

Medyczno–sądowe oraz prawne aspekty dzieciobójstwa z analizą wybranych przypadków badanych w Katedrze Medycyny Sądowej Collegium Medicum UJ w latach 1900–2010

W pracy przedstawiono przypadki dzieciobójstw popełnionych w okresie 1900–2010 r. na terenie Małopolski, w których badanie pośmiertne przeprowadzone zostało w krakowskiej Katedrze Medycyny Sądowej. Opisując zagadnienie, omówiono aktualne tło i obowiązujące uwarunkowania prawne dotyczące kwalifikowania tej szczególnej formy zabójstwa, skalę zjawiska oraz podział dzieciobójstw z uwzględnieniem sposobu jego popełniania. Na wybranych przypadkach poruszono możliwości i problemy diagnostyczne z jakimi spotyka się medyk sądowy, począwszy od etapu badania sekcyjnego, aż do czasu formułowania wniosków opinii końcowej na potrzeby wymiaru sprawiedliwości.

Wstęp

Pozbawienie życia drugiego człowieka jest w naszej kulturze traktowane jako najcięższe przestępstwo i najważniejsze złamanie obowiązujących norm społecznych. Sprawcy takich czynów spotykają się zazwyczaj z powszechnym potępieniem, brakiem akceptacji dla swoich działań i są osobami ocenianymi jednoznacznie negatywnie, a w prawodawstwie większości krajów świata ich czyny zagrożone są najcięższymi karami, do kary śmierci włącznie. Mimo że zabójstwa stanowią tylko niewielki ułamek wszystkich popełnianych przestępstw, to wywołują najwięk-

sze emocje, niezrozumienie i zainteresowanie społeczne. Wybitnie dotyczy to sytuacji, w których ofiarami stają się dzieci. Szczególną postacią zabójstwa dziecka jest dzieciobójstwo, które z racji pewnych specyficznych uwarunkowań stanowi formę „zabójstwa uprzywilejowanego”. Jest to bardzo szerokie i złożone zagadnienie, zarówno pod względem medyczno–sądowym, psychiatrycznym, psychologicznym, kryminologicznym, jak i prawnym. Niniejsza praca ma na celu zarysowanie problematyki dzieciobójstw na gruncie wiedzy sądowo–lekarskiej i uwarunkowań prawnych.

Dzieciobójstwo — problem moralny i prawny na przestrzeni wieków

W czasach antycznych zabicie dziecka lub porzucenie go było czynem powszechnym i moralnie akceptowalnym. Przykładem może być starożytna Grecja czy Sparta, gdzie dążono do posiadania jednego lub maksymalnie dwojga dzieci. Rola ojca rodziny była wówczas tak silna, że to on decydował o pozostawieniu przy życiu lub śmierci kolejnego potomstwa. Z reguły porzucano dzieci, które uważano za ułomne (choć brak było regulacji zakazujących zabicie dziecka zupełnie zdrowego). „Pozbywano się” głównie dzieci płci żeńskiej, co wynikało z chęci przedłużenia ciągłości rodziny i oczywiście dziedziczenia majątku. Dopiero w I w. p.n.e. w Rzymie wprowadzono prawo zakazujące zabijania dzieci (akt przeciw mordercom i trucicielom). Wydaje się jednak, że nie miało ono chronić praw nowo narodzonego dziecka, a jedynie prawa ojca do posiadania dziedzica (Brzezińska 2009; Grzywo-Dąbrowski 1948).

W II i III w. n.e. wraz z nadejściem kryzysu demograficznego wprowadzano nowe regulacje prawne, zapobiegające zabijaniu i porzucaniu dzieci. Jednakże dopiero w IV w. n.e., wraz z rozpowszechnieniem się chrześcijaństwa, cesarz Konstantyn usankcjonował zakaz dzieciobójstwa pod karą śmierci. Wychozono bowiem z założenia, że zabicie dziecka przed jego ochrzczeniem pozbawia go możliwości zbawienia. Stosowane wówczas kary były okrutne i hańbiące dla skazanej matki — kobieta była topiona w worku wraz z psem,

kogutem czy też wężem, a nierzadko wyrok poprzedzano stosowaniem tortur (rozrywanie ciała rozgrzanyymi szczypcami). W 1532 r. ustawa karna Karola V *Constitutio Criminalis Carolina* podtrzymała penalizację dzieciobójstwa oraz utrzymała wyjątkowo surowe kary za takie zbrodnie, np. zakopanie żywcem lub utopienie (Grzywo-Dąbrowski 1948; Tomaszewska, Staśkiewicz 1970).

