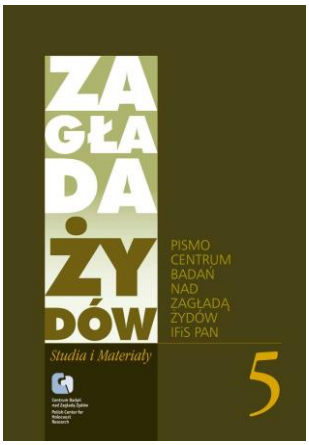


Zagłada Żydów. Studia i Materiały
Holocaust Studies and Materials

VOL. 5 (2009)

ISSN: 1895-247X
eISSN: 2657-3571
DOI: 10.32927
WWW: www.zagladazydow.pl

Centrum Badań nad Zagładą Żydów IFiS PAN
Polish Center for Holocaust Research

Badania nad głodem w getcie warszawskim – problemy etyczne

Research on Starvation in the Warsaw Ghetto – Ethical Problems

Marta Janczewska
Żydowski Instytut Historyczny

mjanczewska2@gmail.com

DOI: https://doi.org/10.32927/ZZSiM.320
Strony/Pages: 327-338

CC BY

OPEN ACCESS

Marta Janczewska

Badania nad głodem w getcie warszawskim – problemy etyczne

Opracowanie *Choroba głodowa*, wydane drukiem w 1946 r.[1], stanowi jedyną w swoim rodzaju pracę naukową, której osobność i niepowtarzalność nie wymaga dodatkowych uzasadnień[2]. Oto grupa lekarzy żydowskich w getcie warszawskim podejmuje się zbadania zmian fizjologicznych, jakie następują w organizmach ludzkich w wyniku długotrwałego głodowania. Przedmiotem badania staje się śmierć z głodu od jej biologiczno-chemicznej strony.

Badania nad chorobą głodową prowadzone były od lutego 1942 r. Kierownikiem zespołu badawczego, składającego się z ponad dwudziestu lekarzy i laborantów, został dr Izrael Milejkowski, członek Rady Żydowskiej, przewodniczący Wydziału Zdrowia i Wydziału Szpitalnictwa. Patronat nad przedsięwzięciem objęli: przewodniczący Rady Żydowskiej Adam Czerniaków oraz prezes Rady Gospodarczej Abraham Gepner[3]. Badania przeprowadzano na terenie szpitala na Czystem (na oddziale

[1] *Choroba głodowa: badania kliniczne nad głodem wykonane w getcie warszawskim z roku 1942*, red. E. Apfelbaum, Warszawa 1946. Wszystkie cytaty w niniejszym artykule według tego wydania. Badania doczekały się także wydania po francusku (1946) i po angielsku (1979).

[2] Przed II wojną światową nie prowadzono kompleksowych badań nad chorobą głodową. Drugim, po dziele lekarzy warszawskiego getta, znanym całościowym opracowaniem choroby głodowej z tego czasu jest praca oparta na badaniach prof. Ancela Keysa. Wraz z grupą współpracowników z Uniwersytetu w Minnesocie prowadził on badania i obserwację studentów wolontariuszy, którzy poddali się eksperymentowi, mającemu na celu ukazanie, jak funkcjonuje ciało ludzkie w czasie długotrwałego głodu. Oczywiście wolontariusze byli starannie monitorowani, a różnice warunków, w jakich powstawały obie prace nad głodem, nie wymagają dodatkowego komentarza; por.: A. Keys, J. Brozek, A. Henschel, O. Mickelsen, H. Longstreet Taylor, *The Biology of Human Starvation*, t. 1–2, Minneapolis 1950, cyt. za: Ch.G. Roland, *Courage under Siege. Starvation, Disease, and Death in the Warsaw Ghetto*, Oxford 1992, s. 115.

[3] Zapiski w dzienniku Czerniakowa zaświadczają, że jego akces nie ograniczył się tylko do honorowego patronowania badaniom, ale że także żywo interesował się ich przebiegiem i wynikami. 25 II 1942 r. notował: „O 12-tej do szpitala na Stawkach. [...] Dr Stein zademonstrował sekcję 30-letniej kobiety, zmarłej z wycieńczenia". W notatce z 6 lipca czytamy: „Po obiedzie konferencja u dra Milejowskiego. Wyniki naukowego badania głodu. Referaty wygłosili dr Apfelbaum, dr Stein, dr Fliederbaum, dr Kicoń [właśc. Kocen – M.J.]", cyt. za: A. Czerniaków, *Dziennik getta warszawskiego*, oprac. M. Fuks, Warszawa 1983.

