

Etyczne aspekty transplantacji serca

Z inicjatywy Katedry Etyki Uniwersytetu Warszawskiego i Wydziału Nauk Medycznych Polskiej Akademii Nauk w dniu 29 II 1968 r. odbyła się w Warszawie konferencja poświęcona etycznym problemom transplantacji serca. W dyskusji wzięli udział wybitni przedstawiciele nauk medycznych, filozofii, etyki, socjologii prawa i medycyny. Obrady zajął i podsumował prof. dr Tadeusz Kotarbiński.

W dyskusji głos zabrali:

- prof. dr Marek Fritzhand — Kierownik Katedry Etyki Instytutu Filozofii UW, naczelny redaktor „Etyki”.
- prof. dr Kornel Gibiński — Kierownik III Kliniki Chorób Wewnętrznych Akademii Medycznej w Katowicach.
- doc. dr Henryk Jankowski — Zastępca Dyrektora Instytutu Filozofii Uniwersytetu Warszawskiego, pracownik naukowy Katedry Etyki UW.
- prof. dr Józef Keller — Kierownik Zakładu Religioznawstwa Instytutu Filozofii i Socjologii PAN.
- prof. dr Tadeusz Koszarowski — Przewodniczący Polskiego Towarzystwa Lekarskiego, Kierownik Oddziału Chirurgii w Instytucie Onkologii w Warszawie.
- prof. dr Leon Manteuffel — Kierownik Kliniki Chirurgii Klatki Piersiowej w Instytucie Gruźlicy w Warszawie.
- doc. dr Mieczysław Michalik — pracownik naukowy Katedry Filozofii w Wojskowej Akademii Politycznej w Warszawie.
- prof. dr Jan Moll — Kierownik II Kliniki Chirurgicznej Akademii Medycznej w Łodzi.
- prof. dr Jan Nielubowicz — Kierownik Zespołu Chirurgii Doświadczalnej i Klinicznej PAN, Kierownik I Kliniki Chirurgii Akademii Medycznej w Warszawie.
- prof. dr Tadeusz Orłowski — Zastępca Sekretarza Wydziału Nauk Medycznych PAN, Kierownik I Kliniki Chorób Wewnętrznych Akademii Medycznej w Warszawie.

doc. dr Adam Podgórecki — Kierownik Katedry Teorii i Historii Moralności Instytutu Socjologii UW.

prof. dr Ksawery Rowiński — Sekretarz Naukowy Wydziału Nauk Medycznych PAN.

doc. dr Magdalena Sokołowska — Kierownik Zakładu Socjologii Medycyny Instytutu Filozofii i Socjologii PAN.

*

Prof. Marek Fritzhand: Otwierając dzisiejsze posiedzenie, pragnę jak najuprzejmiej powitać w imieniu Katedry Etyki Uniwersytetu Warszawskiego naszych miłych gości, pracowników naukowych medycyny, filozofii i socjologii, którzy zechcieli zaszczyścić to posiedzenie swą obecnością.

Panu profesorowi Kotarbińskiemu dziękuję serdecznie za to, że zechciał wziąć na siebie trud zagajenia i podsumowania dyskusji. Niemniej serdecznie dziękuję prof. Rowińskiemu za nader wydatny udział w przygotowaniu naszego sympozjum. Bez tego udziału na pewno nie uczestniczyliby w tym sympozjum tak wybitni przedstawiciele medycyny.

Sympozjum nasze doszło do skutku dzięki zetknięciu się inicjatywy Katedry Etyki UW z niezależnymi od niej, podobnymi zamierzeniami VI Wydziału PAN. My, etycy, pragnęliśmy rozważyć nurtujące nie tylko nasze społeczeństwo zagadnienia etycznych aspektów transplantacji organów ludzkich. Nie czuliśmy się jednak dość kompetentni do roztrząsania tego zagadnienia bez udziału przede wszystkim pracowników naukowych medycyny, a także filozofów i socjologów.

Wiele już było w Polsce dyskusji na ten temat, ale żadna z nich nie toczyła się w takim gronie jak dzisiejsza. Idzie nam tu o spokojne, rzeczowe rozważenie trudnego problemu, wymagającego różnorodnych kompetencji. Jednocześnie pragnęlibyśmy, aby nasze spotkanie zapoczątkowało częstsze kontakty między zainteresowanymi przedstawicielami różnych nauk, aby było choćby nieznacznym krokiem naprzód na drodze jakże pożądanej integracji nauk przyrodniczych i społecznych, oczywiście w tym zakresie, w jakim to jest możliwe.

Ze względu na ograniczony czas proponujemy skupienie uwagi przede wszystkim na problemie transplantacji serca, a więc narządu, w którym potoczna świadomość upatruje siedlisko uczuć. Nie znaczy to jednak, że dyskutanci nie mają prawa poruszać kwestii, dotyczących również przeszczepów innych organów ludzkich, bądź zagadnienia przeszczepów w ogóle.

Prof. Tadeusz Kotarbiński: Serce wyjęte z organizmu ludzkiego i włożone do organizmu Washkansky'ego potem drugie serce — włożone w organizm Blaiberga — odegrały rolę kija wsadzonego w mrowisko. Koło tego faktu zrobił się nieprawdopodobnie rozległy i nieoczekiwany (przynajmniej dla mnie zupełnie nieoczekiwany) pod względem intensywności ruch. Poruszono masę rozmaitych kwestii, powstał wielki zgielek. Wysuwają się zagadnienia etyczne, prawnicze, czysto lekarskie. Wszystko tu zazębia się wzajemnie.

Dzisiaj mamy się zająć całą sprawą w aspekcie etycznym. Na ten temat bardzo dużo już mówiono i publikowano. Usiłowałem rozczytać się w opublikowanych wymianach zdań.

Zajrzałem przede wszystkim do „Argumentów”, do „Kultury”, do „Polityki”, do „Gazety Sądowo-Administracyjnej”, gdzie były umieszczone sprawozdania z rozmaitych na ten temat toczonych dyskusji. Oczywiście, źródeł mogłoby być jeszcze więcej, ale muszę powiedzieć, że nawet w tych źródłach widzi się, że argumentacja ciągle się powtarza. Nie można powiedzieć, żeby była ogromna masa myśli, które tu sobie ludzie wzajemnie komunikują, zwalczając się. To są raczej przeliczalne zbiory i powtarzające się argumenty.

Chciałbym po prostu uporządkować to, co tu jest i zakomunikować Państwu wyniki tego prowizorycznego uporządkowania.

Pierwsza sprawa — odbiegnijmy od serca, zajmijmy się nerką. Jak dowiaduję się z autorytatywnych źródeł, faktów przeszczepów nerki jest 1500. Co się tu dzieje ważnego z etycznego punktu widzenia? Ciekawe jest to, że w przypadkach przeszczepienia nerki częstokroć zdrowy całkowicie człowiek oddaje swoją nerkę innemu, na przykład matka córce oddaje nerkę. Wobec tego wyjmuje się nerkę z organizmu matki i daje się ją córce. Chodzi o to, że lekarz musi wyjąć tę nerkę z organizmu osoby, która ją ofiarowuje, żeby ją transplantować.

Co mówi przysięga Hipokratesowa? Że stosunek lekarza do pacjenta jest wyznaczony przede wszystkim i bezapelacyjnie przez dobro tego pacjenta. Czy można powiedzieć, że operacja wyjęcia nerki z organizmu matki, by ją przeszczepić córce, jest aktem opieki nad zdrowiem operowanej osoby, to znaczy tej matki, której się nerkę zabiera? Tu jest wielkie zagadnienie — zagadnienie niewątpliwie prawne i czysto techniczne, lekarskie i etyczne, jeżeli w ogóle uważać, że przysięga Hipokratesowa lekarza jest nie tylko aktem prawnym, zawodowym, ale jednocześnie aktem etycznym. Tu jest problem, tu jest bardzo ciekawy problem.

Teraz powrócę do serca. Z sercem tak nie jest. Nigdy nie ma tego (jak dotychczas, nic podobnego się nie działo), żeby była zawarta umowa z żywym człowiekiem, że mu się serce wyjmie i komuś innemu

odda i żeby lekarz miał obowiązek wydobywania serca z żywego człowieka dla przekazania komu innemu. To się nie zdarza. Dlatego przeszedłem na teren nerki, by mieć obraz tamtej sytuacji. Z sercem jest zasadniczo inna sprawa. Powstają zupełnie inne zagadnienia o charakterze etycznym. Mianowicie chodzi o to, że to serce ma być wydobyte ze zwłok w takim stanie narządu, żeby narząd ten mógł funkcjonować w innym organizmie. A więc nie można tego robić przez wyjęcie serca ze zwłok w stanie rozkładu, tylko trzeba to zrobić wtedy, kiedy jeszcze żyje serce. W krótkich słowach sformułuję to w ten sposób: kiedy człowiek już umarł, ale jego serce jeszcze żyje.

Teraz powstaje wielka kwestia etyczna — mianowicie okazja do nadużyć. Jakich? Jeżeli będzie zapotrzebowanie na serce, na przeniesienie go, powstanie chętką jakiegoś ułatwienia odbioru tego narządu ze zwłok, z których ma się go wydobyć. Chodzi więc o to, czy czasem nie może się zdarzyć i tak, że zechce się zabrać to serce z organizmu, który jeszcze mógł być uratowany jako całość. Kiedy czyta się sporo na ten temat, zauważa się pewne elementy uspokajające; mianowicie, że np. zdarzył się wypadek z człowiekiem, jakaś katastrofa samochodowa, człowiek jest zupełnie zmasakrowany, głowa rozbita całkowicie. Jeszcze paznokcie rosną, jeszcze włosy rosną, ale człowiek niewątpliwie umarł, nie ma zupełnie wątpliwości co do tego, że nie można przywrócić go do życia. W takim razie zarzut nadużycia z powodu umyślnego przyśpieszenia lub przedwczesnego zabrania narządu nie jest aktualny, ale to nie jest normalny przypadek. Bywają przecież zupełnie inne sytuacje; powstaje kwestia, kiedy uznać danego osobnika za umarłego w tym sensie, że można już śmiało od niego wziąć ten organ.

Tu oczywiście powstają zagadnienia prawne, których racjonalne rozwiązanie będzie zależało od zdania lekarzy. Między innymi dużo mają do powiedzenia na ten temat, co to znaczy, że człowiek umarł, co to znaczy „śmierć kliniczna”. Tego rodzaju pojęcia muszą wchodzić w grę. To są zagadnienia prawne lekarzy. Myślę, że etyczna kwestia tu jest jedyna, mianowicie perspektywa możliwych nadużyć z racji tego, że może być zapotrzebowanie na serce i że to zapotrzebowanie może tych, w których jest ono interesie, skłonić do tego, aby uznać zgon przedwcześnie, wtedy gdy ten, kto ma oddać serce w tym sensie żyje, że byłoby niegodziwością to życie skracać, skoro — znowu wracam do przysięgi lekarskiej — jest zadaniem lekarza naczelnym, aby utrzymać jak najdłużej życie pacjenta. To już jest druga sprawa etyczna.

Następna kwestia powstaje w związku z tym, kto ma prawo dysponować ciałem danego osobnika. To jest sprawa wyraźnie prawnicza, ale ze względu na to, że z ciałem człowieka łączą się rozmaite emocje, że to jest nieobojętna sprawa uczuciowa, ostatecznie powstaje kwestia na-

leżytego respektowania rozmaitych sublimowanych uczuć i stąd się bierze aspekt etyczny i tej całej sprawy.

Powstaje przy tym bardzo wyraźna kwestia możliwości, bardzo przykrego nadużycia, wyraźnie zabarwionego etycznie. Mianowicie, jeżeli staje się głośnym, że potrzeba serc do przeszczepu (a to samo może być aktualne w zastosowaniu nie tylko do serc, ale też jakichkolwiek narządów czy fragmentów ciała, jeżeli jest takie zapotrzebowanie), to może powstać coś w rodzaju giełdy na to, to znaczy, że będzie po prostu okazja do tego, że rozmaici ludzie, którym zależy na pieniądzach, gotowi będą w pewnym sensie sprzedawać fragmenty własnego ciała. W ten sposób powstałoby coś, co budzi niepokój u wielu osób, skrupułów o zabarwieniu wyraźnie etycznym. Ten kierunek nadużyć jest możliwy. Po prostu ten i ów może zgodziłby się na skrócenie własnego życia, ażeby mieć w zamian ekwiwalent w postaci życia swobodniejszego, w związku z opłatą, którą dostaliby przed tym. To są perspektywy może trochę fantastyczne, ale one bądź co bądź zarysowały się, więc nie można o nich nie wspomnieć.

Jeszcze jest coś, co ma znaczenie prawnicze, ale związane z pewnym wyczuciem, które może ostatecznie być zarejestrowane jako należące do skrupułów etycznych, chociaż w bardzo szerokim znaczeniu. To jest poczucie, że człowiek ma naturalne prawo do własnego ciała i że wszelkie rozporządzanie tym ciałem niezależnie od jego własnej woli jest już po prostu niesłusznym wchodzeniem w cudze prawa, nie w sensie prawa pozytywnego, ale w sensie uprawnienia moralnego.

Jeżeli tak, to cóż robić w wypadku, kiedy mamy do czynienia ze zwłokami, w których jest serce możliwe do transplantacji, ale ten osobnik za swojego życia nie był zapytywany, czy wolno, kiedy on umrze, jego serce zużytkować. Jeżeli nie był zapytywany, to suponuje się, że nie dał pozwolenia. Jeżeli się przyjmie, że o ciele własnym człowiek ma prawo decydować o jego losie po zgonie, to jeżeli on nie dał pozwolenia, to znaczy, że ustosunkował się do tego według panującego obyczaju, więc zwłoki powinny być pochowane i nie wolno ich ruszyć, bo to by było naruszenie prawa własności w odniesieniu do własnych zwłok.

Jeżeli się słyszy te argumenty, to trzeba powiedzieć, co się słyszy jako replikę. A słyszy się coś bardzo wyraźnego, mianowicie, że już dawno przyzwyczajono się w kręgu kulturalnym, w którym żyjemy, do tego, iż prawa do dysponowania własnym ciałem nie przyjmujemy w roli jakiegoś aksjomatu etycznego. Przeciwnie, np. dla celów użyteczności publicznej często zużytkowuje się ciało zmarłego człowieka zupełnie bez dyspozycji z jego strony i wbrew obyczajowemu obejściu się z tym ciałem, mianowicie np. robiąc różne sekcje, kiedy te sekcje

są potrzebne do pokazów w nauczaniu medycyny, albo w ogóle dla celów badań naukowych.

Następna wielka sprawa, koło której toczyły się — i toczą nadal — spory może najnamiętniejsze, zabarwione etycznie, to sprawa wpływania środkami chirurgicznymi na zmianę osobowości osobnika operowanego. A przecież liczne osoby operowane bywały już dotychczas nie-raz częściowo rekonstruowane przez wstawianie innych narządów lub tkanek (narząd to np. nerka, a tkanka — to np. pewne przeszczepy w związku z chirurgią okulistyczną). Chirurgiczne zabiegi przez wprowadzenie elementu obcego pochodzenia do ciała zdrowego pacjenta, elementu wyjątego z ciała innych osób, były praktykowane i to nie wywoływało dotychczas takich olbrzymich zaburzeń w reakcjach emocjonalnych na to. Dopiero gdy przyszło do serca, zaczęto bardzo się tym interesować. Powstają tu kwestie następujące:

1) Czy rzeczywiście przeszczepianie narządów lub tkanek lub transfuzja krwi, a w szczególności przeszczepianie serca — wpływają na zmianę osobowości? To są zagadnienia należące do sfery fizjologiczno-psychologicznej.

2) Jeżeli naprawdę w poszczególnych przypadkach, a zwłaszcza przy sercu, następuje taka zmiana, w takim razie czy jesteśmy uprawnieni do tego, żeby taką zmianę przedsięwziąć? Tu znów może być rozważana kwestia prawnicza i kwestia etyczna, jeżeli się przyjmie, że istnieje coś w rodzaju względu etycznego czy też etycznego zobowiązania wobec każdego z osobników istniejących, i że jemu należy się etycznie ochrona tożsamości, ochrona jego osobowości. Ten взгляд w dyskusjach jest traktowany tak, jakby był aksjomatyczny. Ale jest kwestia wielka z punktu widzenia etyki podstawowo rozważanej: czy tu w ogóle jest jakaś kwestia etyczna? Z osobowością łączy się status etyczny danego osobnika. Osobowość może być przerobiona z osobowości etycznie dodatkowo na osobowość etycznie ujemną. Ponieważ zmiana osobowości może ułatwiać lub utrudniać osobnikowi zajmowanie postawy etycznej, ponieważ ostatecznie powstaje tu kwestia odpowiedzialności etycznej za popełnione czyny, a u każdego człowieka te czyny zależne są od motywacji, a motywacja jest zależna od struktury osobowości, przeto nie można zaprzeczyć, że zagadnienie obawy o zmianę osobowości za pomocą zmian fizycznych, w poszczególnych przypadkach chirurgicznych, nie jest zagadnieniem pozornie tylko etycznym. To jest zagadnienie związane z etyką, ale dlatego warto mu się przyjrzeć nieco bliżej. Nie kwestionuje się w dyskusjach tego, że ochronę tożsamości osobowości odczuwamy jako pewne zobowiązanie etyczne. Dyskusja toczy się raczej koło spraw nie ściśle etycznych, lecz psychologiczno-fizjologicznych. A więc chodzi o to, czy napraw-

dę przy takich a takich zabiegach następuje jakaś zmiana osobowości? Wszystkie inne dotychczas znane przypadki ingerencji chirurgicznej nie są w tych dyskusjach podawane w wątpliwą. Tam właściwie poważniejszych, dających powód do dyskusji zmian osobowości nie widzimy. Dopiero w przypadku serca powstaje kwestia. Tu wchodzi w grę argumentacja natury częściowo fizjologicznej, a częściowo jakiejś aksjologicznej, pozaprzyrodniczej. Argumentacja przyrodnicza wygląda w ten sposób, że są zwolennicy poglądu, że nie tylko mózg jest jedynym narządem, który rozstrzyga o osobowości, lecz serce bierze udział w tym też, mianowicie przez to, że nie tylko pełni rolę pewnej pompy ssąco-tłoczącej do pilnowania czy też powodowania rytmicznego krążenia krwi, lecz że ma wpływ na tempo przemian w organizmie, że ze stanami serca są związane stany lękowe, a więc stany emocjonalne i że w ogóle serce ma znaczenie dla uczuciowości i wobec tego już tu — a nie dopiero wtedy, kiedy będzie się mówiło o stanach mózgu — następuje perspektywa ingerencji w życie osobowości przez przeszczepienie serca.