Tendencję do stopniowego łagodzenia kar dla kobiet dopuszczających się dzieciobójstwa przyniósł dopiero wiek XVIII. Jednakże dopiero w drugiej połowie XIX w. nowoczesne ustawodawstwo wprowadziło traktowanie dzieciobójstwa jako przestępstwa uprzywilejowanego, penalizowanego w szczególności, możliwie łagodny sposób (Brzezińska 2009).

W Polsce do ok. XIII w. karą za zabicie nowo narodzonego była „główszczyzna” (kara pieniężna) wprowadzona w celu uniknięcia „wojny rodów” prowadzonej w imię zemsty. Normy prawne nie były jednoznacznie ustalone i opierały się często na lokalnych zwyczajach. Można jednak zauważyć silny wpływ ustawodawstwa niemieckiego na obowiązujące normy prawne, głównie na ziemiach zachodnich. Tortury i okrutne wyroki śmierci zostały zniesione przez Sejm RP w 1776 r. Po rozbiorach ziemie zajęte dostały się w obręb regulacji prawnych obowiązujących w Rosji, Austrii i Prusach (Grzywo-Dąbrowski 1948; Tomaszewska, Staśkiewicz 1970).

Dzieciobójstwo we współczesnym polskim prawie karnym

W aktualnie obowiązującym w naszym kraju Kodeksie karnym dzieciobójstwo zdefiniowane jest przez art. 149 kk. Brzmi on następująco:

Matka, która zabija dziecko w okresie porodu pod wpływem jego przebiegu, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5.

Z treści artykułu wynika, że sprawcą dzieciobójstwa może być tylko matka, a ofiarą wyłącznie jej własne dziecko. Jednak zwrócić należy szczególną uwagę, że przepis ten nie dotyczy zabicia dziecka w dowolnym wieku, a jedynie bezpośrednio po urodzeniu, czyli noworodka. Co więcej — Kodeks

karny wymaga, by poród przebiegał w szczególny sposób, wpływając tym samym na zachowanie matki. Decydujące znaczenie ma więc tu specyficzny stan psychiczny kobiety rodzącej, pozostający w związku przyczynowym z przebiegiem porodu, który to stan doprowadził do zabójstwa dziecka bezpośrednio po urodzeniu. Wypełnia to równocześnie znaczenie pojęć „w okresie porodu” i „pod wpływem jego przebiegu”. Z zapisu tego wynika również, że dzieciobójstwo jest zagadnieniem wielopłaszczyznowym: sądowno-lekarskim, psychiatrycznym, psychologicznym i prawniczym. Opinia sądowno-lekarska jest zatem jedynie częścią składową procesu prowadzącego do rozwikłania zagadki, czy śmierć dziecka można kwalifikować jako dzieciobójstwo czy może jako zabójstwo dziecka nowo narodzonego (Marek, Kłys 2001).

Brzmienie art. 149 kk implikuje wiele pytań, na które medyk sądowy stara się odpowiedzieć w konkluzji prowadzonych badań pośmiertnych:

- Czy dziecko jest noworodkiem?
- Czy dziecko urodziło się żywe?
- Czy dziecko było dojrzałe i zdolne do życia pozałożowego?
- Jak długo dziecko żyło po narodzeniu?
- Jaka była przyczyna śmierci dziecka?

Często konieczne jest także wypowiedzenie się w kwestii przeprowadzonych czynności pielęgnacyjnych przez matkę: **stanu zabezpieczenia pępowiny, umycia dziecka, ubrania go i nakarmienia** (Jakliński, Kobiela, Marek, Tomaszewska, Turowska 1979).

- Czy dziecko jest noworodkiem?

Noworodkiem według definicji WHO określane jest dziecko do ukończenia pierwszych 28 dni życia pozałożowego. Z przy czyn oczywistych definicja ta nie ma zastosowania w przypadkach dzieciobójstwa. Z treści art. 149 kk wynika bowiem, że do

zgonu dziecka musi dość w „okresie porodu”, co trudno jest utożsamiać z czasem 4 tygodni. W piśmiennictwie sądowno-lekarskim, odnoszącym się do zagadnienia dzieciobójstwa, pojęcie „noworodek” zmieniało nieco swoje znaczenie. W starszych podręcznikach przyjmowano, że noworodkiem jest dziecko kilkudniowe, aż do momentu odpadnięcia pępowiny. Aktualnie w środowisku sądowno-lekarskim dąży się do stopniowego skracania czasu określonego w Kodeksie karnym jako „okres porodu”, traktując go jako krótki okres czasu następujący bezpośrednio po narodzinach dziecka. Zgodnie z wynikami badań, większość dzieciobójstw popełnianych jest w ciągu kilku minut lub co najwyżej kilku godzin po porodzie, a co za tym idzie w większości przypadków tylko taki czas może być brany pod uwagę przy kwalifikowaniu czynu z art. 149 kk. Taką też wykładnię zgodną z wiedzą medyczną przyjęto w prawie karnym. Innymi cechami okresu noworodkowego są: obecność krwi i mazi płodowej na powłokach skórnych, obecność przedgłowa czy też smółki w jelitach (Grzywo-Dąbrowski 1948; Jakliński, Kobiela, Marek, Tomaszewska, Turowska 1979; Marek, Kłys 2009; Popielski, Kobiela 1972; Raszeja, Nasiłowski, Markiewicz 1993).

