

# Gustaw Wośko

---

## Wybrane zagadnienia orzecznictwa sądowo-lekarskiego w sprawach o przestępstwa przeciwko życiu i zdrowiu oraz nietykalności cielesnej

---

Palestra 20/1(217), 46-53

---

1976

Artykuł został zdigitalizowany i opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej [bazhum.muzhp.pl](http://bazhum.muzhp.pl), gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.

## Wybrane zagadnienia orzecznictwa sądowo-lekarskiego w sprawach o przestępstwa przeciwko życiu i zdrowiu oraz nietykalności cielesnej

*W okresie, jaki upłynął od wejścia w życie nowego kodeksu karnego, wypracowano pewną praktykę w zakresie orzecznictwa sądowo-lekarskiego w sprawach o przestępstwa przeciwko życiu i zdrowiu oraz nietykalności cielesnej. Przedstawiona problematyka dotyczy art. 155, 156 i 182 k.k. W artykule omawia się niektóre określenia zawarte w tych przepisach oraz podaje interpretację uszkodzeń ciała w aspekcie sądowo-lekarskim.*

W Katedrze i Zakładzie Medycyny Sądowej Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie jednym z głównych tematów prac naukowych były przestępstwa przeciwko życiu i zdrowiu. Dokonano tu skomentowania (logicznego i semantycznego) obu kodeksów karnych: obecnego i dawnego w części dotyczącej przestępstw spowodowania uszkodzenia ciała i rozstroju zdrowia, co z kolei pozwoliło ustosunkować się odpowiednio i rozumieć należycie analizowane pojęcia kodeksowe.

Powyższymi opracowaniami zajmowano się nie tylko od strony teoretycznej. Poparte one były bogatym materiałem praktycznym. W Zakładzie bowiem przeprowadzono od chwili jego powstania, tj. od 1951 r., około 33 000 badań sądowo-lekarskich pokrzywdzonych w kwestii określenia stopnia uszkodzenia ciała<sup>1</sup>.

W obowiązującym obecnie nowym kodeksie karnym przestępstwa przeciwko życiu i zdrowiu zostały zawarte w dwu artykułach, mianowicie w art. 155 i 156. Formalnie jest to więc podział dwustopniowy, przy czym art. 155 k.k. dotyczy uszkodzeń ciała i rozstrojów zdrowia tzw. ciężkich, a art. 156 k.k. — innych. Tak więc tylko te dwa określenia stanowią ściśle wyrażenie kodeksowe. Należy jednak podkreślić, że w art. 156 k.k. podzielono uszkodzenia ciała na takie, które naruszają czynności narządu ciała na okres powyżej dni 7, oraz na takie, które naruszają czynność narządu na okres do dni 7. Merytorycznie mamy więc do czynienia z podziałem trójstopniowym. W praktyce można zatem dzielić uszkodzenia ciała na ciężkie, średnie i lekkie.

Artykuł 155 k.k. obejmuje ciężkie uszkodzenia ciała lub rozstroje zdrowia. W § 1, którego konstrukcja jest kazuistyczna, wymienia się taksatywnie najcięższe skutki przestępnych uszkodzeń ciała. W § 2 podano już ogólniejsze sformułowania.

Wspólną cechą większości uszkodzeń ciała przewidzianych w tym artykule jest ich trwałość. Te najcięższe skutki uszkodzeń ciała praktycznie zdarzają się bardzo rzadko. W materiale naszego Zakładu, obejmującego kilkanaście tysięcy badań

<sup>1</sup> G. Waśko: Medycyna sądowa na Pomorzu Zachodnim w XXX-lecie PRL, Materiały VI Szczecińskiego Sympozjum Naukowego, Szczecin 1974, s. 18—26.

dla ustalenia stopnia uszkodzenia ciała pokrzywdzonych, zaledwie 0,3% było uszkodzeń ciała zakwalifikowanych do najcięższych uszkodzeń ciała (dawny art. 235 k.k.).

