

Józef Bogusz

Etyczne granice eksperymentu klinicznego

Studia Philosophiae Christianae 20/2, 165-177

1984

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

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.

ETHICAL PROBLEMS IN THE SCIENCE OF NUTRITION

Summary

Science of nutrition as part of knowledge connected with biochemistry and human physiology as well with food production and technology and also with distribution of foods, in final effect concerns human health and life. In conclusion these are related with ethical values.

In the paper, attention was pointed out to the moral aspect of three points: evaluation of human needs for nutrients, measurement of consumption of food products, as well estimation of nutritive value of food.

JÓZEF BOGUSZ

ETYCZNE GRANICE EKSPERYMENTU KLINICZNEGO

Niezwykle ważne kamienie milowe w rozwoju nauk lekarskich stanowiły badania pośmiertne zwłok ludzkich oraz doświadczenia dokonywane na zwierzętach. Jednak w miarę postępu techniki badań, w szczególności w miarę rozwoju mikroskopii, biochemii, poznawania ultrastruktury itd., zaczęto rozumieć, że pozornie małe różnice makroskopowe narządów i układów w obrębie różnych gatunków istot żyjących napotykały wreszcie na takie granice, że dalsze stosowanie badań doświadczalnych na zwierzętach staje się bezużyteczne, albowiem tych granic przekroczyć one nie zdołają. Zrozumiano, iż między ustrojem ludzkim a ustrojem zwierzęcym, mimo daleko nieraz idącego podobieństwa i analogii, zachodzą jednak tak poważne różnice w infrastrukturze komórkowej, przemianie materii, działaniu hormonów itd., że nie da się bardzo często interpretacji wyników badań na zwierzętach przenieść na człowieka.

Dawno już stało się faktem, że tzw. nauki podstawowe teoretyczne, jak fizjologia, biochemia i farmakologia, opierające się dawniej wyłącznie na badaniach na zwierzętach, złączyły się, zintegrowały — jak mówimy — z naukami klinicznymi. Powstała fizjologia kliniczna, biochemia kliniczna, farmakologia kliniczna, także histopatologia opiera się coraz częściej na badaniach bioptycznych i cytologicznych a więc na materiale pobieranym z żyjącego człowieka.

Wielki postęp, jaki dokonał się m. in. w chirurgicznym leczeniu licznych niedostępnych dawniej temu leczeniu chorób,

stał się możliwy dzięki mądrym zastosowaniu zdobyczy fizjologii, patofizjologii, chemii i in. w chirurgii człowieka. Wystarczy wspomnieć o rozwoju chirurgii klatki piersiowej, serca i układu nerwowego, aby zdać sobie sprawę, jak dobroczynny wpływ miało oparcie się na wynikach badań doświadczalnych na zwierzętach, ale z drugiej strony także na ludziach. Każda wszakże operacja wykonana po raz pierwszy, czy zastosowanie każdego nowego leku jest na początku eksperymentem.

Zdając sobie przeto sprawę z tego, że jednym z warunków postępu nauki jest czynienie kroków w nowe, niezbadane dotąd dziedziny, zdajemy sobie jednocześnie sprawę z tego, że do ważnych warunków należą badania doświadczalne dokonywane — wobec niewystarczalności dokonywania tych badań na zwierzętach — także na ludziach. Nauki lekarskie nie mogą wyrzec się wprowadzania w odpowiednich przypadkach leczenia nowymi, niedostatecznie jeszcze wypróbowanymi lekami czy zabiegami. Podobnie nie mogą one wyrzec się całkowicie badań naukowych na ludziach, w przeciwnym bowiem razie mógłby zostać zahamowany postęp w zapobieganiu chorobom, w ich rozpoznawaniu i leczeniu.

Musi tutaj jednak natychmiast powstać pytanie: gdzie leży granica między uzasadnionym pod względem lekarskim odważnym krokiem w nieznaną a między szkodliwym eksperymentem na **człowieku**?

Tu zatem, w warunkach dopuszczalności dokonywania badań na ludziach, nie zaś w samym fakcie ich dokonywania, leży dzisiaj istota sprawy.