- Czy dziecko urodziło się żywe?

Ustalenie, czy dziecko urodziło się żywe sprowadza się w zasadzie do wykazania, czy dziecko oddychało. Jedynie bowiem w układzie oddechowym z chwilą narodzin dziecka dochodzi do gwałtownych zmian morfologicznych, które można wykazać badaniem sekcyjnym. Założenie takie jest oczywiście swego rodzaju uproszczeniem, gdyż istnieje możliwość, że w pewnej marginalnej grupie przypadków nie uda się wykazać, czy dziecko oddychało po urodzeniu. Sytuacja ta podyktowana bywa granicznym zakresem wydolności badawczej metod możliwych do zastosowania przy aktualnym poziomie wiedzy naukowej. Na szczęście są to jednak sy-

tuacje wyjątkowe. Rutynowo w trackie sekcji zwłok wykonuje się dwie próby wodne: płucną i żołądkowo-jelitową. Jako pierwszy próbę wodną płuc zastosował Schreier w 1683 r. Polega ona na umieszczeniu całych płuc, a następnie ich coraz mniejszych fragmentów w zbiorniku z zimną wodą. Obserwuje się, czy unoszą się one na wodzie, czy też toną. Gdy dziecko oddychało, pęcherzyki płucne zawierają powietrze i preparat płucny unosi się na wodzie. Próbę żołądkowo-jelitową, wprowadzoną w 1866 r. (Breslau), przeprowadza się analogicznie jak próbę płucną, lecz w zbiorniku z wodą umieszcza się (podwiązane szczelnie na końcach) żołądek z jelitami. Wykonuje się ją, gdyż w trakcie oddychania część powietrza dostaje się również do przewodu pokarmowego. Wynik prób wodnych zawsze należy rozpatrywać przez pryzmat stanu zwłok noworodka, a dotyczący zachodzących w nich przemian pośmiertnych, stwierdzonych zmian chorobowych oraz okoliczności ujawnienia zwłok, w tym prowadzonych czynności reanimacyjnych. W sytuacji, gdy ciało dziecka objęte jest procesami rozkładu i związanym z tym powstawaniem w tkankach gazów gnilnych lub dziecko przed śmiercią było reanimowane (sztuczne oddychanie) i powietrze do układu oddechowego wprowadzone zostało mechanizmem zewnętrznym, próba wodna płucna może mieć wynik dodatni. Dopiero całościowa analiza materiału pozwala na stwierdzenie, że wynik ten był fałszywie dodatni i w żadnym stopniu nie wskazywał na fakt, iż dziecko oddychało przed śmiercią. Na dalszym etapie badań wykonuje się badanie mikroskopowe wycinków z płuc noworodka. Konieczne jest między innymi określenie przebiegu włókien sprężystych, stwierdzenie, czy pęcherzyki są rozprężone i jaka jest ich zawartość. Dopiero wykonanie wszystkich powyższych badań daje podstawę do późniejszego zaopiniowania, czy dziecko oddychało (Grzywo-Dąbrowski 1948; Jakliński, Kobiela, Marek, Tomaszewska, Turowska 1979; Marek, Kłys 2009; Popielski, Kobiela 1972; Raszeja, Nasiłowski, Markiewicz 1993).

szewska, Turowska 1979; Marek, Kłys 2009; Popielski, Kobiela 1972; Raszeja, Nasiłowski, Markiewicz 1993).

- Czy dziecko było dojrzałe i zdolne do życia pozałożowego?

Dojrzałość noworodka określa się m.in. na podstawie pomiarów antropometrycznych zwłok (długość ciała, obwód głowy, obwód i szerokość barków i bioder itp.), stopnia wykształcenia chrząstek małżowin usznych, nosa, obecności jąder w worku mosznowym u chłopców. Bardzo przydatnym badaniem jest nacięcie nasad kości długich w poszukiwaniu jąder kostnienia. Jądra kostnienia pojawiają się bowiem i zanikają w odpowiednim, stałym okresie życia dziecka. Natomiast zdolność do życia pozałożowego związana jest z wiekiem ciążowym dziecka, a co za tym idzie z prawidłowym wykształceniem i dojrzałością niezbędnych dla zachowania funkcji życiowych układów oraz narządów. Dotyczy to również obecności lub braku poważnych wad wrodzonych (Grzywo-Dąbrowski 1948; Jakliński, Kobiela, Marek, Tomaszewska, Turowska 1979).

