

## קביעת רגע המוות והשתלת איברים

במסגרת פעולות המכון התקיים סמפוזיון על הנושא: "קביעת רגע המוות והשתלת איברים".

הסמפוזיון נערך ביום כ"ט טבת תשל"א (26.1.71) והשתתפו בו:

הרב ב. רבינוביץ שליט"א — רבה של חולון

פרופ' מ. קן — מנהל המחלקה האורולוגית בבית החולים הדסה, ירושלים.

פרופ' א. אנקר — דיקן הפקולטה למשפטים, אוניברסיטת בר-אילן.

פרופ' י. דוידסון — רופא מרדים בבית החולים הדסה, ירושלים.

המנחה: פרופ' מ. אלון — מרצה בפקולטה למשפטים, אוניברסיטה העברית, ומנהל המכון לחקר המשפט-העברי.

מטרת הסמפוזיון היתה להביא לידיעת צבור הרופאים והקהל הרחב את האספקטים ההלכתיים, המשפטיים, המוסריים והרפואיים של בעיה חשובה זו.

כפי שהוגיש המנחה, פרופ' אלון, לא היתה המטרה, בשום אופן, לפסוק הלכה ולקבוע עמדה ברורה ומחייבת בנושא זה. דבר זה מתפקידם של גדולי התורה, מורי ההוראה, ועליהם מוטלת החובה לפסוק ולהכריע. מובן מאליו, שפסק-הלכה לא יכול להתן בסמפוזיון, אלא מתוך מנוחה, שקט ויישוב-הדעת. כאמור, מטרת הסמפוזיון היתה רק להראות את האספקטים השונים של הבעיה בעזרתם של המומחים בשטחים אלו.

לדאבונו חלה תקלה טכנית בהקלטת הדברים, ואין באפשרותנו להביא את דבריהם החשובים של פרופ' אנקר ופרופ' אלון.

להלן הדברים, שנאמרו על-ידי פרופ' קן, פרופ' דוידסון והרב רבינוביץ:

## דברי פרופ' קן :

אני מבין, שתפקידי הערב להסביר לכם את הרקע של כל הפרשה של השתלת כליות, ובמיוחד להדגיש לכם כמה מן הבעיות המוסריות הכרוכות עם הענין. קודם כל אנו צריכים לזכור באילו מקרים מדובר על הענין של השתלות כליות בכלל. צריכים אנו להבין, שכיום אפילו עם ההצלחה הטובה שיש לנו, אנחנו מדברים על חולים, שהגיעו לסוף הפעילות התקינה של הכליות שלהם, והם נכנסו למצב שקורים לו אי ספיקת כליות — ז"א שהם אינם יכולים להתקיים עוד זמן מה על הפעילות הזו של כליותיהם, ואנו, כדי להציל את חייהם, צריכים לתת להם עזרה כלשהי. אבל בעבר לא היה בידינו שום דבר לעשות במקרים כאלה וכולם מתו. כיום יש לנו שתי אפשרויות: אנחנו יכולים לתת להם טפול ע"י הכליה המלאכותית, תהליך הנקרא "דיאליזה", או במקרים מסוימים, אנו יכולים להשתיל להם כליה חדשה, שעשויה לשמש אותם במקום כליתם. חושבני, שרצוי לדבר קודם על הענין הראשון של השמשו בכליות מלאכותיות, מפני שבד"כ זה שלב מוקדם, שצריכים להשתמש בו, אפילו אם אנחנו מתכוונים להשתיל כליה במועד מאוחר יותר. הבעיה המוסרית הראשונה, שעומדת בפנינו הינה בנוגע לבחירת חולים בשביל התכנית הזו. בודאי קראתם הרבה בזמן האחרון בעתונות על העובדה, שיש חוסר במקומות בשביל חולים שזקוקים לדיאליזה, ואני רוצה להדגיש לכם, שלא רק בארץ הזו הבעיה קיימת. היא קיימת בכל מקום ובכל ארץ וארץ, שבה מבצעים טפולים בכליות מלאכותיות. ולכן קורה לעתים לא רחוקות, שאם מתפנה מקום אחד במכשירים אלה צריכים לבחור את החולה המתאים בשביל המקום הזה, וזו כמובן בעיה מוסרית גדולה בשביל הרופא, שהרי ע"י כך קורה, או יכול לקרות, שדוחים חולה אחר, ומפני שהוא לא יכול לקבל הטפול — ימות. היו נסיונות במקומות שונים לבחור החולה לפי כל מיני נתונים, כגון הגיל, המצב המשפחתי, כמה ילדים יש לו, מה עמדתו בקהל וכו'. אבל אני אינני חושב, שהגישה הזו מוצדקת ושאפשר לבחור בין אדם אחד לרעהו ולהחליט מי יחיה ומי ימות ע"י נתונים כאלה. לכן הגישה האפשרית היחידה לדעתי, היא לקחת לפי התור, ו"א מי שבא ראשון — יקבל את התור, כל זמן שיש מקום בו, ואנחנו בוחרים לפי הנתונים הרפואיים בלבד ולא לפי נתונים אחרים.

אם אנחנו באים עכשיו לענין של השתלת כליה, השאלה הראשונה היא, האם מותר בכלל לבצע נתוח, שיש בו סכנה מיוחדת במקרים כאלה, אם אנחנו יכולים להחזיק אותם בחיים שנים רבות ע"י כליה מלאכותית? האם מוצדק בכלל לסכן את חייהם ע"י נתוח? אני חושב, שאין ספק שהדבר הזה מוצדק, וזה מכמה סיבות. ראשית, אני דברתי לפני רגע על כל הענין של חוסר מקומות. על-כן, אם אנו יכולים להשתיל למישהו כליה אנחנו יכולים לפנות את המקום שלו על הכליה המלאכותית ולתת אותו למישהו אחר, ולכן זה כשלעצמו מאפשר לנו להציל יותר חיים אילו לא היינו משתמשים בהשתלה בכלל. שנית, הדבר נוגע לבריאותו של החולה. אין שום ספק, שלמרות שאפשר להחזיק חולה בחיים תוך טפול בכליות מלאכותיות — החיים לא לגמרי גורמליים

והוא לא בקו בריאות שלימה. באופן פיזי הוא קשור למכשיר, שהרי צריך לחבר אותו דרך כלי הדם שלו פעמיים או שלוש בשבוע לכמה שעות, כדי שהכליה המלאכותית תנקה את דמו. לאחר טפול זה הוא יכול לצאת לרחוב, לעבוד עוד יום או יומיים, עד שהוא יודקק שוב למכשיר. אבל אי אפשר לחיות בלי חבור פיזי למכשיר הזה פעמיים או שלוש בשבוע, ז"א שכל אחד ואחד צריך לחיות ולהשאר בקרבתו של מכשיר כזה. כמו־כן, חולה כזה צריך להשאר בדיאטה מאד חריפה, ולא כל אחד יכול לעמוד בדרישות של הדיאטה הזו. אעפ"י שמגקים לו את הדם והוא יכול לחיות, חסרים לו כמה דברים בגוף שהכליה מייצרת. לכן האנשים האלה תמיד אנמיים — חסרי דם, ואם הם ילדים הרי הם אינם מתפתחים כדבעי. כמעט כל הדברים האלה משתנים אם המדובר על השתלת כליה. אם הנתוח מצליח, החולה כמעט לגמרי כמו אדם אחר. הוא יכול ללכת, יכול לנסוע וכדומה. ההגבלה היחידה הקיימת היא הצורך לקחת כדורים, שאותם הוא יכול לקחת אתו לכל מקום ומקום, להשאר בקשר עם ביה"ח ולבצע מדי פעם בדיקות דם או שתן. אבל הוא בדרך כלל מרגיש בטוב, הוא אינו אנמי, יכול לאכול הכל, ומרגיש לגמרי אחרת מהאדם שקשור לכליה המלאכותית. לכן לפי דעתי, אין שום ספק, שמוצדק בהחלט להציע לאדם כזה השתלת כליה, ומההצלחה שיש לזה כיום, ניתן לקוות שהוא יהנה מזה הרבה יותר מאשר מהטפול בכליה המלאכותית. בכל זאת יש להדגיש, שכמו בכל נתוח, אנחנו לא יכולים להפעיל עליו כל לחץ. אנו יכולים רק להמליץ, והבחירה היא של החולה, אם להמשיך בטפול של כליה מלאכותית — דיאליזה, או אם הוא רוצה לבסות השתלה של כליה.