Gdy przyjrzymy się bliżej temu zagadnieniu, spostrzeżemy, że przed drugą wojną światową tylko bardzo niewiele pisano na ten temat, choć było wiadomo, że dokonywane były doświadczenia na ludziach zwłaszcza w Stanach Zjednoczonych Ameryki, i to często na więźniach. Istniała wokół tej sprawy jak gdyby zmowa milczenia.

Straszliwa prawda, jaka została ujawniona po zakończeniu drugiej wojny światowej o nieludzkich eksperymentach dokonywanych przez lekarzy hitlerowskich na bezbronnych więźniach obozów koncentracyjnych, postawiła to zagadnienie w szczególnie jaskrawym świetle.

Jak się okazuje na podstawie skąpego zresztą piśmiennictwa, przed wojną dokonywano między innymi następujących doświadczeń na więźniach:

1. 800 więźniów z 3 więzień amerykańskich w stanie Illinois

- zakazano sztucznie zimnicą (malarią) po zgłoszeniu się ich na ochotnika.
2. Dużą liczbę skazanych na śmierć w Turcji zakazano dudem plamistym. Nie było mowy w referacie o ich zgodzie.
 3. W Manili dokonano doświadczenia z osłabionymi szczepami dżumy na 900 przestępcach skazanych na śmierć. W referacie nie mówi się, czy odbyło się to po wyrażeniu zgody.
 4. Na Hawajach zakazano trądem przestępcę skazanego na śmierć, który wyraził na to zgodę. Karę śmierci darowano. Zakazony zmarł w 2 lata później na trąd.
 5. 25 więźniom w Ameryce wstrzyknięto paciorkowce (strep-tokoki) po dobrowolnym zgłoszeniu się.
 6. W Manili badano działanie nowych leków na więźniach za wynagrodzeniem.
 7. W Nowym Jorku badano działanie haszyszu na 77 więźniach.
 8. U 12 więźniów w Ameryce wywołano pelagrę po przyrzeczeniu darowania im kary.

Gdy dzisiaj rozważa się te doświadczenia, nie można oprzeć się uczuciu najgwałtowniejszego sprzeciwu zarówno ze względu na niebezpieczeństwo owych doświadczeń, jak też ze względu na to, że nie można mówić o zgodzie dobrowolnie wyrażonej przez skazanego.

Potem przyszły eksperymenty dokonywane w hitlerowskich obozach, a potem proces przeciwko lekarzom hitlerowskim, wśród których byli liczni profesorowie uniwersytetów III Rzeszy oskarżeni o dokonywanie zbrodniczych eksperymentów na ludziach, w których lekarze ci pogwałcili i zdeptali podstawowe zasady etyki i deontologii lekarskiej. Proces toczył się w Norymberdze przed Amerykańskim Trybunałem Wojskowym nr 1 od 25 października 1946 r. i zakończył się wyrokiem w dniach 19—20 sierpnia 1947 r., na podstawie którego skazanych zostało 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, 1 profesor na karę 15 lat i 1 lekarz na karę 10 lat więzienia. 7 lekarzy zostało uniewinnionych.

W związku z tym warto przypomnieć, że obrońcy oskarżonych, w szczególności prof. Karla Brandta, prof. Gerharda Rogo, prof. Joachima Mrugowsky'ego i dra Becker-Preysenga

zebrali materiał przedstawiający doświadczenia dokonywane głównie przez badaczy amerykańskich na więźniach, poddając przy tym w wątpliwość dobrowolną zgodę tych skazanych więźniów. Prof. Hans Luxemburger i dr Erich Halbach przedstawili referat pt. *Doświadczenia na ludziach w literaturze światowej* oparty na 54 pracach naukowych. W czasie procesu doszło do poważnej różnicy zdań między biegłymi. Podczas gdy prof. Andrew-Conway Ivy z Chicago nie widział w tym niczego złego i odróżniał lekarza-terapeutę od lekarza-badacza, co jakoby miało przyznawać inne prerogatywy i uprawnienia temu drugiemu, a w rezultacie równałoby się zniweczeniu podstaw zawodu lekarskiego, to biegły prof. Werner Leibbrand z Erlangen zasadniczo temu ujęciu się sprzeciwiał.

