

# Rejnat, Eugeniusz

---

## Etyczne dylematy eksperymentów medycznych

---

Mazowieckie Studia Humanistyczne 3/2, 133-146

---

1997

Artykuł został zdigitalizowany i opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej [bazhum.muzhp.pl](http://bazhum.muzhp.pl), gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych oraz w kolekcji mazowieckich czasopism regionalnych [mazowsze.hist.pl](http://mazowsze.hist.pl).

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.

*Eugeniusz Rejnat*

## ETYCZNE DYLEMATY EKSPERYMENTÓW MEDYCZNYCH

### Uwagi wstępne

Pod koniec lat sześćdziesiątych naszego stulecia, w różnych częściach świata lekarze zaczęli przejawiać żywe zainteresowanie problemami etyki medycznej. To nowe zjawisko nie było reakcją na ściśle naukową postawę, charakteryzującą zwolenników krytycznej szkoły klinicznej, lecz stanowiło naturalną konsekwencję tej postawy. „Niektórzy z tych lekarzy zainteresowanych etyką medycyny sami byli entuzjastami badań klinicznych i to właśnie oni zdali sobie nieoczekiwanie sprawę, że postulat kontrolowanych prób klinicznych prowadzi do pojawienia się kwestii etycznych, które same przez się muszą stać się przedmiotem analizy”<sup>1</sup>. Twierdzi się, że wzrost zainteresowań badaniami klinicznymi i etyką medyczną doprowadził w 1964 r. do przyjęcia przez Światowe Stowarzyszenie Lekarskie Deklaracji helsińskiej<sup>2</sup>.

Jednym z powodów gwałtownego rozwoju zainteresowań badaniami klinicznymi i etyką medyczną była chęć zahamowania niczym nieograniczonego wprowadzania nowych technik leczniczych do praktyki medycznej.

Kontrolowane badania kliniczne zapobiegają wprowadzaniu nowych metod profilaktycznych, diagnostycznych i terapeutycznych, jeśli metody te wcale nie są lepsze (bardziej skuteczne), niż metody aktualnie znajdujące się w użyciu. Można stwierdzić, że kwestie etyczne miały o wiele mniejsze znaczenie wówczas, gdy lekarze niewiele mogli uczynić dla swoich pacjentów. Trudno je jednak lekceważyć w epoce transplantacji narządów, rozpoznawania wad wrodzonych płodu czy przedłużania życia nieuleczalnie chorego pacjenta. Długo trzeba było czekać, zanim lekarze zrozumieli, że praktyka kliniczna to nie tylko przy-

---

<sup>1</sup> H. R. Wulff, S. A. Pedersen, R. Rosenberg, *Filozofia medycyny. Wprowadzenie*, Warszawa 1993, s. 28.

<sup>2</sup> Deklaracja ta stwierdza, że w każdym eksperymencie leczniczym wszyscy chorzy (również grupa kontrolna) powinni otrzymywać najlepsze wypróbowane już leczenie i być poddani najlepszym wypróbowanym metodom diagnostycznym.

rodnicza nauka st o s o w a n a, lecz że wszelkie decyzje kliniczne odwołują się do sądów wartościujących.

Wzrost zainteresowania filozoficznymi podstawami myślenia medycznego nastąpił zwłaszcza w krajach anglosaskich. Ma ono również miejsce w krajach środkowo- i wschodnioeuropejskich. W międzyczasie powołano do życia czasopisma, poświęcone filozofii i etyce medycznej<sup>3</sup>. Coraz też częściej są organizowane konferencje, poświęcone etyce biomedycznej.

Pojawiają się też symptomy uniwersalistycznych ujęć medycyny. Przykłady takiego spojrzenia na medycynę można znaleźć także w naszym kraju. Mianowicie, w maju 1991 r. zostało zorganizowane Międzynarodowe Sympozjum nt. *Medycyna u progu XXI wieku. Uniwersalizm w kształceniu i kulturze medycznej*. Sympozjum zorganizowały Polska Akademia Medycyny i Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Lekarskiego. Owocem owego Sympozjum jest publikacja, wydana w 1994 r.<sup>4</sup> Dewizą uniwersalizmu medycznego jest: „Poznać odmienność innego człowieka i starać się go zrozumieć”<sup>5</sup>.

### etyczno-prawne granice eksperymentu medycznego

Bioetycy wychodzą z założenia, że etyka medyczna powinna opierać się na sformułowanej przez Sørensa Aabye’a Kierkegaarda i Immanuela Kanta koncepcji człowieka, jako istoty świadomej własnej tożsamości i obdarzonej wolną wolą. Względy utilitarne powinny ustąpić racjom poszanowania autonomii jednostki i sprawiedliwości społecznej. Tak też sądzą trzej autorzy angielscy: H. R. Wulff, S. A. Pedersen i R. Rosenberg<sup>6</sup>.

Granice etyczne doświadczeń medycznych, dokonywanych na ludziach wyznaczają ich motywy, cel bezpośredni, sposób przeprowadzenia, związane z nimi ryzyko i możliwości praktycznego wykorzystania ich wyników<sup>7</sup>.

Motywym może być wyłącznie chęć niesienia dobra jednostce i zbiorowości. Nigdy natomiast nie może nim się stać dążenie do niszczenia zdrowia i życia ludzkiego (np. w ramach wojen), zysk materialny, żądza sławy, myśl o karierze, zaspokojenie własnych planów i ambicji badawczych bez względu na dobro człowieka. Są to zresztą etyczne granice motywacyjne każdego działania i zabiegu lekarskiego. Ich ostrość nabiera szczególnego wyrazu, gdy lekarz podejmuje –

<sup>3</sup> Na przykład w Anglii wychodzą: „Journal of Medicine and Philosophy” i „Journal of Medical Ethics”.