רוב הבעיות המוסריות, שעומדות לפנינו כיום בקשר עם השתלת כליות, הינן בקשר עם בחירת המקור של הכליה. בראוני להסביר לכם מה הן המקורות — מאין אפשר לקבל כליות, ומה הן הבעיות בקשר לכל אחד ואחד מהן. אפשר לחלק את המקורות של כליות לאלו שנלקחות מבן־אדם חי, ולאלו שנלקחות מגויות. אטפל קודם כל באלו הנלקחות מבן אדם חי. פה מדובר על אדם שרוצה לתרום אחת ממליותיו, כדי להציל חיי מישהו אחר. ישנם כמה אנשים שבאים בחשבון להיות תורמים. המקרה הקל ביותר — שלדאבונג'י אנו מוצאים לעתים רחוקות, הוא מה שנקרא "כליה חופשית", זאת אומרת, שמדובר פה בכליה, שצריכים להוציא אותה ע"י נתוח מבן־אדם כדי לטפל בו. קורה לעתים גדירות, שאפשר להשתמש בכליה הזו לשם השתלה. במקרה הזה אפשר להגיד שאין בעיות מוסריות, מפני שאנו מוציאים את הכליה אך ורק כדי לעזור לו ולטפל בו, ואם אנחנו יכולים באותו הזמן להשתמש באותה כליה למישהו אחר, הרי אין זה מהווה בעיה מוסרית בכלל. לדאבונג'י כפי שאמרתי, מקרים כאלה נדירים, והיה לנו רק מקרה אחד כזה עד היום. בדרך כלל מדובר על תורם, שלא צריך לעבור נתוח בכלל, אבל רוצה להתנדב ולתת כליה למישהו אחר. אפשר לחלק גם אותם לכמה קבוצות. הקבוצה הראשונה, שגם היא נדירה, היא של תאימים זחים. זהו מצב מיוחד, מפני שפה מדובר על שני בני אדם, שהם בעצם זחים מבחינת הרקמות שלהם, וזה

עוזר מאד בנוגע לטפול אחרי הנתוח והצלחתו. אחת הבעיות בנושא ההשתלות היא הנטייה של הגוף המקבל את האיבר המושתל — לדחותו, מפני שזו בעצם רקמה זרה בתוך הגוף שלו. אבל במקרה של תאומים זהים המצב שונה, מפני שבמקרה המסוים של התאום הזה, רקמותיו הן זהות, ואין שום בעיה של דחיה, ולכן ההצלחה היא — 100%. אולם העובדה הזו מעלה את הבעיה המוסרית בנוגע לאח או האחיות התורם, מפני שהאדם הזה יודע שהוא היחיד בעולם, שיכול לתת לתאום שלו את הסכוי הטוב ביותר לחיות. לכן יש עליו לחץ פסיכולוגי, לפעמים לחץ מהמשפחה, לתרום את הכליה שלו. אנחנו זהירים מאד שאיש לא יתרום איבר אלא רק כשאנו בטוחים ב-100%, שהוא גותן את זה מרצונו הטוב, ואין עליו שום לחץ מוסרי, לחץ פסיכולוגי, או אחר. ופה אנו צריכים להיות זהירים אפילו יותר מכרגיל, בגלל הנסיבות המיוחדות הכרוכות עם תאומים זהים כאלה.

הקבוצה השניה מהם אנו יכולים לקחת כליות הינה הקבוצה של קרובי משפחה, ופה אנחנו מדברים בדרך כלל על ההורים או על אח או אחות של החולה, שצריך לקבל את הכליה. כיום יש לנו האפשרות לבדוק במידת מה את התאמת הרקמות של התורם הפוטנציאלי לאלו של המקבל, ואם אנחנו רואים שיש התאמה משביעת רצון, ואנחנו מחליטים בעזרת בדיקות רפואיות שונות, שהמתנדב מתאים לעבור נתוח כזה, אנחנו יכולים להסכים לקבל כליה ממנו. אך זאת בתנאי, כפי שציינתי קודם, שהוא באמת רוצה מעומק לבו לתת את הכליה הזו, ואין שום היסוס או הגבלה בכוונתו. המצב הוא קצת אחרת כשהמדובר במתנדב חי, שהוא לא קרוב משפחה של המקבל, מפני שעד היום ההצלחה לטווח ארוך של השתלה כזו לא כל כך טובה כמו מתורם שהוא קרוב משפחה. לכן אנחנו החלטנו עד כה לא לקחת כליה מתורם שהוא לא קרוב משפחה של המקבל. מאד מתקבל על הדעת, שהמצב ישתנה בקרוב בגלל התקדמות הבדיקות של הרקמות של התורם והמקבל, והאפשרות לבחור בעתיד בכליה המתאימה ביותר למקבל או, יותר מתקבל על הדעת, לבחור את המקבל המתאים ביותר בשביל כליה של מישהו, שרוצה לתרום אותה. בדרך זו אני חושב, שנוכל להשיג את התוצאות הטובות שיש היום עם קרובי משפחה, ויהיה מוצדק להסכים לקחת כליות מתורמים כאלה.

יש סוג מיוחד של תורמים פוטנציאליים, שצריכים לדון עליו, וכאן אני מדבר על קפנינים. האם מותר לקחת כליה מקטין להשתלה אצל אחיו או אחותו, על סמך ההסכמה של ההורה, או של הילד הקטין, או של האפוטרופוס שלו. מובן היטב, שכאשר מדובר על נתוח כל שהוא לצורך טפול בילד אנחנו יכולים לנתחו, אם אנחנו מקבלים הסכמה של ההורה או של האפוטרופוס, מפני שזה לטובת הילד עצמו. אבל המצב שונה לגמרי, כאשר מדובר על הוצאת כליה מקטין לצורך השתלה. פה לא מדובר בכלל על עזרה לקטין הזה, אלא להיפך, יכול להיות במצב, שאחרי כמה שנים, כאשר הקטין יגדל, הוא יצטער על זה ויתנגד באופן רטרוספקטיבי על מה שנעשה אצלו. לכן אנחנו בדעה, (והבעיה

הזו התעוררה פעם אצלנו), שמבחינה מוסרית אסור להוציא איבר מקטין, אפילו אם ההורים או האפטרופוס מסכימים, או אפילו דורשים זאת מאתנו. המצב מסובך עוד יותר כאשר מדובר על קטין, שהוא מפגר, מפני שהוא אף פעם לא יהיה במצב, שבו יוכל להסכים או להתנגד שנעשה אצלו נתוח כזה. מקרה כזה הובא לפני בית המשפט בארץ ועליהם להחליט בנידון באופן משפטי. אני שמח מאד, שזה לא בשביל הרופא להחליט, אבל נדמה לי, שאסור לבצע דבר כזה, אם הקטין איננו במצב שהוא עצמו יכול להסכים עם כל הרצון שבהתנדבות, עם הכרה מלאה ובהבנה מלאה.