dr. Emila Apfelbauma) oraz szpitala dziecięcego im. Bersohnów i Baumanów (na oddziale dr Anny Braude-Hellerowej). Cały projekt badawczy realizowany był, co naturalne, w konspiracji przed Niemcami[4]. Wybranych chorych (chodziło o wyeliminowanie głodujących, którzy chorowali na inne choroby, tak aby badaniu podlegały „czyste przypadki" choroby głodowej, bez powikłań, pacjenci zaś najczęściej byli przywożeni z punktów dla uchodźców) umieszczano na osobnych oddziałach szpitalnych. Następnie wnikliwie badano, a stan ich zdrowia był nieustannie monitorowany, by obserwować, jak reagują na zabiegi, jakim są poddawani. Ciała zmarłych pacjentów podlegały sekcji zwłok i powtórnemu badaniu. Ta część pracy lekarskiej odbywała się w cmentarnej szopie, w której zwłoki oczekiwały na pochówek we wspólnych mogiłach. Dopiero przeprowadzona sekcja zwłok dopełniała obrazu, który wyłaniał się w toku badań klinicznych. Mimo że lekarze towarzyszyli pacjentowi w umieraniu i stosowali procedury lecznicze podtrzymujące życie, to paradoksalnie dopiero zgon chorego był warunkiem powodzenia ich badań[5]. W centrum zainteresowania lekarzy było zbadanie mechanizmów regulujących gospodarkę energetyczną organizmu w chorobie głodowej, gospodarkę wodną, cukrową, hormonalną itd. Badania miały doprowadzić do jak najpełniejszego obrazu klinicznego i biochemicznego *inanitio permagna*. Praca, przerwana w lipcu akcją wysiedleńczą, kontynuowana była od października 1942 r. Wyniki badań omawiano na seminariach zespołu badawczego. Otrzymany w ten sposób cykl artykułów medycznych obejmuje swym zakresem podstawowe zagadnienia charakterystyczne dla zmian głodowych: zmiany skórne, anatomię głodową, biochemię, zmiany czynnościowe krążenia, morfologię krwi, zmiany oczne. Zespół badaczy starał się ukończyć i zabezpieczyć pracę do lutego 1943 r., akcja styczniowa uniemożliwiła jednak dokończenie badań. Ostatecznie materiał naukowy nie został do końca opracowany, a cztery napisane już artykuły zaginęły. Na krótko przed powstaniem i ostateczną likwidacją getta zespołowi lekarskiemu udało się przesłać opracowane maszynopisy (sześć artykułów) na stronę aryjską, na ręce dyrektora II Kliniki Chorób Wewnętrznych UW, prof. Witolda Orłowskiego „celem uratowania zbiorowej pracy i przekazania jej światu". Tam dotrwały do końca wojny, a w 1946 r. zostały wydane staraniem Jointu. Ogromna większość członków zespołu badawczego nie doczekała wydania książkowego *Choroby głodowej*. Spośród sześciu głównych autorów pięcioro nie przeżyło wojny, a redaktor naczelny publikacji, dr Emil Apfelbaum-Kowalski, wycieńczony wojennymi przeżyciami, zmarł na serce w styczniu 1946 r., tuż przed ukazaniem się książki drukiem.

---

[4] W swojej relacji dr Emil Apfelbaum zeznaje, jak grupa SS-manów i gestapowców przeszukiwała szpital w poszukiwaniu notatek o charakterze naukowym i groziła, że „Żydzi nie mają prawa do pracy naukowej"; por. AYV, 033/1558, E 104-4-7, Apfelbaum.

[5] Wobec ogromnej śmiertelności chorych (20–30 osób dziennie), sekcji poddawano jedynie przypadki niejasne diagnostycznie lub ciekawsze z medycznego punktu widzenia. Ogółem statystykę „sekcyjną" oparto na 492 sekcjach zwłok, część z nich to zmarli przed rozpoczęciem badań (od początku stycznia 1940 r.) i pośmiertnie wciągnięci do statystyk *Choroby głodowej*, por. *Choroba głodowa…*, s. 32–34.

Badania nad chorobą głodową prowadzone były zgodnie ze wszystkimi rygorami, jakie obowiązują w pracy naukowej, powstała zaś publikacja ukształtowana jest w sposób typowy dla naukowych dysertacji. Zgodnie z obowiązującymi standardami artykuły naukowe składają się z kilku nieodzownych elementów, które oświetlając się nawzajem, budują napięcie: od zreferowania aktualnego stanu badań w danej dziedzinie przez przedstawienie własnej propozycji badawczej po podsumowanie, które musi unaocznić wkład autora w aktualny stan wiedzy. Właśnie akcentowanie ciągłości badań, podjętego dziedzictwa staje się jednym z charakterystycznych elementów konstytutywnych narracji naukowej w *Chorobie głodowej*.

„Prace z okresu ubiegłej wojny po raz pierwszy zajęły się systematycznym badaniem rozmaitych typów głodu, jak również różnymi objawami i zespołami objawów, wywołanymi przez głodzenie. Posiadamy z tego okresu wiele prac o charakterze zarówno klinicznym i biologicznym, jak i anatomicznym. […] Do badań takich wyjątkowo nadawał się obfity materiał ludzki z lat wojny 1939–1943 w obrębie getta warszawskiego, gdzie przewlekły głód wysunął się na czoło wszystkich zjawisk społecznych i chorobowych (obok duru plamistego). Dotychczasowy materiał z wojny ubiegłej zbierano najczęściej w obozach jeńców, jako typowych skupiskach ludzi głodujących; w getcie warszawskim jednak głód osiągnął szczególnie olbrzymie rozmiary, a w tzw. punktach dla uchodźców przekroczył wszystko to, cośmy dotąd o głodzie wiedzieli i słyszeli" – pisał dr Józef Stein we wstępie do swojego artykułu *Anatomia patologiczna choroby głodowej* (s. 21–22). Natomiast dr Julian Fliederbaum w swojej rozprawie pt. *Spostrzeżenia u chorych głodujących* notował: „Niedostateczne opracowanie [obrazu klinicznego obrzęków głodowych z lat 1914–1918 – M.J.] wynikło wskutek warunków niesprzyjających pracy naukowej. Lukę te pragniemy uzupełnić zgodnie z postępem wiedzy" (s. 82).

