

BOLESŁAW GÓRNICKI

## Nowe problemy etyki lekarskiej

Sławny w starożytności, Claudius Galenus z Pergamonu — lekarz cesarza Klaudiusza Nerona, w 3 rozdziale zbioru swych dzieł, zatytułowanym *Quod optimum medicus idem sit philosophus* — napisał, że „*medicum debere esse et philosophum*”. Dzisiejsze sympozjum, tak pięknie zainaugurowane problemowym referatem prof. Jankowskiego — zdaje się dowodzić, że należy się liczyć ze zjawiskiem odwrotnym „*philosophum debere esse et medicum et biologum*”.

Komentatorem wspomnianego rozdziału Galena był m.in. Erazm z Rotterdamu, ojciec humanizmu nowożytnego. Chciałbym, aby stał się on dziś symbolem pojednania filozofów i lekarzy. Musimy siebie dziś komentować wzajemnie i ustalić pewną skalę ocen i wartości kierunków działania na przyszłość w zmieniającym się na naszych oczach świecie. Dotyczy to zwłaszcza korzyści, mogących wyniknąć z tego typu konfrontacji, dla etyki lekarskiej, która może zbyt długo posuwała się w koleinach wytworzonych dawniej stereotypów. Jesteśmy świadkami wielu przemian w medycynie, których nie ośmieliłbym się nazwać jednak kryzysem — ale raczej procesem adaptacji, która nigdy dla żadnej dyscypliny naukowej nie była łatwa. Może dzisiejszy consensus filozofów i lekarzy usunie poczucie rezerwy, którą dla siebie wzajemnie odczuwają, cierpiąc na pewien kompleks, powstały czasem niesłusznie, z poczucia braku kompetencji. Brakuje mi trochę na naszym posiedzeniu przedstawicieli nauk prawnych, których współudział byłby chyba cenny, zwłaszcza w dyskusji nad upracticznieniem i legislacją zasad moralnych w trudnym okresie przejściowym naszego bytu planetarnego.

Tak charakterystyczne dla systemów etyki ogólnej spory o wartości nie ominęły również etyki zawodowej. W obu wypadkach — etyki ogólnej i zawodowej, brak jest bowiem łącznej formuły, która mieściłaby w sobie ogół możliwych norm i wartości, funkcjonując w ten sposób jako absolutny punkt odniesienia w ocenie zachowań człowieka.

Cywilizacja ludzka wypracowała wiele kodeksów moralnych — życie ludzkie uwikłane w historię i różnorodne układy społeczne stwarza bowiem potrzeby niejednakowe, które zaspokajane są przez rozmaite kultury etyczne. Para pojęć podstawowych: dobro i zło posiada sens jedynie okazjonalnie ważny, wyrażony i akceptowany wewnątrz jednego tylko systemu, podporządkowany ustaleniom pewnej określonej hierarchii wartości, nieprzekładalnej na wartości pozostałych systemów.

Nie będę tu wymieniał wszystkich możliwych nurtów teorii moralnej, odwołują się one wszak do wartości najrozmaitszych: Boga, natury, rozumu, przyjemności, korzyści, obowiązku czy szacunku. Nie podejmuję się również operować bliżej nie określonym postulatem ludzkiej życzliwości — kierując się w ten sposób rodzajem moralnej intuicji, choć zdawać by się mogło, że jest on obecny w większości odnotowanych przez historię systemów etycznych, zwłaszcza w etyce lekarskiej. Procedurą znacznie pewniejszą jest bowiem, naszym zdaniem, rozpoczęcie każdej dyskusji o etyce od uświadomienia sobie katalogu wartości, które ową etykę konstytuują jako jej wyjściowe aksjomaty.

Wdzięczny jestem prof. Jankowskiemu za trafne wyróżnienie istnienia, wolności i sprawiedliwości jako trzech wartości leżących u podstaw systemu wyborów moralnych współczesnego lekarza.

Wyrażam przekonanie, że jest to klucz dosyć niezawodny w rozstrzyganiu większości sytuacji moralnie konfliktowych w medycynie współczesnej, i myślę, że w każdym z wymienionych przeze mnie problemów etyki lekarza, uświadomienie sobie którejs z owych wartości będzie celną sugestią decydującą o wyborze słusznej drogi postępowania.

### *Etyka Hipokratesa*

Wykład teorii wartości etycznych w medycynie należałoby może zacząć od przypomnienia pewnych myśli, zawartych w *Przykazaniu* i w *Przysiędze* Hipokratesa (470—360 r. p.n.e.). Ten od wieków aktualny system wyborów moralnych, wskazując lekarzowi właściwy stosunek do pacjenta, zdobył sobie trwałe miejsce wśród innych kodeksów etyki zawodowej oraz zaznaczył się wyraźnie na niejednym systemie etyki ogólnej. *Przykazanie* i *Przysięga* Hipokratesa obejmują kilka podstawowych problemów: a) sprawność zawodową lekarza — jako problem m. in. etyczny, b) opiekę lekarza nad chorym, c) wzajemną lojalność przedstawicieli zawodu lekarskiego, d) utrzymanie godności i prestiżu zawodu, e) zachowanie tajemnicy lekarskiej. Postaram się przeanalizować te nurty w odniesieniu do współczesności.

Pierwszym ważnym elementem jest sylwetka lekarza — uczciwego i umiętnego, lekarz bowiem niewykształcony w pojęciu Hipokratesa był

nieetyczny, bo podejmował się dobrowolnie leczenia, nie osiągnąwszy całej dostępnej mu wiedzy: „Nieświadomość [...] złym jest skarbem dla tych, którym przypadła w udziale”. „Niezbędna jest również wielka pilność na długi okres czasu, aby wiedza zapuściwszy głębokie korzenie, dobre i obfite wydała owoce”.

Wymogi stawiane lekarzom znalazły historyczny wyraz u Hammurabiego, w kodeksach sumeryjskich *Ur-Namma* i *Lipit-Istar*, w *Corpus Hippocraticum*, a potem w starożytnym Rzymie, w *Jus Gentium*, w *Lex Cornelia* (ogłoszonym w czasach Sulli), w *Corpus Juris* — Justyniana, wreszcie w 1500 lat po Hipokratesie — w zbiorze przepisów o praktyce lekarskiej szkoły salernitańskiej, a obecnie — w ponad 30 różnych kodeksach poczynawszy od roku 1803 oraz współczesnych nam przepisach o wykonywaniu praktyki lekarskiej, o charakterze narodowym i międzynarodowym. (W Polsce: *Kodeks lekarski* z roku 1936, oprac. Jerzy Kurcjuś oraz: *Zasady etyczno-deontologiczne Polskiego Towarzystwa Lekarskiego* z roku 1968 i 1974).

