'impossibilité de venir en aide à tous les malades. Ces difficultés, si grandes qu'elles soient n'obligent pourtant pas à ce prononcer contre la licéité des transplantations. A plus forte raison d'éventuels abus ne peuvent pas y contredire. Il ne faut pas les minimiser, mais il ne faut pas non plus oublier que les abus peuvent accompagner toutes les actions morales, même les plus nobles. Il suffit si, en face des possibilités d'abus on interpelle les médecins de ne pas procéder à des expériences particulièrement dangereuses.

S. Olejnik