W uzasadnieniu wyroku Amerykański Trybunał Wojskowy nr 1 sformułował 10 zasad dopuszczalności doświadczeń na ludziach. Ten tzw. kodeks norymberski albo dekalog norymberski był w owym czasie dziełem znakomitym. Później staje się jasne, że mimo swej celności jest to dzieło niewystarczające. W szczególności niewystarczający okazał się brak wyraźnego podziału na eksperymenty lecznicze (terapeutyczne) i eksperymenty naukowo-badawcze, podejmowane nie w celu leczenia danego człowieka, ale w celu zdobycia nowych wiadomości naukowych czy ich rozszerzenia, dla których to eksperymentów niektórzy stosują mylący termin eksperymentu biologicznego. Po wtóre kodeks norymberski powstał w odniesieniu do takich eksperymentów, które *a priori* w niespotykany sposób gwałciły najbardziej podstawowe zasady etyki i deontologii lekarskiej.

Dlatego Światowe Stowarzyszenie Lekarzy rozszerzyło i uzupełniło te zasady w *Deklaracji z Helsinek* w 1964 r. *Deklaracja z Helsinek* nie jest wystarczająca, jest mało precyzyjna, a niektóre sformułowania są sporne. Uzupełnienia dokonane w Tokio w 1975 r. znacznie poprawiły ją, ale też nie są wystarczające.

Mimo okropnych doświadczeń drugiej wojny światowej, mimo wysiłków i prób skodyfikowania warunków dopuszczalności dokonywania doświadczeń na ludziach, wiadomo z piśmiennictwa, iż nadal dokonywano na ludziach eksperymentów niedopuszczalnych. Ale też coraz częściej podnoszą się w świecie nauki głosy przeciwko temu. Nie zawahałbym się powiedzieć, że „furia naukowa” niektórych lekarzy wymknęła się spod wszelkiego nadzoru. Zwłaszcza eksperymentowanie na dzieciach w zakładach dla dzieci, dalej na psychicznie cho-

rych stosowano szerokie drenowanie jamy otrzewnej, po czym niekontrolowane. Podajmy niektóre tylko przykłady:

1. Dwaj lekarze w USA wstrzyknęli psychicznie chorym komórki rakowe. Zostali oni wprawdzie później dyscyplinarnie ukarani, ale nie przeszkadzało to, że natychmiast po wyroku jeden z nich został wybrany przewodniczącym Towarzystwa Walki z Rakiem.

2. W przypadku czerniaka (melanoblastoma) u dziecka przeszczepiono ten guz matce, za jej zgodą, aby uzyskać, być może, ciała odpornościowe. To założenie było bardziej teoretyczne niż praktyczne, bo dziecko było wówczas już w bardzo ciężkim stanie i zmarło już następnego dnia po zabiegu. Ale implantat został wycięty dopiero po 24 dniach. Matka zmarła z powodu przerzutów czerniaka.

3. W zakładach dla dzieci i psychicznie chorych sprowadzano u chorych zakażenie żółtaczką wirusową, aby badać działanie szczepionek przeciwko tej chorobie przez podanie wyciągu z kału chorego na *hepatitis viralis*.

Można by mnożyć przykłady, w których badania prowadzone na ludziach były albo wyraźnie sprzeczne z zasadami etyki, albo co najmniej pod względem zgodności z zasadami etyki wątpliwe. Wiele przykładów podał w piśmiennictwie amerykańskim Henry K. Beecher znakomity profesor anestezjologii w Harvard Medical School at the Massachusetts General Hospital w Bostonie, wielki przyjaciel Polski i Polaków, który tym zagadnieniem zajmował się przez wiele lat i znane są jego publikacje zwłaszcza z 1966 r. Wiele przykładów zaczerpniętych z piśmiennictwa amerykańskiego można przytoczyć także za miesięcznikiem referatowym *Zentralblatt für die gesamte Rechtsmedizin* z RFN oraz za książką Paula Ramsey'a z Bostonu *The Patient as Person* z 1970 r. Beecher podkreśla, że w USA po drugiej wojnie światowej wraz ze wzrostem używania pacjentów jako przedmiotów eksperymentów wysunęły się trudne problemy, gdy stało się jasne, że tych pacjentów nie można było użyć do tego celu, gdyby zdawali sobie oni sprawę z tego, do jakiego celu mają być użyci. Okazało się na podstawie prac Beechera i innych, że w USA nie tylko nie dość wyraźnie wyjaśniano chorym ryzyko eksperymentu (chodziło tu o badania nie mające na celu leczenia danego chorego, lecz zdobycie nowych wiadomości naukowych), ale wielu pacjentów w ogóle nie wiedziało, że stali się przedmiotem eksperymentu, chociaż bywały nawet poważne bezpośrednie następstwa. W sposób niefrasobli-

wy i beztroski niektórzy badacze owiani płomienną żądzą zdobywania wiadomości naukowych, a raczej „furią naukową”, opierali się na zdaniu, że zwrócenie uwagi na obowiązek uzyskania zgody, które musi być oczywiście poprzedzone pełnym poinformowaniem, zahamuje postęp.