Drugim pojęciem związanym z zawodową etyką lekarską jest wzajemny stosunek do siebie członków zawodów leczniczych, w sensie zachowania wzajemnej lojalności: cel najwyższy postępowania lekarza musi się łączyć z celem najwyższym grupy zawodowej, m. in. z koniecznością wzmacniania stopnia poszanowania zawodu i pogłębiania szacunku dla niego („godność zawodowa”). Sprawy te jednak mogą być zawodne i posiadać charakter klanowy. Można by wyprowadzić z powyższego wniosek, że normą moralną winna stać się dla członka zawodu leczniczego konieczność zdobycia jak najwyższych kwalifikacji zawodowych, w myśl pragmatyki zawodowej, która tu pewien element może wysuwać jako normę prawną. I jeśli Hipokrates podawał w swojej *Przysiędze*: „Przysięgam i ślubuję, że do kolegów lekarzy będę zawsze odnosił się z koleżeńską życzliwością, mając dobro chorych mi powierzonych przede wszystkim na względzie”, w grę wchodzi tu kilka wartości: lekarz nie powinien bowiem nigdy wykorzystywać uprawnień związanych z uprzywilejowaniem grupy zawodowej dla spraw osobistych lub pozazawodowych.

Trzecim pojęciem, najważniejszym może w układzie zawodowej etyki lekarskiej, jest stosunek lekarza do powierzonego jego opiece pacjenta w sensie ochrony jego życia i zdrowia, przy czym lekarzowi nie wolno czynić różnic między chorymi, a kierować się tylko ich stanem jako kryterium selekcji.

Widać więc z tego, że istnieją trzy motywy postępowania lekarza: pierwszym i najważniejszym jest stosunek lekarza do pacjenta — oparty na podstawie zaufania. Pacjent zgłasza się do lekarza lub szpitala, aby zostać wyleczonym — a ściślej biorąc, być poddany leczeniu. Po drugie, lekarz winien zrobić wszystko dla dobra pacjenta, leży to zresztą w inte-

resie społecznym i dałoby się streścić tak: rób dla drugiego to, co chciałbyś, aby on zrobił dla ciebie. Etyka ta nie może jednak posiadać charakteru utylitarneho, bo decydowałyby wówczas elementy własnej korzyści w ocenie. Należy raczej przyjąć zasadę: „traktuj drugiego człowieka jako cel autonomiczny, sam w sobie wartościowy” — o czym mówił prof. Janowski — „a nie jako środek do celu”. Po trzecie, jedynym kryterium postępowania winny stać się kryteria obiektywne, oparte na współczesnej wiedzy — przy czym pacjent winien być traktowany jako osobowość, która posiada własne normy etyczne. Mieści się pośród nich żądanie zachowania tajemnicy lekarskiej. Interes pacjenta nie zawsze bywa zgodny z interesem społecznym i poczuciem prawnym, wchodzi tu w grę często konieczność ujawnienia prawdy pacjentowi i jego rodzinie, zwłaszcza w przypadku stanów zagrażających życiu oraz w tzw. poradnictwie genetycznym.

Wszystkie problemy zawarte w powyższych punktach w zasadzie wyczerpują treść *Przysięgi* i *Przykazania* hipokratesowego. Na szczególną uwagę zasługuje tu również postulat szkoły hipokratyków w Kos, by pomagać naturze w przywróceniu zdrowia człowiekowi. W tym kulcie „vis medicatrix naturae” — jest jakiś swoiście pojęty ewolucjonizm: gatunek ludzki jest produktem i kontynuacją ciągu przyrody, stąd kreacja gatunku ludzkiego na tle spowinowaczonej z nim ewolucyjnie przyrody postuluje zabezpieczenie przetrwania gatunku.

Etykę zawodową można określić jako pewien instrument, służący do normowania stosunków międzyludzkich, jako pewien system zabezpieczeń, który jest ściśle związany z zespołem pojęć etycznych, przyjętych w społeczeństwie za obowiązujące. Czy należy jej treść wiązać z określonym, historycznym układem stosunków w naszej wiosce planetarnej, jak by to wyraził McLuhan — na ten temat toczyć się będą chyba długie spory. Na pewno jednak tego typu etyka winna posiadać cechy humanistyczne i hoministyczne, cechy życzliwości pozaosobowej, nieegoistycznej — tj. co najmniej w sensie minimalistycznym zasadę wolteriańską — „nieczynienia krzywdy”, a w rozumieniu etyki socjalistycznej — cechy egalitaryzmu, a nie elitaryzmu. Etyka służy bowiem w pewnym sensie walce ludzi o ich postawy, godność osobistą, o prawo udziału w społecznie uwarunkowanym szczęściu i doskonałości.

Etyka Hipokratesa była w określonym sensie etyką indywidualną (w pewnym dodatkowym jedynie rozumieniu etyką grupy zawodowej), a nie etyką społeczną.

Etyka i jej ewentualne przekształcenia muszą jednak wiązać się ściśle z postępek społecznym. Jest to jej atrybut główny i hasło wywoławcze. Pojęcie postępu społecznego utożsamia się często, i chyba jest to błędna identyfikacja, z pojęciem rozwoju społecznego, który nie jest niczym

innym jak prostą, ilościową historią zmian zachodzących w mechanicznym ciągu zjawisk. Postęp społeczny oznacza natomiast sytuację wartościowaną dodatnio i sprzężony jest ściśle z pojęciem doskonalenia moralnego. Postęp w medycynie ma charakter paradygmatyczny — zachodzą tu bowiem zjawiska zamiennosci jednych teorii przez drugie — czego nie można ściśle biorąc nazwać postępowaniem absolutnym, aczkolwiek wzrasta tu również stale liczba dopuszczalnych interpretacji nowych faktów informujących nas o nowych rzeczywistościach albo zmieniających stan istniejących.

Należy jednak ze smutkiem stwierdzić, że jeśli miarą postępu społecznego ma być dobro człowieka, to ludzkość, tworząc bezprogramowe systemy ograniczające i pogarszające warunki bytowania (zanieczyszczenie powietrza, wody i gleby, stress hałasu, stress promieniowania jonizującego i niejonizującego, stress przyspieszeń, stress nieżyczliwości wzajemnej, stress poczucia nieprzystosowania, konfliktowości interesów społecznych), może tworzyć jako produkt uboczny różne typy etyk utilitarnych, zależnych nierzadko od etyki dominujących grup narodowych walczących o fałszywy, antyludzki postęp oparty niestety na eksperymencie na człowieku, jak to mieliśmy okazję obserwować w okresie ostatniej wojny i w wielu epokach historycznych. Przykładem zastosowania etyki utilitarnej w medycynie może być nakaz ratowania tych spośród rannych w ataku atomowym, którzy dają większe szanse przeżycia, a pozostawienie swemu losowi ciężiej rannych. A przecież jest to zasada ogólnie akceptowana, która wyraźnie wartościuje kolejność udzielania pomocy człowiekowi choremu, stawiając mniej potrzebującego przed bardziej potrzebującym dla celów prostego efektu utilitarnego, biologicznego i ekonomicznego (bomba kobaltowa dla chorych dających większe szanse wyleczenia, a przy przewlekłej niewydolności nerek hemodializa dla dających większe szanse przeżycia).