Tak wygląda to co najgłówniejsze. Poza tym są też argumenty, które mają charakter już nie przyrodniczy i tu właśnie przechodzimy do ostatniej grupy problemów etycznych. Mianowicie chodzi o stosunek uczuciowy do zwłok. Dyskusje ujawniły pewne rzeczy — dla mnie to jest niespodzianką — i uprzytomniłem sobie, jak głęboko tkwimy w rozmaitych emocjonalnych ustosunkowaniach wobec ciała człowieka zmarłego.

Istnieje niewątpliwie jakaś argumentacja o charakterze tradycjonalistyczno-religijnym. Do niej należy to, że zwłoki są kontynuacją ciała żywego. Ciało żywe jest narzędziem duszy. Dusza ma pewną wartość związaną z ocenami religijnymi, wobec tego należy się jakiś specjalny wzgląd temu ciału, które zostało po śmierci, wobec czego ono musi być przedmiotem zachowań się pełnych szacunku. Natomiast wszelkie takie zabiegi, jak wykrawanie kawałków, jak wstawianie ich gdzie indziej, wszelkie użytkowanie ciała dla celów utylitarnych, a nie po prostu jakieś zaopiekowanie się tym ciałem po śmierci z należytyym szacunkiem dla roli, o której była mowa, wszelkie takie coś jest pono bardzo nie na miejscu.

Ale tu działają nie tylko względy religijne, bo także u osób dalekich od religijnych dążności powstają sprzeciwy przeciwko traktowaniu ciała martwego, zwłok, w sposób utylitarny. Jeżeli odrzucimy wszelkie uzasadnienie religijne, to przecież dla nas tu wszystkich zgromadzonych jest jasne, że np. to co robili prześladowcy za czasów inwazji hitlerowskiej, gdy z fragmentów ciała, z włosów ofiar, robili jakieś przedmioty użytkowe lub w ogóle zużytkowywali zwłoki dla ce-

łów utylitarnych, że to wszystko jest odrażające i mówi się, że to co my robimy uprawiając przeszczepy, to jest właściwie w gruncie rzeczy to samo. Zamiast opiekować się ciałem umarłego jako przedmiotem pewnego szacunku, mającym znaczenie dla naszej emocjonalności (bo przecież lubimy ludzi, kochamy ludzi, nie tylko duszę, ale i ciało, więc powinniśmy się odpowiednio opiekować i szanować je), my utylitarnie traktujemy zwłoki, więc czym my się w zasadzie różnimy od ludożerców? Słyszysz się te słowa dokładnie powiedziane. Tu jest coś bardzo paradoksalnego, bo w przypadku ludożerstwa fragmenty ciała martwego zostają utylitarnie użytkowane w ten sposób, że ulegają zniszczeniu jako ciało. Tu mamy odwrotność. Serce, które przestało żyć, w dalszym ciągu zachowuje się przy życiu, tylko w innym osobniku. Mimo to ten przypadek podciąga się niesłusznie pod przypadek ludożerstwa. A poszło się już przecie dość daleko w kierunku użytkowania ciała na wielką skalę do celów utylitarnych, chociażby w drodze tych sekcji, przeciwko którym burzyły się kiedyś uczucia, jak burzą się u niektórych dziś przeciwko przeszczepom. Wiadomo, że sekcje były zakazane, uważane za świętokradztwo. To zdołaliśmy przezwyciężyć w sobie. Dlaczego nie mamy przezwyciężyć też i omawianego skrupułu? To chyba wszystko, co można było znaleźć w argumentacjach z etycznego punktu widzenia.

Jeszcze jest sprawa niebezpieczeństw, mianowicie dwóch rodzajów.

1) Jeżeli pójdziemy dalej, to powstanie kwestia przeszczepu mózgu. Jeżeli przeszczep mózgu, to przyswojenie, przeszczep osobowości. Do czego by wtedy doszło? Nikt tego jednak serio nie traktuje. Nie znam poważnej wypowiedzi, w której by perspektywa przeszczepu mózgu była uważana za coś naprawdę groźnego.

2) Natomiast co innego nasuwa się i to drugie ma charakter widoczny, naukowo uzasadniony, mianowicie kwestia możliwości wpływania środkami fizjologiczno-chemicznymi na kształtowanie się genów w zarodkach. Dziś biochemia już pokazała, w które miejsce należy uderzyć, aby wyrzucić taki wpływ na zarodek, żeby ten a ten osobnik nabrał innego charakteru niż by miał, gdyby tej interwencji nie dokonano. Można kształtować (i to z perspektywą dziedziczenia zmian) rozmaite istoty żywe w określonych kierunkach. Biologia zarysowała perspektywy kształtowania istot ludzkich według jakichś zamierzeń. Tu są naprawdę możliwości nadużyć, prowadzących do nie wiadomo jakich komplikacji społecznych. Wobec tego trzeba tu zapalić jakieś czerwone światło. Czy idąc po drodze takiego ingerowania w zachowanie się ciał ludzkich i konstrukcję tych ciał, nie posuwamy się w kierunku antyutopii, jakiegoś straszliwego stanu przyszłości? To jest wielka kwestia. Czy wobec tego nie byłoby lepiej powstrzymać całą naukę

biologii i całą naukę chirurgii, która prowadzi nas nie wiadomo dokąd? Ale nawet ci, którzy wyrażają podobne obawy jako możliwość fikcyjną, nie traktują tego całkiem poważnie, mianowicie godzą się na to, że nie pozostaje nam nic innego, jak poznawać wszelkie możliwości przemian i nie popełniać nadużyć.

Tu poszczególne kwestie mają charakter bądź prawny, bądź techniczny, bądź etyczny.

Myszę, że najważniejsze punkty ujawnione publicznie w dyskusjach są następujące:

1) Czy jest, czy nie jest zgodne z etyką zawodu lekarskiego dokonywanie na osobniku takich operacji, nawet za jego zgodą, które nie zdradzają troski o jego zdrowie lub istnienie, lecz np. mają charakter czysto eksperymentalny, czy też charakter jakiejś pomocy w świadczeniu tego osobnika na rzecz innego?

2) Czy nie należy zatroszczyć się o to, żeby przy przeszczepianiu narządów, a zwłaszcza przeszczepianiu serca, zapobiec nadużyciom w postaci przedwczesnego pobierania narządów z osobnika, który jeszcze nie całkowicie umarł?

3) Jak dalece z etycznego punktu widzenia mamy się kłepować postulatem, żeby każdy z nas dysponował w pełni przyszłością swego ciała, nawet po zgonie? Co tu jest ze skrupułu etycznego?

4) Kwestia ochrony osobowości, zatem kwestia — czy już w przypadku przeszczepów serca uzasadniona jest obawa o to, że osobowość będzie się zmieniała w jakiś sposób etycznie niewłaściwy?

5) Jak dalece można posunąć utylitarne użytkowanie zwłok, aby nie urazić w słuszny sposób tych rozmaitych względów etycznie zabarwionych, które przeciwstawiają się wszelkiemu utylitarneemu użytkowaniu ciała zmarłego i wszelkiemu obejściu się z tym ciałem inaczej niż z szacunkiem dla ciała jako pewnego reliktu związanego z osobowością człowieka, który umarł.

Po streszczeniu tego, co człowiek przeczytał i uporządkował sobie w głowie, niech mi będzie wolno wypowiedzieć własne mniemanie. Ja się tu etycznie nie boję na serio niczego w obecnej chwili.

Krótko mówiąc — uważam, że wchodzą tu w grę względy etyczne przesadnie przejawskrawione w dyskusji, albo wprost fikcyjne.

Powstają raczej zagadnienia prawne na wielką skalę, problemy regulowania stosunków w łączności z kompetencjami świata lekarskiego.

Trzeba znaleźć rozumny społecznie kompromis między względem na to, że należy się każdemu osobnikowi opieka nad jego zdrowiem, a względem na społeczne znaczenie np. działań zapobiegawczych, którym nieraz poddajemy osobnika wbrew jego życzeniu, znaczenie zabiegów lekarskich niekoniecznie dla niego pożytecznych, jak zapobiega-

nie szerzeniu się epidemii, trzeba znaleźć kompromis między względem na warunki zdrowia powszechnego a czyimś interesem osobniczym.

Tak samo musimy się niewątpliwie liczyć z tym skrupułem, jaki mają pewne osoby żywiące rozmaite poglądy religijne, albo z uczucio-wością osób, które będąc przywiązane do danej osoby widzą, że z jej reliktem fizycznym dzieje się coś w ich wycuciu niewłaściwego. Z tym trzeba się liczyć, ale nie traktować tego jako bezwzględniaka, lecz jako coś, co należy do wielkiego kompromisu społecznego, z którego postulatami musimy się liczyć i tego kompromisu rzetelnie przestrzegać.

Doc. Henryk Jankowski: Wysłuchałem z wielkim zainteresowaniem przemówienia prof. Tadeusza Kotarbińskiego. Chciałbym w związku z tym przemówieniem dokonać jednego zastrzeżenia. Mianowicie prof. Kotarbiński mówił o pewnych analogiach zachodzących między dokonywaniem przeszczepów a utylitarnym podejściem do zwłok ludzkich w okresie okupacji hitlerowskiej. Istotnie w owym okresie zdarzały się wypadki nieludzkiego podejścia do zwłok ludzkich, gdy np. ze skóry ludzkiej robiono abażury czy oprawy do albumu. W szerszej skali — jak wiadomo — usiłowano ze zwłok ludzkich produkować mydło. Jednakże, jak sądzę, dokonywanie porównań owych praktyk hitlerowskich z głęboko humanistyczną tendencją we współczesnej medycynie jest wysoce dla tej medycyny krzywdzące. Rzeczywiście motywy i intencje działań tego czy owego lekarza dokonującego przeszczepu mogą nie zawsze być zgodne ze szczytnymi ideałami deontologii lekarskiej. Ktoś więc może podejmować takie operacje dążąc do sławy, bogactwa, czy też dla czystej reklamy. Chciałbym jednak zauważyć, że takie intencje i motywy mogą przyświecać absolutnie wszelkim dziedzinom ludzkiej działalności. Możliwość taka nie powinna być podstawą podejrzliwości wobec lekarzy i przypisywania im niejako *a priori* intencji interesownych.

Problematyka transplantacji niewątpliwie stawia przed etyką szereg nowych i doniosłych problemów, którymi należy zająć się intensywnie, stosownie do wagi zagadnienia. Błędna jednak jest — jak sądzę — droga, która by polegała na skrupulatnym katalogowaniu ewentualnych niebezpieczeństw i możliwości nadużyć w tym zakresie. Możliwości takie, rzecz jasna, istnieją, lecz nie one stanowią sedno problematyki etycznej, związanej z transplantacją. Wydaje się, iż problematykę tę należy rozpatrywać różnie, w zależności od tego, czy mamy do czynienia z sytuacją, w której ktoś dobrowolnie zgadza się na przekazanie swego narządu wewnętrznego komuś innemu, czy też z sytuacją, w której decyzję w tym zakresie podejmuje grono lekarzy oraz rodzina dawcy. Pierwsza sytuacja ma miejsce wówczas, gdy chodzi

np. o przeszczep nerki, druga natomiast w wypadku transplantacji serca.

Jeżeli więc ktoś dobrowolnie, z motywacji emocjonalnej czy zasadniczej, ofiarowuje komuś swą nerkę, chcąc ratować jego zdrowie czy życie, to decyzja ta może być w moim przekonaniu poddana ocenie z punktu widzenia tradycyjnych, wypracowanych od wieków w toku rozwoju ludzkiej moralności standardów poświęcenia i bohaterstwa. Z moralnego punktu widzenia, z punktu widzenia etycznych wartości, nie ma zasadniczej różnicy między sytuacją, w której ktoś ryzykuje swym zdrowiem i życiem ratując kogoś w niebezpiecznej sytuacji a zgodą na dokonanie przeszczepu własnego narządu wewnętrznego. Niewątpliwie od strony medyczno-faktycznej jest to sytuacja całkowicie nowa. Od strony etycznej natomiast decyzje te dadzą się ująć w wysoko ocenianych kategoriach altruizmu, heroizmu i poświęcenia.

Gdy mamy natomiast do czynienia z sytuacją, w której „dawca” nie może z natury rzeczy podjąć decyzji, wówczas problem etyczny zaczyna przybierać inną postać. Mianowicie chodzi o to, o ile i z jakich racji grono ludzi kompetentnych może rozporządzać ciałem człowieka dla dobra innego człowieka. Poza tradycją związaną ściśle z wierzeniami religijnymi, jak sądzę, nie ma racjonalnych argumentów, które by mogły zakwestionować moralne prawo grona ludzi kompetentnych do podjęcia takiej decyzji.

W omawianej sytuacji ważny jest również aspekt prawny zagadnienia. Chodzi mianowicie o stworzenie takiego typu reglamentacji prawnej, który by w miarę możliwości eliminował wszelkiego typu niebezpieczeństwa, które ewentualnie mogłyby się ujawnić, która by gwarantowała, iż decyzje będą podejmowane zarówno w pełnej zgodności z zasadami sztuki medycznej, jak i z zasadami moralności.

I wreszcie na zakończenie chciałbym stwierdzić, iż problematyka transplantacji budzi tak wielkie zainteresowanie opinii społecznej ze względów zrozumiałych. Postępy medycyny zmieniają w sposób zasadniczy obraz świata ludzkiego, roztaczają przed ludźmi zarówno porywające perspektywy możliwości przemożnego wpływu medycyny na zdrowie i pomyślność ludzi, z drugiej wszakże strony ujawniają możliwości bardzo daleko idącej ingerencji lekarzy nie tylko w sprawy organizmu ludzkiego, lecz również w subtelne sprawy osobowości i charakteru człowieka.

Jednakże wydaje mi się, iż istnieje w tym zakresie rażąca dysproporcja. Dlaczego nie toczy się tak szerokich i namiętnych dyskusji na temat działalności fizyków i techników, którzy gromadzą i ciągle doskonalą broń masowej zagłady, która zagraża nie pojedynczym egzystencjom, lecz nawet egzystencji ludzkości traktowanej jako gatunek biolo-

giczny; natomiast „patrzy się na ręce” lekarzom, którzy eksperymentują w wypadkach indywidualnych doskonaląc sztukę medyczną, która z natury rzeczy ma służyć człowiekowi. Wydaje się, iż winno się okazywać więcej zaufania lekarzom i teoretykom medycyny, których sama istota zawodu determinuje do działań w pełni zgodnych z interesem ludzkości. Warto więc podejmować problematykę etyczną związaną z transplantacją, ale nie w ten sposób, by z góry kwestionować walor i sensowność wysiłków lekarzy zmierzających do wypracowania coraz to lepszych i skuteczniejszych metod terapeutycznych.

Prof. Tadeusz K o s z a r o w s k i: Osobiście dokonuję tylko przeszczepów z jednego miejsca ciała ludzkiego w drugie oraz przeszczepów tkanki zwierzęcej na ludzi. Ale nie jest to dziś przedmiotem rozważań.

Prof. Fritzhand wspomniał, że zasady etyczno-deontologiczne Polskiego Towarzystwa Lekarskiego, które staraliśmy się ułożyć, odbyły się bez udziału filozofów i etyków. Chciałbym sprostować, że w naszym gronie byli filozofowie i etycy.