<sup>4</sup> *Uniwersalizm i medycyna*, pod red. K. Imielińskiego, Warszawa 1992.

<sup>5</sup> *Ibidem*, s. 9.

<sup>6</sup> H. R. Wulff, S. A. Pedersen, R. Rosenberg, *op. cit.*, s. 230.

<sup>7</sup> M. Gamski, *Granice etyczne eksperymentu klinicznego*, w: *Refleksje nad etyką lekarską*, pod red. K. Osińskiej, Warszawa 1990, s. 74.

zawsze obciążony wielką odpowiedzialnością – eksperyment na człowieku.

Druga granica, również zgodna z zasadniczym powołaniem lekarza, to bezpośredni cel badań.

Eksperyment na człowieku – to takie działanie lekarza, czy zespołu odpowiednich specjalistów, które ma na celu sprawdzenie u ludzi zdrowych lub chorych przydatności jakiegoś nowego sposobu postępowania rozpoznawczego, leczniczego albo zapobiegawczego, a także próbę zdobycia przy tej sposobności nowych informacji z dziedziny fizjologii i patofizjologii. Cała ta działalność powinna się opierać na uznawanych w „świecie lekarskim”, zasadach etycznych i na najlepszym poziomie dotychczasowej wiedzy medycznej.

Sytuacja w tej dziedzinie staje się przy końcu XX w. coraz trudniejsza. W miarę wzrostu potęgi, agresywności i skuteczności badań naukowych rośnie odległość, jaka dzieli je od możliwości bezpiecznego wykorzystania ich dla rzeczywistego dobra człowieka, dla istotnej poprawy jakości jego życia. Na tym tle rodzą się coraz to nowe zagadnienia etyczne, ujawniają się nowe konflikty sumienia i rozsądku.

Podkreśla się, że każda grupa medyczna winna opierać się na wysiłkach odpowiednich badań podstawowych i na doświadczeniach, przeprowadzanych na zwierzętach, dających uzasadnioną nadzieję wykorzystania dla poprawy aktualnych możliwości pracy lekarskiej. W tym zakresie wszelkie wymogi racjonalne i etyczne muszą być zbieżne oraz harmonijnie zespolone. Zawsze jednak wzgląd na dobro człowieka winien górować nad pasją badawczą, prowadzącego doświadczenia. Można je wykonywać jedynie w placówkach medycznych, odpowiednio zorganizowanych i wyposażonych, przy współpracy potrzebnych specjalistów, mających odpowiednie „wykształcenie i wyrobienie etyczne”<sup>8</sup>.

Szczegółowy program badań medycznych winien określać ich cel, sposób przeprowadzenia, interpretacji wyników i określenia możliwości ich praktycznego wykorzystania. Program badań rozpatruje i opisuje specjalna komisja etyczna, dla oceny badań medycznych i wykonywanych na ludziach. W Polsce istnieją takie komisje w akademiach medycznych i w niezależnych od nich instytutach naukowych. Ponadto w Ministerstwie Zdrowia i Opieki Społecznej działa od 1982 r. Centralna Komisja Etyczna do Spraw Eksperymentów Klinicznych, koordynująca prace komisji obwodowych i rozpatrująca ewentualne odwołania od ich orzeczeń. Nowelizowana zaś przez Polskie Towarzystwo Lekarskie *Zbiory zasad etyczno-deontologicznych polskiego lekarza* określają ramowo warunki badań medycznych, dokonywanych na ludziach. Regulacje tego typu nie zwalniają prowadzącego badań od osobistej odpowiedzialności za ich zabieg.

Lekarzy polskich obowiązują międzynarodowe zalecenia, zawarte w kodeksie norymberskim, deklaracjach z: Genewy, Sydney, Helsinek, Tokio, Lugano

---

<sup>8</sup> *Ibidem*, s. 75.

oraz w *Międzynarodowym Kodeksie Etyki Lekarskiej*, przyjętym przez Zgromadzenie Międzynarodowego Stowarzyszenia Lekarzy w Londynie w 1979 r.<sup>9</sup>

Dokumenty te wskazują, że próby lekarskie wolno przeprowadzać jedynie u ochotników, dokładnie poinformowanych o celu, przebiegu i ewentualnym zysku badań. Potrzebna jest ich zgoda pisemna, wyrażona na specjalnych formularzach. W wypadkach, gdy nowy, nieznan dotychczas lek lub nowy sposób postępowania mogą uratować życie czy zdrowie chorego z ograniczoną świadomością lub dziecka, pisemną zgodę na próbę wyraża jego opiekun prawny i odpowiednia komisja etyczna. Nie wolno mianowicie dokonywać doświadczeń wyłącznie poznawczych na dzieciach, upośledzonych umysłowo, więźniach, jeńcach i osobach zależnych od wykonawców badań.

Ścisłość oceny skuteczności nowych środków i metod leczniczych wymaga badań porównawczych z osobami nie leczonymi. Lekarz ma obowiązek przezwyciężyć doświadczenie na każde żądanie badanego<sup>10</sup>.

W lekarskim świecie przyjęto zasadę, że każda operacja, wykonywana po raz pierwszy czy zastosowanie nowego leku jest na początku *eksperymentem*.

Genowefa Rejman stwierdza, że eksperymentom medycznym były poddawane najczęściej osoby, znajdujące się w trudnych, a czasem tragicznych sytuacjach czy warunkach, które liczyły przez to na poprawienie swojej egzystencji. Byli to przeważnie ludzie pozbawieni pracy, uwięzieni lub skazani na śmierć. Badania medyczne były prowadzone też na pacjentach pod pozorem leczenia, z czego oni nie zdawali sobie sprawy, ponosząc nawet koszty w formie honorariów za pomoc lekarską, która w rzeczywistości polegała na przedłużeniu choroby, w celu prowadzenia eksperymentów<sup>11</sup>. Najokrutniejsze jednak eksperymenty przeprowadzali hitlerowscy i japońscy lekarze w czasie II wojny światowej na jeńcach wojennych, więźniach lub osobach internowanych w obozach koncentracyjnych.