הקבוצה הגדולה השנייה של מקורות לכליות, הינה הקבוצה של גויות. לדאבוני אין מספיק כליות כדי לספק את כל האנשים הזקוקים להם. באופן יחסי נדיר שיש אח או אחות, או אם או הורה, שיכול ומוכן לתת כליה למי שזקוק לה; ולכן אנחנו גאלצים לחפש מקורות אחרים. מקור אידיאלי מכמה בחינות זה מגויות, מפני שאין אנחנו גורמים איזה נזק לגויה, שלא זקוקה לכליה; מאידך על ידי זה אנחנו יכולים להציל מישוהו בלי לגרום שום סכנה, כביכול, לתורם. בנוגע לענין זה מתעוררות שתי בעיות: הראשונה היא בנוגע להסכמה לגיתוח הוזה. לפי החוק של המדינה שלנו ברור, שאם המדובר בהוצאת איבר לשם השתלה, אנחנו לא חייבים לקבל הסכמה של הנפטר, או הסכמת המשפחה, כדי לבצע את זה ולקחת את האיבר להשתלה. למרות המצב החוקי הוזה אנחנו נהגנו קצת אחרת, והוצאנו כליה מגויה לשם השתלה אך ורק עם הסכמת המשפחה. הבטיחה השנייה היא בנוגע לזמן שעומד לרשותנו להוציא כליה כוון. צריכים להבין, שמיד עם מות האדם מפסיק כל איבר לקבל חמצן ותוך זמן קצר עובר גיוון. במצב כזה, כמובן, אי אפשר להשתמש באיבר הוזה, ואסור להשתיל אותו מפני שהוא לא יפעל. כאשר איבר כזה, כליה למשל, כבר הוצאה מן הגוף, אפשר לקרר אותה ולשמור אותה לזמן מסויים — כמה שעות, אבל עלינו להוציא את הכליה במהירות די רבה אחרי פטירתו של הגוף, אם אנחנו רוצים לקבל אותה במצב טוב, שאפשר יהיה להשתמש בה ולצפות שתפעל כתקונה. באופן ממוצע אנחנו צריכים להוציא את הכליה ולקרר אותה תוך כ־30 דקות. מזה ברור, שחוף מכל הארגון של הענין, דבר עיקרי הוא, איך להחליט בדיוק מהו הרגע הנכון שהאדם נפטר, מפני שיש כל הבדל בעולם בין אדם שגוסס, שאין לנו רשות לגעת בו, לבין אדם שאין בו רוח חיים כלל, שמותר לנו כבר לחשוב על הוצאת איבר. וזה מביא אותנו, אם כן, לחלק של פרופ' דוידסון, ואני אבקש אותו להמשיך בדיון הוזה, "איך אנחנו יכולים לקבוע בודאות מותו של אדם".

★ ★ ★

דברי פרופ' דוידסון:

לכל זמן ועת אמר קוהלת, עת ללדת ועת למות. תפקידי לדבר על קביעת עת המות. מנקודת הראות של החוק החילוני וההלכה קיים רגע מות, קיימת תפנית חדה בין החיים ובין המות, אלא שהמציאות הביולוגית אחרת לגמרי. מבחינה

ביולוגית החיות אינה חדלה בעת ובעונה אחת בכל זלקי הגוף, וזמן מה אחרי המות, אפילו אחרי הקבורה, יש סימנים של חיות בגוף האדם. אנחנו יודעים היטב, שהשערות והצפרניים, לדוגמא, ממשיכים לצמוח ימים אחרי המות, כלומר, המות המוליקולרי הוא אחר לגמרי מהמות הקליני. בעבר אנו קבענו את המות ע"י חוסר פעילות הלב וע"י חוסר תנועת הנשימה ואנו דברנו אז על רגע המות, כאלו היה קיים זמן מוגדר. עכשיו, בחולה שבאופן פתאומי לבו חדל לפעום, איננו אומרים, לכל הפחות בבית חולים, שהחולה הזה מת, אלא אומרים שהחולה סובל מ- cardiac arrest מעצירת פעולת הלב, אנחנו מתייחסים אליו כאל חולה, שאפשר לטפל בו. אם כן אנחנו יכולים, באמצעים מלאכותיים, להחזיק אדם על הגבול בין החיים והמות לזמן ממושך. הדבר הזה בעל ערך ובעל חשיבות רבתי. קיימים מצבים חריפים המביאים את החולה לסף המות, כגון הרעלה או איבוד דם רב, שעשויים להביא לעצירת הלב. אך אם נוכל להשאיר את החולה בחיים בעזרת הנשמה מלאכותית ועיסוי הלב למשך הזמן הדרוש לטיפול בבעיה היסודית, נוכל להצילו ולאחר מכן לרפאו לחלוטין, כך שיוכל לשוב לחייו הנורמליים ולעבודתו. הרשו לי להמחיש את הענין ע"י דוגמא מעבודתנו היום-יומית. אנחנו מקבלים ביחידה שלנו, יחידה לטיפול נשימתי נמרץ, הרבה חולים שסבלו מחבלה נרחבת במוח. אחרי חבלה כזאת נוצרת בצקת של מוח בתוך הגולגולת. כתוצאה מהתנפחות זאת, קיים לחץ על מרכז הנשימה, שנמצא בגזע המוח, והחולה מפסיק לנשום. אם אנחנו יכולים לטפל ברגע הנכון במצב, אנו יכולים להנשים את הנפגע במשך ימים ושבעות, עד שההתנפחות תחלוף. אין ספק, שישנם מאות אנשים במדינה, שחיים כתוצאה מטפול זה. לצערי הרב התוצאה לא תמיד כה חיובית. לפעמים אחרי הנשמה מלאכותית ממושכת ואחרי עסוי-לב ממושך, רואים שהאדם אינו חוזר להכרתו. הוא נמצא שרוי בתרדמה, ללא תנועות, ללא תגובות, ללא מחשבות, ללא זכרונות, אלא הלב ממשיך לפעול והחולה מונשם באופן מלאכותי. אנו מתארים מצב אומלל זה כמצב וגטיבי. א"כ האם זה חיים או מות? וזה מביא אותנו לצפור הנפש של הבעיה — על סמך מה לאבחן את המות? באיזה רגע אדם משנה את הסטטוס של חולה מקבל טפול והופך לתורם בכח — potential donor — למטרת השתלה. כדי לפתור את הבעיה, מינו במרכזי רפואה בעולם "ועדות מות" כדי ללמוד את הבעיה, לנהל מחקרים, לדון ולהגיע למסקנה — איך ומתי קובעים את המות, ולפסוק במקרים אינדיוידואליים. הועדות האלו (וועדה כזו קיימת בהדסה) מורכבות ממומחים ברפואה בתחומים שונים. משתתפים בהן: רופא מרדים, שתפקידו לקבוע את עומק התרדמה שבה שרוי החולה; קרדיולוג, שתפקידו להעריך את מצב הלב; נוירולוג, המעריך את תפקודי המוח. יש להדגיש, שבועדות אלו אין רופא ששייך לצוות הרופאים המתכוננים להשתלה. בשום אופן איננו משתפים את האנשים האלו, שמא, באופן תת-הכרתי, הרצון להציל בן-אדם ישפיע בבחירת התורם בכוח. היום קיימת בעולם דעה, שקביעת המות צריכה להיות לפי מות המוח, ולא לפי שום קנה-מידה אחר. השקפה זו, קשה לקבלה, גם לרופאים וגם להדיוטות, שמושרשת

בהם אמונה עמוקה בערכו של הלב, אפילו כמרכז רגשי, וכמרכז למחשבות, שהם כמובן תיפקודים בלעדיים של המוח ולא של הלב. הלב יכול להמשיך לפעום, אפילו אם נוציאו מגוף האדם, שכן הלב הוא שריר, ולכן איך אפשר לזוהות את החיים עם פעימות הלב? עובדה זו חשובה לנו ביותר לצורך השתלות. אם יכולים להגדיר את מות האדם לפי מות המוח, נוכל להוציא אבר בזמן שהלב ממשיך לפעום, וממשיך לשמור על ערך האיברים למטרות השתלה. אם נחכה עד שאין סימנים של חיות גם בלב, ערכו של האיבר, כמו שאמר פרופ' קו, ירוד.