Lekarze getta warszawskiego poszukują ciągłości i sukcesji międzypokoleniowej. Dlatego ich opracowanie to „ostatni testament przekazany nauce lekarskiej". Warto w tym miejscu zwrócić uwagę, że badania w warszawskim getcie to nie tylko kontynuacja prac nad chorobą głodową poprzednich pokoleń lekarzy (autorzy powołują się na konkretne artykuły, podają nazwiska poprzedników), ale także naturalne przedłużenie przedwojennej działalności naukowej tych badaczy. Badania w getcie warszawskim podjęli przygotowani do tego zadania medycy, a trzon zespołu dr. Milejkowskiego składał się z doświadczonych lekarzy. Na swoje przedwojenne badania powołują się kolejno Julian Fliederbaum oraz Emil Apfelbaum.

***

Współczesny czytelnik, podobnie jak autorka tych słów nieobeznany z technikami badań medycznych (ani obecnymi, ani tym bardziej z poprzedniej epoki), zostaje wystawiony podczas lektury publikacji lekarzy z warszawskiego getta na ciężką próbę, odczucia po jej zakończeniu pozostają zaś ambiwalentne. Oto bowiem z jednej strony *Choroba głodowa* jest dziełem monumentalnym. Sama decyzja prowadzenia badań w warunkach gettowych była niewątpliwie heroiczna. Ponadto skala podję-

tych badań, ich wnikliwość, trud i samozaparcie naukowców oraz laborantów, skrajnie trudne warunki techniczne (niedostateczna ilość i jakość sprzętu oraz odczynników), a także stałe zagrożenie życia, jakiego doświadczali prowadzący badania (także z uwagi na swoją działalność naukową), sprawiają, że trudno porównywać *Chorobę głodową* z jakimkolwiek innym projektem badawczym. Autorzy publikacji swój wysiłek naukowy zamknęli w formie książki, którą opatrzyli swoimi nazwiskami. Drugą stronę tego przedsięwzięcia stanowią pacjenci – najubożsi mieszkańcy warszawskiego getta, zabrani najczęściej z punktów dla uchodźców, skrajnie wycieńczeni, milczący, niereagujący prawie na bodźce, w stanie przedagonalnym. Ich nazwiska nie zachowały się nawet w protokołach sekcyjnych, pozostali „sekcyjnym materiałem"[6]. Pacjenci poddawani byli przeróżnym zabiegom, z których część miała na celu postawienie odpowiedniej diagnozy co do stanu ich zdrowia. Znaczna większość jednak nosiła znamiona doświadczeń medycznych, czyli miała charakter eksperymentalny, by możliwe stało się poznanie specyfiki choroby głodowej.

Oto przykładowo wybrane czynności stosowane wobec chorych: wstrzykiwanie 14 jednostek insuliny (badanie poziomu cukru we krwi z palca i z żyły), wstrzykiwanie podskórne 1 ampułki adrenaliny (pobranie krwi na czczo, po 15 min od wstrzyknięcia drugie pobranie krwi dla oznaczenia różnic w poziomie cukru we krwi), przetaczanie krwi (120–200 cm^3), pobieranie treści żołądkowej (powtórne pobieranie treści żołądkowej w dwie godziny po „śniadaniu alkoholowym lub kofeinowym" – badania nad gospodarką kwasowo-zasadową organizmu), pobieranie szpiku kostnego, pomiary ciśnienia, EKG, dospojówkowe wprowadzanie tuberkuliny, próby oczno-atropinowe, uciskanie gałek ocznych, masowanie gałązki szyjnej nerwu błędnego (badania nad układami współczulnym i przywspółczulnym), badania oscylomanometrem (chorzy, znajdując się w łóżku, wykonywali pracę polegającą na siadaniu i kładzeniu się), badanie szybkości krążenia krwi metodą własną dr. Apfelbauma (wstrzykiwanie dożylnie roztworu czerwieni Kongo, następnie w odstępach 2–3-sekundowych pobieranie próbek krwi z igły tkwiącej w żyle, należy pobrać do 20 próbek), próby wysiłkowe (przysiady), próby bujakowe (w badaniu wpływu ułożenia ciała na tętno: umieszczenie pacjenta na specjalnym bujaku i zmienianie ułożenia jego ciała – od pozycji minus 45 stopni do pozycji pionowej plus 180 stopni). Podczas badania współczynnika oddechowego trzem pacjentom podawano dodatkowo 300 g cukru trzcinowego dziennie na osobę przez tydzień (ponad 2 kg cukru na osobę w ciągu tygodnia), trzem innym – po 4 jaja na twardo raz dziennie przez tydzień (w badaniach dr. Fliederbauma, badanie krwi przed próbą jajkową i 2 godziny po niej). Dwóm pacjentom podawano jedzenie pełnowartościowe i wysokokaloryczne (badania dr. Michała Szejnmana). Wymienione czynności medyczne stanowią jedynie wybór spośród wielu innych, jakim poddawano pacjentów w chorobie głodowej. Oczywiście, nie każdy pacjent podlegał wszystkim wyżej wymienionym badaniom. Jednak dla krańcowo wyczerpanego człowieka

[6] Nazwiska pacjentów nie mogły się zachować ze względu na specyfikę i ograniczenia dyskursu medycznego. W tekście medycznym pacjent jest przypadkiem, a nie osobą.