Prof. Kotarbiński wysunął ważne zagadnienie zabiegów nielecniczych. Warto powiedzieć, że mają one swoje ujęcie w naszych zasadach etycznych. Czy wykonywanie zabiegów nielecniczych jest zgodne z etyką lekarską? Sprawa jest ważna i musi być również ujęta w ustawie o zawodzie lekarza. Oddawanie krwi drugiej osobie (zabieg dla dawcy nielecniczy) nie budzi dziś wątpliwości. Nawet sprzedawanie krwi jest prawnie usankcjonowane. Ma miejsce również sprzedawanie części swego ciała, np. peruki robione są z obcinanych włosów. Rozumiem, że ten przykład jest pewną karykaturą, ale jeżeli już generalizujemy, możemy też popaść w przesadę. Nasz zbiór zasad mówi: „Sposób postępowania lekarza nie może wpływać z innych motywów, jak tylko z chęci ulżenia choremu w cierpieniu i przywrócenia zdrowia. W szczególności nie może on wynikać z chęci zysku, zaspokojenia własnych ambicji itd.”

Właściwie nie przewiduje się tu żadnych zabiegów nielecniczych. Widzi się tylko chorego i jego dobro.

Zabieg nielecniczy nie jest objęty ogólnym zakazem etycznym w naszym zbiorze. Jeżeli chodzi o eksperyment leczniczy (przeszczep serca jest eksperymentem leczniczym i każda nowa metoda lecznicza musi przejść przez fazę eksperymentu na ludziach) — to zbiór mówi: „Lekarz powodujący stosowanie metody niewypróbowanej w praktyce (eksperyment leczniczy) musi powiadomić chorego o zamierzonym działaniu, jeżeli nie koliduje to z samą istotą eksperymentu. Eksperyment poprzedza szczegółowa dyskusja członków zespołu. Eksperyment nie może być na ludziach w żaden sposób wymuszony. Zgoda chorego lub opiekuna

nie zwalnia lekarza od obowiązku szczegółowego rozważenia ryzyka i oczekiwanych korzyści dla chorego. Eksperyment musi być natychmiast przerwany na życzenie chorego lub na skutek ujemnego działania na organizm lub na psychikę chorego". To są sformułowania ogólne, zabezpieczające prawa samego chorego.

Drastycznym elementem, który wywołał dyskusje i takie zaniepokojenie jest to, że chodzi o serce, przy czym bierze się pod uwagę nie tylko mechaniczną jego przydatność, ale i całą narosłą koło tego narządu uczuciową atmosferę z literatury, poezji, pojęć wszelkiego rodzaju. Poza tym łączy się to z nieuchronną śmiercią dawcy.

Sprawa mieści się całkowicie w naszych pojęciach etycznych, jeżeli założymy, że serce bierze się od dawcy, który już nie żyje, że wyjmuje się je ze zwłok. W ustalaniu pojęć etycznych musimy wyraźnie podkreślić, że serce jest wyjmowane ze zwłok. Nasze ustawodawstwo to przewiduje i nasza etyczna i prawna strona nie jest tu zagrożona, poza tym, że wyłania się czysto praktyczne pytanie: co to jest tkanka, a co jest narząd, jakie są jednoznaczne kryteria śmierci itp. Ta sprawa nie jest prosta i musimy jasno ująć ją w ustawie o zawodzie lekarza. Polskie Towarzystwo Lekarskie uczestniczy w przygotowaniu tej ustawy.

Wyjmowanie organów ze zwłok jest dawno znane i uprawiane (patroszenie zwłok w Egipcie, muzea anatomiczne, symboliczna czaszka w pokoju studenta) i nie budzi sprzeciwów w obecnym społeczeństwie, chociaż za czasów Michała Anioła było inaczej. Wydaje się natomiast, że jest inna poważna kwestia, to znaczy zagadnienie szacunku dla zwłok w ujęciu współczesnego człowieka. Myślę, że nie można tego pominąć. Pobieranie narządów, wykonywanie sekcji w szpitalach nie budzi zasadniczo sprzeciwu w obecnej społeczności, natomiast taki sprzeciw budziłoby zewnętrzne zniekształcenie zwłok. Mamy zamiar uchronić społeczeństwo od zniekształcania zwłok i wzbudzania uczuć żalu i urazy. Mam wrażenie natomiast, że w świecie współczesnym nikt chyba o usunięcie np. wyrostka robaczkowego specjalnie się nie martwi.

Jeżeli chodzi o utylizację zwłok — to natura robi to sama w sposób jak najdalej idący, po złożeniu ich do ziemi. Jeżeli więc zastanowimy się z przyrodniczego punktu widzenia nad tym tematem, traci on swoją drastyczność, jeżeli uszanowane są uczucia i pojęcia danej społeczności.

Szacunek do zwłok jest w naszym społeczeństwie bardzo zakorzeniony. W niektórych społeczeństwach mszczono się na wrogach przez znieważanie ich zwłok (przykłady w *Iliadzie*, *Antygonie*).

Sądzą, że zasadę szacunku dla zwłok musimy maksymalnie zabezpieczyć w rozsądnych granicach.

Ostatnia sprawa, to jest zmiana osobowości metodami chirurgicznymi. W medycynie jesteśmy przyzwyczajeni do tego, że natura robi to

z biegiem lat, że osobowość młodzieńca i starca u jednego człowieka są zupełnie różne. Różnego rodzaju operacje, a szczególnie na gruczołach wydzielania wewnętrznego, powodują zmianę osobowości. Przykładem może być kastracja. Jeżeli to jest podyktowane ochroną życia, jak to się dzieje np. w onkologii, to nie budzi to żadnych sprzeciwów etycznych.

Mamy czasem do czynienia z sytuacją kłopotliwą z punktu widzenia ludzkiego, gdy np. osobnik czuje się kobietą i będąc kobietą we wszystkich aspektach ma pewne anomalie zewnętrzne. Powstaje kwestia korekcji chirurgicznej u takiego osobnika. To jest decyzja chirurgicznego ustalenia osobowości. Są natomiast kobiety, które chcą być mężczyznami. Tu wiele chirurg nie może zdziałać. Zmiana osobowości w praktyce lekarskiej nie jest więc rzeczą nową i podlega ogólnym lekarskim zasadom etyczno-deontologicznym.

Zmiany osobowości mogą nastąpić również pod wpływem podawania np. hormonów (płciowych, tarczycy itp.). Te możliwości są wykorzystywane od dawna w medycynie i nie są to sprawy, które wynikły akurat dzisiaj z okazji przeszczepu serca.

Prof. Tadeusz Orłowski: Chciałbym parę słów powiedzieć na temat problemów, które stanęły przed nami wtedy, kiedy zaczynaliśmy przeszczepianie, gdyż mamy na te zagadnienia wyrobiony pogląd.

Po pierwsze — kwestia źródła przeszczepu. Z naszego punktu widzenia można mówić o przeszczepie pobranym od osoby żywej i ze zwłok. Profesor Koszarowski wyjaśnił, że nie wywoła zaburzeń osobowości fakt, że ktoś będzie miał przeszczepione serce, płuco, czy nerkę. Natomiast głównym problemem jest zagadnienie, czy wolno pobierać narządy od osoby zdrowej, czy też nie. Jak to się przedstawia w świetle przysięgi Hipokratesowej? Amerykańscy klinicyści uważają, że jeśli chodzi tu o kogoś bliskiego, o stosunek między matką, córką, dzieckiem, to może się okazać, że śmierć tego dziecka wobec świadomości, że można je było uratować, gdyby matka dała nerkę, jest większym wstrząsem psychicznym i gorzej się odbija na zdrowiu matki, niż wycięcie nerki, bez której może ona żyć. Do tej pory przeszczepiono ponad 1000 nerek pobranych od osób żywych i nie opisywano żadnych powikłań. Człowiek z jedną nerką może żyć.

Jeśli chodzi o nasze stanowisko, to my z profesorem Nielubowiczem nigdy nie proponujemy, aby ktoś oddał swą nerkę dla celów transplantacyjnych. Z naszej strony ta propozycja nigdy nie wychodzi, gdyż uważamy, że już sama propozycja oddania nerki stawia w przymusowej sytuacji potencjalnego dawcę. My unikamy tej sytuacji i nigdy sami nie wychodzimy z propozycją przeszczepu. Podczas gdy dziennikarze nadają tego rodzaju leczeniu rozgłos, jako nowej metodzie terapeutycznej, my

robimy wszystko, aby ludzi do niej zniechęcić. Zwracamy uwagę, że jest to metoda eksperymentalna, że absolutnie nie można gwarantować powodzenia. Wtedy 80% ludzi wycofuje się. Część ludzi jednak stwierdza, że osoba chorego jest dla nich tak droga, że chcą się dla niej poświęcić. Wtedy uważamy, że nie ma przeszkód z punktu widzenia prawnego i w świetle obowiązujących przepisów zabieg jest dopuszczalny.

Druga sprawa to transplantacja narządów ze zwłok. Serca nikt nie pobierze z żywego organizmu, a jedynie ze zwłok wtedy, kiedy wskutek zmian w centralnym układzie nerwowym człowiek nie jest zdolny do życia. My przeszczepianiem serca nie zajmujemy się, ograniczamy się tylko do nerek. Mamy jednak ten sam problem. Zdarza się często, że nerka umiera wcześniej niż człowiek. Konający, który może być dawcą, bywa lepiej załatwiany i żyje niekiedy dłużej niż przeciętny chory w szpitalu. Często zdarza się, że ustaje czynność nerki, a pacjenta przez kilkanaście godzin utrzymuje się przy życiu, już po śmierci klinicznej, by nie stanąć pod zarzutem, że pochopnie pobrano jego nerkę. Aby uchronić się od zarzutu, stosujemy tego rodzaju postępowanie: śmierć stwierdza nie lekarz zainteresowany, tzn. nie ten, który przygotowuje chorego do przeszczepienia, ani ten, który leczy chorego, ale trzech innych lekarzy, którzy nic wspólnego z przeszczepianiem nie mają. Ci lekarze są zapraszani na konsultację z innej kliniki. Dopiero po stwierdzeniu przez nich zgonu pobiera się nerkę. Złą stroną tego postępowania jest fakt, że często już nerka nie nadaje się do przeszczepu.

Naszym zdaniem najtrudniejszym problemem jest ustalenie, kiedy człowiek przestał żyć. Tu nie pomoże żadna formułka. Podobnie każdemu z nas trudno byłoby powiedzieć w tej chwili, gdzie się kończy roślina, a gdzie zaczyna zwierzę. Jednak w indywidualnych przypadkach, np. jeżeli ma miejsce uraz mózgu (najczęstsza przyczyna zgonu), nie ma wątpliwości.

Mrzonką jest ubranie w formę prawną momentu stwierdzenia zgonu z jednoczesnym zamiarem pobrania narządu dla przeszczepienia. Obecne metody stwierdzania zgonu są niedoskonałe. Nie ma oficjalnej recepty na stwierdzenie zgonu. Plamy opadowe występują w wiele godzin po śmierci. Ale jeżeli się komuś utnie głowę, to wówczas nikt nie ma wątpliwości co do tego, czy człowiek żyje, czy nie.

Trzeba mieć trochę zaufania do lekarzy, którzy stwierdzają zgon. Żeby nie było obaw co do tego, że ludzie z zespołu przeszczepiającego są emocjonalnie nastawieni i mogą za wcześnie stwierdzić zgon — stwierdzenia zgonu dokonują osoby, które nie są tym zabiegiem zainteresowane. Trzeba mieć do lekarza zaufanie. Dla lekarza nie ma różnicy w tym, czy on „wyciągnie” niesłuchanie ciężko chorego, który umiera, czy przeszczepi pobraną od niego nerkę lub serce innemu choremu.

Należy dążyć do unikania nadużyć, ale wydaje się, że tu nadużycia są trudniejsze niż gdzie indziej, gdyż w operacji przeszczepienia bierze udział kilkadziesiąt osób. Przy pierwszym przeszczepieniu serca brało udział 30 osób. W pobieraniu np. obu nerek brały udział trzy zespoły chirurgiczne. Nie ma mowy o takim nadużyciu, żeby dyktator kazał przeszczepić sobie serce, bo to jest zabieg bardzo ryzykowny.

Według obowiązujących przepisów każdy, kto umrze nagle, albo kto umiera w szpitalu jest poddany sekcji i wtedy narząd pobiera się zawsze, chociażby do badania histologicznego. Jest tylko kwestia, kiedy należy robić sekcję. W Stanach Zjednoczonych np. sekcję robi się natychmiast po zgonie, bo później zaczynają występować procesy gnilne.

Sprawa zmiany osobowości: po transplantacji mogą wystąpić pewne zmiany osobowości w tym sensie, że jeżeli ktoś był chory a wyzdrowieje, to osobowość takiego człowieka zmienia się. Nie widzimy żadnych zmian na niekorzyść wśród chorych, których obserwujemy, a którzy żyją już ponad dwa lata od operacji. Nikt nie robi awantur o to, że np. każdy skład apteczny zmienia osobowość, bo sprzedaje miltown.

Nie wiem, ile osób tu na sali zmienia osobowość przez branie środków psychotropowych. Myślę, że tu nie może być problemu. Jeżeli chodzi o przeszczepienie mózgu, będzie to zupełnie co innego, bo nie będziemy wiedzieli, kto jest dawcą, a kto jest biorcą. Dawcą mózgu musi być ciało. W najbliższych 100 latach chyba nam to nie grozi.

Chciałbym bardzo podziękować p. prof. Kotarbińskiemu. Pana artykuł niesłychanie nam pomógł. Jesteśmy pod ostrzałem. Nie można prawie pracować, ponieważ urywają się telefony. Wszyscy chcą wywiadów. Osobiście uważam, że to nie jest sprawa etyki, tylko sensacji. Przeszczepiano np. wątrobę, też narząd nieparzysty, a zabieg pod względem technicznym jest wielokrotnie trudniejszy niż transplantacja serca. Ale to nikogo nie obchodzi. To nie jest sensacja dla radia, a gazety również się tym nie interesują. Wierzyliśmy razem z prof. Niełubowiczem naiwnie, że za zainteresowaniem przyjdzie pomoc.

Prof. Marek Fritzhand: Całkowicie zgadzam się z prof. Kotarbińskim, gdy wysuwa postulat znalezienia rozsądnego kompromisu między wymaganiami moralnymi a wymaganiami postępu medycyny, który zmierza przeciw do niesienia ulgi dręczonej różnorodnymi chorobami ludzkości. Niemniej jednak wydaje mi się, że prof. Kotarbiński nie dość mocno podkreślił wagę etycznych aspektów zagadnienia, zbyt dużą rolę w jego rozstrzygnięciu przypisał lekarzom i prawnikom. Sądzę, że zagadnienie to jest bardziej skomplikowane i że aktywny udział filozofów, etyków i socjologów w jego rozważaniu jest bardziej nie-

zbędny, niż by to wynikało z zagajenia prof. Kotarbińskiego i wypowiedzi prof. Orłowskiego.

Prof. Orłowski zaleca nam zaufanie do lekarzy. Zupełnie słusznie. Jest to m.in. warunek ich dobrego samopoczucia i pobudka do ofiarnej a śmiałej pracy dla rozwoju medycyny. Nie wolno nam wszakże zapominać, że i lekarze są tylko ludźmi, że i zawód lekarza, nawet gdy jest pracownikiem naukowym, daje możliwość nadużyć świadomych lub nieświadomych. Są na przykład lekarze-pracownicy naukowci, których pasja eksperymentalna może łącznie spowodować decyzje sprzeczne z dyrektywami moralnymi zawartymi w przysiędze Hipokratesowej. A czy nadmierna ambicja i chęć zyskania rozgłosu nie może doprowadzić do takich decyzji? Z drugiej zaś strony, czy można wykluczyć ewentualność, iż lekarz-praktyk, pod którego bezpośrednią opieką znajduje się chory oczekujący na dokonanie przeszczepu, powodowany zrozumiałą sympatią do swego podopiecznego podejmie nazbyt pochopną decyzję w kwestii prawa do pobrania od innej osoby niezbędnego do transplantacji organu? Należy więc szerzyć zaufanie do lekarzy, nie tracąc wszakże z pola widzenia możliwości nadużyć. Społeczeństwo winno tej możliwości przeciwdziałać również przy pomocy pouczeń i sankcji moralnych.

Przed chwilą mówiłem o lekarzu, który mógłby zbyt pochopnie orzec, iż wolno już pobrać od dawcy potrzebny mu organ. Jeśli tym organem będzie serce, to orzeczenie to będzie dotyczyć śmierci dawcy. Kiedy mamy prawo orzec, iż dawca już zmarł — oto w tym kontekście problem najistotniejszy. I słusznie prof. Kotarbiński wysunął go na czoło swych deliberacji. Pogląd wszakże, iż definicja śmierci to jest sprawa tylko, czy przede wszystkim lekarzy i prawników — budzi we mnie najżywsze wątpliwości. Opinia lekarzy w sprawie tej definicji bez wątpienia ma nad wyraz doniosłe znaczenie i nie sposób z nią się jak najbardziej nie liczyć. Ale abstrahując już od tego, iż opinia ta nie może być nieuwarunkowana aktualnym stanem wiedzy i techniki medycznej — nie ludźmy się, że mamy tu do czynienia z czysto teoretyczną definicją, dyktowaną jedynie przez fakty. Wiadomo przecież, że nie ma jednej jedynej definicji śmierci, że można opowiedzieć się za definicją tradycyjną, fizjologiczną, ale że można również bronić definicji cytologicznej lub uważać, iż śmierć następuje w momencie, gdy zaszły nieodwracalne zmiany w centralnym systemie nerwowym.