Te trudne i drażliwe zagadnienia, dotyczące wielu najwyższej nawet stojących zakładów naukowych, stały się ostatecznie tak bardzo niepokojące, że znalazły wyraz w coraz częstszych publikacjach naukowych i książkowych, które występowały przeciwko dokonywaniu doświadczeń wątpliwych pod względem etycznym.

Szczególnie wiele zastrzeżeń i niepokojów zaczęły wzbudzać badania podejmowane na dzieciach i psychicznie chorych, leczonych w zakładach leczniczych.

A jak przedstawia się sprawa u nas? Nie mamy, bo nie możemy mieć w obecnym układzie na razie szczegółowych danych z całego kraju. Niemniej jednak są dowody na to, że były i są nadal u nas podejmowane badania na ludziach pozostające w sprzeczności z warunkami dopuszczalności ich dokonywania albo też co najmniej wątpliwe pod względem etycznym. Nie ma na kuli ziemskiej takiego kraju, który byłby *a priori* immunizowany przeciw takim wykroczeniom. Podajmy znowu niektóre przykłady:

1. Wielokrotnie wstrzykiwano ciężarnym, które przeszły poronienie, mieszaninę krwi własnej z krwią męża, co miałoby — wedle swobodnej fantazji badającego — zapobiec poronieniom i chorobie hemolitycznej noworodków, wbrew zresztą zarządzeniu ministra zdrowia i opieki społecznej zakazującemu uodpornianie kobiet w ciąży oraz wbrew założeniom wynikającym ze współczesnego stanu nauki w zakresie serologii. Doświadczenia te nosiły ryzyko zagrożenia zarówno matki, jak i dziecka.

2. Wywoływano sztucznie wstrząsy hipoglikemiczne u zdrowych dzieci, a nawet u niemowląt, dla prowadzenia różnych badań.

3. Badano wody płodowe uzyskiwane przez nakłucie ciężarnej macicy bez właściwego poinformowania ciężarnej o związanym z tym ryzykiem, jak krwawienie, odczyn ze strony otrzewnej czy uszkodzenie płodu, co zresztą miało się już wydarzyć. (Chodziło o uszkodzenie gałki ocznej płodu igłą punkcyjną).

Nie ustrzegli się niestety też niektórzy nasi chirurdzy od udziału w takich badaniach. Oto np.

4. U jednej grupy chorych operowanych z powodu zgorzeli-
nowego zapalenia wyrostka robaczkowego zeszywano powłoki,
pozostawiając tylko drenik podskórny, u drugiej grupy cho-
rych stosowano szerokie drenowanie jamy otrzewnej, po czym
po kilku dniach, po uspokojeniu się zakażenia szew powłok
odroczony, wysoki odsetek chorych pierwszej grupy wykazy-
wał bardzo ciężki przebieg i zropienie powłok, a nawet bar-
dzo groźny przebieg zapalenia otrzewnej. Praca oparta na
tych operacjach miała wykazać konieczność stosowania głą-
bokiego i szerokiego drenowania w przypadkach zgorzeli-
nowego zapalenia wyrostka robaczkowego. Tymczasem wszakże
dawno już było wiadomo, że w zgorzelinowym zapaleniu wy-
rostka robaczkowego niezbędne jest głębokie drenowanie ja-
my otrzewnej z częściowym tylko zeszcieniem powłok brzusz-
nych, a to z uwagi na udział groźnych beztlenowców w zaka-
żeniu jamy otrzewnej i powłok. Były także polskie prace na
ten temat jeszcze w okresie przed drugą wojną światową.
Stosowanie w tych przypadkach jedynie podskórnego dreno-
wania po to, aby wykazać to, co dawno było wiadomo, a mia-
nowicie, że sprowadza ono wysokie ryzyko wystąpienia naj-
cięższych powikłań, nie powinno być w ogóle wykony-
wane.

