

KORNEL GIBIŃSKI

Medycyna wewnętrzna? Własne reminiscencje z XX stulecia

Where is the life we have lost in living?
Where is the wisdom we have lost in knowledge?
Where is the knowledge we have lost in information?
(T.S. Eliot, Chorus from "The Rock", 1954)

Wstęp

Sądzę, że niewielu, nawet wśród lekarzy, zdaje sobie sprawę z tego, co rozumiemy pod mianem „choroby wewnętrzne”, a tym mniej wie, jaka była jego geneza i jak stosunkowo niedawno termin ten pojawił się. Mijająca właśnie setna rocznica ufundowania (1906) specjalistycznego czasopisma „Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej” daje okazję do tych rozważań. Tajemnice życia i tajemniczość chorób, które długo wiązano z karami bogów, plagami, magią, rzucaniem czarów, stanowiły nieprzenikloną zaporę dla rozwoju medycyny. Spostrzegawczość, zdroworozsądkowa ocena spostrzeżeń, umiejętność ich kojarzenia, trochę własnej inwencji i wyobraźni, a przede wszystkim chęć ulżenia innym w cierpieniu tkwiły zapewne u podstaw pierwowzoru lekarzy (jakkolwiek by ich wówczas nazywać) w zaraniu ludzkości.

Na bazie kazuistycznych obserwacji, z osobistych przekazów budowało się powoli to, co nazwano sztuką lekarską, *ars longa vita brevis*. Niemniej ten, tysiące lat trwający, okres rozwojowy przyniósł nieocenione zręby lecznictwa, a jego liderzy są czczeni na całym świecie; kanon Hipokratesa jest stale przywoływany, a jego przysięga przypomniana i respektowana. W istocie była to medycyna oparta na faktach, tak jak je wówczas postrzegano i interpretowano w kolejnych stuleciach.

Wiek XVII przyniósł metody racjonalnego planowania i prowadzenia badań naukowych, które zaczęły wydzierać naturze jej tajemnice i tworzyć podstawy do tego, co z czasem zmieniło charakter medycyny z empirycznej na naukową. Taką dziś uprawiamy i takiej uczymy. Trudną miała drogę rozwojową do odbycia nauka, uprawiana zrazu w nieklinicznych ośrodkach akademickich na świecie, najczęściej w niezwykle prymitywnych warunkach, z własnych skąpych środków i w ciągłym ataku konserwatywnych uczonych, których sprzeciw wynikał przecież nie tylko z reakcyjnego zacofania, ale

z przekonania i wiary w słuszność oraz skuteczność ich dotychczasowych idei i działań. Siła dowodów i argumentacji myśli naukowej rosła coraz szybciej w XVIII i XIX wieku, by wreszcie wybuchnąć imponującymi sukcesami nauk przyrodniczych, a w nich nauk medycznych w XX wieku. Te zaś zawdzięczają swe osiągnięcia niebywałym sukcesom nauk podstawowych, zwłaszcza fizyki i chemii, a także nowych technologii. W ciągu jednego życia byłem świadkiem i uczestnikiem tak gwałtownego wzrostu ilości i poziomu wiedzy medycznej, że uznano go za 90% wiedzy zgromadzonej od zarania ludzkości.

Dziś, spoglądając z perspektywy 85 lat przeżytych w XX wieku i jeszcze sześciu lat później, podejmuję próbę retrospekcji na zawód, który, spośród wielu innych, które mnie niegdyś nęciły, samowolnie wybrałem chyba z powodu wysokiego autorytetu społecznego, jakim się wówczas cieszył. Po krótkim stażu w Zakładzie Fizjologii poświęciłem się medycynie wewnętrznej, bo w odróżnieniu od wielu dziedzin „zewnętrznych” (dermatologia, okulistyka, otorynolaryngologia, stomatologia), pociągała ona ogromną różnorodnością i niedostępnością narzędzi, tajemniczością etiologii i patogenezą i bardzo ograniczoną skutecznością terapeutyczną. Sam termin i pierwsze podręczniki „medycyny wewnętrznej” pojawiły się dopiero gdzieś z początkiem XIX wieku we Francji.

Skąd jednak wziął się ten znak zapytania w tytule? To, że swe rozważania ograniczyłem do samej medycyny wewnętrznej, wynikało nie tylko z okrągłej daty jubileuszu, ale i z przemian, jakich doznało to nieokreślone pojęcie chorób wewnętrznych od czasu mojego wyboru, i z ogromnego zakresu chorób podpadających pod ówczesne pojęcie interny (*Handbuch der Inneren Krankheiten Kraussa i Brugscha w latach 20.* obejmował 26 opasłych tomów). Już wtedy, ze względu na specyficzne potrzeby, z interny wyodrębniły się organizacyjnie pediatria i psychiatria, później choroby zakaźne i neurologia. Jeszcze w połowie stulecia spotykało się na salach chorych naszych uniwersyteckich klinik przypadki gruźlicy płuc, zalegała duża ilość różnych infekcji i chorób wrzodziejących, chorób reumatycznych i reumatoidalnych, wad zastawkowych serca. Śmiertelność różnych infekcji była wysoka, śmiertelność mocznicy czy śpiączki wątrobowej była absolutna, chorób nowotworowych – wykrywanych z reguły bardzo późno – też podobna, śmiertelność z powodu śpiączki w przebiegu cukrzycy, dziś uważana za niedopuszczalną, była też bardzo wysoka.