Możliwość usunięcia skutku uszkodzenia ciała za pomocą odpowiedniego leczenia nie stoi w sprzeczności z wymaganiem trwałości. Należy tu bowiem uwzględnić ryzyko każdego zabiegu, a z drugiej strony wymaganą od pacjenta zgodę na poddanie się takiemu zabiegowi. Większość określeń tego artykułu w zasadzie nie zmieniała się w stosunku do poprzedniego art. 235 k.k. Dlatego też określeń tych artykuł niniejszy zasadniczo nie omawia. Przypomnieć tylko należy, że w art. 155 k.k. chodzi o wzrok, tj. o praktyczną zdolność widzenia, a przede wszystkim rozpoznawania i rozumienia kształtów, o słuch, tj. zdolność odbierania, rozpoznawania i rozumienia dźwięków z możliwością porozumiewania się, o mowę, przez co rozumiemy zdolność wymawiania artykułowanych dźwięków rozumianych powszechnie przez otoczenie oraz zdolność rozumienia takich dźwięków wydawanych przez osobę drugą, wreszcie chodzi o zdolność płodzenia, czyli możliwość utrzymania gatunku w drodze rozmnażania. U mężczyzny zdolność ta dzieli się na zdolność do podjęcia stosunku płciowego (*potentia coeundi*) i zdolność do zapłodnienia (*potentia conceptionis*). U kobiety zdolność płodzenia dzieli się na zdolność: do podjęcia aktu płciowego (*potentia coeundi*), do zajścia w ciążę (*potentia conceptionis*), do donoszenia płodu (*potentia gestandi*) i do urodzenia dziecka (*potentia parturiendi*).

Już w pkt 2 omawianego przepisu zmieniono na wstępie dawniej obowiązujące pojęcie kalectwa. Dodano mianowicie przy wyrazie kalectwo słowo „ciężkie” (poprzednio: słowo „trwałe”). Należy w związku z tym podkreślić, że pojęcie kalectwa było różnie interpretowane przez autorów. Zajmujemy stanowisko, że kalectwem ciężkim będzie zupełne zniesienie lub przynajmniej bardzo znaczne ograniczenie czynności ważnego narządu. Narząd musi być ważny nie z punktu widzenia jego bezwzględnej konieczności dla utrzymania życia ani też nie ze względu na ważność narządu tylko dla osoby dotkniętej kalectwem, chodzi tu bowiem o obiektywną, biologiczną, ważną czynność tego narządu dla każdego człowieka. Przykładem ciężkiego kalectwa będzie brak kończyny lub porażenie czynności tej kończyny, jednego narządu parzystego. Nie będzie nim natomiast utrata pojedynczych palców.

Sama ciężka choroba nieuleczalna nie wymaga szczególnego omówienia. Należy jedynie podkreślić, że chodzi o nieuleczalność danego schorzenia na danym etapie rozwoju medycyny.

Wprowadzenie pojęcia ciężkiej długotrwałej choroby, a więc bez cech trwałości, jest uzasadnione, gdyż w praktyce sądowo-lekarskiej spotykamy się z takimi stanami ciężkimi, które trwają bardzo długo, z braku więc tego pojęcia stany te w zasadzie musiałyby być kwalifikowane tylko z art. 156 k.k. Prawodawca nie określił, co rozumie przez słowo „długotrwałość”, wynika jednak z tego, że konieczny jest tutaj warunek dłuższego trwania. W praktyce wśród medyków sądowych przyjmuje się, że choroba taka musi trwać w zasadzie 6 miesięcy. Niekiedy jednak przed upływem 6-miesięcznym, a więc np. po upływie 3—4 miesięcy, można z całą pewnością stwierdzić, że choroba ta będzie trwała znacznie dłużej niż okres, jaki upłynął od chwili zdarzenia do chwili badania. Będą to tego rodzaju przypadki, jak np. skomplikowane złamanie kości kończyn z przewlekłymi procesami gojenia się. Otóż w takich przypadkach biegle, opierając się na swym doświadczeniu i znajomości patomechanizmów gojenia się obrażeń, będą mogli przed upływem 6 miesięcy przewidzieć, że choroba będzie długotrwała.

Mówiąc o wymienionej w artykule 155 k.k. chorobie zagrażającej zazwyczaj życiu, trzeba nawiązać do dawniej obowiązującego kodeksu karnego. Wówczas

mówiło się o chorobie zagrażającej życiu. Wykładnia tego stanu budziła zastrzeżenia, nie była jednomyślna. Zarysowały się w tej materii trzy poglądy.

Autorzy pierwszej grupy reprezentowali pogląd, że do przyjęcia choroby zagrażającej życiu wystarcza tylko prawdopodobieństwo zejścia śmiertelnego, przy stosowaniu prognozy *ex ante*, i że już sam fakt wystąpienia określonego schorzenia lub naruszenia czynności jakiegoś narządu ważnego dla życia pozwala na taką kwalifikację.

Poglądem autorów drugiej grupy było stanowisko, że choroba ta musiała się zakończyć zgonem i dopiero po jego nastąpieniu można było *ex post* ustalić, czy choroba zagrażała życiu.

