

Tadeusz Ślipko

Etyka a transplantacja serca

Studia Philosophiae Christianae 11/1, 143-188

1975

Artykuł został zdigitalizowany i opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej bazhum.muzhp.pl, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.

TADEUSZ ŚLIPKO

ETYKA A TRANSPLANTACJA SERCA

1. Rozwój wydarzeń. 2. Dlaczego etyczna problematyka transplantacji serca była tak długo przemilczana? 3. Zasadnicze aspekty etycznego problemu transplantacji serca. 4. Najważniejsze stanowiska. 5. Refleksja krytyczna. 6. Sformułowanie własnego stanowiska.

1. Rozwój wydarzeń

Transplantacja serca dokonana po raz pierwszy w dziejach ludzkości przez dra Christiana Barnarda w dniu 2 grudnia 1968 r. stała się przyczyną rzeczywistego wstrząsu tylko wśród szerokich kręgów społeczeństwa. Dla fachowców zorientowanych w postęпах współczesnej chirurgii nie było to zaskoczeniem. Wiedzieli oni, że medycyna zmierzała konsekwentnie do tego celu już od dłuższego czasu. Nie jest moim zamiarem szkicować całą historię rozwoju idei i umiejętności dokonywania przeszczepów części organizmu ludzkiego. Wystarczy odnotować tylko najbardziej istotne fakty stanowiące niejako ostatnie już kroki medycyny na tej drodze¹). Zapoczątkowało ją przejście od dokonywanych wcześniej przeszczepień zewnętrznych organów ciała do przeszczepień organów wewnętrznych. Pierwszym na tym polu osiągnięciem było udane przeszczepie-

¹ Por. P. Hawthorne, *The transplanted heart*, Chicago 1968, s. 1—5. S. Olejnik, *Przeszczepianie narządów ludzkich w świetle refleksji teologicznomoralnej*, *Studia Theolog. Varsaviensia* 1972 (X, nr 1.) s. 117—123). Zawiera dalsze informacje bibliograficzne na temat historii przeszczepień narządów ludzkich).

nie nerki między dwoma bliźniakami w r. 1954 w Bostonie przeprowadzone przez dra J. E. Murraya. Następnym etapem stały się przeszczepy wątroby, po których pacjenci nie żyli jednak dłużej aniżeli pięć miesięcy.

Mimo doznawanych niepowodzeń zainteresowani w tej dziedzinie specjaliści powzięli jeszcze śmielsze plany. Ich kresem ostatecznym, a zarazem najbardziej pasjonującym, stało się przeszczepienie serca.

Prace przygotowawcze w tym kierunku zapoczątkowano już ok. 1954 r., od razu w kilku ośrodkach badawczych zlokalizowanych w zachodniej Europie, Ameryce i Afryce Południowej. Po doświadczeniach dokonanych na zwierzętach przysła kolej na człowieka. W roku 1964 dr J. D. Hardy (Missisipi — USA) przeszczepił serce szympansa człowiekowi konającemu z powodu wady serca. Pacjent — zmarł jednak już w półtora godziny po operacji. Przyczyną tak rychłego zgonu była prawdopodobnie zbyt mała objętość serca szympansa w porównaniu do serca ludzkiego. Dalsze prace przygotowawcze wydoskonaliły jeszcze techniczną stronę zamierzonej operacji, aczkolwiek już od roku 1954 wiedziano o wielkiej przeszkodzie w jej skutecznym przeprowadzeniu ze strony tzw. „bariery immunologicznej”.² Polega ona na reakcji organizmu zmierzającego do usunięcia obcego organu. Choć do dziś dnia nie wynaleziono jeszcze przeciw temu niebezpieczeństwu środków zaradczych, w r. 1968 kilka ekip chirurgicznych czekało tylko na moment, kiedy zbiegną się zasadnicze warunki bezpośrednio konieczne do podjęcia transplantacji serca.

Zrzędzeniem losu stało się to 2.XII.1968 r. w Kapsztadzie w szpitalu w Groote Schuur. W wyniku wypadku samochodowego zmarła tam dwudziestopięcioletnia Denise Darvall. Jej ojciec Edward G. Darvall zgodził się na pobranie córce serca i nerki. Nerkę przeszczepiono 10-letniemu murzyńskiemu chłopcu Jonathanowi Van Wyk, serce zaś — Louis Washkansky'emu, dla którego miało być ono ostatnią deską ratunku w nieuleczal-

² Por. Hawthorne, dz. cyt., s. 2.

nej chorobie serca. Operacji dokonał dr Christian Barnard wraz z bratem Mariuszem, obydwaj przygotowani do tego studiami i praktyką w przodujących ośrodkach badawczych Ameryki i licznymi doświadczeniami na psach. Operacja ta zakończyła się wynikiem pozytywnym, aczkolwiek tylko doraźnym. Washkansky zmarł w kilka miesięcy po zabiegu z powodu — jak twierdzi dr Barnard — innej choroby, aniżeli serca.

Sensacyjna wiadomość o dokonanej przeszczepie obiegnęła błyskawicznie cały świat, wywołując obok powszechnego podziwu i uznania także burzliwą dyskusję na temat etycznej oceny dokonanej transplantacji. Początkowo rozwijała się ona na terenie środków masowego przekazu, rychło jednak przeszła na szpalty publikacji naukowych, dzięki czemu problem transplantacji serca urósł do rzędu najnowszego, a zarazem nader kontrowersyjnego problemu etycznego.

Tymczasem sukces dra Barnarda zmobilizował innych chirurgów do działania. Choć w pewnych krajach, np. w Związku Radzieckim, od początku ustosunkowano się do tej sprawy z rezerwą, dla innych narodów, szczególnie w Ameryce i Europie Zachodniej, przeprowadzenie transplantacji serca stało się sprawą prestiżową. Napłynęły więc komunikaty o dalszych operacjach przeprowadzonych z różnym skutkiem w Stanach Zjednoczonych, w Anglii i Francji.

Co prawda dziś fala entuzjazmu dla tego osiągnięcia współczesnej medycyny znacznie opadła, mimo to problem przez nie postawiony pozostaje otwarty, szczególnie z moralnego punktu widzenia. Dotychczasowa dyskusja niektóre aspekty tego zagadnienia wyjaśniła, ale nad innymi pozostały nadal znaki zapytania. Staną się one przedmiotem naszych na ten temat rozważań.

2. Dlaczego etyczna problematyka transplantacji była tak długo przemilczana?

Szkicowany zarys wydarzeń poprzedzających dramatyczną decyzję dra Barnarda dowodzi wystarczająco, że idea trans-

plantacji serca dojrzewała w różnych naukowo-badawczych ośrodkach współczesnej medycyny co najmniej przez kilkanaście lat przed jej realizacją. Mimo to problem jej etycznej dopuszczalności — o ile można wyrokować na podstawie literatury przedmiotu dostępnej autorowi niniejszych uwag — nie został nigdzie postawiony w sposób umożliwiający publiczną nad nim dyskusję. Wprawdzie wiadomo, że niektórzy kardiochirurdzy zainteresowani w przygotowaniach do transplantacji żywili poważniejsze obawy co do godziwości planowanego przedsięwzięcia³⁾ i dlatego świadomie powstrzymywali się od przystąpienia do decydującej operacji, to jednak było też wielu, którzy zmierzali do wytkniętego celu bez żadnych skrupułów moralnych.⁴⁾ Pod tym względem widzi się znaczną różnicę między historią transplantacji serca a historią bomby atomowej. Jak wynika z relacji Jungka⁵⁾, fizycy w ogromnej większości przeżywali wielkie niepokoje sumienia, kiedy stanęli wobec realnej perspektywy wyzwolenia energii jądrowej dla celów wojennych. Nie przecząc, że skutki broni atomowej trudno jest porównywać z efektami transplantacji serca, (niszczycielski charakter i masowy zasięg pierwszej z nich, terapeutyczny zaś i indywidualny drugiej), mimo wszystko w obu da się wykryć obecność jednego wspólnego elementu: jest nim zagrożenie życia człowieka.

Odnosnie do działania broni atomowej sprawa nie budzi żadnych wątpliwości. Ale wystarczy krótka refleksja nad obiektywnym znaczeniem transplantacji serca, aby się przekonać, że i w tym wypadku twierdzenie o zagrożeniu człowieka jest prawdziwe. W dzisiejszym bowiem stanie techniki kardiochirurgicznej trzech przede wszystkim aktorów uczestniczy w tym dramacie: pierwszym z nich jest dawca serca, któremu lekarz (druga persona dramatis) pobiera serce, aby je przeszczepić

³⁾ Hawthorne, dz. cyt., s. 4.

⁴⁾ Hawthorne, dz. cyt. s. 3. „The way this man talks about a heart you would think it was just a piece of flesh.”

⁵⁾ Jungk R., *Jaśniej niż tysiąc słońc*, Warszawa, P.I.W., 1967, przekł. H. Kohanowa, s. 64—68, 137—142, 212—213, 219.

trzeciej, jego biorcy. Lekarz prowadzi akcję, ale punktem, w którym ta akcja się ogniskuje i dochodzi do szczytu napięcia, jest ludzkie serce. A przecież, jak się zwykło podkreślać przy okazji, człowiek z natury ma tylko jedno serce. Na tym organie niewidocznymi nićmi zawieszona jest egzystencja człowieka, w nim też pulsują przeróżne przejawy jego psychicznego życia i całej osobowości. Transplantacja serca zmierzając do przeszczepienia serca z jednego człowieka drugiemu człowiekowi równocześnie, choć pod innym względem, dosięga samego dna ich człowieczej egzystencji. W porównaniu z innymi operacjami chirurgicznymi ta operacja wykazuje nader wyraźne i zasadnicze różnice. Fakt ten z nieprzepartą oczywistością narzuca się każdemu, kto zdaje sobie sprawę z tego, na czym polega transplantacja serca; tym bardziej nie mógł on pozostać tajemnicą dla specjalistów zaangażowanych w prace nad jej realizacją.

Stawia to nas w obliczu istotnego pytania. Skoro transplantacja serca stanowi tak głęboką ingerencję w psychofizyczną strukturę człowieka i dosięga bezpośrednio samych źródeł egzystencji człowieka, czy planującym ją kardiochirurgom nie powinny być nasunąć się pytania odnośnie do jej moralnej wartości? Czy nie powinny być zrodzić się w nich obawy, że z moralnego punktu widzenia może tu być coś „nie w porządku”, że to ich poruszanie się na krawędzi życia i śmierci stwarza niebezpieczeństwo przekroczenia dozwolonej granicy, że ich słuszne dążenie do ratowania życia ludzkiego sprzęga się z moralnym złem i naruszaniem wartości wyższego rzędu? A jednak, jak wynika z poprzednio poczynionych uwag, żadne z tych pytań nie zarysowało się poważniej w ich świadomości moralnej i nie przekształciło się w „sprawę sumienia”. Dlaczego tak się stało, czym ten fakt tłumaczyć?

Nie mamy prawa mniemać, że ośrodki naukowe specjalizujące się w przygotowaniach do transplantacji serca owładnięte były znieczulicą moralną, która z cynicznym spokojem ignoruje zasady i wartości moralne, apelując do nich jedynie wtedy, gdy stać się mogą sposobnym narzędziem do realizacji jej ce-

łów. Bardziej prawdopodobnym wydaje się przypuszczenie, że czynni w tych ośrodkach kardiochirurgicy ulegli swoistej fascynacji otwierającymi się w transplantacji serca perspektywami nowych osiągnięć medycyny. Siłą inspirującą ich postępowanie stała się najprawdopodobniej niezwykłość operacji i jej technicznej strony, wielkość odkrycia, opanowanie świata dla medycyny jeszcze nieznanego. Znamienne w tym względzie są słowa prof. Barnarda cytowane przez Hawthorna jako motto jego książki: „Momentem prawdy, momentem, w którym nadzwyczajność całego wydarzenia rzeczywiście mną wstrząsnęła, było dla mnie wyjęcie serca Washkansky’ego. Spojrzałem w głąb i ujrzałem pustą przestrzeń... myśl, że oto leży przede mną człowiek pozbawiony serca, ale jeszcze żyjący, stała się przeżyciem silniejszym nad wszystkie inne”⁶. Niemałą też rolę odgrywać musiały związane z tym nowe możliwości ratowania ludzkiego życia w straconych zdawałoby się sytuacjach i wielkie idee postępu nauki w służbie dla dobra ludzkości. W świetle tych błyskotliwych miraży straciły znaczenie ewentualne przeciwskazania moralne i nie mogły utorać sobie drogi do świadomości zapatrzonych w przyświecający im cel kardiologów. Niebezpieczeństwa moralne? Przypuśćmy, że są! Ale tak dzieje się we wszystkich dziedzinach wiedzy! Postęp dokonuje się na drodze prób i eksperymentów, a z tym zawsze łączy się ryzyko błędu. Nic przeto dziwnego, że w zasięgu prac przygotowawczych tak myślowo zorientowanych kardiochirurgów nie było miejsca na dyskusje etyczne, tym samym brakowało gotowości do kierowania się ich wynikami w praktycznym postępowaniu. Etyczna strona transplantacji serca stała się problemem dopiero w chwili, kiedy rzecz doszła do wiadomości publicznej i wywołała gwałtowną reakcję potocznych intuicji moralnych.