- Jak długo dziecko żyło po urodzeniu?

Długość życia noworodka ocenia się na podstawie:

- powietrzności płuc,
- wyniku próby wodnej żołądkowo-jelitowej (im dłuższy odcinek jelita noworodka wypełniony jest powietrzem, tym noworodek dłużej łykał powietrze, którym oddychał),
- oceny obecności smółki w jelitach czy
- przemian autolitycznych i gnilnych powiny.

Pomocna jest także obserwacja, jaką treść zawiera żołądek dziecka oraz czy noworodek był karmiony przed śmiercią (Grzywo-Dąbrowski 1948; Jakliński, Kobiela, Marek, Tomaszewska, Turowska 1979).

- Jaka była przyczyna śmierci dziecka?
Zarówno dane z piśmiennictwa, jak i badania własne (archiwa sekcyjne Katedry Medycyny Sądowej CMUJ) wskazują, że najczęstszą przyczyną śmierci w przypadkach dzieciobójstwa czynnego jest uduszenie gwałtowne. W znacznie mniejszym

odsetku przyczyną śmierci noworodka są obrażenia ciała (częściej zadane narzędziem twardym, tępym, rzadziej narzędziem ostrokończystym). Do zupełnej rzadkości należą otrucia (Grzywo-Dąbrowski 1948; Jakliński, Kobiela, Marek, Tomaszewska, Turowska 1979).

Podział dzieciobójstw ze względu na mechanizm śmierci noworodka

Z reguły dzieciobójstwa dzieli się na dwie grupy – dzieciobójstwa czynne i bierne.

O **dzieciobójstwie czynnym** mówimy wówczas, gdy matka podejmuje „czynne” działanie w celu pozbawienia życia swojego dziecka. W tej grupie zgonów dominują uduszenia gwałtowne. Należą do nich zadławienie przez ucisk rękami na szyję noworodka, zatkania otworów oddechowych rękami lub miękkim przedmiotem (np. poduszka), utopienia w zbiornikach i ciekach wodnych lub przestrzeniach wypełnionych wodą (wanny, beczki itp.) oraz zadziergnięcia pętlą zacisniętą na szyi. Kolejny zbiór stanowią zgony będące skutkiem urazu mechanicznego od działania narzędzia twardego, tępego (najczęściej obrażenia czaszkowo-mózgowe). Do rzadkości należą natomiast obrażenia w postaci ran kłutych lub ciętych zadane zazwyczaj nożem.

Grupa druga, czyli **dzieciobójstwa bierne**, zawiera przypadki, w których matka porzuca dziecko po urodzeniu, pozbawiając je tym samym możliwości przeżycia. Przypadki te są wyjątkowo trudne opiniodawczo dla medyka sądowego. Z reguły sekcja zwłok nie pozwala bowiem na określenie konkretnej i jednoznacznej przyczyny zgonu dziecka. Przyjmuje się wtedy, że skoro nie stwierdzono u noworodka obrażeń ciała, wad wrodzonych czy innych zmian chorobowych, mogących skutkować jego śmiercią, a budowa dziecka wskazuje, że było dojrzałe i zdolne do życia pozalonowego, to przyczyną jego śmierci musiało być wychłodzenie lub odwodnienie wskutek pozostawienia go bez opieki, do której z oczywistych względów zobowiązana jest matka. W tych przypadkach przyczyna zgonu jest zatem pewnego rodzaju domniemaniem.