5. W ostatnich latach dało się spostrzec wykonywanie nie-
kiedy poważnych operacji bez dostatecznie krytycznie roz-
ważonych wskazań operacyjnych, w celu możliwie szybkiego
zgrupowania większego „materiału chorych”. Ta pochopność
w podejmowaniu poważnych operacji w celu uzyskania odpo-
wiedniej liczby operowanych stoi na granicy niedopuszczal-
nego eksperymentu.

Jeśli zostały przytoczone wyżej przykłady, to nie zostało
to uczynione w celu potępienia poszczególnych badaczy, ale
w celu wskazania, iż zagadnienie mogłoby także i w naszym
kraju przybrać niepokojące rozmiary i nadszedł najwyższy
czas, aby podjąć wysiłki dla uporządkowania tych spraw. Na-
leży bowiem zdać sobie sprawę z tego, że także nasi badacze,
jak zresztą w całym świecie, bywają niekiedy owładnięci rze-
komym świętym ogniem naukowym i jeśli tę sprawę pozosta-
wiłoby się swojemu biegowi, będą co jakiś czas występować
wypadki o charakterze pożarów.

Są tutaj trzy drogi postępowania:

1. Zakazać całkowicie dokonywania badań na ludziach. Nie
jest możliwe pójście tą drogą, albowiem byłaby ona wstecz-
na; hamowałaby postęp nauki.

2. Nie można być również zdania, że nic się nie dzieje i nie ma o czym mówić, gdyż dzieje się wiele zarówno za granicą, jak i u nas i przy pozostawieniu sprawy swemu niekontrolowanemu biegowi będzie dziać się coraz więcej.

3. Pozostaje jako słuszna i jedyna droga: określenie warunków dopuszczalności dokonywania badań na ludziach.

Jest to niełatwe zadanie. Chodzi wszakże o to, aby lekarze podejmujący badania na ludziach zdawali sobie w pełni sprawę z ciężących na nich szczególnych odpowiedzialności, z drugiej strony aby nie zabrakło im chęci i ochoty do przyjęcia na siebie tych odpowiedzialności w toku poszukiwania nowych metod postępowania, które mogłyby przynieść poszczególnym chorym poprawę ich stanu lub wyleczenie, a szerokiemu ogółowi nowe sposoby zapobiegania i leczenia chorób.

Chodzi o utrzymanie równowagi z jednej strony między ochroną człowieka i ochroną jego praw, z drugiej strony między badaniami naukowymi tak, aby niepotrzebnie nie zahamować postępu medycyny, jak to formułują Szwajcarzy.

Nie jest wskazane ujawnianie tego już dzisiaj w ramy sztywnych przepisów prawnych czy ustawowych. To będzie mogło, oczywiście w razie potrzeby, nastąpić, ale dopiero później, gdy zarówno nauka jak i praktyka wykażą słuszność lekarskich sformułowań. Pochopne bowiem ujmowanie w sztywne ramy przepisów prawnych mogłoby sprowadzić rozmijanie się przepisów z rzeczywistością tak, iż przepisy musiałyby być albo omijane, albo rychło zmienione. I jedno i drugie byłoby niekorzystne. Słuszne natomiast jest sformułowanie warunków dopuszczalności dokonywania badań na ludziach w lekarskich zasadach deontologicznych. One to, nie mając wprawdzie charakteru przepisów prawnych, mają mimo to dostateczną moc wiążącą, a w razie potrzeby mogą być daleko łatwiej uzupełnione czy zmienione, aniżeli normy prawne.

Najpierw określenie pojęcia eksperymentu lekarskiego. Zastosowanie nowej metody rozpoznawczej, leczniczej lub zapobiegawczej albo nowego leku dotąd w praktyce nie sprawdzonych lub będących w okresie prób, może mieć dwojaki charakter:

a) jako próba zastosowania nowej metody albo nowego leku w celu poprawienia zdrowia lub ratowania życia pojedynczego chorego,

b) jako próba zastosowania nowej metody lub nowego leku w celu zdobycia wiadomości naukowych niezbędnych do roz-

wistości status bytów przypadłościowych. Zestawienie tych dwu płaszczyzn bardzo wyraźnie uwidacznia charakter realizmu Tomaszowego i wyznacza w swoisty sposób optykę filozofowania w nurcie tomistycznym do dziś.

