

Wichrowski, Marek

Polska etyka medyczna w latach 1945-1980

Medycyna Nowożytna 10/1 - 2, 169-184

2003

Artykuł umieszczony jest w kolekcji cyfrowej Bazhum, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych tworzonej przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego.

Artykuł został zdigitalizowany i opracowany do udostępnienia w internecie ze środków specjalnych MNiSW dzięki Wydziałowi Historycznemu Uniwersytetu Warszawskiego.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.



Marek Wichrowski

Polska etyka medyczna w latach 1945–1980

Primum non nocere, przede wszystkim nie szkodzić. Jest to głos roztropności, rozważli, ostrożności. A z tą przestrogą harmonizuje w pełni druga, również w świecie lekarskim szczególnie często powtarzana: zastępować terapię profilaktyką, bardziej z polską: zastępować czynności lecznicze czynnościami zapobiegawczymi [...] I w zupełności zgodnie z tym wskazaniem pozostaje trzecia dyrektywa, w której sformułowaniu poeci współzawodniczą z lekarzami. Lekarze doradzają szybką interwencję zaraz w początkach choroby, póki się ona nie rozpanoszyła w ustroju, nie wzrosła w siłę. A poeta starożytny woła: *principiis obsta, sero medicina paratur*, czyli mniej więcej to samo, z tą różnicą, że postulat odnosi się nie do choroby specjalnie, lecz do wszelkiego stopniowo narastającego zła, które łatwiej opanować w fazie zaczątków niż później.

Tadeusz Kotarbiński

Medytacje o życiu godziwym

Kształtowanie się refleksji etycznej nad medycyną pozostawało w cieniu katastrof i przemian społecznych w Polsce lat czterdziestych. Druga wojna światowa przerwała między innymi rozwój dwóch znaczących zjawisk: polskiej filozofii medycyny oraz filozoficznej szkoły lwowsko-warszawskiej¹.

¹ Por. *The Polish School of Philosophy of Medicine. From Tytus Chalubinski (1820–1889) to Ludwik Fleck (1896–1961)*, red. Ilana Lowy, Dordrecht 1990; J. Wołęński, *Filozoficzna szkoła lwowsko-warszawska*, Warszawa 1985.

W tej pierwszej powstały dzieła z zakresu etyki medycznej, które w pełnym stopniu prefigurowały współczesną bioetykę. Władysław Biegański w 1899 roku opublikował niezapomniane, kantowskie z ducha *Myśli i aforyzmy o etyce lekarskiej*, które kształtowały wrażliwość moralną lekarzy dwóch następnych pokoleń². Polską filozofię i etykę medyczną ugruntowały dzieła takich lekarzy-filozofów, jak: Tytus Chałubiński (1820–1889), Edmund Biernacki (1866–1908) i Zygmunt Kramsztyk (1848–1920). Na początku lat dwudziestych pięć wydziałów medycznych miało Katedry Historii i Filozofii Medycyny. W żadnym innym kraju dziedzina ta nie była tak instytucjonalnie silna – w świecie anglosaskim filozofię medycyny uznano za niezależną dziedzinę dopiero w połowie lat siedemdziesiątych! Uczni polscy założyli w 1924 roku słynne „Archiwum Historii i Filozofii Medycyny”. Jednocześnie osiągnięcia filozoficznej szkoły lwowsko-warszawskiej wpisywały się w nurt światowej filozofii analitycznej. Trzeba tu mocno podkreślić, że analiza filozoficzna jest głównym narzędziem rozstrząsań bioetycznych prowadzonych od połowy XX wieku.

Druga wojna światowa zniszczyła dwie dostojne tradycje: lekarską i filozoficzną. Wprawdzie w okresie powojennym żyć będą jeszcze ostatni przedstawiciele polskiej szkoły filozofii medycyny (przede wszystkim Ludwik Fleck, zm. 1961 i Tadeusz Bilikiewicz, zm. 1980), niemniej ciągłość tradycji zaburzono w sposób nieodwracalny. Prócz tego w końcu lat czterdziestych częściowo zerwane zostały kontakty ze światem zewnętrznym, europejską filozofią i etyką medyczną. Szczególne znaczenie miało jednak instytucjonalne przerwanie łączności między filozofią a medycyną. Na początku lat pięćdziesiątych z wydziałów medycznych uniwersytetów uczyniono odrębne uczelnie – tzw. akademie medyczne. Stalinowskiemu rządowi przyświecał jasny cel polityczny – przerwanie obiegu idei między wydziałami uniwersyteckimi. Rozwiązano także wydziały teologiczne lub powołano na ich podstawie samodzielne uczelnie (Akademia Teologii Katolickiej). *Divide et impera*. W akademiach medycznych stworzono kadłubkowe zakłady filozofii, bardziej dbając o funkcje ideologiczne niż o nauczanie etyki i filozofii medycyny. Pomimo owych zaplanowanych antyinteligentkich działań polska etyka medyczna pozostała najciekawszą z głoszonych w krajach satelickich bloku sowieckiego³. Na stosunkowo wysoki poziom naukowych roz-

² T. Bilikiewicz, *Poglądy filozoficzne Biegańskiego* [w:] Władysław Biegański, *Lekarz i filozof (1857–1917)*, Poznań 1971, s. 127–145.