Właśnie ta ostatnia definicja zyskała sobie obecnie największą popularność wypierając definicję tradycyjną i ona też, jak sądzę, jest dziś na tej sali — milcząco przynajmniej — akceptowana. Nie oponuję przeciwko tej definicji. Pragnę tylko podkreślić, że — w mym przekonaniu — żadne fakty, a w tym i dane medycyny, nie zmuszają nas

do akceptowania tej definicji. Upowszechnienie swe zawdzięcza ona w czasach współczesnych nie faktom, lecz potrzebom dalszego rozwoju medycyny. Jest to bowiem definicja podyktowana względami praktycznymi, definicja-przyzwolenie na pobieranie żywego jeszcze serca od dawcy w chwili, gdy nieodwracalnie znika działalność jego mózgu. Ta rzekomo teoretyczna definicja jest nie tylko w istocie definicją-przyzwoleniem. Jest to także niewątpliwie definicja wartościująca, zawierająca w sobie określoną ocenę. Zakłada ona, że życie ludzkie traci wszelką wartość, przestaje być właściwie życiem w ludzkim tego sensie słowa, gdy u człowieka bezpowrotnie giną funkcje świadomościowe. Etyk lub filozof nie może być obojętny wobec tego rodzaju definicji, które pozwalają na pobieranie żywego serca i zawierają określone, jakże ważne wartościowania. Jeśli etyk czy filozof będzie miał tu skrupuły lub wątpliwości, to nie popadnie w konflikt z faktami czy nauką, lecz z potrzebami rozwoju medycyny.

Definicja ta ma także ważne implikacje społeczno-moralne przekraczające granice wytyczone przez problematykę transplantacji żywych organów. Na przykład jej akceptacja nie może pozostać bez wpływu na kwestię eutanazji. Na mocy tej definicji, być może, mamy prawo w pewnych okolicznościach skrócić męki człowieka nieuleczalnie chorego na raka.

(Głos z sali: Nie!)

Jeśli bowiem człowiek nieuleczalnie chory na raka w ostatnich tygodniach swego życia nie przejawia już żadnych funkcji czy reakcji świadomościowych, gdy już przytomności nie można mu powrócić, to powstaje zagadnienie, czy na mocy omawianej definicji ma sens dalsze podtrzymywanie go przy życiu. Nie chcę tu w tej sprawie wypowiadać swego sądu, lecz to zagadnienie na pewno pozostaje w pewnym związku z tą definicją i — kto wie — czy praktycznie nie może ono być powiązane z interesującym nas tu zagadnieniem przeszczepów...

Osobiście mniemam, że proponowaną definicję śmierci w obecnym stanie wiedzy i techniki medycznej należy przyjąć. Ale twierdzę, że jej akceptacja jest aktem decyzji moralnej, usprawiedliwionej wymogami dalszego rozwoju medycyny, której powołaniem przecież jest służyć dobru ludzkiemu. Niemniej winno się postawić — na ile to tylko jest możliwe — społeczne, prawne i etyczne przegrody rodzącym się tu możliwościom nadużyć oraz co najmniej moralnie wątpliwych postępowań. Aby ukazać te wątpliwe moralnie postępowania, dość następującego przykładu: kilku chorym należy dla utrzymania ich przy życiu możliwie najszybciej przeszczepić nowe serce. A do dyspozycji jest tylko jedno serce, wśród chorych zaś znajduje się zwyczajny, przeciętny obywatel i osoba należąca do kierownictwa politycznego kraju,

lub zwykły szary człowiek i rokujący największe nadzieje naukowe geniusz. Wcale to nie proste wybory i bardzo łatwo urazić tu wrażliwość moralną społeczeństwa...

Jeśli sprawa transplantacji serca wywołała tak szeroki odzew społeczny, to — moim zdaniem — w bardzo dużej mierze właśnie na skutek moralnej wrażliwości społecznej, obawy, że pobieranie od dawcy żywego serca narusza pewne ważne dyrektywy moralne. Nie wolno nam pozostawiać społeczeństwa w rozterce, musimy skrupulatnie wyjaśnić, w imię jakich to wyższych racji decydujemy się na przeszczepy żywych ludzkich organów, a przede wszystkim serca. Sprawa moralnej wrażliwości społeczeństwa jest sprawą najwyższej wagi. Za nic nie wolno nam przytępiać tej wrażliwości. I lekarze, jak miemam, choć słusznie postępują tak jak postępują, powinni żywić jakiś niedosyt etyczny naruszając potoczne poczucia moralne, przeciwstawiając się m.in. traktowaniu ciała ludzkiego, jego żywych jeszcze organów, a zwłaszcza serca, jako tylko „materiału”, jako tylko środka do innych celów. To poczucie niedosytu etycznego winno skłaniać lekarzy do traktowania obecnego okresu, w którym musi się pobierać żywe serce od dawcy — jako okresu przejściowego, usprawiedliwionego jeno tym, że bez niego nie można by osiągnąć etapu, gdy tego rodzaju czynności staną się całkowicie zbędne. Etapu, w którym dawcami żywych organów, niezbędnych do przeszczepów będą zwierzęta lub — a to by było najlepsze także i moralnie wyjście — gdy zużyte organy będą zastępowane sztucznymi protezami. Ongiś do baśniowych rojeń należały podróże na księżyc — dziś stają się one wciąż bardziej zbliżającą się możliwością. Czyżby inaczej rzecz wyglądała w medycynie?

Wagi wrażliwości moralnej społeczeństwa nie musi się oceniać wyłącznie w kategoriach etycznych, można ją również oceniać i w kategoriach prakseologicznych i tu właśnie otwiera się wdzięczne pole badań dla socjologów. Myślę, że prof. Kotarbiński, z którego zasadniczymi intencjami się zgadzam, nie docenia jednak sprawy ludzkich skrupułów moralnych, gdy w grę wchodzi zwłoki. Nie są one dla zwykłych ludzi tylko rzeczą i to nie tylko wtedy, gdy idzie o ich własne zwłoki lub zwłoki ich bliskich. Uczestniczyłem w ostatniej wojnie i zdobyłem dzięki temu pewne doświadczenia, których niepodobna lekceważyć. Był czas mianowicie, gdy w wojsku dotkliwie dawał się we znaki brak mundurów, a zwłaszcza butów. Postanowiono w tej sytuacji chować zmarłych bez munduru i bez butów. Żołnierze potraktowali to jako profanację zwłok, jako naruszenie ludzkiej godności uczestników wojny i w efekcie ich wartość bojowa poważnie się zmniejszyła. Szybko czynniki nadrzędne musiały anulować tę niesłuszną także i prakseologicznie decyzję. A czy mało jest takich ludzi, którzy nie

mogą znieść myśli, że ich zwłoki będą ulegać powolnemu rozkładowi w ziemi i wybierają krematoria? Sądzę, że jeżeli będziemy obniżać wrażliwość ludzką na postępowanie ze zwłokami, to łącznie obniżymy tę wrażliwość i na postępowanie z żywymi ludźmi.

Pragnę tu dodać, że ostrą ujemną reakcję w pewnych kręgach opinii publicznej w Polsce na zabiegi transplantacyjne powoduje żywa jeszcze pamięć bezeceństw hitlerowskich lekarzy, dokonywanych m.in. w obozach koncentracyjnych. Trudno wymazać z ludzkiej pamięci np. pracownię doktora Mengele... Oczywiście, przeszczepy dokonywane współcześnie przez lekarzy nic a nic nie mają wspólnego z ohydłą praktyką doktorów hitlerowskich. Ale pojawiająca się w opinii moralnej społeczeństwa obawa przed powtórzeniem się podobnych praktyk trzeba szanować; opinia ta jest przecież m.in. wałem ochronnym przeciwko wszelkim nadużyciom w dziedzinie medycyny.

I wreszcie jeszcze jedna sprawa. Prof. Kotarbiński mówił o możliwości sprzedaży zwłok jeszcze za życia. Faktycznie już dziś wielu ludzi sprzedaje swą krew, powstają banki tkanek ludzkich, jutro będziemy zapewne mieli banki serc i w ogóle zwłok ludzkich. Jest w tym coś, co jednak mnie głęboko niepokoi. Idzie mi tu o fakt sprzedaży. Sprzedaż jest w tym wypadku na ogół kwestią nacisku, jakiejś presji wywołanej potrzebą, której nie można inaczej zaspokoić. A sprzedaje się swe własne ciało, własną krew, własne zwłoki. Być może, nie ma na to rady, jest to konieczność usprawiedliwiona potrzebami nie tylko i nie przede wszystkim sprzedawców, ile medycyny. Ale lepiej by było jej uniknąć, zwłaszcza w krajach socjalistycznych. Jeśli już niezbędne są takie banki, to czy nie można by wykluczyć tu aktu sprzedaży? W moim odczuciu narusza on godność człowieka. Sądzę, że z etycznego punktu widzenia znacznie słuszniejsze byłoby podjęcie wielkiej akcji propagandowej, której zadaniem by było skłanianie ludzi do ofiarowywania swych zwłok dla celów użytecznych. Rzecz by straciła wtedy swój odrażający dla niejednego charakter związany właśnie ze sprzedażą. Z drugiej zaś strony akcja taka przyczyniłaby się do szerzenia altruizmu społecznego, pragnienia pomagania ludziom w ich nieszczęściu nawet po swej śmierci. Oddawanie swych zwłok dla potrzeb medycyny przekształciłoby się z aktu sprzedaży w akt ofiarności społecznej.

Doc. Mieczysław Michalik: Widzę cztery grupy zagadnień związanych z etyczną problematyką transplantacji serca.

Pierwsza z nich to grupa zagadnień dotyczących moralnych uprawnień lekarza do dokonywania zabiegu przeszczepu serca na biorcy; grupa druga dotyczy moralnych uprawnień do pobierania serca, a więc

stosunku do zwłok, zasad ustalenia zgonu lub możliwości pobrania serca itp.; trzecia grupa tych zagadnień dotyczy skutków społecznych transplantacji, wpływu tych zabiegów na charakter stosunków między ludźmi; wreszcie grupa czwarta dotyczy bezpośrednich skutków, jakie mają zająć u biorcy w sferze jego osobowości.

Niektóre z tych zagadnień są pozorne i nie wymagają specjalnej interwencji moralnej, inne natomiast są autentyczne i etyka współcześnie nie może przejść obok nich obojętnie.

Do pozornych zaliczyłbym zagadnienia wymienione tu na miejscu pierwszym i czwartym. Są one pozorne w tym sensie, iż nie dotyczą jedynie transplantacji serca, nie są swoiste dla tych czynności, wiążą się natomiast ze znaną dotychczas praktyką medyczną. Sprawa moralnych uprawnień lekarza do transplantacji serca jest bowiem, jak się wydaje, przede wszystkim sprawą ryzyka dla biorcy; sprawą ustalenia, czy zabieg ten jest niezbędny dla ratowania jego życia oraz czy życie to nie zostanie skrócone przez ów zabieg. Ale taki sam problem powstaje przy każdym w zasadzie poważniejszym zabiegu chirurgicznym, wiążącym się nie tylko przez możliwość nieprzewidzianych przypadków z ryzykiem dla życia, a zarazem ryzykiem niezbędnym dla jego ratowania. Sprawa ta jednak została już chyba przesądzona w ten sposób, iż decyzję pozostawia się tu lekarzowi, uzależniając ją od jego kompetencji zawodowych i środków technicznych, którymi dysponuje, wiążąc ją z jego poczuciem odpowiedzialności za trafność diagnozy itp. Takie samo rozwiązanie należałoby przyjąć i w odniesieniu do interesującego nas zabiegu.

Sprawa czwarta dotycząca osobowości biorcy, może być uznana z jednej strony za sprawę całkowicie rozstrzygalną na drodze empirii, która może dostarczyć danych, czy rzeczywiście przeszczep serca powoduje zmiany osobowości, z drugiej zaś strony za sprawę również nie pojawiającą się wyłącznie w związku z transplantacją serca. Wszak nie mniej istotna może tu być kwestia wszczepiania człowiekowi na przykład zastawek cielęcych czy innych części zwierzęcych, wszczepianie urządzeń mechanicznych itp., jeśli dowiedzione zostanie, że wywołuje to skutki w postaci zmian osobowości. Problem zmiany osobowości wykracza zresztą, jak już w dyskusji wskazywano, poza sferę działalności medycznej i jej skutków.

Zagadnienia wymienione na drugim i trzecim miejscu są natomiast, jak się wydaje, w pełni realne i zarazem swoiste dla nowego rodzaju terapii medycznej — transplantacji serca. Pobranie serca wiąże się bowiem m.in. nieuchronnie ze śmiercią dawcy, co może też mieć wpływ na stosunki między ludźmi i uznawane przez nich wartości. Jakież za-

gadnienia i uprawnienia ma tutaj etyka, na czym polegać może jej interwencja lub pomoc dla praktyki medycznej?

Sytuacja etyki jest tu inna niż na przykład wówczas, gdy rozpatruje ona moralną zasadność eutanazji, eksperymentów lekarskich dla celów politycznych (obozy faszystowskie), czy kary śmierci. W tych przypadkach oceny etyczne mogą mieć charakter arbitralny, to znaczy mogą jednoznacznie odrzucać lub aprobować którąś z tych praktyk, ściśle wyodrębnionych i określonych.

Nie sposób natomiast wyodrębnić transplantację serca ze znacznie szerszego zespołu praktyk lekarskich. Nie można też sformułować arbitralnej, aprobującej lub dezaprobującej oceny transplantacji. Ocena ta występuje w kontekście szerszych rozwiązań moralnych, aprobujących na przykład zasadę zabiegów chirurgicznych w ogóle, jest konsekwentnym przedłużeniem tych rozwiązań. Jeśli człowiek kiedyś wyraził moralną zgodę na te zabiegi, na przeszczepy nerek itp., to powinien wyrazić również i zgodę na transplantację serca w imię tej samej wartości, jaką jest ratowanie życia ludzkiego.

Zamiast więc poszukiwać arbitralnych rozwiązań problemu transplantacji etyka może tu zrobić coś innego. Może ona artykułować wszelkie kwestie moralne wiążące się z tym zabiegiem, zwłaszcza zaś towarzyszące mu nowe konflikty moralne. Konfliktowa może się np. okazać kwestia wyboru biorcy w sytuacji, w której jest więcej biorców niż tragicznych dawców, kwestia wyboru między ewentualnymi skutkami społecznymi transplantacji a zasadą ratowania życia itp. Etyka może zatem te konflikty charakteryzować i uprzedzać, może proponować pewne zasady, które mogłyby w jakimś stopniu przeciwdziałać ewentualnym nadużyciom czy znieczuleniu. Może więc pobudzać wrażliwość moralną w związku z szeregiem problemów z dziedziny transplantacji, eksponować zasadę odpowiedzialności moralnej za sposób rozwiązywania owych konfliktów, wzmacniać poczucie tej odpowiedzialności.

Na tym może polegać zadanie etyki i jej realna funkcja w warunkach, w których zjawia się — w związku z rozwojem nauki i techniki — nowy problem społeczny, jakim jest problem transplantacji.

Prof. Jan N i e l u b o w i c z: Należę do tej grupy lekarzy, która w Warszawie zajmuje się przeszczepianiem nerek i sprawa etyki tego zabiegu interesuje mnie szczególnie. Stanowisko moje jest takie same, jak prof. Orłowskiego, z którym współpracujemy w tym zakresie. Robimy to i uznajemy to za etyczne.

Z przyjemnością wysłuchałem pięknego referatu prof. Kotarbińskiego i widzę, że nie ma różnicy pomiędzy tym co powiedział prof. Ko-

tarbiński a tym co ja czuję. Jestem wprawdzie zażenowany znalazłszy się w gronie tak wybitnych humanistów, niemniej muszę powiedzieć, że liczne sprawy, które Państwo przedstawili jako problemy, wydają mi się proste. Zasadnicza sprawa, czy przeszczepianie jest etyczne czy też nie jest, czy można czy nie można tego robić, została wyjaśniona. Większość osób obecnych powiedziała, że jest to postępowanie zgodne z etyką. Cieszę się z tego, bo takie jest też i moje stanowisko. Dla mnie osobiście istnieją inne wątpliwości i trudności, które są raczej na pograniczu prawa i etyki. Myślę przede wszystkim o warunkach, na podstawie których stwierdza się zgon i o prawie pobrania nerki od żywego dawcy.

Mówiono tutaj o przeszczepach mózgu na tej samej płaszczyźnie, co o przeszczepach nerek. Była mowa o banku serc, tak jak o banku kostnym.

Dla nas obie te rzeczy są sprawą jeszcze odległą. Nie będę mówić, dlaczego przeszczep mózgu i bank serc jest sprawą odległą. My patrzymy na te sprawy mniej filozoficznie, za to bardziej utylitarnie. Przeszczep tkanki nerwowej jest bardzo trudny.

Przy przeszczepie od ludzi żywych istnieje problem uszkodzenia ciała drugiego osobnika. W przypadku nerki oblicza się, że szanse śmierci z powodu ofiarowania nerki (zwykle jest to matka) wynoszą 0,05%. Jest to mniej więcej takie ryzyko, przed jakim staje każdy z nas, kto dojeżdża do pracy samochodem codziennie na przestrzeni 20 km.