Katolicki bioetyk, Stefan Kornas, zauważa, że współczesne sposoby ingerowania medycznego stwarzają jednocześnie i szansę i zagrożenie dla osoby ludzkiej, zapowiadają głębokie zmiany w jej organizmie, być może nawet nieodwracalne. Muszą być zatem uznane za poważny problem etyczny. Oczekuje on na rozwiązanie ze strony moralistów i etyków, którzy są powołani do tego, by wnikać w zdarzenia i aktualne sytuacje charakteryzujące współczesnych ludzi, w ich historię, potrzeby i zadania<sup>12</sup>. Nic więc dziwnego, że eksperymentami interesuje się też i prawo karne<sup>13</sup>.

<sup>9</sup> *Ibidem*, s. 75.

<sup>10</sup> J. Bogusz, *Etyczne granice eksperymentu klinicznego*, „*Studia Philosophiae Christianae*” 1984, nr 2, s. 185–195.

<sup>11</sup> G. Rejman, *Odpowiedzialność karna lekarza*, Warszawa 1991, s. 241.

<sup>12</sup> S. Kornas, *Współczesne eksperymenty medyczne w ocenie etyki katolickiej*, Częstochowa 1986, s. 11.

<sup>13</sup> W. Wanatowska, W. Kulesza, *Odpowiedzialność prawna lekarza*, Warszawa 1988.

Przepisy prawa karnego określają warunki dopuszczalności eksperymentu, których spełnienie wyłącza odpowiedzialność karną lekarza w sytuacji, gdy eksperyment spowoduje niebezpieczeństwo dla życia i zdrowia człowieka, a także, gdy poddany eksperymentowi człowiek dozna uszczerbku na zdrowiu, a nawet poniesie śmierć<sup>14</sup>.

Eksperyment jest dozwolony, jeśli związane z nim ryzyko jest dopuszczalne według aktualnego stanu wiedzy. „Eksperymentujący lekarz powinien zatem zapoznać się z aktualnymi ustaleniami nauki dotyczącymi przedsięwziętego doświadczenia, by znaleźć odpowiedź na pytanie, czy postępowanie to rokuje osiągnięcie celów eksperymentu”<sup>15</sup>. Według obowiązującego prawa karnego w Polsce, prawdopodobieństwo korzyści powinno poważnie przekraczać prawdopodobieństwo szkody dla zdrowia pacjenta<sup>16</sup>.

Samo leczenie, stanowiące eksperyment powinno być przeprowadzone z zachowaniem zasad ostrożnego postępowania. Dopuszczalne ryzyko, związane z eksperymentem, nie tylko nie zwalnia lekarza z powinności zachowania zasad ostrożności, ale obliguje do ostrożności szczególnej, która pozwoliłaby ograniczyć do minimum bezpieczeństwo, lekarz powinien poinformować chorego, który ma zostać poddany leczeniu eksperymentalnemu, by uzyskać jego zgodę na eksperyment. Aby zgoda pacjenta miała znaczenie prawne, musi wynikać ze znajomości tego, co pacjent się godzi i obejmować dające się przewidzieć ujemne następstwa niepowodzenia leczenia eksperymentalnego. Zgoda taka może być cofnięta przez chorego w trakcie eksperymentu, a cofnięcie jej wiąże lekarza, obligując do przerwania eksperymentu.

Eksperyment powinien być przerywany – niezależnie od zgody pacjenta – jeśli lekarz stwierdzi, że jego postępowanie przestaje spełniać warunki prawnej dopuszczalności eksperymentu, w szczególności, gdy zagrożenie dla zdrowia i życia pacjenta staje się większe niż pierwotnie oceniano, a prawdopodobieństwo poprawy stanu jego zdrowia ulegnie istotnemu zmniejszeniu poniżej dopuszczalnej granicy<sup>17</sup>.

„Lekarz podejmujący leczenie nowatorskie lub dokonujący eksperymentu zarówno leczniczego, jak i badawczego, powinien przestrzegać norm etycznych. Normy te również muszą decydować o dopuszczalności postępowania z konkretnym chorym w sposób odbiegający od przyjętych powszechnie metod”<sup>18</sup>. Nad przestrzeganiem tych zasad przy dokonywaniu medycznych eksperymentów badawczych mają czuwać komisje terenowe oraz Komisja Nadzoru nad Doko-

---

<sup>14</sup> *Ibidem*, s. 34.

<sup>15</sup> *Ibidem*, s. 34.

<sup>16</sup> *Ibidem*, s. 35.

<sup>17</sup> *Ibidem*, s. 36.

<sup>18</sup> *Ibidem*, s. 37.

nywaniem Badań na Ludziach przy Radzie Naukowej MZiOS (powołana Zarządzeniem nr 13 MZiOS z 11 czerwca 1982 r.).

### **Eksperymenty medyczne w okresie międzywojennym i w obozach hitlerowskich**

O niedozwolonych eksperymentach medycznych w okresie międzywojennym raczej milczano, mimo że miały one miejsce w Turcji, USA, na Hawajach itp. „Istniała wokół tej sprawy jak gdyby zmowa milczenia”<sup>19</sup>. W tymże czasie dokonywano na więźniach następujących doświadczeń:

- 800 więźniów z trzech więzień amerykańskich w stanie Illinois zakażono sztucznie malarią, po zgłoszeniu się ich na ochotnika;
- dużą liczbą skazanych na śmierć w Turcji zakażono dudem plamistym;
- w Manili wykonano doświadczenia z osłabionymi szczepami zarazków dżumy na 900 przestępcach, skazanych na śmierć;
- na Hawajach zakażono trędem przestępcę, skazanego na śmierć, który wyraził na to zgodę; darowano mu karę śmierci, a zakażony zmarł dwa lata później;
- w USA wstrzyknięto 25 więźniom paciorkowce (po ich dobrowolnym zgłoszeniu się);
- w Manili badano działanie nowych leków na więźniach wypłacając im za to odpowiednie kwoty pieniężne;
- w Nowym Jorku badano skutki działania haszyszu na 77 więźniach;
- u 12 więźniów w USA wywołano pelagrę po przyrzeczeniu darowania im winy<sup>20</sup>.