Trzeci pogląd — to realność wystąpienia zagrożenia życia. Chodziło o powstanie takich zaburzeń ze strony ważnych dla życia układów, jak układ nerwowy, krążenia i oddechowy, które w każdej chwili groziły zejściem śmiertelnym. Ten ostatni pogląd był najwłaściwszy i reprezentowany był przez środowisko medyków sądowych w Szczecinie<sup>2</sup>. Podobne stanowisko zajął także Sąd Najwyższy w swoich orzeczeniach. Na przykład w roku 1957 zajął on w jednym z orzeczeń stanowisko, że wyrażenie „choroba zagrażająca życiu” oznacza taką ciężką chorobę, na skutek której bądź to ze względu na jej rodzaj, bądź też ze względu na jej szczególnie ostry przebieg zachodzi poważna możliwość śmiertelnego zejścia chorego<sup>3</sup>.

W okresie prawie czteroletniego obowiązywania nowego kodeksu karnego wypracowano już pewną praktykę dotyczącą oceny tego stanu. Ale należy zaznaczyć, że poglądy w tej sprawie nadal nie są jednolite. Powołany przez Zarząd Główny Towarzystwa Medycyny Sądowej i Kryminologii oraz przez Komisję Medycyny Sądowej przy Ministrze Zdrowia i Opieki Społecznej zespół (Walczyński, Jaegermann, Nasiłowski i Wośko), omawiając projekt kodeksu karnego, zaproponował usunięcie określenia „zazwyczaj”, uzasadniając ze swej strony, że jego wprowadzenie powoduje całkowite odrealnienie stanu zagrożenia<sup>4</sup>.

Jeśli idzie o medyków sądowych, to obecnie niektórzy z nich stwierdzają, że z punktu widzenia sądowo-lekarskiego za chorobę zazwyczaj zagrażającą życiu trzeba uznać wszelkie takie następstwa obrażeń ciała, które stwarzają realne zagrożenie dla życia i które w aktualnym stanie wiedzy lekarskiej — mimo w pełni prawidłowego leczenia — ciągle jeszcze dają wysoką śmiertelność, sięgającą kilkadziesiąt procent. Autorzy ci podają, że w przyszłości kwalifikacja w tym zakresie ulegnie zmianie, jeżeli postęp medycyny i usprawnienie udzielania pierwszej pomocy zmniejszą obecną realność bezpośredniego zagrożenia życia<sup>5</sup>.

W Komentarzu do kodeksu karnego autorzy podali, że w razie spowodowania choroby zazwyczaj zagrażającej życiu cecha trwałości nie jest konieczna, natomiast musi istnieć poważna możliwość śmiertelnego zejścia<sup>6</sup>. Inni autorzy również stwierdzają, że przy chorobie zazwyczaj zagrażającej życiu dochodzi do uszkodzenia ważnych dla życia narządów z jednoczesnym realnym zagrożeniem życia, jeżeli śmiertelność w tych sprawach chorobowych jest wysoka (co najmniej kilka-

<sup>2</sup> J. Z. Walczyński, W. Grudziński: Interpretacja sądowo-lekarska pojęcia choroby zagrażającej życiu, „Nowe Prawo” 1962, nr 10, s. 1304—1312.

<sup>3</sup> OSNKW z 1958 r. nr 4.

<sup>4</sup> Protokół posiedzenia zespołu z dnia 14.II.1969 r.

<sup>5</sup> A. Jakliński, J. Kobiela: Podręcznik dla studentów medycyny, PZWL 1972, s. 363. A. Jakliński, Z. Tomaszewska: „Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminologii” 1970, XX, s. 13.

<sup>6</sup> J. Bafia, K. Mioduski i M. Siewierski: Kodeks Karny — Komentarz, Wydawnictwo Prawnicze, Warszawa 1971, s. 363.

dziesiąt procent)<sup>7</sup>. O wystąpieniu tylko realnego zagrożenia życia mówią z kolei inni autorzy<sup>8</sup>.

Niektórzy uważają, że przez użycie wyrazu „zazwyczaj” (przeważnie, najczęściej) ustawodawca chciał rozszerzyć pojęcie choroby zazwyczaj zagrażającej życiu również na stany, w których z tych czy innych powodów nie było realnego zagrożenia życia, i że wobec tego jak najdalsze zwięzanie pojęcia choroby zazwyczaj zagrażającej życiu jest niewłaściwe<sup>9</sup>.