³ Por. *History of Medical Ethics* [w:] *Encyclopedia of Bioethics*, red. W.T. Reich, London 1985, s. 1594–1609.

ważań z lat 1945–1980 wywarło wpływ szereg czynników. Przede wszystkim należy pamiętać o tym, że nie powiodło się zglajchszaltowanie filozofii polskiej i komunistyczne władze w aktach wściekłości decydowały się nawet na rozwiązywanie „niesłusznych” instytutów (np. rozpędzenie Instytutu Filozofii Uniwersytetu Warszawskiego w 1970). Komunizm w Polsce był zawsze relatywnie słaby (nawet w latach 1949–1954!) i nie powodował takich zniszczeń intelektualnych, jakie notowano chociażby w uczelniach byłego NRD. Do Polski doceierała z Zachodu w zasadzie bez przerwy literatura filozoficzna, którą na bieżąco komentowano. Cenzura tekstów (może z wyjątkiem filozofii polityki) nie była dotkliwa. Istniały w miarę niezależne uczelnie katolickie (nade wszystko Katolicki Uniwersytet Lubelski). Zezwalano na wydawanie unikalnych serii (Biblioteka Klasyków Filozofii czy Myśli i Ludzie). Owe przyczółki wolności myśli nie pozostawały bez związku ze światem medycznym, który wprawdzie został oddzielony murem instytucjonalnym od Uniwersytetu, ale mógł korzystać z relatywnej swobody. Niestety, z różnych przyczyn dotychczas nie nastąpiło odrodzenie szkoły filozofów – lekarzy. Podczas gdy w zachodnich uniwersytetach medycznych działają od lat siedemdziesiątych profesjonalne instytuty bioetyki, w Polsce etyka medyczna nadal nie jest zorganizowana ani nawet nie posiada periodyku naukowego⁴. Nie zamierzam tutaj analizować tego zjawiska, które jest wprawdzie następstwem zaszłości powojennych, ale sytuuje się poza przyjętymi ramami chronologicznymi.

Celem moim jest przedstawienie głównych trendów i postaci, jakie pojawiły się w polskiej etyce medycznej lat 1945–1980. *Terminus post quem* – koniec wojny – jest oczywisty i nie wymaga komentarza. *Terminus ante quem* wyznacza rok 1980, kiedy zaczynała kiełkować w kraju nowoczesna bioetyka. Pierwsze seminarium filozoficzne z etyki medycznej prowadził wtedy w Instytucie Filozofii Uniwersytetu Warszawskiego Zbigniew Szawarski. Ukazały się pierwsze prace nowoczesnej bioetyki katolickiej (np. ks. Tadeusz Ślipko). W latach 80 powoli zaczęły zanikać sztywne bariery granic – pracownicy naukowci wyjeżdżają na stypendia do ośrodków zachodnich (jak np. Uniwersytet Oksfordzki i kierowany przez prof. Zbigniewa Pełczyńskiego projekt Oxford Hospitality Scheme), gdzie uprawiana była bioetyka. Z punktu widzenia współczesnej bioetyki polskiej prace z lat 1945–1980 stanowią więc jej prehistorię.

⁴ Na początku lat 90. czasopismem z dużym działem bioetycznym był „Medicus”, redagowany przez twórcę Warszawskiego Hospicjum dla Dzieci, dr. Tomasza Dangla. Zdołaliśmy wydać siedem numerów „Medicusa”.

Literatura przedmiotu z tego okresu jest usytuowana w różnych specjalnościach, a nierzadko stanowi margines rozważań poświęconych dziedzinom pokrewnym (np. prawu karnemu). Podzielić ją można na cztery działy w zależności od specjalizacji autorów:

1. wypowiedzi teologów moralnych (jak Władysław Wicher, Tadeusz Ślipko);
2. wypowiedzi lekarzy (jak Tadeusz Kielanowski, Władysław Szenajch);
3. analizy prawników (jak Jerzy Sawicki, Mieczysław Sośniak);
4. prace filozofów uniwersyteckich (jak Tadeusz Kotarbiński, Jacek Hołówka, Henryk Jankowski).

Stanowiska badawcze autorów są wyrazem katolickiej etyki medycznej (najpełniej – Władysław Wicher), etyki marksistowskiej (Halina Maślińska) bądź grawitują ku etyce niezależnej jak środowisko pisma „Etyka” przy Instytucie Filozofii Uniwersytetu Warszawskiego (Zbigniew Szawarski, Jacek Hołówka, Henryk Jankowski). Analizę poglądów rozpoczynam od aplikacji medycznej katolickiej teorii prawa naturalnego.

Najogólniej rzecz ujmując, katolicka teoria prawa naturalnego jest koncepcją metafizyczno-religijną, którą uzupełniają instytucjonalne formy orzekania. Schemat całości przedstawić można w dziesięciu tezach:

1. Byt realny został stworzony z nicości przez Boga;
2. Cechami zasadniczymi struktury bytu realnego są harmonia i ład wewnętrzny;
3. Byt realny został zhierarchizowany przez Absolut: od materii nieorganicznej przez pozbawiony psychiczności świat ożywiony, istoty odczuwające i ludzi myślących, do duchów wyższych;
4. Porządek hierarchii jest dobry moralnie (stanowi Boski zamysł) i niezmienny, a zachowany będzie aż do wydarzeń eschatologicznych;
5. Człowiek w hierarchii zajmuje miejsce wyróżnione, bowiem kieruje się rozumem;
6. Człowiek – istota myśląca – potrafi wyłonić i przedstawić zasady (normy), które pouczają, jak winien się zachowywać, aby harmonia stworzenia nie została naruszona;
7. Normy prawa naturalnego człowiek odczytuje bezpośrednio ze struktury bytu realnego oraz z obiektywnych danych natury ludzkiej. Są obiektywizacją woli Stwórcy, a normy moralne odzwierciedlają Jego zamysł;
8. Struktury rzeczywistości stanowiące o istocie człowieka to: duchowość, wolność, odniesienie do tajemnicy, dwupłciowość

i odniesienie społeczne. Naturalne inklinacje człowieka to: pęd do zachowania życia, dążenie do przekazywania życia, zdążanie do osobowego rozwoju społeczeństwie;

9. Prawo naturalne jest zatem zbiorem norm (powinności) wynikających z istoty i naturalnych inklinacji człowieka oraz zgodnych ze strukturą bytu realnego;
10. Literę prawa naturalnego określa ściśle Urząd Nauczycielski Kościoła wraz z instytucjami takimi jak Kongregacja Nauki Wiary, kierowana obecnie przez Józefa kardynała Ratzingera. Urząd posiada swego rodzaju „listy uwierzytelniające” (legitymizujące), na które składają się Sukcesja Apostolska, Tradycja i Nieomyślność.