⁶ „My moment of truth — the moment when the enormity of it all really hit me — was just after I had taken out Washkansky’s heart. I looked down and saw this empty space... the realisation that was a man lying in front of me without a heart but still alive was, I think, the most aweinspring moment of all”. Por. dz. cyt., s. 3—4.

Do jakiej refleksji prowadzą zreferowane ustalenia? Rzutują one na świat idei i klimat duchowy, w którym zrodziła się myśl i doszło do urzeczywistnienia transplantacji serca. Jeżeli postawiona diagnoza jest trafna, a wszystko przemawia za tym że tak jest w istocie ⁷), wyłania się przed nami świat medyków w ideologicznej swej treści ukształtowany przez kult techniki i efektywności działania, a równocześnie przeniknięty duchem mniej lub więcej świadomego naturalizmu i utylitaryzmu, choć nie pozbawionego szlachetnych skądinąd pobudek. Jego — ogólnie rzecz biorąc — znamioną cechą jest to, że nie tylko wyprowadza wartości moralne z empirycznie danej (a więc nie z ocenionej etycznie, inaczej — racjonalnej) natury, ale je też do tej natury sprowadza i jej zasadom podporządkowuje. W myśl tych tendencji prawa postępu i rozwoju dyktują to, co moralnie wartościowe. Świat wartości i prawa moralnego nie stanowi porządku wyższego i nadrzędnego w stosunku do wszelkich form działalności człowieka, a więc i jego technicznego rozwoju.

Dotychczasowa historia transplantacji serca dowodzi, że do momentu przeprowadzenia pierwszej operacji przeszczepienia serca zasadniczy wpływ na bieg wydarzeń i mentalność kierujących nimi ośrodków naukowych miały te właśnie tendencje naturalistyczne i po laicku humanistyczne. Etyk wszakże nie może poprzestać tylko na stwierdzeniu tego faktu. Ujawnienie ideologiczno-filozoficznych uwarunkowań, determinujących kierunek i klimat duchowy początkowej fazy transplantacji serca, ma dla niego dwojakie znaczenie. Najpierw rzuca pewne światło na moralną ocenę dotychczasowego zachowania się kardiochirurgów, a nadto — i to jest ważniejsze — służy mu za przestrożę metodologiczną w dalszym badaniu tego problemu. Mianowicie skoro pod naciskiem opinii publicznej i jej głosu

⁷ Świadczą o tym między innymi dyskusje toczone dziś jeszcze przez lekarzy na temat transplantacji serca. Poza trudnościami z przełamaniem „bariery immunologicznej” innych zastrzeżeń przeciwko transplantacji serca w ogóle się nie dostrzega. Por. artykuły opublikowane w magazynie L'Express 1973 (17—23 septembre), s. 52—54.

doszło w końcu do postawienia pytania na temat moralnej wartości transplantacji serca, musi ono być rozważane w atmosferze wolnej od zbytnej euforii w przyklaskiwaniu osiągnięciom medycyny i od milczącego uznania ich za nadrzędną zasadę, *a priori* ten problem rozstrzygającą.

Nie chodzi oczywiście o to, aby przy formowaniu oceny moralnej transplantacji serca również *a priori* ustosunkować się do niej negatywnie. Poprawność myślenia filozoficznego domaga się, aby do zagadnienia podejść w sposób możliwie bezstronny i być otwartym na wszystkie racje, przemawiające zarówno „za”, jak i „przeciw” jego moralnej dopuszczalności. Ponieważ jednak kult nauki i efektywności przez pewien czas z taką siłą determinował wizję i ocenę transplantacji serca, że w ogóle uniemożliwił uświadomienie sobie moralnej specyfiki i dyskusyjności, zachodzi obawa, że kiedy już ten problem zaistniał, może wpłynąć z kolei zakłócająco na prawidłowość jej rozwiązania. Dlatego pewna na tym odcinku rezerwa wydaje się warunkiem koniecznym dla stworzenia właściwej atmosfery intelektualnej w dalszej analizie tego zagadnienia.

3. Zasadnicze aspekty etycznego problemu transplantacji serca

Poprzednie uwagi ukazały transplantację serca jako działanie wybitnie ambiwalentne. Wiąże się z nim obawa i nadzieja, niebezpieczeństwo zła i możliwość dobra, zagrożenie człowieka i szansa jego ocalenia. W tej postaci bierze je na warsztat swej pracy refleksja etyczna. I od razu zaznacza się podstawowa różnica pomiędzy myślą etyczną a czysto technicznym podejściem medycznym. Z ostatniego punktu widzenia istota rzeczy streszcza się w jednym pytaniu, jak przezwyciężyć tzw. „barierę immunologiczną”, aby transplantacja serca okazała się skuteczna. Etyk natomiast wydobywa na jaw antropologiczne aspekty zagadnienia, których analiza ma mu dostarczyć danych do ustalenia, czy transplantacja serca jest moralnie dozwolona. Przedmiotem analizy staje się: prawo do życia dawcy serca, prawo tegoż dawcy do dysponowania własnym ciałem po śmierci, pra-

wo biorcy serca do zachowania w integralnym stanie własnej osobowości, zakaz używania zwłok ludzkich do celów czysto utylitarnych, a wreszcie zasada równości wszystkich ludzi w korzystaniu z dobrodziejstw medycyny. Obawy niektórych rasistów, czy godzi się przeszczepić serce białego człowieka murzynowi, względnie odwrotnie, można pominąć. Nie zasługują bowiem na to, aby je poważnie traktować.

Zamiast tego lepiej będzie postawić pytanie, czy uwidoczniłoby się w sporządzonej liście aspekty etycznej problematyki transplantacji serca na równi determinują jej istotny sens, czy też zachodzi między nimi jakaś gradacja. Dotychczasowy przebieg dyskusji wskazuje, że centralny punkt problemu mieści się niewątpliwie w etycznych implikacjach prawa do życia dawcy serca. Dlatego zasługuje ono na to, aby je wysunąć na czoło zamierzonych analiz.

a) Czy transplantacja serca nie naruszy prawa do życia dawcy serca

Z informacji medycznych wynika, że do pomyślnego przeprowadzenia przeszczepu serca wymaga się, aby serce dawcy zostało pobrane w określonych „optymalnych warunkach”. W tym zaś wypadku „optymalne warunki” oznaczają pierwszy moment (ew. pierwsze momenty) po jego śmierci, gdyż wtedy serce znajduje się jeszcze w stanie nadającym się do wszczepienia go w cudzy organizm. Innymi słowy, w interesie biorcy serca leży, aby interwencja chirurga po stronie dawcy dokonała się w czasie, „kiedy (ten drugi — TS) człowiek już umarł, ale jego serce jeszcze żyje”⁸.

Inaczej przedstawia się sprawa rozpatrywana z punktu widzenia dawcy serca. Chodzi bowiem o człowieka, który mimo beznadziejnego stanu zdrowia nie traci przysługującego mu prawo do życia. Z tego też tytułu lekarz na mocy przysięgi

⁸ Kotarbiński T., *Etyczne aspekty transplantacji serca (Zagajenie dyskusji)*, *Etyka* 1969 (4), s. 12.

Hipokratesowej (wyrażającej wszakże tylko naturalny nakaz etyki zawodowej lekarza) ma przed sobą dwie drogi: albo zastosować dostępne mu środki przedłużenia życia pacjenta, o ile tego rodzaju zabiegi są w jakimś stopniu celowe, albo też stwierdzenia jego niewątpliwego zgonu.

Jak długo bądź to istnieje praktyczna możliwość utrzymania zamierającej akcji serca, bądź też nie występują całkowicie pewne oznaki śmierci, pacjent musi być traktowany jako człowiek jeszcze żyjący. Lekarzowi w takim wypadku nie wolno przystąpić do pobrania mu serca. Dla podjęcia transplantacji serca jest rzeczą konieczną *uprzednie stwierdzenie zgonu dawcy serca*. Jakimi w tym względzie możliwościami dysponuje współczesna medycyna?

Odpowiedzi na postawione pytanie udzielić mogą tylko kompetentni w tej sprawie specjaliści. Otóż lekarze zgodnie podtrzymują zdanie, że medycyna nie doszła jeszcze do wypracowania takich metod, które by (poza pewnymi wyjątkowymi sytuacjami) pozwalały w odpowiednio krótkim czasie stwierdzić w sposób całkowicie pewny fakt zaszłego zgonu.⁹ Nie tylko więc elementarne oznaki świadczące o tzw. śmierci biologicznej, a więc ustanie akcji serca i brak oddechu okazują się zawodne, ale także kryteria tzw. śmierci klinicznej nie stwarzają podstaw rzeczywistej pewności. Świadczy o tem konieczność stosowania wielu wskaźników, które ponadto łączy się w różne kombinacje. Aby wprowadzić pewną jednolitość na tym odcinku, a zarazem zapewnić maksimum obiektywności i pewności o zaszłej śmierci na ogólnie — światowym zjeździe lekarskim w Edynburgu w r. 1966 zalecono następujący ich zestaw: brak wszelkiego refleksu (reakcji zmysłów), pięciominutowy brak oddechu, spadek ciśnienia krwi, ustanie dopływu krwi do mózgu, brak zapisu impulsów w mózgu na encyfalografie¹⁰. Nie rozstrzyga to jednak sprawy, ponieważ i te wskaźniki nie dają gwarancji całkowitej pewności. Przede wszystkim

⁹ *Etyczne aspekty transplantacji serca*, Etyka 1969 (4), s. 23, 31.

¹⁰ Hawthorne, P. *The transplanted heart*, s. 145. Por. Bogusz J. *Chirurgia a etyka*, Kraków 1972, Nauka dla wszystkich, nr 172, s. 13.

najważniejszy z nich, zapis encefalograficzny na krótkiej przestrzeni czasu ma nader problematyczną wartość, szczególnie w pewnych przypadkach np. zatrucia mózgu. Konieczna więc jest dłuższa jego obserwacja — zdaniem prof. Bogusza¹¹ — przez dwanaście godzin, co w wypadku transplantacji serca powoduje czasową zwłokę ze wszech miar niepożądaną z punktu widzenia celowości tej operacji.

Z zestawienia przytoczonych danych wynikają z kolei wnioski natury etycznej. Pokazuje się, że w zjawisku transplantacji serca zaznacza się kolizja dwu sprzecznych tendencji: ze strony biorcy serca dążenie do przyspieszenia momentu pobierania serca, ze strony zaś jego dawcy — do jego opóźnienia. „Interes” (zdrowie) biorcy serca „kłóci się” więc z „interese” (prawem do życia) jego dawcy. Prawo do życia stanowi jednak fundamentalne uprawnienie każdego człowieka. Na tej podstawie przedstawia ono wysokiego rzędu wartość moralną niezależnie od sytuacji życiowej, w jakiej się człowiek aktualnie znajduje. Nic przeto dziwnego, że ewentualność zagrożenia tego prawa przy transplantacji serca stwarza rzeczywistą i samego sedna sprawy tyżącą trudność przy ustaleniu moralnej kwalifikacji tej operacji. Zauważyć wypada, że trudność ta uwarunkowana jest obiektywnym stanem rzeczy właściwym transplantacji serca. Wynika ona z rozważania tego zjawiska w jego stałych elementach strukturalnych, niezależnie od towarzyszących mu subiektywnych nastawień poszczególnych osób. Dotyczy przeto każdego przypadku transplantacji serca, w którym śmierć dawcy serca stwierdza się przy pomocy wspomnianych niedoskonałych kryteriów, i dobywa na światło dzienne ukryte w nim zagrożenie fundamentalnych praw osoby ludzkiej. Na tym polega jej wielki z etycznego punktu widzenia ciężar gatunkowy.

Oprócz tego w tym samym kontekście mówi się często o niebezpieczeństwie nadużyć popełnianych przez lekarzy, którzy kierując się etycznie nieusprawiedliwionymi motywami (np. dążeniem do zawodowego sukcesu lub troską o życie pacjenta)

¹¹ dz. cyt., s. 13.

mogą podejmować pochopne decyzje ze szkodą dla jednej, albo nawet dla obydwu osób uczestniczących w procesie przeszczepiania serca. Nie można oczywiście lekceważyć wysuwanych z tej strony zastrzeżeń, choć w porównaniu z tkwiącą w transplantacji kolizją interesów dawcy i biorcy serca dotyczą one — trzeba to wyraźnie podkreślić — mniej trudnych do rozwiązania aspektów zagadnienia.

b) Czy transplantacja serca da się pogodzić z prawem dawcy do nienaruszalności jego ciała?

