

ΞΕΝΗ ΔΗΜΟΣΙΕΥΣΗ
(Εγκεφαλικός θάνατος, Μεταμόσχευσεις)
[ΟΛΥΣΣΕΙΑ TV](#)

«Γνώσεσθε τὴν ἀλήθειαν καὶ ἡ ἀλήθεια ἐλευθερώσει ὑμᾶς.» (Ἰω. η´ 32)

ΤΡΙΤΗ 4 ΑΠΡΙΛΙΟΥ 2023

ΑΠΟΚΛΕΙΣΤΙΚΟ - ΣΥΓΚΛΟΝΙΣΤΙΚΟ & ΜΕΓΙΣΤΗ ΠΡΟΣΟΧΗ! Ὁ ἐγκεφαλικός ΘΑΝΑΤΟΣ εἶναι ἓνα ΨΕΜΜΑ! Μὴ ΔΩΡΙΖΕΤΕ τὰ ὄργανά σας! - Δρ. Paul A. Byrne
ΠΡΟΤΡΕΠΟΥΜΕ ΤΟΥΣ ΦΙΛΟΥΣ ΑΝΑΓΝΩΣΤΕΣ ΝΑ ΔΙΑΒΑΣΟΥΝ ΑΥΤΗΝ ΤΗΝ ΑΝΑΡΤΗΣΙ,
ΚΥΡΙΟΛΕΚΤΙΚΩΣ ΜΕ ΘΡΗΣΚΕΥΤΙΚΗ ΕΥΛΑΒΕΙΑ!
ΕΠΕΙΔΗ -ΠΕΡΑΝ ΠΟΛΛΩΝ ΑΛΛΩΝ ΖΗΤΗΜΑΤΩΝ- ΑΥΤΟ ΤΟ ΖΗΤΗΜΑ ΕΙΝΑΙ ΒΑΘΕΙΑ
«ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΟ»...

Κάθε δωρητής ΔΟΛΟΦΟΝΕΙΤΑΙ κατά τὴν διαδικασία, δήλωσε (Δρ. Paul A. Byrne).

Η ανάκληση της κατάστασης δωρεάς οργάνων από την άδεια οδήγησής σας δεν αρκεί, πρέπει επίσης να συμπληρώσετε ένα έγγραφο ΑΡΝΗΣΕΩΣ! Ο Δρ Paul A. Byrne είναι πιστοποιημένος νεογνολόγος και παιδίατρος.

- Είναι ο ιδρυτής της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας Νεογνών στο SSM Cardinal Glennon Children's Medical Center στο St. Louis, MO.

- Είναι Κλινικός Καθηγητής Παιδιατρικής στο University of Toledo, College of Medicine. Είναι μέλος της Αμερικανικής Ακαδημίας Παιδιατρικής και Fellowship of Catholic Scholars.

- Είναι πρώην Πρόεδρος του Καθολικού Ιατρικού Συλλόγου (ΗΠΑ), πρώην Κλινικός Καθηγητής Παιδιατρικής στο Πανεπιστήμιο St. Louis στο St. Louis, MO και στο Πανεπιστήμιο Creighton στην Omaha, NE.

- Είναι συγγραφέας και παραγωγός της ταινίας "Continuum of Life" και συγγραφέας των βιβλίων "Life, Life Support and Death", "Beyond Brain Death" και "Is 'Brain Death' True Death?"

- Ο Δρ Byrne έχει παρουσιάσει μαρτυρίες για «ζητήματα ζωής» σε εννέα πολιτειακά νομοθετικά σώματα ξεκινώντας από το 1967. Αντιτάχθηκε στον Δρ Kevorkian στο τηλεοπτικό πρόγραμμα "Cross-Fire".

- Έχει δώσει συνεντεύξεις στο Good Morning America, στη δημόσια τηλεόραση της Ιαπωνίας, και συμμετείχε στο ντοκιμαντέρ της British Broadcasting Corporation "Are the Donors Really Dead?"

Αν και στο ιατρικό του επάγγελμα δηλώνει τους ασθενείς «εγκεφαλικά νεκρούς», συχνά μετά από ένα ατύχημα, ο Δρ Byrne επέμεινε ότι δεν υπάρχει τέτοιο πράγμα.

Ο «εγκεφαλικός θάνατος» ήταν ψευδής, είπε. «Ο εγκεφαλικός θάνατος ήταν ένα ψέμμα εξ αρχής. Ανέκαθεν υπήρξε ένα ψέμμα.». Ο «εγκεφαλικός θάνατος δεν είναι αληθινός θάνατος», συνέχισε. Η μεταμόσχευση οργάνων είναι ο λόγος που πρέπει να έχετε εγκεφαλικό θάνατο.

Ο Δρ. Byrne δήλωσε ότι αυτός ο όρος παρεισέφρυνε στο ιατρικό επάγγελμα μετά την πρώτη μεταμόσχευση καρδιάς στον κόσμο το 1968. Από τότε έχει οριστεί και επαναπροσδιορίζεται και τώρα αντικαθίσταται από έναν άλλο όρο γνωστό ως καρδιακός θάνατος, σημείωσε. Είπε ότι τα δωρηθέντα

όργανα, χωρίς εξαίρεση, πρέπει να προέρχονται από ζωντανό άτομο. Μέσα σε λίγα λεπτά από τον «αληθινό θάνατο», ο οποίος, εξήγησε, είναι η παύση της κυκλοφορίας και της αναπνοής, τα όργανα θα αρχίσουν να πεθαίνουν.

Αυτός είναι ο λόγος για τον οποίο, όταν αφαιρούνται όργανα από έναν δότη, η παλλόμενη καρδιά λαμβάνεται πάντα τελευταία. Δεν μπορείς να πάρεις όργανα από πτώματα, σημείωσε. Εάν είστε πραγματικά νεκροί, τότε κανένα όργανο δεν μπορεί να εξαχθεί.