Rozważania Tomasza, przebiegające między dwoma wyżej wspomnianymi „piętami” bytu, bez przerwy nieomal napotykały problem stosunku między jednostkowością (szczegółowością) rzeczy realnych a ogólnością pojęciowej wiedzy o nich. Problem ten domaga się skrupulatnej terminologicznie i konsekwentnej względem teorii bytu filozofii poznania. W czasie, gdy Alkwinata redagował omawiane tu opusculum, głośna już była teoria Awerroesa o jednym dla wszystkich ludzi intelekcie ogólnym, teoria będąca swoistą dewiacją filozoficzną powstałą wskutek nie dość ostrożnej epistemologii. Ten kontekst w *De ente* nie zawiera podobnych niebezpieczeństw. Kierunki analiz Tomasza zapowiadają filozofię poznania i stanowiącą jej podstawę filozofię człowieka rozwiniętą w obydwu *Summach*, a w szczególności obejmującą m.in. teorię intelektu czynnego i *via cogitationis*.

Trzecim obszarem o specjalnej doniosłości dla filozofii tomistycznej wytyczonym przez treść *O bycie i istocie* jest egzystencjalny obszar bytu. Odkryciem naczelnego złożenia bytowego (istota-istnienie), relewantnego ontologicznie z arystotelesowską teorią możliwości i aktu, Tomasz zrewolucjonizował filozofię bytu. Głęboka analiza ontyczna rzeczywistości przeprowadzana przez niego na tle płaszczyzny odniesienia, którą stanowi teoria Absolutu i która w sposób ostateczny uzasadnia wymiar egzystencjalny bytu, pozwala wyjaśnić m.in. takie szczegółowe problemy postawione w dziełku jak charakter i struktura substancji niematerialnych czy ich różnorodność. Sedno przewrotu w metafizyce polega jednak na tym, że począwszy od *De ente et essentia* filozofia bytu jest w stanie wyjaśnić koherentnie problematykę przygodności. Na gruncie systemu Arystotelesa nie dało się wprowadzić przygodności do bytu świata; Tomasz idąc za Awicenną uczynił tutaj ogromny krok. Właściwie dopiero wiek XX dokonał w dziedzinie metafizyki eksploracji i prawidłowej oceny tego osiągnięcia myśli Tomaszowej.

Układ opusculum oddaje w pewien sposób owo przechodzenie od perspektywy Arystotelesa do planu egzystencjalnej filozofii bytu. *De ente* składa się z sześciu nierównych objętościowo rozdziałów. Pierwszy sygnalizuje problematykę dziełka: dokonuje rozróżnienia kategorii i porządków bytowych; wprowadza podstawowe aspekty i złożenia bytu (substancja-przypadłość, istota-*quidditas*-*natura* itd.); określa supozycję językową bytu w odróżnieniu od supozycji rzeczowo-konkretnej.

Rozdział II zawiera analizę subsumpcyjną członów definicyjnych, przy czym od razu uderza inne w stosunku do współczesnego, mnogościowego rozumienie badań logicznych w scholastyce Tomasza. Analizy logiczne mają tu zawsze odniesienie do sfery bytowej: są analizami logiczno-ontologicznymi; kluczem do specyfiki tych badań jest pojęcie signifikacji — nieredukowalne do współczesnych kategorii semiotycznych znaczenia, oznaczenia, konotacji, denotacji lub tp. Rozdział ten jednakowoż jest wyraźnie arystotelesowski. Słusznie zauważa współczesny twórca tomu M. A. Krapiec: „Cały rozdział drugi w stosunku do rozumienia Stagiryty nie wnosi zasadniczo nowych perspektyw, a tylko niektóre nowe doprecyzowania” (s. 121).

Rozdział III, przy okazji badania stosunku do rodzaju gatunku

dziach w *Zbiorze zasad*, a więc oprócz deklaracji, niezbędne jest powołanie organu, którego zadaniem byłoby weryfikowanie, aprobowanie założeń, programów i planów badań mających być prowadzonymi na ludziach przed ich rozpoczęciem pod kątem widzenia ich sensowności, zasadności i zgodności z warunkami dopuszczalności względnie niezaaprobowanie ich.