Łatwo więc zauważyć, że zamknięcie się lekarza współczesnego w granicach wyborów stereotypowych, przy całym uznaniu ich konieczności, grozi jednak utratą horyzontu społecznego. Szczególnie ważny to problem w chwili obecnej, kiedy medycyna stała się nie tylko środkiem niesienia pomocy cierpiącemu pacjentowi i formowania jego biotypu, lecz także narzędziem organizującym i uzdrawiającym życie społeczne. Wzrost znaczenia informatyki w naukach medycznych oraz rozwój medycyny społecznej postawił współczesnego lekarza wobec trudnych do rozstrzygnięcia kwestii „sumienia”. Cechy etyki lekarskiej są jednak w pewnym sensie niezienne i niezależne, i dają się odnieść zarówno do czasów, w których tworzyli swoje systemy filozofowie jońscy, jak do czasów obecnych, mimo że zasadę „primum non nocere” należałoby poddać, bardzo zresztą ostrożnej, analizie wartościującej. Postęp nauki, złożony

system opieki nad pacjentem, rozwój higieny komunalnej, pojęcie zdrowia publicznego — jako zasady podporządkowanej dobru obecnego pokolenia — nakazują czasem przyjęcie systemu o wielu wartościach. Dotyczy to również samego działania lekarza i funkcjonowania ochrony zdrowia, a więc tworzonych przez nią warunków (jatrogenia i higigenia), które mogą rozwijać działania uboczne szkodliwe (np. 15% łóżek w USA zajętych jest przez pacjentów skierowanych z powodu ubocznego działania leków i powikłań wynikających z samego procesu leczenia).

Pragnę się tu zająć kolejno kilku sprawami, a przede wszystkim eksperymentem lekarskim na człowieku<sup>1</sup>.

Współczesna medycyna nie może zrezygnować z eksperymentowania na człowieku. Dwieście lat temu przestępstwem prawnym ze strony lekarza było każde odstępianie od utartych metod postępowania. Dzisiaj — „każda poważniejsza terapia wymaga uprzedniego eksperymentowania”, co stwierdzono, i chyba słusznie, w podsumowaniu konferencji Amerykańskiej Akademii Sztuk i Nauk poświęconej moralnym problemom eksperymentów medycznych<sup>2</sup>.

W naturze nauki leży ciągle rozszerzanie granic poszukiwań, toteż nie może ona po prostu nie podejmować ryzyka związanego z nowymi sytuacjami w medycynie. Postępu nie można sztucznie hamować. Nauka może natomiast i powinna akceptować normy pozwalające na jednoznaczny ocenę sytuacji etycznej w trudnych do oceny sytuacjach moralno-prawnych. Takie zespoły norm ujmują w pewien system pospolite intuicje moralne. Konstrukcja kodeksów, zarówno prawnych, jak i etyczno-deontologicznych, jest zadaniem niezwykle trudnym, jeśli mają one w sposób praktyczny spełniać stawiane im warunki. Zasadnicza trudność polega na tym, że koegzystujące w eksperymencie wartości są niewspółmierne. Wartość wiedzy z jednej strony, a dobro jednostek z drugiej — nie są wartościami zakresowo równoważnymi: trudno jest ustalić okresową preferencję dla którejś z wchodzących w konflikt wartości. W historii refleksji etycznej nad eksperymentem znane są co prawda poglądy absolutyzujące jedną bądź drugą wartość, tj. zakazujące eksperymentu w celu wyłącznie poznawczym albo zezwalające nań zawsze, kiedy wymaga tego interes nauki. Wydaje się jednak, że te krańcowe opcje są nie do utrzymania z wielu powodów. Są one bowiem wyrazem dogmatyzmu w podstawowych kwestiach aksjologii. Konsekwentnie realizowane wiodłyby albo do zahamowania rozwoju nauki, albo do tworzenia sytuacji moralnie

---

<sup>1</sup> Pewne sformułowania niniejszego tekstu dotyczące eksperymentu na człowieku zawdzięczam współpracy z mgr Ewą Kujawą z Zakładu Filozofii Akademii Medycznej.

<sup>2</sup> *Ethical Aspects of Experimentation with Human Subjects*. „Daedalus”, Spring 1969.

negatywnych w imię tego rozwoju. W istocie owe preferencje zależą od indywidualnych cech poszczególnych sytuacji.

Problem etyki w medycynie stosowanej nie tylko rozszerza się zakresowo, ale również z punktu widzenia dynamiki rozwoju medycyny. Dlatego należy ustalić ściślej pojęcie zła i dobra, granice postępu technicznego, jakości i wartości życia człowieka. Każda bowiem decyzja lekarza mieści się w ramach wartości moralnych. Kontrola urodzeń, problem przerywania ciąży i sterylizacji, poradnictwo genetyczne, leczenie noworodka ciężko uszkodzonego, utrzymanie *par force* przy życiu odmóżdżonego pacjenta, intensywna terapia pacjentów (wbrew ich woli) nie rokujących wyleczenia, problem „swobodnej śmierci”, przymus leczenia psychiatrycznego, transplantologia, dopuszczalne granice eksperymentu na człowieku i zwierzętach, problem tajemnicy lekarskiej i ujawniania prawdy choremu, preferowanie w leczeniu przy ograniczeniu środków leczniczych i aparatury, nadużycie leków, mitomania lekowa, zbędna hospitalizacja — to tylko nieliczne przykłady, kiedy lekarz musi obracać się w ciasnych granicach własnego doświadczenia, wiedzy i tzw. poczucia moralnego, przy czym częstokroć ustalone w okresie wielu wieków zasady moralności okazują się niedostateczne dla normowania jego postępowania. Działanie lekarza winno być motywowane doświadczeniem klinicznym oraz znajomością osobowości pacjenta i jego stosunków rodzinnych. Problem etyki pacjenta winien zaś być uwzględniony w sposób co najmniej dostateczny.

Kto wie, czy nie nadchodzą czasy Nowej Reformacji w medycynie, jak to już kilkakrotnie było. Ten sam grecki bóg lekarskiej moralności, te same ewangelie synoptyczne, ale inne interpretacje ewangelistów i inni ewangeliści.