„Potem przyszły eksperymenty dokonywane w obozach hitlerowskich, a następnie proces przeciwko lekarzom hitlerowskim, wśród których byli liczni profesorowie uniwersytetów III Rzeszy, oskarżonych o dokonywanie zbrodniczych eksperymentów na ludziach, w których lekarze ci pogwałcili podstawowe zasady etyki i deontologii lekarskiej”<sup>21</sup>.

Mimo że władze obozowe starały się utrzymać w tajemnicy prowadzone w wielu obozach pseudomedyczne eksperymenty, wieści o tym szybko się rozszły po obozach i wywołały lęk potencjalnych ofiar. Dochodziło do otwartych protestów ze strony więźniarek w Ravensbrück<sup>22</sup>.

Eksperymenty dotyczące różnych chorób i leków były dokonywane również w: Oświęcimiu, Dachau, Buchenwaldzie, Sachsenhausen, Natzweiler, Stutthofie.

O operacjach doświadczalnych na Polkach w Ravensbrück cenne wiadomo-

<sup>19</sup> J. Bogusz, *op. cit.*, s. 166.

<sup>20</sup> J. Bogusz, *Zasady deontologiczne związane z postępowaniem wiedzy lekarskiej*, w: *Etyka i deontologia lekarska*, pod red. T. Kielanowskiego, Warszawa 1985, s. 78.

<sup>21</sup> *Ibidem*, s. 78.

<sup>22</sup> K. Godorowski, *Psychologia i psychopatologia hitlerowskich obozów koncentracyjnych*, Warszawa 1985, s. 74.

ści przekazała Wanda Kiedrzyńska<sup>23</sup>. Zabiegi przeprowadzano na zdrowych, przeważnie zupełnie młodych Polkach, więźniarkach politycznych.

Do operacji doświadczalnych wybierano Polki, głównie z wrześniowego transportu lubelskiego oraz z Warszawy. Operowano kobiety skazane na karę śmierci. „Jedynie obywatelki polskie w pełni zdrowe, były używane do eksperymentów”<sup>24</sup>.

Według Z. Mączki pseudoeksperymenty medyczne w Ravensbrück można podzielić na dwie grupy: operacje mające na celu wywołanie zakażenia oraz operacje kostne, mięśniowe i nerwowe.

W operacjach pierwszej grupy wypróbowano zarazki ropotwórcze (najczęściej gronkowiec złocisty). Poza tym stosowano zarazek obrzędu złośliwego, zgorzeli gazowej i tężca. Ofiary „eksperymentów” dzielono na różne grupy, zależnie od dawki zarazków. Zarazki wprowadzano do rany, wywołując tym zakażenie. Następnie zakażone rany zszywano, co powodowało wielki ból. Kolejnym rodzajem zakażenia było wprowadzanie zarazka przez wstrzyknięcie go do mięśni łydki. Chodziło w tym przypadku o wypróbowanie nowych leków<sup>25</sup>.

Drugą grupę eksperymentów stanowiły operacje kostne, mięśniowe i nerwowe. Przeprowadzono trzy rodzaje operacji kostnych: łamanie i przeszczepianie kości oraz wióry kostne. „Łamanie kości trwało do trzech godzin. Łamanie dłutem i młotkiem kości podudzia po ich uprzednim operacyjnym odsłonięciu”<sup>26</sup>.

Operacje mięśniowe polegały na wycinaniu części mięśni uda i podudzia. Kobiety operowano kilkakrotnie, usuwając coraz większe odcinki mięśni, co powodowało ubytki i osłabienie kończyn.

Jeśli zaś idzie o eksperymenty niemieckie, dokonywane na więźniach – mężczyznach, to ks. Stanisław Olejnik podzielił je na pięć grup:

- aeronautyczne (próby obniżenia ciśnienia aż do śmierci i obniżania temperatury aż do zamrażnięcia);
- chemiczne (próby na działanie gazów bojowych, iperytu i fozgenu);
- toksyczne (próby na działanie trucizn, np. cyjanku potasu);
- chirurgiczne (operacje, zwłaszcza w zakresie systemu nerwowego i mięśniowego);
- infekcyjne (próby z zakażeniem tyfusu i malarią)<sup>27</sup>.

Stanisław Sterkowicz (autor monografii o eksperymentach niemieckich) wylicza następujące ich rodzaje:

- doświadczenia z dziedziny chorób zakaźnych;

---

<sup>23</sup> W. Kiedrzyńska, *Ravensbrück*, Warszawa 1961.

<sup>24</sup> *Ibidem*, s. 191.

<sup>25</sup> *Ibidem*, s. 214–215.

<sup>26</sup> *Ibidem*, s. 215.

<sup>27</sup> ks. S. Olejnik, *W odpowiedzi na dar i powołanie Boże. Zarys teologii moralnej*, Warszawa 1979, s. 544.