Należy zauważyć, iż przedmiot (zakres) nieomyślności stanowią wyłącznie dogmaty i definicje doktrynalne. Podmiotem, czyli instancją orzekającą w tym zakresie są sobór powszechny, papież i Kościół jako całość. Nauka Kościoła w obszarze niedogmatycznym określana jest mianem prawd katolickich (*veritates catholicae*), którym nie przysługuje nieomyślność⁵. Prawdy owe mogą zatem ewoluować, ale w zgodzie z historyczną Tradycją Kościoła. Cała katolicka etyka medyczna jest częścią obszaru *veritates catholicae*⁶. Dopuszczalne są umiarkowane zmiany treści prawd i orientacji, których dobrym przykładem była modyfikacja etyki seksualnej w okresie II Soboru Watykańskiego.

Katolicka etyka medyczna występowała po wojnie w dwóch postaciach: tradycyjnej, w latach czterdziestych i pięćdziesiątych (np. Władysław Wicher) i zmodernizowanej, po *Vaticanum II* (np. Tadeusz Ślipko). Klarowny i skończony obraz odnajdujemy w dziele ks. prof. Władysława Wichra pt. *Teologia moralna. De praeceptis*⁷. Najważniejszą zasadą konstrukcyjną tej etyki jest bezpośrednio podporządkowanie problematyki bioetycznej przepisom *Dekalogu* oraz szczegółowe roztrząsanie pojęcia i klasyfikacji grzechu. Powszechnie sądzono, iż najważniejsze w etyce lekarskiej są trzy przykazania: piąte, (nie zabijaj) które porządkuje aż jedenaście zagadnień (okaleczenie, nadzwyczajne środki lecznicze, nadrzędność całości ciała nad jego fragmentami, sterylizacja, transplantacje, psychochirurg-

⁵ Por. uwagi na temat *veritates catholicae* w: K. Rahner, H. Vorigg, *Mały słownik teologiczny*, Warszawa 1987, s.355.

⁶ Por. T. Ślipko, *Granice życia. Dylematy współczesnej bioetyki*, Warszawa 1988.

⁷ W. Wicher, *Teologia moralna. De praeceptis*, Kraków 1958, wydanie drugie uzupełnione i poprawione. Maszynopis powielony wydany przez Krakowskie Seminarium Duchowne.

gła, eksperymenty na człowieku, aborcja, operacje przy ciąży pozamacicznej i kraniotomia, eutanazja oraz doświadczenia na embrionach); szóste (nie cudzołóż), które ustala interpretacje używania środków antykoncepcyjnych i masturbacji; ósme, (nie mów fałszywego świadectwa przeciw bliźniemu swemu) dotyczące zawodowej tajemnicy lekarza. Sakrament małżeństwa pozwala rozstrzygać w kwestii seksu, impotencji, testów bezpłodności oraz sztucznej inseminacji. Orzeczenia prawa kanonicznego dotyczące ostatniego namaszczenia pomagały ustalić, kiedy wolno zastosować środki usmierające ból lecz powodujące jednoczesną utratę świadomości.

I tak oto najważniejszą dla nas część swojego dzieła ksiądz profesor Wicher tytułuje *De quinto Decalogi praecepto*. Rozpoczyna od analizy poglądów św. Tomasza z Akwinu na temat „kultury ciała”, następnie omawia eugenikę i przechodzi do problematyki *De iniuria contra proprium corpus*, gdzie podejmuje kwestie eutanazji, napaści, zabójstwa, pojedynku, wojny sprawiedliwej oraz spędzania płodu (między innymi zabiegu kraniotomii). Autor podkreśla, iż medycyna nie może być aksjologicznie niezależna i *nie jest taką zamkniętą całością, by sobie sama mogła zbudować lekarską etykę, stojącą w sprzeczności z resztą zasad etycznych*⁸. Kształt etyki medycznej winien zatem zależeć od ogólnego systemu moralnego, który stanowi właściwe dla niej otoczenie i w naturalny sposób zapobiega działaniom moralnie wątpliwym. Jedynym takim systemem jest katolicka teoria prawa naturalnego i personalizm chrześcijański.

Poddajmy teraz analizie szczegółowe rozwiązania przedstawione w dziele księdza profesora Wichra. Pierwszy rdzennie bioetyczny temat poruszany w *Teologii moralnej* to – eugenika, którą autor definiuje jako *naukę o ulepszeniu (poprawie) rasy ludzkiej, ale nie antropologicznej, lecz biologicznej z jej podłożem dziedzicznym*⁹. Miałaby w zamyśle twórców udoskonalić wrodzone właściwości rasy i rozwinąć je w kierunku najkorzystniejszym dla społeczeństwa (eugenika pozytywna) lub pewne cechy usuwać (negatywna). Umiarkowaną krytykę eugeniki przedstawił Pius XI w encyklice *Casti Conubi*. Papież przede wszystkim przeciwstawił się jednej z metod eugenicznych, tzn. sterylizacji. Sterylizacja (wówczas: kastracja promieniami Roentgena czy radem, wasektomia, tuberektomia) jest, jak pisze ksiądz Wicher, nienaturalną ingerencją w proces życia, a jej celem nie jest bynajmniej ratowanie zdrowia pacjenta lecz chodzi o karę (przestępcy) bądź przeciwdziałanie narodzinom dzieci z wadami. Nie

⁸ Tamże, s. 188.