Επεσήμανε επίσης τις διαφορές μεταξύ ζωντανών και νεκρών ασθενών. Ένα παράδειγμα είναι η ψύξη του σώματος. Αυτό επιβραδύνει το μεταβολισμό σε κάποιον που είναι ζωντανός. Επιβραδύνει την καταστροφή σε ένα πτώμα. Είπε ότι ένας αναπνευστήρας, ο οποίος ωθεί τον αέρα στο σώμα, μπορεί να χρησιμοποιηθεί μόνο σε κάποιον που ζει, καθώς το άτομο εκπνέει τον αέρα. Επίσης, αν κόψετε το δέρμα κάποιου που ζει, αλλά έχει κηρυχθεί «εγκεφαλικά νεκρός», η πληγή θα επουλωθεί, κάτι που δεν θα συμβεί σε ένα νεκρό άτομο. Σαφώς, υπάρχει μια διαφορά, δήλωσε ο Δρ Byrne.

Ο Δρ Byrne συνέχισε περιγράφοντας την ζημιά, που μπορεί να προκύψει όταν οι γιατροί εκτελούν ένα «τεστ άπνοιας», το οποίο συχνά θέτει τις βάσεις για δωρεά οργάνων. Αυτό συμβαίνει όταν ένας αναπνευστήρας αφαιρείται πρόωρα, για 10 λεπτά, για να δούμε αν ένα άτομο μπορεί να αναπνεύσει μόνο του. Αυτή η διαδικασία, την οποία ονόμασε «ασφυξία», συνήθως οδηγεί στην επιδείνωση της κατάστασης του ατόμου, είπε.

Η ανάρρωση μετά την κήρυξη του «εγκεφαλικά νεκρού» είναι επίσης δυνατή σύμφωνα με την προσωπική εμπειρία και έρευνα του Δρ Byrne. Οι δότες καρδιών που χτυπούν. Ουρούν.

<https://www.discovermagazine.com/health/the-beating-heart-donors>

Υφίστανται καρδιακές προσβολές και έλκη κατακλίσεως. Γεννούν μωρά. Μπορεί ακόμη και να αισθάνονται πόνο. Γνωρίστε τους δωρητές οργάνων που είναι «αρκετά νεκρού».

Από τον Dick Teresi 19 Φεβ 2012

Το 1968, δεκατρείς άνδρες συγκεντρώθηκαν στην Ιατρική Σχολή του Χάρβαρντ για να αναιρέσουν ουσιαστικά 5.000 χρόνια μελέτης του θανάτου.

Σε μια περίοδο τριών μηνών, η επιτροπή του Χάρβαρντ (πλήρες όνομα: η Ad Hoc Επιτροπή της Ιατρικής Σχολής του Χάρβαρντ για την εξέταση του ορισμού του εγκεφαλικού θανάτου) σφυρηλάτησε ένα απλό σύνολο κριτηρίων, που σήμερα επιτρέπει στους γιατρούς να δηλώσουν ένα άτομο ως νεκρό σε λιγότερο χρόνο απ' ό,τι χρειάζεται για να λάβει μια αξιοπρεπή οφθαλμολογική εξέταση. Χρησιμοποιήθηκε αρκετή ιατρική γλώσσα, αλλά τελικά τα κριτήρια της επιτροπής άλλαξαν την συζήτηση από την βιολογία στην φιλοσοφία.

Πριν περάσουν πολλά χρόνια, έγινε αποδεκτό από το μεγαλύτερο μέρος του ιατρικού κατεστημένου ότι ο θάνατος δεν καθοριζόταν από μια καρδιά που δεν μπορούσε να ξαναρχίσει ή πνεύμονες που δεν μπορούσαν να αναπνεύσουν. Όχι, θεωρηθήκατε νεκρός όταν υποστήκατε απώλεια προσωπικότητας!

Αλλά πριν δούμε τι σημαίνει πραγματικά η αντικατάσταση της επιστήμης με τη φιλοσοφία για τους πραγματικούς ασθενείς, ας δούμε τα κριτήρια που οι συγγραφείς του Χάρβαρντ πίστευαν ότι έδειχναν ότι ένας ασθενής είχε έναν «μόνιμα μη λειτουργικό εγκέφαλο»:

- Μη δεκτικότητα και ανευθυνότητα. «Ακόμη και τα πιο έντονα επώδυνα ερεθίσματα δεν προκαλούν καμμία φωνητική ή άλλη αντίδραση, ούτε καν ένα βογκητό, απόσυρση ενός άκρου ή επιτάχυνση της αναπνοής», σύμφωνα με τα πρότυπα της επιτροπής.
- Καμμία κίνηση ή αυθόρμητη αναπνοή (η βοήθεια από αναπνευστήρα δεν μετράει). Οι γιατροί πρέπει να παρακολουθούν τους ασθενείς για τουλάχιστον μία ώρα για να βεβαιωθούν ότι δεν κάνουν αυθόρμητες μυϊκές κινήσεις ή αυθόρμητη αναπνοή.

Για να ελέγξουν το τελευταίο, οι γιατροί πρέπει να απενεργοποιήσουν τον αναπνευστήρα για τρία λεπτά για να δουν αν ο ασθενής προσπαθεί να αναπνεύσει μόνος του (η δοκιμή άπνοιας).

- Χωρίς αντανακλαστικά. Για να αναζητήσουν αντανακλαστικά, οι γιατροί πρέπει να ρίξουν φως στα μάτια για να βεβαιωθούν ότι οι κόρες των ματιών είναι διασταλμένες. Οι μύες δοκιμάζονται. Παγωμένο νερό χύνεται στα αυτιά.
- Επίπεδο EEG (<http://en.wikipedia.org/wiki/Electroencephalography>). Οι γιατροί θα πρέπει να χρησιμοποιούν ηλεκτροεγκεφαλογραφία, μια δοκιμή "μεγάλης επιβεβαιωτικής αξίας", για να βεβαιωθείτε ότι ο ασθενής έχει επίπεδα εγκεφαλικά κύματα.

Η επιτροπή δήλωσε ότι όλα τα παραπάνω τεστ έπρεπε να επαναληφθούν τουλάχιστον 24 ώρες αργότερα χωρίς αλλαγή, αλλά πρόσθεσε δύο προειδοποιήσεις: η υποθερμία (<http://en.wikipedia.org/wiki/Hypothermia>) και η δηλητηρίαση από φάρμακα μπορούν να μιμηθούν τον εγκεφαλικό θάνατο. Και από το 1968, ο κατάλογος των συνθηκών μίμησης έχει μεγαλώσει.

