

Andrzej SZCZEKLIK

EKSPLOZJA MEDYCyny I GODNOŚĆ CZŁOWIEKA*

Ogień prometejski kojarzył się zawsze z iskrą bogów, natchnieniem, heroiczną odwagą, siłą twórczą. Wszyscy, którzy próbowali lub próbują tworzyć człowieka de novo, poza siłami natury, w pewnym sensie wywodzą się od Prometeusza. Posługiwali się oni magią, alchemią (współcześnie posługują się biologią molekularną), by osiągnąć ułamek władzy, która w pełni przynależy jedynie Bogu.

Jestem przekonany, że podczas gdy w skali wszechświata żyjemy w czasie po Wielkim Wybuchu, na naszej planecie przeżywamy czas eksplozji medycyny. Jesteśmy świadkami zuchwałych prób odtworzenia fragmentów człowieka, eksperymentów, które w przyszłości mają doprowadzić do wytworzenia go de novo. W związku z rozwojem medycyny regeneracyjnej, klonowaniem, wykorzystywaniem komórek macierzystych wyłaniają się nowe pytania, nieznane naszym poprzednikom, pytania dotyczące godności człowieka i jego praw niezbywalnych; pytania, z którymi trzeba nam się zmierzyć, choć odpowiedzi na nie wykraczają daleko poza obszar medycyny.

Zacznijmy od trzech przykładów. Kiedy przed blisko czterdziestu laty do kliniki, gdzie zaczynałem praktykę jako adept sztuki lekarskiej, przywożono chorego ze świeżym zawałem serca, kładliśmy go do łóżka, podawaliśmy leki przeciwbólowe i zabranialiśmy wstawać przez cztery tygodnie. W zawale nagłe zamknięcie tętnicy wieńcowej prowadzi do obumarcia części mięśnia sercowego, odżywianego przez tę tętnicę. Wierzono wówczas, że leżenie nieruchomo przez miesiąc ułatwi gojenie w zranionym sercu, pomoże wytworzyć zwartą, mocną bliznę. Dziś, kiedy rano w klinice odbieram raport, dyżurny lekarz melduje mi: w nocy przyjęliśmy pacjenta ze świeżym zawałem, wykonaliśmy koronarografię, udroźniliśmy zamknięcie tętnicy wieńcowej, otworzyliśmy je, wprowadzając balonik i zabezpieczyliśmy trzema stentami. Po czterech dniach ten chory w dobrym stanie, o własnych siłach opuszcza szpital. Cóż za fundamentalna różnica w sposobie leczenia!

Przykład drugi: Na początku praktyki lekarskiej przyswajałem sobie arkana sztuki, gorliwie opukiwałem granice serca, stetoskopem wysłuchiwałem tony

* Wykład przedstawiony podczas III Kongresu Kultury Chrześcijańskiej w Lublinie 26 IX 2008 roku. Niektóre fragmenty tekstu drukowano w „Zeszytach Literackich” (2008) i „Studium Generale Universitatis Wratislaviensis” (2008).

i ich akcenty, wylapywałem szmery i poznawałem dziesiątki ich nazw, śle-
dziłem zmienne rytmy. Dziś młody lekarz od razu prosi o wykonanie echa ser-
ca. I bardzo szybko otrzymuje drobiazgową informację, które trudno byłoby
uzyskać opukiwaniem i osłuchiowaniem (co nie umniejsza mojego podziwu dla
tych zanikających umiejętności).