Wypowiadali się na ten temat u nas profesorowie Kornel Gibiński, Jan Kostrzewski i Jan Nielubowicz na wspólnym posiedzeniu Komitetu Terapii Doświadczalnej i Komitetu Patofizjologii Klinicznej PAN w dniu 2 VI 1977 r. pod hasłem *Od eksperymentów na zwierzęciu do badań u człowieka (Nauka Polska 1977, nr 11—12)*. W swych referatach wysunęli oni m.in. postulat utworzenia systemu kontroli na wzór niektórych innych krajów, w których takie systemy już działają. Prof. Gibiński podał nawet dość szczegółowy projekt utworzenia dwustopniowego organu nadzorującego, a prof. Kostrzewski wskazał na konieczność opracowania szczegółowych wymagań, których spełnienie byłoby warunkiem zastosowania nowych szczepionek u ludzi. Słusznie wskazał on również na to, że uczestniczenie w tych pracach na terenie międzynarodowym jest niezmiernie ważne, niemniej jednak należy te sprawy rozwiązać we własnym kraju.

Słuszne wydaje się ustanowienie dwustopniowego organu kontrolnego: Komisja Generalna czuwałaby nad całokształtem zagadnienia, powoływałaby członków komisji terenowych, sprawowałaby nadzór nad działalnością tych komisji, stanowiłaby także komisję odwoławczą od rozstrzygnięć komisji terenowych. W skład komisji centralnej wchodziłyby osoby cieszące się zaufaniem, o dużym autorytecie moralnym i doświadczeniu, oprócz przedstawicieli medycyny także przedstawiciele prawa, Polskiego Czerwonego Krzyża jako masowej organizacji społecznej, prasy i in.

Na terenie akademii medycznych działałyby komisje terenowe, powoływane i podlegające Komisji Centralnej. Zadaniem komisji terenowych byłaby analiza celowości podjęcia zgłoszonych badań na ludziach, ich założeń, programu i zgodności z warunkami dopuszczalności ich dokonywania, opiniowanie przy ewentualnym finansowaniu tych badań itd. Żadne badanie na ludziach nie może zostać podjęte bez aprobaty tej komisji.

Czasopisma lekarskie będą mogły publikować jedynie te prace oparte na badaniach na ludziach, które uzyskały aprobatę komisji terenowej lub centralnej.

W ten sposób sprecyzowanie w *Zbiorze zasad etyczno-deontologicznych polskiego lekarza* ogólnych warunków dopuszczalności dokonywania na ludziach badań niezbędnych dla postępu nauk medycznych oraz powołanie Komisji Etycznej jako organu kontrolnego, który nadzorowałby każdorazowo i bieżąco podjęcie i prowadzenie tych badań, mogą stanowić rękojmię, że przebieg tych badań będzie odbywał się prawidłowo i z pełnym poczuciem odpowiedzialności, a społeczeństwo może mieć pewność i zaufanie, że nie zostaną przekroczone warunki dopuszczalności tych badań.

Mógłby wreszcie ktoś wysunąć pytanie: czy można przejąć moralną odpowiedzialność za zasadnicze zaaprobowanie w naszym kraju prowadzenia badań na ludziach, skoro tak żywa i bolesna jest w naszym społeczeństwie pamięć o hitlerowskich okrucieństwach? Jako odpowiedź może posłużyć to, iż nadużycie doświadczeń na ludziach i dokonywanie ich z pogwałceniem podstawowych zasad etyki lekarskiej przez hitlerowskich lekarzy nie może być argumentem przeciwko dokonywaniu badań na ludziach w ogólności, podobnie jak fakt, że wyniszczająca praca, do której zmuszano więźniów w obozach koncentracyjnych i która to praca często sprowadzała ich śmierć, nie może być wszakże argumentem przeciwko pracy w ogólności. Utwierdza nas w słuszności stanowiska także okoliczność, iż to my właśnie służymy dokumentowaniu zbrodniczych doświadczeń hitlerowskich i dbamy o utrzymanie o nich żywej pamięci m. in. w *Przeglądzie Lekarskim* w cyklu *Oświęcim w Okupacji i Medycynie* oraz to, że właśnie tylko przez ścisłe i surowe określenie warunków dopuszczalności tych badań można zapobiec niekontrolowanemu i opaczemu ich rozwojowi.