Αν και τα κριτήρια του Χάρβαρντ βασίζονταν σε μηδενικούς ασθενείς και δεν διεξάγονταν πειράματα ούτε με ανθρώπους ούτε με ζώα, σύντομα έγιναν το πρότυπο για την κήρυξη νεκρών ανθρώπων σε αρκετές πολιτείες και το 1981, ο νόμος περί ενιαίου προσδιορισμού του θανάτου (UDDA) επικυρώθηκε από την Εθνική Διάσκεψη των Επιτρόπων για τους Ενιαίους Κρατικούς Νόμους (http://en.wikipedia.org/wiki/National_Conference_of_Commissioners_on_Uniform_State_Laws). Η UDDA βασίζεται στην έκθεση της ad hoc επιτροπής του Χάρβαρντ. Το γεγονός ότι ένα τετρασέλιδο άρθρο που ορίζει τον θάνατο πρέπει να κωδικοποιηθεί και από τις 50 πολιτείες μέσα σε 13 χρόνια είναι συγκλονιστικό.

Ακριβώς όπως μερικοί από τους προγόνους μας είδαν την καρδιά ως τον τόπο της ψυχής, σήμερα το ιατρικό κατεστημένο υποθέτει ότι ο εγκέφαλος είναι αυτό που ορίζει την ανθρωπότητα και ότι ένας λειτουργικός εγκέφαλος είναι ζωτικής σημασίας για αυτό που ονομάζεται προσωπικότητα ενός ανθρώπινου όντος. Ο Alan Shewmon, παιδονευρολόγος στο UCLA, ο οποίος αρχικά ήταν υπέρ του εγκεφαλικού θανάτου, απορρίπτει τώρα την ιδέα. Η πιο επιστημονική προσέγγιση που μπορεί κανείς να ακολουθήσει μέχρι θανάτου, λέει, είναι να μεταχειρίζεται τα ανθρώπινα όντα όπως κάθε άλλο είδος. Οι άνθρωποι πρέπει να κρίνονται βιολογικά από το αν είναι ζωντανοί ή νεκροί, όχι από κάποια αόριστη

έννοια της προσωπικότητας. Δεν υπάρχει αφηρημένη έννοια του «σκίουρου», για παράδειγμα, ή του «γορίλα», με την οποία καθορίζουμε το θάνατο άλλων ειδών.

Το ερώτημα είναι: Γιατί χρειαζόμαστε ακόμη και έννοιες όπως η προσωπικότητα και ο εγκεφαλικός θάνατος; Παρά τις ηρωικές προσπάθειες να αποσαφηνιστούν και να δικαιολογηθούν τα κριτήρια του Χάρβαρντ, παραμένουν αδιαφανή, συγκεχυμένα και αντιφατικά. Εάν, όπως λένε οι υποστηρικτές, τα κριτήρια εγκεφαλικού θανάτου περιγράφουν την ίδια κατάσταση - δηλαδή τον θάνατο - με τα καρδιοαναπνευστικά κριτήρια, γιατί να ασχοληθούμε; Ειδικά επειδή τα εργαλεία είναι διαθέσιμα για τη δήλωση του καρδιοαναπνευστικού θανάτου και λείπουν πολύ, ή τουλάχιστον αγνοούνται, για να καθοριστεί εάν ολόκληρος ο εγκέφαλος είναι πραγματικά νεκρός.

Ο Shewmon συγκέντρωσε 150 τεκμηριωμένες περιπτώσεις εγκεφαλικά νεκρών ασθενών των οποίων οι καρδιές συνέχισαν να χτυπούν και των οποίων τα σώματα δεν αποσυντέθηκαν μετά από μία εβδομάδα. Σε μια αξιοσημείωτη περίπτωση, ο ασθενής επέζησε 20 χρόνια μετά τον εγκεφαλικό θάνατο πριν υποκύψει σε καρδιακή ανακοπή.

Οι υποστηρικτές του εγκεφαλικού θανάτου πάντα επέμεναν ότι όποιος πληροί τα κριτήριά τους θα καταρρεύσει γρήγορα και θα πάει γρήγορα να εκπληρώσει τα καρδιοαναπνευστικά κριτήρια. Ωστόσο, ο Shewmon παρουσιάζει μια σειρά διαδικασιών ζωής που οι εγκεφαλικά νεκροί ασθενείς συνεχίζουν να παρουσιάζουν:

- Τα κυτταρικά απόβλητα συνεχίζουν να εξαλείφονται, να αποτοξινώνονται και να ανακυκλώνονται.
- Η θερμοκρασία του σώματος διατηρείται, αν και σε χαμηλότερη από την κανονική θερμοκρασία και με τη βοήθεια κουβερτών.
- Οι πληγές επουλώνονται.
- Οι λοιμώξεις καταπολεμούνται από το σώμα.
- Οι λοιμώξεις προκαλούν πυρετό.
- Τα όργανα και οι ιστοί συνεχίζουν να λειτουργούν.
- Οι εγκεφαλικά νεκρές έγκυες γυναίκες μπορούν να κυοφορήσουν ένα έμβρυο.
- Τα εγκεφαλικά νεκρά παιδιά ωριμάζουν σεξουαλικά και μεγαλώνουν αναλογικά.

Τι οδήγησε λοιπόν την Ad Hoc Επιτροπή του Χάρβαρντ να γυρίσει πίσω το ημερολόγιο και να κατασκευάσει ένα χαμηλότερο πρότυπο για το θάνατο; Σε έναν αυξανόμενο αριθμό επιστημονικών επικριτών φαίνεται ότι η επιτροπή ήταν προσηλωμένη στην απελευθέρωση ανθρώπινων οργάνων για μεταμόσχευση.

(βίντεο: https://youtu.be/pqUxB2l6N_Q)

Μέχρι τη δεκαετία του 1960, χάρη στη σημαντική πρόοδο της τεχνολογίας, αυτά τα είδη μεταμοσχεύσεων - κάποτε βασικό στοιχείο της επιστημονικής φαντασίας - είχαν γίνει πρακτική πραγματικότητα. Αλλά για να επιτευχθεί αυτό ηθικά και νομικά, έπρεπε να δημιουργηθεί ένας νέος ορισμός του θανάτου, ο οποίος θα επέτρεπε στα όργανα να παραμείνουν βιώσιμα.