⁹ Tamże, s. 157.

wolno jej zatem dokonywać ani z wyroku sądowego, ani dla zapobieżenia przyszłym przestępstwom, gdyż państwu nie przysługuje bezpośrednia władza nad ciałem podwładnych¹⁰. Jest gwałtem zadaniem godności człowieka. Inne formy działań motywowanych eugenicznie nie budzą już tak poważnych zastrzeżeń autora *Teologii moralnej*. Prócz zalecanych poradni przedślubnych czy systemów prawnych podtrzymujących rodzinę omawia także, jak to nazywa, *walkę z krzyżowaniem się ras*. I ten właśnie fragment jest zadziwiający, jeśli zważyć, że skądinąd autor stara się występować zawsze wtedy, gdy zagrożona jest godność osoby. Ksiądz profesor Wicher bez dodatkowego komentarza pisze: zakazy małżeństwa między białymi i czarnymi istnieją w 28 stanach Ameryki Północnej i są ściśle przestrzegane, w Niemczech mówi się dużo o małżeństwach z żydami, zwłaszcza podnoszą tę sprawę hitlerowcy, którzy tylko rasę nordyczną uważali za najlepszą. Tu należą zakazy imigracyjne skierowane przeciw japończykom, chińczykom i hindusom, a także upośledzonym¹¹.

Najistotniejszą część wykładu katolickiej etyki medycznej odnajdujemy w rozdziale *De iniura contra proprium corpus*, który otwierają ogólne uwagi o tym, co dzisiaj nazywamy „zasadą świętości życia ludzkiego”. Autor podkreśla brak ścisłości w starożytnej formule piątego przykazania. Otrzymaliśmy wszakże od Boga instynkt samozachowawczy, który wymaga, by człowiek cenił życie i używał odpowiednich środków do jego zachowania.

I nieprawdą jest to, co głoszą zwolennicy samobójstw, że są takie chwile w życiu, gdy to życie traci sens. Życie zawsze ma swój sens i cel, którym jest osiągnięcie doskonałości moralnej, a co za tym idzie szczęścia wiekuistego¹².

Zatem intencjonalne odebranie sobie życia (samobójstwo) jest niedopuszczalne. Pewne wyjątki od tej zasady wiążą się z czynnościami, które wolno wykonywać, lecz niosą one ze sobą ryzyko, a nawet pewność śmierci. Rację dostatecznie wielką (proportionate gravis), aby indirecte pozbawić się życia stanowią: bonum publicum i spirituale¹³. W ten sposób uznajemy za dobrą moralnie – chociaż zarazem supererogatoryjną – „samobójczą” śmierć męczeńską.

Najwięcej uwagi teologowie skupiają jednak na czynach eutanatycznych. Władysław Wicher unika precyzyjnej definicji i klasyfikacji zauważając, że zagadnienie eutanazji dotyczy „życia nie wartego

¹⁰ W. Wicher, op.cit., s. 164.

¹¹ W. Wicher, op.cit., s. 167.

¹² W. Wicher, op.cit., s. 184.

¹³ W. Wicher, op.cit., s. 186.

tego życia"¹⁴, tj. kwestii, czy człowiek, któremu lekarz nie robi nadziei, a męczy się cierpieniami i chorobą, nie ma moralnego prawa, by mu przyspieszono śmierć sztucznie. Dalsze roztrząsania są wprawdzie dość nieuporządkowane, ale obejmują w zasadzie cztery rodzaje eutanazji: czynną świadomą, czynną nieświadomą, bierną świadomą i nieświadomą oraz samobójstwo z asystą. Autor kładzie nacisk na eutanazję czynną, gdy lekarz, motywowany współczuciem i prośbami pacjenta, przyczynia się do jego śmierci. Zarazem podaje krytyce zasadnicze, jego zdaniem, argumenty „eutanasistów”. Otóż życie jest darem Boga a człowiek otrzymał je tylko w użytkowanie i nie powinien go skracać. Nieuzasadnione jest nauczanie „eutanasistów” o „prawie do śmierci”, które stanowiłoby analogon dobrego moralnie „prawa do życia”. Nikt, z wyjątkiem Stwórcy, nie ma prawa decydować o zakończeniu ziemskiej egzystencji człowieka. Ale eutanaści powiadają dalej; przecież na jedno wychodzi, czy dozą morfiny zakończyć życie [...] czy tonąc powoli; wszak i teologia moralna pozwala na narazenie się na śmierć, by uniknąć ciężkiej śmierci, np. wyskoczyć oknem z płonącego domu lub okrętu na pełne morze, choćby nadzieja ocalenia była znikoma¹⁵. W przytoczonym przez zwolenników eutanazji porównaniu różnica jest zasadnicza. Otóż w przypadku płonącego wieżowca śmierć jest nieunikniona a osoba rzucająca się w dół wybiera mniejsze zło. Z eutanazją jest, zdaniem autora, inaczej; pozytywnie sprowadza się śmierć, której jeszcze nie ma. Zaskakujący jest w tym miejscu pewien brak, który charakteryzuje teorię Władysława Wichra. Autor prawdopodobnie nie miał okazji poznać stanowiska Piusa XII na temat działania i zaniechania oraz zwyczajnych i nadzwyczajnych środków leczniczych. Jest to tym bardziej dziwne, że cytowane tu wydanie pracy pochodzi z roku 1958 a wypowiedzi Piusa XII publikowano w latach pięćdziesiątych¹⁶. Pius XII dopuszcza zaniechanie lub wycofanie się z uporczywej terapii, gdy stan pacjenta jest beznadziejny a dalsze nieproporcjonalne stosowanie nadzwyczajnych środków leczniczych

¹⁴ Autor ma na myśli utylitarystyczny termin „życie niegodne przeżycia” (zaprzeczenie *life worth living*) Por. J. Glover, *Causing Death and Saving Lives*, London 1990, s. 51–57.