Na studiach lekarskich mówiono nam o uczonej radzieckiej Oldze Lepie-
szyńskiej, która otrzymała w probówce żywe komórki, mieszając i podgrze-
wając proste związki chemiczne. „Słuszność” jej doświadczenia potwierdził
na plenum KC KPZR sam Józef Wissarionowicz Stalin. Moi rówieśnicy na
Zachodzie nie musieli słuchać takich wykładów, ale przecież i oni nie mieli
pojęcia o podwójnej helisie DNA, o tajemnicy odradzania się życia. Nikt tego
wówczas nie wiedział. Dziś w laboratorium kliniki, w której pracuję, wyod-
rębniamy z krwi chorego nić DNA zapisaną trzema miliardami liter, powiela-
my ją miliony razy w ciągu kilkunastu minut, wyluskujemy z tych kopii
interesujący nas kilkudziesięcioliterowy fragment (szukanie igły w stogu sia-
na wydaje się przy tym dziecinną igraszka) i rozstrzygamy, czy zawiera on
wariant genetyczny – mutację – odpowiedzialny za wystąpienie choroby. Tak
postępujemy rutynowo, na przykład przy zakrzepicach (emboliach) płucnych
u młodych ludzi. Zajmuje nam to niecałe przedpołudnie.

Czyż ten fenomenalny postęp nie ma cech wybuchu? Dokonał się on w ostat-
nim półwieczu. Przed ponad sześciuset laty Petrarka twierdził, iż gdyby wziąć
tysiąc ludzi cierpiących na tę samą chorobę i połowę z nich oddać w ręce le-
karzy, połowę zaś zostawić swojemu losowi, to ci ostatni mieliby większe
szanse na wyzdrowienie. Harwardzki biochemik Lawrence Joseph Henderson
uważał, iż dopiero przed niespełna stu laty, około roku 1915, przeciętny chory
zgłaszający się do przypadkowo wybranego lekarza miał pierwszy raz w hi-
storii przekraczającą pięćdziesiąt procent szansę odnieść z tej wizyty korzyść¹.
Jeśli tak było, to jak przez tysiąclecia funkcjonowała medycyna? Jak wy-
tłumaczyć wyzdrowienie leczonego w zamierzonych czasach pacjenta?
Paradoks ten Hipokrates wyjaśniał uzdrowicielską siłą natury: to w samej na-
turze – uczył – drzemią dobroczynne lecznicze siły, lecznicza moc.

Hipokratycy widzieli, jak przesileniu choroby (gr. krisis) towarzyszyły: poty,
biegunka, wymioty, katar, ropienie, odkształcanie płwociny, krwawienie. Inter-
pretowali te objawy jako dowód, że organizm ma w sobie naturalne siły, by przy-
wrócić równowagę humoralną stanowiącą o zdrowiu, by pozbyć się złych soków
i szkodliwych składników, by się oczyścić. Już w przedhomeryckiej Grecji pra-
lekarzy nazywano „czyścicielami” (gr. kathartai). Z medycyny katharsis przenik-
nęła do sztuki; Pitagoras mówił, iż medycyna oczyszcza ciało, a sztuka – duszę².

¹ Zob. W. F. B y n u m, *Nature's Helping Hand*, „Nature” t. 414, 2001, nr 6859, s. 21.

² Por. A. S z c z e k l i k, *Katharsis. O uzdrowicielskiej mocy natury i sztuki*, Znak, Kra-
ków 2008, s. 84.

Dwa czynniki, uplasowane na dwu szalach wagi, rozstrzygają o terapii: na jednej szali – uzdrowicielskie siły samego organizmu, hipokratejska lecznicza moc; na drugiej – ingerencja lekarza. W dwudziestym wieku szale przechyliły się na stronę tej drugiej. Ograniczając się jedynie do leków, wystarczy wymienić dwa wielkie odkrycia: penicylinę i glikokortykoidy (hormony kory nadnerczy). Penicylina to przykład odkrycia nieoczekiwanego – co wcale nie oznacza odkrycia przypadkowego: płytka Petriego, zapomniana przez Alexandra Fleminga, zarosła pleśnią, która wyparła bakterie. Anglicy i Amerykanie używają na to słowa „serendipity” – niespodzianka, warta więcej niż wynik przewidywany.