Σήμερα η βιομηχανία μεταμοσχεύσεων είναι μια επιχείρηση 20 δισεκατομμυρίων δολλαρίων ετησίως. Ξοδεύει περισσότερα από ένα δισεκατομμύριο δολάρια ετησίως μόνο σε ανοσοκατασταλτικά φάρμακα

(http://en.wikipedia.org/wiki/Immunosuppressive_drug), τα οποία εμποδίζουν το ανοσοποιητικό σύστημα του λήπτη να απορρίψει το μεταμοσχευμένο όργανο. Οι χειρουργοί μεταμόσχευσης βρίσκονται κοντά στην κορυφή της τροφικής αλυσίδας MD, κερδίζοντας κατά μέσο όρο περίπου 400.000 δολάρια ετησίως. Αυτοί και το προσωπικό τους συχνά πετούν για συγκομιδή οργάνων με ιδιωτικά τζετ. Οι αμοιβές του Finder, με τη μορφή «διοικητικών δαπανών», καταβάλλονται συχνά στα νοσοκομεία.

Οι μόνοι άνθρωποι που δεν λαμβάνουν μερίδιο από τον πλούτο των μεταμοσχεύσεων είναι οι πιο σημαντικοί: οι δότες και οι οικογένειές τους. Σύμφωνα με το νόμο, είναι οι μόνοι που δεν μπορούν να αποζημιωθούν. Ο Joseph Murray, ο χειρουργός που πραγματοποίησε την πρώτη μεταμόσχευση συμπαγούς οργάνου, υποστηρίζει ότι οι δότες δεν πρέπει να πληρώνονται, προκειμένου να διατηρηθεί η ακεραιότητα του πεδίου.

Είναι δουλειά των οργανισμών προμήθειας οργάνων και των διαφωνούντων τους να μιλήσουν σε μια οικογένεια για τα όργανα που ανήκουν σε έναν γιο που πρόκειται να πεθάνει σύντομα, την κόρη, τον σύζυγο, τη σύζυγο, τον ανιψιό, την ανιψιά ή άλλο συγγενή. Αυτή πρέπει να είναι μια από τις δυσκολότερες θέσεις εργασίας πώλησεων στον κόσμο. Οι ταραγμένοι γονείς των οποίων το παιδί είναι νεκρό ή ετοιμοθάνατο πρέπει να κληθούν να κάνουν μια ακόμη θυσία. Αλλά είναι αυτός ακριβώς ο πόνος και η σύγχυση που βοηθά τους οργανισμούς προμήθειας οργάνων να διευκολύνουν το δρόμο τους.

Ο Jim McCabe, ανώτερος συντονιστής δωρεάς για την Τράπεζα Οργάνων της Νέας Αγγλίας (<http://www.neob.org/>), εξηγεί ότι «είναι ένας τρόπος να βρούμε νόημα στο θάνατο, να αξιοποιήσουμε στο έπακρο μια τραγική κατάσταση. Μπαίνω στη ΜΕΘ για να προσφέρω στην οικογένεια μια επιλογή». Η επιλογή που θέλουν οι περισσότερες οικογένειες είναι να κρατήσουν το αγαπημένο τους πρόσωπο ζωντανό. Μια ομάδα εγκεφαλικού θανάτου τους λέει ότι η επιβίωση δεν είναι στα χαρτιά. Στη συνέχεια, ο McCabe τους δίνει μια άλλη επιλογή: να κρατήσουν κάποιον άλλο ζωντανό. Ο μέσος όρος του είναι εξαιρετικός. Παίρνει το 50 έως 60 τοις εκατό των πλησιέστερων συγγενών για να συμφωνήσει.

Η Joanne Lynn, MD, γηρύατρος και διευθύντρια του Altarum Center for Elder Care and Advanced Disease με έδρα την Ουάσιγκτον, DC, λέει: «Οι ομάδες υποστηρικτών θέλουν μόνο τα όργανα. Η συζήτηση για τις μεταμοσχεύσεις αγνόησε τους δότες και επικεντρώθηκε στους λήπτες».

Οι μεταμοσχεύσεις οργάνων θα ήταν περιφερειακές στην ιστορία του θανάτου αν ήταν αυτό που το εμπόριο οργάνων ισχυρίστηκε ότι είναι: η τακτοποιημένη εξαγωγή μελών του σώματος από εντελώς νεκρά, αναίσθητα πτώματα. Αλλά είναι πιο περίπλοκο και πιο ακατάστατο από αυτό. Τα τρομακτικά γεγονότα που συγκεντρώνονται σε αυτό το άρθρο δεν είναι μια προσπάθεια εκτροχιασμού της μεταμόσχευσης οργάνων - ένα αδύνατο έργο, δεδομένου του πόσο εδραιωμένη είναι η βιομηχανία - αλλά γνώση που έχει αποκτηθεί από την εμμονή του ιατρικού κατεστημένου με την ανακύκλωση των σωμάτων των ανθρώπων που, σύμφωνα με τα λόγια του Δρ Michael DeVita (<http://www.wiser.pitt.edu/Sites/WISER/aboutus/bios/devita.asp>) του Ιατρικού Κέντρου του Πανεπιστημίου του Πίτσμπουργκ, μόνο "αρκετά νεκρός".

Ή αν θέλετε να πάρετε μια πιο αισιόδοξη άποψη, αυτά τα γεγονότα είναι απόδειξη της σταθερής επιμονής της ανθρώπινης ζωής. Παρά τους ισχυρισμούς της Ad Hoc Επιτροπής του Χάρβαρντ ότι τα κριτήριά της για τον εγκεφαλικό θάνατο και τα καρδιοαναπνευστικά κριτήρια περιγράφουν το ίδιο φαινόμενο, τα

πτώματα με παλλόμενη καρδιά (BHCs) διαφέρουν σαφώς από τα κανονικά πτώματα. «Μου αρέσουν οι νεκροί μου κρύοι, δύσκαμπτοι, γκρίζοι και δεν αναπνέουν», λέει η DeVita. «Οι εγκεφαλικά νεκροί είναι ζεστοί, ροζ και αναπνέουν. Φαίνονται άρρωστοι, όχι νεκροί».

