

Piotr Aszyk

Wyższa Szkoła Filozoficzno-Pedagogiczna „Ignatianum” w Krakowie, Papieski Wydział Teologiczny w Warszawie

Terapia uporczywa — szkic historyczny

Przedrukowano za zgodą z: *Advances in Palliative Medicine* 2008; 7

Streszczenie

Problematyką etycznej oceny uporczywych form leczenia zajmowali się na przestrzeni wieków lekarze, prawnicy, filozofowie i teologowie. Analizy historyczne wykazują, iż dwie tradycje, pierwsza związana z Hipokratesem, ojcem helleńskiej sztuki leczenia, druga z chrześcijańską refleksją nad zastosowaniami medycyny, przekazywały przez stulecia najbardziej żywotne w tym względzie idee.

Medycyna Paliatywna w Praktyce 2008; 2: 86–90

Słowa kluczowe: terapia uporczywa, Hipokrates, środki zwyczajne i nadzwyczajne, etyka

Wprowadzenie

Obserwowana od kilku dekad gwałtowna ekspansja nowych technologii oraz znaczny postęp nauk medycznych w dziedzinie diagnostyki, farmakologii, sposobów leczenia zdawały się spełniać nadzieje ludzkości na nieograniczone możliwości ratowania i podtrzymywania życia. Podczas kilkudziesięciu lat medycyna uporała się z wieloma problemami, jakie nękały człowieka od zarania dziejów. Jednak wraz z niewątpliwymi osiągnięciami zaczęto z czasem dostrzegać negatywne strony inwazyjnych sposobów leczenia. Podnoszono temat wyznaczenia granic w stosowaniu pewnych interwencji medycznych. W tym kontekście, w latach 70. ubiegłego stulecia, zaczęto posługiwać się określeniem „terapia uporczywa”. Ma ono zatem stosunkowo krótką historię. Jednak pogląd o konieczności rezygnacji z leczenia w określonych przypadkach sięga swymi korzeniami odległej starożytności. W niniejszym artykule przedstawiono dwa główne nurty dotyczące tej problematyki.

Najstarsze świadectwa

Już w czasach antycznych pojawiały się różnego typu opinie na temat odstępowania od interwencji medycznych. Najstarsze teksty — „Kodeks Hammurabiego” oraz egipskie papyruśy Smitha i Ebersa — choć każdy z nich ma inny charakter (akt prawny, kompendium wiedzy chirurgicznej, podręcznik medycyny), mogą stanowić dowód, że w odległej starożytności z uwagą podchodzono do praktycznych umiejętności lekarzy, wyraźnie doceniając możliwości leczenia, jakie posiadali. Jednocześnie znamienne jest, że już wówczas autorytatywnie zakazywano wykonywania pewnych praktyk medycznych ze względu na ich negatywne konsekwencje.

Babiloński kodeks (XVIII w. p.n.e.) precyzuje następstwa prawne dwóch kategorii interwencji medycznych: zabiegów chirurgicznych dokonywanych przy użyciu noża z brązu oraz operacji łuku brwiowego. Udana interwencja medyczna upoważnia lekarza do pobrania opłaty. Jeśli zabieg chirurgiczny doprowadził do śmierci operowanego lub do utraty oka, operującemu groziły poważne kary

Adres do korespondencji: dr Piotr Aszyk

Wyższa Szkoła Filozoficzno-Pedagogiczna „Ignatianum” w Krakowie, Papieski Wydział Teologiczny w Warszawie

e-mail: paszyk@jezuici.pl



Medycyna Paliatywna w Praktyce 2008, 2, 3, 86–90

Copyright © 2008 Via Medica, ISSN 1898–0678

w postaci obciążenia ręki lub wypłaty określonego odszkodowania. Kodeks wyznaczał lekarzom granicę, której przekroczenie mogło przynieść poważne konsekwencje. Prawo pełniło tym samym funkcję prewencyjną i zmuszało lekarzy do ostrożności i rozwagi. Starożytny prawodawca uznaje wykonanie operacji, która w efekcie przyniosłaby szkodę chorej osobie, za przekroczenie kompetencji lekarza i obarcza go odpowiedzialnością za niewłaściwe wykorzystanie umiejętności lekarskich [1].