Pobieranie przeszczepów od żywych dawców było dla mnie bardzo trudnym momentem psychologicznym. Wątpliwości moje usunęło dopiero uświadomienie sobie, że ofiarowanie nerki można porównać do innych czynów uważanych za szlachetne. Na przykład w społeczeństwie nie tylko nie jest zabronione, ale uważane za bohaterstwo, gdy ktoś rzuca się do rzeki, ratując tonące dziecko, gdy wysięje jad z rany pogryzionego przez żmiję, albo rzuca się do płonącego domu i wyciąga paralityka czy chorego.

Przy pobieraniu przeszczepów ze zwłok problemem zasadniczym jest problem praktyczno-prawny, to znaczy — kiedy człowiek umiera. Trudno na to pytanie odpowiedzieć. Odbyłem dłuższą rozmowę z prof. Jusową, która jest wielkim specjalistą encefalografii na temat — czy na podstawie encefalogramu można rozpoznać śmierć. Okazało się, że kiedy krzywa jest płaska nie znaczy to, że człowiek umarł. Po 6 godzinach od chwili rozpoznania śmierci klinicznej mogą wystąpić dwa, trzy lub cztery wychylenia elektroencefalograficzne, które wprawdzie giną potem, ale czy takiego człowieka w chwili pojawienia się kilku fal można uważać za martwego? Dla przykładu chcę przypomnieć,

że prowadząc badania nad prądem czynnościowym jelit zwierząt (elektroenterografia) zauważyliśmy, że w 45 minut po śmierci klinicznej zwierzęcia elektroenterograf wykazał w jelitach te same zapisy, co za życia.

Muszą być przepisy, które te rzeczy ustalają, ale trzeba mieć trochę zaufania do lekarzy. Aby być wolnym od wpływów emocjonalnych, lekarze dokonujący przeszczepienia nie biorą nigdy udziału w konsylium stwierdzającym zgon.

Moment pobrania nerki ze zwłok był i jest dla mnie zawsze bardzo trudny. Ja nawet w każdym przypadku otwierałem klatkę piersiową i robiłem masaż serca, aby być pewnym, że w chwili pobrania nerki człowiek jest martwy. Teraz tego nie robię.

Myślę, że w chirurgii przeszczepiania serca jesteśmy na etapie podobnym, jak kiedyś w chirurgii naczyń, która się zaczęła od przeszczepów tętnic pobieranych ze zwłok. Dziś nikt tego nie robi, wszyscy używają sztucznych protez. Jestem przekonany, że w tym kierunku rozwinię się też transplantacja serca.

Jestem zadowolony, że nie ma między nami zasadniczych różnic. Jeżeli chodzi o sprawę zmiany osobowości, to powiem, że ta zmiana w bardzo dużym stopniu zależy nie tylko od serca i od nerki, ale i od innych organów — od mózgu, nadnerczy, tarczycy, gonad. To wszystko razem zależy od ilości krwi, która wpływa do tych narządów. Mówi się często: „Pokaż mi swoje naczynia — powiem ci, ile masz lat i jak długo żyć będziesz”. Od ilości krwi wpływającej do mózgu zależy np. zmiana osobowości miażdżycowej. Zmiany osobowości po przeszczepie nie należy się spodziewać. Praktycznie taka ewentualność dziś nie istnieje.

Prof. Ksawery R o w i ń s k i: Dzisiejsze nasze spotkanie jest przez nas niezwykle wysoko cenione. Uczestniczyłem w roku 1966 w dwóch kongresach dotyczących etyki lekarskiej — w Berlinie Wschodnim i w Paryżu. W Berlinie zgromadzono wielu prawników i lekarzy. W Paryżu zgromadzono wielu prawników, lekarzy i filozofów, a podsumowywał tam obrady filozof i to niezwykle interesująco.

Mnie się wydaje — i temu dałem już raz wyraz — że prawnicy ujmują w normy zjawiska społeczne, które się ustabilizowały, natomiast nie są w stanie unormować prawnie tych zjawisk, które znajdują się dopiero w stadium eksperymentu. Dlatego właśnie dyskusja i konfrontacja pewnych spraw z etykami i filozofami jest dla nas tak bardzo ważna, bo nie mamy jeszcze oparcia w prawnikach. Prawnicy mówią wyraźnie: „Idziemy wam na rękę” — to znaczy „tak długo patrzmy spokojnie, jak długo nie widzimy niebezpieczeństwa społecz-

nego". Tak to zostało wyraźnie określone przez jednego z sędziów, który zabrał głos w tej sprawie. Posuwamy się tak szalenie szybko w dziedzinie nauki, że stajemy wobec całkowicie niebytych sytuacji. Przeszczepianie serc jest taką niebyłą sytuacją. Ale ten rozwój nauki idzie już od dawna. Rostand, który napisał swoje *Pensées des biologistes*, mówi: „Nauka dała nam moc bogów, a niejednokrotnie nie dorosiliśmy do mocy ludzi”.

Z drugiej strony chciałbym przypomnieć, że kiedy wprowadzono szczepienie przeciw ospie, a było to w końcu XVIII wieku, Kant, który byłby prawdopodobnie dziś laureatem nagrody Nobla, oświadczył, że to było zbydlęcanie ludzi. Kiedy Pasteur uratował pierwszego chorego na wściekliznę, podniosły się głosy alarmu: Co z tego będzie? Jakie będzie następstwo tego lekkomyślnego postępowania? Kiedy wprowadzono szczepienia przeciwgruźlicze (pamiętamy to), podniósł się kolosalny krzyk, że przeprowadza się doświadczenia na naszych dzieciach. A teraz możemy powiedzieć, że dzięki szczepieniom BCG mamy w Polsce coraz mniej gruźlicy dziecięcej.

Duże wątpliwości budziła w naszej dyskusji sprawa śmierci. Prof. Koszarowski powiedział (w czasie przerwy), że zastanawiamy się nad śmiercią, a nie zastanawiamy się nad początkiem życia.

To są problemy nie tylko biologiczne, bo jeżeli nawet staniemy na pozycji czysto biologicznej — to czy płód, od momentu połączenia się dwóch komórek uważany przez biologów jako żyjący, możemy traktować jako życie ludzkie? Nam się wydaje, że nie. Nie będę tego rozwijał.

Pan Profesor Kotarbiński poruszył sprawę życia komórki i życia ustroju ludzkiego. Ustrój ludzki żyje tak długo, jak długo żyje życiem ludzkim. Kiedy przestaje żyć życiem ludzkim, a żyje życiem roślinnym, przestaje być człowiekiem żywym.

Pan Profesor wspomniał o komórkach. Przecież komórki możemy pobrać ze zwłok i hodować w hodowli tkanek. One przeżyją tego człowieka, który mogłyby żyć 120 lat. Tu są pewne rozróżnienia, o których musimy pamiętać.

Panowie powiedzieli, że trzeba ustalić prawnie moment śmierci. On będzie na pewno ustalony, ale ustalenie będzie (proszę mi wierzyć) pewnym kompromisem. Można powiedzieć, że krzywa encefalograficzna powinna być bez jakichkolwiek wychyleń, że to świadczy o śmierci. Jedni mówią, że powinno to mieć miejsce przez 3 minuty, inni, że przez 5 minut, inni, że przez godzinę i stwierdzają, że nawet po kilku godzinach mogą jeszcze pojawiać się wychylenia. Barnard stwierdził śmierć wypadkową, nie budzącą wątpliwości. Badał elektrokardiologicznie i nie miał najmniejszego wychylenia z serca zwłok, z których pobrał to serce.

Chcę poruszyć problem, który poruszyła prasa i nie ilustrowała przykładem, sprawę ewentualnych nadużyć. Ja zacytuję dwa przykłady. W roku 1932 głośna była sprawa operacji typu Woronowa, kiedy przeszczepiano jądra z małp. Jakiś stary człowiek wystąpił z żądaniem, aby mu przeszczepiono jedno jądro młodzieńca, który wyraził na to zgodę. Sprawa ta we Włoszech była ostro napiętnowana przez trybunał. Czytałem także wypowiedź chirurga francuskiego, który informował, że zgłosiła się do niego kobieta, która powiedziała: „Panie Profesorze, przeprowadziłam kobietę, która zgodziła się oddać jajnik i proszę mi go przeszczepić.” Chirurg wyrzucił je za drzwi. Jednak Pan Profesor ma rację, że takie rzeczy, niestety, się zdarzają. Nad tym nie będziemy przechodzić do porządku dziennego. Przy transplantacji zatrudniony jest cały zespół ludzi: lekarzy, pielęgniarek itd., w obliczu których tego rodzaju sprawy nie mogą zaistnieć.

Już o tym mówiłem i jeszcze raz powtarzam, że uważam spopielenie zwłok w tej chwili, kiedy jest możliwość przeszczepu, za marnotrawstwo, ale obecnie chcę skorygować to, co powiedziałem. Można spopielać zwłoki i należy, ale po pobraniu tych narządów, które mogą się przydać do ratowania drugiego człowieka.

Jeżeli chodzi o przeszczepy serca, to mam tutaj książkę, która referuje symposium na temat etyki lekarskiej [*Ethics in Medical Progress: with Special Reference to Transplantation*, eds. G. E. W. Wolstenholme, M. O'Connor, London 1966; przyp. red.]. Odbyło się ono w Londynie wiosną 1966 roku. Najwybitniejszy w owym czasie z transplantologów, Murray z Bostonu, mówił wtedy, że jesteśmy gotowi do przeszczepiania płuc, wątroby, serca. A więc miało to miejsce na półtora roku przed faktycznym wykonaniem przeszczepu serca. Powiedział on, że jeśli porównamy nerkę, wątrobę, płuca i serce, to serce będzie z tych wszystkich narządów najłatwiejsze z punktu widzenia immunologicznego do przeszczepiania, bo serce nie składa się z wielu listków zarodkowych jak wątroba czy nerka, tylko w zasadzie mamy do czynienia z mięśniami. Na wiosnę w 1966 roku na Kongresie Etyki Lekarskiej w Paryżu poruszano również to zagadnienie i nikt protestu tam wtedy nie zgłosił.

Jeżeli chodzi o protezy, to jest to kwestia czasu. Wielu z nas obecnych na sali nosi protezy zębowe i nikomu do głowy nie przychodzi, że to jest coś nieetycznego. Są już w użyciu protezy ramion, nóg. Dziś robimy protezy elektroniczne i uważamy to za jak najbardziej pożyteczne. Mamy już protezy wszczepiane do ciała — *pace-makers* (rozzruszniki) — które pobudzają akcję serca i człowiek tak długo żyje, jak długo ten *pace-maker* działa. Jeżeli ustanie jego działanie i nie wymieni się go zawczasu, to chory umiera. Wprowadzając *pace-maker* do ustroju dajemy więc choremu „urlop od śmierci”. Nie ma postępu medycyny bez

eksperymentu. Niestety, w ostatecznej swej fazie eksperyment musi odbyć się na człowieku. Oczywiście jest w przepisach deontologicznych powiedziane: „Czy gotowy jesteś sam poddać się eksperymentowi?”. Słynna jest historia Petenhofera, który połknął zarazki cholery i nie zachorował. Forsmann wprowadził cewnik do żyły i zcewnikował serce sam sobie, aby sprawdzić, czy zcewnikowanie serca jest możliwe. To było w 1929 roku. Ten sam Forsmann, który został laureatem nagrody Nobla, wypowiedział się przeciwko przeszczepianiu serca. Prawdopodobnie nastąpiła u niego zmiana osobowości. „Le Monde” podaje, że w Académie des Sciences Morales et Politiques w Paryżu była dyskusja o przeszczepach serca. Nie było głosów sprzeciwiających się. Wprost przeciwnie, wszyscy obecni na sali powiedzieli, że to jest słuszne, że bez tego nie byłoby postępu w medycynie, na którym nam bardzo zależy.

Prof. Józef Keller: Zarzuty wysuwane z różnych stron przeciwko przeszczepianiu serca posiadają odmienny charakter i znaczenie, aniżeli ewentualne zastrzeżenia podnoszone przeciwko wszelkim innym praktykom chirurgicznym. Jakie jest źródło tych zarzutów? Źródłem tych jest oczywiście wiele. Pragnę w tej chwili zwrócić uwagę na to źródło, które, jak sądzę, odgrywa pierwszorzędną rolę w toczonych wokół tej problematyki dyskusjach, to jest na wierzenia religijne.

Historyk religii bez trudu dostrzega odmienny stosunek wielu religii do serca, aniżeli do innych części organizmu ludzkiego. Wprawdzie w różnych dawnych i współczesnych religiach widzimy na pierwszym planie rozmaite elementy organizmu zwierzęcego i ludzkiego, ale najbardziej poczesne miejsce w przeważającej ilości religii zyskiwało sobie serce i krew. Krew występuje jako siła życiodajna i symbol duszy. Krwią składanych na ofiarę zwierząt, a nawet ludzi, pokrapiano uczestników uroczystości religijnych, bo uznawano ją za czynnik oczyszczający od zmyły i winy. W bezpośrednim związku z krwią pozostawało serce, które traktowano nie tylko jako organ istotny dla życia cielesnego, ale również jako czynnik jednoczący człowieka z bóstwem. Łączność z bóstwem miała się dokonywać przede wszystkim za pośrednictwem serca. W ten sposób serce stawało się symbolem religijnym tak ważnym, że nie dorównywały mu inne symbole — części organizmu zwierzęcego i ludzkiego, z głową włącznie.

W Starym Testamencie np. symbolika serca została szczególnie rozwinięta i uwydatniona. Serce jest wymienione w tych księgach ponad 300 razy w rozmaitych kontekstach. Fakt ten jest szczególnie uderzający na tle prawie całkowitego pomijania tak ważnego dla życia organu jak głowa i cały układ nerwowy. Obok symbolu serca występuje tam czasem symbol nerki, jak to ma miejsce np. w Psalmie XXIV, gdzie jest mowa

o Bogu, który „bada serce i nerki człowieka” („scrutans corda et renes Deus”). Serce w Starym Testamencie występuje w poczwórnym znaczeniu: a) jako czynnik decydujący o stosunku człowieka do Boga i spraw religijnych w ogóle; b) jako wyraz mądrości człowieka — serce pełni funkcje rozumu; c) jako siedlisko dobra i zła moralnego — od stanu serca ludzkiego zależy moralna wartość człowieka; d) jako siedlisko mocy i siły — serce decyduje o odwadze, gorliwości i poświęceniu się dla wyznawanych poglądów.

Symbolika i kult serca ze Starego Testamentu zostały przeszczepione do chrześcijaństwa, a zwłaszcza do katolicyzmu. Żaden inny organ nie odgrywa nawet w części takiej roli w katolickim kulcie jak serce. Wystarczy wspomnieć o specjalnych świątach ku czci serca Jezusa czy Marii, o rozmaitych modlitwach, zwłaszcza litaniach do serca Boga i wymienionych osób. Serce występuje w religii katolickiej jako symbol najistotniejszych wartości religijno-moralnych. Uznano je za źródło uczuć i siedlisko wielu cnót, szczególnie cnoty najwyższej, to jest miłości, a następnie miłosierdzia, litości, poświęcenia się — jednym słowem wszystkiego co dobre i szlachetne. Rozum, według tej teorii, jest zimny i wyrachowany, sprawiedliwy i ostrożny, serce zaś jest czułe, wspaniałomyślne i delikatne.

Można chyba przyjąć, że symbolika serca w naszej kulturze wywodzi się ze źródła religijnego, że z tego źródła przeszła do sztuki, literatury, traktatów moralno-obyczajowych itd. Mickiewiczowskie „Miej serce i patrz w serce”, podobnie jak pospolicie używane aforyzmy i życzenia, w których występuje słowo „serdeczność”, oraz pejoratywne określenie „ludzi bez serca” — widzą w sercu symbol uczuć miękkich i dobrych, czego źródła można się doszukiwać również w tradycji filozoficzno-religijnej jeszcze z epoki starożytnej.

To jest, jak sądzę, jedno z głównych źródeł zarzutów podnoszonych obecnie przeciwko praktyce chirurgicznej przeszczepiania serca ludziom. Z tego źródła wywodzi się przede wszystkim wątpliwość, czy człowiek, któremu przeszczepiono obce serce, jest jeszcze tym samym człowiekiem, jakim był poprzednio, czy jego osobowość nie została istotnie zmieniona. Dyskusje w gronie etyków na ten temat powinny, moim zdaniem, zmierzać do likwidowania w świadomości ludzi przesądów wynikających z wierzeń religijnych, jakoby serce było najistotniejszym i najważniejszym organem w człowieku.

Doc. Adam Podgórecki: Chciałbym tylko dodać jedną uwagę na temat źródła oporów przeciw przeszczepom.