Τα πτώματα με παλλόμενη καρδιά δημιουργήθηκαν ως ένα είδος υποειδούς που σχεδιάστηκε ειδικά για να διατηρεί τα όργανα φρέσκα για τους μελλοντικούς ιδιοκτήτες τους. Ο McCabe λέει ότι κρατώντας το σώμα ζωντανό από το εγκεφαλικό στέλεχος προς τα κάτω νικά τη θερμή ισχαιμία, τον περιορισμό ή την απώλεια της ροής του αίματος μετά από συμβατικό θάνατο. Όταν σταματήσει η κυκλοφορία, το οξυγόνο δεν παραδίδεται πλέον στα όργανα και τα κύτταρα αρχίζουν να πεθαίνουν.

Ο McCabe λέει ότι μπορεί να φέρει έναν δότη από εγκεφαλικό θάνατο στο χειρουργείο σε 12 ώρες. Μερικές φορές μπορεί να χρειαστεί μια ώρα μετά τη δήλωση του θανάτου για να ληφθεί συγκατάθεση, ο αναπνευστήρας διατηρείται αναμμένος ενώ συνεχίζονται οι διαπραγματεύσεις. Μια ώρα αργότερα, λαμβάνεται ένα δείγμα αίματος και χρειάζονται οκτώ ώρες για να ελεγχθεί για AIDS, ηπατίτιδα και καρκίνο, τα οποία αποκλείουν έναν BHC από το να γίνει δότης. Ο χρόνος είναι σημαντικός, επειδή το πτώμα με παλλόμενη καρδιά - ένα ολοκαίνουργιο είδος πλάσματος, γνωστό μόνο από την έλευση του εγκεφαλικού θανάτου - θα μπορούσε εύκολα να πάθει καρδιακή προσβολή και να πεθάνει ξανά πριν αφαιρεθούν τα όργανά του.

Μόλις ένας ασθενής πεθάνει εγκεφαλικά και οι συγγενείς υπογράψουν το έντυπο συγκατάθεσης δωρεάς οργάνων, θα λάβει την καλύτερη ιατρική περίθαλψη της ζωής του. Το Code blues στα νοσοκομεία μπορεί να είναι μια έκκληση για τους γιατρούς να σπεύσουν στο κρεβάτι των πτωμάτων με παλλόμενη καρδιά που χρειάζονται τις καρδιές τους απινιδωμένες. Τα BHC είναι επίσης συνήθως γυρισμένα στα κρεβάτια τους, ώστε να μην έχουν κατακλίσεις. Τα νεφρά τους αντιμετωπίζονται για να αποφευχθεί η νεφρική ανεπάρκεια. Τα υγρά χορηγούνται συνεχώς για να αποφευχθεί ο άποιος διαβήτης (http://en.wikipedia.org/wiki/Diabetes_insipidus), μεταξύ άλλων. ένα υγιές BHC θα πρέπει να ουρήσει 100 έως 250 χιλιοστόλιτρα ούρων ανά ώρα. Οι πνεύμονες πρέπει να παρακολουθούνται για να διατηρούνται σε φόρμα για τον επόμενο ιδιοκτήτη και αφαιρείται ο βλεννογόκος.

Ο Steven Ross (<http://www.cooperhealth.org/physicians/steven-e-ross-md>) του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Cooper στο Camden του New Jersey και ο Dan Teres του Baystate Medical Center (<http://baystatehealth.com/Baystate>) στο Springfield της Μασαχουσέτης, λένε ότι η διατήρηση των BHCs «ζωντανών» είναι ένα επίπονο έργο για τους νοσηλευτές του νοσοκομείου και άλλους εργαζόμενους. Ο Ross λέει ότι χρειάζεται «πολύ επιθετική φροντίδα». Αλλά το γεγονός ότι μπορούν να τύχουν ιατρικής φροντίδας, όπως απέδειξε ο Alan Shewmon με τις 150 περιπτώσεις του, δίνει μια παύση σχετικά με την εγκυρότητα των θανάτων τους.

Υπάρχουν περισσότεροι από ένας τρόποι για να μαζέψετε ένα πτώμα με παλλόμενη καρδιά. Ο McCabe χρησιμοποιεί μια ομάδα επτά ατόμων στο χειρουργείο: έναν χειρουργό, έναν ειδικευόμενο, έναν τεχνικό από την τράπεζα οργάνων, έναν συντονιστή από τη ΜΕΘ, δύο νοσοκόμες και έναν αναισθησιολόγο. Ορισμένες ομάδες μπορεί να προσθέσουν έναν άλλο χειρουργό εάν εξάγονται πολλά όργανα.

Σε μια τυπική ανατομή, μια τομή μέσης γραμμής γίνεται ακριβώς κάτω από το λαιμό στην ηβική περιοχή. Το στέρνο χωρίζεται με ένα ηλεκτρικό πριόνι ή ένα μαχαίρι Lebsche, ένα όργανο που μοιάζει με σμίλη

που ο γιατρός χτυπά με ένα σφυρί. Ένας στερνικός συσπειρωτήρας με αιχμές χρησιμοποιείται για το άνοιγμα του στέρνου. Μερικές φορές η αορτή (<http://en.wikipedia.org/wiki/Aorta>) συσφίγγεται στην αρχή της συγκομιδής και το αίμα αντικαθίσταται με ψυκτικό για να αποφευχθούν θρόμβοι και να σταθεροποιηθεί η θερμοκρασία. Παραδοσιακά, το αίμα του δότη απλά παραμένει στη θέση του.