„Papiirus Edwina Smitha” stanowi cenne źródło informacji na temat starożytnej chirurgii egipskiej. Sporządzony w XVII wieku p.n.e. traktat zawiera opis blisko 50 przypadków chorób. Autor zazwyczaj najwięcej miejsca poświęca odnalezieniu i właściwemu interpretowaniu symptomów, które wskazują na rodzaj uszkodzenia, z jakim zmagają się pacjenci. Jest to podstawą do postawienia diagnozy. W tekście papiirusu zamieszczono 3 rodzaje orzeczeń lekarskich, dzieląc dolegliwości na: wyleczalne z zasady, możliwe do wyleczenia i nieuleczalne. W 16 przypadkach egipski medyk zaleca, by odstąpić od podejmowania jakiegokolwiek terapii. Znamienny jest choćby przykład, który zaskakuje znajomością fizjologii oraz precyzyjnym opisem patologicznych zmian, powstałych w wyniku dyslokacji kręgu szyjnego. Chory może ciągle oddychać, ale utracił kontrolę nad swymi kończynami oraz nad seksualnymi funkcjami organizmu. *Instrukcja dotycząca przemieszczenia kręgu szyjnego. Jeżeli badasz człowieka mającego przemieszczony kręgi szyjne, stwierdzisz brak kontroli (i czucia) w obu rękach i obu nogach, jego członek jest z tego powodu w stanie erekcji i uryna uchodzi z członka bez wiedzy (chorego), jego ciało przyjmuje wiatr, jego oczy są przekrwione, jest to przemieszczenie kręgu szyjnego oddziałujące na kręgosłup, powoduje ono brak kontroli w obu rękach i obu nogach. Jeżeli środkowe kręgi szyjne są przemieszczone, zdarza się, iż z jego członka wyptywa nasienie. Masz o nim powiedzieć: ma przemieszczony kręgi szyjne, nie ma kontroli w obu nogach i obu rękach, nie trzyma uryny. Dolegliwość nie może być leczona* [2]. Także w innym tekście — „Papiirusie Ebersa” (połowa XVI w. p.n.e.) — uchodzącym za rodzaj starożytnego podręcznika medycyny, opisano przypadek, w którym lekarzowi zaleca się niepodejmowanie żadnych działań przeciw zdiagnozowanej chorobie [3]. Warto nadmienić, że wielu starożytnych filozofów wykazywało żywe zainteresowanie różnymi aspektami kondycji zdrowotnej człowieka, dlatego nie stronili oni od wypowiedzania własnych opinii na temat ówczesnej medycyny. Mimo że jej praktykowanie pozostawiali lekarzom, wyraźne twierdzenia na temat zasadno-

ści lub daremności leczenia można znaleźć już w pismach Platona (437–347 p.n.e.) [4].

Dwie dominujące tradycje

Na przestrzeni dziejów, obok odizolowanych i sporadycznych wypowiedzi autorów, którzy bezwzględnie sprzeciwiali się jakiegokolwiek rezygowaniu z terapii, przeważała opinia o zasadności odstępowania od uporczywych interwencji medycznych w pewnych sytuacjach. W środowiskach medycznych panowało przekonanie, że lekarze w przypadkach niektórych chorób nie powinni podejmować prób leczenia. Zbieżne opinie można znaleźć także na gruncie pozamedycznych rozważań, według nich pacjenci dla szczególnych i ważnych powodów nie mają obowiązku się leczyć. Można wskazać na dwa dominujące w historii nurty rozumowania, pierwszy z nich odwoływał się do spuścizny pozostawionej przez Hipokratesa (nurt medyczny), drugi zaś wiązał się z teologiczną i filozoficzną tradycją chrześcijańską (nurt chrześcijański). Oba nurty nie stanowią wykluczających się alternatyw, wręcz przeciwnie — zdają się uzupełniać i podejmują te same problemy z różnych perspektyw. Nurt medyczny wynika z doświadczeń osób leczących, zaś nurt chrześcijański dotyczy przede wszystkim postaw osób leczonych [5].