¹⁵ W. Wicher, op.cit., s. 190.

¹⁶ Por. J. Boyle, *The Roman Catholic Tradition and Bioethics*, „Bioethics Yearbook”, 3: *Theological Developments in Bioethics*, Dordrecht 1993, s. 19–41; Pius XII, *The Prolongation of Life*, „The Pope Speaks”, 4, 1958, s. 1027–1033. Część wypowiedzi Piusa XII na tematy medyczne zebrano i opracowano w: Ph. Boyle, K.D. O'Rourke, *Medical Ethics: Sources of Catholic Teachings*, St. Louis 1989. W Polsce nie wydano dotąd zbioru wypowiedzi tego papieża.

(respirator, chemioterapia, radioterapia) tylko nasila cierpienia i nie przynosi poprawy stanu zdrowia. Wtedy właśnie dopuszczalne jest zaniechanie uporczywej terapii, nawet gdy przewidywanym ale niechcianym (nie objętym intencją) następstwem jest śmierć pacjenta.

Prócz przytoczonych religijnych argumentów znajdujemy w dziele teologicznym rozumowania przyobleczone w socjologiczną postać równi pochylej¹⁷. Autor wskazuje na trudności w praktycznym stosowaniu eutanazji, które staną się źródłem nadużyć w społeczeństwie dopuszczającym złamanie pryncypium świętości życia. Po pierwsze – niełatwo będzie skonstatować, który chory ma się poddać eutanazji. Nierealne jest ułożenie zamkniętej listy przypadków, faz i stanów chorobowych. Po drugie – usposobienie pacjenta zmienia się. W warunkach częstych zmian decyzji nie jest możliwe obiektywne stwierdzenie, czego w rzeczywistości chce ciężko chory. Wreszcie – po trzecie – nigdy nie wiadomo, jaki będzie koniec choroby. Jeśli nie potrafimy przewidywać przyszłych stanów pacjenta, to należy czekać naturalnego końca. Śmierć jest nieodwracalna, podczas gdy w stanach chorobowych (np. nowotworach) zdarzają się remisje. Każda z naszkicowanych trudności potencjalnie wiedzie ku groźnym nadużyciom: lekarz przy eutanazji otrzymałby charakter kata a konsekwencje społeczne takich mordów, jak i samobójstw byłyby straszne¹⁸.

Podsumowując wątek eutanatyczny, autor dochodzi do wniosku, że zwolennicy takiego „zakończenia”, na sposób pogański urzeczowiają życie ludzkie, sprowadzając je do komfortu i usuwając jego podstawy metafizyczne. Tymczasem cierpienie może być wielką szkołą życia. Ten ostatni argument w świetle tego, co dzisiaj ma do zaoferowania opieka paliatywna, wydaje się skrajnym anachronizmem. Na obronę trzeba jednak powiedzieć, że w 1957 Cicely Saunders dopiero planowała założenie hospicjum. Stosujący w pełni leczenie paliatywne i opiekę holistyczną zakład św. Krzysztofa powstał dopiero w roku 1967.

Ocenę eutanazji uzupełniają inne tematy z zakresu *de homicidio*. Najważniejszym jest katolickie stanowisko wobec spędzania płodu¹⁹. Autor przytacza chrześcijańską argumentację, której rdzeń – przypomnijmy – ma postać nieskomplikowanego polisyllogizmu:

¹⁷ Por. opis argumentu *slippery slope* [w:] M. Wichrowski, *Wnioskowanie „równi pochylej” a etyka medyczna*, „Etyka”, 1994, nr 27, s.191-126 oraz D. Lamb, *Down the Slippery Slope. Arguing in Applied Ethics*, London 1988.

¹⁸ W.Wicher, *op.cit.*, s. 194.

¹⁹ Por. *De procuratione abortus* [w:] W.Wicher, *op. cit.*, s. 205-215.

1. Zabicie człowieka niewinnego jest złe moralnie.
 2. Płód jest człowiekiem.
 3. Aborcja jest zabiciem płodu.
-

Wniosek: aborcja jest zła moralnie.

Płód stanowi swoiste *imago Dei* (Rdz 1, 26), jest obrazem Boga w łonie matki. Dlatego właśnie życie ludzkie liczy się od momentu poczęcia. Przerwanie procesu aktualizacji płodu jest zabiciem człowieka.

Autor stara się jednak zbadać przypadki, które nawet wśród teologów budzą wątpliwości²⁰. Chodzi tu przede wszystkim o nieaktualny już ze względów technicznych problem wymóżdzenia płodu tj. kraniotomii (również *cephalotripsia*, embriotomia, *perforatio*, *decolatio*, *exenteratio*, – inne metody wydobywania płodu, wymagające jego uśmiercenia). Pius XI w encyklice *O małżeństwie chrześcijańskim* (*Casti connubii*, 31 grudzień 1930) zdecydowanie potępił kraniotomię. Przypomnijmy, iż operacja ta była stosowana w czasie porodu w przypadku płodu z wodogłowiem (obecnie wykonuje się standardowo cesarskie cięcie). Uniemożliwiająca poród, zbyt dużą główkę płodu niszczone, aby uratować życie matki. Zaniechanie zabiegu powodowało śmierć zarówno matki jak i jej dziecka z wodogłowiem. W niektórych wypowiedziach płód taki określano mianem niebezpiecznego agresora (*iniustus aggressor*), który zabija swą niedoświadczoną rodzicielkę. Pius XI zdecydowanie potępił używanie pojęcia *agresor*, oburzając się: *któż niewinne takie maleństwo mógłby nazwać napastnikiem?*²¹. Wymóżdzenie płodu nie jest przypadkiem, który może pozytywnie przejść kryteria zasady podwójnego skutku, bowiem kraniotomiczne zabicie płodu nie jest przewidywaną, ale nie chcianą konsekwencją czynu dopuszczalnego moralnie, lecz – złem samym w sobie (*in se malum*)! Charakterystyczne, że tradycja katolicka jednocześnie dopuszcza operację usunięcia ciężarnej macicy, którą wykonuje się po stwierdzeniu nowotworu macicy. Co różni w sensie moralnym kraniotomię od histerektomii? Otóż ta pierwsza, zmierzając do dobra (ocalenia życia matki) dopuszcza się zła (zabicie dziecka), podczas gdy ta druga powoduje wycięcie macicy wraz z płodem. Śmierć dziecka w histerektomii nie jest zaplanowana. Stanowi przewidywaną ale niechcianą konsekwencję czynu dobrego moralnie.