לפיכך, אני חושב שנצטרך להתרגל למחשבה, שחיים ומות של האדם נקבעים לפי תיפקודי המוח בלבד. אם כן, מהו מות המוח? אולי זה פחות יעניין את הקהל הלא-רפואי, אך אעבור על כך בקיצור רב. יש חוסר של כל תנועה, חוסר של כל מאמץ לנשום, חוסר של כל ההחזרים, ויש הרחבה גדולה של האישונים. אם רושמים פעילות חשמלית של המוח, מקבלים קו שטוח, במקום הגלים התקינים שאפשר לקלוט בחיים. אם כן יש סימנים אובייקטיביים טובים למות המוח, אבל קיימים מחקרים בנושא ומחפשים סמנים מוקדמים ובטוחים נוספים. עם זאת אין ספק, שאנחנו יכולים לדון עתה בודאות על מות המוח. יש עוד אספקט חשוב לקביעה זו, שאני רוצה להזכירו. לפעמים טפול גמרץ בכשל, והחולה נשאר במצב וגטטיבי. מה עלינו לעשות? האם אנחנו צריכים להמשיך ולטפל באדם זה בגלל שהלב עוד פועם, כשאנו יודעים בודאות שהמוח מת? טיפול אינטנסיבי כזה, כמובן, כרוך במאמצים גדולים והטפול מסיח את צוות הרופאים והאחיות מטפול בחולים אחרים ל-24 שעות ביממה. האם אנחנו חייבים לעשות את המאמץ הזה, למרות שאנחנו יודעים לפי כל הסימנים שהאדם אינו בחיים? לי נדמה, שהגישה ההגיונית היא להפסיק לטפל בחולה, שהוגדר כמת, אפילו אם עדיין קיימות פעימות לב.

\* \*

.

דברי פרופ' דוידסון עוררו ויכוח בין קהל המשתתפים והובעו דעות המתנגדות להשקפתו זו.

ד"ר ת. הלבפשט, סגן יו"ר המכון, ציין בדברי הויכוח, שיש כיום ספרות מקצועית-רפואית ענפה ובה דעות רופאים רבים, המדגישים את המגבלות הקשות של קביעת מות-מוחי. לדוגמא ציין את מאמרו של פרופ' אשכנזי ב"הרפואה", כרך ע"ט, חוברת א'. בעיקר, הביא ממחקריו של ד"ר י. לוי, שפורסמו ב"נועם" וב"המעין", ובהם הוכחות רפואיות השוללות את השקפת המות המוחי והמחזקות את הגישה הקלאסית של הפסקת חמש פעולות-החיים הספונטניות — ופעולות הלב והנשימה בכלל זה. (תמצית דברי ד"ר לוי הובאה ב"אסיא" גליון ב', עמ' 41—40).

כמו-כן ציין מכתבו של ד"ר י. לוי למערכת "הדרום", גליון ל"ג: "קראתי בחוברת האחרונה של "הדרום" את המאמר על קביעת זמן המות.

הרצוני להעיר על ענין רפואי במאמר זה. המחברים דוגלים בהשקפה החדשה של "מות-מוחי". לפי שיטה זו נחשב בן-אדם למת אם המוח מת, אפילו כאשר לבו עוד פועם כרגיל. המחברים אינם מזכירים, שיש מומחים רבים המתנגדים לשיטה זו. הם טוענים, שאפשר לקבוע את המות רק כאשר גם הלב וגם הנשימה הפסיקו לפעול לחלוטין. יש, כדוע, חסידי "מות המוחי", הממליצים להוציא מה"מת המוחי" איברים להשתלה, אפילו בזמן שהלב פועם עדיין. יש לחשוש, שרבנים ורופאים, שיקראו את המאמר ילמדו ממנו, שגם המחברים בדעה זאת ויחשבוה להלכה. כדי להסיר מכשול יהיה רצוי לפע"ד, שתופיע הצהרה ברורה, שדעת המחברים אינה לפי חסידי ה"מות המוחי".

להלן דברי הרב רבינוביץ, אשר הביע את השקפתו ההלכתית נגד קביעת המות-מוחי ובעד השיטה הקלאסית של הפסקת פעולות הלב והנשימה.



דברי הרב ברוך י. י. רבינוביץ:

מאז מתחילה הרפואה לעסוק בהשתלת רקמות, קרניות ועורקים מגוף מת לגוף חי נידונה שאלה זו בספרות ההלכה, לפי האספקטים השונים של הנושא וביניהם: כבוד המתים, חיוב קבורה, איסור הנאה מגוף המת, היתר ריפוי על חשבון הזולת וכו'. הבחינו בין חולה שיש בו סכנה מידית וודאית, ובין סכנה אפשרית, הנובעת לא מתוך המחלה עצמה אלא מתוך ליקוי הכושר הגופני הבא בעקבותיה, וכן הלאה.

החריפה השאלה מאז התחילו להשתיל איברים חיוניים יותר, כגון כליות ולב. השתלת לב עדיין לא יצאה משלב נסיוני, אבל השתלת כליה כבר היום נחשבת לאמצעי ריפוי ממדריגה ראשונה, אחרי שהרפואה הצליחה להתגבר על רוב ההשלכות השליליות של ניתוח זה. הרבה חולים, שהיו נידונים למוות ניצלים וממשיכים לחיות שנים רבות, חיים שלימים ותקינים.

מפני שהאיברים הללו עדינים הם, ועדיין אין ברשות הרפואה אמצעים מועילים להחזיק אותם במצב ראוי להשתלה זמן רב, יש צורך להוציאם מגוף התורם סמוך ממש לרגע מותו, כשעדיין חיוניותם לא נפגמה, כדי לשלם תיכף בגוף המקבל. מבחינה מסוימת אפשר לומר: האיבר הנשתל צריך להיות, לכה"פ מבחינה וגטטיבית, עדיין חי. כאן נסתבכה השאלה מבחינה טכנית ובעקבותיה — מבחינה הומניטרית ומשפטית.

מצד אחד לפנינו התורם: מבחינה רפואית הוא נדון למות מידי בתוך שעות או רגעים ספורים. אמנם לא יעלה על הדעת להקריב חיי שעה של פלוגי כדי להציל חיי עולם של אלמוני, כי אין דוחין גפש מפני גפש. אבל מאידך גיסא, עומד לפנינו המקבל: מותו בטוח אם לא תיעשה ההשתלה, ולעומת זה אחרי ההשתלה ימשיך לחיות ככל בן אדם נורמלי, ועוד יקים דורות שיוולדו



על ברכיו. בכל אופן יש לו הזכות לדרוש, שיבדקו אם התורם באמת עדיין חי. אולי כבר הפסיק לחיות ואם ימהרו ויוציאו האיבר מן המת יצילו ע"י כך את חייו של המקבל.

על ידי כך שאלת קביעת רגע המוות נעשתה לנקודת המפנה לכל סבך הבעיות הרפואיות, ההלכתיות, והמשפטיות הקשורות בזה. הקושי שבדבר: עבודת ההכנה לניתוח הכפול. הכנת התורם והכנת המקבל על שולחן הניתוחים, צריכה להיעשות ביוד גוף התורם חי. הרופא אמנם מכיר בעקרון, שאין לנגוע בגוף החי לטובת חיי זולתו, אבל מגיע רגע מסויים שעליו להחליט ולומר: הגה מעכשיו אין התורם חי יותר, אלא מת הוא. ההרגשה היא, שהחלטה זו היא אישית וסובייקטיבית, שהרצון להציל חיי המקבל והחרדה להצלחת הניתוח משפיעים עליו, ואין האדם יכול להתעלות כליל מעל חיי האמוטיביים.