Wkrótce po odkryciu penicyliny wyizolowano z krwi hormony kory nadnerczy, a następnie je zsyntetyzowano. Kiedy wstrzyknięto je chorym, nastąpił jeden z największych cudów, jakie zna medycyna. Ludzie z powykręcanyimi stawami, jęczący z bólu, przykuci do łóżek, po zastosowaniu leku wstawali uśmiechnięci, a chorzy na astmę, duszący się dzień i noc, po raz pierwszy odychali swobodnie.

Te i inne odkrycia sprawiły, że w dwudziestym wieku średni czas życia w krajach rozwiniętych wydłużył się o dwadzieścia pięć lat. Przydano nam ćwierć wieku życia! Duży wpływ na wysokość owej średniej miał spadek śmiertelności noworodków i dzieci, ale wzrosła też przeciętna długość życia dorosłych. Częstość występowania chorób serca i układu krążenia, która osiągnęła apogeum w latach pięćdziesiątych i sześćdziesiątych ubiegłego wieku, zmalała od tego czasu o sześćdziesiąt dwa procent. Ten fenomenalny spadek przypisuje się w połowie redukcji czynników ryzyka (takich, jak palenie tytoniu, nadciśnienie, hipercholesterolemia), a w drugiej części podniesieniu standardów leczenia (duże znaczenie mają oddziały intensywnej terapii, zabiegi rewaskularyzacyjne, wtórna prewencja)³.

Demografowie przewidywali, że już niedługo wyczerpią się możliwości redukcji śmiertelności i średni czas życia przestanie się wydłużać. Tak się jednak nie stało; w ciągu ostatnich dziesięciu lat – nadal wzrasta. W większości krajów rozwiniętych wzrost ten w przeliczeniu na dzień wynosi obecnie około pięciu godzin. Możemy sobie wyobrazić, że każdy z nas budzi się rano do dwudziestodziwiewięciogodzinnego dnia. Z tego dwadzieścia cztery godziny zużyjemy teraz, a pozostałe pięć odłożymy na później⁴.

Czy tych darowanych godzin będzie przybywać jeszcze więcej, gdy każdy z nas zostanie „zdekodowany”, gdy odtworzony będzie zapis naszego in-

³ Zob. R. V. Luepker, *Decline in Incident Coronary Heart Disease: Why Are the Rates Falling?*, „Circulation” t. 117, 2008, nr 5, s. 592n.

⁴ Zob. T. B. Kirkwood, *A Systematic Look at an Old Problem*, „Nature” t. 451, 2008, nr 7179, s. 644-647.

dywidualnego kodu genetycznego, tak jak dwóch znanych naukowców: Craiga Ventera, „enfant terrible” genetyki, i Jamesa Deweya Watsona, który w roku 1953 odkrył (wraz z Francisem H. C. Crickiem) podwójną helisę DNA? Fakt, że pięćdziesiąt pięć lat później odczytano punkt po punkcie trzy miliardy liter jego DNA, ma ogromne znaczenie symboliczne, ale jak dotąd tylko symboliczne. Na podstawie pełnego zapisu DNA Watsona nie można bowiem określić nawet najprostszycch cech biologicznych wielkiego noblisty, koloru włosów czy nawet jego wzrostu. To przykład na to, jak trudno nam skorelować genotyp z fenotypem, a cóż dopiero mówić o jego korelacji z objawami choroby.

Jeżeli dziś szukamy tajemnicy wiecznej młodości, eliksiru życia, to nasza uwaga kieruje się ku komórkom macierzystym. W nich medycyna lokuje swoje największe nadzieje. To one miałyby być piątą esencją i spełnieniem marzeń Fausta.