#### *Eksperyment lekarski na człowieku*

Samo pojęcie „eksperymentowania na człowieku dla dobra nauki” jest — przynajmniej w odczuciach tzw. opinii publicznej — emocjonalnie i historycznie obciążone. Od dawna znane były fakty, wcale nie odosobnione, dokonywania eksperymentów na osobach wyjętych spod prawa, skazańcach, psychicznie chorych, ludności kolorowej, na podopiecznych zakładów filantropijnych itp. Eksperyment na człowieku, a ściślej biorąc na ludziach postawionych poza prawem, był już znany w starożytnym Egipcie i Persji, a w pewnym sensie stosowany jeszcze w XVIII w. w okresie prób nad szczepieniem ospy.

W czasach nam współczesnych warto zanotować zwłaszcza głośną i pewno częściowo tylko znaną sprawę, którą omówię nieco obszerniej nie tylko ze względu na jej światowy rozgłos, ale również na wnioski,

które z niej płyną. Przed 43 laty, tj. w 1932 r. United States Public Health Service rozpoczęła studia nad grupą 412 chorych na kiłę i 204 zdrowych w Tuskegee, w stanie Alabama, Macon Country. Pracę podjęto pod auspicjami Tuskegee Institute Veteran Administration Hospital, przy czym wszyscy badani byli Murzynami. Studium badawcze poświęcone było śledzeniu postępów i przebiegu choroby u nieleczonych chorych na kiłę. Ostatnio wyszło na jaw, że chorzy ci nie zostali poddani leczeniu nawet wówczas, gdy wprowadzono do leczenia kiły penicylinę jako najskuteczniejszy lek przeciwwiłowy. Gdy sprawa dostała się do ogólnej wiadomości, wywołała duży wstrząs w opinii publicznej Stanów Zjednoczonych. Nazwano ten fakt „moral and ethical nightmare”. Ciekawy był przebieg dyskusji, która rozwinęła się następnie na łamach prasy i na forum towarzystw lekarskich całego świata. Wyjaśniła ona kilka aspektów niecodziennej sprawy. Przede wszystkim oceniono, że cel był nieuzasadniony, skoro jeszcze przed okresem leczenia salvarsanem i bizmutem znano dokładnie klinikę i patomorfologię kiły i jej groźne następstwa u nieleczonych (*paralysis progressiva, lues cerebri, aortitis luetica, osteomyelitis luetica* itd.). Po drugie, chorym zaproponowano, a byli to przeważnie Murzyni o najniższym standardzie życiowym, transport do szpitala na badania i z powrotem, darmowy gorący posiłek, darmowe leczenie w przypadku zachorowania na każdą chorobę z wyjątkiem powikłań kiły. Wprawdzie zainteresowani wyrazili zgodę, ale nie bez znaczenia była w tym wypadku presja ekonomiczna. Wywiad prasowy z dr. Johnem R. Hellerem, który brał udział w fazie początkowych badań jako lekarz terapeuta grupy, wykazał, że Heller — syn i wnuk lekarza — usprawiedliwiał tego typu badania zgodą wyrażoną przez pacjentów. Ponadto przyznał, że w okresie kiedy był szefem National Cancer Institute (1948—1960), a od 1965 prezydentem Memorial Sloan Kettering Cancer Center w Nowym Jorku, w ośrodku tym wstrzykiwano kilku chorym zawieszinę żywych komórek nowotworowych nie powiadamiając ich o tym fakcie. Dr Chester, który był odpowiedzialny za te eksperymenty, został uznany „winnym czynów sprzecznych z etyką zawodową” i zwolniony z pracy przez State Board of Regents. Sam dr Heller natomiast tłumaczył się nieznaną zasadą eksperymentu: w Stanach Zjednoczonych bowiem szef instytucji naukowej nie musi być informowany ani wyrażać zgody na wszelkie formy prowadzenia naukowego eksperymentu w jego instytucji. W rezultacie powołano federalną komisję śledczą, a następnie komisję obywatelską, które miały się zająć sprawą eksperymentu na człowieku.

W dyskusji na łamach amerykańskiej prasy lekarskiej poruszono we wrześniu 1972 r. nadmierną ingerencję instytucji rządowych w USA i wielu innych krajach świata w badania naukowe w medycynie, co —



jak utrzymywano — powinno być domeną nie administratorów służby zdrowia i polityków, lecz zrzeszeń i towarzystw lekarskich, które winny mieć decydujący głos i reprezentację w organach państwowych. Finansowanie przez rządy badań naukowych winno być ściśle poddane kontroli: służyć one mogą bowiem częstokroć interesom politycznym, wojskowym lub ekonomicznym, nie mającym nic wspólnego z dobrem człowieka, nad którym pieczę powinni sprawować ci, którzy są do tego przeznaczeni z racji wykształcenia kierunkowego i zaufania, jakim ich darzy społeczeństwo.

Fakty zaistniałe w Tuskegee, za które odpowiedzialność wziął na siebie związany ze szpitalem w Tuskegee Public Health Center, nazwano „perwersją i hybrydyzacją nauki”. Co gorsza autorzy tych badań ogłosili w okresie ich trwania 15 naukowych raportów w prasie lekarskiej, a żaden z naukowców lub lekarzy nie zaatakował strony etycznej tych badań. Powołana przy Health Education Welfare specjalna komisja do zbadania tej sprawy (*ad hoc* Advisory Panel) wydała przed 2 laty (maj 1973) orzeczenie, które — jak się wydaje — jest ostateczną decyzją w tej sprawie. Orzeczone, że praca była etycznie nieusprawiedliwiona oraz że wartość badań z punktu widzenia naukowego nie usprawiedliwiała stopnia ryzyka podjętego w stosunku do zagrożenia życia i zdrowia pacjentów.

Nie należy jednak sądzić na podstawie przytoczonego orzeczenia, że wszelkie badania na ludziach są niedopuszczalne. Przeciwnie, są one nieraz konieczne, ale o podjęciu ich decyduje ilościowy stosunek wielu parametrów, takich jak wartość naukowa eksperymentu, możliwość jego sprawdzenia, analiza skutków i korzyści praktycznych z punktu widzenia diagnostyki i terapii, uświadomienie całej ekipy biorącej udział w eksperymencie co do celów i warunków eksperymentu, wykonanie eksperymentu w odpowiednich warunkach i przez wykwalifikowany personel, poprzednie próby na zwierzętach, brak zbędnych cierpień, zabezpieczenie przed objawami ubocznymi, a jeśli wystąpią — możliwość przerwania eksperymentu. Korzyść praktyczna i stopień ryzyka są więc czynnikami decydującymi, zarówno wtedy gdy chodzi o eksperyment terapeutyczny, tj. dokonywany w interesie chorego, jak również eksperyment naukowy (empiryczne potwierdzenie hipotez lub głębsze poznanie praw przyrody), w którym chory nie odnosi bezpośredniej korzyści. W praktyce najczęściej jednak mamy do czynienia z eksperymentem mieszanym, zwłaszcza przy stosowaniu nowych leków czy nowych metod operacyjnych.