- doświadczenia z dziedziny gruźlicy;
- eksperymenty z zakresu problematyki rasowej (doświadczenia nad sterylizacją i kastracją za pomocą promieni rentgenowskich, badania antropologiczne, badania nad dziedzicznością);
- eksperymenty z zakresu medycyny wojennej (z gazami bojowymi, wodą morską, z fosgenem, z owrzodzeniami);
- eksperymenty terapeutyczne (odnowa mięśni, kości, przeszczepy kostne, ropowice);
- eksperymenty z zakresu żywienia (diety bezbiałkowe itp.);
- eksperymenty farmakologiczne;
- eksperymenty z zakresu chorób wątroby;
- badania nad chorobą głodową;
- eksperymenty z zakresu nowotworów złośliwych;
- eksperymenty w zakresie zabiegów operacyjnych – w siedmiu obozach<sup>28</sup>.

Lekarzom niemieckim wytoczono proces, w Norymberdze przed Amerykańskim Trybunałem Wojskowym (trwał on od 25 października 1946 r. do 20 sierpnia 1947 r.). Skazano wówczas 16 oskarżonych (w tym 7 profesorów uniwersytetu), z czego 7 (w tym 3 profesorów) na karę śmierci przez powieszenie; 5 (w tym 3 profesorów) na karę dożywotniego więzienia, 2 lekarzy na karę 20 lat więzienia, 2 na karę 15 i 10 lat więzienia. Siedmiu lekarzy zostało niewinnych<sup>29</sup>.

Uczeni amerykańscy poddali w czasie procesu w wątpliwość dobrowolną zgodę więźniów, na których przeprowadzano eksperymenty. Doszło też do poważnej różnicy zdań między biegłymi. „Podczas gdy prof. Andrew Convay Ivy z Chicago nie widział w tym niczego złego i odróżniał lekarza – terapeutę od lekarza – badacza, co jakoby miało przyznawać inne prerogatywy temu drugiemu, a w rezultacie równałoby się zniweczeniu podstaw zawodu lekarskiego, to biegły prof. Werner Leibbrand z Erlangen zasadniczo temu ujęciu się sprzeciwił”<sup>30</sup>.

W uzasadnieniu wyroku Amerykański Trybunał Wojskowy sformułował 10 zasad dopuszczalności eksperymentów na ludziach. Zasady te następnie zostały rozszerzone i uzupełnione w tzw. Deklaracji z Helsinek” w 1964 r. Uzupełniono je z kolei przez Amerykańskie Towarzystwo Lekarskie w 1966 r.<sup>31</sup>

Mimo tragicznych doświadczeń II wojny światowej, po jej zakończeniu nadal dokonywano, zwłaszcza w USA eksperymentów na ludziach (na dzieciach w zakładach dla upośledzonych, psychicznie chorych z zakładów psychiatrycznych, na więźniach). Wstrzykiwano psychicznie chorym komórki rakowe, powodowa-

<sup>28</sup> S. Sterkowicz, *Zbrodnie hitlerowskiej medycyny*, Warszawa 1990, s. 39–227.

<sup>29</sup> J. Bogusz, *Zasady deontologiczne związane z postępowaniem wiedzy lekarskiej (...)*, s. 79.

<sup>30</sup> *Ibidem*, s. 79.

<sup>31</sup> W 1968 r. uchwalono Deklarację z Sydney, zajmującą się definicją śmierci oraz próbą kodyfikacji zagadnień związanych z przeszczepianiem narządów. Deklaracja z Oslo z 1970 r. dotyczy terapeutycznych poronień.

no zakażenia wirusowym zapaleniem wątroby, wywoływano sztuczne wstrząsy hipoglikemiczne u zdrowych dzieci itp.<sup>32</sup>

### Problem chorób i terapii genetycznych

Niektórzy etycy posługują się terminem „bioetyka genetyczna” na oznaczenie badań genetycznych, embriologicznych i eugenicznych<sup>33</sup>. Jest to ta część bioetyki, która budzi najczęściej kontrowersji, ponieważ dotyczy możliwości manipulowaniem komórek rozrodczych roślin, zwierząt i ludzi (hodowla ulepszonych ras). Osiągnięcia genetyki<sup>34</sup> od czasów Gregora Johanna Mendla (1822–1884) – uczonego augustianina czeskiego i Francisa Galtona (1822–1911) – angielskiego lekarza i biologa, są już na takim poziomie rozwoju, że mogą być wykorzystywane do różnych celów. Genetyka uitorowała drogę inżynierii genetycznej, której błyskawiczne postępy datują się od lat pięćdziesiątych naszego stulecia<sup>35</sup>. Dzięki tym osiągnięciom możliwe było bliższe poznanie „chorób genetycznych” i wypracowanie ich terapii.

Choroby genetyczne trapią ludzkość od niepamiętnych czasów. Jest ich cała gama, od rozpowszechnionych, lecz nie powodujących śmierci, wad wrodzonych, takich jak: rozszczep podniebienia czy szpotawe stopy, aż do chorób fatalnych w skutkach – choroba Downa (idiotyizm), fenyloketonuria, choroby Tay-Sachsa, niedokrwistość sierpowatokrwinkowa, hemofilia, a nawet cukrzyca<sup>36</sup>.

Choroby genetyczne dzieli się na kilka grup, w zależności od tego, jak szybko doprowadzają do śmierci. Niektóre z nich zabijają niemowlę wkrótce po urodzeniu. Należą do nich galaktozemia czyli niemożność metabolizowania galak-

---

<sup>32</sup> K. Gibiński, *Etyczne aspekty badań biomedycznych u człowieka*, „Nauka Polska” 1979, nr 11–12, s. 43.

<sup>33</sup> ks. T. Ślipko, *Granice życia. Dylematy współczesnej bioetyki (...)*, s. 76.

<sup>34</sup> Termin „genetyka” został wprowadzony do nauk przyrodniczych w 1906 r.