Są to pierwsze komórki, z których rozwijają się wszystkie następne, wyspecjalizowane; dają początek komórkom mięśni, wątroby, kości, mózgu. Są pniami, z którego wyrastają gałęzie drzewa. Czy można się dziwić, że medycyna postrzega komórki macierzyste jako panaceum na trapiące nas choroby, ultimum refugium przed starością? Wyobrażono sobie bowiem, iż gdyby wstrzyknąć je na przykład do uszkodzonej wątroby, to przekształcą się one w komórki wątrobowe i wątroba się zregeneruje. Podobnie mogłoby być w wypadku innych narządów. Tak narodziła się medycyna regeneracyjna.

Komórki macierzyste można otrzymać z trzech źródeł: ze szpiku kostnego, na drodze klonowania albo z zarodków ludzkich. Najłatwiej wydobyć je ze szpiku kostnego, a następnie wszczepić do mięśnia sercowego.

Szacuje się, iż do połowy 2008 roku około tysiąca chorych na świecie otrzymało przeszczepy komórek do serca. Większość chorych, u których zastosowano przeszczep, to pacjenci z ostrym zawałem serca lub przewlekłą niewydolnością serca. Komórki – wiele milionów komórek – wstrzykiwano najczęściej przez cewnik umieszczony w tętnicy wieńcowej. Pierwsze wyniki były nadzwyczaj optymistyczne i wskazywały na poprawę kurczliwości mięśnia serca. Jednakże ocena badań międzynarodowych dokonana w roku 2008 jest już bardziej sceptyczna. Trzeba pamiętać, iż grupy badanych są jeszcze bardzo nieliczne, a przeszczep komórek zwykle połączony jest z rewaskularyzacją (także angioplastyką i stentowaniem), w związku z czym rozstrzygnięcie, który z tych zabiegów przynosi korzystny efekt, może być niemożliwe. Metoda leczenia polegająca na wszczepianiu komórek macierzystych nadal jednak wzbudza ogromny entuzjazm.

Materiał do przeszczepów pobierany ze szpiku jest materiałem niejednorodnym. Komórki macierzyste czyste możemy otrzymać drogą klonowania. Z komórki jajowej usuwa się jądro i w jego miejsce wprowadza się inne ją-

dro, pobrane z komórki dorosłego organizmu. Następuje wówczas zdumiewająca reakcja: jądro odmładza się radykalnie, wskazówki jego zegara cofają się do początku, do stanu zarodkowego. W tym dojrzałym jądrze, pod wpływem „kobiecej” cytoplazmy, budzą się geny, które działały w życiu płodowym, a następnie zostały wygaszone. Sklonowane komórki jajowe z reprogramowanym jądrem implantuje się w macicy przybranej matki, która po miesiącach rodzi dziecko. Tak w roku 1996 sklonowano owieczkę Dolly, a po niej inne owce oraz krowę, konia, prosiaka, wilka, muflona, bawoła, osła, muła, kota, psa i ostatnio – małpę. Wydajność klonowania jest jednak daleka od oczekiwanej; tylko około dwóch procent klonowanych embrionów zwierzęcych rodzi się jako zdrowe osobniki.

Klonowanie reprodukcyjne człowieka, zmierzające do wytworzenia pełnego organizmu, jest na całym świecie zabronione. Zezwala się natomiast na klonowanie terapeutyczne, które ma na celu pozyskanie ludzkich komórek macierzystych po to, by je wykorzystać w leczeniu. Potrzeba do tego wielu jajeczek. Prof. Hwang Woo-Suk z Korei wstrzykiwał młodym kobietom, głównie swoim doktorantkom, hormony i wywoływał u nich hiperowulację, aby w ten sposób uzyskać komórki jajowe, których użył następnie do klonowania. Przedstawione przez Koreańczyka zdjęcia sklonowanych ludzkich komórek macierzystych okazały się jednak naukowym oszustwem. Uczniowie proponują, żeby zastąpić kobiece jajeczka zwierzęcymi – stworzyć komórki mieszane, hybrydy zwierzęco-ludzkie. Ze zwierzęcej komórki jajowej usunąć jądro i w jego miejsce wprowadzić jądro komórki człowieka. Nad usankcjonowaniem tego postępowania toczą się debaty w parlamencie brytyjskim.