Wyposażeniem internisty były słuchawki (często jeszcze w połowie stulecia spotykało się drewniany stetoskop, a słuchawki dwuuszne zaczynały dopiero wchodzić w użycie) i tonometr najczęściej rtęciowy. Wielu lekarzy w połowie lat 50. XX w. w swoim gabinecie badało mocz lub wykonywało odczyn Biernackiego. Do badań morfologii krwi, serologicznych, treści żołądkowej lub kału, kierowano chorych do nielicznych pracowni analitycznych zwykle przyszpitalnych.

Wielkie przyspieszenie medycyny naukowej

Wielkim postępem z początkiem XX stulecia było pojawienie się pierwszych aparatów rentgenowskich, a w latach dwudziestych pierwszych jednokanałowych aparatów EKG. Wielkim krokiem było wprowadzenie biopsji szpiku kostnego. Dziesiątki lat trwało, zanim zdołano poprawić efektywność tych badań (obok udoskonaleń technicznych) przez żmudną redukcję błędnych opisów tych badań i interpretacji. Wśród technicznych postępów wymienić można fonokardiografię, oscylometrię, rentgenowskie badania cieniujące oraz stałą modernizację aparatury pomiarowej i zakresu badań analitycznych.

Od połowy stulecia pojawiła się lawina odkryć i innowacji tak w zakresie patogenezy, diagnostyki, jak i terapii. Wprowadzone jeszcze przed II wojną światową endoskopia prostaty, pęcherza moczowego i przełyku, a nieśmiało i żołądka upowszechnione w latach 60-70, zrewolucjonizowały diagnostykę układu pokarmowego. Enzymologia kliniczna i radioimmunodiagnostyka ogromnie poszerzyły i pogłębiły diagnostykę w wielu kierunkach. Wirusologia stanowiła nie mniejszy przełom poznawczy, ale i praktyczny. Angiografia oraz technika cewnikowania naczyń wniosły taką samą rewolucję, a później ultrasonografia wniosła taki sam postęp w diagnostyce. Co więcej, te same metody pozwoliły na zupełnie nowe podejście terapeutyczne. Wiele bohaterskich zabiegów chirurgicznych stało się zbędnymi albo znalazło znacznie bezpieczniejsze rozwiązania endoskopowe. Zarysował się paradoks: te dwa wielkie, jeśli nie największe, obszary medycyny wewnętrznej, kardiologia i gastroenterologia, dawniej przeciwstawiane chirurgii, jako tzw. leczenie zachowawcze, nadały obecnie wielu swoim placówkom charakter *par excellence* zabiegowy.

Sukcesy w poznawaniu ultrastruktury i biologii komórki, białek strukturalnych i enzymatycznych, ogromne postępy w immunologii, w koagulologii i krwiodawstwie, elektrodagnostyce, gospodarce elektrolitowej i lipidowej, anestezjologii, w mini- i mikrochirurgii sprawiły, że w miejsce kilku specjalności znanych na początku stulecia, mamy już obecnie 82 specjalności lekarskie. Oddziały intensywnej terapii trudno określić czy nazwać je zachowawczymi czy zabiegowymi, stale dyżurują, przyjmują i ratują życie chorych w nagłych przypadkach zanim przekażą ich do dalszej diagnostyki lub zakwalifikują do leczenia chirurgicznego. Tradycyjne oddziały zachowawcze, jak i zabiegowe, nie mogą się obejść bez specjalistów z różnych dziedzin i bez wzajemnych konsultacji. Radiolodzy obok tradycyjnej diagnostyki i radioterapii sami wykonują zabiegi lecznicze na naczyniach lub pomagają w tym tak internistom, jak i chirurgom. Nefrolog wykonuje zabiegi dializacyjne, hematolog przeszczepia szpik kostny, gastroenterolog wykonuje polipektomie, opatruje żylaki przełyku, udrażnia drogi żółciowe i trzustkowe.

Zmiany organizacyjne

Jeszcze w roku 1958 podczas XIV (a pierwszego po II wojnie światowej) Kongresu Światowego Towarzystwa Medycyny Wewnętrznej spotkałem się z zaskakującym mnie pytaniem, czy potrzebna jest medycyna wewnętrzna, skoro w niektórych krajach nie ma takiego wyróżnienia. To pytanie nieraz jeszcze powracało mi na myśl, w miarę jak wyżej opisana sytuacja komplikowała się.

Gdy w latach 60. XX w. groźba konfliktu nuklearnego i stan zimnej wojny spowodowały, że w ciągu jednego roku zwielokrotniono nabór na studia medyczne i ilość szkół medycznych tak w USA, jak i za żelazną kurtyną, zaczął się zarysowywać coraz wyraźniej rozdźwięk między absolwentami masowego kształcenia lekarzy a wymogami dotyczącymi wiadomości i kwalifikacji wąskich specjalistów. Zaczęło się podnoszenie wymogów i kwalifikacji. Żądania certyfikatów i uprawnień, ciągłe reformy tradycyjnych programów nauczania, to wydłużanie, to skracanie okresu szkolenia, a zarazem potrzeba nieustannego, a nie jednorazowego szkolenia. Przeżywalismy to też u nas. Wspaniały rozwój informatyki i techniki informatycznej stał się wielką pomocą w gromadzeniu i udostępnianiu wiedzy, ale sama wiedza nie zastąpi mądrości dokonywania najstosowniejszego wyboru dla osiągnięcia oczekiwanego celu, którym nie jest samo osiągnięcie równowagi molekularnej, tylko stan zdrowia i sprawności pacjenta.