כל רופא זקוק, איפוא, לקריטריון מלא ואובייקטיבי, שיוכל לסמוך עליו ברגע רציני זה. אילו היה המות בא במפנה חד וברור לכל רואה, אפשר היה לסמוך על נח הסתכלותו של האדם, כי אין לו לדיין אלא מה שעיניו רואות. אבל המוות בא כתהליך — בשלבים שלבים. אין האדם מת, אלא האדם "הולך למות" — לפי לשון הכתוב. בקהלת פרק י"ב, מתאר בתמונות בהירות את ההתנוונות האיטית של האדם, מאז שמופיעים הסימנים הראשונים של הזדקנות, עד אשר יסובבו אותו הסופרים. ומסיים "כי הולך האדם לבית עולמו". התהליך הזה ממושך הוא ואין בו קו ברור המבדיל בין החיים והמוות. כי המוות בא, כפי שאמרנו, בשלבים ומתוך השלבים המרובים הללו יש לבחור אחד מסויים ולומר, הנה ממנו והלאה האדם נחשב מת. יש לבחור בשלב, שסימניו ברורים, שאין להטיל בו ספק, ושיכול לשמש קריטריון אובייקטיבי בהחלט.

חז"ל, במסכת יומא, פ"ה, מביאים שתי דיעות. האחת קובעת את המוות עם הפסקת הנשימה והשניה — עם הפסקת דפיקת הלב. הרמב"ם פוסק לפי הדיעה הראשונה, לענין פיקוח נפש בשבת. קריטריון זה של הפסקת הנשימה ודפיקת הלב המוזכר בתז"ל הפך לקריטריון אוניברסלי, שהשתמשו בו עד לזמן האחרון בכל המדינות הנאורות. לפיו נהגו הרופאים והיה, איפוא, לקריטריון קלסי. ברוב המדינות ממשיכים לנהוג כך עד היום.

העירעור נגד הקריטריון הזה התחיל עם השתלת האיברים, שהולכת ונעשית שכיחה יותר ויותר. זו מצריכה, שהאיבר יוצא מגוף התורם כשעדיין לא נפגם בחיוניותו. וזה דורש לפעמים, שהרופא יקבע באופן רצוני, מהו הרגע המתאים להוצאת האיבר. הקריטריון הקלסי אינו נותן האפשרות הזאת בידי הרופא. הפסקת הנשימה או הפסקת דפיקת הלב אינו ניתנות לקבען מראש, אלא לאחר מעשה. לפיהן אי אפשר, מבחינה מעשית, להכין הניתוח בגוף התורם ולהתאימו עם הכנת הניתוח בגוף המקבל, בעיקר בהשתלת איברים חיוניים ועדינים, המצריכים זמן ממושך וטכניקה מסובכת להסרתם מגוף אחד ולהשתלתם בגוף השני.

הרופאים יצאו, איפוא, בחיפוש אחרי קריטריון חדש ומצאוהו בהפסקת הפעילות החשמלית של המוח, הניתנת למדידה מדויקת על ידי אלקטרואנצפלוגרם. בצרפת

— כפי ששמענו כאן מפי פרופסור אנקר — הוכנס הקריטריון הזה בתחוקה כבר לפני ארבע שנים בערך. הרופאים המנתחים ידם נטויה ומשתדלים בכנסים רפואיים עולמיים מסוגים שונים להעביר הקריטריון הזה בצורה של תחוקה בינלאומית.

בחיפוש אחרי הקריטריון החדש יצאו הרופאים, לכאורה, מתוך שיקולים רפואיים מדעיים גרידא והגיעו לשתי מסקנות מהפכניות, הנובעות מתוך השינויים שחלו בטכניקה הרפואית, ושלפיהן יש לבטל את הקריטריון הקלסי:

(א) הרפואה המודרנית — טוענים — מצאה אפשרויות רבות של החזרה לחיים, אחרי שמבחינה קלסית האדם כבר נחשב כמת. המקרים של החזרה לחיים על ידי הנשמה מלאכותית, עיסוי הלב, הלם חשמלי וכו' הולכים ומתרבים וטכניקות חדשות צצות ועולות מיום ליום. המוות הקליני הפסיק להיות מושג רפואי. האדם שנפסקה נשימתו אין לראותו כמת, אלא כחולה שחייבים להמשיך לטפל בו מבחינה רפואית ואנושית. יש, איפוא, להחליף את הקריטריון הקלסי בקריטריון יותר מדעי ויותר מבוסס ברפואה המודרנית.

(ב) שנית — טוענים — הטכניקה הרפואית יכולה להמשיך ע"י מכונות, הידועות כריאות ברזל ולב מלאכותי, את חימצון התאים ולהחזיק אותם מבחינה וגטיבית זמן רב, אהרי שכבר הופסקה החיות הטבעית שבגוף. לפי הקריטריון הקלסי האדם עדיין חי, אבל האם באמת אפשר לראות בפעילות וגטיבית כזו, המוחזקת על ידי מכונות, פעילות של חיים? האין הפעילות הזאת פחותה בערכה מפרכוסים רפלקטיביים של השרירים, שאין רואים בהם שלב חיים? היא פחותה בערכה מפני שהיא כולה מלאכותית, בעזרת מכונות, בשעה שהפרכוס עדיין נובע מחיים טבעיים כל-שהם. לאור הישגים מלאכותיים ומיכניים אלה איבד הקריטריון הקלסי כל ערכו, ויש להחליפו בקריטריון, שאינו מושפע מהתערבות הטכנית.

הבה, איפוא, ונבדוק השיקולים הללו ונשווה אותם לשיקולי ההלכה ותפיסת מהות החיים שביהדות.

בנוגע לטיעון הראשון, יש לחלקו לשניים: (א) האפשרות להחזיר לחיים על ידי טיפול ואמצעים טכניים; (ב) האפשרות לחזור לחיים בעקבות טעות של הרופא בדיאגנוזה, כלומר במקרה של מוות מדומה.

צריך שיהא ברור, שיש בטיעון הזה תפיסה מוטעית של הבעיה. אין בעיית קביעת הקו המבדיל בין החיים והמוות תלויה כלל, לא באפשרות הטכנית של החזרה לחיים, ולא באפשרות של טעות בהערכת הרופא. הרי כולנו מבינים, שסימני הקו כשלעצמם אינם קובעים כלל, וכל זמן שיש חשש לעילוף עדיין אין להכריז על האדם כמת. אם יצליח הרופא להחזיר את האדם לחיים על ידי תרופות, או על ידי הלם חשמלי, או על ידי עיסוי, או על ידי הנשמה מלאכותית, או על ידי כל אמצעי שעומד ויעמוד ברשותו — יש לראות את האדם למפרע כחי לכל דבריו. אלא הכוונה בקביעת הסימנים הללו היא, שאם הרופא ניצל כל האמצעים להחיות את החולה עד שיצא הספק מלבו, והוא

מחליט שאין יותר תועלת במאמצים — יש לראות את האדם כמת לא משעת ההחלטה הזו, אלא למפרע מאז הופסקה נשימתו. מאידך גיסא, אם הרופא יודע מראש, שאין תועלת במאמציו והחליט להפסיק כל טיפול, אבל האדם עדיין נושם ולבו דופק — אין לראות את האדם כמת למפרע מאז שהחליט הרופא, אלא אך ורק מאז שתיפסק נשימתו. קביעת רגע המוות אינה, איפוא, מבחינה רפואית טיפולית, אלא מבחינה משפטית כרונולוגית.