poddanie się jakiemukolwiek zabiegowi musiało się wiązać z niezwykłym wysiłkiem. Trudno nie myśleć o umęczeniu pacjentów, którym do cierpień związanych z głodem dodawano kolejne, choćby przeprowadzane w słusznej intencji. Można zarzucić takiemu myśleniu naiwność, ignorującą fakt, że cierpienie pacjenta (a co najmniej jego dyskomfort) jest integralną częścią większości medycznych procedur i naturalną ceną za zdrowie i życie (także ceną za zdrowie przyszłych pokoleń, jaką płacą pacjenci poddawani eksperymentom medycznym w czasie badań naukowych), a każde badanie medyczne także z konieczności uprzedmiotawia człowieka, czyni z niego bezwolną rzecz w rękach fachowców. Jednak do podniesienia tej kwestii upoważnia mnie jedno zdanie z artykułu dr. Szymona Fajgenblata: „Nim przejdę do wyników badania przedmiotowego, pragnę podkreślić negatywizm chorych w stosunku do badań i zabiegów, co niezmiernie utrudniało pracę, a niekiedy nawet ją udaremniało" – zanotował Fajgenblat we wstępie do artykułu poświęconego zaburzeniom ocznym.

Nie sposób nie zatrzymać się nad tym stwierdzeniem: przeprowadzający badanie skarży się na brak współpracy i porozumienia z pacjentami. Pisze wprost o braku zgody chorych na udział w doświadczeniach i badaniach. W literaturze dokumentu osobistego z warszawskiego getta niezwykle rzadko mamy do czynienia z wypowiedziami tych, którzy umierali na ulicach z głodu w ostatecznym poniżeniu. Wiadomości o ich życiu i śmierci pochodzą najczęściej od osób trzecich. Umierający z głodu nie przeżyli wojny, by opowiedzieć o swoim losie, nie prowadzili dzienników, by przekazać przyszłym pokoleniom prawdę o Zagładzie. Umierali, milcząc. Z tego powodu każde ich zdanie jest naprawdę wydarte z niebytu, każda wypowiedź warta uważnego odczytania. W cytowanym zdaniu mamy do czynienia z opinią wyrażoną wprost: nie zgadzają się na badania, nie chcą dodatkowego wysiłku, nie mają sił, by poddać się wymaganiom lekarzy. Należy domniemywać, że lekarze nie pytali badanych o zgodę na udział w zabiegach. Jednak zarzut, który moglibyśmy im z tego powodu postawić, miałby charakter anachroniczny. W czasach Apfelbauma nie było żadnych regulacji prawnych ustalających relacje lekarza i pacjenta w tego typu przedsięwzięciach medycznych[7]. Mimo że prawo nie regulowało tego typu kwestii, świat medyczny był świadom problemów związanych z przeprowadzaniem eksperymentów na pacjentach. Dyskusje, które toczyły się

[7] Pierwszym międzynarodowym dokumentem związanym z prowadzeniem eksperymentów medycznych na człowieku jest Kodeks Norymberski z 1949 r., ogłoszony po procesie przeciwko nazistowskim lekarzom oskarżonym o przeprowadzanie eksperymentów medycznych na więźniach obozów koncentracyjnych. Kodeks Norymberski określa reguły dopuszczalności eksperymentu na osobniku żywym (w punkcie pierwszym precyzuje, że „bezwarunkowo wymagane jest dobrowolne wyrażenie zgody przez osobę, która ma być poddana eksperymentowi"), ale nie podaje ścisłej definicji eksperymentu medycznego. Por. A. Wnukiewicz-Kozłowska, *Eksperyment medyczny na organizmie ludzkim w prawie międzynarodowym i europejskim*, Warszawa 2004 oraz *Deontologia lekarska. Wybrane materiały do seminariów* (skrypt Warszawskiej Akademii Medycznej), wybór i oprac. A. Tulczyński, Warszawa 1993.

w środowisku medycznym w Europie w okresie międzywojennym, zdają się antycypować lekarskie dylematy z czasów II wojny światowej. Przed wojną nie tylko nie był oczywisty wymóg uzyskania zgody uczestnika eksperymentu, ale nieoczywiste było w ogóle prawo lekarza do wykonywania doświadczeń na ludziach. Środowisko naukowców dzieliło się na dwa obozy, reprezentujące bardzo skrajne i przeciwstawne opinie. Z jednej strony lekarze niemieccy lansowali tezę o absolutnym prawie lekarza do eksperymentowania na ludziach. Skrajnie przeciwną opinię głosili lekarze francuscy i belgijscy, sprzeciwiający się legalizacji jakichkolwiek eksperymentów biologicznych na ludziach. Uważali oni, że eksperymentu nie może legalizować nawet zgoda osoby poddawanej zabiegom[8].

Przedwojenny polski kodeks deontologiczny nie odzwierciedlał powyższych dylematów świata medycznego i nie regulował w żadnym stopniu tak subtelnych problemów etycznych, jakim jest eksperymentowanie na ludzkim ciele (przy braku zgody lub za zgodą pacjenta)[9]. „Zbiór zasad deontologii lekarskiej" – pierwszy ogólnopolski kodeks opracowany po odzyskaniu niepodległości i ogłoszony na Walnym Zebraniu Naczelnej Izby Lekarskiej 16 czerwca 1935 r. głosił jedynie: „Zasada 1. Najwyższym nakazem moralnym dla lekarza w wykonywaniu praktyki lekarskiej jest dobro chorego i zdrowie publiczne"[10] .