Oczekiwania wobec medycyny regeneracyjnej są ogromne, aczkolwiek liczenie tu na rychłe sukcesy jest przedwczesne. Mimo to obecnie trudno już zahamować rozwój badań w tej dziedzinie. Przykładem może być reakcja mieszkańców stanu Kalifornia na wprowadzony przez prezydenta George’a W. Busha zakaz finansowania przez instytucje państwowe badań nad klonowanymi ludzkimi zarodkowymi komórkami macierzystymi. W listopadzie 2004 roku w powszechnym głosowaniu zdecydowali oni, że trzy miliardy dolarów z funduszy stanowych przeznaczone zostaną na badania zabronione przez rząd federalny. Pieniądze na ten cel płyną szeroką falą zarówno z agend stanowych, jak i ze źródeł prywatnych. Słynne kalifornijskie uniwersytety łączą się w sieć, by zespolić wysiłki badawcze.

Powiedzieliśmy już, że komórki macierzyste można uzyskać ze szpiku, gdzie jednak znajdują się w stanie rozproszenia, lub drogą klonowania. Trzecim źródłem komórek są zarodki ludzkie w okresie poprzedzającym ich zagnieżdżenie się w macicy (blastocyty). Zarodki takie bywają dostępne w klinikach, w których przeprowadza się zapłodnienie *in vitro*, jako tak zwane zarodki nadliczbowe. Są one skazane na obumarciu lub przechowywane w stanie zamro-

zenia, jeśli ich rodzice przewidują dalsze ciążę. W niektórych krajach europejskich, na przykład w Polsce i w Austrii, prawo zakazuje prowadzenia badań na zarodkach ludzkich. Najbardziej liberalna jest Anglia, gdzie doświadczenia takie nie napotykają istotnych przeszkód prawnych.

Podczas klonowania cytoplazma dokonuje cudu. Przekształca dojrzałe, wprowadzone do niej jądro, wymazuje z niego dorosłe geny i wzbudza uspio-
ne od lat geny zarodkowe. Uczeni dążyli do tego, by reprogramować dojrzałą, wykształconą komórkę somatyczną bez pomocy cytoplazmy oocytu. Pragnęli oddziałać bezpośrednio na jej DNA, obudzić śpiące w nim geny, nieczynne od stadium zarodka. Ta fantastyczna wizja została urzeczywistniona na przełomie 2007 i 2008 roku przez dwie niezależnie od siebie pracujące grupy badawcze: z Kyoto w Japonii i z Madison w stanie Wisconsin⁵. Pobrano dojrzałe komórki (na przykład ze skóry twarzy trzydziestosześcioletniej kobiety) i wprowadzono do nich cztery geny, które po upływie około miesiąca przekształciły je w ludzkie komórki macierzyste (indukowane, pluripotente komórki macierzyste). Dojrzała komórka cofnęła się więc do najwcześniejszego okresu swojego istnienia, by niejako zacząć życie od nowa. Wyniki te potwierdzono już w kilku innych laboratoriach.

Nie ulega wątpliwości, że w nauce dokonał się przełom, wstrząs. Ian Wilmut, twórca owieczki Dolly, powiedział, że zaprzestaje doświadczeń na ludzkich zarodkowych komórkach macierzystych, gdyż nowe odkrycia otwierają o wiele ciekawsze perspektywy. I rzecz równie ważna: eliminują ważki problem etyczny. Aby wytworzyć komórki macierzyste, nie trzeba będzie w przyszłości wykorzystywać ludzkich komórek rozrodczych ani zarodków. Jeden z badaczy zajmujących się klonowaniem, zapoznawszy się z opisywanym tu przełomowym odkryciem, oznajmił z zadowoleniem: „Faceci pracujący w etyce będą musieli znaleźć sobie jakieś nowe zmartwienie!”.