Gdy spojrzeć z perspektywy stulecia powracają wątpliwości czy istnieją dziś choroby wewnętrzne, gdy chirurdzy skutecznie leczą teraz choroby jeszcze niedawno uważane za nieoperacyjne i pozostawiane internistom; choćby tylko ogromny dział chorób serca i naczyń, który od połowy stulecia zaczęli przejmować chirurdzy. Ale i ci zachowawczy kardiolodzy zabrali się do zabiegowego leczenia dawniej żmudnie zachowawczo leczonych chorób naczyń wieńcowych. Z oddziałów chirurgicznych znikły hekatombi dawniej ochoczo wycinanych migdałków i wyrostków robaczkowych.

W połowie minionego stulecia operacyjne leczenie żołądka, autorytatywnie uznane za najlepsze leczenie choroby wrzodowej, było długo masowo stosowane w coraz to nowych odmianach. Dziś stało się rzadkością, bo wystarczające jest leczenie zachowawcze. Radykalnie zmniejszyło się zapotrzebowanie na torakochirurgię w leczeniu gruźlicy, gdy poskutkowały antybiotyki i szczepienia. Bezprzedmiotowy stał się nakaz odwożenia chorych z krwotokiem z przewodu pokarmowego wprost na chirurgię, gdzie przy braku poprawy zaraz wkraczano operacyjnie. Jedynie racjonalnym jest dziś odwożenie ich tam, gdzie istnieje nieprzerwany dyżur w dobrze wyposażonej pracowni endoskopowej, a tam natychmiast zostanie rozpoznane i zaopatrzone źródło krwawienia. Tylko niezbędnie wymagające zabiegu przypadki zostaną skierowane do leczenia operacyjnego.

Gdy medycyna wewnętrzna rozpadała się na dziesiątki podspecjalności, gdy rozwój chirurgii pozwolił na przejmowanie i ratowanie chorych niedających się leczyć zachowawczo, a znowuż interniści mogli z powodzeniem leczyć przypadki, dotąd stanowiące

domenę chirurgii, ponownie nasuwało się pytanie o celowość utrzymywania podziału na te dwie główne specjalności, tym bardziej że i z chirurgii wydzieliły się z czasem ginekologia, urologia, traumatologia, ortopedia, torakochirurgia, neurochirurgia, tzw. miękka chirurgia układu trawiennego czy wreszcie transplantologia. Każda z nich stwarzała potrzebę jakiegoś konsultanta w którejś ze specjalności internistycznych. Zamiast dawnego, często kpiarskiego współzawodnictwa interny z chirurgią rozwinęła się praktyka kompleksowego leczenia i ścisłej współpracy. Przy ogromnym zasięgu chorób podpadających pod kompetencję oddziału wewnętrznego nie sposób było, by jego ordynator mógł sprostać biegłości i doświadczeniu wszystkich podspecjalistów, ani aby każdemu zapewnić pełne, nowoczesne wyposażenie diagnostyczne i terapeutyczne dla każdej dziedziny. Aparatura tylko przygodnie używana nie zostaje w tych przypadkach należycie wykorzystana, a tymczasem przy obecnym tempie postępu technicznego co rok lub dwa winna być wymieniana na nowszą. Wreszcie rzadkość jej specyficznego używania w oddziale o szerokim wachlarzu chorób nie pozwala też na osiągnięcie pożądanej biegłości. W połowie stulecia powstała w świecie koncepcja budowy szpitali na ponad 2000 łóżek, aby sprostać obu kierunkom rozpraszania się i scalania medycyny klinicznej. Wkrótce ten trend przeminął, bo trudności w zarządzaniu były większe niż korzyści. Z koncepcji szpitali molochów do kompleksowego zaspokajania potrzeb leczenia pacjenta przeszliśmy w inną skrajność redukcji bardzo kosztownego pobytu w szpitalu do kilkudniowego pobytu diagnostycznego, przerzucając leczenie na pacjenta przebywającego w domu.

Polityka zdrowia

Właśnie zalew i tempo rozwoju technicznego spowodowało wzrastanie wydatków na potrzeby służby zdrowia, sięgające 14% budżetu najbogatszych państw. Porażające było też niedawne stwierdzenie, że wydatki na leki w USA (coraz więcej coraz nowszych i coraz droższych) wzrastają przeciętnie o 15% rocznie, co oznacza podwojenie wydatków na leki w ciągu 7 lat. Rosną też gwałtownie koszty administracyjne, rozrastającej się organizacji służby zdrowia. Koszty ratowania zdrowia okazały się nie do przyjęcia tak dla pojedynczego obywatela, jak i dla budżetu państwa, gdy w minionym stuleciu wszystkie one wpisały sobie do konstytucji obowiązek ochrony zdrowia swych obywateli. Wypełnieniu zadania nie mogły poddać żadne systemy społeczne i ubezpieczeniowe i wszędzie pojawiły się gorączkowe próby ich reformy, które wszędzie są nadal krytykowane.