Rozwój medycyny jest społecznie korzystny i należałoby go popierać. Skąd rodzą się opory, które dotyczą tej sprawy? Ja bym to wiązał

z zagadnieniami osobowości. Nie wdając się w skomplikowane rozważania — co to jest osobowość — można powiedzieć, że np. geniusz naukowy ma pewną osobowość, on wyciska pewne piętno na tym, co się stało w świecie i w myśli naukowej. Natomiast przeciętny człowiek może się lękać, iż nie ma swoistej osobowości. To może być zbiór stereotypów, poglądów, postaw. To może być sztuczny zlepek. Co człowieka wiąże przede wszystkim w pewną całość? — Ciało. Między osobowością i ciałem jest pewna zależność. Dlatego człowiek jest przede wszystkim przywiązany do swego ciała, bo to jest substrat jego osobowości. Jeżeli zmienia się mu podstawy osobowości, to można obudzić w nim grozę, bo zaczyna mu się wymykać jego identyczność. Sensacją wokół tego zagadnienia wytłumaczyłbym tym, że człowiek może być przestraszony złudnym mniemaniem, że odbiera mu się część jego osobowości.

Prof. Kornel Gibiński: Jestem lekarzem, ale zabierając głos, chciałbym mówić o rzeczach nie ściśle fachowo lekarskich, które w sposób lepszy przedstawili moi znakomici przedmówcy — lekarze. Chcę skupić się na dwóch punktach:

Pierwsza sprawa, to niepokój, czy przerażenie nawet, które wywołał dynamiczny rozwój transplantologii i który dało asumpt do dzisiejszego spotkania, aby rozważyć te aspekty etyczne i prawne, które powinny ograniczać dalszą ekspansję tego co dzieje się na tym polu. Są to niewątpliwie czynniki, które należy rozpatrywać. Nie było jednak mowy o jednym czynniku bardzo naturalnym, który ogranicza w sposób bardzo zasadniczy te badania i te usiłowania, mianowicie o czynniku ekonomicznym. Lekarz musi patrzeć na dobro chorego niezależnie od tego, ile to kosztuje i jakie są warunki. Jest to zapewne słuszna zasada, ale od zasady do realizacji daleka jest droga. Zagadnienia ekonomiczne były rozpatrywane nie tylko u nas, ale na całym świecie. Wyliczono, że kryzys, jaki na tym polu już występuje i będzie się pogłębiać, jest nieuchronny i najbogatsze państwa nie będą w stanie ponosić wzrastających kosztów leczenia. Tak, to rośnie. Jeżeli chodzi o przeszczepy nerek, wyliczono we Francji, że aby na 10 lat zabezpieczyć możliwość takich przeszczepów wraz z długotrwałym leczeniem, trzeba by było dla wszystkich potrzebujących tego chorych 35 mld nowych franków. Tyle byłoby potrzeba tylko na tę jedną formę leczenia, jaką są przeszczepy nerek. Nawet gdyby się pieniądze na ten cel znalazły, to braknie ludzi, którzy byliby w stanie to wykonać.

W związku z tym poza ograniczeniem, które się narzuca i którego nie można lekceważyć, pozostaje zagadnienie wyboru, kto ma z tego dobrodziejstwa korzystać, a kto nie.

Jest i drugie zagadnienie. Jeżeli zastanawiamy się nad dawcą nerki, czy on nie poniesie szkody, to trzeba temu argumentowi przeciwstawić inną zasadę: prawo każdego chorego człowieka do leczenia. Prawo, które mówi, że nie można mu odmówić wszelkiego sposobu leczenia, którym dysponuje współczesna medycyna. Jakże często prokurator zapytuje w sądzie biegłych, czy dany lekarz wyczerpał wszelkie znane sposoby dla uratowania jakiegoś chorego. Są takie sposoby, które w 70% czy w 50% czy w dużo jeszcze mniejszym procencie dają szansę. Czy mamy moralne prawo odmówić leczenia, jeżeli taka szansa istnieje na świecie? To jest zagadnienie tego samego typu, zagadnienie wyboru. Ten wybór w konsekwencji spada na lekarza.

Teraz inne zagadnienie: w czym tkwi istota życia, czy w sercu? Mamy konkretne zagadnienie przeszczepu serca. Jest człowiek, który choć w dobrej ogólnej kondycji, jest u schyłku życia, ponieważ jego serce nie może dalej skutecznie pracować. Nikomu, kto ma szansę życia nie będzie się przeszczepiać serca. Jest drugi człowiek, który ma serce dobre, ale ustrój jest zniszczony nowotworem, czy wypadkiem. Jest w nim serce zdolne do życia, ale nie ma środowiska, w którym mogłoby żyć i jest druga sytuacja, tzn. środowisko zdolne do życia, ale zamierające serce. Są dwa ustroje bez szans. Co tu można zrobić? To nie jest ratowanie jednego ani drugiego. Czy dla przyszłego tworu serce dawcy jest ważniejsze niż ciało biorcy, czy ciało tego drugiego jest ważniejsze od serca pierwszego? Takie postawienie sprawy, które w tej chwili wydać się może Państwu paradoksalne, a odpowiedź jednoznaczna, na pewno wzbudziłoby spore wątpliwości, gdybyśmy zamiast przeszczepiania serca rozważali w tej chwili przeszczepianie głowy. A przeszczepów głowy u psów już dokonywano. Nawet odnośnie serca to jest tworzenie czegoś nowego. To są dwie istoty skazane na śmierć. Mamy możliwość działania, tworzenia czegoś nowego. To jest ta boska moc dana ludziom, zrobienia czegoś, co nie dałoby się naturalnymi siłami uzyskać.

Mówi się, że nauka osiągnęła swoje szczyty, że medycyna staje się coraz bardziej ścisłą wiedzą. Wydawałoby się, i pewne przesłanki zdają się na to wskazywać, że kiedy medycyna zostanie całkowicie ścisłą, precyzyjną nauką, kiedy z dawnej diagnostyki narządowej, tkankowej zejdziemy na poziom molekularny, gdy potrafimy dostrzec, co jest u podstaw choroby i nieomylnie wskazywać remedium, to otrzymamy taki obraz przyszłości: medycyna ulegnie schematyzacji i automatyzacji. Taka przemiana sprowadzi nas do ograniczenia wyboru. Jeżeli wszystkie dane poda się do maszyny diagnostycznej, a maszyna wyda jedną najlepszą wskazówkę, to nie ma wyboru. Ostry dylemat: będzie wybór, czy brak wyboru? Jaka jest właściwa przyszłość i rola lekarza i jakie drogi przyszłej medycyny?

Otóż medycyna przyszłości nie może być automatycznym schematem, czystą segregacją, nie może być rozdzielnią. Z tego wynika szczególny paradoks. Im bardziej medycyna jest wiedzą ścisłą, sprecyzowaną do cyfr, określoną prawami fizyki i chemii, tym bardziej margines wolności wyboru dany lekarzowi istnieje, a nawet rośnie. Podstawy teoretyczne są coraz ściślejsze, ale to co człowiek robi jako lekarz, ludzkie zastosowanie tych ścisłych danych i wytycznych, jest coraz bardziej obarczone ryzykiem i odpowiedzialnością, trudnością inspiracji, natchnienia, które przychodzi lekarzowi do głowy w zależności od różnych okoliczności i najmniejszy błąd taktyczny może zniweczyć wszystko, tak jak często marnieją wspaniałe zakrojone kreacje artystów i twórcze myśli uczonych z prostych, przyziemnych przyczyn.

Stanowisko, które w zagajeniu zajął Pan Profesor Kotarbiński mówiąc, że nie boi się przyszłości i wierzy w rozumny, społeczny kompromis, powinno znaleźć podstawę zaufania u wszystkich. Życie się potoczy naprzód. W nim nasze postępowanie — to rozwój nauki, to dalszy postęp na drodze rozwoju nauki. Komu jak komu, ale chyba nam, pracownikom nauki, w naukę wypada wierzyć. Praktyczne zaś wskazówki na najbliższą przyszłość widzę dwie:

Po pierwsze, ograniczenia są rzeczą nieodzowną, bo wynikają z przyczyn ekonomicznych, z potrzeb i gospodarczej sytuacji i z innych względów. Nie jest też w interesie nauki i rozwoju wiedzy, aby była ona rodmuchiwana i na siłę rozbudowywana dlatego, że wchodzi w grę ambicje ludzkie, że ktoś chce stworzyć ośrodek, bo sam się chce do tych spraw zabierać.

Drugi problem, to konieczność żądania wysokich, najwyższych kwalifikacji moralno etycznych lekarzy.

Prof. Leon Manteuffel: Prof. Kotarbiński precyzyjnie i przekonująco motywował w dzisiejszym referacie swoje stanowisko; stanowisko to spotkało się chyba z prawie jednogłośnie uznaniem. To co powiem, będzie stanowić pewien dysonans, ponieważ jest przeciwstawieniem się opinii Prof. Kotarbińskiego — opinii, która znalazła ogólną zgodę. Prof. Kotarbiński oparł się na założeniach wynikających w pewnej mierze z jego wielkiej kultury i doświadczenia; założenia te zostały uznane przez innych dyskutantów; owe założenia nie budzą wśród ogółu zgromadzonych żadnych sprzeciwów, są one (jak by się wydawało) całkowicie słuszne i wobec tego nie wymagają dyskusji.

Otóż chciałbym się zastanowić, czy rzeczywiście zagadnienie to po wypowiedzi Prof. Kotarbińskiego stało się tak bezproblemowe. Wydaje mi się, że wśród założeń, na których Prof. Kotarbiński oparł swe wnioski,

czegoś zabrakło, czegoś co mogłoby upoważnić do innego sposobu ujęcia tej sprawy.

Nie chcę twierdzić, że to co powiem, będzie tak jasne jak wypowiedzi Pana Profesora. Za tym co powiedział Prof. Kotarbiński przemawia również jego wielka pozycja naukowa na świecie, ale czy rzeczywiście założenia przyjęte przez Pana Profesora wystarczają dla wysunięcia takiej tezy? Czy nie istnieją jeszcze inne przesłanki, pozwalające na wysunięcie jakichś zastrzeżeń w stosunku do tego co zostało powiedziane?

Ze stanowiskiem moim może wiele osób się nie zgodzi, ale odrzucić tego stanowiska jako z całą pewnością niesłusznego chyba nie będzie można.

Wydaje mi się, że w ogóle transplantologia nie jest najszcześniejszym kierunkiem w medycynie, że nie jest szczęśliwym kierunkiem w chirurgii. Wydaje mi się, że w przyszłości kierunek ten będzie uznany za zdecydowanie błędny — nie dlatego, że jest pod względem społecznym czy ekonomicznym nieopłacalny, lecz dlatego, że zarówno założenia, na których się opiera transplantologia, jak i może odległe skutki tego postępowania, okażą się niekorzystne.

Wysuwając to zastrzeżenie chciałem się niejako przeciwstawić zgodnemu chórowi dyskutantów, którzy kierowali się, jak powiedział Prof. Nielubowicz, zdrowym rozsądkiem (czy naprawdę jednak ten „zdrowy rozsądek” nie doprowadził do uproszczenia zagadnienia?).

(Dopisek. Myśl o przeszczepianiu serca budzi we mnie odrazę. Nie wiem, czy uczucie odrazy mieści się w zasięgu pojęć etycznych, odczuwam po prostu w tej metodzie poniżenie godności ludzkiej. Czy naprawdę trzeba żyć za wszelką cenę?)

Prof. Tadeusz K o s z a r o w s k i: Padło pytanie — nie ze strony lekarzy — co może dać etyka medycynie.

Moi koledzy chirurdzy, znając moje zainteresowania, nawet wiedząc o moim przybyciu tutaj, pytali mnie „po co ci ta cała gadanina, kiedy możesz przez ten czas zrobić dwie operacje?”

Absolutnie nie możemy się z tym zgodzić — szczególnie w kołach lekarskich decydujących i nadających pewne kierunki rozwojowe medycynie. Tu mianowicie nastąpiła konfrontacja dwóch wrażliwości — wrażliwości medycznej i wrażliwości społeczeństwa. Są one czasem różne. Student medycyny zaczyna od epatowania rodziny przyniesioną czaszką; w pewnym sensie trochę się wyobcowuje i zaczyna przybierać postawę indyferentną w stosunku do potrzeb i odczuć otoczenia. Rysuje się tu na pewno kompleks wyższości, w moim przekonaniu wysoce niepożądany. Lekarz służy konkretnemu społeczeństwu i musi liczyć się z jego wymaganiami i pojęciami. Medycyna jest służbą. Musimy zatem znać poglądy etyczne społeczeństwa i zawsze liczyć się z nimi.

Wydaje się, że to spotkanie, jako skonfrontowanie dwóch wrażliwości, jest rzeczą konieczną i potrzebną medycynie. Nie wyobrażam sobie konkretnego rozwoju lekarskich pojęć i postaw etycznych bez współpracy z etykami, którzy reprezentują wysublimowane odczucia społeczeństwa. Wydaje się, że obowiązkiem medycyny jest również wzajemne kształtowanie pojęć i wrażliwości społeczeństwa; *ergo*, stała współpraca etyków z lekarzami jest koniecznością.

Prof. Marek F r i t z h a n d: Pragnę raz jeszcze zabrać głos w dyskusji w związku ze sprawą poruszoną przez profesorów Kellera i Koszarowskiego. Czego właściwie lekarz może oczekiwać od etyki? Jednego w każdym razie nie, a mianowicie, że etyka zbawi go od odpowiedzialności moralnej za podejmowane decyzje. Jakakolwiek to będzie etyka, czy zawodowa czy ogólna, nie może ona przewidzieć wszystkich możliwych sytuacji i zaopatrzyć lekarzy w reguły, które służyć im będą za przewodnika we wszystkich bez wyjątku okolicznościach. I dlatego, że wciąż lekarz będzie się słykać z sytuacjami nowymi, nie przewidzianymi przez kodeksy etyczne i także dlatego, że w wielu sytuacjach będzie miał do czynienia ze zderzającymi się w praktyce regułami moralnymi, z konfliktem praktycznym tych reguł. Nie sposób zaś z góry ustalić powszechnej preferencji dla którejś ze zwalczających się w praktyce reguł moralnych, albowiem sama ta preferencja może się zmieniać w różnych sytuacjach w zależności od ich indywidualnych cech. Lekarz musi wtedy sam decydować i nic go nie oswobodzi od odpowiedzialności moralnej, bodaj we własnym sumieniu, za podjętą decyzję.

Lecz ten stan rzeczy nie powinien doprowadzać lekarzy do bezwładu, nie powinien paraliżować ich woli, inicjatywy i zdolności do podejmowania na czas decyzji. I w tym etyka może im okazać się przydatna. Byle nie szukać w niej pouczeń stosowalnych w każdej sytuacji, byle rozumieć, że jej zadaniem jest tylko — poza sytuacjami przewidzianymi, bądź takimi, w których nie dochodzi do konfliktu reguł — przygotowanie lekarzy do możliwie słusznego podejmowania decyzji, do samodzielnego namysłu w kwestiach wymagających etycznego wyboru. A etyka może to uczynić, wyposażając lekarzy w odpowiednią ogólną lub zawodową wiedzę etyczną, która zawsze w pewnej bodaj mierze będzie użyteczna w procesie podejmowania decyzji. Przydatność etyki i w tym może się przejawiać, że dzięki rozbiorowi różnorodnych sytuacji typowych i indywidualnych, w których wchodzi w grę nie tylko wiedza lekarska, lecz i etyczna — wdroży lekarzy do uwzględniającej momenty etyczne refleksji, ułatwiając im w ten sposób wybór właściwej etycznie drogi postępowania. Etyka wreszcie winna wskazać lekarzom te warunki, jakim trzeba zadośćuczynić, dokonując wyborów etycznych, aby uniknąć za-

rzutu nieodpowiedzialnego pod względem moralnym postępowania, aby czuć się czystym w swym sumieniu, jeśli nawet podjęta decyzja nie spełni dobrych zamierzeń.

Zdają sobie sprawę, że operują ogólnikami. Ale aby wyjść ze sfery ogólników, aby etykę uczynić faktycznie skutecznym pomocnikiem lekarza w jego trudnym, lecz szlachetnym zawodzie — trzeba ścisłej współpracy teoretyków etyki i medycyny, trzeba przejścia od sporadycznych spotkań do praktycznej współpracy, której uwieńczeniem byłby wspólnymi wysiłkami osiągnięty zarys nowoczesnej etyki lekarskiej. Zarys, którego celem nie byłoby tylko opracowanie kodeksu etycznego lekarzy, lecz przede wszystkim wdrożenie lekarzy do racjonalnego myślenia w dotyczących ich kwestiach etycznych, do podejmowania słusznych moralnie decyzji, opartych o możliwie najlepszą znajomość faktycznych i etycznych aspektów narzucanych im przez życie sytuacji i problemów.

Doc. Magdalena Sokółowska: Chciałabym nawiązać do wypowiedzi prof. Gibińskiego. Powiedział on — i słusznie — że kwestia wyboru osób, które mają być poddane zabiegowi przeszczepu narządu, spada w ostatecznym rachunku na lekarza. Wobec tego wydaje się, że celowe byłoby rozważenie, czy nauki humanistyczne i społeczne mogłyby jakoś ułatwić lekarzowi ten wybór. Moja wypowiedź ograniczy się do socjologii.

Decyzja w sprawie podjęcia lub rezygnacji z zabiegu opiera się oczywiście przede wszystkim na fachowych przesłankach medycznych. Lecz oprócz tego lekarz nieuchronnie musi uwzględnić wskazania i przeciwwskazania natury społecznej, inaczej mówiąc — postawić diagnozę sytuacji społecznej. Łatwiej będzie mu tego dokonać, jeśli wyposażymy go w niezbędny zasób systematycznej stosowanej wiedzy społecznej. Wiedza ta ułatwi lekarzowi świadome dokonywanie przekształceń po to, aby osiągnąć zamierzone społeczne cele.