W sierpniu 2008 roku pobrano komórki ze skóry osiemdziesięciodwuletniego mężczyzny i jego osiemdziesięciodziewięcioletniej siostry i skutecznie je reprogramowano, otrzymując pluripotente komórki macierzyste. Rodzeństwo to cierpiało na pewną chorobę neurologiczną (stwardnienie zanikowe boczne); uczeni żywią nadzieję, że w ich reprogramowanych komórkach odnajdą wyjaśnienie choroby⁶.

Należy jednak zdawać sobie sprawę z tego, że droga do aplikacji klinicznych najeżona jest trudnościami. Wehikułem, który wprowadził do dojrzałej

⁵ Zob. K. Takahashi i in., *Induction of Pluripotent Stem Cells from Adult Human Fibroblasts by Defined Factors*, „Cell” t. 131, 2007, nr 4, s. 861; J. Yu i in., *Induced Pluripotent Stem Cell Lines Derived from Human Somatic Cells*, „Science” t. 318, 2007, nr 5846, s. 1917.

⁶ Zob. J. T. Dimos, *Induced Pluripotent Stem Cells Generated from Patients with ALS Can Be Differentiated into Motor Neurons*, „Science” t. 321, 2008, nr 5893, s. 1218.

komórki cztery reprogramujące geny (nazywane fachowo „czynnikami transkrypcyjnymi”), były wirusy. Niosą one ze sobą rozliczne niebezpieczeństwa, między innymi możliwość wywołania raka. Podobnie i w samych komórkach macierzystych potencjał rakotwórczy jest potężny.

Reprogramując komórkę, nastawiamy jej czas na pierwsze chwile jej życia. Nie wydaje się słuszne, by mówić, iż cofnęliśmy strzałkę czasu. Czas przecież nie pobiegł w odwrotnym kierunku, jak film puszczonej – od pewnego momentu – do tyłu, jak taśma stopniowo zwijana wstecz. Intuicja podpowiada nam, że czas – niczym wskazówki na tarczy zegara – zatoczył koło i wrócił do swego początku. Przypominają się słowa z poematu Thomasa Stearnsa Eliota: „W moim kresie jest mój początek”⁷, pitagorejskie koło życia i głoszona przez stoików greckich idea wiecznego powrotu, cykliczności dziejów świata. Po każdym cyklu świat wracać miał do stanu pierwotnego (gr. apokatastasis) i cała jego struktura miała być rekonstruowana. Idea ta, szczególnie bliska Nietzsche, odbija się głośnie echem współcześnie w słynnym twierdzeniu Henri Poincarégo o rekurencji, w hipotezie zamkniętych krzywych czasopodobnych, która wywołała lawinę prac o pętłach czasu⁸.

Reprogramowanie komórki zmierzające do odtworzenia fragmentów człowieka wpisuje się w odwieczny ciąg prometejskich ambicji i marzeń. Marzenia te i ambicje pojawiały się już u zarania medycyny. Asklepios – nazywany patronem albo bogiem medycyny – kształcił się u dobrego centaura Chejrona i nabrał takiej biegłości w leczeniu, że ośmielił się przywracać martwych ludzi do życia. Wówczas Zeus uderzył w niego piorunem. Asklepios, wskrzeszając, przywracając życie, reanimując zmarłych, naruszył granice ludzkiego istnienia.