Skala zjawiska

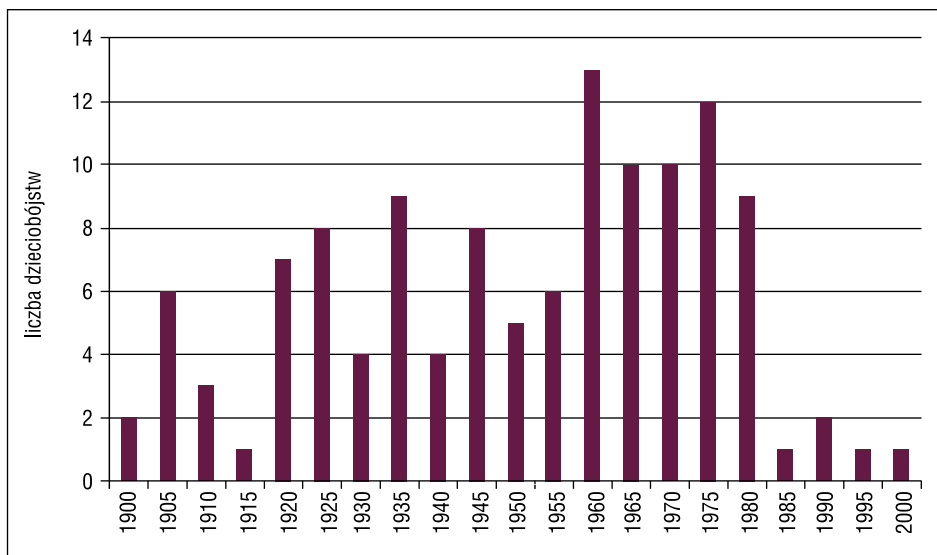
Z analizy retrospektywnej dzieciobójstw popełnianych na terenie Krakowa i jego okolic, badanych w materiałach Katedry Medycyny Sądowej UJCM, wynika, że ilość przypadków zmieniała się w różnych okresach naszego wieku. Początkowo (w latach 1900–1920) liczba dzieciobójstw utrzymywała się na niewielkim poziomie 2–3 przypadków rocznie. Później zauważalny jest stały wzrost ich liczby, począwszy od okresu przedwojennego aż do lat

60. i 70. (nawet po kilkanaście przypadków rocznie). Co ciekawe, od lat 80. liczba dzieciobójstw gwałtownie spadła i utrzymuje się na poziomie 1–2 przypadków rocznie aż do dnia dzisiejszego. W ostatnim analizowanym okresie, od roku 2000 do połowy roku 2010, w Katedrze Medycyny Sądowej UJCM zbadano 12 przypadków dzieciobójstw. W roku 2000, 2007 i 2009 nie stwierdzono żadnego przypadku dzieciobójstwa, a w pozostałych latach ich liczba wahała się

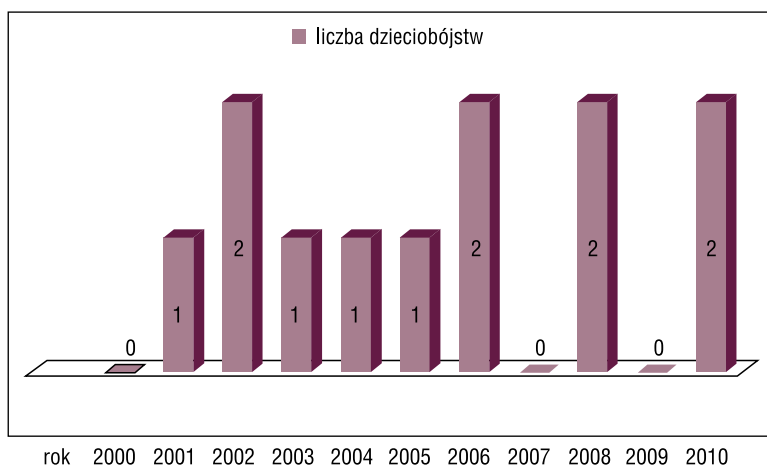
w przedziale 1–2 rocznie. Zwłoki w 2 przypadkach były skierowane z samego Krakowa, natomiast pozostałe 10 pochodzi-

ło z bardziej lub mniej odległych miejscowości (Tarnów, Miechów, Bochnia, Olkusz, Myślenice, Oświęcim).

Wykres 1. Liczba dzieciobójstw popełnianych na terenie Krakowa i jego okolicach analizowanych w przedziałach pięcioletnich.



Wykres 2. Liczba dzieciobójstw popełnianych na terenie Krakowa i jego okolicach w okresie 2000–2010



Analizując okres 100 lat pod względem sposobu popełniania dzieciobójstw, można wysnuć wniosek, że o ile na początku wieku dominowały dzieciobójstwa „czynne” (nawet

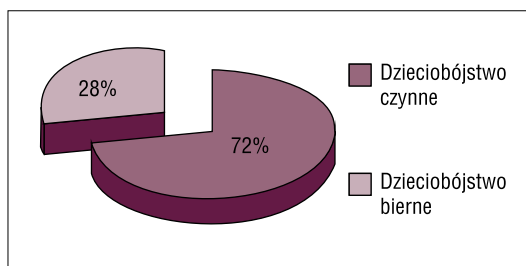
90% przypadków), to w drugiej połowie stulecia dzieciobójstwo bierno staje się równie częste jak czynne. Szczególnie jest to widoczne w ostatnim analizowanym okresie (2000–2010),

w którym liczba dzieciobójstw czynnych była równa z liczbą dzieciobójstw biernych.