כמו כן אין השאלה הזאת נוגעת לטעות אפשרית, שבקביעת המוות על ידי הרופא. כי אין אנו עוסקים בדיון על ה"אינפליביליטי" של הרופא ועל מידת ההסתמכות עליו, בנוגע לאפשרות של חזרה או החזרה לחיים של האדם, שהוכר על ידו כמת. בעיה זאת היא של התמחות וייתכן, כמו בכל דבר הדורש מומחיות, שבעל המקצוע יטעה בהערכתו, אף על פי כן עלינו לסמוך עליו. על הודאות הזאת כבר דנו בדורות שקדמו, כי תמיד היו מקרים נדירים של חזרה לתחיה והתעוררה הבעיה אם אפשר לסמוך על המומחה בכל הנוגע לקבורה, לאבלות, להתרת עגונות, פיקוח נפש בשבת, וכו'.

חז"ל, במסכת שמחות, פ"ה, מספרים על מקרה כזה: "מעשה באחד שנקבר ופקדו את קברו ומצאוהו חי והוליד בנים ומת אחרי כ"ה שנים". גם במס' פסחים, ג, א', מסופר על ר' יוסף בנו של ריב"ל, שגזע ופרחה רוחו ואח"כ חזר לחיים. הרמב"ם במורה נבוכים, פרק מ"ב, מביא בשם האנדלוזים, שפרשו הספור על בן הצרפתי, כי מותו היה מוות מדומה. ברוח זו יש מפרשים גם הכתוב על מות נבל (שמואל א, כ"ה) ועל מותו של בן השונמית (מלכים ב, ד'). הדים לויכות מסביב לפירושים הנ"ל אנו מוצאים בתשובת הרידב"ן, סי' שני אלפים ר"ג; ובשובות הריב"ש, סי' מ"ה; ושו"ת חת"ס, סי' של"ח. בעיית הוודאות עורר בשעתו רמ"ד מנדלסון, שטען להלין את המת ולא לקברו לפני הופעת כתמי מות ברורים, כי אמר שאין רופאי זמננו "בקיאים בגבול המגביל בין חיים למוות". החתם סופר מוסר לנו, שבשעתו התנגד לו היעב"ץ. המקרים של חזרה לתחיה אחרי שהוכרו על המוות הם כל כך נדירים עד שאין לראותם כריאליים, למרות שהאפשרות אינה בטלה כל עיקר. הרמב"ם, שידוע על מקרים של מוות מדומה ע"י "חולי השיתוק בהחנק הרחם המתמיד יום או יומיים", פוסק בהל' אבל ד' ה': "הגוסס הרי הוא כחי לכל דבר וכו', והנוגע בו הרי זה שופך דמים וכו', וכל המאמץ עיניו (של הגוסס) עם יציאת הנפש הרי זה שופך דמים, אלא ישהה מעט שמא נתעלף", אעפ"כ פוסק שם: "אין משהין את המת וכו', וכל המלין את מתו עובר בלא תעשה". גם ממס' יומא, פ"ה, בדיון "מפקחין הגל", משמע שאין חוששין למוות מדומה. וכן משמע ממקורות אחרים שבש"ס, שאין כאן המקום להאריך בהם.

מבחינה מעשית כך גם נוהגים ברוב בתי חולים שבעולם. לאחר קביעת המוות ע"י הרופא, מטפלים בגופה ללא כל חשש לטעות מצד הרופא, וללא כל חשש למוות מדומה. רק במדינות מעטות יש חוק האוסר לקבור הגופה לפני הופעת כתמי מוות. גם במדינות האלה שבהם החוק קיים אין הוא מופעל כראוי,

כי מעבירים את הגופה תיכף לאחר המוות לבתי הקרור, ולפעמים בעת הצורך עושים שם גם את הנתיחה תיכף אחרי קביעת המוות. ברוב המדינות שבעולם קוברים את הגופה ביום הפטירה, וכך גוהגים גם במדינת ישראל. במישור זה אין, איפוא, חילוקי דיעות בין שיקולי ההלכה לשיקולים הרפואיים. תמימי דיעות הם, שאעפ"י שבמקרים גדירים קיימות אפשרויות של טעויות ושל חזרה לחיים הרי אינם מספיק ריאליים כדי שיתחשבו בהם.

הטענה של המנתחים השותלים לבטל את הקריטריון של המות הקליני על סמך המקרים הנדירים הנ"ל אינה טענה, כי בכל מישורי הרפואה האחרים הקריטריון הזה קיים ועומד, ואין לבטלו מבחינה סובייקטיבית אך ורק לצורך השתלות. קריטריון בדבר חשוב כזה אינו קריטריון אלא אם כן הוא בעל ערך באופן אובייקטיבי, בכל הנסיבות ובכל התנאים.

מאידך גיסא, גם במוות שנקבע ע"י אנצפלוגרם קיימת אפשרות של חזרה לחיים, כידוע ממקרהו של פרופסור לגדוי ברוסיה, ואין הוא עולה בערכו על הקריטריון הקלסי.

בנוגע לטיעון השני: טיעון זה הוא רציני והוא פילוסופי במהותו. אליו אנו צריכים להקדיש תשומת לב ולשקול אותו מתוך כובד ראש. גלומה בתוך הטיעון הזה ההנחה של דואליזם מוחלט במובן הקרטזיאני. לדברי דיקרט הנפש זה עם האני החושב. כל שאר סימני חיים אינם אלא של חיים אוטומטיים ומכניים כפעולת רובוט. וכך כותב דיקרט, בספרו על המתודה, מאמר ה' 46: לאחר שחקרתי את הפעולות... בגוף... מצאתי... כל אותן הפעולות, שהן יכולות בנו בלא שנחשוב עליהן, ואם כן, גם בלא שנפושנו, כלומר אותו החלק המובחן מן הגוף שאמרנו עליו למעלה שטבעו רק לחשוב, תשתף בהן." "פעולות הגוף בלי השתתפות כח החשיבה הן כפירכוס איברים לאחר שהותו הראש. עדיין הוא מתנועע ונושך את האדמה, אעפ"י שאין בו עוד נשמת חיים" (שם 55).

תורתו של דיקרט קובעת, שהנפש פועלת באדם רק כל זמן שהוא חושב, דהיינו: כל זמן שהוא יודע לדבר או לאותת וכל זמן שהוא יכול להתאים פעולות גופו באופן רצוני לנסיבות. (שם 56, 57). עלינו להכיר — טוען דיקרט — שהחום והתנועה שבתוכנו עד כמה שאינם תלויים במחשבה שייכים אך ורק לגוף. (היפעלויות הנפש, סימן ד').

התורה הקרטזיאנית באה לכאורה כמהפכה בתורת הנפש, כפי שהיתה מקובלת בימות הביניים, כשעדיין היתה מבוססת על תפיסת העולם של אריסטו ואפלטון. ואמנם לא אריסטו ולא אפלטון לא הגיעו לחלוקה כל כך מפורשת כמו דיקרט, אבל גם הם כבר הבדילו באופן ברור בין התפקודים השונים, הרוחניים והביאולוגיים שבנפש. אפלטון, העוסק בבעית הנפש בפרון ובחוקים, מבדיל בה שני עקרונות: ידע ותנועה. אריסטו, בספרו תורת הנפש, מבחין בארבעה עקרונות: תזונה, הרגשה, תנועה ושכל. העקרון האחרון מתחלק לשנים: השכל הפעיל והשכל הסביל. הפעיל — בא מבחוץ ובו האדם משתתף באלוקות

(= הוא ניצוץ אלוהי ממעל), והסביל — שהוא כוח הדימוי, קשור לחלק החמרי שבגוף. החלוקה הקלסית הזאת פתחה את השער לחלוקה המוחלטת שבין החיים הנפשיים והווגטיביים, שדיקרט ניסה להגדירה באופן כל כך ברור. מסקנתו, שהחיים הווגטיביים אין בהם שום דבר אנושי ואין להתייחס אליהם אלא כפי שמתייחסים למעשה מכונה. הרופאים, בטיעונם שהחיים אחרי הפסקת פעילות המוח אינם חיים, ומן הרגע שהאנצפלוגרם מראה על כך יש לראות את האדם כמת — מקבלים דעת דקרט ללא כל הסתייגות. אבל מבחינה פילוסופית דיעה זו כבר נתבדתה.