Jeszcze przed ogłoszeniem ostatecznej wersji kodeksu, na etapie dyskusji nad projektem, środowisko lekarskie zwracało uwagę, że dobro chorego jest często nie do pogodzenia ze zdrowiem publicznym. „Nie poucza zasada ta wcale o szeregu wypadkach, kiedy dobro chorego stoi w sprzeczności ze zdrowiem publicznym" –

[8] Problemom eksperymentu w medycynie poświęcona była książka Claude'a Bernarda, *Introduction à l'étude de le Médicine Expérimentale*, Paris 1920. W 1927 r. lekarze Garraud i Laborde-Lacoste przedstawili pogląd, że nic, nawet zgoda uczestnika eksperymentu, nie upoważnia lekarza do jego przeprowadzenia. Por. R. Kubiak, *Zgoda uczestnika eksperymentu*, „Prawo i Medycyna" 2000, nr 8 oraz J. Sawicki, *Przymus leczenia, eksperyment, udzielanie pomocy i przeszczep w świetle prawa*, Warszawa 1966, s. 195–197. Jeszcze w latach sześćdziesiątych w belgijskim podręczniku prawa lekarskiego twierdzono, że „należy absolutnie potępić zabieg, który podejmuje lekarz nie w celu leczenia choroby, lecz dla celów czysto badawczych. Jak bezinteresowne by nie były jego zamierzenia, nie wolno mu narazić pacjenta na jakiekolwiek ryzyko w związku z jego własnymi poszukiwaniami naukowymi", cyt. za: J. Sawicki, *Przymus leczenia…*, s. 195

[9] Na gruncie polskim o konieczności poddania całego zagadnienia gruntownej dyskusji pisał tuż po wojnie Ludwik Fleck w artykule *W sprawie doświadczeń lekarskich na ludziach*, „Polski Tygodnik Lekarski" 1948, nr 3, s. 35; przedruk w: L. Fleck, *Style myślowe i fakty. Artykuły i świadectwa*, red. S. Werner, C. Zittel, F. Schmaltz, Warszawa 2007 (tu także odpowiedź na artykuł Flecka autorstwa Tadeusza Kielanowskiego).

[10] Cyt. za: A. Tulczyński, *Polskie lekarskie kodeksy deontologiczne*, Warszawa 1975, s. 146. Por. też *idem*, *Historia i ewolucja kodeksów deontologicznych* [w:] *Etyka i deontologia lekarska* red. T. Kielanowski, Warszawa 1985. Naczelna Izba Lekarska powołała komisję pod przewodnictwem Jana Mazurkiewicza, która w latach 1929–1931 prowadziła prace nad nowelizację kodeksu deontologicznego. Kodeks z 1935 r. został powtórnie ogłoszony w roku 1947 i obowiązywał środowisko lekarskie do 1950, tj. do likwidacji izb lekarskich w Polsce.

pisali dyskutanci K. Kosiński i J. Podniesiński[11], jakby przewidując problem, przed którym stanie zespół badaczy w warszawskim getcie. Tematu eksperymentów lekarskich nie poruszał niezwykle popularny przed wojną zbiór *Myśli i aforyzmy o etyce lekarskiej* filozofa i lekarza Władysława Biegańskiego[12].

Lekarze naukowcy z warszawskiego getta nie mogli zatem oprzeć się na żadnej instancji zewnętrznej, która mogłaby rozstrzygnąć ich ewentualne dylematy moralne. (A tam, gdzie wiedza, zwyczaj i prawo nie wystarczają do rozwiązania konfliktu, a mimo to zadanie musi być podjęte, powstają zazwyczaj problemy etyczne). Byli sam na sam jedynie z własnym sumieniem, które kazało im badania nad umierającymi z głodu podjąć w imię postępu. Postawili zatem „zdrowie publiczne" przyszłych pokoleń nad dobrem swoich pacjentów, którym nie mogli pomóc, a których nękali dodatkowymi badaniami.

Trzeba w tym miejscu powrócić do sprawy fundamentalnej dla tych rozważań. Czy możemy jednoznacznie określić działania na pacjentach mianem eksperymentów? Eksperymenty w naukach medycznych mają charakter doświadczeń i zakładają takie działanie, w którym zmierza się do wywołania jakiegoś zjawiska w określonych warunkach, by zbadać jego przebieg i zweryfikować wcześniej przyjęte założenia. Wypada zatem przyjąć, że znaczna część procedur, jakim poddawani byli pacjenci zespołu dr. Milejkowskiego odpowiada definicji eksperymentu. Także definicji eksperymentu, obowiązującej w tamtej epoce: „Eksperyment w obecnej polskiej terminologii metodologicznej – to tyle, co: »zabieg polegający na wywołaniu czegoś w takich właśnie, a nie innych warunkach, po to, by można było zaobserwować, czy w takich warunkach towarzyszy temu czemuś coś takiego a takiego«"[13].

Nad terminem *eksperyment medyczny* nieodmiennie ciąży odium, którego źródło tkwi w działalności niemieckich lekarzy w obozach koncentracyjnych. Pojęcie eksperymentu narzuca nam z całą siłą porównanie dwóch projektów badawczych i dwóch lekarskich postaw. W tym samym czasie, kiedy zespół dr. Milejkowskiego badał chorobę głodową w warszawskim getcie, w Auschwitz badania nad głodem prowadził 60-letni doktor filozofii i medycyny z Monachium Johann Paul Kremer, przebywający w Oświęcimiu jako lekarz obozowy. Uwagi o pobieraniu „całkiem świeżego materiału" z więźniów zabijanych zastrzykiem fenolu znajdziemy w jego dzienniku[14]. Kremer, podobnie jak inni lekarze dokonujący eksperymentów na

[11] A. Tulczyński, *Polskie lekarskie kodeksy deontologiczne*, s. 38.

[12] W. Biegański, *Myśli i aforyzmy o etyce lekarskiej*, Warszawa 1899 oraz Częstochowa 1925.