Według zdania Japońskiej Izby Lekarskiej, eksperyment kliniczny na ludziach, zwłaszcza w zakresie stosowania nowych leków, jest tak długo nieusprawiedliwiony, jak długo nie istnieje gwarancja, że żaden z przewidywanych, a znanych z doświadczeń na zwierzętach leków czy zabie-

gów nie wywiera szkodliwych działań ubocznych, mogących stanowić zagrożenie dla życia lub zdrowia pacjenta. W chwili obecnej nauki statystyczne i teoria prawdopodobieństwa dostarczają, jak się zdaje, dostatecznych podstaw, by ocenić stopień ryzyka.

Nieprzypadkowo tak obszernie zreferowałem dyskusję nad eksperymentem w Tuskegee. Wynikają z niego bowiem, niezależnie od przytoczonych, 4 punkty istotne w eksperymentowaniu na człowieku:

1. Dobrowolna, formalna zgoda pacjentów na prowadzenie na nich tego typu badań.

2. Ocena stopnia uświadomienia pacjenta o następstwach jego zgody.

3. Brak szantażu materialnego, który w szczególnych warunkach mógłby posiadać charakter presji wywieranej na ludziach znajdujących się w trudnych warunkach ekonomicznych.

4. Stopień kontroli przez instytucje państwowe i związki lekarzy eksperymentów tego typu (obecnie niewystarczający).

Ciekawe, że w objaśnianej wyżej sprawie Tuskegee, mimo iż ogromna większość dyskutantów była jednomyślna w ocenie niedopuszczalności tego typu badań, wyrażane były również wątpliwości, czy dla dobra ludzkości nie należy ryzykować dobra pojedynczych jednostek lub nawet dobra grupy; czy dozwolone są np. eksperymenty na więźniach, którym w zamian za to darowuje się część kary, co jest dla nich rodzajem bodźca pozytywnego; czy wprowadzanie każdej nowej metody chirurgicznego leczenia (np. transplantacja narządów lub stosowanie nowych leków), mimo iż badania takie przeprowadzono uprzednio na zwierzętach, nie stwarza istotnych niebezpieczeństw, nawet w razie popełnienia tylko drobnych przeoczeń. Wchodzi tu poza tym w grę sprawa opłacalności podejmowanego ryzyka.

Często również w dyskusjach pojawia się zagadnienie tzw. ryzyka statystycznego, które przecież podejmowane jest m.in. w rozwoju i wprowadzaniu nieznanymi urządzeniami, środkami komunikacji (samoloty, samochody), gdzie można założyć 0,05% niebezpieczeństwa na każde 20 przejechanych kilometrów i gdzie wiadomo, że dalszy wzrost komunikacji i motoryzacji pociąga za sobą zwiększenie liczby okaleczeń i wypadków śmiertelnych.

Podobne rozważania dotyczą eksperymentu na dzieciach, studentach i osobach umierających. We wszystkich przypadkach jedynym wyjściem jest rozbudowanie systemu kontroli, do którego zadań należy również praca nad zwiększeniem stopnia wrażliwości moralnej człowieka. Dotyczy to również sprawy narażania życia wybranej grupy ludzi dla uratowania życia jednego człowieka, jak to niejednokrotnie jest w górach (GOPR), na morzu lub w kopalni, gdzie dla ratowania życia jednego człowieka ryzykuje życie cała ekipa ratownicza. W przypadkach tych osoby poświęcające się dobrowolnie dla dobra innych znają jednak dobrze

granicę niebezpieczeństwa. Wydaje się, że przynajmniej zasada pełnego uświadomienia stopnia ryzyka winna być stosowana u chorych poddanych eksperymentowi klinicznemu i to tylko w tych przypadkach, kiedy ryzyko jest niewielkie, kiedy potrafimy kontrolować wszelki wpływ szkodliwych dla chorego działań ubocznych. Do tego potrzebna jest odpowiednio duża wiedza specjalistyczna i dbałość w zakresie wykrywania wczesnych objawów w jakikolwiek sposób zagrażających choremu.

W przypadku Tuskegee zachodził jeszcze jeden dodatkowy element: leczeni chorzy mogli stać się źródłem zakażenia dla innych osobników, co powinien wziąć pod uwagę odpowiedni ośrodek zdrowia, odpowiedzialny za decyzję i kontrolę. Lekarze, których obowiązkiem — jak to stanowi przysięga Hipokratesa — jest leczenie chorych, winni być wierni zasadzie *primum non nocere*. Każdy przypadek musi być rozważany indywidualnie i nigdy nie wolno narażać życia, które jest największym dobrem biologicznym i sensem trwania gatunku.

### *Transplantacje a śmierć kliniczna*

Inną grupę zagadnień trudnych stanowi szeroka problematyka etyczno-prawna związana z transplantacją narządów, tj. głównie nerek, serca i trzustki. Sprawie tej były poświęcone liczne konferencje na całym świecie; w Polsce zaś w 1968 r., Wydział Nauk Medycznych PAN i Katedra Etyki UW zorganizowały konferencję, w której udział wzięli przedstawiciele medycyny, filozofii, prawa i etyki. W toku dyskusji poruszono szereg istotnych problemów<sup>3</sup>.

Uczestnicy konferencji podkreślali m.in., że niezależnie od różnicy prezentowanych stanowisk sam fakt ogromnego zainteresowania tego typu problematyką jest dowodem dużej wrażliwości moralnej społeczeństwa. W podsumowaniu dyskusji wyrażono opinię, że z etycznego punktu widzenia nie można sformułować jakichś zasadniczych przesłanek pozwalających kategorycznie odrzucić praktykę transplantacji serca. Natomiast wobec szeregu innych związanych z transplantacją spraw — dyskusja polegała raczej na polemicznym omówieniu problematyki niż na sformułowaniu pozytywnych odpowiedzi na postawione pytania. Jest to oczywiste, chociażby ze względu na ogromny zakres oraz kontrowersyjność poruszanych zagadnień, a zwłaszcza problem tzw. śmierci klinicznej.

Interesujący jest fakt, że XXII Kongres Światowego Stowarzyszenia Lekarzy (Sydney, 1968 r.), nie dał jasnej definicji śmierci. „Nieodwracalne ustanie funkcji mózgu” (*irreversible brain damage*) — proponowano zastąpić określeniem „zupełny brak funkcji życiowych wszystkich na-

<sup>3</sup> Por. „Etyka” 1969, nr 4.

rządów”, co jest sprawą technicznie bardzo zawodną. Tak więc problem śmierci, a właściwie bezspornego stwierdzenia tego faktu, tkwi u podstaw całego problemu transplantologii. Narządy do transplantacji mogą być pobierane bowiem wyłącznie ze zwłok, ale dostatecznie szybko, aby nie nastąpiły nieodwracalne zmiany w bioelementach życia komórkowego, co wymaga pewnych uściśleń biologiczno-prawnych oraz pewnej taktyki w zakresie decyzji, a co wcale nie jest sprawą łatwą.