כבר בדור שלאחר דיקרט התחילו להטיל ספק בדבריו. אין החלוקה הזאת (שמקורה בחלוקת הסובסטיציות לשתיים, האחת של חשיבה והאחת של התפשטות) מסבירה, אפילו הסבר כל שהוא, את ההשפעה ההדדית שבין הגוף והנפש. מלברנש, לייבניץ ושפינוזה חיפשו, כל אחד לפי דרכו, איך לקשר ביניהם. כל אלה כבר היו מוכרחים לוותר ויתור מסויים על החלוקה ולראותה כבלתי מוחלטת.

במאות הבאות אחרי דיקרט עד למאה הנוכחית חיפשו דרכי הסבר, או בפילוסופיה האידיאליסטית או בפילוסופיה המטריאליסטית, שבשתיהן אין מקום לחלוקה מוחלטת בין חיים שכליים לחיים וגטיביים. המגמה השולטת כיום בפילוסופיה ובפסיכולוגיה היא, לא לזהות את הנפש עם החשיבה בכלל. החשיבה היא אחת בין הרבה בטויים של הנפש ולא החשובה ביותר. אין ערכו של האדם מתמצה בשכלו לבד. ההגדרה של האדם כחיה בעלת שכל בוטלה זה מכבר. יש חשיבה פרימיטיבית גם בחיות, כפי שהוכיחה הפסיכולוגיה ההשוואתית, כשם שיש פעילות אינסטינקטיבית גם באדם. ערכו של האדם והצד האנושי שבו, הוא יותר במהותו המוסרית מאשר במהותו הרציונלית. מבחינה זו, תורת הנפש המודרנית קרובה הרבה יותר למושג הנפש המופיע בתורה ובדברי חז"ל. ערכו של האדם הוא באשר נושא הוא צלם אלוקים — מושג שלא ניתן להגדרה ולצימצום. חיים אנושיים קיימים בכל מניפסטציה של חיי האדם, ולא דוקא בפעולת המוח בצורה של חשיבה או היפעלות רגשית. בעיקבות תפיסה זו של הנפש, כל יציר הנולד במין האנושי דינו כבן אדם וההורגו חייב מיתה. יודעים המקרים של ילדים הנולדים בלי מוח בכלל. התינוקות הללו בני אדם הם, למרות שאין בהם כח חשיבה כלל וההורגם דינו כרוצח. אין אנו יודעים מחייו של ילד כזה ומהרגשותיו כלום, אבל אין לנו הרשות לשלול ממנו ערך חייו. מה אנו יודעים על צורת תגובתו כלפי ליטוף של קרן שמש הנופלת על פניו ועל גופו? צורת חייו וודאי שונה, אבל אין לנו רשות לומר שאינה אנושית. אסור לנו להתייחס לתינוק כזה כאל פרח, שמותר לנו לקטפו להנאתנו. הגאותיו שונות, אבל מי יערב לנו שהן מעטות. אולי דווקא הרגשת העונג שלו היא יותר עמוקה ושורשית כי היא פחות מופרעת. פילוסופיות שונות ראו במצב כזה את שיא אשרו של האדם, כי הרי המצב הזה דומה הרבה לאטרקסיה היונית ולנירוונה הסנסקריטית. גם קוהלת אמר: "יוסיף דעת יוסיף מכאוב".

תינוק בלי מוח, לפי ההגדרה הרפואית, חי רק חיים וגסטיביים, אבל האם משום כך יהיה מותר להתעלל בו? האנצפולוגרם השלילי אינו יכול, איפוא, לשמש קריטריון למוות, כי כשם שתינוק שנולד בלי מוח דינו כחי, כך גם חולה שמוחו הפסיק לפעול דינו כחי. האדם הוא מושג אינטגרלי, שאין לחלקו לחלקים. העובדה שאחרי אנצפולוגרם שלילי כמעט אין סיכויים לחזור לחיים אינה משנה בזה כלום. אמנם הוא ימות ודאי, אבל עדיין לא מת.

כשאנו יוצאים מהנחת האינטגרליות של מושג האדם, בטלה ההשוואה, שדיקרט עושה בין התנועה שבגוף בעוד האדם חי, לבין פרכוס שלאחר התזת ראשו. חז"ל עסקו הרבה בדיני פרכוס. באהלות, פרק א' משנה ו', נאמר: "אדם אינו מטמא עד שתצא נפשו, ואפילו מגוייד (חתוך או נדקר), ואפילו גוסס וכו'. הותזו ראשיהם אעפ"י שמפרכסין — טמאין, כגון הונב של הלטאה שהיא מפרכסת". וכן בפרק א' דטהרות, משנה ד': "השוחט בהמה טמאה לנכרי והיא מפרכסת — מטמאת טומאת אוכלין אבל לא טומאת נבלות, עד שתמות או עד שיתזו ראשה". (ועיין עוד יומא, דף כ"ב ודף כ"ג; ועיין עוד חולין, דף כ' ודף ל"ג; ועיין עוד ערכין ז.) מכל ההלכות הללו מבואר, שכל זמן שהגוף שלם — פרכוס הוא סימן חיים. רק לאחר שהותזו ראשו או גשברה מפרקתו ורוב בשר עימה, אין הפרכוס אלא כפרכוס זנב הלטאה. מסקנה זו נובעת מתוך תפיסת האינטגרליות של החיים. כל זמן שלא הותזו ראשו, הגוף הוא יחידה, והחיים שבו הם של כל היחידה. לפנינו עדיין מושג של חיים אינטגרליים, אעפ"י שאין כל תקוה יותר שיחזור לחיים. רק לאחר שהגוף נחלק לשניים בוטלה האינטגרליות, כי אין הגוף מהווה יותר יחידה אחת, ורק אז הפרכוס מאבד מהותו כביטוי של חיים אנושיים.

כל חיפוש אחרי קריטריון חדש, שישמש כתחליף לקריטריון הקלסי, אינו מוצדק לא מבחינה פילוסופית, לא מבחינה מדעית ולא מבחינה הילכתית. אבל לא במציאת קריטריון חדש תלוי הדבר. ההלכה יש לה פיתרון משלה לבעיית שתילת האיברים, ודווקא בתוך מסגרת הקריטריון הקלסי. כפי שאמרנו למעלה המוות בא שלבים שלבים, צעד אחרי צעד. הדבר טבעי והגיוני, איפוא, להכיר גם בשלב של מעבר בין החיים והמוות. שלב זה ידוע בהלכה כשלב של גוססות. האדם הגוסס אינו כחי לרוב הדברים, אבל לגבי כמה דינים חשוב כבר כשלב ביניים.

הרמב"ם כותב: "הגוסס הרי הוא כחי לכל דבר. אין קושרין לחייו וכו', ולא מטילין אותו על החול, או על המלח, עד שעה שתצא נפשו, והנוגע בו הרי זה שופך דמים. למה זה דומה? לנר שמטיף, כיון שנגע בו אדם יכבה" (הלכות אבל, פ"ד ה"ה). אעפ"כ אין כל הגוססין שווין לגבי כל דבר. בהלכות הרוצח, פרק ב', הלכה ז', מחלק הרמב"ם, לגבי עונשו של רוצח ההורג את הגוסס, בין גוסס בידי שמים לגוסס בידי אדם (כגון, שהכוהו עד שנטה למות והרי הוא גוסס). ההורג את הגוסס בידי שמים נהרג, אבל ההורג את הגוסס בידי אדם אינו נהרג עליו.