We współczesnym świecie cywilizowanym nie kwestionuje się prawa człowieka do nienaruszalności ciała. Na tej podstawie nie wolno dopuszczać się żadnych manipulacji na jego ciele bez uprzedniego uzyskania formalnej na to zgody. Wyjątek stanowią pewne przypadki określone przez prawo karne jako sankcje za popełnione występki („oko za oko, ząb za ząb”). Uprawnienie to nie budzi też zastrzeżeń z punktu widzenia moralnego. Przyjmują je zgodnie skądinąd skłócone ze sobą doktryny filozoficzno-etyczne. W związku z transplantacją serca powstaje jednak pytanie, czy prawo to przysługuje człowiekowi tylko do chwili zgonu, czy też zachowuje ono swoją moc normatywną również po jego śmierci. W ostatnim bowiem założeniu uzasadniona wydaje się wątpliwość, czy chirurgiczne wyjęcie serca w celu wszczepienia go w inny organizm nie stanowi przypadkiem nieuprawnionej ingerencji w cudze prawa, przynajmniej w stosunku do tych osób, które uprzednio nie dały na to wyraźnej zgody.

c) Czy transplantacja serca nie oznacza nieuprawnionej interwencji w osobowość człowieka, czy nie narusza jej integralności?

Zasadniczą podstawę do wysunięcia tego rodzaju obaw stanowi fakt, że ze stanem i funkcjonowaniem serca związane jest całe bogactwo psychicznych przeżyć człowieka, przede wszyst-

kim zaś stany uczuciowe, które są jednym z ważnych czynników kształtujących osobowość człowieka. Zmiany w anatomicznej strukturze serca ludzkiego mogą więc wywołać paralelne zmiany w sferze emocjonalnej, co z kolei może wpłynąć deformująco na osobowość człowieka.

Z drugiej zaś strony, jeżeli uznaje się prawo człowieka do integralności ciała, nie widać racji, aby mu odmawiać analogicznego prawa do nienaruszalności psychiki i jej funkcjonowania. Prawo, o którym mowa, można nazwać prawem człowieka do własnej duchowej tożsamości.

Przenosząc te pojęcia na grunt transplantacji serca stajemy wobec pytania, czy wszczęcie nowego serca nie narusza psychicznej tożsamości jego biorecy. Jaki jest charakter moralnego uprawnienia do pozostania „samym sobą”? Czy leży w mocy poszczególnych osób zrzec się tego prawa, czy też nie? Jeżeli prawo do zachowania własnej tożsamości zostałoby uznane za prawo niepozywalne, a transplantacja serca oznaczałaby jego nieuchronne pogwałcenie, wówczas dokonana nawet za zgodą biorecy wykroczałaby poza szranki moralnych kompetencji człowieka. Stanowiłaby obiektywne zło moralne zawsze, w każdym założeniu, a więc byłaby moralnie niedopuszczalna. Jest to jednak rzecz do zbadania na gruncie etyki i przy pomocy jej przesłanek.

- d) Czy transplantacja serca nie pozostaje w sprzeczności z obowiązkiem szacunku należnego ludzkiemu ciału?

Zastrzeżenia moralne zawarte w tym pytaniu przybrały znacznie na sile na skutek doświadczeń zebranych podczas ostatniej wojny światowej. Hitlerowskie Niemcy wykorzystywały ciała ludzkie lub ich fragmenty jako surowca do produkowania różnych przedmiotów użytkowych (np. mydła). W potocznym odczuciu moralnym naszego społeczeństwa i wielu innych postępowanie takie uchodziło za przejaw pogardy dla ludzkiego ciała i poniżenie ludzkiej godności dotkniętych tym istot.

Z kolei stosując zasadę analogii można wysunąć przypuszczenie, że transplantacja serca leży na tej samej linii działania przynajmniej w tym stopniu, w jakim niesie ze sobą wykorzystanie organu jednego człowieka dla ratowania życia drugiego człowieka. Czy nie jest inspirowana podobnym często utylitarnym spojrzeniem na ludzkie ciało, aczkolwiek nie przybiera tak odrażających form jak wojenne praktyki hitlerowców? Czy zatem nie zdradza braku szacunku dla ciała ludzkiego wbrew powszechnej intuicji moralnej, która wszystkim ludom nakazuje otaczać czcią pośmiertne szczątki człowieka i troszczyć się o ich odpowiedni pochówek?

Możliwości utylitarnego wykorzystywania ludzkiego serca sięgają jednak jeszcze dalej i budzą dodatkowe opory moralne. Rozwój nauk medycznych wykorzystując postępy techniki może doprowadzić do tego, że powstaną „banki ludzkich serc”, w których ludzie dla korzyści materialnych sprzedawać będą swe serca. Wizja ludzkości opanowanej duchem komercjalizmu do tego stopnia, że przedmiotem handlu stałoby się nawet ludzkie serce, budzi u wielu wewnętrzną odrazę i skłania również z tego względu do wysuwania moralnych zastrzeżeń przeciwko transplantacji serca. Dla etyka jest to nowe zagadnienie do przebadania aktualne tak długo, dopóki rozwój techniki nie pozwoli na ewentualne dokonywanie przeszczepień przy pomocy sztucznego serca.

e) Czy transplantacja serca nie narusza prawa poszczególnych osób do równego korzystania z osiągnięć medycyny?

Wstępne obliczenia statystyczne przeprowadzone we Francji pozwalają przewidzieć, że operacja transplantacji serca dokonana w tym kraju we wszystkich uzasadnionych wypadkach w ciągu najbliższych dziesięciu lat obciążałaby skarb państwa sumą 35 mld nowych franków,¹² w Wielkiej Brytanii zaś podobna prognoza podaje sumę od 3—16 mld funtów szterlin-

¹² Wypow. prof. K. Gibińskiego, *Etyka* 1969 (4), s. 37.

gów¹³. Łącznie z innymi wydatkami na społeczną służbę zdrowia, stworzyłyby to tak wysokie obciążenie budżetów państwowych, że żadne państwo na kuli ziemskiej nie udźwignęłoby tego ciężaru. W tej sytuacji jedynym wyjściem byłaby rezygnacja z transplantacji serca jako ogólnospołecznej formy leczenia i zarezerwowanie jej tylko dla pewnych wybranych osób. To jednak stworzyłoby nowe trudności. Czy takie rozwiązanie da się pogodzić z uznanym w nowoczesnych społeczeństwach prawem każdego człowieka do jednakowego traktowania na równi z innymi współobywatelami? Przy pomocy jakich kryteriów należałoby dokonywać ewentualnej selekcji? Kto miałby w tej sprawie prawo podejmowania ostatecznej decyzji? Są to pytania, które etyk również musi wziąć pod uwagę w swoich rozważaniach nad etyczną stroną transplantacji serca.

Ustalonych więc zostało niejako pięć płaszczyzn, wyznaczających zasadnicze aspekty moralnej oceny transplantacji serca. Stanowią też one zasadniczy przedmiot dyskusji etycznej na ten temat, która mimo względnie krótkiego czasu doprowadziła do wykryształizowania się kilku typowych stanowisk. Zapoznanie się z zaproponowanymi przez nie rozwiązaniami umożliwi nam głębszy wgląd w samo zagadnienie i dostarczy danych do urobienia sobie własnego na tę sprawę poglądu.

4. Najważniejsze stanowiska

Przeгляд stanowisk etycznych zyska na przejrzystości jeżeli zostaną one uporządkowane według odpowiednich kryteriów. Przyjęte zostały dwa, a mianowicie 1° opowiedzenie się „za” lub „przeciw” dopuszczalności transplantacji serca, oraz 2° ogólno-filozoficzna motywacja zajętego stanowiska. Ze skrzyżowań tych kryteriów otrzymuje się ramowy schemat klasyfikacyjny, pozwalający (przy pewnych uproszczeniach) wyodrębnić cztery podstawowe grupy poglądów. Nie wszystkie jednak reprezen-

¹³ Tamże, s. 167.

towane są przez równą — w pewnym przybliżeniu przynajmniej — ilość wypowiedających się autorów. O ile można w tej sprawie mieć jakieś zdanie, wygląda na to, że większość etyków i lekarzy zwłaszcza światopoglądu laickiego, opowiada się raczej za dopuszczalnością transplantacji serca. W dyskusji wszakże filozoficzno-etycznej decyduje nie liczba głosów, ale wartość argumentacji. Dlatego na ten punkt trzeba będzie zwrócić baczniejszą uwagę.

A. Przeciwnicy transplantacji serca

a) Ze stanowiska czysto lekarskiego, filozoficznie nieokreślonego

Najpoważniejszym przedstawicielem tej grupy autorów na terenie polskim jest prof. Józef Bogusz. W publikacji pt. „*Chirurgia a etyka*”¹⁴, mimo jej popularnonaukowego charakteru, dał bardzo zwarte i rzeczowe ujęcie interesującego nas zagadnienia.

Zdaniem autora klucz do rozwiązania problemu kryje się w technicznych możliwościach ustalenia zgonu dawcy serca w czasie umożliwiającym pomyślne przeprowadzenie operacji. Za rzecz absolutnie niedopuszczalną uważa pobranie serca od osoby żyjącej, a podobnie ocenia akt celowego przyspieszenia śmierci u osoby nie mającej szans życia. „Nie zgłasza natomiast żadnych zastrzeżeń co do zaniechania zabiegów reanimacyjnych w wypadkach kiedy nie roszą one większych nadziei powodzenia. W świetle powyższych założeń warunkiem koniecznym dla przeprowadzenia transplantacji serca pozostaje niezmiennie konieczność uprzedniego stwierdzenia naturalnego zgonu pacjenta. Otóż taka możliwość dotychczas nie zachodzi. Kryteria stosowane przez współczesną medycynę wymagają znacznie dłuższego czasu, aniżeli pozwala na to celowość zamierzonej transplantacji. „Konieczne jest bowiem — uzasadnia swój po-

¹⁴ Kraków, P.A.N., 1972, s. 28.

gląd prof. Bogusz — dwunastogodzinna obserwacja linii poziomej w elektroencefalografie, albo wykazanie przy pomocy arteriografii ustania krążenia mózgowego przynajmniej przez pół godziny. Obok tych dwu postulatów obowiązuje jednocześnie: a) głęboka utrata przytomności, b) brak samoistnego oddychania, c) brak reakcji źrenic na światło i rozszerzenie ich”¹⁵. Skoro zaś uzyskanie praktycznej pewności domaga się aż tylu i tak skomplikowanych zabiegów, w takim razie w dokonywanych aktualnie operacjach transplantacji serca pobiera się je w stanie faktycznej niepewności, a więc w założeniu ewentualności uśmiercenia jeszcze żyjącego dawcy serca. Takie zaś postępowanie pozostaje w sprzeczności z fundamentalnym prawem człowieka do życia. Konkluzja etyczna może więc być tylko jedna: dokonywane w dzisiejszym stanie kardiochirurgii transplantacje serca stanowią działanie moralnie naganne i niedopuszczalne.

Dla wzmocnienia zakazu „nie tędy droga” wskazuje fakt obserwowanego ostatnio przyhamowania pędu chirurgów do dokonywania transplantacji serca, a nawet wydanie w niektórych krajach formalnych przepisów zabraniających tej operacji.

b) Ze stanowiska etyki teistycznej i teologii moralnej

Zdecydowane „caveant” przed transplantacją serca formułuje protestancki teolog — moralista Paul Ramsay¹⁶. Wychodzi on z założenia, że życie ludzkie i godność osoby ludzkiej stanowią nienaruszalne wartości moralne i domagają się bezwzględnego szacunku. Za sprzeczne z tą zasadą uważa zarówno

¹⁵ Chirurgia a etyka, s. 13.

¹⁶ P. Ramsay, *The Patient as Person. Explorations in Medical Ethics*, New Haven and London, 1970, s. XX + 283. Pogląd Ramseyego odtwarzam na podstawie informacji udzielonej mi przez ks. Z. Perza S. J., ponieważ do oryginału dotrzeć mimo starań nie potrafiłem. Zamieszczona zaś w *Theological Studies* (1971 [32] 518—521) recenzja tego dzieła odnośnie do poglądów autora na transplantację serca niczego konkretnego nie mówi.

arbitralne skracanie życia, jak też sztuczne, nie liczące się z godnością osoby, połączone częstokroć z dużymi cierpieniami i kosztami przedłużanie tegoż życia. Transplantacja serca w obecnym swym stanie nie wyszła jeszcze poza ramy doświadczeń na ludziach, którzy decydują się na wszystko, szukając wyjścia z beznadziejnej sytuacji. W tych warunkach osoba ludzka staje się „środkiem” do postępu medycyny lub dla dobra ratowanej jednostki, a to jest niezgodne z przysługującą jej godnością. Postęp medycyny możliwy jest tylko na polu rozsądnej terapii pacjenta, nie zaś — nader niepewnych ostatecznego wyniku prób i eksperymentów.