Pojawiły się głosy domagające się zmiany polityki zdrowia z propagandy sukcesu nauk medycznych na promocję zdrowego stylu życia, ale mijają one bez echa, przy coraz bardziej natarczywych żądaniach coraz bardziej uświadamianego społeczeństwa, podżeganego dodatkowo przez media nęcącymi wizjami onnipotencji nauk medycznych

i naiwnymi obietnicami wytępienia chorób na świecie. Wiele danych mogło pozornie za tym przemawiać: nie tylko powódź innowacji i wprowadzanych wynalazków, ale także spadające wskaźniki śmiertelności groźnych chorób i wskaźniki umieralności całych populacji. Były to wielkie i mile widziane osiągnięcia medycyny (i cywilizacji). Nic dziwnego, że uczeni dostrzegają i rozwijają nowe, obiecujące kierunki badawcze, a politycy i organizatorzy służby zdrowia, zauroczeni tymi wskaźnikami, ich tylko słuchają, układając programy działania. Zdobycze nauki okazały się nie tylko niezwykłym sukcesem poznawczym, ale i sukcesem tych osób, których życie udało się jeszcze raz uratować oraz sukcesem ich lekarzy. Ratowanie życia stało się tym nagłościonym priorytetowym hasłem zawodu lekarskiego i polityków, a zarazem najbardziej atrakcyjnym wyzwaniem dla nauki.

Tymczasem tych przypadków niezagrażających bezpośrednio życiu, a pełnych nieustannych cierpień jest nieporównywalnie więcej. Bezmiar ludzkich cierpień nie zmniejszył się przez wydłużanie ludzkiego życia i masy buntują się przeciwko reformom, opartym stale o te same wskaźniki śmiertelności, a nie o wskaźnik satysfakcji społecznej. Ludzie doskonale wiedzą, że walka o ziemską nieśmiertelność jest bezsensowna, a ich jedynym celem, gdy zwracają się do lekarza, jest uzyskanie pomocy i ulgi w dolegliwościach i cierpieniach, które nie pozwalają im żyć w poczuciu zdrowia. Z tymi codziennymi niedomaganiem zwracają się do lekarzy o pomoc. Tymczasem nauka oferuje im ratowanie od śmierci w sytuacjach największego zagrożenia życia: żelazne płuca, sztuczne serce, bombę kobaltową, akcelerator, rozpoznanie płci płodu przed urodzeniem, dziecko z probówki, ulepszony genom czy sklonowanie własnej osoby, i każe te niezaprzeczalnie wielkie osiągnięcia nauki podziwiać. Ludzie, owszem podziwiają, ale wiedzą, że to nie zaspokaja ich zawiedzionych nadziei na życie w poczuciu zdrowia.

Tak w USA, gdzie 30% ludności jest podszycy strachem, bo nie ma ubezpieczenia, jak i u nas, gdzie 100% obywateli objętych jest powszechnym ubezpieczeniem, dostęp do nowoczesności jest bardzo trudny. Niedostatek i brak dostępności są czynnikami, choć zrozumiałymi, to jednak dla ludzi, niewątpliwie bolesnymi i ważnymi; występowały one zawsze na świecie i choćby dlatego nie są one dziś jedyną przyczyną kryzysu w realizacji zadań ochrony zdrowia.

Tymi dodatkowymi czynnikami obecnego kryzysu wydają się być brak zaufania i lęk przed nieodpowiedzialnym lub błędnym potraktowaniem choroby przez lekarza. Słusznie wybitny prawnik amerykański określił sytuację słowami *medical business is one of trust*. Dawniej chory zwracał się do swojego lekarza, słuchał jego rad i pozostawał pod jego opieką także wtedy, gdy był kierowany na konsultację. Dziś wprawdzie pacjent ma prawo wyboru lekarza rodzinnego, ale w praktyce wybór ten ma ograniczony zakres. Funkcje lekarza rodzinnego pełnią lekarze bez specjalizacji, inter-

niści, a przygodnie też z różnymi innymi specjalizacjami. W Polsce mamy 82% lekarzy specjalistów. Wśród tych bez specjalizacji, choć zapewne są też tacy, którzy zaraz po dyplomie kierowali się pasją niesienia pomocy chorym, jest wielu takich, którzy po prostu zadowolili się dyplomem lekarza i nie czuli się na siłach do podejmowania dalszego trudnego szkolenia. Tymczasem to nie tylko od wiedzy, ale od staranności pierwszego zbadania i od trafności pokierowania badaniami dodatkowymi, od skierowania do właściwych konsultantów zależało ustawienie pacjenta we właściwym kierunku. Tak przez lata budowało się zaufanie do swojego lekarza. Niestety, u nas zanikł dobry obyczaj, że konsultant przekazywał swoje rozpoznanie i zalecenia lekarzowi domowemu, i tak ta więź z tym ostatnim bywa zrywana, a jego rola sprowadza się często do spełniania życzeń pacjentów proszących o skierowania do coraz to nowych specjalistów, do badań dodatkowych propagowanych w mediach, lub proszących o recepty na sugerowane przez siebie leki. Specjaliści zaś nawet przy dużym zaangażowaniu w swoim redukcjonistycznym, dogłębnym myśleniu starają się najlepiej rozeznąć i pokierować chorym w swoim zakresie specjalności. Zapatrzeni w parametry swojego narządu czy układu nie interesują się innymi. Raz ustawiony i pokierowany pacjent, zapatrzony w „swoją” chorobę, traci możliwość całościowego nadzoru nad swoim zdrowiem. Możliwość przeoczeń, złej oceny objawów, możliwość błędu diagnostycznego (z różnych powodów) zawsze istnieje, tak w badaniach wstępnych, jak i wysoce specjalistycznych, a zwłaszcza błędów w ich interpretacji. To samo dotyczy błędów w terapii, wynikających z mnóstwa środków farmaceutycznych oddanych do dyspozycji lekarza, ich niespodziewanych i niepożądanych efektów lub nietolerancji, uwarunkowanej genetycznie lub interakcją; jednym słowem z ich nieopanowania. Dyrektor generalny Światowej Organizacji Zdrowia uznał za konieczne publicznie ostrzec, że pacjent zwracający się do lekarza o pomoc może doznać większej szkody z zastosowanego leczenia niż z powodu choroby, z którą zwrócił się o radę.