Ο Mark Schlesinger δεν θέλει οι ασθενείς του να αισθάνονται πόνο κατά τη διάρκεια της συμβατικής χειρουργικής επέμβασης. Είναι πρόεδρος του τμήματος αναισθησιολογίας στο Ιατρικό Κέντρο του Πανεπιστημίου Hackensack (<http://www.hackensackumc.org/>) στο New Jersey και επισημαίνει ότι ένας αναισθησιολόγος δημιουργεί εγκεφαλικά νεκρούς ασθενείς κάθε μέρα: «Δίνουμε φάρμακα για να τους κάνουμε να πεθάνουν. Και τους φέρνουμε πίσω [όταν ολοκληρωθεί η χειρουργική επέμβαση]». Ένας ασθενής υπό αναισθησία είναι μία από τις πολλές αυξανόμενες εξαιρέσεις στα κριτήρια του Χάρβαρντ. Θα πληρούσε τα κριτήρια επιφανειακά, αλλά θα αποκλείονταν (θα αποκλείονταν ακόμα ζωντανοί) εάν ο γιατρός που τον εξέταζε γνώριζε ότι το σύστημά του ήταν γεμάτο φάρμακα. «Η μόνη εξέταση που αποτυγχάνετε υπό αναισθησία», λέει ο Schlesinger, «είναι η μη αναστρεψιμότητα». Δηλαδή, εάν ένας αναισθητοποιημένος ασθενής έχει βάλει προσωρινά το στέλεχος του εγκεφάλου του. Το εγκεφαλικό στέλεχος ενός εγκεφαλικά νεκρού δωρητή οργάνων είναι επίσης εκτός λειτουργίας - αλλά δεν γνωρίζουμε, δεδομένων των περιορισμών των κριτηρίων του Χάρβαρντ και της εστίασής τους εξ ολοκλήρου στο εγκεφαλικό στέλεχος, τι συμβαίνει με τον εγκεφαλικό φλοιό του δότη ή οτιδήποτε πέρα από το εγκεφαλικό στέλεχος.

Οι αναισθησιολόγοι βρίσκονται στην πρώτη γραμμή της αμφισβήτησης της οριστικότητας του εγκεφαλικού θανάτου και του κατά πόσον τα πτώματα της παλλόμενης καρδιάς είναι πραγματικά αναισθητά, απληροφόρητα πτώματα. Έχουν επίσης αρχίσει να αναρωτιούνται για το τι μπορεί να βιώσει ένας «αρκετά νεκρός» δότης κατά τη διάρκεια μιας συγκομιδής τριών έως πέντε ωρών χωρίς αναισθητικό και μιλούν για το θέμα.

Η Gail A. Van Norman, καθηγήτρια αναισθησιολογίας και βιοηθικής στο Πανεπιστήμιο της Ουάσιγκτον, αναφέρει μερικές ανησυχητικές περιπτώσεις.

Σε ένα, ένας αναισθησιολόγος χορήγησε ένα φάρμακο σε ένα BHC για τη θεραπεία ενός επεισοδίου ταχυκαρδίας (<http://en.wikipedia.org/wiki/Tachycardia>) κατά τη διάρκεια μιας συγκομιδής. Ο δότης άρχισε να αναπνέει αυθόρμητα μόλις ο χειρουργός αφαίρεσε το συκώτι του. Ο αναισθησιολόγος εξέτασε το διάγραμμα του δότη και διαπίστωσε ότι είχε λαχανιάσει στο τέλος μιας εξέτασης άπνοιας, αλλά ένας νευροχειρουργός τον είχε δηλώσει νεκρό ούτως ή άλλως.

Σε μια άλλη περίπτωση, μια 30χρονη ασθενής με σοβαρό τραύμα στο κεφάλι κηρύχθηκε εγκεφαλικά νεκρή από δύο γιατρούς. Έγιναν προετοιμασίες για την αφαίρεση των οργάνων του. Ο εφημερεύων αναισθησιολόγος σημείωσε ότι το πτώμα με παλλόμενη καρδιά ανέπνεε αυθόρμητα, αλλά οι δηλώντες γιατροί είπαν ότι επειδή δεν επρόκειτο να αναρρώσει θα μπορούσε να κηρυχθεί νεκρή. Η συγκομιδή προχώρησε παρά τις αντιρρήσεις του αναισθησιολόγου, ο οποίος είδε τη δότρια να κινείται και να αντιδρά στο νυστέρι με υπέρταση που έπρεπε να αντιμετωπιστεί. Ήταν μάταιο αφού ο προτεινόμενος λήπτης ήπατος πέθανε πριν προλάβει να πάρει το όργανο, το οποίο δεν μεταμοσχεύθηκε.

Και σε μια τρίτη περίπτωση, μια νεαρή γυναίκα υπέστη επιληπτικές κρίσεις αρκετές ώρες μετά τον τοκετό του μωρού της. Ένας νευρολόγος είπε ότι ήταν ένα «καταστροφικό νευρολογικό συμβάν» και ήταν έτοιμη για συγκομιδή. Εκείνη την εποχή ο αναισθησιολόγος διαπίστωσε ότι είχε μικρές αλλά αντιδραστικές κόρες, αδύναμα αντανakλαστικά κερατοειδούς και αδύναμο αντανakλαστικό φίμωσης. Μετά τη θεραπεία, «ο ασθενής έβηξε, έκανε μορφασμούς και μετακίνησε όλα τα άκρα». Ανέκτησε τις αισθήσεις της. Υπέφερε από σημαντικά νευρολογικά ελλείμματα, αλλά ήταν σε εγρήγορση και προσανατολισμένη

Το κατεστημένο του εγκεφαλικού θανάτου απορρίπτει τέτοιες ιστορίες ως «ανέκδοτες», σαν να έχουν ληφθεί από το National Enquirer. Αλλά αυτές οι τρεις περιπτώσεις εμφανίστηκαν στο Anesthesiology, το περιοδικό της Αμερικανικής Εταιρείας Αναισθησιολόγων, το οποίο έχει 44.000 μέλη.