[13] T. Kotarbiński, *Elementy teorii poznania, logiki formalnej i metodologii nauk*, Warszawa 1986, s. 283 (wyd. 1 Lwów 1929).

[14] Por. zapisy z 3 X 1942 r. i następne z dziennika Kremera, w: *Oświęcim w oczach SS – Rudolf Höss, Pery Broad, Johann Paul Kremer*, Warszawa 1991, tłum. dziennika Kremera – J. Rawicz. 26 XII 1943 r. Kremer notował: „Z Auschwitz przywiozłem materiał, który bezwzględnie musi być opracowany. W tej sprawie wpadłem dziś rano na pomysł. Wydam

więźniach obozów[15], posługiwał się standardowym językiem i naukową aparaturą (technika badań, ocena wyników itd.), zgodną z zasadami pracy naukowo-badawczej i wspólną dla wszystkich naukowców zachodniego świata (klasycznym przykładem może być tu słowo „materiał" na określenie preparatu z ludzkich zwłok, wspólne dla tekstu *Choroby głodowej* oraz prac Kremera). Jednak postawę i badania Kremera i autorów *Choroby głodowej* różni wyraźnie sprawa zasadnicza – motyw badań naukowych. Kategoria motywu badań, wprowadzona przez lekarza i filozofa medycyny Tadeusza Kielanowskiego do oceny moralności i dopuszczalności tychże badań, jest kwestią rozstrzygającą i nie pozwala nam w żadnym stopniu na postawienie znaku równości między tymi działaniami[16]. Wszystkich lekarzy łączył branżowy język i procedury naukowe, ale jedni badali, by doskonalić metody zabijania, drudzy zaś, by w przyszłości można było opracować skuteczne metody regeneracji wycieńczonego organizmu ludzkiego[17].

* * *

Lekarze w warszawskim getcie stawali codziennie wobec nierozstrzygalnych dylematów. W sytuacji skrajnego rozdarcia musieli być także lekarze z badawczego zespołu dr. Milejkowskiego: byli lekarzami, którzy nie mogą pomóc swoim pacjentom, choć ratunek zdawał się leżeć w zasięgu ręki (ale mogli podarować umierającym 1100 kalorii dziennie – dzienne wyżywienie szpitalne, którego pacjenci byliby pozbawieni, gdyby pozostali w punktach dla uchodźców). Przeprowadzając badania, musieli dokonywać wyborów, komu ofiarować owe 4 jaja na twardo czy 300 g cukru, z całą świadomością, co decyzja ta znaczy. Jednocześnie zastosowanie procedur ratujących życie, jeśli takowe byłyby w mocy lekarzy, zachwiałoby całym projektem badawczym.

Warto w tym miejscu także podkreślić, że właściwie jedynie w artykule Michała Szejnmana mowa jest o próbach poprawy stanu zdrowia pacjentów w stanach gło-

---

swoje myśli w formie książkowej, może pod tytułem »Tkankowe tworzenie wsteczne« albo »Histoliza«".

[15] W samym tylko Auschwitz eksperymenty medyczne na więźniach przeprowadzali lekarze: Eduard Wirths, Josef Mengele, Carl Clauberg, Horst Schumann oraz wspomniany Johann Paul Kremer.

[16] T. Kielanowski, *Moralna specyfika medycznej pracy badawczej* [w:] *Etyka i deontologia lekarska*, s. 118

[17] Pomijam tu kwestię pierwszorzędną z punktu widzenia pacjentów z warszawskiego getta – w wyniku wybrania do projektu otrzymali osobne łóżko oraz ponad tysiąc kalorii dziennie, czego nie mieliby, pozostając w punktach dla uchodźców. Nie może fakt ten stać się rozstrzygającym argumentem, gdyż w nielicznych przypadkach także więźniowie obozów ze względu na przeprowadzane na nich eksperymenty mieli uprzywilejowaną pozycję, zanim nie zostali zamordowani lub brutalnie okaleczeni. W końcu także interwencje w ludzki organizm, jakich dopuszczali się lekarze z warszawskiego getta, nie były żadną miarą tej skali, co w przypadku lekarzy niemieckich i więźniów obozów.

dowych. Również te wysiłki noszą znamiona eksperymentu[18]. W pozostałych artykułach publikacji nie jest podane lekarstwo na badaną dolegliwość, co w przypadku każdej innej choroby byłoby zabiegiem standardowym. Z oczywistych względów opracowanie antidotum na chorobę głodową nie jest potrzebne[19]. W publikacji jednak nie znajdziemy też wzmianki o niemożności udzielenia pacjentom skutecznej pomocy medycznej. Autorzy badań zakładają jako oczywisty fakt, że w określonych warunkach nie mogą zachować medycznych standardów: w gettowym szpitalu nie ma wystarczającej ilości jedzenia, by uzupełnić dietę i pacjentów w chorobie głodowej ratować, dlatego kwestia ta nie stanowi przedmiotu refleksji na kartach publikacji[20]. Ograniczone do kilku (kilkunastu?) pacjentów wysiłki Szejnmana, by opracować skuteczny substytut diety wysokokalorycznej, naznaczone są przez siermiężną gettową codzienność: lekarz ma do dyspozycji końską krew i wątrobę, brak mu odpowiednich syntetycznych preparatów witaminy B2. Konkluzja dotycząca skuteczności diety wysokokalorycznej (stosowanej u dwóch pacjentów), nosi ostatecznie znamiona groteski czy wręcz niezamierzonego komizmu: zbyt duży