Inni zaś autorzy są zdania, że przez stan zagrożenia należy rozumieć taki stan, w którym dochodzi do poważnych zaburzeń czynności zasadniczych układów, jak układ nerwowy, układ krążenia i układ oddechowy, i że w każdej chwili można się spodziewać zahamowania i ustania czynności tych układów oraz dojścia do zgonu. Podają też oni, że określenie „zazwyczaj” obiektywizuje stan zagrożenia życia, realne więc wystąpienie stanu zagrożenia życia w każdym konkretnym przypadku nie jest warunkiem koniecznym do ustalenia stanu faktycznego, gdyż wystarczy poważne zagrożenie potencjalne<sup>10</sup>. Przekonywający jest pogląd, że oprócz realnego zagrożenia życia wystarczyć może w takich przypadkach potencjalne zagrożenie<sup>11</sup>.

Autor niniejszego artykułu stoi na stanowisku, że do choroby zazwyczaj zagrażającej życiu należy zaliczyć takie stany, w których dochodzi do poważnych zaburzeń ze strony podstawowych układów, mianowicie ośrodkowego układu nerwowego, krążenia i oddychania, i do realnego zagrożenia życia. Z drugiej jednak strony przez dodanie słowa „zazwyczaj” obiektywizuje się stan zagrożenia, wobec czego za chorobę zazwyczaj zagrażającą życiu uważa się również stan, w którym do realnego zagrożenia życia nie doszło ze względu na wyjątkową odporność chorego lub szybką interwencję lekarską.

W Zakładzie Medycyny Sądowej Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie od chwili wejścia w życie kodeksu karnego przebadano ogółem 9 500 osób w sprawach przestępstw przeciwko życiu i zdrowiu. Z tego 131 zakwalifikowano z art. 155 k.k., co stanowi 1,37% ogółu badanych. Z tej liczby 42 badanych (32,6%) stanowią przypadki choroby zazwyczaj zagrażającej życiu.

W kodeksie karnym z 1932 r. ta proporcja była zbliżona i jeśli chodzi o dawny art. 235 k.k., to spotykaliśmy się głównie z chorobą zagrażającą życiu i z kalectwem.

Powodem zakwalifikowania choroby jako zazwyczaj zagrażającej życiu były: w 55% — skutki wypadków drogowych i wypadków przy pracy, a w 45% — skutki pobicia.

Jeśli zaś chodzi o charakter obrażeń przy kwalifikacji choroby zazwyczaj zagrażającej życiu, to w 65% obrażenia dotyczyły głowy (złamania kości czaszki, krwiaki śródmózgowia, uszkodzenia mózgu), na drugim miejscu były uszkodzenia brzucha i jego narządów (14%), a dalej — uszkodzenia klatki piersiowej i jej narządów (10%), uszkodzenia kończyn (8%) oraz uszkodzenia szyi i jej narządów (3%).

<sup>7</sup> J. S. Kobiela, Z. Marek: Opiniowanie sądowo-lekarskie w sprawach przestępstw przeciwko zdrowiu w świetle przepisów kodeksu karnego z dnia 19.IV.1969 r., „Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminologii”, XXI, PZWL, Warszawa 1971, s. 13–17.

<sup>8</sup> A. Jakliński, R. Mądro, A. Iwaszkiewicz: Obrażenia ciała w materiale Zakładu Medycyny Sądowej AM w Lublinie w świetle nowego kodeksu karnego, „Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminologii”, XXI, Warszawa 1971, PZWL, s. 19–24.

<sup>9</sup> A. Garbowska-Górka: Ocena sądowo-lekarska uszkodzeń ciała w praktyce Zakładu Medycyny Sądowej Akademii Medycznej w Łodzi w 1970 r., „Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminologii” XXI, PZWL, Warszawa 1971, s. 31–36.

<sup>10</sup> B. Popielski, J. S. Kobiela (red.): Medycyna sądowa, PZWL 1972, s. 848.

<sup>11</sup> J. Z. Walczyński: Wybrane zagadnienia praktyczne z medycyny sądowej, PAM Szczecin, 1972, s. 277.

Co się tyczy występowania tej choroby w poszczególnych miesiącach, to najczęściej przypadków było w miesiącu grudniu (aż 16%), a później w styczniu i w maju (odpowiednio 11%). Najmniej natomiast było w lutym (2%).

Płeć reprezentowana była głównie przez mężczyzn, których było 74%; kobiet było 26%.