<sup>35</sup> E. Kazimierska, *Równi, ale nie jednakowi. Wybrane zagadnienia z genetyki człowieka*, Warszawa 1988; H. Wiśniewski, *Genetyka*, Bydgoszcz 1993; Th. Dobzhansky, *Różnorodność i równość*, Warszawa 1979; W. Grajewski, P. Węgleński, *Inżynieria genetyczna*, Warszawa 1985; M. Arannz, *Genetyczna manipulacja człowieka przyszłości*, w: *Moralność chrześcijańska*, praca zbior., Poznań–Warszawa 1987, s. 325–339; Ch. Auerbach, *Genetyka*, Warszawa 1965; G. Aleksander, *Inżynieria genetyczna – dobrodziejstwo czy plaga*, „Ameryka” 1978, nr 203, s. 59–65; M. Fritzhand, *Etyczne aspekty współczesnej genetyki*, w: *Wartości a fakty*, Warszawa 1982, s. 249–293; I. T. Frołow, *Człowiek – genetyka – etyka*, „Studia Filozoficzne” 1976, nr 8, s. 59–73; L. S. Penrose, *Wstęp do genetyki człowieka*, Warszawa 1965; B. Rok, *Etyka czy biologia. Uwagi na marginesie inżynierii genetycznej*, „Człowiek i Światopogląd” 1984, nr 8, s. 74–86; C. Stern, *Podstawy genetyki człowieka*, Warszawa 1967; I. Wald, *Dylematy genetyki*, w: *Polityka a zdrowie*, pod red. M. Sokołowskiej, H. Hołówni, Warszawa 1978; R. Cooke, *Wyzwanie naturze*, Warszawa 1983.

<sup>36</sup> E. M. Kazimierska, *op. cit.*, s. 37–74.

toży czyli cukru zawartego w mleku. Ponieważ dietę dziecka stanowi przeważnie mleko, stan ten kończy się zwykle śmiercią po dwóch tygodniach od urodzenia. Natomiast choroba Tay-Sachsa prowadzi do poważnego opóźnienia rozwoju umysłowego, ślepoty, a następnie śmierci w wieku lat czterech. Następna choroba genetyczna – to talasemia czyli niedokrwistość śródziemnomorska, która powoduje śmierć w wieku lat dwudziestu. Jedną z chorób genetycznych jest płasawica Hantingtona, polegająca na zwyrodnieniu i rozkładzie mózgu. Objawy płasawicy pojawiają się zwykle po trzydziestym roku życia. W pewnych jednak przypadkach spotyka się je u dzieci oraz u ludzi w podeszłym wieku. Medycyna niestety nie zna żadnego sposobu leczenia tej jednostki chorobowej.

Podłoże genetyczne, dotąd nie zidentyfikowane, mają też takie choroby, jak: zwyrodnienie serca i naczyń krwionośnych, rozedma płuc oraz rak. Typowe dla tych chorób jest to, że z generalnym atakiem zwlekają do czasu, aż ich „ofiara” osiągnie wiek dojrzały.

Nie wszystkie przypadki chorób genetycznych muszą kończyć się tragicznie. Jeżeli diagnoza zostanie wcześniej postawiona, to wielu uszkodzeń organizmu noworodka można uniknąć, eliminując po prostu z jego diety pewne produkty żywnościowe.

W 1900 r. na 30 zmarłych niemowląt, jedno zejście śmiertelne było spowodowane zaburzeniami genetycznymi. Obecnie liczba ta wynosi: jeden na pięć przypadków śmiertelnych. Choroby genetyczne, w wyniku postępu, jaki dokonał się w medycynie, stały się po prostu bardziej widoczne<sup>37</sup>.

Genetycy doszli do wniosku, że wady dziedziczne można podzielić na trzy grupy. Pierwsza grupa – to wady, spowodowane nieprawidłową liczbą chromosomów lub ich wadliwym kształtem. Wady te prowadzą do powstania chorób typu idiotyzm. Do drugiej grupy należą wady, wywołane mutacjami pojedynczych, przekazywanych potomstwu genów (zaburzenia metaboliczne: fenyloketonuria i galaktezomia). Trzecia grupa to schorzenia chorób serca, rak, rozedma płuc.

Rozpoznanie chorób chromosomowych było wielkim wydarzeniem genetycznym. Liczbę chromosomów (46) w komórkach człowieka ustalili 1 1956 r. – J. H. Tijo i P. Levan<sup>38</sup>. Już trzy lata po tym fakcie opisano pierwsze anomalie chromosomowe. Jedną z nich był zespół Downa (mongolizm). W 1959 r. Lejeune ustalił, że polega ona na obecności dodatkowego chromosomu z 21 pary, tak że u osób dotkniętych tą chorobą liczba chromosomów wynosi 37. W kilka lat potem opisano zespoły Turnera, Klinefeltera i zespół związany z trisomią chromosomu X<sup>39</sup>.

Terapia genetyczna zajmuje się leczeniem wrodzonych ułomności za pomocą

<sup>37</sup> R. Cooke, *Wyzwanie naturze*, Warszawa 1983, s. 112.

<sup>38</sup> E. M. Kazimierska, *op. cit.*, s. 54. U człowieka w każdej komórce występuje 22 pary chromosomów autosomalnych oraz jedna para chromosomów płciowych „XX” u płci żeńskiej i „XY” u osobnika męskiego.

<sup>39</sup> Zespół Turnera – usztywnienie karku.

różnych metod. Współcześnie podejmowane różne sposoby terapii genetycznej, nie zawsze są oceniane pozytywnie w sensie moralnym. Wśród niebezpieczeństw w tym zakresie, naczelne miejsce zajmuje niemożliwość przewidywania wszystkich jej skutków dla pacjenta lub jego potomków.