[18] Szejnman pisał: „Próbowałem wpłynąć na obraz krwi: 1. przez podanie sałatki z krwi zwierzęcej […]. Niestety we wszystkich przypadkach wynik był zdecydowanie ujemny. Mimo sałatki anemizacja postępowała dalej. […] 2. Usiłowałem podawać żelazo dożylne w postaci Actiferu. Na wstrzykiwania chorzy oddziaływali niekorzystnie […]. 3. Podanie przetworów wątrobowych w dwóch przypadkach nie dało żadnych dodatnich wyników […]. 5. Próbowałem potraktować głód jako awitaminozę. Rozpocząłem od podawania B2 […]. W braku odpowiednich przetworów podawałem wyciągi drożdżowe – zymazę, zawierającą wszystkie witaminy z grupy B. Wyniki osiągnięte w 2-ch przypadkach były zdecydowanie ujemne. […] 6. Stosowanie przetaczań krwi w małych dawkach po 120–200 cm^3 działać mogło przede wszystkim bodźcowo, a tylko częściowo substytucyjnie. Wyniki osiągnięte na ogół nie były dobre. […] 7. **Wreszcie zupełnie dobre wyniki otrzymywałem przez rozszerzenie diety i podawanie pokarmów, mogących pokryć zapotrzebowanie ciepłostkowe ustroju. Wyniki tego rodzaju również były do przewidzenia, gdyż w etiologii głodu jedynie skutecznym leczeniem może być tylko obfite pożywienie** [podkreślenie moje – M.J.]" (s. 251–253).

[19] Emanuel Ringelblum, komentując badania naukowe prowadzone w getcie warszawskim, pisał: „Jednym z najciekawszych tematów [badań naukowych] jest głód, najbardziej rozpowszechniona choroba getta, a istnieje na nią jedna rada: Niemcy powinni opuścić Polskę. W Łodzi słynny żydowski profesor z Pragi dokonał odkrycia, że najlepszym środkiem na opuchliznę z głodu są ziemniaki, ale w tym sęk, że trudno je dostać", por. E. Ringelblum, *Kronika getta warszawskiego: wrzesień 1939–styczeń 1943*, tłum. A. Rutkowski, Warszawa 1988, s. 395, zapis z 10 VI 1942 r. Ostatnie zdanie, jeśli nie jest tylko ironicznym żartem, może potwierdzać, że badania nad chorobą głodową w getcie warszawskim nie były jedynymi tego typu w okupowanej Polsce.

[20] „Dodać należy, że dieta szpitalna pod względem jakościowym różniła się niewiele od diety, na której nasi chorzy przebywali przed przybyciem do szpitala. Zawierała ona więcej jarzyn, a ciepłostkowość jej [kaloryczność] dochodziła do 1100 kalorii, była więc również dietą małociepłostkową, prawie beztłuszczową i małobiałkową, pozbawioną białka zwierzęcego" – pisał Julian Fliederbaum (s. 134). Należy jednak domniemywać, że dla wielu chorych owe 1100 szpitalnych kalorii przekraczało ilość, którą przyswajali na punktach dla uchodźców.

jest rozziew między projektowaną skalą badań nad „zagadnieniami leczniczymi" a wynikiem eksperymentu, który zbieżny jest ze zdroworozsądkową radą; między tysiącami umierającymi na ulicach getta a dwoma sytymi pacjentami, którym mógł pomóc dr Szejnman[21]. W pozostałych przypadkach bezradność każe milczeć warszawskim lekarzom na temat skutecznego remedium na dolegliwości pacjentów[22].

Społeczna rola lekarza wyznaczona jest oczekiwaniami dotyczącymi jego osoby: musi dobrze diagnozować i skutecznie leczyć. Tylko jemu przyznany jest przywilej panowania nad chorobą, a więc pośrednio i nad śmiercią. Spełniając oczekiwania, lekarz potwierdza swą rolę i szczególną pozycję w społeczeństwie. Jego prestiż i autorytet, który z prestiżu wynika, opierają się na odpowiedzialności. Lekarz musi podjąć odpowiedzialność, która staje się podstawowym elementem jego roli. Jest to odpowiedzialność wobec wszystkich bezbronnych laików, którzy nie są w stanie ocenić w miarodajny sposób sposobu leczenia, trafności diagnozy itp. Odpowiedzialność lekarza za zdrowie i życie pacjenta jest więc odpowiedzialnością totalną – odpowiedzialnością przed własnym sumieniem – i powoduje, że aspekt techniczny zawodu lekarskiego łączy się nierozerwalnie z aspektem moralnym[23]. Ostatecznie więc lekarz zawsze pozostaje w szczególnym rodzaju uwikłania – nikt nie może zdjąć z niego odpowiedzialności, którą ponosi wobec każdego swojego pacjenta. Na odpowiedzialności wobec powierzonych jego umiejętnościom ludzi zasadza się jego rola społeczna, ale i coś znacznie większego – jego tożsamość. W getcie lekarz z „uzdrowiciela" staje się „asystentem śmierci". Przypada mu zadanie najtrudniejsze ze wszystkich lekarskich zadań. „Jedną z najtrudniejszych stron sztuki lekarskiej jest zajmowanie się tymi, którym opieka lekarska jest już prawie niepotrzebna" – pisał znany autorytet z dziedziny onkologii[24]. W konfrontacji z każdym umierającym lekarz traci wszystkie swe atuty, zmarły jest dowodem jego bankructwa i bezsilności nawet w „pokojowych warunkach". W sytuacji, w jakiej znaleźli się lekarze w getcie, ta bezsilność jest podwójna: po pierwsze – pacjenci są skazani i muszą umrzeć niezależnie od umiejętności lekarzy i stanu

[21] By oddać sprawiedliwość dr. Szejnmanowi, należy podkreślić, że właściwie badał on, czy przyczyną stwierdzanej u pacjentów niedokrwistości jest brak określonego składnika witaminowego lub pokarmowego, czy też ogólne niedobory w diecie. Wyniki badań jednoznacznie wskazywały na tę drugą możliwość i jak pisze sam autor, „były do przewidzenia".