Katolicka etyka medyczna, którą w ciekawej, aczkolwiek nieco anachronicznej postaci prezentował Władysław Wicher, nie była

²⁰ Por. T. Zapałowski, *Stosunek kościoła katolickiego do regulacji urodzin*, Warszawa 1970.

²¹ Por. Pius XI, *Encyklika o małżeństwie chrześcijańskim*, Warszawa b.d., s. 33–37.

oczywiście stanowiskiem jedynym. Jeśli pominiemy wypowiedzi czy-
sto prawne (np. Mieczysława Sośniaka) oraz dziwactwa „marksis-
towskie” (nade wszystko Halny Maślińskiej), w polu wyboru znaj-
dziemy roztrząsania, które przyjmują bądź to postać etyki
niezależnej, bądź są swoistymi wyznaniem wiary lekarskiej. Na
pierwszym planie znajdujemy, jak miemam, etykę niezależną od
Kościoła i panującej „ideologii”. Ten rodzaj etyki medycznej prezen-
tują różni autorzy: od Tadeusza Kotarbińskiego, który dzieł osob-
nych bioetycznych nigdy nie popełnił, przez tradycyjną deontologię
lekarską, po środowisko czasopisma „Etyka” przy Zakładzie Etyki
Instytutu Filozofii Uniwersytetu Warszawskiego. Oczywiście, w sen-
sie wąsko filozoficznym twórcą etyki niezależnej był autor *Traktatu
o dobrej robocie*. Tutaj jednak przyjmuję interpretację rozszerzoną,
uznając, iż niezależną etykę medyczną w latach 1945–1980 tworzą
autorzy niepowiązani w zasadzie z Kościołem z jednej, ani z mark-
syzmem z drugiej strony.

Pierwszym, który zwrócił uwagę na bioetyczne implikacje myśli
Tadeusza Kotarbińskiego, był Jerzy Dubiel z I Kliniki Chorób
Wewnętrznych Akademii Medycznej w Krakowie²². Etyka powinna
być, zdaniem Kotarbińskiego, niezależna od religii, bowiem cele mor-
alne można osiągać indywidualnie, poza wszelkimi uzależnieniami
wyznaniowymi²³. W tej praktycznej, nastawionej na działanie dzie-
dzinie filozofii chodzi o to, jak żyć, aby zapracować sobie na miano
człowieka porządnego, osobę czcigodną. Cenimy tych, których w ży-
ciu cechuje męstwo, ofiarność, prawość i panowanie nad sobą. Ży-
wimy wobec takich osób szacunek, bowiem można na nich liczyć ja-
ko na dzielnych, spolegliwych opiekunów. Postawa owa ujawnia
swą moc, kiedy doświadczamy cierpienia. Postawa spolegliwego
opiekuna – pisze Kotarbiński – jest więc postawą człowieka dążącego
do uniknięcia bądź zmniejszenia ewentualnego cierpienia²⁴. Ta-
deusz Kotarbiński głosił zgodność między ideałem etycznym lekarza
a spolegliwym opiekunem. W tym jednym wypadku deontologiczne
wymogi zawodu stanowią nie tyle analogon, ile wcielenie ideału mor-
alnego. Ochrona zdrowia i przedłużanie życia to w istocie obrona
przed złem i cierpieniem – główne zadanie pełnego troski, dzielnego

²² J. Dubiel, *Deontologia lekarska a etyka niezależna Tadeusza Kotarbińskiego*, „Polski Tygodnik Lekarski”, 1968, nr 49, s. 1903–1906.

²³ T. Kotarbiński, *Zasady etyki niezależnej*, „Studia Filozoficzne”, 1958, z. 1, s. 3–13. Por. też J. Woleński, *Kotarbiński*, Warszawa 1990, s. 117–119.

²⁴ T. Kotarbiński, *Odpowiedź na głosy w dyskusji po referacie „Istota oceny etycznej”*, „Etyka”, 1966, nr 1, s. 16.

opiekuna. Warto dodać, że autor *Etyki niezależnej* uważnie studiował historię medycyny i wątki owe wplatał w rozważania prakseologiczne²⁵. Niestety, wadą główną koncepcji etycznej Kotarbińskiego jest całkowity brak odporności na konflikt czy dylemat moralny. Spolegliwy opiekun staje bezradny wobec radykalnego konfliktu norm moralnych. Wydaje się, że Kotarbiński był świadom mankamentów teorii spolegliwego opiekuna, ale zarazem nie chciał rozbudowywać kazuistyki i konstruować szczegółowych zasad rozstrzygnięcia konfliktów wartości.