Tradycja hipokratejska

Medycyna starożytnej Grecji jest nieodłącznie związana z obrosłą w legendy postacią Hipokratesa z Kos (ok. 460–377 p.n.e.). Pochodził on z rodziny Asklepiadów, w której umiejętności leczenia przekazywano z pokolenia na pokolenie. Hipokrates był poważanym lekarzem, oprócz prowadzenia praktyki lekarskiej przysposabiał innych do medycznej profesji. Wypracował ponadto własną teorię powstawania chorób, które miały się pojawiać w wyniku braku równowagi 4 podstawowych płynów organicznych (krwi, śluzu, żółci, czarnej żółci) [6]. W pismach składających się na „*Corpus Hippocraticum*” można natrafić na wątki dotyczące uporczywego charakteru interwencji medycznych.

Traktat „O sztuce” wyznacza bardzo precyzyjne 3 podstawowe zadania, jakie stoją u podstaw medycyny. *Ma ona uwalniać chorych od cierpienia, nieść ulgę w chorobie i powstrzymać się od leczenia tych chorych, którymi choroba totalnie zawładnęła, bowiem w takich przypadkach medycyna jest bezsilna* [7]. Ostatnie stwierdzenie było zapewne wówczas przedmiotem kontrowersji, skoro autor w toku dalszych rozważań stwierdza, iż są też tacy, którzy

winią medycynę, gdyż nie godzi się leczyć bezna-
dziejnych przypadków [8]. Niewątpliwie starożytny
pisarz za oczywiste uważał ograniczenia związane
ze sztuką leczenia. Nie wahał się więc stwierdzić,
odpierając zarzuty oponentów, że jeżeli ktoś żąda
od tej sztuki czegoś, co przekracza jej możliwości,
winien być uznany raczej za szaleńca niż za osobę
pozbawioną należytej wiedzy. Trzeba więc *leczyć
choroby, które da się leczyć, lecz także rozpozna-
wać te, na które nie można wpłynąć i wiedzieć,
dlaczego nie można ich leczyć* [9]. Autor dodaje, że
w przypadku, kiedy nie ma możliwości leczenia, trze-
ba tak długo, jak tylko jest to możliwe, szukać tego,
co korzystne dla pacjenta. Niewymagająca specjal-
nego komentarza wskazówka Hipokratesa na tem-
at odstępowania od interwencji medycznych znaj-
duje się w „Aforyzmach”: *chorych na raka ukrytego
nie leczy wcale, lepiej jest; ci bowiem z nich, którzy
się leczą, umierają rychle, ci zaś, którzy się nie leczą,
długo zachowują się przy życiu* [10]. Terapeutycznej
zaciętości należy postawić racjonalne granice. *To,
czego nie wyleczysz lekarstwem, wyleczysz żelazem*
— można wyczytać w ostatnim z Hipokratesowych
aforyzmów — *czego nie wyleczysz żelazem, wyle-
czysz ogniem, czego ogniem nie wyleczysz, za nie-
wyleczalne uważać wypadnie* [11]. Postać Hipokra-
tesa i jego poglądy cieszyły się w starożytności dużą
popularnością. Przywołują je w swych pismach róż-
ni starożytni pisarze, powołując się na jego opinie
i autorytet w odniesieniu do konkretnych sytuacji
życiowych.