W zasadzie przyjęto 5 kryteriów śmierci: 1) trwała utrata świadomości, 2) rozszerzenie obu źrenic przy braku odruchu na światło i odruchu rogówkowego, 3) ustanie oddechu, 4) spadek ciśnienia krwi, 5) spłaszczenie krzywej elektroencefalograficznej (kontrola po 6 godzinach, zwłaszcza przy zabiegach reanimacyjnych). W Polsce sprawy transplantacji nie zostały ściśle prawnie uregulowane (zgoda pacjenta, rodziny, konieczność uzyskania każdorazowo zgody prokuratury itd.), nie istnieją też odpowiednie lekarskie ciała orzekające, do których należałaby decyzja.

Sprawy te, stanowiące tylko wycinek problematyki eksperymentu medycznego, są ciągle w toku dyskusji, a ich regulacja prawna nie jest zadaniem łatwym. Powszechnie jednak wiadomo, że mimo długiej już historii eksperymentowania na człowieku dla celów medycznych, mimo wielokrotnych prób alarmowania opinii publicznej na przełomie XIX i XX w. doniesieniami o eksperymentach prowadzonych w warunkach pogwałcenia podstawowych norm etycznych, mimo przekonywających dowodów o kontynuowaniu tych eksperymentów, właściwie dopiero zbrodnicze praktyki lekarzy hitlerowskich podczas II wojny światowej spotkały się z powszechnym oburzeniem i protestem społeczeństw. Być może, w przyszłości decyzja o pobraniu narządu do przeszczepienia nie będzie wymagała zgody dawcy ani jego rodziny, a będzie regulowana specjalnymi przepisami.

### *Eutanazja*

Jedną z najtrudniejszych spraw z punktu widzenia etyki lekarza jest problem eutanazji, tj. śmierci, którą zadaje się choremu, aby skrócić jego cierpienia, gdy jest nieuleczalnie chory. Sprawa ta z punktu widzenia etyki lekarskiej winna być jednostronnie negatywnie przesądzona, aczkolwiek ostatnie procesy w Skandynawii (prof. de Björna w Kopenhadze czy dr. Ibsena) dowodzą, że rzecz ta jest praktykowana, przy czym skrócenie cierpień („aktywna pomoc śmierci”) uważa się tu za czyn moralnie usprawiedliwiony, zwłaszcza gdy śmierć jest nieunikniona. Między opinią — „nie wolno decydować nikomu o cudzym życiu lub śmierci” a przekonaniem — „lekarz i tylko on ma pełne prawo do decyzji; za zgodą, a nawet na prośbę pacjenta, może zaprzestać leczenia” (ortotanazja), leży cały obszar niezaludniony dostatecznie przepisami prawnymi. Pozwolę sobie tu

wyrazić własną opinię: medycyna (od słowa *medeor* — leczyć) — stanęłaby w ostrym konflikcie ideologicznym sama z sobą, gdyby wprowadziła śmierć na miejsce życia. Jak powiedział bowiem w swojej *Ars moriendi* Gerson (1410 r.) — „*Quamvis secundum philosophum tertio Ethicorum (wg III ks. Etyki Arystotelesa) omnium terribilium mors corporis sit terribilissima, morti tamen animae nullatenus est comparanda...*” Aktywna pomoc śmierci jest sprzeczna z sensem istnienia gatunku.

### *Moralność i genetyka*

Do spraw szeroko dyskutowanych należą również zagadnienia eugeniczne, związane z problemem poradnictwa genetycznego i diagnostyki prenatalnej. Dotyczą one również poradnictwa rodzinnego i prawa każdej rodziny do posiadania zdrowego potomstwa.

Każdy z nas na każde 100 000 genów ma 8 genów defektywnych. Geny te, przeważnie nie ujawnione, nie posiadające cech dominujących, są heterozygotyczne, ale w niektórych krajach prawo i zwyczaj wręcz zabraniają lub odradzają związki między nosicielami tzw. genów zagrożenia. Niektóre z tych genów nie mają istotnego znaczenia, inne, których częstość w pewnej populacji jest wyższa, stanowią istotną groźbę. Stąd liczne screeningi i wewnątrzpłodowe badania płynu owodniowego w okresie ciąży, metodami biochemicznymi i cytologicznymi (choroba syropu klonowego, tyrozynemia, galaktozemia, argininobursztynuria, niektóre lipidozy, gangliozydozy, leukodystrofia z metachromazją itp.). Rozpoznanie te oparte są na amniocentezie transabdominalnej w 13—16 tygodniu życia płodowego, przy czym ryzyko badania prenatalnego nie przekracza 1% (w każdym przypadku konieczna jest zgoda matki). Przy subtelniejszych metodach badań u 1 dziecka na 100 urodzonych można wykryć aberacje chromosomalne.

W 1972 r. w jednym z numerów „*New England Journal of Medicine*” ukazał się interesujący artykuł o „etycznych i społecznych problemach screeningu”. Opublikowano w nim wnioski z narady lekarzy, prawników i biologów stwierdzające, że żadne wyniki badań nie mogą sugerować zakazu wstąpienia w związek małżeński i posiadania dzieci, byłoby to bowiem niezgodne z „Kartą Praw Człowieka ONZ”, która gwarantuje człowiekowi prawo do założenia rodziny i posiadania potomstwa. Nasuwają się tu jednak pewne wątpliwości — można bowiem przyjąć, że jest także prawem każdego człowieka rodzić się zdrowym i w pełni władz umysłowych, wydolnym i szczęśliwym. Czy społeczeństwo może ponosić koszty i obciążenia ekonomiczno-społeczne, wprowadzając w szeregi własnej populacji osobniki chore z mutacjami i wyraźnymi uszkodzeniami systemów chromosomalnych, obciążone chorobą nieuleczalną (przy obecnym stanie

wiedzy) i doprowadzającą w niedługim okresie czasu do nieodwracalnej degradacji psychicznej i fizycznej? Przytoczone argumenty — zdaniem wielu badaczy — mogą uzasadniać prowadzenie szeroko zakrojonej diagnostyki prenatalnej, zwłaszcza w rodzinach obciążonych, tj. tam gdzie rodzice dziecka homozygoty są oboje heterozygotami. W takim przypadku są oni nosicielami cechy chorobowej i mają 25% szans na posiadanie dziecka zdrowego, 25% szans na posiadanie dziecka chorego i 50% szans na posiadanie dziecka fenotypowo-zdrowego, które jest nosicielem pewnej patologicznej cechy i przekazywać ją będzie dalej swemu potomstwu. Osobnik heterozygotyczny ma 100% szans na posiadanie fenotypowo zdrowych dzieci, jeśli jego partner nie posiada takiej cechy w genotypie, natomiast połowa tych dzieci może okazać się nosicielami (heterozygotami). Zachodzi tu również trudna sytuacja konieczności ujawnienia przez lekarza, wbrew zasadzie zachowania tajemnicy lekarskiej, stanu zdrowia współmałżonka. Może to stwarzać sytuację konfliktową w rodzinie.