Na podstawie niepełnych danych zebranych tylko i wyłącznie od pokrzywdzonych ustalono, że prawie w połowie badanych przypadków (dokładnie 45%) pokrzywdzeni ci byli pod wpływem alkoholu, natomiast jeśli chodzi o sprawców, to w 21% byli oni pod częściowym wpływem alkoholu, a w 33% wpływ ten nie był ustalony.

Co się tyczy użytych narzędzi, to w 70% było to narzędzie twarde, tępe i tępo-krawędziaste, w 22% — twarde, ostre, tnące lub ostro-kończyste, w 5% — twarde, półostre, a w 3% broń palna.

Jeśli chodzi o wiek pokrzywdzonych, to najczęściej było ich w wieku od 20 do 40 lat, tj. blisko 70%, z czego najczęściej w wieku 21—30 lat (31,8%). Zwraca uwagę, że pokrzywdzeni w wieku do lat 15 stanowili 15% przypadków. Z dalszego materiału sprawy wynikało, że w 50% miejscem zajścia przy chorobie zazwyczaj zagrażającej życiu była ulica, 11,9% — mieszkanie, 2,38% — zakład pracy, a w 4,6% przypadków miejscem zajścia były restauracje. Część tych miejsc to klatka schodowa i podwórko, bo aż łącznie 9%. Znaczna część to napady dokonane przez nie ustalonych sprawców.

Zgodnie z wywodami poprzednio podanymi, kwalifikując przypadki choroby zazwyczaj zagrażającej życiu opieraliśmy się nie tylko na realnym wystąpieniu zagrożenia życia. Braliśmy także pod uwagę takie stany, w których tego realnego zagrożenia życia nie było. W tego rodzaju przypadkach były to najczęściej urazy klatki piersiowej, brzucha i ich narządów, zazwyczaj zagrażające życiu, lecz w konkretnych przypadkach stan pokrzywdzonych nie był ciężki<sup>12</sup>.

Co się tyczy innych uszkodzeń ciała i rozstroju zdrowia wymienionych w art. 156 k.k., to pierwszą pozytywną cechą skutków uszkodzeń ciała z tego artykułu jest naruszenie czynności narządu ciała. Dalej, ustawodawca wymaga, aby naruszenie ciała trwało do 7 dni albo powyżej tych 7 dni. Należy tu jeszcze podkreślić, że jest bez znaczenia okoliczność, czy osoba pokrzywdzona było niezdolna do pracy lub przebywała na zwolnieniu lekarskim.

Jeśli idzie o badania sądowo-lekarskie przeprowadzone w Zakładzie Medycyny Sądowej Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie, to przy kwalifikacji z art. 156 k.k. brano pod uwagę — zgodnie z intencją ustawodawcy — tylko te uszkodzenia ciała i rozstroje zdrowia, które naruszyły czynność narządu ciała. Bardzo drobnych sińców i otarć naskórka nie zaliczano do uszkodzeń ciała, lecz traktowano je jako nieznaczące ślady na ciele, nie naruszające czynności żadnego narządu ciała w rozumieniu art. 182 k.k. Należy podkreślić, że utratę jednego narządu parzystego nie kwalifikowaliśmy, jak to zalecają niektórzy autorzy, z art. 156 § 1 k.k. Wszystkie tego rodzaju uszkodzenia kwalifikowano jako ciężkie kalectwo, gdyż zajmujemy stanowisko, że utratą jednego z parzystych narządów odbiera w bardzo znacznym zakresie temu ważnemu dla życia narządowi możliwość funkcjonowania zgodnie z przeznaczeniem. Należy zaznaczyć, że jeśli chodzi o ocenę uszkodzenia ciała z tego artykułu, to obecna granica 7 dni sprawia niekiedy pewne trudności, może nawet większe niż dawna granica do 20 dni. Stąd też wprowadza się, naszym zdaniem słuszną, zasadę przeprowadzania kontrolnego badania

<sup>12</sup> G. Wośko: O chorobie zazwyczaj zagrażającej życiu, Materiały VI Szczecińskiego Sympozjum Naukowego, Szczecin 1974, s. 203—206.

sądowo-lekarskiego po upływie 7 dni od daty zajścia, oczywiście w przypadkach nasuwających wątpliwości. W naszym materiale prawie 1/3 badanych (tj. 27%) była poddawana właśnie takiemu kontrolnemu badaniu.