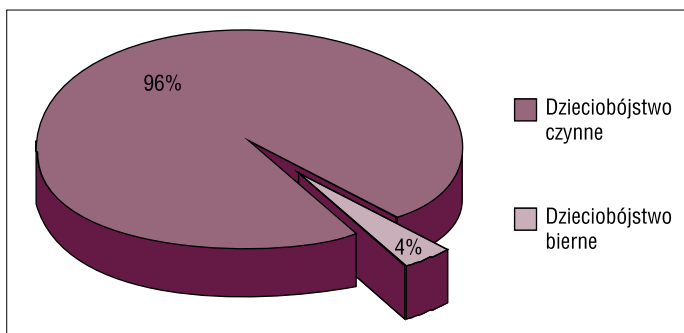
W grupie dzieciobójstw czynnych najczęstszym sposobem pozbawienia życia dziecka było szeroko rozumiane uduszenie gwałtowne. Uduszenie przez zatkanie otworów oddechowych (niespełna połowa przypadków), zadzierzgnięcie (prawie 20%) lub utopienie (ok. 10%).

Zgony noworodków spowodowane obrażeniami ciała były w 20% wynikiem zadania urazu narzędziem tępokrawędzistym, a narzędziem kończystym w ok. 5–6%. W okresie 2000–2010 stwierdzono 4 przypadki uduszeń gwałtownych, w tym 1 przypadek utopienia, oraz 2 przypadki, w których przyczyną śmierci były obrażenia czaszkowo-mózgowe.

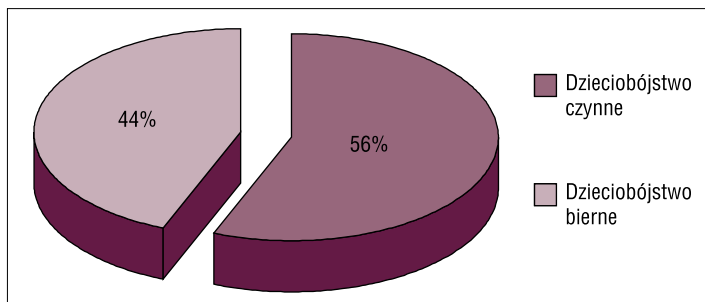
Wykres 3. Charakter dzieciobójstw w latach 1900–2000.

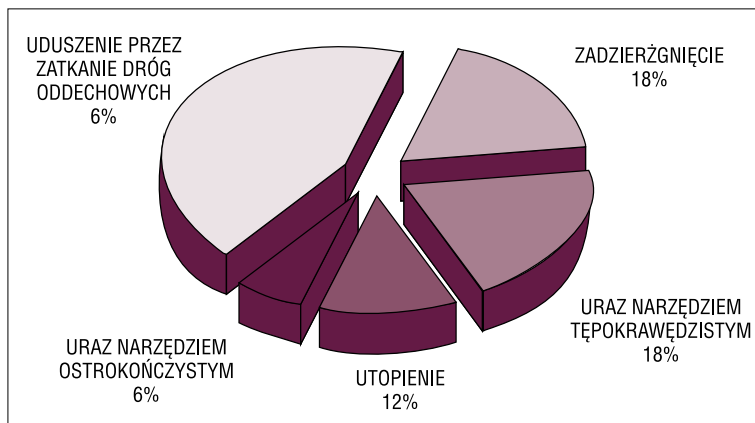


Wykres 4. Charakter dzieciobójstw w latach 1900–1950.



Wykres 5. Charakter dzieciobójstw w latach 1950–2000.



Wykres 6. Sposoby dokonywania dzieciobójstw czynnych w latach 1900–2000.**Tabela 1.** Charakter dzieciobójstw popełnianych w okresie 2000–2010, z uwzględnieniem mechanizmu zgonu i obrażeń stwierdzanych podczas badania pośmiertnego.

Przyczyna zgonu	Liczba przypadków	Rodzaj obrażeń
Nieudzielenie pomocy	4 2	Brak obrażeń Otarcia naskórka twarzy/szyi, podbiegnięcia krwawe głowy, drobne złamanie kości sklepienia czaszki
Uduszenie gwałtowne przez zatkanie dróg oddechowych	2 1	Brak obrażeń Otarcia naskórka i podbiegnięcia krwawe na szyi, powierzchowne rany cięte powłok, wybroczyny krwawe w spojówkach
Obrażenia czaszkowo-mózgowe	2	Złamanie kości czaszki, krwawienie podpajęczynówkowe i stłuczenie mózgu, krew w komorach mózgowych, otarcia naskórka, podbiegnięcia krwawe na głowie i tułowi
Utopienie	1	Brak obrażeń zewnętrznych ostra rozedma płuc

Z analizy materiału aktowego oraz z obserwacji sekcyjnych wynika, że częstym działaniem dzieciobójczyń jest ukrycie zwłok.