Greckie ideały znalazły wielu gorliwych naśla-
downców w późniejszych wiekach. Z pozoru średnio-
wieczni lekarze (np. Awicenna, Majmonides) [12]
nie wprowadzają rewolucyjnych elementów do dys-
kusji na temat odstępowania od uporczywych in-
terwencji medycznych i, jak się zdaje, powielają tyl-
ko idee zapoczątkowane już w starożytności, nie-
znacznie je uaktualniając o zdobycze wiedzy me-
dycznej oraz wątki obyczajowe związane z prakty-
kowaniem sztuki leczenia. Jednak rola lekarzy wo-
bec pacjentów nieuleczalnie chorych uległa istotne-
mu przeformułowaniu. Przyczyniło się do tego głę-
bsze rozumienie relacji lekarz–pacjent wykraczające
poza schemat przywracających zdrowie usług oraz
rozwoj medycyny (głównie farmakologii).

W zakres obowiązków lekarza wprowadzono tros-
kę o stan chorego w trakcie nieuleczalnej choroby.
W efekcie tam, gdzie stosowanie czynności terapeu-
tycznych traciło sens, zastępowano je czynnościami,
które mogły przynieść pacjentowi ulgę w cierpieniu.
Lekarz, odstępując od wykonania konkretnych in-
terwencji medycznych, nie pozostawiał chorego w jego
niedoli, lecz zmieniał profil swoich działań. Zatem

nie tylko profesjonalnie prowadzone leczenie, ale rów-
nież przeciwdziałanie w najlepszy możliwy sposób
cierpieniu nieuleczalnie chorych stało się kluczowym
wyznacznikiem moralnej oceny postępowania. Wier-
ność temu zadaniu podkreśla unikalny charakter
medycyny. Powołanie lekarza nie traci bynajmniej nic
ze swego antycznego pierwowzoru i przypomina
nadal w tym względzie sytuację żołnierza rzymskie-
go, który przysięga bronić cesarza i cesarstwa nawet
za cenę własnego życia [13].

Okres średniowiecza zarysował wyraźnie nowy
zakres obowiązków i wymagań stawianych leka-
rzom, w ich świetle pozostawienie nieuleczalnie cho-
rego pacjenta na pastwę losu, które w czasach Hi-
pokratesa uznano by za wierność sztuce, trzeba by
potraktować jako zdradę profesji. Podobnie problem
ujmują nowożytny kodeksy etyki lekarskiej. Służą
one praktycznym rozwiązaniom i nie wnikają głę-
boko w problematykę uzasadnień towarzyszących
konkretnym regulacjom — co jest zrozumiałe w przy-
padku tego typu dokumentów. Dają one lekarzom
prawo do niepodejmowania pewnych interwencji
medycznych, chociaż chorzy powinni znajdować
z ich strony wsparcie i ulgę w cierpieniu, również
wtedy, gdy nie ma szans na wyleczenie.

Tradycja chrześcijańska

Wykładnią poglądów charakterystycznych dla
nurtu chrześcijańskiego są tezy wypracowane
w scholastycznych traktatach teologii moralnej, wpi-
sujące się w szerszą intelektualną tradycję teolo-
giczną i filozoficzną zapoczątkowaną przez Ojców
Kościoła [14]. Chrześcijańscy myśliciele wykazywali
duże zainteresowanie praktycznymi kwestiami do-
tyczącymi życia i zdrowia człowieka. Aktywna i twór-
cza działalność akademicka dominikanów i jezuitów
w XVI i XVII wieku przyczyniła się do wypracowania
określonych standardów etycznych i ugruntowania
etycznej wykładni dla typowych moralnych proble-
mów wyłaniających się z ówczesnej praktyki me-
dycznej. Rozważania teologów na temat niepodej-
mowania leczenia zawierały 3 zasadnicze elementy:
niekwestionowany w chrześcijaństwie bezwzględny
zakaz samobójstwa, nakaz roztropnej ochrony
życia i zdrowia oraz możliwość rezygnacji ze zbyt
uciążliwych środków medycznych. Dopuszczali oni
rezygnację z terapii, a nawet ze specjalnego odży-
wiania się w czasie choroby, między innymi ze wzglę-
du na bariery psychiczne lub finansowe obciążenia
związane z leczeniem. Począwszy od czasów Toma-
sza z Akwinu (1224/5–1274), uważano, że zgoda
pacjenta na podjęcie agresywnej terapii jest pod-
stawowym wymogiem moralnym. W myśl owej kon-