Τα κριτήρια του Χάρβαρντ δηλώνουν ότι ο εγκεφαλικά νεκρός ασθενής δεν πρέπει να παρουσιάζει καμμία κίνηση. Ο Van Norman, ωστόσο, επισημαίνει ότι ορισμένοι παρουσιάζουν νωτιαίο αυτοματισμό (<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1600-0447.1926.tb11030.x/abstract>), ένα πολύπλοκο φάσμα κινήσεων, συμπεριλαμβανομένης της κάμψης των άκρων και του κορμού, των βηματικών κινήσεων, των κινήσεων σύλληψης και της στροφής του κεφαλιού. Ο Dr Gregory Liptak, στο Journal of the American Medical Association, έγραψε (<http://jama.ama-assn.org/content/255/15/2028.2.extract>) «Οι ασθενείς που είναι εγκεφαλικά νεκροί συχνά έχουν ασυνήθιστες αυθόρμητες κινήσεις όταν αποσυνδέονται από τους αναπνευστήρες τους. Ανατριχίλα, ρίγος, εκτατικές κινήσεις των χεριών, γρήγορη κάμψη των αγκώνων, ανύψωση των χεριών πάνω από το κρεβάτι, σταύρωμα των χεριών, προσέγγιση των χεριών προς το λαιμό, αναγκαστική εκπνοή και θωρακικές αναπνευστικές κινήσεις... Αυτές οι πολύπλοκες διαδοχικές κινήσεις θεωρούνται φαινόμενα απελευθέρωσης από το νωτιαίο μυελό, συμπεριλαμβανομένου του ανώτερου αυχενικού μυελού, και δεν σημαίνουν ότι ο ασθενής δεν είναι πλέον εγκεφαλικά νεκρός».

Δεν μπορεί κανείς να προσδιορίσει με βεβαιότητα τι αισθάνονται οι δωρητές οργάνων, αν μη τι άλλο, κατά τη συγκομιδή. Η λογική του εγκεφαλικού θανάτου έχει ως εξής: Εάν το στέλεχος του εγκεφάλου είναι νεκρό, τότε τα ανώτερα κέντρα του εγκεφάλου είναι επίσης πιθανώς νεκρά, και εάν ολόκληρος ο εγκέφαλος είναι νεκρός, τότε τα πάντα κάτω από το εγκεφαλικό στέλεχος δεν είναι πλέον σχετικά. Δεδομένου ότι στην πράξη μόνο το στέλεχος του εγκεφάλου ελέγχεται τακτικά, η συντριπτική πλειοψηφία του σώματος, όλα πάνω από το στέλεχος του εγκεφάλου και όλα κάτω, δεν μετράνε πλέον ως ανθρώπινα.

Ο λόγος για τον οποίο αρνούνται την αναισθητοποίηση των πτωμάτων της καρδιάς κατά την αφαίρεση των οργάνων τους είναι δύσκολο να εντοπιστεί. (Μερικοί ειδικοί λένε ότι είναι επειδή το αναισθητικό θα βλάψει τα όργανα.) Παρ' όλα αυτά, η χορήγηση αναισθητικών σε BHCs κατά τη διάρκεια της συγκομιδής οργάνων γίνεται όλο και πιο συχνή στην Ευρώπη, σύμφωνα με τον Robert Truog, καθηγητή ιατρικής δεοντολογίας, αναισθησίας και παιδιατρικής στην Ιατρική Σχολή του Χάρβαρντ. Παρά την έντονη αντίθεσή τους στον εγκεφαλικό θάνατο, οι Truog και Shewmon αρνούνται να αναγνωρίσουν την πιθανότητα ορισμένοι δότες να έχουν έντονο πόνο κατά τη διάρκεια της συγκομιδής οργάνων, παρόλο που αναγνωρίζουν ότι ορισμένοι δότες παρουσίασαν αντιδράσεις παρόμοιες με ανεπαρκώς αναισθητοποιημένους χειρουργικούς ασθενείς που αργότερα ανέφεραν πόνο και συνείδηση. Ο Shewmon είπε ότι οι αντιδράσεις του δότη ήταν απλώς «σωματικές αντιδράσεις σε επιβλαβή ερεθίσματα». Ρώτησα

αν ένα πείραμα θα μπορούσε να σχεδιαστεί για να απαντήσει στο ερώτημα του πόνου στους δότες. Είπε όχι.

Ο Truog δεν ήθελε καν να συζητήσει την πιθανότητα πόνου στον δωρητή οργάνων. Αλλά όταν πρότεινα πειράματα σύμφωνα με τις γραμμές που πρότειναν άλλοι αναισθησιολόγοι - όταν τα BHC δείχνουν αντιδράσεις πόνου κατά τη διάρκεια μιας συγκομιδής, χορηγούν αναισθητικό για να δουν αν οι αντιδράσεις υποχωρούν - με εξέπληξε λέγοντας ότι το είχε ήδη κάνει αυτό. Έχει χρησιμοποιήσει δύο διαφορετικά είδη αναισθητικών που δεν βλάπτουν τα όργανα για να καταστείλουν συμπτώματα όπως η υψηλή αρτηριακή πίεση ή ο καρδιακός ρυθμός. «Ακριβώς επειδή τα συμπτώματα μειώνονται, όμως», πρόσθεσε, «δεν σημαίνει ότι ο ασθενής πονάει. Ο πόνος είναι υποκειμενικό πράγμα». Όπως και με τον Shewmon, ρώτησα τον Truog αν δεν χρειαζόταν ένα πείραμα. Είπε ότι δεν υπήρχε κανένα πείραμα που θα μπορούσε να απαντήσει στο ερώτημα του πόνου στον δότη.

Πέρα από τον πόνο, υπάρχουν πολλά εκπληκτικά ευρήματα σε ένα έγγραφο του 1971, "Brain Death: A Clinical and Pathology Study" (http://thejns.org/doi/abs/10.3171/jns.1971.35.2.0211?url_ver=Z39.88-2003&rft_id=ori:rid:crossref.org&rft_dat=cr_pub%3dpubmed), που δημοσιεύθηκε στο Journal of Neurosurgery. Η ομάδα της Μινεσότα που παρήγαγε αυτό το άρθρο μελέτησε 25 ετοιμοθάνατους ασθενείς, διεξάγοντας αυτοψίες σε όλους και ηλεκτροεγκεφαλογραφήματα σε μερικούς. Έλεγξαν επίσης για αντανάκλαστικά και βρήκαν κάτι ασυνήθιστο. Πέντε από τους 25 εγκεφαλικά νεκρούς εξακολουθούσαν να ανταποκρίνονται σεξουαλικά. Οι ερευνητές χάιδεψαν απαλά τη «θηλή και τη θηλαία άλω» όλων των ασθενών και έλαβαν απαντήσεις από πέντε, τέσσερεις άνδρες και μία γυναίκα. Στη συνέχεια, χάιδεψαν το δέρμα στη ρίζα του μορίου στους 18 άνδρες ασθενείς και τέσσερεις ανταποκρίθηκαν με «απαλές κινήσεις του μορίου». Οι ερευνητές θεώρησαν ότι αυτή η αντίδραση ήταν «μια ατελής ή αποτυχημένη μορφή στύσης του πέους». Αποτυχημένο ή όχι, στο ανεκπαίδευτο μάτι φαίνεται να είναι ένα σημάδι ζωής.