Naszym problemem jest zbyt późne podejmowanie reanimacji. Spóźniona reanimacja przenosi ratowanego w inny stan istnienia, nieznanego człowiekowi w całej jego historii – w stan *vita vegetativa*. Czy chorzy, którzy nie poruszają się i nie reagują, rzeczywiście żyją życiem roślin? Są oni zawieszani pomiędzy życiem a śmiercią. Mają rozlane, obustronne uszkodzenia kory mózgowej, choć struktury pnia mózgu pozostają sprawne. Najbliżsi starają się dotrzeć do chorej osoby i dać jej znak, że nie została opuszczona, że są przy niej... W takich sytuacjach nie można uniknąć pytania o kres: Jak długo należy podtrzymywać ten inny stan istnienia? Pytanie to obiegiło świat, kiedy rozstrzygał się los Terri Schiavo, która po reanimacji przez piętnaście lat pozostawała w śpiączce. Nie można było nawiązać z nią kontaktu, chociaż biło jej serce i oddychała, a jej życie podtrzymywano dożylnie podawanymi pokar-

⁷ T. S. Eliot, *East Coker*, tłum. K. Boczkowski, w: tenże, *Wybór poezji*, wybór K. Boczkowski, W. Rulewicz, Ossolineum, Wrocław 1990, s. 269.

⁸ Por. M. Heller, T. Pabjan, *Elementy filozofii przyrody*, Biblos, Tarnów 2007, s. 60.

mami. W końcu decyzję o zaprzestaniu odżywiania chorej, zgodnie z prawodawstwem Stanów Zjednoczonych, podjął jej mąż. Odłączono kroplówki; trzynastdzieci dni później nie żyła.

Przykład Terri Schiavo obrazuje problemy, na które napotyka lekarz w swojej codziennej praktyce. Wyłączenie respiratora jest dla nas, lekarzy, przyznaniem się do klęski. A przecież nie da się podtrzymywać życia w nieskończoność. Dlatego potrzeba obiektywnych kryteriów, które rozstrzygną wątpliwości, pozwolą uniknąć sytuacji nie do rozwiązania.

Bezmiar cierpień można przerwać, odbierając życie. Dyskusja na temat eutanazji rozlewa się szeroką falą. Głos medycyny nie powinien być ani jedynym, ani rozstrzygającym w tej debacie. Czy lekarz ma pomagać choremu w dokonaniu samobójstwa? Zapatrywania na ten temat nabierają szczególnej aktualności, gdy w delikatną materię etyki wkracza prawo – tak jak to miało miejsce w Holandii czy w stanie Oregon – sankcjonując eutanazję i samobójstwo z pomocą lekarza. Powiedzmy jasno: prawo polskie zakazuje dokonywania eutanazji; kodeks karny przewiduje kary dla lekarza pomagającego w samobójstwie. Wątpiącym, zagubionym, poddanym szerzącej się fali relatywizmu prawo to wydawać się może zbyt surowe. Dodam zatem dwie uwagi osobiste. Po pierwsze, przez wiele lat praktyki lekarskiej nie usłyszałem z ust żadnego chorego prośby o eutanazję. To samo doświadczenie ma siostra Małgorzata Chmielewska, zajmująca się wyłącznie ludźmi przewlekle cierpiącymi i nieuleczalnie chorymi, z których większość wie, że ich dni są policzone. Po drugie, ileż to razy myliłem się w swoim wyrokowaniu lekarskim! Gdyby decyzja o eutanazji miała zależeć od mojego osądu lekarskiego (wspartego – zapewne zgodnie – przez grupę pokrewnych specjalistów), wielu chorych straciłoby szansę na przeżycie.

Kwestia cierpienia wprowadza nas wprost w zagadnienie godności ludzkiej⁹. Człowiek został obdarowany godnością przez sam fakt stworzenia go na obraz i podobieństwo Boga. Godność wyróżnia człowieka jako osobę, jest właściwością aksjologiczną przynależną bytowi ludzkiemu. W niej zakorzenione są prawa człowieka, wpisane w porządek istnienia przez samego Stwórcę. Ma więc człowiek prawa niezbywalne, które nie mogą być koncesjonowane przez instytucje państwowe czy organizacje międzynarodowe. Jan Paweł II domagał się afirmacji osoby dla niej samej. Jeszcze jako biskup Karol Wojtyła pisał, iż osoba jest takim bytem, że właściwym odniesieniem do niej jest miłość¹⁰.