cepcji nie wolno zmuszać poczytalnego pacjenta do poddawania się ryzykownym i bolesnym zabiegom, w szczególności nie ma on obowiązku zastosowania każdego środka przywracającego zdrowie lub przedłużającego życie [15]. Na przykład, żyjący kilka stuleci po Akwinacie flamandzki jezuita, Leonard Lessius (1554–1623) utrzymywał, *iż człowiek jest zobowiązany zezwolić na amputację organu, jeśli lekarze wskażą na taką konieczność i nie zachodzi niebezpieczeństwo znoszenia wielkiego bólu (...). Przemawia za tym fakt, iż jest on zobowiązany ratować swe zagrożone życie przez zwyczajne środki, które nie są niezmiernie trudne. Jeśli jednak wiążą się z tym straszliwe bóle, które ma cierpieć, nie musi się on godzić, ani nie może być przymuszony do tego. Przemawia za tym fakt, iż nikt nie ma obowiązku zachować życie, znosząc takie cierpienia, kiedy rokowania pozostają niepewne* [16]. Leonard Lessius wskazuje ponadto na bariery natury psychicznej związane z poddaniem się terapii (...). *Kobiety, szczególnie dziewice, nie są zobowiązane, by zezwalać mężczyznom na leczenie sekretnych obszarów ich ciała (...). Przemawia za tym fakt, iż nikt nie jest zobowiązany zgadzać się na kurację, wobec której odczuwa odrazę nie mniejszą niż wobec samej choroby lub śmierci: lecz wiele skromnych dziewczec woli znieść raczej chorobę lub śmierć, niż być dotkniętą przez mężczyznę. Przeto nikt nie ma obowiązku zgadzać się na coś, co wiąże się z niebezpieczeństwem złych poruszeń lub cielesnym zadowoleniem, mało tego do heroicznego stopnia czystości należy chcieć raczej umrzeć niż zezwolić komuś na nieskromne wyobrażenia lub na doświadczanie pożądlivych poruszeń* [17]. Choć dziś ten tekst może brzmieć nieco archaicznie, wskazuje wyraźnie na szerokie spektrum uzasadnień mogących dyskwalifikować możliwość ewentualnego leczenia. Inny myśliciel, Jan Lugo (1583–1660), kontynuuje tradycję swych poprzedników. Twierdził on, *że człowiek powinien zezwolić na leczenie, gdy lekarz uzna je za konieczne, i kiedy nie przyniesie ono intensywnego bólu; nie (musi się godzić), gdy jest ono związane z bardzo dużym bólem; ponieważ człowiek nie jest zobowiązany stosować nadzwyczajnych i trudnych środków dla zachowania życia* [18]. Nie zawsze trzeba też podejmować działania zmierzające do odsunięcia nieuchronnej śmierci.

W następnych stuleciach kolejne generacje filozofów chrześcijańskich i teologów moralnych powtarzały poglądy swych poprzedników, nie dodając nowych elementów do powszechnie akceptowanej teorii traktującej o środkach podtrzymujących życie. Wszyscy ci myśliciele trwali przy tradycyjnych poglądach nawet wtedy, gdy zabiegi i opera-

cje chirurgiczne przestały budzić grozę pacjentów, od kiedy w połowie XIX wieku zaczęto stosować skuteczniejszą anestetykę. Fakt, który czynił agresywne interwencje medyczne bardziej bezpiecznymi i mniej bolesnymi, potraktowano z dużą rezerwą [19].