Z innych danych można wnioskować, że chrześcijańską inspiracją ożywieni przeciwnicy transplantacji serca odmawiają jej moralnej aprobaty, ponieważ widzą w niej poważne zagrożenie dla osobowej integralności człowieka¹⁷. Transplantacja serca ingerując w tak istotne organy anatomicznej struktury człowieka naruszyć może także jego duchową równowagę, czego nikomu na drugim człowieku dokonywać nie wolno.

B. Zwolennicy transplantacji serca

a) Ze stanowiska etyki laickiej

Można by zacytować wielu autorów, którzy rozpatrując transplantację serca z punktu widzenia etyki laickiej wypowiadają pod jej adresem zdecydowaną aprobatę¹⁸. Ze wszystkich jednak najbardziej wyważoną i celną wydaje się opinia prof. Marka Fritzhanda¹⁹. Na jej przykładzie zarysowane zostaną przewodnie idee tego stanowiska.

Prof. Fritzhand przyznaje, że niebezpieczeństwo nadużyć przy operacjach transplantacji serca jest bardzo duże. Obok

¹⁷ Olejnik, S. ks., *Przeszczepianie narządów ludzkich w świetle refleksji teologicznomoralnej*, St. Theol. Vars. 1972 (X, nr 1.) s. 137, 139—140.

¹⁸ Por. *Etyczne aspekty transplantacji serca*, *Etyka* 1969 (4) s. 25—28.

¹⁹ dz. cyt., s. 25—26.

przyczyn subiektywnych, wynikających z ludzkich słabości lekarzy, niemałe znaczenie ma tu także brak ścisłej i naukowo jednoznacznie rozumianej definicji śmierci. W rzeczywistości medycyna zna ich kilka. Ale nawet najpoważniejsza z nich i dziś powszechnie przyjmowana, która fakt zgonu ustala na podstawie zmian w mózgu, nie jest definicją opartą na faktach. Określa ją jako swoistą „definicję — przyzwolenie”. Według tego autora rozumie się przez to formułę przyjętą za regułę postępowania w sytuacjach, w których zachodzi potrzeba zaradzenia pewnym potrzebom praktycznym, choć ma się równocześnie świadomość, że reguła ta nie ma należytego teoretycznego uzasadnienia i zawiera w sobie poważne przymieszki możliwości błędu. Pomimo wysuniętych zastrzeżeń prof. Fritzhand uważa, że kursującą we współczesnej medycynie definicję śmierci należy akceptować również z etycznego punktu widzenia. W przeciwnym razie medycyna nie miałaby widoków rozwoju. Następnie, schodząc ze sfery ogólnych rozważań na grunt konkretnych zastosowań, dochodzi do ostatecznego wniosku, że transplantację serca należy usprawiedliwić na zasadzie „rozsądnego kompromisu” pomiędzy niepewnością kryteriów sprawdzalności zgonu dawcy serca a postulatem postępu nauki i medycyny. Natomiast niebezpieczeństwo nadużyć ze strony lekarzy można zażegnać, stawiając „... — na ile to tylko jest możliwe — społeczne, prawne i etyczne przegrody”²⁰.

b) Ze stanowiska etyki teistycznej i teologii moralnej

W polskiej literaturze etycznej znajduje się jedna pozycja, która dostarcza doskonałego materiału do zreferowania tego stanowiska. Chodzi tu o cytowaną już rozprawę ks. Stanisława Olejnika pt. *Przeszczepianie narządów ludzkich w świetle refleksji teologicznomoralnej*²¹. W ujęciu tego autora moralna

²⁰ dz. cyt., s. 26.

²¹ *Studia Theol. Vars.* 1972 (X nr 1.) s. 115—161. Na tym samym stanowisku stanął także Franz Böckle w artykule pt. *Ethische Aspekte der*

aprobata transplantacji serca zależy od pozytywnego rozstrzygnięcia trzech zagadnień, o których zresztą już była mowa: 1° czy transplantacja serca nie narusza prawa do życia dawcy serca, 2° czy nie pozostaje ona w sprzeczności z należnym ciału ludzkiemu szacunkiem, a wreszcie 3° czy w masowym stosowaniu nie wykroczy ona poza ekonomiczne możliwości współczesnych społeczeństw i nie stanie się udziałem uprzywilejowanej tylko grupy jednostek.

Analizując pierwsze z zasygnalizowanych pytań za punkt wyjścia przyjmuje autor zasadę, że w żadnym wypadku nie wolno pobierać serca człowiekowi jeszcze żyjącemu. Normę tę w omawianej kwestii traktuje jako pewnik niepodlegający dyskusji. Utwierdza go w tym przekonaniu jednomyślna wiekowa tradycja doktrynalna etyki i teologii katolickiej głosząca niezmiennie moralną nienaruszalność ludzkiego życia.

W tym założeniu rozstrzygającego znaczenia dla etycznej kwalifikacji przeszczepu serca nabiera pytanie, czy współczesna medycyna dysponuje czy też nie dysponuje kryteriami umożliwiającymi niewątpliwe ustalenia momentu śmierci.

Waga problemu sprawia, że autor, zanim wypowie swój sąd w poruszanej kwestii, formułuje wpierw kilka wstępnych przesłanek.

1°. Przy ustalaniu pewności zgonu konieczną, ale też i wystarczającą jest tzw. „pewność moralna”. „W sytuacjach narzucających konieczność działania” pewność taka da się osiągnąć „nawet przy braku znajomości wszystkich teoretycznie możliwych implikacji określonych decyzji”²².

2°. Warunkiem umożliwiającym dokonanie transplantacji serca nie jest „śmierć biologiczna”, która polega na ustaniu pro-

Organtransplantation, Studium Generale. Zeitschrift für interdisciplinäre Studien., 1970 (23, 11) 444—459. Autor pomija jednak w swoich rozważaniach istotne aspekty zagadnienia transplantacji serca, przede wszystkim problem kryteriów do ustalenia niewątpliwej śmierci dawcy serca. Z tego powodu jego wywody nie wnoszą w gruncie rzeczy wartościowszych elementów do dyskusji nad interesującym nas problemem.

²² dz. cyt., s. 148.

cesów życiowych tkanek i komórek, ale „śmierć antropologiczna”. Zachodzi ona wówczas, kiedy umiera organizm ludzki jako całość. To zaś zależy przede wszystkim od funkcjonowania mózgu. „Jego rozpad wywołany przerwaniem w jego strukturze wymiany materii oznacza koniec ziemskiej egzystencji, choćby jakieś narządy zdolne były jeszcze do wykonywania swych funkcji czy nawet je w cząstkowej formie rzeczywiście wykonywały”²³.

3°. Współczesna medycyna osiągnęła stopień rozwoju umożliwiający jej w sposób praktycznie pewny ustalenie faktu zgonu. Posługuje się przy tym głównie zapisem encefalograficznym. Chociaż zebrane tą drogą dane „zawierają w sobie nie błahe elementy niepewności”, to jednak byłoby „wielkim ... błędem ... lekceważyć to, co one wnoszą. Mimo swej niedoskonałości mogą być one praktycznie dostateczną podstawą do stwierdzenia śmierci”²⁴.

4° Praktycznej pewności uzyskanej przy pomocy encefalografu nie podważa możliwość reanimacji umierającego człowieka w wyniku zastosowania odpowiednich zabiegów. Reanimacja należy bowiem do nadzwyczajnych środków ratowania człowieka i nie ma obowiązku uciekania się do nich, jeżeli przyświeca tylko niewielka nadzieja na osiągnięcie pozytywnych rezultatów. Ponadto nawet w wypadku długotrwałego przedłużania czynności płuc i serca nie można być pewnym, „czy te podtrzymywane czynności zachodzą w całym organizmie”²⁵.

5°. Spokojne odczekanie, „a więc przedłużenie czasu po stwierdzeniu śmierci klinicznej, zwiększa pewność ustania utajonego życia organizmu. Takie jednak odczekanie może uczynić narząd niesposobnym do przeszczepienia, bo definitywnie zmarłym, odbierając tym samym ostatnią szansę życia czekającemu na ten dar choremu. Jest bowiem prawdą, o której nie mogą zapominać obrońcy jak najdłuższego odczekania, że każ-

²³ dz. cyt., s. 146.

²⁴ dz. cyt., s. 147.

²⁵ dz. cyt., s. 148.

de zwiększenie pewności co do faktu śmierci w równej mierze zmniejsza skuteczność transplantacji”²⁶. Dopóki medycyna nie dorosła do efektywnego przeprowadzenia transplantacji serca, można było sobie pozwolić na zwłokę czasową przy stwierdzeniu nieodwracalnej śmierci pacjenta. Jednakowoż — kontynuuje swój wywód ks. Olejnik — realna „możliwość przeszczepów organów koniecznych do życia sytuację tę całkowicie zmieniła. Nie można już ponad miarę czekać, bo wchodzić w grę może tu szansa życia lub śmierci innego człowieka”²⁷.

6°. Wysunięte twierdzenie podbudowuje autor osobnym uzasadnieniem, którego zadaniem jest wykazać, że nie ma logicznej sprzeczności między końcowym wnioskiem a wstępną zasadą jego wywodu. Broniąc się przed ewentualności takiego zarzutu podkreśla, że nieodczekanie, ale przyspieszenie momentu pobrania serca nie stanowi w żadnym wypadku aktu zabójstwa. Zdaniem autora przemawia za tym fakt, że w sytuacji konieczności przeszczepu „śmierć w obronie życia jest ... nie tylko niezamierzona, ale nawet zupełnie przypadkowa”, jest to w gruncie rzeczy tylko dopuszczenie ewentualnej śmierci. „W obronie zaś wielkich dóbr winno być uznane za godziwe i dopuszczalne. W przypadku omawianym stanowi tylko margines ewentualnych ofiar w szlachetnym i wielkim dziele medycyny: obrony życia ludzkiego”²⁸.

Na drugim miejscu bierze autor za przedmiot analizy względy pietyzmu jako ewentualnej trudności przeciwko transplantacji serca. Rozumowanie jego jest proste, składają się zaś na nie cztery krótkie ogniwa²⁹.

1°. Zwłokom ludzkim należy się szacunek, ponieważ z punktu widzenia teologiczno-katolickiego domaga się tego godność i wartość człowieka, rozpatrywane szczególnie w perspektywie Wcielenia i eschatologicznej wizji zmartwychwstania ciał.

²⁶ dz. cyt., s. 148—149.

²⁷ dz. cyt., s. 149.

²⁸ dz. cyt., s. 149—150.

²⁹ dz. cyt., s. 150—152.

2°. Mimo to nie potępia się moralnie praktyki dokonywania selekcji na zwłokach ludzkich, aczkolwiek jeszcze w czasach nowożytnych panowały odnośnie do tego inne poglądy i opinie moralno-społeczne.

3°. Za rzecz moralnie godziwą uchodzi również pobieranie poszczególnych narządów z ludzkich zwłok i przechowywanie ich w prosektorium w celach laboratoryjnych i szkoleniowych.

4°. Organy ciała mają w stosunku do całości organizmu człowieka charakter służebny, utylitarny. Przeszczepienie serca innemu człowiekowi mieści się więc całkowicie w granicach jego fundamentalnego przeznaczenia, zmienia się tylko podmiot moralny, któremu służy.

Wszystkie te racje razem wzięte dowodzą, że transplantacja serca nie popada w kolizję z niewątpliwym postulatem etycznym okazywania zwłokom ludzkim należytego szacunku.

Zdaniem autora nie można również kwestionować moralnej dopuszczalności transplantacji serca ze względu na społeczne koszty, które, uniemożliwiając wszystkim pacjentom korzystanie z tego osiągnięcia medycyny, spowodowałyby niebezpieczeństwo nadużyć przy dokonywaniu selekcji między pacjentami. Trudno przeczyć, że wypływające z tych źródeł trudności zawierają w sobie poważną dozę słuszności, mimo to dadzą się przezwyciężyć. Obciążenie budżetów państwowych ograniczy tylko zakres uprawiania tej formy leczenia, niebezpieczeństwu zaś nadużyć można w pewnym przynajmniej stopniu zaradzić organizując różne formy społecznej kontroli nad decyzjami lekarzy³⁰.

Kierując się tymi przesłankami autor często daje wyraz przekonaniu, że transplantacja serca stanowi poważne osiągnięcie współczesnej wiedzy lekarskiej, a z punktu widzenia moralności chrześcijańskiej nie można wysuwać przeciwko niemu zasadniczych zastrzeżeń. Moralność chrześcijańska daje zielone światło dla dalszych poszukiwań na tym polu, widząc w ich rozwoju zbawienne perspektywy dla dobra ludzkości.

³⁰ dz. cyt., s. 152—158.

5. Refleksja krytyczna

Dokonując przeglądu najważniejszych stanowisk, jakie wyłoniły się w toku kilkuletniej dyskusji nad etyczną stroną transplantacji serca, można w nich było zauważyć pewne zbieżności i podobieństwa, które warto wypunktować jeszcze przed podjęciem szczegółowej refleksji krytycznej.