Zagrożenia dla społeczeństwa

Od połowy stulecia zaczęły się mnożyć w prasie doniesienia o groźnych lekach i do dziś trwa akcja oczyszczania lekospisów z niebezpiecznych, ale także i bezwartościowych leków. Wspomniano już o wieloletnim przełamywaniu trudności w interpretacji tak ważnych badań jak EKG lub niekompetentne opisy RTG. To samo powtórzyło się po wprowadzeniu scyntygrafii, po upowszechnieniu USG, niewprawnej endoskopii itd. Wrywkowe kontrole wykazywały dziesiątki tysięcy niepotrzebnych mastektomii po złudnym badaniu termograficznym. Nie da się policzyć, ilu pacjentów zginęło w ciągu paruset lat z powodu przedawkowania naparstnicy, która nadal jest cennym lekiem w niedomodze serca, lub z powodu nagłych zgonów po strofantynie, która podbijała świat w połowie stulecia; z wzrastającej inwazyjności badań diagnostycznych lub

zabiegów terapeutycznych, którymi tak bardzo zachwycaliśmy się, bo usprawniały diagnostykę i otwierały nowe możliwości lecznicze. Dziś szukamy intensywnie sposobów zmniejszenia tej inwazyjności i ryzyka dla chorego, które niegdyś sami lansowaliśmy w aureoli zdobyczy nauki. Trudno wyważyć i ocenić szkody i korzyści wynikłe z immunoterapii i immunosupresji. Niepokój budzą perspektywy ingerencji lekarskich w biologię komórek rozrodczych i godzących w ludzki genom lub przyznanie lekarzom prawa do zadawania śmierci. To wszystko przenikało do społeczeństwa, które wraz z nami podziwiała sukcesy nauki i techniki, ale zarazem niepokój rósł. Te niepokoje i obawy zawiedzionego społeczeństwa oddaje nasza noblistka (W. Szymborska „U schyłku stulecia”), mówiąc „wiele się stało, co się stać nie miało, a co miało nadejść, nie nadeszło”. Rzeczywiście można ubolewać, że za każdy postęp trzeba płacić jakąś cenę i targować się, aby ta cena była najniższa. Dlatego wszędzie w ubiegłym stuleciu wprowadzono kontrolę i rejestrację dopuszczonych leków, kontrolę aparatury i urządzeń sanitarnych, żywności. Zaprzestać drogi naukowego rozwoju nie można, bo nie mamy innej drogi poznawania, jak przez badania naukowe. Musimy tylko dbać o ich poziom i o spełnianie naszych zadań. A to już nie jest sama nauka, tylko mądrość w dokonywaniu wyborów, roztropność i poczucie odpowiedzialności.

Wielkim ciosem dla medycyny klinicznej było ujawnienie, że szpitale i ich aparatura, inwazyjne metody stały się rozsądkiem infekcji, za czym poszedł ogromny nowy wysiłek i wielkie koszty, aby zamiast trwałego produkować sprzęt jednorazowego użytku.

Do tego dochodzą zagrożenia dla społeczeństwa, wynikające nie ze złej woli, ale z takich ułomności natury ludzkiej, jak fascynacja i entuzjazm badaczy, które przesłaniają poczucie ostrożności. W upowszechnianiu wdrożeń naukowych doszło niestety jeszcze jedno zjawisko, które w sposób fundamentalny ugodziło w szlachetną ideę nauki i poszukiwanie prawdy – a w medycynie w szczególności przesłoniło cel jej powstania i jej istnienia, jakim jest niesienie ulgi i pomocy cierpiącemu człowiekowi. Zagrożenia te często wynikały z niskich pobudek. Ujawnienie ich wywołało światową reakcję i pytanie o standardy etyczne. Niech o wadze problemu świadczy fakt, że w przeddzień naszego jubileuszu Fundacja Amerykańska i Światowa Medycyny Wewnętrznej oraz Europejskie Zrzeszenie Medycyny Wewnętrznej w obliczu tak szybko pojawiających się kolejnych wyzwań i w oparciu o trzy zasady: (a) nadrzędności opieki nad pacjentem, (b) autonomii pacjenta i (c) sprawiedliwości społecznej, opracowały projekt „Karty Lekarza” (*Annals of Internal Medicine*, 2002.136: 243-246), w której wyartykułowano zobowiązania i odpowiedzialność lekarza zarówno w stosunku do pacjenta, jak i do społeczeństwa.

Etyka zawodu lekarskiego i etyka badań naukowych

Pierwszym sygnałem, który wywołał powszechne oburzenie, było ujawnienie badań medycznych w niemieckich i japońskich obozach koncentracyjnych, zbrodniczo wyko-