Zwłoki porzucane są w zbiornikach wodnych, zakopywane w ziemi, dołach kloacznych, ukrywane w zabudowaniach.

Wykres 7. Miejsce znalezienia zwłok — dane z lat 1900–2000.

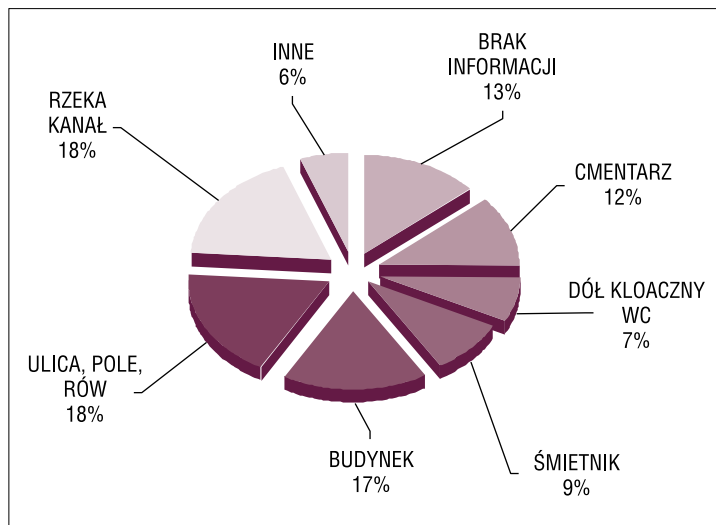


Tabela 2. Miejsce ujawnienia zwłok (lata 2000–2010).

Miejsce znalezienia zwłok w okresie 2000–2010	Liczba przypadków
Ukryte mieszkanie/dom/garaż	5
Znalezione wysypisko śmieci/Kontener na śmieci	4
Zakopane ogród/las/cmentarz	2
Wyłowione ze zbiornika wodnego/rzeki/szamba	1

Dzieciobójstwo jest szczególną i wyjątkowo trudną dziedziną opiniodawczą dla medyka sądowego. Pomijając aspekt psychologiczny, wynikający z samego przypadku śmierci dziecka nowo narodzonego, a co za tym idzie — zrozumiałą niechęć lekarza do zajmowania się tą problematyką, należy wskazać na liczne medyczne i pozamedyczne problemy z jakimi styka się lekarz wykonujący badanie sekcyjne.

W większości przypadków **biegły nie dysponuje przed sekcją żadną informacją (lub informacje te są bardzo skąpe), co do okoliczności znalezienia zwłok, wyniku przeprowadzonych oględzin miejsca zdarzenia czy zeznań świadków.** W jednym z opiniowanych

przypadków na miejsce zdarzenia wezwano zespół Pogotowia Ratunkowego. Noworodek był reanimowany, co nie zostało odnotowane w postanowieniu prokuratora (stosowano „sztuczną wentylację”). Badanie sekcyjne nie wykazało żadnych zmian urazowych czy też chorobowych, tłumaczących przyczynę śmierci. Próba wodna płucna wypadła z wynikiem dodatnim, a badanie mikroskopowe uwidocznilo rozprężenie pęcherzyków z współistniejącymi polami niedodny płodowej. W niniejszym przypadku informację o przeprowadzonej reanimacji i okolicznościach porodu (martwe urodzenie wskutek niedotlenienia okołoporodowego) uzyskano jeszcze przed sformulowaniem opinii

ostatecznej (kilka tygodni po badaniu sekcyjnym). Początkowo wysunięto jednak hipotezę, że dziecko urodziło się żywe, a przyczyną jego śmierci stało się wychłodzenie wskutek niedzielenia mu należytej pomocy.

Innym dość częstym problemem medyka sądowego są **procesy pośmiertne w dość szybkim czasie degradujące zwłoki noworodka**. W przypadkach, gdy matka ukrywa zwłoki dziecka często mija dość długi czas nim zwłoki zostaną ujawnione. Rozwijające się zmiany gnilne tkanek i narządów zacierają wówczas ślady, a niekiedy uniemożliwiają udzielenie odpowiedzi na pytanie, czy dziecko urodziło się żywe i jaka była przyczyna jego śmierci. W materiale z okresu między 2000 a 2010 r. stwierdzono aż cztery przypadki, gdzie z uwagi na daleko posunięty rozkład gnilny zwłok nie udało się odpowiedzieć na powyższe pytania. W trzech przypadkach zwłoki nie nosiły żadnych śladów obrażeń, a w jednym — badaniu poddano jedynie fragmenty ciała noworodka.