Liczba ludzi ze wskazaniami medycznymi do wykonania przeszczepu narządów już obecnie przekracza możliwości przeprowadzenia tego zabiegu u wszystkich. W przyszłości liczba ta się zwiększy, a możliwości nie wzrosną w tym samym stosunku. O ostatecznej decyzji przesądzać będą w wielu wypadkach czynniki społeczne.

Nasza rzeczywistość społeczna jest taka, że nie wchodzi w rachubę wybór oparty na fakcie posiadania lub nieposiadania przez potencjalnego pacjenta prywatnych zasobów finansowych, wystarczających lub niewystarczających do pokrycia kosztów zabiegu. Koszt ten ponosimy wszyscy. Komu więc chcemy dać szansę życia? Kto ma korzystać z dobrodziejstwa tak drogich zabiegów, jakimi są transplantacje narządów? Kto ma być tym „szczęśliwym wybranym”? Jak rozdzielić niebogie środki resortu zdrowia i opieki społecznej, żeby nie skrzyw-

dzić innych chorych i potrzebujących? Cierpiący na choroby psychiczne, na gruźlicę, nowotwory, inwalidów różnego rodzaju? Ile środków przeznaczyć na ratowanie jednego człowieka, a ile na usprawnienie opieki zdrowotnej nad więcej niż jednym, nad dziećmi, nad ludźmi starymi, nad kalekami fizycznymi i psychicznymi? Jakie są zasadnicze wartości i cele naszego systemu ochrony zdrowia? Jakie są kryteria naszego działania?

Socjologia i socjotechnika mogłyby być pomocne w formowaniu modelu wyobrazonego działania. Na samym początku, w pierwszej „warstwie” tego modelu, socjologia mogłaby się przydać w sprecyzowaniu zasadniczych wartości i celów przyjętych jako podstawa działania. Następnie, kiedy przeszlibyśmy do opisu zamierzonego nie istniejącego stanu rzeczy, empiryczne badania socjologiczne mogłyby dostarczyć użytecznej wiedzy. W niektórych krajach socjologowie prowadzą już systematyczne badania sytuacji społecznej ludzi, którzy żyją po przeszczepieniu nerki. Między innymi porównuje się ich z ludźmi, którzy żyją przy pomocy sztucznej nerki. Socjologia mogłaby wreszcie dostarczyć ogólnych zasad i metod, które nadawałyby się nie tylko do sytuacji indywidualnie oznaczonych, ale i do tworzenia typologii; tworzenia na podstawie tego co wiemy określonych typów, charakteryzujących się pewnymi (znanymi) cechami medycznymi i społecznymi.

Prof. Jan Moll: W roku 1966, uczestnicząc w zebraniu Międzynarodowego Zrzeszenia Chirurgów w Warszawie, wysłuchałem referatu jednego z luminarzy medycyny francuskiej, który starał się udowodnić, że medycyna, a szczególnie chirurgia umożliwiając przetrwanie osobników mało wartościowych biologicznie, prowadzi ludzkość do stopniowego upadku. Osobnicy ci bowiem, obdarzeni dużą rozrodczością, są producentami populacji szkodliwej z punktu widzenia społecznego. Z drugiej strony przedłużenie górnej granicy życia ludzkiego obciąża budżety państwowe rentami starczymi, co z kolei uznać można za szkodliwy efekt działalności lekarskiej.

Dzisiejsze zebranie zorganizowane przy Katedrze Etyki UW jest nie tylko radosnym przejawem w życiu naukowym naszego kraju, a przewodnictwo Prof. Kotarbińskiego i wypowiedzi licznych przedstawicieli nauki napawa nas otuchą i optymizmem, że argumenty wyszczególnione na wstępie nie mogą być motywem naszej działalności lekarskiej.

W tym też zrozumieniu pozwoliłem sobie zabrać głos w dyskusji nad wypowiedzią Prof. L. Manteuffla, z którego rozumowaniem co do przetaczania krwi — i przeszczepiania narządów w ogóle — zgodzić się nie mogę. Sądzę, że obowiązkiem naszym jest stałe udoskonalanie na-

szych metod poznawczych i przekazywanie uzyskanych wyników następnym pokoleniom, czym wyróżnia się człowiek od innych istot tego świata.

Odnosnie przeszczepiania narządów sądzę, że nie będę odosobniony, jeżeli powiem, że bliska jest chwila, gdy sytuacja życiowa zmusi nas do wprowadzenia do arsenału zabiegów chirurgicznych transplantacji jako metody zwyczajnej pracy. Dla przykładu przytoczę sytuację ostatnio zaistniałą w naszym Szpitalu, gdy w Klinice znajdował się chory z nieodwracalnym urazowym uszkodzeniem mózgu, a równocześnie ginęła 12-letnia dziewczyna z nieuleczalną wadą serca. Opory psychiczne sprawiły, że nie dokonaliśmy przeszczepienia serca, a oboje chorzy po kilkugodzinnym cierpieniu zmarli.

Odnosnie pytania, czy przeszczepienie serca zastąpi automat, protezę serca, sądzę, że protezy będą wspomagały serce w okresie jego nie-domogi, trwale jednak utrzymanie życia związane jest z transplantacją.

Prof. T. Koszarowski wspomniał o korzyściach wypływających ze współpracy członków różnych specjalności. Sądzę, że współpraca ta jest konieczna, czego dowodem dzisiejsze zebranie, za co my — lekarze dziękujemy organizatorom dzisiejszej konferencji.

Prof. dr Tadeusz Orłowski: Jeszcze jedną uwagę chciałem zgłosić w sprawie doboru biorcy. Otóż w Stanach Zjednoczonych istnieje specjalna komisja złożona z lekarza, pastora lub rabina i przedstawiciela organizacji społecznej, która decyduje o kwalifikacji chorego do leczenia przewlekłymi dializami, co jest zwykle wstępem do transplantacji.

Chciałbym wystąpić w obronie prof. Manteuffla, który nam wylał zimną wodę na głowę, byśmy się nie upajali wspaniałymi postęпами medycyny. Otóż transplantacja nie ma nic wspólnego z postępem. Dokonując jej przyznajemy, że nie umiemy leczyć chorego narządu i dlatego zastępujemy go narządem zdrowym, pobranym od innego osobnika. Prof. Manteuffel występując przeciwko temu kierunkowi zapewne chciał to podkreślić.

Ja zgadzam się z prof. Manteufflem, że to jest dowód słabości, że nie potrafimy wyleczyć chorego narządu. Gdybyśmy to potrafili, nie doszłoby do przeszczepienia. Ja jestem tego samego zdania. I dlatego my zajmujemy się nie tylko transplantacją, ale i właściwą medycyną i prowadzimy odpowiednie badania. Dziękuję Panu Profesorowi, że nam o tym przypomniał, ale my o tym sami pamiętamy.

Prof. Tadeusz Kotarbiński: Jakie postawiłem sobie zadanie? Starałem się uważać na to wszystko, o czym była mowa i podkreślać to co dla mnie było pewną nowością w stosunku do tego co w ogóle o tych

sprawach czytałem i z czego w syntetyczny sposób usiłowałem zdać sprawę w zagajeniu. Nie wiążąc swoich spostrzeżeń z nazwiskami przemawiających, tylko orientując się według treści obiektywnej tego, o czym była mowa, przypomnę te elementy, które w dyskusji zostały wprowadzone jako wyraźna nowość.

W jednym z przemówień było powiedziane, że trzeba się liczyć z tym co ludzi razi w obchodzeniu się ze zwłokami. Za istotę tego sprzeciwu uważam to, że ludzi razi zniekształcanie zwłok. Nie było zdefiniowane pojęcie zniekształcenia, ale się rozumie, że chodzi tu o ocenę emocjonalną tego przerebu. To nie jest na pewno wszystko, ale to jest niewątpliwie jeden z czynników. Ten moment nie podważa racji, dla których wykonuje się transplantacje serca.

Druga sprawa nowa to informacja, bardzo ciekawa informacja, dotycząca tego, że za granicą (w szczególności była mowa o Ameryce, prawdopodobnie o Stanach Zjednoczonych) uważa się za słuszne, iż pozwala się matce np. własną nerkę przekazać córce, z jawnym bądź co bądź uszczerbkiem dla normalnego funkcjonowania organizmu matki. Argumentuje się w ten sposób, że czyniąc zadość temu postulatowi matki, która każe wyjąć sobie nerkę, czyni się właściwie dobrze z punktu widzenia tejże matki, dlatego że przecież ona jest nie tylko posiadaczką nerki, ale jest posiadaczką moralną córki i chodzi jej o to, żeby jej dziecko było uratowane. Gdyby się odmówiło matce uczynienia zadość jej żądaniu, żeby część jej ciała przekazać córce, to by się jej zrobiło krzywdę większą, niż gdyby się jej tę część ciała odjęło, ponieważ byłaby to krzywda polegająca na wyrzucie sumienia, na żalu, na trwałym urazie z tego powodu, że nie zdobywszy się na maksymalną ofiarność doprowadziła do tego, że dziecko jej zginęło. Wydaje się, że to rozumowanie warte jest zapamiętania. A cenne było też powiedzenie, że definicja śmierci stosunkowo najbardziej miarodajna w przypadku, kiedy interesujemy się w praktyce tym, czy umarł, czy nie umarł ten, od kogo bierze się np. serce, nie powinna być uzasadniona wyłącznie względami lekarskimi, lecz także względami natury pozalekarskiej; mianowicie względami na to, co się uważa za cenne w życiu, najcenniejsze. Wobec tego w uzasadnieniu wyboru tej definicji okazuje się, że pewne względy etyczne w szerokim tego słowa znaczeniu wchodzi w grę. Uważa się mianowicie człowieka za umarłego dlatego, że stracił on mózg, bo uważa się, że największą wartością życia jest jego strona psychiczna, warunkowana przez mózg.

Bardzo cenne były wiadomości o jednym z wielkich źródeł specjalnej troski szerokiego ogółu o serce, zachowanej w tradycji religijnej. To były faktyczne informacje niezmiernie cenne, gdyż zostaliśmy o nich

uświadomieni przez znawców historii kultury. Tych faktów historycznych nie będziemy tu kwalifikować.

Zauważono w dyskusji pewną zależność, która powinna być potwierdzona w badaniach socjologicznych, a mianowicie, że w miarę postępu medycyny i w miarę wylaniania się rozmaitych możliwości rośnie margines wyboru pozostający do dyspozycji lekarza. Lekarze znają coraz więcej sposobów rozwiązania problemu i wobec tego istnieje coraz bogatsza możliwość decydowania się na wybór takiej, a nie innej alternatywy. Nie ma to bezpośredniego związku z naszą sprawą transplantacji, gdyż zdaje się, że w tych przypadkach, o których słyszeliśmy w rozmowach, sytuacja przedstawia się tak, że albo transplantacja, albo żadna pomoc. Ale jako ogólny aforyzm — to było interesujące.

Zwrócono uwagę na to, że inna jest wrażliwość, która się wytwarza w warsztacie lekarza (wrażliwość nieraz dyktuje czyny), a inna — osób orientujących się społecznie, wrażliwość przeciętnego kogoś, kto nie jest uczestnikiem warsztatu lekarskiego, i że dobrą jest rzeczą te wrażliwości ze sobą zestawiać, aby każdej z nich uczynić zadość. Ta myśl wydaje mi się słuszna.

Byliśmy świadkami zasadniczego sporu między większością osób, które w zasadzie witają transplantację serca jako jeden z objawów wielkiego postępu sztuki lekarskiej, podziwiają tę sztukę, spodziewają się po niej wiele dla siebie i dla najbliższych, a tymi, którzy sądzą, że transplantacja serca jest właściwie raczej czymś zasadniczo negatywnym. Komentarz do tego był podany paradoksalny, że transplantacja jest ponoć raczej objawem niedociągnięć medycyny, ponieważ wtedy transplantujemy, kiedy nie umiemy leczyć. Ale czy dentysta, który daje pacjentowi protezę zamiast niesprawnych zębów, okazuje tym samym, że dentystyka nie zdradza postępu, że jest w tym przypadku na drodze cofania się?

Trzeba się liczyć z wrażliwością, z uczuciem wrażliwości na to, co się dzieje ze zwłokami i w związku z tym pozostaje problem spalania zwłok.

Przy jego rozważaniu byłoby dobrze wyjść od tego przykładu, który jaskrawo ilustruje moralne zagadnienie poszanowania zwłok. Jest to przykład wzięty z doświadczeń bojowych, z wojny, kiedy padają zabici. Brak butów, brak płaszczy, a żołnierze protestują przeciwko chowaniu zabitych bez butów i bez płaszczy. Powstaje zagadnienie, czy jest rzeczą słuszną czynić zadość temu skrupułowi wobec zwłok chowanych bez butów, kiedy żywi odmrażają sobie nogi i jeżeli tych butów nie dostaną, ewentualnie zginą z tego powodu. To wielka kwestia.

Mnie się zdaje, że w poszczególnych, konkretnych przypadkach, kiedy ma się już do czynienia z ludźmi tak ukształtowanymi, że dla

nich byłoby to głębokim urazem, trzeba zamknąć oczy na to, że niektórzy ludzie podmrażają sobie nogi; wobec pewnej populacji trzeba się liczyć z urazem, jest to przykre ale trzeba się z nim liczyć. Gdybym był dowódcą, to wobec sprzeciwu uczuciowego grona tych żołnierzy tak samo godziłbym się zapewne na chowanie zwłok w butach. To jest kwestia stosunku do poszczególnej sytuacji już wytworzonej. Ale jest też kwestia, w jaki sposób kształtować poglądy i oceny ludzi. To jest złe i niezrozumiałe, że ci ludzie tak mogli ukształtować swoją uczuciowość, iż uważają to, by zwłoki miały buty za potrzebniejsze, niż żeby koledzy, którym grozi odmrożenie, mieli buty. Należy wychowywać ludzi w przeciwnym kierunku, trzeba ludzi wyzwać od tego rodzaju zahamowań. My — ludzkość — nie możemy pozwolić sobie na irracjonalność w wielkich programach. Musimy tępić przesąd, który przeszkadza działać racjonalnie.

Jeżeli ktoś np. dlatego żąda, by zwłoki były pochowane w ziemi, ponieważ ma to przeświadczenie, że w ten sposób będą one lepiej przygotowane do spodziewanego zmartwychwstania — to po prostu takie coś należy ludziom z głowy wyperswadować, tak samo jak wyperswadowuje się im to, że nie z uroku rzuconego przez nieprzyjaciela chorują, lecz chorują z powodu bakterii. To jeden przykład. Ale są inne uczuciowe postawy, które już nie mają tego charakteru, ale które mogą kształtować się tak lub inaczej i pod wpływem perswazji — kształtować lepiej, niż są ukształtowane. Mam na myśli (może powiem coś bardzo subiektywnego) nasz zwykły stosunek uczuciowy do zwłok.

Jest chyba wielkim zadaniem pedagogicznym uwolnienie tego stosunku od rozmaitych iluzji i niepraktyczności stąd powstałych. Ludziom zdaje się (i podtrzymują to mniemanie u innych), że po śmierci będą leżeli w grobie i będą zjedzeni przez robaki, że staną się prochem itp. Przecież to jest wizja straszliwa, wizja, która może zatruć życie człowieka i zatruwa je. Można przytoczyć nazwiska literatów, którzy dają wyraz temu, którzy przez całe życie myślą tylko o tym, co się będzie działo z nimi, kiedy będą leżeli w grobie. Oddzielmy się od trupów. Człowiek się kończy wraz ze zgonem. Trup jest trupem, a nie mną. To strzep, to odpad.

Wśród bardzo rozmaitych kultur jest i taka kultura etniczna, w której zwłoki uważa się za odpad i nie okazuje się im żadnego szacunku. Myślę, że to nie jest wcale mniej racjonalne niż upatrywanie w zwłokach kontynuacji człowieka, który umarł. To jest wielka sprawa. Jej racjonalne rozeznanie ułatwiłoby również rozmaite sprawy medyczne.

Z tym łączę to co słyszeliśmy dzisiaj, mianowicie pewien głos przeciwko spopielaniu zwłok. Rozumiem ten argument tak, że zanim zwłoki byłyby spopielone, powinny być dla dobra nauki i dla dobra bliskich

chorujących zużytkowane przedtem. To jest słuszne, ale chodzi w zasadzie o to, czy krematoria, czy pogrzeb ziemny? Ten problem dojrze-
wa. Krematoria — to jest bez porównania pedagogiczniejsze. Bez po-
równania piękniejszy obraz życia mamy wtedy, jeżeli wiemy, że po
zgonie naszym czy naszych najbliższych ciało ich będzie pięknie spa-
lone, pozostaną po nim prochy w urnie jako symbol, niż wtedy, kiedy
sobie wyobrażamy, że ten ktoś będzie leżał pod ziemią i gnił. Tymcza-
sem nie robi się u nas nic w tej materii w ogóle, chociaż na świecie
spopielanie jest bardzo rozpowszechnione. Dlaczego? Bezwład — to
pierwsza rzecz; przesąd — to druga rzecz; trzecia rzecz — to straszliwe
podobieństwo do pieców hitlerowskich. Ale czy nadużycie może hamo-
wać słuszną ideę? Czwarte — to kwestia finansów.