ההבדל בין גוסס לחי בהלכה בא לידי ביטוי באופן מיוחד בדין הבא: בנוגע לאדם, שדינו כחי פוסקת ההלכה: "כל היכול להציל (חיי חברו) ולא הציל עובר על לא תעמוד על דם רעך". (רמב"ם, הלכות רוצח, פ"א, הי"ד). מכאן נובע הדין, המובא בשו"ע (יו"ד סימן של"ו, סעיף א') האומר: "לרפאות מצווה היא, ובכלל פיקוח נפש הוא, ואם מונע עצמו הרי זה שופך דמים, ואפילו יש לו מי שירפאנו". חובתנו זו להציל ולרפאות חיי הזולת היא אפילו בנוגע לחיי שעה. וכך כותב הרמב"ם: "...חי, אף על פי שנתרוצץ ואי אפשר שיבריא, מפקחין עליו ומוציאין אותו לחיי אותה שעה" (רמב"ם, הלכות שבת, פ"ב הי"ח). ובכסף משנה, בהלכות רוצח, שם, בשם הגהות מימוני, כתב שאפילו להכניס עצמו בספק סכנה — חייב, כדי להציל חיי חברו. ואעפ"י שאנו חייבים לעשות כל מאמץ כדי להאריך חיי הזולת, אפילו בחיי שעה, אין הדין כך בגוסס. אמנם אסור לקצר גם חיי גוסס, כי הרי הוא כחי לכל דבריו, וכפי שהבאנו למעלה, הרי אומר הרמב"ם, שהנגוע בו הוא שופך דמים, אבל כשם שאסור לקצרו כך גם אסור להאריכם באופן מלאכותי. וכן כותב הרמ"א:

"אסור לגרום למת שימות מהרה. כגון מי שגוסס זמן ארוך ולא יוכל להיפטר (מן העולם) אסור להשמיט הכר והכסת מתחתיו וכו'. אבל אם יש שם דבר שגורם עיכוב יציאת הנפש וכו' — מותר להסירו משם, דאין בזה מעשה כלל אלא שמסיר המונע" (שו"ע יו"ד, של"ט, סעיף א').

הלכה זו חשובה מאוד בתהליך הריפוי המודרני. על פי רוב, במאמצים להציל את החולה מצמידים אותו לפני מותו לכל מיני מכונות להזרים חמצן ורפואות לתאי הגוף. כל זמן שהגוף צמוד למכשירים הללו הוא להמשיך בחיים, שהרופאים יקראום — חיים וגטטיביים, זמן רב מאוד. אבל אנו, אין אנו מכירים בהבדל שבין חיים וגטטיביים לחיים רצינוגליים והיפעלותיים. מתעוררת, איפוא, השאלה, האם מותר לנתק את החולה מן המכשירים כל זמן שיש בו סימני חיים? הרופא אמנם כבר התיימש מלהחזיר את החולה לחיים טבעיים וספונטניים, אבל בחיים המלאכותיים הללו הוא להמשיך — האם מותר לו לרופא להפסיקם? זאת היא בעיה, שאנו נתקלים בה כמעט מידי יום ביומו בבתי החולים. הרבה רופאים שואלים מה עליהם לעשות. כי בו ברגע שמנתקים את האדם מן המכשיר הוא מת. האין בזה משום גרימת מוות בידיים? הרבה רופאים, בעיקר הצעירים שביניהם, מצפונם מעיק עליהם בבעיה זו. אבל מאידך גיסא, הרי גם אי אפשר להצמיד לכל חולה מכשיר כזה, וכן אי אפשר להחזיק את החולה במצב כזה צמוד למכשיר לימים אין ספור.

ההלכה הנ"ל, המבחינה בין קיצור חיי הגוסס ובין הסרת המונע המעכב יציאת הנפש, היינו: הארכה מלאכותית של חיי גוסס, נותנת לנו על השאלה הזאת תשובה ברורה. המכשיר הזה פועל למעשה כמעכב יציאת הנפש באופן מלאכותי. אחרי שהרופא הגיע למסקנה, שאין יותר חיים טבעיים באדם והוא גוסס לכל דבר, הרי אין פעולת המכשיר אלא מונעת יציאת הנפש, אינה אלא מאריכה

באופן מלאכותי את המצב של גוססות. חייבים, איפוא, לנתק את האדם מן המכונה ולהשאיר אותו במצב הטבעי עד שתצא נפשו. אם ניישם הלכה זו בבעיית שתילת האיברים נמצא את הפתרון. השאלה הקשה ביותר היא התאמת הניתוחים בין התורם ובין המקבל. במצב טבעי אי אפשר לדעת מראש מתי ובאיזה רגע יפסיק התורם לנשום, ואי אפשר להכין אותו לניתוח. גם את המקבל אי אפשר להכין לניתוח מטעם זה. אם יחכו עד שתצא נפשו יהיה מאוחר להתחיל בניתוחים, כי תיפגם חיוניותו של האיבר. אבל אם התורם נמצא צמוד למכשיר המזרים חמצן לתאי באופן מלאכותי, כשמבחינה טבעית אינו יכול יותר לנשום בלי עזרת המכשיר, גם הדופק אינו טבעי יותר אלא פועל בעזרת משאבת הדם, יודעים אנו לכוון מראש, שברגע שינתקו את הגוף מן המכשירים תצא נפשו. בשעה זו אפשר להכין גם את התורם וגם את המקבל לניתוח, וברגע המתאים לנתק את התורם מן המכשיר. בניתוק זה יהיה רק משום הסרת "המונע", באותו רגע תצא נפשו, יפסיק מלנשום ודופקו יעמוד ואז — לפי הדין ולפי הקריטריון הקלסי — יהיה דינו כמת. ברגע זה יתחילו בניתוח להוציא את האיבר מגוף המת לשם שתילתו בגוף המקבל. ברגע קט כזה לא תיפגם חיוניותו של האיבר ואחרי שיוציאוהו, אפשר להזינו מחדש בחימצון, כדי שיהא ראוי לשתילה.

טכניקה זו דורשת מצד הרופא חרדה רבה לחיי האדם התורם והמקבל כאחד, הירתעות מפני אפשרות של קיצור חיי התורם, ולו יהא אפילו בשניה אחת, וכבוד לצלם אלוקים אשר באדם, בין בעודו בחייו ובין לאחר פטירתו. והייתי מוסיף, שטכניקה זו דורשת גם מידת מה של יראת שמים והכרה מוסרית עמוקה. הרופא צריך לדעת ולהרגיש ברגע כזה, שחיי הפרטיים של הזולת אינם חשובים פחות מהשיגיו המדעיים. רק מתוך גישה זו יגיע לשתי המשימות: יציל חיים ויתקדם במדע. אבל לפני הכל וקודם לכל — הכבוד לצלם האלוקי אשר באדם.

## נופך לדיון על "קביעת רגע המות והשתלת איברים"

ד"ר דוד מרגלית

שלושת המרצים, פרופ' קן, פרופ' דוידסון ואחרון אחרון הרב הגאון ר' ברוך רבינוביץ, האירו את הנושא מצדדים שונים. ביחוד יש לציין, את הדיון הממצה והמעודכן של הרב רבינוביץ, הן מבחינת מיצוי עומק ההלכה והן מבחינת הידע הפיסיולוגי הרב, שהמרצה ניחן בו, בחינת ידע חדש בקנקן ישן. אמנם הכל מסכימים, כי השאלה העיקרית היא בקביעת רגע המוות, הווה אומר: אותו רגע, שהרופא יכול לסמוך עליו במצפון נקי שהנפטר מת. ברגע זה יכל הוא לגשת לניתוח גווית הנפטר על מנת להוציא ממנו את האבר הנדרש להשתלה לגופו של אדם חולה, השוכב בהרדמה ומחכה לקבל האבר לגופו.