Podsumowanie

Niniejszy artykuł ukazuje wycinek wieloaspektowej historii poglądów dotyczących odstąpienia od uporczywych interwencji medycznych. Należy podkreślić, że dwa nurty (medyczny i chrześcijański) zapoczątkowane w starożytności, ewoluując w ciągu wieków, przetrwały do dziś. Oba zgodnie potwierdzają, w pewnych przypadkach, moralną dopuszczalność rezygnacji z leczenia.

Nurt medyczny wpisany jest w hipokratejski model medycyny, który czyni zeń przede wszystkim przedsięwzięcie oparte na przesłankach racjonalnych. Takie podejście zakazuje podejmować leczenie, kiedy odzyskanie zdrowia jest nieosiągalne, a tym samym bezsensowne i szkodliwe dla reputacji, jaką się cieszy uprawiana sztuka [20]. Logika nakazuje, by klinicznym faktom odpowiadały realne umiejętności. Lekarz porusza się w ściśle określonych ramach wyznaczonych naturą uprawianej dyscypliny. Jest on na pierwszym miejscu „sługą sztuki”. Dlatego z całą stanowczością reprezentanci tego nurtu wskazują na nieprawidłowości, na jakie narażona jest praktyka medyczna [21]. Stawia to ową sztukę w dość kłopotliwym świetle, lecz jednocześnie wyraźnie określa jej kontury, nie pozostawiając żadnych złudzeń, że na aprobatę zasługują tylko te poczynania lekarzy, które podporządkowują się wymogom krytycznego rozumowania. Raz rozpoczęte leczenie powinno być doprowadzone do końca. Już w „*Corpus Hippocraticum*” przerwanie terapii jest określane tym samym terminem, co dezercja żołnierza [22]. Nakreślony w ten sposób standard postępowania odróżnia profesjonalistę, który odpowiedzialnie i z poszanowaniem właściwych reguł traktuje swą służbę, od szarlatana [23]. Obowiązkiem lekarza jest znać granice swych zawodowych umiejętności i nie wykraczać poza nie, aby służyć *chorym, dla ich dobra (...)* dalekim będąc od *wszelkiego uszkodzenia i krzywdy wszelkiej* [24] — zgodnie ze słowami „Przysięgi” Hipokratesa. Pacjenci są tymi, którzy ponoszą koszt niepotrzebnych zabiegów. Gdy interwencje terapeutyczne są zasadne, trzeba podejmować leczenie, kiedy zaś nie, należy rezygnować z niego z całą świadomością konsekwencji takich działań.

Niewątpliwym osiągnięciem było wypracowanie w XVI wieku teorii o środkach zwyczajnych i nadzwyczajnych. Autorzy etycznych i teologicznych rozpraw niewiele mówili bezpośrednio o lekarzach lub ich specyficznych powinnościach wobec nieuleczalnie chorych. Teksty traktatów moralnych nie były skierowane wprost do osób profesjonalnie zajmujących się medycyną. Większość z nich pisano dla potrzeb instytucji akademickich kształcących katolickie duchowieństwo. W odróżnieniu od uzasadnień inspirowanych chrześcijaństwem poglądy wielu filozofów dotyczące kwestii odstąpienia od interwencji medycznych były najczęściej wyrazem permissywności. Układają się one w niejednorodną i niezwykle zróżnicowaną mozaikę. Poza nielicznymi wyjątkami etyka w ich wydaniu nie wiązała się z zainteresowaniem ochroną praw ludzi słabych, wymagających specjalnej troski, lecz zgodnie z jej założeniami podkreślano i rozszerzano władzę silniejszych (Platon, Arystoteles, Epikur) lub absolutyzowano ludzką wolność, przyzwalając na eutanazję (Bacon, Hume). Na tym tle nurty chrześcijański i hipokratejski należy uznać za dojrzałe i dobrze ugruntowane teoretycznie moralne rozstrzygnięcia dotyczące zagadnienia możliwości odstąpienia od uporczywych interwencji medycznych.