Πιο δραματικές είναι οι εγκεφαλικά νεκρές έγκυες γυναίκες. Η πρώτη καταγεγραμμένη περίπτωση συνέβη το 1981, όταν μια 24χρονη γυναίκα, 23 εβδομάδων έγκυος, εισήχθη στο Νοσοκομείο Γυναικών και Παίδων του Μπάφαλο. Μετά από 18 ημέρες το ηλεκτροεγκεφαλογράφημά της δεν έδειξε εγκεφαλική δραστηριότητα και μεταφέρθηκε σε μαιευτήριο. Μια μέρα αργότερα κηρύχθηκε εγκεφαλικά νεκρή, περίπου 25 εβδομάδων έγκυος. Έτσι, ήταν νεκρή, αλλά ακόμα έγκυος, και οι γιατροί αποφάσισαν να χρησιμοποιήσουν το σώμα της - τεχνικά ήταν ένα πτώμα - ως θερμοκοιτίδα. Το έργο δεν ήταν εύκολο. Ανέπτυξε άποιο διαβήτη, φλεβοκομβική ταχυκαρδία (http://en.wikipedia.org/wiki/Sinus_tachycardia) και συσπάσεις της μήτρας. Αργότερα είχε μεγάλες διακυμάνσεις στην αρτηριακή πίεση και ο καρδιακός ρυθμός του εμβρύου έπεφτε. Μια καισαρική τομή πραγματοποιήθηκε αμέσως, γεννώντας ένα "ζωηρό" κοριτσάκι 2 κιλών περίπου την 26η εβδομάδα κύησης. Τρεις μήνες αργότερα το βρέφος πήρε εξιτήριο από το νοσοκομείο, ζυγίζοντας περίπου 4,4 κιλά.

Έξι μήνες νωρίτερα, μια άλλη έγκυος γυναίκα σε απελπιστική κατάσταση εισήχθη στο ίδιο νοσοκομείο, με πολύ διαφορετικό τέλος. Οι γιατροί διέκοψαν την υποστήριξη ζωής πριν από τον εγκεφαλικό θάνατο, καθώς το έμβρυο ήταν 19 εβδομάδων και το ιατρικό προσωπικό αποδέχτηκε την πεποίθηση ότι ένα σώμα δεν θα μπορούσε να επιβιώσει πολύ μετά την κήρυξη του εγκεφαλικού θανάτου. Θεωρητικά δεν υπήρχε χρόνος για να κυοφορήσει το έμβρυο άλλες 3 εβδομάδες, οι 22 εβδομάδες είναι το νωρίτερο που μπορεί να γεννηθεί ένα βιώσιμο μωρό.

Ακολούθησαν περισσότερες εγκεφαλικά νεκρές έγκυες μητέρες. Μέχρι τη στιγμή που γράφονται αυτές οι γραμμές, έχουν δημοσιευθεί 22 αναφορές από όλο τον κόσμο, συμπεριλαμβανομένης της Βραζιλίας, της Γερμανίας, της Ιρλανδίας, της Νέας Ζηλανδίας, της Γαλλίας, της Φινλανδίας, της Κορέας, της Ισπανίας και των Ηνωμένων Πολιτειών. Από αυτές τις 22 εγκεφαλικά νεκρές μητέρες, παρήχθησαν 20 μωρά, χωρίς αξιοσημείωτες παρενέργειες στα βρέφη. Μια γυναίκα κυοφόρησε ένα έμβρυο για 107 ημέρες μετά τη δήλωση του εγκεφαλικού θανάτου.

Η πραγματική σημασία των εγκεφαλικά νεκρών γυναικών είναι ότι φαίνεται να ηχούν το καμπανάκι του θανάτου για τον εγκεφαλικό θάνατο ως ορισμό. Όπως έχουν επισημάνει ο Shewmon και πολλοί άλλοι, τι είναι πιο ενδεικτικό της ζωής από την κυοφορία ενός μωρού σε μια ζωντανή και βιώσιμη γέννηση; Κρατώντας μια έγκυο μητέρα και ένα μωρό «ζωντανά» για τουλάχιστον 107 ημέρες διαψεύδει τη θεωρία ότι ο εγκεφαλικά νεκρός θα πάει γρήγορα στον συμβατικό καρδιακό / πνευμονικό θάνατο. Αρχικά, οι υποστηρικτές του εγκεφαλικού θανάτου είπαν ότι αυτό είναι θέμα ωρών. Τότε είπαν 3 έως 5 ημέρες το πολύ. Στη συνέχεια, 7 ημέρες, στη συνέχεια 9 ημέρες, στη συνέχεια 14 ημέρες. Τώρα μιλάμε για μια εγκεφαλικά νεκρή μητέρα που όχι μόνο κρέμεται για 107 ημέρες, αλλά τρέφει και ένα μωρό.

Μια τελευταία σημείωση: Οι εγκεφαλικά νεκρές μητέρες μπορούν ακόμα να δωρίσουν τα όργανά τους. Και έτσι, αφού υποστεί μια νευρολογική καταστροφή, κηρυχθεί νεκρή, εξακολουθεί να πρέπει να υπομείνει αρκετές εβδομάδες εγκυμοσύνης και στη συνέχεια να γεννήσει με καισαρική τομή. Η ασθενής μπορεί ακόμα να κυλήσει για να αφαιρεθούν τα όργανά της. Η δουλειά μιας γυναίκας δεν τελειώνει ποτέ.

ΜΕΤΑΦΡΑΣΙΣ: ΜΑΡΙΓΩ ΖΑΡΑΦΟΠΟΥΛΑ

https://lionessofjudah.substack.com/p/very-disturbing-brain-death-is-a?utm_source=substack&utm_medium=email