W całym świecie toczy się dyskusja nad tym zagadnieniem Uchylić go nie zdoła się i jest to chyba jakaś zasługa naszego kraju, że w sposób postępowy, ale jednocześnie możliwie ścisły i surowy określone zostały warunki dopuszczalności badań na ludziach.

Po dłuższych staraniach została u nas powołana Komisja Etyczna do Spraw Eksperymentów Klinicznych.

PIŚMIENNICTWO

1. Beecher H. K., *Ethics and Clinical Research*, New Engl. J. Med. 1966, 1354.
2. Beecher H. K., *Consent in Clinical Experimentation*, Myth and Reality, J. A. M. A. 1966, 195, 34.

3. Bogusz J., „Używać pacjentów”, *Polityka* nr 4, 27 I 1979.
4. Bogusz J., *Dokonywanie badań na ludziach*, w: *Wybrane zagadnienia z etyki i deontologii lekarskiej*, Warszawa 1980, 66—73.
5. Bogusz J., *Experimente am Menschen*. Referat na Konferencji w Akademii Ewang. w Bad Boll (RFN), 30. 04.—2. 05. 1982 r. n. t. *Medizin im Nationalsozialismus*, Protokolldienst 23 Ewang. Akademie, 7325 Bad Boll, 77—99.
6. Deutsch E., *Ethik-Kommissionen für medizinische Versuche am Menschen: Einrichtung, Funktion, Verfahren, Neue Jurist. Wochschr.* 1981, 12, 614.
7. Gibiński K., *Etyczne aspekty badań biomedycznych u człowieka*, *Nauka Polska* 1977 nr 11—12, 41—46.
8. Gibiński K., *Przestarzałe tabu*, *Polityka* nr 2, 13 I 1979.
9. Grahlmann H., *Heilbehandlung und Heilversuch. Enke*, Stuttgart 1977.
10. Gsell O., *Medizinisch-ethische Kommissionen der Krankenhäuser der Schweiz*, *Schweiz, Ärzteztg* 1979 nr 27.
11. Hałasa J., *Człowiek jako obiekt eksperymentu biomedycznego*, *Problemy*, czerwiec 1982.
12. Hochhuth R., *Ärztinnen*. Ref. An die Nieren, *Der Spiegel* nr 46 10 XI 1980, 264—268.
13. Illhardt F. J., *Ethik-Kommissionen*, *Ärzteblatt Baden-Württemberg Med. Ethik* 1981 nr 12.
14. *Klinische Forschung im Wandel*. Triangel, Sandor 1980, 19 nr 3/4.
15. Kostrzewski J., *Etyczne i społeczne oceny szczepionek i innych środków zapobiegawczych*, *Nauka Polska* 1977 nr 11—12, 29—39.
16. Kubicki L., *Eksperyment lekarski w świetle prawa*. Rozmowa z A. Dmuchowską, *Życie Warszawy* 11 I 1979.
17. Lewicki Z., *Lekarz wobec nauki i pacjenta*. Rozmowa z I. Marcisz Trybuna Ludu 15 XI 1978.
18. Lindenschmidt Th. O., *Neulandoperationen*, *Der Chirurg* 1979, 4.
19. May W. W., *The Composition and Fuction of Ethical Committees*, *Journ. Med. Ethics* 1975.
20. Nielubowicz J., *Od eksperymentu na zwierzętach do człowieka*, *Nauka Polska* 1977 nr 11—12, 47—50.
21. *Protokoły z posiedzeń Komisji do Spraw Deontologii Lekarskiej Rady Naukowej przy Ministrze Zdrowia i OS* 1977 i 1978.

22. Ramsey P., *The Patient as Person*, Yale University 1970.
Tłum. polskie: *Pacjent jest osobą*, Warszawa 1977.
23. Weissauer W., *Ethikkommissionen und Recht*, Der Chirurg, Inform. d. Berufverb. Detsch. Chir. 1979, 1C.
24. *Zbiór zasad etyczno-deontologicznych polskiego lekarza*, Kraków i Warszawa 1978. Tłumacz. niem. Ewang. Akad. Bad Boll, Protokolldienst 23/83, 293—308.