Wiadomo, że większość dotychczasowych eksperymentów w terapii genetycznej jest dokonywana na bakteriach, przeszczepach, insektach, zwierzętach, a rzadziej na ludziach. Coraz częściej więc etycy wypowiadają swe oceny na temat różnych zabiegów z zakresu inżynierii genetycznej<sup>40</sup>. Etycy podpowiadają, że wśród teoretycznych rozwiązań terapii genetycznych niektóre zasługiwałyby na miano moralnego obowiązku, inne byłyby możliwe do wykorzystania, zależnie od sprzyjających okoliczności, a jeszcze inne byłyby przedsięwzięciem ryzykownym dla dalszych losów człowieka i jego gatunku.

Odpowiedzialność moralna genetyków ma wymiar medyczny i społeczny. Idzie o to, by uświadomić sobie, iż genetyka i inżynieria genetyczna mogą być przedmiotem ostrych kontrowersji. Dotyczy to m.in. problemu koloru skóry ludzkiej. Odpowiednie, rasistowskie manipulowanie wiedzą genetyczną, dotyczącą kolorów skóry miałyby różne konsekwencje społeczne. Może ono prowadzić poprzez odpowiednie krzyżowanie różnych ras, np. do rozjaśniania skóry ludności czarnej, bądź też do przyciemniania skóry ludności białej. Podobny sens posiada tzw. szowinizm płciowy, występujący w wielu regionach świata. Ingerencja genetyków miałyby polegać na zapewnieniu przewagi ilościowej, określonej płci – męskiej lub żeńskiej.

Odpowiedzialność etyczna genetyków wyrażać się może w podważaniu tendencyjnych interpretacji znaczenia społecznego, biologicznych cech ludzkich, dokonywanych przez polityków.

Wiedza genetyczna, a zwłaszcza jej praktyczne zastosowanie (inżynieria genetyczna) jest przejawem szczególnie intensywnego, sztucznego ingerowania człowieka w procesy. Ingerencja taka opiera się na domniemanym założeniu, że norma społeczna, wzór osobowości, ideał człowieka, z pewnych względów wysoko ceniony w społeczeństwie, byłby czymś bardziej wartościowym od normy naturalnej<sup>41</sup>.

Twierdzi się, że społeczeństwo zapatrzone w wybrane przez siebie cele i wartości, pragnęłoby niekiedy wyposażyć swoich członków w takie cechy osobowości, które tym celom i wartościom służyłyby możliwie najlepiej. Tak więc współczesne dążenia genetyków bliższe są temu, co społeczne i masowe, niż temu, co indywidualne i jednostkowe. W tym też sensie opierają się na odchyleniu od indywidualistycznie pojmowanych praw natury, ku treściom kształtowanym przez prawa stanowione.

---

<sup>40</sup> R. Tokarczyk, *op. cit.*, s. 51–66.

<sup>41</sup> *Ibidem*, s. 54.

Nieograniczone zabiegi genetyczne mogą doprowadzić do „totalnego” manipulowania jednostką ludzką. Tego typu ostrzeżenia formułują filozofowie i bioetycy, o różnych opcjach światopoglądowych. Między innymi należy do nich katolicki filozof z Salamanki – Marceliano Arranz<sup>42</sup> oraz ks. Hubert Dobiosch<sup>43</sup>.

Ewentualność genetycznego manipulowania losem ludzkim spotyka się z różnymi reakcjami. Pierwsza orientacja – judeochrześcijańska – ukazuje życie jako niezwykły dar boski, równie wspaniałe, co cudowne misterium. Wychodzi się tu z założenia, że ludzie obdarzeni cudownym dobrodziejstwem życia winni je strzec z najwyższą stanowczością, nie usiłując nawet odgrywać roli Boga. Według tej koncepcji, zabiegi genetyczne należałoby odrzucić. istnieje też w łonie owej koncepcji mniej kategoryczna interpretacja, która stara się wykazać, że Bóg wyposażył człowieka w wolną wolę i rozsądek po to, aby umiejętnie korygował patologie istniejącego porządku rzeczy. Zwolennicy tej orientacji są skłonni dopuszczać eksperymenty „inżynierów genetyki”.

Drugi nurt nawiązuje do świeckich teorii ewolucjonistycznych i ekologicznych. Przedstawiciele tego nurtu, opierając się na zasadzie „sama natura wie co najlepsze”, wyjaśniają, że wszelkie interwencje w procesy naturalne, nawet wyływające z najlepszych intencji, muszą prowadzić do niezgodnych z tymi intencjami skutków. W istocie, ortodoksyjni zwolennicy obu tych nurtów, w różny sposób, bronią tej samej wartości, tego co naturalne. „Odrzucając potrzebę rozwijania terapii genetycznej, uznawanej przez nich za przejaw tego, co sztuczne, pragnęliby odwrócenia eksperymentalnego kierunku myśli medycznej [...]. Mądrość moralna – podkreślają – musi zakładać akceptację niedoskonałości, wszak tylko wtedy pozostaje porównawczy grunt dla określenia doskonałości”<sup>44</sup>.

Uzasadnione chyba obawy rodzi tzw. technika „klonowania”. „Technika wykonania »klonowania« polega na tym, że wyjmuje się z jaja jego jądro i zastępuje kompletnym jądrem komórki somatycznej, tzn. posiadającej komplet chromosomów. Jeżeli potem uda się przeprowadzić to jajo przez normalny rozwój ontogenetyczny, wówczas organizm, który powstanie, będzie jednobiałkowym bliźniakiem organizmu, z którego pobrano jądro do zapłodnienia jaja. Informacja genetyczna nowego organizmu jest ściśle taka sama, jak dawcy jądra. I oczywiście, jeżeli będzie się dysponować wystarczającą ilością jajeczek, to można wykonać praktycznie nieograniczoną ilość »fotokopii« jednego tylko osobnika”<sup>45</sup>. Największy problem, jaki powstanie z metody „klonowania” będzie się odnosić do ludzi. Z dotychczasowych praktyk „klonowania” wynika wniosek, że w każdym wieku, jeśli będzie się dysponować jajami oraz sposobem ich in-

---

<sup>42</sup> M. Arranz, *op. cit.*

<sup>43</sup> Ks. H. Dobiosch, *Ingerencje genetyczne*, w: *Sztuczne zapłodnienie*, Opole 1991, s. 39–43.