Odbiegłem trochę od tematu. Myślę, że jeżeli chodzi o zasadnicze
zagadnienie, a mianowicie — jaka jest odpowiedź na pytanie: „czy ety-
ka reprezentowana przez nasze grono, po zapoznaniu się z materiałem
informacyjnym pod każdym względem, ma coś poważnego i istotnego
do zarzucenia praktyce przeszczepiania serc?” — to odpowiedź jest,
moim zdaniem, taka: nie ma nic istotnego do zarzucenia.

ЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ТРАНСПЛАНТАЦИИ СЕРДЦА

(Изложение содержания)

По инициативе Кафедры этики Варшавского Университета и Отдела Медицинских наук Польской Академии Наук 29 февраля 1968 г. состоялась конференция, посвященная этическим проблемам трансплантации сердца. В дискуссии приняли участие выдающиеся представители медицины, философии, этики и социологии права.

Совещание открыл и подвел итоги проф. др Тадеуш Котарбински.

В дискуссии участие приняли:

- проф. др Марек Фрицганд — заведующий кафедрой этики Института Философии Варшавского Университета, главный редактор «Этики»
- проф. др Корнель Гибински — заведующий III терапевтической клиникой Медицинской Академии в Катовицах
- доц. др Генрик Янковски — заместитель директора Института Философии Варшавского Университета, научный сотрудник кафедры этики Варшавского Университета
- проф. др Юзеф Келлер — заведующий кафедрой религиоведения, Институт Философии и Социологии Польской Академии Наук
- проф. др Тадеуш Кошаровски — председатель Польского Медицинского Общества, заведующий хирургическим отделением в Институте Онкологии в Варшаве
- проф. др Леон Мантейфель — заведующий клиником хирургии грудной клетки в Туберкулезном Институте в Варшаве
- доц. др Мечислав Михалик — научный сотрудник кафедры философии в Военной Политической Академии в Варшаве
- проф. др Ян Молль — заведующий II хирургической клиникой Медицинской Академии в Лодзи
- проф. др Ян Нелюбович — руководитель коллектива экспериментальной и клинической хирургии ПАН, заведующий I хирургической клиникой Медицинской Академии в Варшаве
- проф. др Тадеуш Орловски — заместитель секретаря отдела Медицинских Наук ПАН, заведующий I терапевтической клиникой Медицинской Академии в Варшаве
- доц. др Адам Подгурецки — заведующий кафедрой теории и истории праведности Института Социологии Варшавского Университета
- проф. др Ксаверий Ровински — научный секретарь отдела Медицинских Наук ПАН
- доц. др Магдалена Соколовска — заведующая кафедрой социологии медицины Института Философии и Социологии ПАН.

У решающего большинства не было нравственных возражений против трансплантации сердца. Это мнение отчетливо выразил в своем заключении проф. Т. Котарбински:

«Что касается основного вопроса — то есть — ответа на вопрос, имеет ли этика нашего общества, по ознакомлении с представленным материалом, что-нибудь серьезное и существенное против практики пересадки сердца? — то ответ, по моему, звучит так: ничего существенного не имеет».

Единственным голосом против трансплантации сердца было высказывание проф. Л. Мантейфеля: «Мысль о пересадке сердца вызывает у меня отвращение. Не знаю, входит ли в состав этических понятий чувство отвращения. Я прямо-таки чувствую в том методе унижение человеческого достоинства. Разве действительно нужно жить любой ценой?»

Участники конференции высказывали разные мнения о будущем трансплантации как методе лечения. Профессора Мантейфель, Орловски, Нелюбович считают, что трансплантация является скорее признаком слабости медицины и предвидят, что в будущем будет отброшена. Против переоценки значения трансплантации в будущем выступил также — на этот раз из этических побудок — проф. М. Фрицганд. В то время как проф. Молль, который первый в Польше (уже после конференции) сделал попытку пересадки сердца, считает, что будущее хирургии принадлежит трансплантологии.

Ряд проблем, затронутых в дискуссии, сконцентрировался на следующих вопросах:

1. Вопрос соразмерности операции трансплантации с врачебной этикой

В этом пункте отчетливо различаются трансплантация почки и трансплантация сердца. В первом случае, действительно, дело спорное: является ли или нет изъятие почки из здорового, живого организма с целью пересадки нарушением клятвы гиппокрита. По этой клятве врач обязан прежде всего заниматься здоровьем человека. Несмотря на это и врачи, и этики признали, что, например, поступок матери, которая добровольно отдает ребенку свою почку не может быть не признан благородным поступком, и даже героическим. Больше того, нравственное зло, какое бы причинил матери отказ пересадки её собственной почки дочери, может быть большим, чем изъятие почки. Другое положение с пересадкой сердца, так как сердце можно взять только от умершего человека. Однако и в этом случае — как доказывал проф. Т. Котарбински — решение трансплантации не приводит в столкновение ни с законом, ни с польским кодексом профессиональной этики врачей.

2. Определение понятия смерти

Проблема определения смерти была одной из основных проблем дискуссии. Кажется, что мнение большинства адекватно выражает высказывание проф. Т. Орловского: «Остаётся мечтой желание одеть в законную форму момент констатирования смерти с одновременным намерением взять орган для пересадки. Современные методы констатирования смерти несовершенны. Нет специального рецепта на констатирование смерти, трупные пятна появляются в несколько часов после смерти, но если у кого-нибудь будет оторвана голова, то ни у кого не возникнут сомнения жив человек или нет». По мнению проф. М. Фрицганда господствующее в настоящее время определение смерти не

является чисто теоретическим определением. Это скорее оценивающее определение, приписывающее определенную ценность жизни. В этом определении заключается разрешение на операции типа трансплантации. Итак, акцептация такого определения является не только теоретическим, но также и нравственным решением.

3. *Возможности злоупотреблений*

Факт, что до сих пор продолжают споры по вопросу правильного определения понятия смерти, может послужить причиной опасений злоупотребления операций трансплантации. Присутствующие в зале представители медицинской науки описали, применяемые в Польше и за рубежом, процедуры констатирования смерти, которые по их мнению — исключают возможность злоупотреблений. Перечисляя возможные злоупотребления, связанные с операцией трансплантации, указывали на возможность продажи останков, применения силы, пересадки гормональных желез и даже мозга. По мнению присутствующих в зале хирургов медицина не располагает возможностями пересадки человеческого мозга.

4. *Принцип уважения и проблема утилизации останков*

Объясняя определенного рода предубеждения общества в отношении трансплантации указывалось, в частности, на нравственную норму, предписывающую уважение останков. С одной стороны постулировалось максимальное уважение останков, обосновывая это нравственными чувствами (проф. Т. Котарбински, проф. М. Фрицгайд), с другой же подчеркивалась необходимость полного использования их. Это нашло яркое отражение в высказываний проф. К. Ровинского: «Я считаю сжигание останков в настоящий момент, когда есть возможность пересадки, расточительностью. Но сейчас хочу исправить то, что сам сказал. Можно и нужно сжигать останки, но после изъятия тех органов, которые могут пригодиться для спасения другого человека».

5. *Право на лечение и транспланция сердца*

Особенно подчеркивались (проф. К. Гибински и доц. др Соколовска) экономические ограничения операции трансплантации, и также моральные и юридические трудности, связанные с выбором кандидата на пересадку. Существующие, экономические условия не дают возможности применять трансплантацию для всех нуждающихся в ней. С другой же стороны каждый пациент имеет право на лечение с применением всех средств, которыми располагает современная медицина. Итак, есть ли у нас моральное право отказать в лечении — спрашивал проф. К. Гибински — если объективно существуют шансы излечения пациента?

6. *Трансплантация сердца и изменения личности*

Присутствующие не были единомышленниками в вопросе, в каком раз- мере операция пересадки сердца влечет за собой изменения личности. Утверждалось, что пересадка сердца абсолютно не влияет на личность пациента и также утверждалось, что личность пациента изменится, хотя бы только потому, что он излечился. Существующую разницу во мнениях следует приписать довольно неточному разумению понятия «изменения личности».

7. Религия и проблема трансплантации

Проф. Келлер констатировал, что источником многочисленных предубеждений и недоброжелательности в отношении пересадки сердца является характерный для нашей культуры культ сердца как местопребывания всех человеческих чувств — особенно положительных. У этого культа религиозная основа.

8. Трансплантация и проблема доверия к врачу

Поскольку в принципе не существуют юридические формулы и определения полностью регулирующие условия трансплантации, а развитие медицины постоянно расширяет объем разрешения вопросов врачом, в конечном итоге он принимает и несет ответственность за своё решение. Отсюда, всеобщее обращение собравшихся: доверие врачам, что не означает отказа от предпринимания обществом соответствующих мер осторожности, чтобы избежать возможных случаев злоупотреблений.

9. Трансплантация и вопросы этики

Собравшиеся единогласно признали, что оживленные дискуссии по вопросу трансплантации сердца являются доказательством высокой нравственной впечатлительности общества. Этики, не претендуя на окончательное разрешение проблемы, могут, однако, то показать врачам и обществу сложность и разнородный характер обусловления принимаемых врачами решений. Тесное сотрудничество врачей и этиков может в итоге привести к возникновению современной врачебной этики. Задачей этой этики было бы не только разработка этического кодекса врачей, а прежде всего обучение их рациональному мышлению в вопросах этики, возникающих вместе с развитием современной медицины.

ETHICAL ASPECTS OF HEART TRANSPLANTATIONS

(A Summary)

On February 29, 1968, on the initiative of the Chair of Ethics of Warsaw University and the Department of Medicine of the Polish Academy of Sciences, a conference on the ethical problems raised by heart transplantations was held in Warsaw. In the discussion took part representatives of philosophy, ethics, the sociology of law, and medicine. The debates were opened and, afterwards concluded by Professor Tadeusz Kotarbiński. The following participated in the discussion:

Professor Marek Fritzhand, head of the Chair of Ethics of the Warsaw University Institute of Philosophy, Editor of „Etyka”

Professor Kornel Gibiński, head of the 3rd Internal Diseases Clinic of the Medical Academy of Katowice

Assistant Professor Henryk Jankowski, Deputy Director of the Warsaw University Institute of Philosophy, research worker at the Chair of Ethics

Professor Józef Keller, head of the Department of the Study of Religions of the Polish Academy of Sciences Institute of Philosophy and Sociology

Professor Tadeusz Koszarowski, Chairman of the Polish Medical Society, head of the Department of Surgery of the Institute of Oncology in Warsaw

Professor Leon Manteuffel, head of the Clinic of Chest Surgery of the Institute of Tuberculosis in Warsaw

Assistant Professor Mieczysław Michalik, research worker at the Department of Philosophy of the Military Political Academy in Warsaw

Professor Jan Moll, head of the 2nd Surgery Clinic of the Medical Academy in Łódź

Professor Jan Nielubowicz, head of the Department of Experimental and Clinical Surgery of the Polish Academy of Sciences, and of the 1st Surgery Clinic of the Medical Academy in Warsaw

Professor Tadeusz Orłowski, Deputy Secretary of the Medical Department of the Polish Academy of Sciences, head of the 1st Clinic of Internal Diseases in Warsaw

Assistant Professor Adam Podgórecki, head of the Chair of the Theory and History of Morals of the Warsaw University Institute of Philosophy

Professor Ksawery Rowiński, Scientific Secretary of the Medical Department of the Polish Academy of Sciences

Assistant Professor Magdalena Sokołowska, head of the Department of the Sociology of Medicine of the Institute of Philosophy and Sociology of the Polish Academy of Sciences.

A definite majority of the participants in the discussion did not find heart transplantations objectionable on moral grounds. This was pointed out by Professor T. Kotarbiński who in his concluding speech said: „I think that the answer to the paramount question of whether the ethics we represent here, after the most thorough study of all available information, can find any serious fault with practising heart transplantations, is definitely negative”. The only person to speak against heart transplants was Professor L. Manteuffel, who said: „The mere thought of heart transplants is disgusting to me. Still, I do not know whether disgust fits into the framework of ethics. I simply find this method to be a degradation of human dignity. Do we really have to live at all costs?”.

The participants in the discussion differed in their opinions on the future of transplantation as a medical method. Professors L. Manteuffel, T. Orłowski and J. Nielubowicz, for instance, regard it as a sign of weakness of medicine, to be jettisoned some time in the future. Also Professor M. Fritzhand spoke against overestimating the importance of transplantation in the future, presenting a handful of ethical reasons. On the other hand, Professor J. Moll, who later carried out Poland's first transplant operation, said that the future of surgery is with transplantology.

A number of details discussed can be grouped around the following topics:

1. Whether or not the transplantation runs counter to the medical ethics?

On this point the participants emphasised the necessity of differentiation between kidney and heart transplants. In the first instance it is really debatable whether taking a kidney out a live and healthy organism is not tantamount to breaking Hippocrates' oath, which, first and foremost, imposes on a doctor the duty of protecting human health. However, both the doctors and the ethicists were unanimous in their view that it is noble, and even heroic, for a mother to donate her own kidney to save her child. What is more — they continued — the moral wound she would inflict on herself if she did not sacrifice her kidney would certainly outweigh all implications resulting from the fact of donating it. The situation looks different as regards heart transplants, because in this particular case the donor can be only a dead man. „But even in this case — argued Professor T. Koszarowski — the decision to swap organs is neither against the law nor the medical deontology binding in this country”.

2. The definition of death

The question of how to define death was given priority by all those present, and the statement by Professor T. Orłowski seems to have been representative of the views voiced during the discussion. He said: „Working out a legal formula for the death of a potential donor is out of question now, since the present methods of classifying the man as dead are far from perfect and there is as yet no official rule to follow. Hypostatic spots appear many hours after the actual death, and at present only after cutting a man's head off can one be perfectly sure that he is dead”. In Professor M. Fritzhand's opinion the present definition of death is not a purely theoretical one, but persuasive (appreciative), attributing explicit values to life. This definition, in fact, carries an element of approval of performing operations such as transplants, and so accepting it involves not only a theoretical but also a moral decision.

3. *The possibility of abuse*

The very fact of existence of contesting definitions of death may raise fears about the possibility of abuse of transplantation. However, the medical scientists who attended the discussion presented some ways of ascertaining that a man is dead, used both in Poland and abroad which, in their opinion, eliminate the possibility of committing malversations. Among the latter were named the selling of bodies, the use of violence, the transplantation of hormonopoitetic glands, and, in the future, even of the brain. Incidentally, the present-day medicine is not yet so advanced as to make brain transplants possible now.

4. *The respect for and the utilisation of the corpse*

Explaining the existence of certain social prejudices against transplantation, some of the speakers pointed to moral norms which order respect for the corpse. And so, on the one hand, there were voices calling for the maximum respect for the bodies, on purely ethical grounds (Professors T. Koszarowski and M. Fritzhand), and, on the other, emphasis was laid on their full utilisation for transplants. Professor K. Rowiński, who spoke for the latter, put it very strongly indeed. He said: „The cremation of corpses now that their organs can be used for transplants is sheer wastefulness. In fact, I am not against cremation as such. I think bodies can and should be cremated, but only after taking out of them all those organs that can help save the living”.

5. *Health protection and heart transplantation*

Professor K. Gibiński and Assistant Professor M. Sokołowska strongly emphasized the existence of economic limits, disadvantageous for heart transplants, as well as moral and legal problems connected with the choice of a donor. Present economic circumstances eliminate the possibility of carrying out transplants on all those in need. On the other hand, everybody here has the right to benefit from the latest achievements of medicine. „Therefore, have we the moral right to refuse to cure a man if there is a positive chance of success?” — asked Professor K. Gibiński.

6. *Can heart transplants cause changes in personality*

Views of those gathered differed on the extent of changes in personality brought about by a heart transplant. Some even said that there were no changes whatsoever, others maintained the very fact of regaining health was tantamount to a change of some sort. These conflicting opinions resulted largely from different interpretations of the, term „change in personality”.

7. *Religion versus transplantation*

Professor J. Keller remarked that the source of the existing prejudice against heart transplantation is the cult, prevalent in our culture, of the human heart as the abode of all feelings, mostly positive ones. There is a religious background to it.

8. *Transplantation and the confidence in doctors*

The absence of legal formulas and definitions regulating the conditions for transplantation, and the rapid expansion of medicine constantly increase the doctor's responsibility for his decisions. Therefore, all those gathered appealed for more confidence in doctors, which does not mean a total abandonment by the society of all precautions against possible abuse of transplantation.

9. Transplantation and the tasks confronting ethicists

The participants in the seminar were unanimous in their view that lively discussions on heart transplantation are proof of great moral sensitivity of the society. Still, the ethicists, distant as they are from presenting ultimate solutions, must point out, to both society and the physicians alike, the complexity of circumstances under which their decisions are made. It was further decided that close co-operation between physicians and ethicists may lead to elaborating a modern medical ethics, among whose tasks would be not only compiling a doctor's moral code, but which would, first and foremost, teach them to think in rational terms once they are confronted with ethical issues, brought to the surface in profusion by the development of modern medicine.