Zarysowany tok wywodów poszczególnych autorów, zarówno przeciwników, jak i zwolenników transplantacji serca, potwierdza ponad wszelką wątpliwość wysunięte uprzednio przypuszczenie, że węzłowym zagadnieniem w transplantacji serca jest pytanie, czy nie prowadzi ono mocą aktualnego swego mechanizmu do zagrożenia życia dawcy serca. Inne aspekty zagadnienia pozostają wyraźne w cieniu tej fundamentalnej kwestii i nie stwarzają tak zasadniczych jak ona trudności.

Oprócz tego warto podkreślić, że racją określającą ostatecznie przekonania autorów nie są ich światopoglądowe, materialistyczne czy spirytualistyczne założenia, ale uzasadnienia związane bezpośrednio z traktowaną materią. Nie są one przeto w sposób konieczny zdeterminowane logiką jakiegoś określonego systemu, ale zależne raczej od indywidualnego sposobu widzenia tego problemu przez poszczególnych autorów.

Mimo to nie trudno spostrzec, że centralne wiązania argumentacji wszystkich uczestników dyskusji oplatają się wokół kilku wspólnych idei i tylko przesunięcie akcentów w interpretowaniu ich myślowej zawartości przesądza o przechyleniu się dyskutantów na stronę zwolenników względnie przeciwników moralnej dopuszczalności przeszczepiania serca. I te właśnie typowe, a zarazem w pewnym sensie powszechne wątki dyskusji staną się na pierwszym miejscu przedmiotem naszej krytycznej refleksji. Ponieważ myśl autora niniejszego artykułu zmierza w kierunku częściowego zaprzeczenia etycznej dopuszczalności transplantacji serca, przeto krytyczne rozstrząsania rozpocząć należy od poglądów jej zwolenników.

A. Krytyka poglądów zwolenników transplantacji serca

a) Autor orientacji laickiej

Prof. Fritzhand, jak już wiadomo, za podstawowe kryterium przy ustalaniu moralnej wartości transplantacji serca przyjął postulat **postępu** medycyny. Kierując się tą ideą szuka rozwiązania na drodze **kompromisu** pomiędzy etyką a medycyną. Uważa więc, że można również z moralnego punktu widzenia zaakceptować kliniczną definicję śmierci, aczkolwiek zdaje sobie sprawę, że tego rodzaju „definicja — przyzwolenie” pozbawiona jest należytej teoretycznej podbudowy i nie chroni posługującego się nią lekarza od pomyłki, w wyniku której zadawałby on śmierć dawcy serca.

Zakładając, że dalsze wywody dostarczą dostatecznej ilości danych do oceny koncepcji prof. Fritzhand'a ze stanowiska etyki chrześcijańskiej, w tym miejscu poprzestać można na krytyce wyłącznie immanentnej. Stałemu czytelnikowi prac prof. Fritzhand'a jeden punkt w naszkicowanym wywodzie musi wydać się niejasny i trudny do pogodzenia z ogólnymi założeniami etycznymi, głoszonymi przezeń w innych kontekstach. Źródło trudności i wątpliwości tkwi w definicji śmierci pojętej jako „definicja — przyzwolenie”. Nie chodzi tu przecież o zdanie czysto teoretyczne, ale o regułę praktycznego postępowania. Wobec tego zawarte w niej załączki błędów powodują określone praktyczne odchylenia od wyrażonej w definicji prawidłowości działania. W odniesieniu do transplantacji oznacza to realną możliwość pobrania serca od osoby jeszcze żyjącej. Innymi słowy „definicja — przyzwolenie” jest przyzwoleniem na pozbawienie życia dawcy serca, aby za tę cenę uratować życie biorcy serca, (mimo, że skutek ten też nie jest całkiem pewny). Chwilowo bezprzedmiotowe byłoby odwoływanie się do faktu, że chodzi o życie już zamierające, biologicznie bezwartościowe. Z etyczno-antropologicznego punktu widzenia pozostaje ono zawsze ludzkim życiem, życiem jakiejś konkretnej osoby. To też w każdym przypadku, w którym „definicja — przyzwole-

nie” okazałaby się, bądź też faktycznie okazała się zawodna, wyjęcie człowiekowi serca równa się zadaniu mu ostatecznego ciosu. Cios ten opromieniony jest — co prawda — aureolą zbawczego odkrycia, ponieważ otwiera przed medycyną nowe horyzonty w służbie innych ludzi i całej ludzkości. Mimo wszystko sprawy to nie rozwiązuje. Stanowi tylko punkt wyjścia do ukazania dalszych implikacji zagadnienia. Morałna aprobata poświęcenia życia ludzkiego dla osiągnięcia — jakiegoś dobra indywidualnego lub społecznego znaczy tyle, co wyrażenie zgody na użycie danej konkretnej jednostki w charakterze **środku** w dążeniu do urzeczywistnienia odpowiedniego **celu**. Wniosek ten wydaje się nieodpartą logiczną konsekwencją zajętego przez prof. Fritzhanda stanowiska. Po prostu nie widać, jak można by zinterpretować podstawową tezę tego autora, aby tej konsekwencji uniknąć.

W takim wszakże założeniu wyłania się trudność, której również niepodobna bagatelizować. Prof. Fritzhand niejednokrotnie i w różnych swych pracach wysuwa twierdzenie, że najwyższą wartością etyki marksistowskiej jest człowiek rozumiany nie jako kolektyw czy ponadosobowa hipostaza, ale jako żywa, konkretna, ta oto, każda z osobna wzięta osoba. Stanowiąc „*summum bonum*” etyki marksistowskiej — podkreśla prof. Fritzhand — nie może być w żadnym wypadku traktowana jako środek, ale zawsze jako cel, dobro samo w sobie. Człowiekowi podporządkowane są wszystkie dobra infraludzkie, a nawet struktury gospodarczo społeczne, on zaś nie służy już żadnemu innemu, gdyż większego nad siebie nie znajduje.

Przytoczone sformułowania, pod wieloma względami słuszne i wzniosłe, budzą jednak wątpliwości, czy dadzą się one logicznie zharmonizować z zaproponowaną przez prof. Fritzhanda etyczną oceną transplantacji serca. W zestawieniu z zawartą w tej ocenie koncepcją „definicji — przyzwolenia” odpowiedź na to pytanie nie przedstawia się prosto. Jeśli bowiem głoszoną przez autora godność jednostki ludzkiej jako najwyższej wartości moralnej należałoby rozumieć w sensie absolutnym, nie dopuszczającym wyjątków, to na odcinku transplantacji serca

dochodzi do wyraźnej sprzeczności. Zostało bowiem przed chwilą wykazane, że w logice definicji śmierci jako „definicji — przyzwolenia” tkwi sprowadzenie pewnych jednostek ludzkich do rzędu środka, przekreślenie ich jako celu i dobra samego w sobie.

Natomiast założenie przeciwne, zakładające możliwość wprowadzenia do tej zasady różnych ograniczeń i wyjątków, prowadzi do jej całkowitego **zrelatywizowania**. Okazuje się bowiem, że jednak nie wszystkie jednostki ludzkie i nie zawsze stanowią dla prof. Fritzhanda cel sam w sobie. Pewnym ich kategoriom trzeba tego przywileju odmówić. Człowiek nie jest zatem aksjologicznym monolitem. Przedstawia różne stopnie godności i wartości moralnych.

Na sformułowane w zarysowanym wywodzie zastrzeżenia prof. Fritzhand nie udzielił w swoim wystąpieniu odpowiedzi, co zresztą wydaje się zrozumiałe, biorąc pod uwagę jego okazyjny i informacyjny raczej charakter. Nie zmienia to jednak faktu, że znajdują one pewne podstawy w logicznej zawartości poglądów prof. Fritzhanda na moralną wartość transplantacji serca i dlatego mogą, a nawet powinny stać się przedmiotem dalszych dociekań nad tym zagadnieniem.

b) Autorzy orientacji teistycznej i chrześcijańskiej

Ks. Olejnik reprezentujący omawianą grupę autorów, rozważył etyczny problem transplantacji serca z trzech punktów widzenia. Jak nam już dobrze wiadomo, przedmiotem analizy stały się dlań pytania, 1° czy transplantacja serca nie narusza prawa dawcy serca do życia, 2° czy da się ona pogodzić z obowiązkiem pietyzmu względem ludzkiego serca, a wreszcie 3° czy nie naraża medycyny i społeczeństwa na konflikt z postulatem równości społecznej, nakazującym zapewnić wszystkim członkom społeczeństwa równy dostęp do korzystania z dobrodziejstw medycyny. Gwoli jasności zaznaczyć wypada, że zdaniem autora niniejszego artykułu ks. Olejnik przekonująco wy-

kazał etyczną zgodność pomiędzy transplantacją serca a postulatem pietyzmu dla ludzkiego serca czy równego udziału ludzi w najwyższych nawet osiągnięciach medycyny. Trudne zatem byłoby wysuwać poważniejsze zarzuty przeciwko moralnej godziwości transplantacji serca, gdyby przemawiały za nią tylko te argumenty.

Na pozytywną ocenę zasługują również niektóre elementy analizy poświęconej ustaleniu moralnych relacji pomiędzy transplantacją serca a prawem dawcy serca do życia. Do tych elementów zaliczyć należy wpierw zasadę zabraniającą pobierać serce od osoby jeszcze żyjącej, następnie zaś — odróżnienie śmierci antropologicznej od śmierci czysto biologicznej. Wymienione ustalenia w jaśniejszym świetle ukazują humanistyczne i personalistyczne aspekty dyskutowanej problematyki.

Sprawa wikłać się zaczyna dopiero przy dwu pojęciach i odpowiadających im zasadach, które w rozwiązaniu autora zajmują kluczowe stanowisko. Chodzi o pojęcie pewności moralnej oraz tzw. „zamierzenia pośredniego”. Jakie wzbudzają one zastrzeżenia i jakich domagają się korektur?

a) Pojęcie pewności moralnej

Ze względu na możliwość ewentualnych nieporozumień właściwy tok rozważań zostanie poprzedzony krótkim przypomnieniem, jak to pojęcie jest precyzowane w podręcznikowej literaturze tomistycznej. To bowiem znaczenie mają zazwyczaj na myśli etycy tomistyczni i moralisci katoliccy i do niego nawiążemy w dalszych uwagach krytycznych.

Przez pewność moralną rozumie się więc na ogół stan intelektu, który orzeka o wartości moralnej konkretnego aktu ludzkiego na podstawie racji potocznego myślenia, wykluczając zarazem serio tymże potocznym myśleniem uzasadnione powody wątpienia. Pewność moralna nie wykracza zatem — zasadniczo rzecz biorąc — poza ramy myślenia potocznego i posługuje się przede wszystkim jego kategoriami. Ponadto uwzględnia ona

typowe, zwyczajne, najczęściej w życiu ludzkim zachodzące sytuacje. W porównaniu z pewnością naukową przedstawia pewność niższego rzędu i w tym znaczeniu nie wymaga „znajomości wszystkich teoretycznie możliwych implikacji określonych decyzji”, jak to słusznie podkreśla ks. Olejnik.³¹ Pewność moralna tak wysoko nie sięga, zadawała się danymi myślenia potocznego, o doskonalsze poznanie się nie troszczy, ponieważ przewyższa to przeciętne możliwości wszystkich do działania moralnego zobowiązanych jednostek. Jeżeliby zatem na poziomie myślenia teoretycznego pojawiły się odnośnie do jakiegoś aktu „nie błahe elementy wątpliwości”, to jednak nie podważyłyby one moralnej pewności myślenia potocznego o tym samym akcie, gdyż są dla tego myślenia zbyt trudne do zrozumienia. Mimo tych niedoskonałości potoczna pewność moralna wystarcza zazwyczaj do spełnienia aktu moralnego.

Ale z drugiej strony — o czym także pamiętać należy — pewność moralna zakłada rozpoznanie przez podmiot działania wszystkich moralnych czynników, które określają moralną stronę zamierzonego przezeń aktu, a równocześnie mieszczą się w obrębie jego praktycznych możliwości poznawczych. Dlatego pewność moralna nie ma nic wspólnego z lekkomyślnością czy pochopnością w formowaniu sądów sumienia. A przeto, ilekroć w określonych przypadkach zachodzą choćby potocznymi racjami uzasadnione obawy co do moralnej godziwości odnośnego aktu, podmiot działania nie może przejść obok nich obojętnie do porządku dziennego. Formowany w takich warunkach sąd należy już do sądów wątpliwych. Podmiotowi doznającemu tego rodzaju wątpliwości nie wolno spełniać odnośnych aktów.

Podstawowe pojęcie pewności moralnej zostało chyba wystarczająco naświetlone. Pozostaje natomiast do rozstrzygnięcia pytanie, czy w tej postaci może być ono stosowane w etycznym problemie transplantacji serca. Są trzy zasadnicze powody, które stają temu na przeszkodzie. Wyłonią się one z filozoficznego opisu transplantacji, do którego szkicowania przystępujemy.

³¹ *Przeszczepianie narządów*, s. 148.