[22] We wstępie do *Choroby głodowej* dr Milejkowski pisze o poczuciu tożsamości, jaką odczuwali lekarze w stosunku do swoich pacjentów: „niejeden z kolegów sam na sobie odczuwał w pewnej mierze skutki przewlekłego niedoboru odżywiania, czyli głodowego życia". Ale owa tożsamość była pozorna: różnica między pacjentami a lekarzami tkwiła w tych kilkuset kaloriach, które powodowały, że jedni umierali długo i w wielkich cierpieniach, a drudzy mogli prowadzić badania. Choć rzecz jasna skazani na śmierć byli zarówno pacjenci, jak i lekarze. Należy przypomnieć raz jeszcze, że prawie wszyscy autorzy publikacji zostali zamordowani w getcie warszawskim lub w komorach gazowych Treblinki.

[23] Por. B. Tabiasa-Adamczyk, *Wybrane elementy socjologii zawodów medycznych*, Kraków 1996.

[24] J. Brehant, *Thanatos. Chory i lekarz w obliczu śmierci*, tłum. U. Sudolska, Warszawa 1993, s. 25.

wiedzy medycznej, a po drugie – pacjenci muszą umrzeć, ponieważ lekarze nie mają praktycznie żadnych technicznych możliwości leczenia, w getcie brakuje dosłownie wszystkiego – lekarstw, szczepionek, opatrunków, jedzenia. W tej sytuacji działalność lekarzy straciła znamiona sensowności. Zamiast leczyć, mogli już tylko nieznacznie i w sposób bardzo ograniczony odraczać śmierć. Lekarze warszawskiego getta, by udźwignąć szczególną metafizyczną winę, która stała się ich udziałem, próbowali zmienić bezsilność w działanie – podjęli wysiłek, by to, na co biernie patrzyli, opisać najwierniej z medycznego punktu widzenia. Efekt ich wysiłków – tekst *Choroby głodowej* – wszedł do obiegu naukowego, zatem nadzieje zespołu dr. Izraela Milejkowskiego się spełniły[25].

Powyższe uwagi nie zostały przedstawione, by umniejszyć bohaterstwo lekarzy warszawskiego getta czy proponować łatwe odpowiedzi i ferować wyroki, ale by zdać sprawę z rozdarcia, które towarzyszy myśli, że za efektem pracy lekarzy stoi dodatkowo nieme cierpienie osób pozbawionych zupełnie głosu i zepchniętych na sam dół gettowego inferna. Ceną, którą przyszło zapłacić za napisanie *Choroby głodowej*, były nie tylko strach i poświęcenie lekarzy, ale przede wszystkim dodatkowe cierpienia i udręka umierających mieszkańców warszawskiego getta.

Słowa kluczowe
Zagłada, getto warszawskie, głód, lekarze w getcie, badania naukowe w getcie warszawskim, problemy etyczne

Abstract
Research team of physicians and lab technicians under Izrael Milejkowski's direction undertook the effort to carry out a series of clinical and biochemical experiments on patients dying of starvation in the Warsaw ghetto so as to receive the fullest possible picture of hunger disease. The research was carried out according to all the rigors of strict scientific discipline, and the authors during their work on academic articles, published it after the war entitled: „Starvation disease: hunger research carried out in the Warsaw ghetto in 1942," according to their own words, they "supplemented the gap in accordance with the progress of knowledge." The article is devoted to the reflections over ethical dilemmas of the research team, who were forced in their work to perform numerous medical treatments of experimental nature on extremely exhausted patients. The ill, according to Dr Fajgenblat's words,

[25] Wyraźnie wskazuje na to fakt wydania *Choroby* w języku angielskim przez Institute of Human Nutrition Uniwersytetu Columbia (*Hunger Disease. Studies by the Jewish Physicians in the Warsaw Ghetto*, red. M. Winick, New York 1979). Książka ukazała się jako siódmy tom serii „Current Concepts in Nutrition". We wstępie oraz w komentarzach wydawcy podkreślają pionierskość badań, aktualność odkryć gettowych lekarzy i ich wkład w rozwój medycyny. 24 V 1978 r. w College of Physicians and Surgeons w Nowym Jorku odbyło się sympozjum ku czci autorów *Choroby głodowej*, gdzie zapoznano świat medyczny z najważniejszymi ustaleniami zespołu Milejkowskiego.

"demonstrated negativism toward the research and treatment, which extremely hindered the work, and sometimes even frustrated it." The article attempts to look at the monumental research work of the Warsaw ghetto doctors as a special kind of response of the medical profession to the feeling of helplessness to the dying patients. The article analyzes the situation of Warsaw ghetto doctors, who undertook the research without support of any outer authority, which could settle their possible ethical dilemmas (Polish deontological codes, European discussions on the conditions of the admissibility of medical research on patients, etc.).

Key words
The Holocaust, the Warsaw Ghetto, starvation, doctors in the ghetto, scientific research in the Warsaw Ghetto, ethical problems