W naszym Zakładzie w latach 1970—1972 przeprowadzono ogółem 5 467 badań sądowo-lekarskich zakwalifikowanych z art. 156 k.k. Wśród tych spraw w 3017 przypadkach (57,46%) oceniono, że następstwa obrażenia ciała wyczerpały znamiona przestępstw z art. 156 § 2 k.k., a w 1742 przypadkach (31,80%) — z art. 156 § 1 k.k. W 328 przypadkach (7,28%) zakwalifikowano uszkodzenia z art. 182 § 1 k.k. jako naruszenie nietykalności cielesnej, a w 66 przypadkach (2,27%) — z art. 155 k.k. Porównując badania sądowo-lekarskie zlecane przez organy procesowe i na wniosek osób pokrzywdzonych, należy zauważyć, że te ostatnie stanowiły zazwyczaj przypadki lżejsze, kwalifikowane z art. 156 § 2 k.k., natomiast z art. 156 § 1 k.k. opinie wydawano najczęściej na wniosek MO, sądu lub prokuratury. Jeśli chodzi o podstawę kwalifikacji z art. 156 § 1 k.k., to najczęstszą przyczyną kwalifikacji z tego artykułu były rany tłuczone, cięte i klute oraz kłusane, przy czym były to rany dość rozległe bądź też ich charakter i lokalizacja wskazywały na to, że czynność narządu zranionego będzie naruszona na okres przekraczający 7 dni. Bardzo częstą podstawą do kwalifikacji z art. 156 § 1 k.k. były także złamania kości kończyn, złamania kości twarzoczaszki (nosa), złamania mózgowiczaszki i kręgosłupa. Należy wyjaśnić w tym miejscu, że każde przerwanie ciągłości kości stanowiło dla nas wystarczającą podstawę do przyjęcia kwalifikacji z art. 156 § 1 k.k., niezależnie od tego, czy była to tylko szczelina pęknięcia bez przerwania okostnej, czy też bardziej skomplikowane złamanie. Naszym zdaniem każde złamanie kości w sposób istotny powoduje zaburzenie czynności narządu, w skład którego wchodzi uszkodzona kość, w ciągu całego okresu gojenia się, które wynosi minimum 2—3 tygodnie. Chodzi tu mianowicie o częste złamania kości twarzoczaszki (złamanie kości jarzmowej i kości nosa). Należy dodać, że orzecznictwo Sądu Najwyższego w kwestii często kontrowersyjnych złamań kości nosa zajmuje w swoich orzeczeniach podobne stanowisko.

Każde wybicie zęba funkcjonalnie sprawnego przy zachowanych zębach przeciwstawnych i sąsiednich, nawet z drobnymi zmianami próchnicznymi, kwalifikowano z art. 156 § 1 k.k. Problemem sądowo-lekarskim jest kwalifikacja wstrząśnienia mózgu. Każde wstrząśnienie mózgu, udokumentowane i potwierdzone klinicznie oraz leczone bezpośrednio po zajściu, kwalifikowano z reguły z art. 156 § 1 k.k. Wstrząśnienia mózgu rozpoznane przez lekarzy leczących pokrzywdzonych tylko na podstawie wywiadów kwalifikowano z reguły z art. 156 § 2 k.k. mimo niejednokrotnie dłuższego leczenia klinicznego. Dla określenia skutków uszkodzenia ciała przewidzianego w art. 156 § 1 k.k. spotykamy się w praktyce ze stanowiskiem, że uszkodzenie to naruszyło czynność narządu nieznacznie, znacznie lub bardzo znacznie (powyżej 7 dni) oraz że pozostawiło trwałe skutki lub długotrwałe, które jednak nie mogą wyczerpywać dyspozycji art. 155 k.k.

Jeśli chodzi o kwalifikację z art. 156 § 2 k.k., to najczęstszą podstawą do kwalifikacji z tego artykułu były otarcia naskórka, sińce, a także drobne, gojące się bez powikłań rany.

Kwestia naruszenia nietykalności cielesnej człowieka wywołuje nieco kontrowersji.

Zespół, o którym wspomniano już wyżej, zaproponował, aby zamiast słowa „ślądów” użyć sformułowania „uszkodzenia ciała nie naruszające czynności narządu”. W Komentarzu do kodeksu karnego podano, że przestępstwa przeciwko czci i nietykalności cielesnej umieszczono w art. 182 k.k. i że kodeks karny nie