Przed wszystkim podmiotem działającym w transplantacji serca nie jest pospolity „szary człowiek”, który w osądzeniu moralnej strony własnych aktów skazany jest wyłącznie na logikę potocznego myślenia. Transplantację serca przeprowadza lekarz — kardiochirurg. Zamierzone przezeń działanie we wszystkich swoich składowych elementach uwarunkowane jest stopniem rozwoju odpowiedniej wiedzy naukowej. Trudno zatem przypuścić, aby przy ustalaniu najbardziej chyba dla tego działania istotnego momentu, jakim jest fakt zgonu dawcy serca, mógł on abstrahować od danych tej wiedzy i stosowanej przez nią aparatury poznawczej. Skoro zaś leży w mocy kardiochirurga posłużyć się naukowo wypracowanymi metodami rozpoznawania zaszłej śmierci, także uformowany przezeń na tej drodze sąd moralny mieścić się musi w granicach pewności naukowej, a nie tylko potocznej.

Ale transplantacja serca tym się jeszcze wyróżnia, że stawia kardiochirurga (jak to wcześniej było podkreślone) wobec konieczności podjęcia szybkiej decyzji w sprawie pobrania serca od jego dawcy. Im rychlej bowiem serce zostanie pobrane, tym większe są szanse dokonania jego pomyślnego przeszczepienia. Odwrotnie, wszelka zwłoka poza granice czasu, wyznaczone prawami biologicznych procesów rozkładu, odbić się może niekorzystnie, a nawet tragicznie na czekającym na to serce pacjencie. Od tej strony widziana transplantacja serca przedstawia się jako sytuacja *krańcowa, niezwykła*, o jej zaś niezwykłości stanowi krótkość czasu, dzieląca moment śmierci dawcy serca od momentu pobrania tego serca. Mimo wszystko nie jest to sytuacja *zaskoczenia*. Transplantacja serca jest zawsze zamierzeniem długofalowym, starannie zawczasu przygotowanym. Lekarz na drodze odpowiedniej refleksji, własnej czy fachowej etycznej, może uzyskać wcześniej informacje, jaką pewność zaszłego zgonu winien posiadać, aby zamierzony akt mógł spełnić zgodnie z wymogami moralności.

Trzecią wreszcie cechą, którą przy charakterystyce pewności właściwej transplantacji serca trzeba wziąć pod uwagę, jest nader osobliwa struktura jej przedmiotu. Transplantacja serca do-

konuje się „na człowieku” i „dla człowieka”, ponieważ przedstawia taki układ działania, w którym życie jednego człowieka splata się ze śmiercią drugiego człowieka. Biorcy serca świta nadzieja ratunku tylko dzięki temu, że stan jego dawcy został uznany za beznadziejny. Istnienie wszakże biorcy serca sprawia, że dawca serca tracąc swoje życie może się przyczynić do uratowania cudzego życia. Niemniej jednak do chwili zgonu zachowuje to życie. A jest ono czymś niepodzielnym, ani nie podlegającym gradacji. Jeszcze ostatnia iskra życia stanowi rzeczywiste życie, jego zaś posiadacz jest w całym tego słowa znaczeniu żyjącym człowiekiem. To niezwykle sprzężenie dwu egzystencji ludzkich w akcie transplantacji serca rzutuje w sposób zasadniczy na jakość sądu, który kardiochirurg musi sobie urobić. W tym sądzie bowiem zawierają się decyzje rozstrzygające o ludzkim życiu. Odnosi się to szczególnie do dawcy serca, w stosunku do którego kardiochirurg podejmuje decyzję pobrania serca. Potrzebna mu w tym momencie pewność musi być zakrojona na miarę ludzkiego życia, o którego losie ma stanować.

Analiza filozoficzna wykrywa zatem w transplantacji serca trzy cechy, które nie pozwalają na mechaniczne zastosowanie w tym działaniu pojęcia „pewności moralnej”, występującego w podręcznikach etyki chrześcijańskiej czy teologii moralnej. Zmusza to do jego dokładniejszego pod tym właśnie kątem określenia. Ale jest problemem, jak się z tego zadania wywiązać. Z pierwszego wejrzenia trudno bowiem rozeznaczyć, którą z wymienionych cech obrać za podstawowe kryterium, kształtujące na pierwszym miejscu autentyczny sens pewności moralnej wymaganej do podjęcia transplantacji serca zgodnie z nakazem moralności. Dotyczy to szczególnie dwu ostatnich; krótkiego czasu pozostawionego kardiochirurgowi na stwierdzenie zgonu dawcy serca oraz rzeczywistości życia tegoż dawcy do chwili jego zgonu. Przyczyną zaś tego stanu rzeczy jest fakt, że zachodzi między nimi i osiąga swój szczyt ów stan napięcia, o którym już kilkakrotnie była mowa przy szkicowaniu feno-

menologicznej strony transplantacji serca.³² Ta sama decyzja przynaglana jest dążnością do ratowania zagrożonego życia biorcy serca i hamowana dążnością do afirmowania i uszanowania gasnącego życia dawcy serca. Której z tych dążności przyznać pierwszeństwo przy określaniu potrzebnej w tej sytuacji pewności moralnej?

W tym pytaniu streszcza się istotny sens dyskutowanego problemu. Ale też logika tego problemu sprawia, że opowiadając się po stronie jednego z dwu alternatywnych rozwiązań albo akceptuje się równocześnie odpowiednie spojrzenie na człowieka i jego moralną wartość, albo postępuje się niekonsekwentnie dając rozwiązania szczegółowe niezgodne z podstawowymi założeniami. Jeśli hołduje się naturalistycznej koncepcji człowieka, która wartość człowieka widzi tylko w wymiarze materialnym i doczesnym i ocenia ją jego witalnymi możliwościami, nic właściwie nie stoi na przeszkodzie, aby jego egzystencję zredukowaną do minimum tych możliwości uznać za sposobne narzędzie do ratowania innej, mającej przed sobą lepsze perspektywy życiowe. Wtedy też przy ustalaniu stopnia pewności moralnej można nie brać pod uwagę współczynnika ewentualnego błędu przy ocenianiu zaszłego zgonu i poświęcenia w określonych przypadkach żyjącego jeszcze człowieka w szlachetnym skądinąd wysiłku ratowania innego.

Zupełnie inaczej przedstawia się sprawa, kiedy za punkt wyjścia obiera się spirytualistyczną i transcendentną koncepcję człowieka, na której opiera się chrześcijańska etyka i teologia moralna. Fakt, że w warunkach transplantacji serca dawca serca stanowi ostatnią deskę ratunku dla jego biorcy, nie wpływa w żaden sposób na zmianę osobowego statusu moralnego tegoż dawcy. Choć znajduje się on na samej krawędzi życia i może się przyczynić do ratowania innego człowieka, nie ztraca nic ze swego nie pogwałcalnego uprawnienia i obowiązku życia aż do chwili swego rzeczywistego zgonu. Zachowuje w całej rozciągłości właściwą sobie moralną nietykalność i suwerenność,

³² Por. s. 151—4, 172—3.

mocą której człowiek nie może być podporządkowany innemu człowiekowi czy społeczeństwu w charakterze środka użytego dla realizacji przez nie zamierzonych celów. W końcowych zaś momentach jego życia suwerenność ta nie jest wcale gorsza, aniżeli kiedy się cieszył pełnią witalnego wigoru. Zawdzięcza ją bowiem prawu naturalnemu, które zakorzenia się w jego rozumnym człowieczeństwie i trwa wraz z całym człowieczeństwem tak długo, jak długo jest on jeszcze żyjącym człowiekiem. Stanowiąc niepozbywalną część moralnego wyposażenia człowieka prawo to domaga się bezwzględnego poszanowania ze strony innych ludzi we właściwych mu granicach. Stanowi też podstawę dla normy moralnej, która piętnuje jako akt wewnętrznie zły i zakazany bezpośrednio pozbawienie człowieka jego życia poza aktem niesprawiedliwej agresji. Nie wolno tedy poświęcić choćby kruchej jego egzystencji dla osiągnięcia jakiegokolwiek innego dobra, nawet kiedy tym dobrem jest — jak się to właśnie dzieje w transplantacji serca — życie innego człowieka czy rozwój nauki. Człowiek jako cały organizm czy też poszczególne jego organy dopiero wtedy może służyć obcym celom indywidualnym lub społecznym, kiedy przestało być sobą, czyli kiedy przestało żyć.

Opierając się na ustalonej zasadzie moralnej suwerenności człowieka można z niej wyprowadzić dalsze wnioski odnośnie do natury pewności, jaką kardiochirurg winien uzyskać przy stwierdzaniu zaszłego zgonu dawcy serca. Konieczność zabezpieczenia tego dawcy od zdegradowania go do rzędu środka w procesie ratowania życia biorcy serca zmusza kardiochirurga do zastosowania wszystkich metod, jakimi w tym względzie dysponuje współczesna wiedza medyczna, a więc winien uzyskać pewność naukową, a nie tylko potoczną. Do tego służy między innymi zapis encefalograficzny. Jeżeli zdaniem kompetentnych fachowców wyklucza on pomyłkę w ustaleniu faktu śmierci dopiero po upływie dwunastu godzin obserwacji, w takim razie dyrektywa ta musi być uznana za obowiązującą nie tylko z medycznego, ale także — i to na pierwszym miejscu — z moralnego punktu widzenia. Odrzucenie tej dyrektywy i zezwolenie

na pobieranie serca na podstawie diagnozy zawierającej uzasadnione obawy omyłki prowadzi do sytuacji, w której kardiochirurg pobiera serce od osoby jeszcze żyjącej, czyli ją po prostu uśmierca, ponieważ akurat w jakimś wypadku obawy były uzasadnione i daną osobę przedwcześnie uznano za zmarłą. W myśl zaś powszechnie przez tomistów i innych etyków czy moralistów katolickich przyjmowanych założeń pod żadnym warunkiem czynić mu tego nie wolno.

To jednak unicestwia — mógłby ktoś powiedzieć — sensowność zamierzonej transplantacji! Niewątpliwie tak, ale wniosek ten nasuwa się w wyniku rozumowej analizy jej wszystkich moralnych aspektów, która nie zakładając z góry niedopuszczalności transplantacji nie może także tej dopuszczalności z góry wykluczać. Jeżeli zaś ciąg rozumowania nieuchronnie prowadzi do tego punktu, trzeba go uznać za uzasadniony i na jego stronę się przechylić. Skuteczność transplantacji serca nie może być celem nie znającym sprzeciwu. Wręcz przeciwnie, podporządkowana jest personalistycznemu kryterium osobowego prawa człowieka do życia i do jego wymogów musi się stosować.

b) Pojęcie „zamierzenia pośredniego”

Mimo wszystko poczynione uwagi nie zamykają dyskusji nad moralnością transplantacji serca. W zarysowanym wywodzie znajduje się jeden punkt, ważny dla ostatecznego rozstrzygnięcia problemu, którego zasadność zdecydowanie negują chrześcijańscy zwolennicy transplantacji serca, podważając w rezultacie prawomocność opartego na nim wniosku o jej niedopuszczalności. Chodzi o stwierdzenie, że ewentualne pobranie serca od osoby przedwcześnie uznanej za zmarłą celem przeszczepienia go innemu człowiekowi równa się uśmierceniu tej osoby, czyli stanowi akt zabójstwa. Zdaniem ks. Olejnika (przypominam cytowane wcześniej słowa) „śmierć w obrocie życia jest tu nie tylko niezamierzona, ale nawet zupełnie przypadkowa... Dopuszczenie ewentualnej śmierci nie jest tym samym co za-

bójstwo”.³³ Szanując powagę autora śmiem jednak twierdzić, że w tych słowach zawiera się kilka punktów, które stanowczo należy zakwestionować. Przede wszystkim nie widać zgoła podstaw, aby można było powiedzieć, że w transplantacji serca mamy do czynienia ze „śmiercią (zadaną) w obronie życia”. Termin ten w etyce chrześcijańskiej oznacza śmierć zadaną niesprawiedliwemu agresorowi, niesprawiedliwym zaś agresorem jest ten, kto pierwszy zagraża odpowiednim zabójczym działaniem cudzemu życiu. Czy można jednak bezbronnego, zmagającego się ze śmiercią potencjalnego dawcę serca nazwać agresorem w jakimkolwiek tego słowa znaczeniu? Jeśli w transplantacji serca zachodzi w ogóle jakaś „obrona życia”, to dzieje się to tylko o tyle, że lekarz „broni” życia pacjenta przed śmiercią. Ale taka znowu „obrona” nie ma nic wspólnego z niesprawiedliwą agresją, i dlatego nie można do niej odnosić zasad moralnych stosowanych właśnie w wypadku tej niesłusznej agresji.