Jeśli autor *Prakseologii* posługiwał się sporadycznie interesującą nas terminologią etyki, to środowisko filozofów skupione wokół pisma „Etyka” otwarciem (i trzeba dodać: jako pierwsze w Polsce) nawiązało do światowej etyki medycznej. Do grupy owej należeli między innymi Henryk Jankowski, Marek Fritzhand, Zbigniew Szawarski i Jacek Hołówka. Najważniejszą inicjatywą „Etyki” stała się konferencja *Etyczne aspekty transplantacji serca*, która odbyła się w Warszawie 29 lutego 1968 roku. Obrady zagał i podsumował Tadeusz Kotarbiński. Wśród uczestników znaleźli się znani lekarze (m. innymi Leon Manteuffel, Jan Nielubowicz, Tadeusz Orłowski, Kornel Gibiński), filozofowie (cytowani już Marek Fritzhand, Henryk Jankowski) i socjologowie (Adam Podgórecki, Magdalena Sokołowska).

Pod pojęciem transplantacji rozumiano w latach sześćdziesiątych, podobnie jak dzisiaj, leczenie za pomocą wymiany organów, tkanek bądź substancji²⁶. Przeszczep dokonywać się może w obrębie jednego organizmu (autotransplantacja), między osobnikami tego samego gatunku (homotransplantacja lub synonimicznie – allotransplantacja), między osobnikami różnych gatunków (heterotransplantacja lub synonimicznie – ksenotransplantacja) oraz między identycznymi genetycznie (izotransplantacja – bliźniaki jednojajowe). Potrzebne fragmenty organizmu pobierane są od dawców żywych (*ex vivo*) lub martwych (*ex mortuo*). Organy można podzielić na występujące parzyście i nieparzyście, a substancje – na regenerujące się i nieregenerujące. Tabela porządkuje stosowane na świecie rodzaje przeszczepów. Niektóre z nich są już przeprowadzane rutynowo (np. nerki i rogówki z dawcy martwego), inne niezwykle rzadko (np. serce pawiana lub szympansa). W schemacie pomijam implantowanie organów sztucznych (protetyka).

²⁵ Por. np. T. Kotarbiński, *Traktat o dobrej robocie*, Warszawa 1965, s. 14–15.

²⁶ Marek Wichrowski, *Etyczne aspekty transplantacji [w:] Transplantacja – problemy etyczno-prawne*, Biuro Studiów i Analiz Kancelarii Senatu, Warszawa 1995, s. 4–10.

	Autotransplantacja	Homotransplantacja lub allotransplantacja	Heterotransplantacja lub ksenotransplantacja	Izotransplantacja
Z dawcy martwego (<i>ex mortuo</i>) – płód, dziecko, osobnik dorosły		nerki, płuca, serce, zastawki serca, wątroba, rogówki, trzustka, ucho środkowe, fragmenty kości, substancje z mózgu płodu		nerki, płuca, serce, zastawki serca, wątroba, rogówki, trzustka, ucho środkowe, fragmenty kości
Z dawcy żywego (<i>ex vivo</i>) – osobnik dorosły	skóra, żyły	nerka, krew, szpik kostny	Serce (szympanś lub pawian), żyły przy operacjach serca (świnia), zastawki sercowe (świnia), ścięgna i kości (krowa)	nerka, krew, szpik kostny
Organy parzyste		nerki, płuca, rogówki, ucho środkowe		nerki, płuca, rogówki, ucho środkowe
organy nieparzyste		serce, wątroba, trzustka	serce (szympanś lub pawian)	serce, trzustka, wątroba
substancje regenerujące się	krew (autotransfuzja)	krew, szpik kostny		krew, szpik kostny
substancje nie regenerujące się	duże fragmenty skóry	fragmenty mózgu płodu (np. istota czarna)		duże fragmenty skóry

Marek Fritzhand, wypowiadając się jako pierwszy, postawił pięć głównych pytań, które konstytuowały, jego zdaniem, spór o transplantacje. Pytania owe doskonale odzwierciedlają poziom ówczesnych roztrząsań bioetycznych²⁷. Oto one:

1. Czy jest, czy nie jest zgodne z etyką zawodu lekarskiego dokonywanie na osobniku takich operacji [...], które nie zdradzają troski o jego zdrowie lub istnienie, lecz np. mają charakter czysto eksperymentalny, czy też charakter jakiejś pomocy w świadczeniu tego osobnika na rzecz innego?
2. Czy nie należy się troszczyć o to, żeby przy przeszczepianiu narządów, a zwłaszcza przeszczepianiu serca, zapobiec nad-

²⁷ Wypowiedź Marka Fritzhand, „Etyka”, 1969, nr 4, s. 17.

użyciom w postaci przedwczesnego pobierania narządów z osobnika, który jeszcze nie całkowicie umarł?

3. Jak dalece z etycznego punktu widzenia mamy się krępować postulatem, żeby każdy z nas dysponował w pełni przyszłością swego ciała, nawet po zgonie?
4. Czy w przypadku przeszczepów serca uzasadniona jest obawa o to, że osobowość będzie się zmieniała w jakiś sposób etycznie niewłaściwy?
5. Jak dalece można posunąć utylitarne użytkowanie zwłok, aby nie urazić tych rozmaitych względów etycznie zabarwionych, które przeciwstawiają się wszelkiemu utylitarnemu użytkowaniu ciała zmarłego?

Dyskusja rzeczywiście koncentrowała się wokół tak zarysowanych pytań. Ma wartość historyczną między innymi dlatego, że w Szkole Medycznej Uniwersytetu Harvardzkiego sformułowano definicję śmierci mózgu właśnie w 1968 roku, a jest to kwestia kluczowa dla transplantacji *ex mortuo*. Profesor Tadeusz Orłowski wypowiedział wówczas myśl, która stanowi wstępną postać definicji śmierci mózgu: druga sprawa to transplantacja ze zwłok. Serca nikt nie pobierze z żywego organizmu, a jedynie ze zwłok wtedy, kiedy wskutek zmian w centralnym układzie nerwowym człowiek nie jest zdolny do życia²⁸.