zalicza naruszenia nietykalności cielesnej do zamachów na zdrowie człowieka. Zaznaczono też, że naruśnienie nietykalności cielesnej obejmuje tego rodzaju czyny, które nie powodują zmian anatomicznych ani fizjologicznych w organizmie ludzkim, a tylko — na skutek fizycznego oddziaływania na ciało człowieka — wywołują przejściowy ból lub w ogóle przykre odczucie fizyczne, np. uderzenie nie pozostawiające śladów albo pozostawiające tylko przejściowy siniec lub otarcie naskórka. Niektórzy autorzy piszą, że do śladów zaliczają także obrzęk, bardzo drobne sińce, a także otarcia naskórka lub ślady po wyrwaniu włosów<sup>13</sup>. Inni autorzy twierdzą, że jeśli chodzi o art. 182 k.k., to brak jest dotychczas dostatecznego kryterium, które by określało, jakiego rozmiaru podbiegnięcie krwawe lub powierzchowne otarcia naskórka są nieznacznym śladem. Twierdzą dalej, że wszelkie obrażenia połączone z przerwaniem ciągłości tkanek należy zaliczyć do uszkodzenia ciała, natomiast za nieznaczące ślady uważać należy takie ślady jak zaczerwienienie skóry czy obrzęk<sup>5</sup>.

Inni autorzy kwalifikują z art. 182 k.k. przemijający rumień skóry, niewielki obrzęk i ewentualne drobne zasinienie w następstwie wylewów krwawych<sup>7</sup>.

Niektórzy autorzy są zdania, że naruszenie nietykalności cielesnej jest kwalifikacją kodeksową czynu, biegły zaś ma w swej opinii podać jedynie, że na skutek uderzenia lub kopnięcia albo szarpnięcia pokrzywdzony doznał np. zadrapania, otarcia naskórka, powstania sińca, co naruszyło czynności narządu ciała.

Na odbytej w dniu 23.I.1971 r. naradzie kierowników Zakładów Medycyny Sądowej w Polsce i niektórych specjalistów wojewódzkich zaproponowano, żeby o naruszeniu nietykalności cielesnej można było mówić w razie braku śladów urazów albo gdy ślad ten wyraża się zaczerwienieniem i niewielkim obrzękiem lub wyjątkowo drobnym, rysowatym otarciem naskórka czy też pojedynczym podbiegnięciem krwawym<sup>14</sup>. Niektórzy piszą przy tym, że otarcia naskórka czy niewielkie sińce zakwalifikowali z art. 156 § 2 k.k. niezależnie od tego, czy naruszały one czynność narządu ciała do 7 dni, czy też tej czynności w ogóle nie naruszały<sup>9</sup>.

Należy stwierdzić, że zarówno siniec jak i obrzęk, o których wspominają niektórzy autorzy, powodowane są uszkodzeniem ściany naczyń krwionośnych. Dochodzi więc do przerwania ciągłości tkanek. Z drugiej jednak strony w art. 156 k.k. nie ma sformułowania dotyczącego naruszenia czynności tkanek, jest natomiast mowa o naruszeniu czynności narządu ciała. Trudno też zgodzić się z niektórymi autorami, że drobny, rysowaty czy punktowany siniec lub otarcie naskórka np. o średnicy plus minus 2—3 mm narusza czynność jakiegokolwiek narządu ciała, jeżeli są one umieszczone na plecach. Trudno też zgodzić się z sugestią, że z art. 156 k.k. należy zakwalifikować również te drobne uszkodzenia, które nie naruszają czynności narządu ciała w ogóle. Jest to stwierdzenie dowolne, niezgodne z brzmieniem art. 156 k.k., gdzie mowa jest tylko i wyłącznie o naruszeniu czynności narządu ciała na okres do 7 dni albo powyżej 7 dni. Jest to również zgodne z orzeczeniem Sądu Najwyższego, który w jednym ze swoich orzeczeń wypowiedział pogląd, że jeżeli sprawca czynem swoim nie spowodował naruszenia czynności narządu ciała, to znaczy nie spowodował takich zmian w określonym organie ciała, które zakłócają jego normalne, zgodne z przeznaczeniem funkcjonowanie, to wówczas czyn sprawcy nie wyczerpuje znamion przestępstwa z art. 156 § 2 k.k.<sup>15</sup>

Niektórzy autorzy twierdzą, że przez ślady należy rozumieć widoczne na ciele

<sup>13</sup> J. Z. Walczyński, B. Popielski: op. cit., s. 848.

<sup>14</sup> B. Puchowski: Naruszenie nietykalności cielesnej (art. 182 k.k.), „Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminologii” XXI, Warszawa 1971, s. 37—40.