Nie tu jednak kryje się sedno sprawy. Dotykają go dopiero słowa, że ewentualna śmierć spowodowana przez kardiochirurga w warunkach pośpiechu wymaganego celowością transplantacji „jest — ... nie tylko niezamierzona, ale nawet zupełnie przypadkowa”. Każdemu, kto zorientowany jest w arkanach etyki chrześcijańskiej i katolickiej teologii moralnej, wiadomo, że zdanie to wprowadza do zagadnienia pojęcie „zamierzenia pośredniego” i opartą na nim „zasadę podwójnego skutku” znaną nb. już św. Tomaszowi.³⁴ Opiewa ona, że wolno podjąć działanie, z którego wynika nawet śmierć człowieka, jeżeli podmiot działania „nie zamierza” tej śmierci, „nie chce jej” (o ile to leży w mocy jego woli), ale ją tylko (gdy się jej uniknąć nie da) „dopuszcza”, „toleruje”. W takiej właśnie sytuacji ma się znajdować kardiochirurg, który w pewnych razach może nawet pozbawia życia dawcę serca, ale czyni to „z musu”, „nie za-

³³ *Przeszczepienie narządów*, s. 149.

³⁴ II—II, q 64, a 7 „...nihil prohibet unius actus esse duos effectus, quorum alter solum sit in intentione, alius vero sit praeter intentionem.”

mierzając tego”, tylko pod naciskiem naglącej konieczności ratowania innego gasnącego życia.

Krytyczna ocena przedstawionego stanowiska wymaga kilku słów wstępu. Zasada podwójnego skutku została sformułowana bardzo ogólnikowo. Stało się tak dlatego, że bywa ona interpretowana na różne sposoby i w zależności od tego, którą z tych orientacji wzięłoby się za podstawę dowodzenia w przypadku transplantacji serca, kształtować się będą zarzuty przeciwko próbie uzasadnienia jej dopuszczalności przy pomocy tej zasady.

Na Zachodzie nie brak dziś filozofów i teologów, którzy pod wpływem różnych kierunków filozoficznych, ale najczęściej egzystencjalizmu, pojmują zasadę podwójnego skutku w sensie skrajnie subiektywistycznym³⁵. Pośredniość zamierzenia uzależniają przede wszystkim od nastawienia woli, pomniejszają natomiast lub wręcz pomijają strukturę działania przez wolę zamierzonego. O dobru czynności decyduje według nich dobro tego, co człowiek zamierza, czego on chce. Jeśli sprawia ona również złe skutki, ale przedmiot działający ich bezpośrednio nie chce, w takim razie niezależnie od tego, w jaki sposób skutki te wynikają z jego aktu, pośrednio czy bezpośrednio, w sensie moralnym są one zawsze „pośrednie”, a więc i dopuszczalne.

Co sądzić o tej interpretacji zasady podwójnego skutku? Przede wszystkim należy zwrócić uwagę na jej ogólnofilozoficzną inspirację, którą w tym wypadku stanowi egzystencjalistyczny immanentyzm. W myśl tego kierunku sens świata i ludzkiego działania określa świadomość człowieka. Tu tkwią właściwe korzenie wszelkiej rzeczywistości, tym bardziej rzeczywistości moralnej ludzkich aktów i decyzji.

Nie trzeba podkreślać, jak zgubne są konsekwencje tego stanowiska. Wiedzie ono prostą drogą do moralnego subiektywizmu i arbitralności decyzji, co w końcu staje się zwykle pospolitym

³⁵ Por. Knauer, P., S. J., *La détermination du bien et du mal moral par le principe du double effet*, *Nouv. Rev. Théol.* 1965 (87), s. 356—376, Van Vyve, M. *La mort volontaire*, *Rev. Phil. Louv.* 1951 (49), s. 78—107, tenże, *La notion du suicide*, *Rev. Phil. Louv.*, 1954 (52), s. 593—618.

amoralizmem. Transplantacja serca dowodzi jednak dodatkowo, w jak rażącej rozbieżności pozostaje tego rodzaju stanowisko do danych doświadczenia i podstawowych zasad racjonalnego myślenia. Wyjęcie serca jego dawcy w wypadku, kiedy tli się w nim jeszcze iskra życia, oznacza akt, którego wewnętrzny mechanizm i cała jego prawidłowość zmierza do pozbawienia tego człowieka organu, stanowiącego konieczny warunek jego egzystencji. Jest to przeto czynność bezpośrednio zabójcza. Świadczy ona o tym całą swą obiektywną strukturą. Przykład R. Kautzky'ego³⁶ z pędzącym wozem straży pożarnej mogącym przejechać przechodnia, który nieostrożnie wszedł na jezdnię, odnosi się do zupełnie innej sytuacji. Obok samochodu jest tu druga jeszcze przyczyna śmierci: sam nieostrożny przechodzeń. Wpada on pod wóz zaskakując kierowcę, który nie ma już możliwości wyminąć go. Gdyby mógł to uczynić, a nie uczynił, byłby winien śmierci przechodnia. W transplantacji serca rzecz ma się inaczej. Lekarz specjalnym własnym działaniem pozbawia pacjenta serca, a tym samym i życia. Ignorować ten oczywisty stan rzeczy i twierdzić, że spowodowana w tej sytuacji śmierć dawcy serca jest niezamierzona i przypadkowa, ponieważ lekarz kieruje się pragnieniem uratowania biorcy serca, nie zaś chęcią pozbawienia życia jego dawcy, znaczy tyle, co podstawiać słowa w miejsce rzeczywistości, fakty przykrawać do teorii. Jeżeli bowiem lekarz świadomie i dobrowolnie decyduje się na wyjęcie serca jego dawcy żywiąc uzasadnione obawy, że być może nie dokonał on jeszcze żywota, to tym samym zamierza wprost zawartą w tej czynności nieuchronną śmierć tego człowieka. Oczywiście może on kierować się jeszcze innymi motywami, nawet szlachetnej natury, ale nie są one w stanie zmienić podstawowej dążności jego woli, utożsamiającej się z świadomym zamierzeniem czynności, mocą swej wewnętrznej struktury bezpośrednio zabójczej. Wyjęcie serca jego dawcy niczym się nie różni od ugodzenia go sztyletem w to serce.

³⁶ R. Kautzky, *Postęp techniczny a problemy etyczne współczesnej medycyny*, Concilium 1969 (nr 1—5), s. 318.

A kto miałby odwagę twierdzić, że wykonując świadomie i celowo ten ruch nie zamierza się bezpośrednio jego śmierci, ale się ją tylko „toleruje” i „dopuszcza”?

Jedynie powierzchowna fascynacja współczesnymi kierunkami filozoficznymi popycha niektórych zachodnich autorów katolickich do przyjmowania naszkicowanej subiektywistycznej interpretacji zasady podwójnego skutku. Trudno zatem posądzać o tego rodzaju sympatie autorów znanych skądinąd ze swych obiektywistycznych orientacji w podstawowych zagadnieniach filozoficzno-etycznych. Każę to zwrócić z kolei uwagę na inną interpretację zasady podwójnego skutku reprezentowaną przez tradycyjną etykę i teologię katolicką.

Ogólnie rzecz biorąc charakteryzuje się ona tym, że podstawy pośredniego zamierzenia złych skutków działania ludzkiego zasadza na obiektywnej strukturze świadomego działania, a nie wyłącznie na samej tylko jego intencji. Przesunąwszy w ten sposób punkt ciężkości zagadnienia ze świadomości podmiotu działania w stronę struktury czynności zewnętrznej koncentruje się z kolei na analizie sposobu wynikania jej skutków. Istotnym dla tej koncepcji momentem jest *równoczesność* wynikania skutku złego z innym skutkiem dobrym. W takiej sytuacji, mówią zwolennicy tego poglądu, podmiot działający może aktem swej woli bezpośrednio zamierzać tylko skutek dobry, równoczesny zaś z nim skutek zły tolerować, dopuszczać jako coś tej woli obcego, w stosunku do niej przypadkowego.

Nie widać potrzeby, tak się przynajmniej wydaje, wnikać w ogólne rozstrząsania na temat teoretycznej wartości interpretacji zasady podwójnego skutku, opartej na wymienionych przed chwilą założeniach. Niezależnie bowiem od tego, do jakichbyśmy doszli końcowych wniosków w tej sprawie, zupełnie nieprzekonująco wypada aplikacja tak rozumianej zasady podwójnego skutku do operacji transplantacji serca. W żadnym bowiem wypadku nie można powiedzieć, że pozbawienie życia dawcy serca (skutek zły) jest skutkiem równoczesnym z uratowaniem życia jego biorcy (skutek dobry). Są to w rzeczywistości dwa odrębne działania, pozostające ponadto w wyraźnym

stosunku następstwa i współzależności: pobrania serca od dawcy poprzedza przeszczepienie go biorcy i dopiero wtedy służy jego ocaleniu. Śmierć dawcy jest tu wyłącznie środkiem prowadzącym do celu. Skoro zaś pobranie serca żyjącemu jeszcze ewentualnie jego dawcy nie jest w żadnym wypadku czymś równoczesnym z przeszczepieniem go biorcy, w takim razie nie może też być przedmiotem zamierzenia pośredniego. Pozostaje więc aktem bezpośrednio zamierzonym.

Trudniej jeszcze byłoby dowieść pośredniego charakteru pobrania serca jego dawcy na gruncie innego wariantu tradycyjnej interpretacji zasady podwójnego skutku. W myśl tej znowu interpretacji zasadę tę można stosować tylko w odniesieniu do aktów, które z natury swej, czyli z wewnętrznej celowości nie są zdeterminowane do powodowania skutków moralnie złych. Tymczasem transplantacja serca do takich aktów nie należy. Jak to już było powiedziane, w obecnym swym stanie z natury swej zmierza ona do pozbawienia życia ewentualnie żyjącego jeszcze dawcy serca, a takie działanie równa się zabójstwu. Skoro zaś tak się przedstawia jej obiektywna struktura, w takim razie jest ona niezależnie od intencji i nastawień spełniającego ją lekarza aktem wewnętrznie złym. Stwierdzenie to uci- na potrzebę dalszej dyskusji, ponieważ w założeniach omawianej interpretacji ani dobra wola chirurga, ani wygrana (być może) szansa życiowa biorcy serca nie są zdolne moralnie uzdrowić aktu wewnętrznie złego.

A zatem twierdzenie o niezamierzonym, przypadkowym spowodowaniu śmierci dawcy serca w ramach transplantacji tego serca w każdym możliwym założeniu wzbudza poważne zastrzeżenia i rodzi sprzeciw.

Tym samym upada ostatni punkt oporu na linii broniącej dopuszczalności transplantacji serca. Chodzi zaś o punkt zajmujący w tej koncepcji — razem z pojęciem pewności moralnej — kluczową pozycję. Skoro więc w świetle krytyki filozoficznej okazuje się on, podobnie jak poprzedni, oparty na niewystarczających podstawach, w takim razie staje pod znakiem zapytania główna teza rozwiązania, mimo elementów zasługujących

w niej na aprobatę. Innymi słowy niemożność przekonywającego pogodzenia prawa dawcy serca do życia z podstawowym postulatem jak najszybszego pobrania tego serca w celach transplantacji przesądza w dotychczasowym stanie wiedzy medycznej o niemoralnym charakterze tego działania.

B. Ocena poglądów przeciwników transplantacji serca

Negatywny wydzźwięk ostatecznych wniosków naszej dyskusji ze zwolennikami transplantacji serca — i to niezależnie od ich ogólnej orientacji światopoglądowej — pozwala przypuszczać, że zamknięciem tej dyskusji będzie opowiadanie się po stronie jej przeciwników. Tak się też rzecz ma w istocie, ale z tą poprawką, że godząc się na głoszoną przez nich tezę trudno równocześnie nie widzieć pewnych luk w motywacji zajętego przez nich stanowiska. Opinii tej nie należy jednak pojmować jako zarzutu. Wyraża ona proste stwierdzenie faktu w kontekście wspomnianych rozwiązań zupełnie zrozumiałego, co jednak nie zwalnia od próby jego skorygowania.

Prof. Bogusz rozpatrzył problem transplantacji i sformułował jego moralną ocenę wyłącznie z punktu widzenia techniczno-medycznego. Nie uwzględnił przez etyków poruszonych implikacji tego zagadnienia, ponieważ nie leżą one na linii jego specjalności. Jednakowoż zapoznanie się z poglądami prof. Fritzhandy i ks. Olejnika dowodzi, że czysto medyczne naświetlenie sprawy nie wystarczy i trzeba zejść na grunt etycznych pojęć i założeń, aby słuszną skądinąd tezę obronić przed atakami z tej właśnie strony. Tak właśnie swoją rolę pojął autor niniejszego artykułu i z tego względu tyle uwagi poświęcił krytycznej analizie poglądów zarówno laickich, jak i katolickich zwolenników transplantacji serca.