Piśmiennictwo

1. Kodeks Hammurabiego § 215–223. Tłum. M. Stępień. Warszawa 1996: 124–125.
2. Breasted J.H. red. The Edwin Smith Surgical Papyrus. Published in Facsimile and Hieroglyphic Transliteration with Translation and Commentary in Two Volumes. T. I. Chicago 1930: 452–453.
3. Bryan C.P. red. The Papyrus Ebers. Oldest Medical Book in the World. New York 1990: 149.
4. Platon. Państwo 406B-C. Tłum. W. Witwicki. Warszawa 1958: 169.
5. Aszyk P. Granice leczenia. Etyczny problem odstąpienia od interwencji medycznych. Warszawa 2006: 13–61.
6. Potter R. The Greatest Benefit to Mankind. A Medical History of Humanity. New York 1999: 55–59.
7. Hippokrates, ΙΙΕΠΙ ΤΕΧΝΗΣ III. W: Jones W.H.S. Hippocrates with an english translation. T. II. Cambridge 1967: 192.
8. Hippokrates, ΙΙΕΠΙ ΤΕΧΝΗΣ VIII. W: Jones W.H.S. Hippocrates with an English translation. T. II. Cambridge 1967: 202.
9. Hippokrates, ΙΙΕΠΙ ΝΟΥΣΩΝ A.6. W: Potter P. Hippocrates with an english translation. T. V. Cambridge 1988: 112.
10. Hipokrates. Hipokratesa aforyzmy i rokowania oraz przysięga wykonywane przez lekarzy — kapłanów Eskulapa. Tłum. H. Łuczkiwicz. Warszawa 1864: 70.
11. Hipokrates, Hipokratesa aforyzmy i rokowania oraz przysięga wykonywane przez lekarzy — kapłanów Eskulapa. Tłum. H. Łuczkiwicz. Warszawa 1864: 88.
12. Avicenna. A Treatise on the Canon of Medicine of Avicenna 684–687. New York 1970: 361; Rosner F. Content and Analysis of Maimonides' Commentary on the Aphorisms of Hippocrates. W: Maimonides' Commentary on the Aphorisms of Hippocrates. Haifa 1987: 1–3.
13. Jonsen A.R. The short history of medical ethics. New York 2000: 10.
14. Cronin D.A. The moral law in regarding to ordinary and extraordinary means of conserving life. W: Smith R.E. red. Conserving human life. Braintree 1989: 33–66.
15. Tomasz z Akwinu. Suma teologiczna. II–II, q. 65, a. 1.3, tom. XVIII. Londyn 1970: 124.
16. Lessius L. De justitia et Jure Ceterisque Virtutibus Cardinalibus. Lib. II, Cap. 9, dub. 14, n. 96. Antverpiae 1609: 101.
17. Lessius L. De justitia et Jure Ceterisque Virtutibus Cardinalibus. Lib. IV, Cap. 3, dub. 8, n. 60, s. 757.
18. Lugo J. De. De Justitia et Jure. Disp. 10, Sect. I, n. 21. W: Lugo J. De, Disputationes Scholasticae et Morales. T. VI. Lungundi 1642: 256.
19. Collins H.J. The morality of withdrawing or withholding food and fluid administered artificially to the individual in the persistent vegetative state from Roman Catholic perspective. Ann. Arbor. 1988: 104–106.
20. Sigerist H.E. A history of medicine. T. II. New York 1961: 299.
21. Philips E.D. Aspects of Greek medicine. New York 1973: 114–115.
22. Jouanna J. Hippocrates. Baltimore 1999: 140.
23. Edelstein L. The professional ethics of the Greek physician. W: Temkin O., Temkin C.L. red. Ancient medicine. Selected Papers of Ludwig Edelstein. Baltimore 1967: 323–324.
24. Hipokrates, Hipokratesa aforyzmy i rokowania oraz przysięga wykonywane przez lekarzy — kapłanów Eskulapa. Tłum. H. Łuczkiwicz. Warszawa 1864: 2.