<sup>15</sup> OSNKW z 1973 r. nr 12, s. 77—81 (wyrok SN z dnia 18.X.1973 r. RW 8/72/73).



pokrzywdzonego skutki naruszenia jego nietykalności cielesnej, dodając, że bezpośrednio po uderzeniu może nastąpić chwilowy obrzęk, jak również że mogą nastąpić zmiany o charakterze otarć naskórka, sińce, zadrapania i ślady po wyrwaniu włosów<sup>11</sup>.

Autor niniejszego artykułu stoi na stanowisku, że istotną różnicą między uszkodzeniem ciała a naruszeniem nietykalności cielesnej jest moment naruszenia czynności narządu ciała. Definiując to określenie, należy stwierdzić, że za uszkodzenia ciała trzeba przyjąć te obrażenia, które naruszają czynność narządu ciała. Zmiany w postaci bardzo drobnych sińców i bardzo drobnych otarć naskórka oraz zaczerwienienia i obrzęki nie powodują naruszenia czynności narządu ciała, a więc są one skutkiem naruszenia nietykalności cielesnej (art. 182 k.k.). Za naruszenie nietykalności cielesnej trzeba zatem uważać takie zmiany na ciele, które nie naruszają czynności narządu ciała.

W materiale Zakładu Medycyny Sądowej Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie w latach 1970—1974 przeprowadzono ogółem 9 500 badań osób pokrzywdzonych z uwzględnieniem stopnia uszkodzenia ciała i naruszenia nietykalności cielesnej. Z powyższej liczby kwalifikacje z art. 182 k.k. zastosowano w 617 przypadkach, z czego 364 to kobiety (59%), a 253 — mężczyźni (41%).

Stwierdzono, że jeśli chodzi o badanych, to 268 (44%) osób było pod wpływem alkoholu, a 349 (56%) osób nie podawało w wywiadzie alkoholu. Sprawcy czynów według oświadczeń pokrzywdzonych w 50% znajdowali się pod wpływem alkoholu, a w 9% wpływ ten był wątpliwy.

Co się tyczy miesięcy, to największe nasilenie przestępstw tego typu obserwowano: w czerwcu 76 osób (12,4%) i w lipcu 72 osoby (10%).

Pod względem wieku najwięcej osób, których liczba wynosiła 145 (23,4%), było w wieku 30—40 lat, w wieku zaś 21—30 lat było 139 osób (22,9%), a w wieku 41—50 — 50 osób (15,8%). Powyżej 70 lat było 25 osób (4% ogółu badanych).

Jeśli chodzi o dzień miesiąca, to najwięcej zająć było 15., mianowicie 35 (5,6%), potem 5., tj. 33 (5,3%), a najmniej 21., bo 9 (1,4%). Natomiast jeśli chodzi o dzień tygodnia, to stwierdzono, że najwięcej zająć było w poniedziałek (16,9%), w sobotę (15,3%) i w środę (15,1%); najmniej było w piątek (10,9%).

Co się tyczy kryterium kwalifikacji sądowo-łękarskiej stanu naruszenie nietykalności cielesnej, to powodem takiej kwalifikacji w 213 przypadkach (34,5%) były drobne sińce, w 187 przypadkach (30,3%) drobne otarcia naskórka, w 30 przypadkach (4,8%) obrzęk pourazowy, a w 49 przypadkach (8%) stłuczenie; brak jakichkolwiek zmian stwierdzono w 103 przypadkach (16,5%).

W kwestii zaś umiejscowienia zmian, to stwierdzono je na głowie w 104 przypadkach (15,4%), na kończynach górnych w 128 przypadkach (20,7%), a w pozostałych przypadkach zmiany były umiejscowione w innych okolicach.

Najczęstszym narzędziem, jakiego używano w stosunku do pokrzywdzonych -- to narzędzie twarde, tępe (34%) lub obuta noga (19,8%); używano też ręki<sup>12</sup>.

Przedstawiona problematyka nie wyczerpuje, naturalnie, wszystkich aspektów sądowo-łękarskich przestępstw przeciwko życiu i zdrowiu. W referacie bowiem omawia się niektóre tylko wybrane, często kontrowersyjne problemy orzecznictwa sądowo-łękarskiego. Przedstawione poglądy są wynikiem długoletnich badań aspektów sądowo-łękarskich przestępstw przeciwko życiu i zdrowiu, prowadzonych przez Zakład Medycyny Sądowej PAM w Szczecinie, i zostały oparte na dość dużym materiale doświadczalnym.

<sup>11</sup> G. Waśko: Przepięstwo naruszenia nietykalności cielesnej, Materiały VI Szczecińskiego Sympozjum Naukowego, Szczecin 1974, s. 249—252.