Nie wydaje się jednak słuszne, a były takie próby, wprowadzenie do kodeksu prawnego przepisu o obowiązkowym przerywaniu ciąży w razie wykrycia u noworodka stanu zagrożenia blokiem metabolicznym. O sprawie tej zawsze winni decydować rodzice.

Wiążą się z tym następujące pytania. Czy nie lepiej rozwiązać sprawę w genetycznie stygmatyzowanych rodzinach posiadaniem dziecka na drodze adopcji? Czy dla dobra przyszłych pokoleń nie należałoby tworzyć pewnych sankcji w celu podniesienia w populacji odsetka osobników zdrowych i w pełni wydolnych? Czy można stale ponosić wysokie koszty nieograniczonej swobody w dysponowaniu składem populacji w sposób zaspokajający egoizm jednostek? Wszystkie te sprawy są warte szerokiej dyskusji, podobnie jak sprawy związane z inżynierią genetyczną i tzw. dyslokacją genów charakterologicznych, a więc sprawą ektogenezy i bioewolucji. Istnieje jednak obawa, że wszystkie przepisy liberalizujące procesy reprodukcji mogą być drogą do nadużyć i rozwoju systemów antyludzkich.

Operujemy dziś powszechnie takimi pojęciami, jak: inżynieria genetyczna czy bioinżynieria, maszyna biologiczna, kontrolowane mutacje genów, przełamanie kodu genetycznego, trening rybosomów, celowane hodowle mitochondriów, transmisja białek programujących, przeszczepianie metagonów (ustabilizowanych jednostek RNA). W konsekwencji może to stworzyć nowe egzekutywy moralne, nowe jakości życia. Tzw. rozwój sterowany jest wprawdzie muzyką odległej (ale niezbyt odległej) przyszłości, niemniej jednak rysuje się z całą wyrazistością. Karykaturalny wizerunek *homo biologicus* nadchodzącej epoki scharakteryzował znany biolog francuski Jean Rostand w sposób następujący: „Ja, *homo biologicus*, zostałem poczęty z nasienia wyselekcjonowanego i poddanego promieniowaniu

neutronowemu; moja płeć została z góry zdeterminowana. Po przeprowadzeniu sztucznej inseminacji rozwijałem się w łonie matki, która nie była moją matką. W okresie rozwoju zostałem poddany działaniu odpowiednich hormonów i DNA; korzystałem z terapii bodźcowej, która uwielokrotniła sprawność mojej kory mózgowej. Poprzez zastosowanie różnego typu przeszczepów tkankowych stymulowano mój rozwój umysłowy i nawet obecnie podtrzymują mnie one rok po roku, abym zachował moją sprawność intelektualną i fizyczną oraz pełny instynkt życia. Nie mam powodu być niezadowolony z mego ciała ani z mojej płci, ani wreszcie z formy mego bytowania, ale podsumowując to wszystko — kim ja właściwie jestem?”<sup>4</sup>. Czy człowiek tworząc tego typu hybrydyzację otwiera puszkę Pandory, czy tworzy odczłowieczone monstrum Frankensteina?

Problem przerywania ciąży z przyczyn społecznych na żądanie matki, tj. problem „dziecka niechcianego” stanowi przedmiot wieloletnich dyskusji. Dopuszczalność tego zabiegu wydaje się dziś sprawą na ogół akceptowaną, mimo zastrzeżeń, które wysuwają jego przeciwnicy, kierując się bądź względami moralnymi, bądź względami dotyczącymi uszkodzenia kobiety z przewidywaną w pewnym odsetku przypadków bezpłodnością (około 16% przypadków, choć połowa z nich poddaje się leczeniu). Należy wziąć pod uwagę fakt, że w krajach, w których istnieje prawny zakaz przerywania ciąży, zabieg ten — stosowany nielegalnie i poza placówkami służby zdrowia — prowadzi do dziesięciokrotnie wyższej umieralności kobiet z powodu przerwania ciąży. Uznając zabieg ten w zasadzie za szkodliwy dla zdrowia kobiety, służba zdrowia usiłuje zastąpić go szerszym stosowaniem antykoncepcji mechanicznej i hormonalnej. Sprawy te pozostają w związku z polityką pro- lub antynatalistyczną w poszczególnych krajach, które uruchamiają mechanizmy ekonomiczne oraz stosują motywacje makrospołeczne pozytywne lub negatywne.

Blisko tych zagadnień stoi sprawa sterylizacji mężczyzn i kobiet (z systemem premiowania w Indiach) lub ludobójcze wykorzystanie popieranych przez państwo (Uganda) technik antypopulacyjnych w państwach wielonarodowych, technik skierowanych przeciwko jednej narodowości.

W miejscu tym należałoby również przytoczyć wątpliwości moralne, wyłaniające się przy stosowaniu sztucznej inseminacji (problem dawcy i homologa) oraz zapłodnienia *in vitro*. Sprawy te są bardziej natury moralnej niż lekarskiej, wielu bowiem lekarzy zajmuje tu stanowisko bierne. Nie wydaje się to słuszne, lekarz musi tu bowiem przemawiać również językiem biologa, którym w rzeczywistości jest przecież, językiem „opiekuna populacji planetarnej”, której poziom zarówno fizyczny, jak moral-

---

<sup>4</sup> Cyt. za E. Wolfem, *Zmiany w rozwoju człowieka*, w: *Człowiek przyszłości*, Warszawa 1969, s. 30.

ny nie może mu być obcy, w przeciwnym wypadku tworzy się wizję „anty-świata etycznego” opartego na antyetyce biologicznej. Osobowość lekarza powinna więc mieć niezakłócony autorytet moralny i przygotowanie zawodowe. Płyną stąd sugestie dotyczące doboru przyszłej kadry lekarskiej o szczególnych, altruistycznych dyspozycjach psycho- i socjogenicznych i specjalnym przygotowaniu w okresie studiów: „gdy bowiem natura stawia opór — wszystko jest próżne” — jak powiedział słusznie Hipokrates. Rozwijając tę myśl dalej podaje on następujące cechy lekarza: wrodzona skromność, nabyta umiejętność, pilność, cierpliwość, wytrwałość, odpowiednie wychowanie. Lekarz winien objąć opieką całą osobowość człowieka. Wydaje się słuszny proponowany podział charakterologiczny lekarzy na tzw. „redukcjonistów”, którzy widzą jedynie chory narząd, i „egzystencjalistów”, obejmujących systemem opieki całą egzystencję człowieka — łącznie z jego warunkami ekologicznymi; lekarzy, którzy nie tracą z oczu perspektywy społecznej. Łączy się z tym w pewnym sensie pojęcie zdrowia i choroby, która nie jest jedynie „brakiem zdrowia” — a zdrowie nie jest „brakiem choroby” — jak chce tego definicja Światowej Organizacji Zdrowia. Zdrowie jest według mnie raczej zespołem cech fizycznych, psychicznych i społecznych, gwarantujących jednostce najwyższy z możliwych stopień przystosowania do środowiska. Dlatego też między chorobą a utratą przystosowania można by niemal postawić znak równości.