nywanych na zniewolonych więźniach. Od ich potępienia w latach 1947-49 przez Trybunał i Deklarację Norymberską minęło 14 lat, zanim Światowe Towarzystwo Lekarskie wydało swą Deklarację Helsińską. Akcja ta wywarła przemożny wpływ na praktykę lekarską i na nauki medyczne. Deklaracja Norymberska – podstawowy akt prawny – w roku 1997, tj. po 50 latach, została ponownie przereklamowana z uwzględnieniem wielu nowych kierunków badań i praktyk medycznych, nieznanymi jeszcze w połowie stulecia. Światowe Towarzystwo Lekarskie w tym samym czasie już sześciokrotnie wprowadzało kolejne poprawki do Deklaracji Helsińskiej; z 32 paragrafów pierwotnej Deklaracji tylko 3 zostały niezmienione, a dodano 8 nowych i nie widać końca tego procesu. Zaczęło się wykazywanie i mnożenie przykładów już nie tylko nadużyć, ale i błędów lekarskich, wynikłych z niedouczenia i złego stosowania lub interpretacji innowacji, z świadomego fałszowania wyników badań naukowych lub nawet ich fabrykowania; dalej publikowania plagiatów lub nierzetelnych badań naukowych, niesprawdzonych pomysłów i nieusprawiedliwionych wniosków, przyjmowanych za dobrą monetę i siejących zamęt w świecie lekarskim. Za tym poszło zwrócenie uwagi na lekceważenie pacjenta i jego autonomii, wynikającej z praw człowieka, wytknięcie niedopuszczalnego paternalizmu, tak w wykonywaniu zawodu lekarskiego, jak i w badaniach naukowych, prowadzonych na pacjentach bez ich wiedzy i zgody.

Przestrzeżenie etyki badań naukowych stało się imperatywem w medycynie, która przybrała miano medycyny naukowej. Przedmiotowe traktowanie chorych poddawanych doświadczeniom, lekkomyślne ich narażanie, fałszowanie wyników badań, aby tylko poprzeć swoją hipotezę, ogłaszanie badań nigdy niewykonanych i oszustwa stały się plagą zagrażającą tak sensowi i dobremu imieniu nauki, jak i zaufaniu do medycyny naukowej.

Ostatnie ćwierćwiecze zdominowała ogólnoswiatowa akcja, podjęta nie przez prawodawców, tylko przez samorzady lekarskie, wydawania kodeksów etyki lekarskiej na płaszczyźnie profesjonalnej, a także akcja samych uczonych i instytucji naukowych powoływania mieszanych, lekarsko-społecznych komitetów etyki badań naukowych, tzw. lokalnych lub instytutowych (znanych jako LREC, IREC, IRB). Te ostatnie dotyczyły przede wszystkim projektów badań naukowych, medycznych i biologicznych na ludziach oraz na zwierzętach i znalazły poparcie w komitetach narodowych, rządowych i agencjach międzynarodowych. To wszystko było i jest upubliczniane i nie mogło nie wpłynąć na odczucie zagrożeń płynących dla ludności, którą, nie dość świadomą ostrych kryteriów nauki, wątpiącą i naiwną, zaczęło z powrotem podbijać bogactwo metod alternatywnych, imitujących naukę swoją formą i frazeologią, bez możliwości odróżnienia plewy od ziarna.

Innym złowróżebnym czynnikiem, który już ostatnio, na samym przełomie wieków, został ujawniony, to wprawdzie inny, ale również etyczny problem konfliktu interesów. Związany on jest ze zjawiskiem globalizacji, która z różnych zachęcających powodów

doprowadziła do kumulacji koncernów przemysłowych, gromadzenia ogromnych kapitałów, które z kolei zaczęły wykupywać i przekupywać akademickie warsztaty naukowe, tworzyć własne świetne laboratoria, co przy niedostatku środków na naukę i zdrowie w budżetach narodowych wpłynęło na zdominowanie kierunków badań biomedycznych na takie, które budzą największe nadzieje na wielkie korzyści finansowe, ale niekoniecznie spełniają ludzkie marzenia i zaspokajają potrzeby zdrowia i bezpieczeństwa. Można dyskutować nad racjami antyglobalistów i ubolewać nad ich łączeniem się z anarchistami, co tak drastycznie i krwawo zmanifestowało się w ostatnich paru latach, dyskutować nad dysponowaniem oferowanymi funduszami międzynarodowymi, ale w zakresie ochrony zdrowia wszystkie badania naukowe muszą spod obecnego dyktatu wielkiego przemysłu wrócić z powrotem do świata akademickiego i pod kontrolę społeczną.

Zakończenie

Ogromne sukcesy poznawcze i zdobycze praktyczno-lecznicze XX wieku napotkały pod koniec stulecia na przemożne czynniki negatywne, organizacyjne, ekonomiczne i moralne i przede wszystkim na brak satysfakcji społecznej. Wydaje się, że w tym przełomowym okresie, w którym znaleźliśmy się, wiele zależeć będzie od tego, jak dalece nauki medyczne i praktyka ochrony zdrowia uplasują i ukierunkują swą dalszą planowaną działalność i oprą ją o nauki społeczne, a nie tylko o nauki przyrodnicze. Po to, aby spełnić pierwotny i najślusniejszy cel medycyny, tj. osiągnięcie satysfakcji społecznej poprzez poczucie komfortu zdrowia fizycznego, psychicznego i społecznego obywateli. Wymaga to kształtowania postaw międzyludzkich w całym społeczeństwie, a to już problem nie tyle posiadania wiedzy, ile wychowania w duchu poszanowania każdego człowieka, solidarności i pomocy cierpiącym.