Ostrożniej jeszcze wypada sformułować sąd krytyczny na temat stanowiska P. Ramsaya. Rozwiązanie tego amerykańskiego moralisty przedstawione zostało na podstawie danych z drugiej ręki, bardzo zresztą fragmentarycznych i ogólnikowych. Jeżeli

jednak zarysowane w tym streszczeniu przewodnie idee poglądów Ramsaya odtwarzają wiernie jego myśli, stwierdzić należy, że dał on trafne rozeznanie wstępnych elementów etycznej strony transplantacji serca, ale ich wszechstronnie nie umotywował. Nie dlatego bowiem osoba ludzka staje się w transplantacji „środkiem” do postępu medycyny, że operacje te nie wyszły jeszcze ze stadium doświadczalnego (każde tego typu odkrycie musi przejść jakieś stadium doświadczalne), ale dlatego, że w dzisiejszym stanie wiedzy kardiochirurgicznej medycyna nie daje gwarancji należytego zabezpieczenia podstawowego prawa człowieka do życia. Podejmuje się przeto transplantację serca w sytuacji ryzyka uśmiercenia jednych celem ratowania drugich. Takie dopiero postępowanie przekształca człowieka w „środek” do postępu medycyny, wskutek czego jest niezgodne z jego osobową godnością i jego moralną suwerennością. W tym też punkcie kryje się istotna trudność przeciwko dopuszczalności transplantacji serca, przez Ramsaya być może przeoczona.

6. Sformułowanie stanowiska

W zakończeniu rozważań nad etyczną problematyką transplantacji serca zostaną podane elementy słusznie — jak mniema autor — sformułowanej oceny jej moralnej wartości. Chodzi o zebranie w jedną całość przeprowadzonych analiz i dyskusji. W ich bowiem wyniku, bądź drogą akceptacji cudzych twierdzeń, bądź też ich krytycznego naświetlenia kształtowały się własne poglądy autora.

Teoretyczną bazę i punkt wyjścia stanowi z filozoficzno-etycznego stanowiska pewna, a równocześnie przez wszystkich w dyskusji nad transplantacją serca uczestniczących autorów przyjmowana zasada, że kardiochirurgowi w żadnym wypadku i dla żadnego celu nie wolno pobierać serca żyjącemu jeszcze jego dawcy. Zasada ta w proponowanym rozwiązaniu zostaje uznana za obowiązującą powszechnie. Stwierdzenie to implikuje wniosek, że nie może ona ulec ograniczeniu dyktowanemu

koniecznością pobrania serca w stanie możliwie jak najbardziej przydatnym do dokonania przeszczepu.

Dla racji wyłuszczonej w osnowie artykułu przyjąć również należy, że pewność moralna, wymagana dla podjęcia etycznie usprawiedliwionej transplantacji serca, musi przy pobieraniu serca od jego dawcy uwzględniać kryteria zgonu ustalone przez współczesną medycynę i wykluczać w ramach tych kryteriów uzasadnione przypuszczenie, że on jeszcze żyje. Oznacza to konieczność stosowania między innymi zapisu elektrokardiograficznego przez tak długi okres czasu, jaki jest konieczny do stwierdzenia z pewnością śmierci dawcy serca, z wykluczeniem wszelkich realnych racji wątplenia co do tego faktu. Postulat ten pozostaje w mocy bez względu na to, jaki wpływ na zamierzoną transplantację może mieć jego przestrzeganie: czy ją umożliwi, czy też uniemożliwi.

Akt pobrania serca od jego dawcy w założeniu jego ewentualnego życia mocą swej obiektywnej struktury stanowi akt bezpośredniego zabójstwa niezależnie od tego, że kardiochirurg kieruje się intencją ratowania życia biorcy serca, nie zaś naruszania tego życia u dawcy serca.

Wyszczególnione przesłanki prowadzą do wniosku, że transplantacja serca jest moralnie nieusprawiedliwiona we wszystkich wypadkach, w których zakłada jako jeden ze składowych elementów pobranie serca człowieka umierającego z ukrytych przyczyn organicznych. Fakt ten zmusza kardiochirurga do stwierdzenia zgonu przy pomocy skomplikowanego zespołu kryteriów łącznie z zapisem encefalograficznym. Niedoskonałość tych metod sprawia, że transplantacja serca oparta na dostępnym przy ich pomocy rozeznaniu śmierci dawcy serca zawiera w sobie realne niebezpieczeństwo skrócenia jego tlącego się jeszcze życia. Ponieważ pobranie serca oznacza działanie bezpośrednio zabójcze, akt ten posiada wszystkie cechy zabójstwa człowieka, co do którego wątplić nie podobna, że jest moralnie złe nawet wtedy, gdy ma służyć za środek do osiągnięcia ogólnospołecznych wzniosłych celów (rozwój medycyny czy przedłużenie życia nieuleczalnie chorych). Na przeszkodzie stoi god-

ność osoby ludzkiej i jej moralna suwerenność w stosunku do innych osób i społeczeństwa. Stwarza to obiektywnie uzasadnione obawy sumienia kardiochirurga, że przeprowadzając w tych warunkach transplantację serca dopuści się zabójstwa, co w świetle etyki chrześcijańskiej wystarczy, aby uznać, że mu takiego aktu podjąć nie wolno.

Tak się przedstawia moralna kwalifikacja transplantacji serca rozważana w ramach fundamentalnego założenia, że przeszczepiane serce zostaje pobrane na podstawie stwierdzenia zgonu dawcy serca przy pomocy współcześnie przez medycynę wypracowanych metod. Wynika stąd, że niedopuszczalność transplantacji nie tkwi w niej samej, czyli w fakcie przeszczepienia serca z nieżyjącego już organizmu jednego człowieka do organizmu innego żyjącego jeszcze człowieka. Sama w sobie, czyli z natury swej transplantacja serca jest moralnie obojętna. Jej moralne zło zasadza się na towarzyszącej temu działaniu możliwości zadania śmierci osobie jeszcze żyjącej. Dodać należy, że możliwość tę stwarza wyłącznie brak odpowiedniej techniki stwierdzenia rzeczywistego zgonu dawcy serca w warunkach klinicznych, a więc zewnętrzna okoliczność, odnosząca się do sposobu i narzędzi ustalania tego faktu. A zatem, gdyby medycyna wydoskonaliła sposoby upewnienia się o zaszłej śmierci dawcy serca do tego stopnia, że wyeliminowałyby one realne niebezpieczeństwo pomyłki, względnie gdyby kardiochirurg miał do dyspozycji dawców serca zmarłych na pewno w innych warunkach, odpadłyby raczej do moralnego potępienia transplantacji serca. Pozostaje tylko pytanie, czy tego rodzaju sytuacje mają jakieś widoki na swe praktyczne urzeczywistnienie.

Zadziwiający rozwój techniki każe być ostrożnym w zakreślaniu granic jej możliwości również w zakresie kardiologii. Ale nawet w założeniu, że człowiek zdoła wyprodukować aparatury zdolne do bezbłędnego ustalenia faktu śmierci dawcy serca, jest to sprawa przyszłości. Na razie nie liczy się ona jako realny czynnik w określaniu moralnej wartości transplantacji serca. Danych do odpowiedzi na poruszone pytanie należy zatem szukać na polu obecnie zachodzących faktów.

Przede wszystkim nie podobna przeczyć, że zdarzają się katastrofy i inne nieszczęśliwe wypadki, w których giną nagle ludzie zdrowi np. na skutek strzaskania czaszki, ale bez poważniejszego uszkodzenia serca. Wykonuje się też, bądź można wykonywać wyroki śmierci przez ścięcie głowy. Śmierć ewentualnego dawcy serca pozostaje w takich okolicznościach poza wszelką dyskusją i dokonanie wówczas transplantacji serca nie budzi żadnych moralnych zastrzeżeń. Inna sprawa, że tego rodzaju przypadki nie są na tyle częste, aby zaspokoić mogły zapotrzebowanie rozwijającej się z czasem kardiologii. Ponadto stanowią one zazwyczaj trudną do przewidzenia niewiadomą, a jeżeli rzeczywiście mają już miejsce, nie zawsze dzieje się to w warunkach odpowiednich dla dokonania transplantacji. Oprócz tego nie można tracić z oczu niebezpieczeństw wynikających z tytułu „granicy immunologicznej”, które rzutują w sposób bardzo zasadniczy na celowość transplantacji serca przynajmniej w aktualnym stanie medycyny. Uszczupla to znacznie praktyczne możliwości rozwoju kardiologii na bezpiecznej z moralnego punktu widzenia drodze, aczkolwiek zupełnie ich nie przekreśla. Rekompensatą jednak za ofiarę poniesioną przez medycynę na rzecz moralności byłoby zabezpieczenie godności osoby ludzkiej i jej niepogwałcalnego prawa do życia. W epoce, w której z tyłu stron zagraża człowiekowi niebezpieczeństwo pomniejszenia, a nawet zapoznania jego ludzkiej wartości, jest to argument ważki i zasługujący na uwagę.

LA MORALE ET LA TRANSPLANTATION DU COEUR

R é s u m é

Cet article voudrait exprimer ce que l'auteur pense de la discussion actuellement en cours pour savoir si la transplantation du coeur peut être admise en morale. L'auteur expose d'abord les événements les plus importants de l'histoire de la cardiologie, ensuite il considère le pourquoi que les discussions de morale sur cette question ont commencé dans l'opinion publique et non dans les milieux chirurgicaux seulement après que le docteur Barnard eut réussi la première opération de la

transplantation du coeur. Ceci autorise l'auteur à montrer que dans bien des cas la manière de voir naturaliste et qui vise, du moins dans certains milieux de la médecine, à l'efficacité scientifique dans ses recherches, touche à des problèmes dont la solution dépend de la morale.

L'auteur commence les véritables considérations sur la transplantation du coeur en détaillant les aspects moraux fondamentaux. Le problème moral en effet ne consiste pas à se demander comment vaincre „le seuil d'immunisation” mais comment résoudre certaines questions concernant les droits du donneur à la vie, d'autres, par contre, les droits du receveur qui veut conserver intégralement sa personnalité, la défense d'utiliser le corps humain à des fins purement utilitaires et le droit de tous de participer de manière égale aux progrès réalisés par la médecine. L'auteur donne ces considérations dans une analyse plus précise. C'est à la première qu'il donne le plus de place et conclue que cette considération comprend une difficulté conditionnée par une autonomie propre provenant, dans le cas de la transplantation du coeur, des intérêts du donneur dont le droit à la vie exige un long temps nécessaire pour établir qu'il y a sans aucun doute mort, et les intérêts du receveur dont la réduction *maxima* de ce temps vise aux conditions *optima* pour la greffe envisagée.

Après avoir esquissé les aspects moraux de la transplantation du coeur, l'auteur en vient aux principales solutions en cours proposées par les discussions qui ont eu lieu jusqu'à présent. Il en retient quatre. Il en profite d'abord pour présenter les points de vue des adversaires de la transplantation. Les uns adoptent une solution purement déontologique, d'autres une solution de morale chrétienne et de théologie morale. Il voit aussi deux groupes chez les tenants de la transplantation: celui de la morale laïque et celui de la morale chrétienne et de la théologie morale.

Exploitant la partie compte-rendu de son article, l'auteur donne une appréciation critique des prises de position particulières à chacun. Il commence par celle des tenants de la transplantation. Il affirme, entre autres choses, que „la mort”, définie par le professeur Fritzhand comme „permise”, repose sur l'acceptation éventuelle de la mort du donneur en vue de sauver une autre vie, et sur la promotion de développement de la médecine; elle est en opposition avec le principe moral principal tenu par l'auteur: on ne peut pas réduire l'homme à „un moyen” au service de l'homme ou de la société. Dans le cas de la transplantation, il essaie aussi de prouver que l'admission de transplanter le coeur, fondée sur les arguments des moralistes chrétiens, s'appuie sur une interprétation fautive de la certitude morale et du principe d'action à double effet. Dans le cas de la transplantation du coeur, être certain qu'il y a mort du donneur exige, entre autre, un si long

examen de l'encéphalogramme que cela exclue les suppositions permettant que le donneur ne peut encore être à la vie bien que, dans l'état actuel de la médecine, une telle observation prolongée rende le coeur inapte à être greffé. Manquent aussi les bases pour que l'extraction du coeur du donneur soit considérée comme un volontaire indirect où la mort serait regardée comme un accident non voulu. A cette rencontre, vont la finalité de cette action, sa structure dynamique visant la perte de cet organe essentiel à la vie de l'homme, ce qui signifie mort immédiate et voulue sciemment.

Suivant en cela le professeur J. Bogusz et P. Ramsay, l'auteur conclue à la non-admissibilité morale de la transplantation. Il apporte à ces auteurs des correctifs qu'il motive: il est convaincu que la non-admissibilité de la transplantation se limite aux cas dans lesquels les moyens de la médecine en son état actuel ne peuvent avec certitude affirmer qu'il y a mort du donneur dans le temps exigé par l'examen médical de telle sorte que le coeur puisse être utilisé pour la greffe. Quand la mort du donneur ne fait aucun doute (accident mortel, peine capitale) la transplantation peut être justifiée à moins que d'autres difficultés (seuil d'immunisation impossible) n'empêchent d'atteindre la fin visée.