Pisze się często o kryzysie medycyny. Wydaje mi się, że sytuacją kryzysową nazwiemy każdą sytuację, która płynie z braku wewnętrznego przystosowania człowieka do środowiska, a której zapobiec nie potrafimy. To samo dotyczy spraw etyki. Nie ma tu kryzysu, a po prostu na skutek rozwoju społecznego i postępu naukowo-technicznego istnieje trudność dopasowania się do nowych rzeczywistości praktycznych. Dla lekarza świat ożywiony będzie zawsze stanowił zrzeszenie potencjalnych pacjentów — stąd słuszna wydaje się opinia doktora Matlakowskiego, chirurga i humanisty schyłku wieku XIX, autora dwóch dzieł nielekarskich: *Sztuka ludowa na Podhalu* i *Zdobnictwo ludowe na Podhalu*, który umierając na gruźlicę w Zakopanem pozostawił po sobie następujące credo: „Gdybym był zdrow lub czuł się lepiej, pisałbym podręcznik nie patologii, nie anatomii, lecz wykład postępowania lekarskiego, zbiór rad filozoficznych i dobrych, co wobec teraźniejszego kierunku medycyny bardzo by się przydało”.

Życzenie doktora Matlakowskiego miało się spełnić wydaniem *Etyki ogólnej* Władysława Biegańskiego w roku 1918 (Warszawa), jego sławnych *Aforyzmów* oraz dzieła Teodora Heina *Etyka lekarska i obowiązki lekarza (deontologia)* w roku 1917 (Warszawa). W roku 1931 ukazała się wreszcie w Warszawie cenna publikacja prof. Władysława Szenajcha: *Przy-*



*sięga i przykazania hipokratesowe.* Warto by może pomyśleć o metodach dalszej współpracy między etykami i lekarzami — zarówno w celu przedłużenia naszych obecnych kontaktów, jak również wydania wspólnego podręcznika etyki, w którym by wszystkie elementy uwspółcześnionej problematyki biologicznej, filozoficznej i moralno-prawnej mogły zyskać prawdziwy wyraz.

Na koniec parę zdań natury ogólnej. Staraliśmy się odnieść powyższe uwagi o etycznych ograniczeniach w rozwiązywaniu nowych problemów w medycynie, gdzie wagę odkryć bezcennych dla pokoleń przyszłych okupuje często jednostka konkretna i cierpiąca, do całości systemu etyki lekarskiej, tak by ukazać jej zgodność z najżywszymi ideałami humanizmu i postępu nauki. Staraliśmy się wykazać (być może w sposób niedostateczny), iż nie są to wartości sprzeczne i wszędzie tam, gdzie idzie o człowieka i zapewnienie mu najlepszych warunków biologicznego przetrwania, winniśmy nie szczędzić intelektualnego wysiłku i naszej sprawności naukowej. Etyka lekarska nie może dopuszczać jednak makiawelizmu, lekarz bowiem pracuje nie tylko dla człowieka, ale i na materiale ludzkim, wrażliwym i czułym na ból i cierpienie.

Miejmy to zawsze na uwadze.

Болеслав Гурницки

#### НОВЫЕ ПРОБЛЕМЫ ВРАЧЕБНОЙ ЭТИКИ

Замкнутость современного врача в кругу выборов, predeterminedенных традиционной гиппократовой этикой, угрожает потерей социального горизонта. Это особенно важно теперь, когда медицина стала не только средством оказания помощи страдающему недугу человеку, но также инструментом организации и оздоровления общественной жизни. Рост информации в медицинских науках и развитие так наз. социальной медицины поставил современного врача перед лицом трудноразрешимых проблем совести. Они находятся в центре нашего внимания: 1) врачебной эксперимент на человеке, 2) трансплантация и клиническая смерть, 3) эвтаназия, 4) аборт, 5) регуляция рождаемости в общественном масштабе, 6) ограничение способности к размножению лиц, не гарантирующих здорового потомства, 7) генетическая инженерия, 8) принудительное лечение в случаях, представляющих собой социальную угрозу, 9) элитарное и эгалитарное лечение, 10) врачебная тайна.

Богатство представленных здесь проблем, равно как и их огромная сложность не позволяют надеяться, что когда-либо удастся до конца определить формальные принципы врачебной этики. Не отказываясь от дискуссии и попыток возможно четкого определения отдельных норм, правил и критериев, — мы должны считаться с тем фактом, что некоторые, причем отнюдь не маловажные проблемы врачу всегда придется решать самому, в индивидуальном порядке, *ad casum*, за счет собственной совести.

## NEW PROBLEMS OF MEDICAL ETHICS

By limiting his interests to problems traditionally discussed by ethics of Hippocrates a contemporary physician runs the risk of getting out of touch with social problems. This is particularly important at the present when medicine does not only aim to bring help to people in pain but serves also as an instrument of the amelioration and reorganisation of social life. The increase of information accumulated by health sciences and the development of public health programs put the contemporary physician in a difficult position where he has to solve numerous problems by recourse to his conscience. Some of these problems constitute the principal subject matter of this article. They include: 1) medical experiments on human beings, 2) problems of organ transplants and clinical death, 3) euthanasia, 4) abortion, 5) demographic reproduction of the society, 6) enforced limitation of fertility on persons with high risk of producing deficient offspring, 7) genetic engineering, 8) enforced treatment of patients who constitute a social danger, 9) problems connected with models of elite and equalitarian treatment, 10) professional secrecy.

The variety of these problems and their complexity suggest that we should abandon all hope of having a formal system of medical ethics ever compiled. This may not excuse us for neglecting to try to give a more precise form to the rules, criteria and norms of medical ethics. But we should acknowledge the fact that certain problems, and by no means of little importance, will have to be solved by the doctor himself as he meets them and chooses the course of action that his conscience tells him to be right.