Środowisko niewątpliwie w jakimś stopniu prefigurowało roztrząsania współczesnej bioetyki. Tradycyjną deontologię prezentowali lekarze-praktycy, którzy z jednej strony pisali prace etyczne w oderwaniu od współczesnej światowej filozofii, z drugiej jednak odwoływali się do szkoły polskiej w filozofii medycyny i etyce. W grupie tej, obok Tadeusza Kielanowskiego, wymienić należy przede wszystkim Władysława Szenajcha (*Myśli lekarza*), Tadeusza Butkiewicza (*Moja filozofia chirurgii*), Józefa Bogusza (*Chirurgia a etyka*) oraz Aleksandra Tulczyńskiego, który zajmował się głównie kodeksami deontologicznymi. Osobną kategorię w refleksji deontologicznej stanowią powieści medyczne Marcina Łyskanowskiego. Z racji odmiennych środków wyrazu (literatura piękna) dzieła sztuki, których tematem jest praktyka lekarska, pozostają poza obszarem badań. Tradycję deontologiczną niejako podsumował zbiór artykułów *Wybrane zagadnienia z etyki i deontologii lekarskiej* napisany pod redakcją Tadeusza Kielanowskiego.

²⁸ Wypowiedź Tadeusza Orłowskiego, „Etyka”, 1969, nr 4, s. 23.

Kielanowski rozumie deontologię lekarską jako zbiór zasad moralnych (przede wszystkim obowiązków), które znajdują zastosowanie w praktyce medycznej, wyznaczają ideały etyczne (wzory osobowe) oraz pozostają w związku z moralnością epoki²⁹. Konstrukcja dalszych rozważań wspiera się na prostym planie i obejmuje: postawy lekarza, tajemnicę zawodową, zgodę na zabieg diagnostyczny i leczniczy, obowiązek udzielania pomocy, postępowanie z nieuleczalnie chorym, doświadczenia na ludziach, przeszczepy, eutanazję, sztuczne wspomaganie rozrodu oraz problematykę prawną. Wydawałoby się, iż taki plan powinien usatysfakcjonować współczesnego lekarza, niemniej towarzyszy mu dziwny wybór odnośników, wśród których prawie w ogóle nie notujemy odwołań do światowej literatury przedmiotu. Warto przypomnieć, iż dwa lata przed wydaniem *Wybranych zagadnień* ukazała się w Nowym Jorku monumentalna *Encyklopedia bioetyki* pod redakcją Warrena Thomasa Reicha. Wydawnictwo Kluwera publikowało kolejne tomy w serii „Philosophy and Medicine”. Od kilkunastu lat funkcjonowały renomowane Instytuty Bioetyki (np. Hastings Center). Kontekst ten pozostał jednak prawie niezauważony przez wymienionych autorów.

Praca *Wybrane zagadnienia z etyki i deontologii lekarskiej* jest ostatnią w badanym okresie dzieł polskiej etyki medycznej. Lata osiemdziesiąte i dziewięćdziesiąte wyznaczają narodziny nowoczesnej bioetyki, która pojawi się w uczelniach zarówno katolickich (np. Tadeusz Ślipko) jak i świeckich (np. Zbigniew Szawarski). Bioetyka współczesna oznacza powrót do najlepszych tradycji polskiej filozofii medycyny i filozoficznej szkoły lwowsko-warszawskiej.

²⁹ Por. *Wybrane zagadnienia z etyki i deontologii lekarskiej*, Warszawa 1980, s. 7-15.

Marek Wichrowski

Polish medical ethics in the period 1945–1980

Summary

The purpose of this article is to present the main currents of Polish medical ethics in the years 1945–1980, which the author treats as the 'prehistory' of Poland's contemporary bioethics. The author begins by ascertaining the post-war disappearance of two Polish traditions – that of the Warsaw school of philosopher-physicians (known in the West as the Polish School of Philosophy of Medicine) and the Lwów-Warsaw School of Philosophy. The political system that came into being after 1945 was not conducive to the development of medical ethics, but several clear orientations may be discerned in the utterances of physicians, lawyers, moral technologists and academic philosophers. The analysis begins with Catholic ethics in its archaic 1950s-vintage form. The author then presents the thinking of ethicists independent of both the Church and Marxism (the milieu of the journal 'Etyka') as well as the deontological writings of physicians.

Marek Wichrowski

Die polnische medizinische Ethik 1945–1980

Zusammenfassung

Der Beitrag handelt von den Hauptströmungen der polnischen medizinischen Ethik zwischen 1945 und 1980; dieser Zeitraum wird vom Autor als „Urgeschichte“ der modernen Bioethik in Polen bezeichnet. Am Anfang konstatiert er den Untergang nach dem Zweiten Weltkrieg von zwei polnischen Traditionen: der Warschauer Schule der Ärzte-Philosophen (im Westen bekannt als The Polish School of Philosophy of Medicine) und der philosophischen Schule in Lwów und Warschau. Die politische Ordnung nach 1945 war zwar der Entwicklung der medizinischen Ethik nicht förderlich, doch lassen sich in den Aussagen von Ärzten, Juristen, moralischen Technologen und akademischen Philosophen einige Orientierungen unterscheiden. Die Analyse dieser Orientierungen eröffnet die katholische Ethik in ihrer veralteten Form der 50er Jahre. Dann stellt der Autor Aussagen von der Kirche und vom Marxismus unabhängiger Ethiker (der Ethikerkreis um die Zeitschrift Etyka) und deontologische Arbeiten von Ärzten dar.