<sup>44</sup> R. Tokarczyk, *op. cit.*, s. 58–59.

<sup>45</sup> M. Arranz, *op. cit.*, s. 332–333.

kubacji, będzie można mieć potomstwo, identyczne do siebie samego. Wystarczy po prostu zapłodnić te jaja jądrami własnych komórek somatycznych. „Ponadto będzie można – ku wielkiej radości zwolenników rasizmu – zapewnić czystość jednej rasy aż do skrajności przedtem nie oczekiwanej. Jasne, że od użytku takiej techniki jak »klonowanie«, zależeć będzie w znacznym stopniu przyszłość ludzkości”<sup>46</sup>.

Ks. H. Dobiosch przypomina stanowisko Jana Pawła II wobec ingerencji genetycznych. Akceptuje on jedynie ingerencję, dotyczącą komórek somatycznych, potępia zaś ingerencję, w zasób genetycznych komórek rozrodczych<sup>47</sup>. Według Jana Pawła II „Należy stanowczo zaniechać wszelkich manipulacji, których celem byłaby zmiana substancji genetycznej, zmierzająca do stworzenia nowych kategorii doskonalszych ludzi”<sup>48</sup>.

Zgodnie z poglądami bioetyków katolickich, mutację substancji dziedzicznej w komórkach rozrodczych mogłaby usprawiedliwiać jedynie wiedza o tym, co jest absolutnie dobre i właściwe dla pokoleń wszystkich czasów.

Etyce „klonowania” poświęcił swój artykuł Krzysztof Tittenbrun<sup>49</sup>. Sądzi on, że prawdopodobieństwo nadużyć, związanych z „klonowaniem” jest raczej nikłe i nie powinno wpłynąć na ocenę moralną tej techniki<sup>50</sup>. Nie jest to jednak opinia, poparta przekonującą argumentacją.

Są tacy już futurologi, którzy przewidują szansę realizacji super rasy ludzkiej „nadludzi” i rasy chimerycznej „podludzi” oraz przepowiadają katastroficzną wizję przejścia władzy nad genetykami przez polityków. Ostrzegają jednocześnie przed nieobliczalnymi skutkami takiej sytuacji. Jednym z takich futurologów jest V. Graaf, który zaproponował opracowanie „współczesnego indeksu wiedzy zakaźnej”, w którym znalazłaby się inżynieria genetyczna<sup>51</sup>. takim futurologiem jest też Amerykanin – Herman Kahn.

Po II wojnie światowej pojawiła się spora grupa uczonych: R. C. Tyron, Konrad Lorenz, J. P. Scott, L. Z. Fuller, Theodosius Dobzhansky, którzy wyrażają pogląd o decydującym znaczeniu dziedziczności w kształtowaniu się fizycznych, psychicznych i intelektualnych cech osobowości. Jednocześnie dostrzegają oni, jak bardzo trudne, prawie niemożliwe jest określenie w sposób precyzyjny wpływu dziedziczności oraz zakresu oddziaływania środowiska społecznego na ostateczny kształt osobowości dojrzałego człowieka. Już od momentu urodzenia człowieka, oba te czynniki przenikają się wzajemnie.

---

<sup>46</sup> *Ibidem*, s. 333.

<sup>47</sup> Ks. H. Dobiosch, *op. cit.*, s. 40–42.

<sup>48</sup> *Ibidem*, s. 43.

<sup>49</sup> K. Tittenbrun, *Etyka klonowania*, „Etyka”, t. 23, 1988, s. 133–148.

<sup>50</sup> *Ibidem*, s. 148.

<sup>51</sup> V. Graaf, *Homo futururus*, Warszawa 1975.

Genetyka łączy się z socjobiologią, biopolityką i bioprawoznawstwem. Socjologia bada i określa biologiczne podstawy społecznych zachowań się ludzi. Jej zainteresowania koncentrują się wokół wątpliwości, w jakim stopniu geny, utrwalone przez dobór naturalny, w długiej historii rodzaju ludzkiego determinują współczesne ludzkie działania. Biopolityka utrzymuje, że nie należy przeciwstawiać cech wrodzonych człowieka cechom nabywanym społecznie. Ukazuje także relacje między natywnizmem a rasizmem. Bioprawoznawstwo podejmuje natomiast, w świetle ustaleń genetycznych dyskutowane wciąż problemy odpowiedzialności, winy, kary, sprawiedliwości i uprawnień, zwłaszcza osób uznawanych w społeczeństwach za kryminalistów, zbrojców, upośledzonych umysłowo i chorych psychicznie. Niewątpliwą zdobyczą jest fakt, że genetycy dysponując umiejętnością określania cech przyszłego dziecka, już w okresie płodowym są w stanie ostrzegać przed ewentualnymi dramataми rodzinnymi i społecznymi.

Praktyczne wykorzystywanie wiedzy genetycznej, w formie tzw. doradztwa genetycznego, jest otoczone w niektórych krajach różnymi obwarowaniami etyczno-prawnymi. Mianowicie – kształtuje się zasada, że doradztwo takie nigdy nie powinno przybierać charakteru dyrektywnego dla pacjenta, chyba że jego choroba miałaby mieć poważne konsekwencje ujemne dla szerszych grup społecznych. Przeważa opinia, że lekarz winien mówić pacjentowi całą prawdę o stanie jego genów.