⁹ Zob. K. B i r o s, *Sens cierpienia i śmierci w cywilizacji miłości* (Praca magisterska napisana pod kier. ks. prof. K. Szczygła, Papieska Akademia Teologiczna, Kraków 2000); por. J a n P a w e ł I I, *Ewangelia cierpienia*, Znak, Kraków 1997, s. 167.

¹⁰ Zob. K. W o j t y ł a, *Miłość i odpowiedzialność*, Towarzystwo Naukowe KUL, Lublin 2001.

Jak jednak pogodzić wyjątkowość człowieka, opisaną słowem „godność”, ze słabością i ułomnością naszej natury? Doświadczamy tej ułomności w sposób dramatyczny, wchodząc do sal szpitalnych. W oczach świata ból i cierpienie są czymś strasznym, bezowocnym i destrukcyjnym. Sprzeciw wobec cierpienia, niezgoda na jego istnienie jest źródłem odwiecznego kwestionowania istnienia Boga. Cierpienie bowiem trudno zrozumieć, pozostaje niewytłumaczalne nawet dla tych, którzy wierzą. Wiara nie wymazuje cierpienia. Cierpienie przenika świat i życie każdego z nas – rozpięte „między krzykiem narodzin a krzykiem śmierci”¹¹, jak napisał Zbigniew Herbert.

Jan Paweł II zawsze otaczał troską cierpiących. Towarzyszył im, zanim jeszcze własne cierpienie zaczęło kłaść się na nim przemożnym ciężarem. Hart i pogoda ducha Papieża były dla nas niedościgłym wzorem, ucieleśnieniem głoszonych przez niego idei. Ojciec Święty uczył, że ból i cierpienie należy przyjąć w całej pełni, że przyjęcie cierpienia jest uczestnictwem w męce Chrystusa¹². Swoim godnym najwyższego podziwu nieustępliwym zmaganiem się z bólem i chorobą przybliżył nam tajemnicę cierpienia.

Powróćmy do medycyny regeneracyjnej. Jej ikoną mógłby być Prometeusz, któremu sęp przez trzydzieści tysięcy lat wyjadał wątrobę, a ona odrastała każdej nocy. Ogień prometejski kojarzył się zawsze z iskrą bogów, natchnieniem, heroiczną odwagą, siłą twórczą. Wszyscy, którzy próbowali lub próbują stworzyć człowieka de novo, poza siłami natury, w pewnym sensie wywodzą się od Prometeusza. Posługiwali się oni magią, alchemią (współcześnie posługują się biologią molekularną), by osiąść ułamek władzy, która w pełni przynależy jedynie Bogu. Opowieści o próbach stworzenia homunkulusa, golema, o unieśmiertelnieniu Fausta, ożywieniu Frankensteina i jego kolejnych wcieleń to wyraz tych samych pragnień, które mają początek w micie o Asklepiosie. Jak zatem wytyczyć granicę ingerencji biotechnologii w nasze organizmy? Co w końcu chcemy przed nią chronić? Istotę naszego człowieczeństwa, godność człowieka i wynikające z niej prawa? Pojęcie godności, będące głównym wątkiem nauczania Jana Pawła II, jest kluczem do odpowiedzi na postawione tu pytania. Granica, za której przekroczenie Asklepios runął rażony piorunem, istnieje, choć tak trudno nam ją dostrzec.

¹¹ Z. H e r b e r t, *Rekonstrukcja poety*, w: tenże, *Wybór poezji. Dramaty*, Czytelnik, Warszawa 1973, s. 251.

¹² Por. J a n P a w e ł I I, dz. cyt., s. 57; t e n ż e, *Przekroczyć próg nadziei*, Redakcja Wydawnictw KUL, Lublin 1994, s. 63.