Wielką zdobyczą i chlubą medycyny klinicznej stał się w ostatnich dekadach rozwój intensywnej terapii i medycyny ratunkowej w nagłych zagrożeniach życia. Tacy lekarze wymagają szczególnej biegłości w kryzysowych sytuacjach krążenia, oddychania, świadomości, zatrucia i wielonarządowych urazów. A przecież nie mogą być zarazem kardiologami, pulmonologami, nefrologami, ortopedami czy farmakologami klinicznymi. Po krótkiej ratunkowej akcji oddają swych pacjentów do specjalistycznego leczenia chirurgom różnych specjalności lub specjalistom niezabiegowym, a ci szczęśliwych ozdrowieńców będą musieli oddać w przewlekłą opiekę internistom i lekarzom rodzinnym bez specjalizacji. Rzecz w tym, że te dramatyczne sytuacje, wymagające heroicznego wysiłku, stanowią nikły odsetek codziennej praktyki w służbie zdrowia. Każdego dnia liczba pacjentów znajdujących się w takiej krytycznej sytuacji jest nieporównanie mniejsza od liczby tych potrzebujących pomocy lekarskiej. To nie ci nieliczni uratowani od śmierci, tylko te notorycznie niezaspokojone masy pacjentów, domagające się konstytucyjnie gwarantowanej pomocy i dostępu do świadczeń zdrowotnych, nieustannie protestują

i urabiają złą opinię o służbie zdrowia. Do tej długotrwałej, ale i stale modernizowanej opieki, dla tych dokuczliwych, choćby i błahych usterek zdrowia, konieczni są kwalifikowani interniści. Głęboko ujęta, wielopoziomowa organizacja wymagałaby reformy, naboru i kształcenia pionu lekarskiego służby zdrowia, a nie tylko dyktowania coraz to nowych standardów postępowania czy układania coraz to nowych zestawów pytań testowych. Na pewno nie jest to też tylko problem samego zwiększania nakładów finansowych.

Mimo iż w ciągu stulecia zrozumieliśmy tak wiele mechanizmów procesów życiowych i ich chorobowych dewiacji, to każdy pacjent, przychodzący do lekarza ze swoimi skargami, pozostaje nadal wielką niewiadomą, wymagającą od początku trafnych wyborów w rozpoznawaniu jego stanu zdrowia, zaopiekowania się nim i dalszego pokierowania.

Choć w nieco innym rozumieniu tajemnice istnieją nadal. Obecnie dużo mniej ich w naszym zasobie wiedzy, ale tkwią one w samym pacjencie i mimo całej precyzji, na każdym etapie nasze wybory mogą być zagrożone. To dochodzenie i troska o pacjenta pozostaje najtrudniejszym i najbardziej odpowiedzialnym zadaniem, choć często szukać trzeba konsultacji wąsko specjalistycznych. Jest to rola kluczowa i nie wąskich specjalistów, tylko internistów musi być najwięcej. W tym sensie utrzymanie statusu lekarza internisty i oddziałów szpitalnych chorób wewnętrznych (już bez pytajnika) uważam za konieczne.

W artykule poruszono wiele problemów dotyczących przemian zachodzących w naukach internistycznych, z których każdy przeżywałem osobiście i poruszałem we własnych publikacjach, poza działalnością badawczą i dydaktyczną. Są one poniżej chronologicznie ułożone i stanowią kolejne etapy własnych przemyśleń i wypowiedzi na poruszone problemy. W nich znaleźć można szerszy wykaz kilkuset pozycji światowego piśmiennictwa, które upewniają, że to co działo się u nas, nie było oderwane od tego, co działo się w świecie.

Piśmiennictwo

- [1] *Pacjent i lekarz*. PAN, Oddział Kraków, 1966.
- [2] *Uwagi na temat etycznych aspektów transplantacji serca*. *Etyka*, 1969, 4: 9-10.
- [3] *Zaprogramowanie farmakologii klinicznej w Polsce*. *Pol. Tyg. Lek.* 1972, 27: 316-318.
- [4] *Medycyna Kliniczna w obliczu II Kongresu Nauki Polskiej*. *Przegl Lek.*, 1973, 30: 3-20.
- [5] *Palenie i zdrowie*. *Nauka Polska*, 1973. 11/12: 28-32.
- [6] *Narodziny i perspektywy farmakologii klinicznej w Polsce*. *Przegl. Lek.*, 1973, Suppl. 36: 58-60.
- [7] *Responsibility for the progress in therapeutics*. [W:] Z. Bankowski & J. F. Dunne (Eds), *Trends and prospects in drug research and development*. CIOMS, Geneva, 1978: 32-33.
- [8] *Etyczne aspekty badań biomedycznych u człowieka*. *Nauka Polska*, 1977, 25: 41-46.
- [9] *Pobocza farmakoterapii*. *Terapia i Leki*, 1977, 23: 443-442.

- [10] *Human Right to Health Care and Human Responsibility*. [W:] R. J. Dupuy (Ed), *The Right to Health as a Human Right*, Sijthoff & Noordhoff, Alphen aan den Rijn, 1979: 430-436.
- [11] *Selection and Recruitment of Patients for Biomedical Experiments*. [w:] N. Howard-Jones & Z. Bankowski, (Eds), *Experimentation and Protection of Human Rights*. CIOMS, Geneva, 1979: 142-153.
- [12] *Spojrzenie lekarza na rozwój techniki w medycynie*. *Przeł. Lek.*, 1979, 36: 589-591.
- [13] *Zdrowotno-ekonomiczne skutki palenia tytoniu przez pracujących w województwie katowickim*, *Pol. Tyg. Lek.*, 1980, 35: 737-741.
- [14] *Pogłębiona analiza ekonomiczno-zdrowotnych skutków palenia tytoniu w regionie wielkoprzemysłowym*. *Pol. Arch. Med. Wew.* 1981. 66: 197-201.
- [15] *Konsumpcja leków w Polsce*. PAN, Warszawa, 1981.
- [16] *Zdrowie społeczne: Uwarunkowania, perspektywy i rola nauk medycznych*, Nauka Polska, 1986, 3-4: 161-180.
- [17] *Ekonomiczne aspekty chorób układu trawiennego*, *Pol. Arch. Med. Wewn.*, 1987, 71: 40-46.
- [18] *50 lat chemioterapii w oczach internisty*, *Pol. Tyg. Lek.*, 1987, 42: 1615-1618.
- [19] *Współczesne aspekty etyki lekarskiej*. *Pol. Arch. Med. Wew.*, 1987, 27: 40-46.
- [20] *Porównawcze badania skuteczności terapii*, *Pol. Tyg. Lek.*, 1987, 42: 15-18.
- [21] *Zdrowie społeczne a priorytety badawcze w naukach medycznych*, Nauka Polska, 1987, 8: 5.
- [22] *Towarzystwa lekarskie w zmieniającym się świecie medycyny*. *Ann. Ac. Med. Sil.* 1987, 14/15: 27-34.
- [23] *Ethics of individual and society priorities, and of cost-benefit ratio in gastroenterology*. *Scand. J. Gastroent.* 1988, 23 Suppl. 144: 104-105.
- [24] *Technika w medycynie – postęp czy zagrożenie?* *Ann. AC. Med. Siles.*, 1988, 8: 5-10
- [25] *Lekarz roku 1950 i 2000*. Nauka Pol. 1989, 1: 3-12.
- [26] *Ethics and training in digestive endoscopy*. *Endoscopy*, 1989, 21: 232-233.
- [27] *Jatrogenia i właściwy kontakt z pacjentem jako przyczyny odrzucania medycyny naukowej*. Nauka Polska 1990, 37/5: 61-69.
- [28] *Nadzór nad badaniami biomedycznymi w Polsce i na świecie*. *Ann. Ac. Med. Siles.*, 1991, 24: 155-166.
- [29] *Krytyczna ocena działań w ochronie zdrowia społeczeństwa*. Nauka Pol. 1992, 39: 24-28
- [30] *Etyka a nauka*. PAN, Warszawa, 1992.
- [31] *W sprawie utworzenia Komitetu Etyki w Nauce przy Prezydium PAN*. Nauka Pol. 1993, 41: 25-30.
- [32] *Rozwój genetyki – zagrożenia i złudzenia*. Nauka, 1997, 2: 77-129.
- [33] *Arogancja świata nauki*. Nauka Polska, 1993, 41/5: 41-53.
- [34] *Human attitudes erring at the crossroads of science, knowledge and wisdom*. [W:] *The Discovery of Polonium and Radium*. PAN, Warszawa, 1993: 363-367.
- [35] *Branżowe komitety etyczne*. Nauka, 1994, 4: 95-96.
- [36] *Dobre obyczaje w nauce*. PAN, Warszawa, 1994, 1996 oraz 2000.
- [37] *Tajemnica lekarska*. PAU, Kraków 1994.
- [38] *Informed Consent*. PAU, Kraków, 1995.
- [39] *Medical Practice: Priority of Science, Paternalism or Social Participation?* *Dialogue & Universalism*, 1995, 2: 11-19.
- [40] *Eksperymenty na zwierzętach*. PAU, Kraków, 1996.
- [41] *The movement for medical ethics in Poland*. *Int. J. Bioeth.* 1996, 7: 110-113.
- [42] *Etyka środowiska naukowego*. *Sprawy Nauki*, 1997, 8: 5-8.

- [43] *Geny, klony i człowieczeństwo*. Sprawy Nauki, 1998, 3: 3-7.
- [44] *Od Kartezjusza do farmakologii klinicznej*. Medycyna po Dyplomie, 1999, 8: 13-22.
- [45] *To be (alive) or to have (good health)*. Analecta Husserliana, 2000, 64: 153-159.
- [46] *Medycyna i człowiek u progu XXI stulecia*. Med. P. Dypl., 2000, 9: 14-25.
- [47] *Globalizacja służby zdrowia i uprzemysłowiona terapia*. Med. P. Dypl. 2002, 11/5: 11-26.
- [48] *Od przysięgi Hipokratesa do profesjonalizmu lekarskiego*. Med. P. Dypl. 2003, 12/7: 16-17.
- [49] *Komisje bioetyczne w oglądzie środowiska naukowego*. Med. Prakt. 2003, 3: 81-93.
- [50] *Etyka głównym problemem nauk medycznych u progu trzeciego tysiąclecia*. Sztuka Leczenia. 2003, 9: 9-25.
- [51] *Choroby wewnętrzne i farmakologia kliniczna. Przyszłość świetlana czy mroczna?* Biul. Śl. Ak. Med. 2005, 15/4: 3-8.

Internal medicine? Personal reminiscences from the 20th century

Medicine, in the ancient time an empirical, often mysterious knowledge, aimed to help suffering people. It developed quickly and massively entering the way of scientific research in the last few centuries. Recently, it has shifted from natural towards social sciences to fulfill the demands and expectations of societies. Highly sophisticated and expensive tools and very complicated health care systems result in continuous reforms in teaching professionals. The inadequately controlled progress in medical practice creates dangers to social health and safety, surprisingly raising dissatisfaction and mass contestation. Such situation generates the need for reasonable health policy in steering scientific research to the most burning social problems instead to those most ambitious, fascinating, and promising biggest financial profit. That is why energetic movements for high level of ethics in scientific research and among health care professionals has been called for all over the world. Further development in medical sciences and progress in medical practice will certainly continue and both are highly desirable, however they should never disregard the rank of social needs which in various countries may be different.

Key words: medicine, historical change, scientific research, internal medicine, social image of medicine