Kolejnym zagadnieniem, często niezrozumiałym dla organu procesowego jest fakt, że pewne objawy stwierdzane podczas sekcji zwłok nie zawsze są charakterystyczne dla jednego mechanizmu zgonu. Te same symptomy pojawiają się bowiem w różnych, zgoła odmiennych przypadkach. Sztandarowym, wartym przytoczenia przykładem są zmiany morfologiczne stwierdzane w przypadkach uduszeń gwałtowych — wybroczyny krwawe w spojówkach czy ostra rozedma płuc. W jednym przypadku objawy takie będą świadczyć właśnie o uduszeniu, w innym będą wykładnikiem toczącego się procesu chorobowego. W tych przypadkach, po raz kolejny to właśnie informacje „pozasekcyjne” mają ogromny wpływ na proces opiniowania.

Dużym utrudnieniem w komunikacji zachodzącej na linii medyk sądowy–policja–prokurator jest także częsty brak podstawowej wiedzy sądowo–lekarskiej w środowisku prawniczym, wiedzy koniecznej do wzajemnego zrozumienia. Zdziwienie prawników

budzi fakt, że lekarz nie potrafi często odpowiedzieć na wszystkie zadane mu pytania w sposób precyzyjny i zwięzły. Dobrym przykładem jest częsty problem ustalania czasu śmierci noworodka i ocena, jak długo żył po urodzeniu. Panuje powszechne przekonanie, że czas zgonu można oznaczać precyzyjnie w długim czasie po jego śmierci, nawet w przypadkach, gdy zwłoki dziecka objęte są procesem gnilnym. Informacja, że jedynie w krótkim czasie po zgonie (kilka lub kilkanaście godzin w przypadkach zgonów osób dorosłych) można pokusić się o bliższe określenie czasu śmierci przynosi zwykle zaskoczenie pomieszane z rozczarowaniem.

Liczne badania dodatkowe, modyfikacje technik sekcyjnych, konieczność prawidłowego interpretowania niejednoznacznych objawów — wszystko to sprawia, że badanie pośmiertne zwłok noworodka jest trudne i pracochłonne. Jedynie lekarz o wysokich kwalifikacjach zawodowych, posiadający zdolności manualne, rzetelnie przygotowany merytorycznie oraz posiadający bogate doświadczenie własne potrafi sprawnie poruszać się po meandrach opiniowania sądowo–lekarskiego, opiniowania trudnego i zarazem niezwykle ciekawego. Praktyka i doświadczenie wskazują, że kompleksowe, dokładne i właściwie prowadzone badania oraz ekspertyzy z zakresu medycyny sądowej mają kluczowe znaczenie w ocenie i kwalifikacji dzieciobójstw. Jednak, jak wyżej zaznaczono, warunkiem koniecznym jest prawidłowa ich interpretacja oraz dobrze i z wzajemnym zrozumieniem prowadzona współpraca pomiędzy wszystkimi osobami zaangażowanymi w proces dochodzeniowo–śledczy, dowodowy i procesowy.

Autorzy bardzo dziękują Katarzynie Podolec, Izabeli Fryt i Piotrowi Bachul ze Studenckiego Koła Naukowego Medycyny Sądowej UJCM, kierowanego przez dr. n.med. Tomasza Konopkę za udostępnienie wyników pracy analizującej dzieciobójstwa w materiałach archiwalnych Zakładu.

Literatura

- Bloch-Bogusławska E., Wolska E., Paradowska A. (2008), *Zgony dzieci w wieku noworodkowym ze szczególnym uwzględnieniem dzieciobójstwa w materiałach Zakładu Medycyny Sądowej w Bydgoszczy w latach 1992–2006*, Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminologii, tom 58, nr 4.
- Brzezińska J. (2009), *Dzieciobójstwo w regulacjach wybranych państw Europy Zachodniej od starożytności do 1914 r.*, Wrocławskie Studia Erazmiańskie. Zeszyty Studenckie, nr 2.
- Grzywo-Dąbrowski W. (1948), *Podręcznik medycyny sądowej*, Lekarski Instytut Naukowo-Wydawniczy: Warszawa.
- Jakliński A., Kobiela J.S, Marek. Z., Tomaszewska Z., Turowska B. (1979), *Medycyna sądowa podręcznik dla studentów medycyny*, Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich.
- Marek Z., Kłys M. (2001), *Opiniowanie sądowo-lekarskie i toksykologiczne*, Kraków: Kantor Wydawniczy Zakamycze.
- Popielski B., Kobiela J. (1972), *Medycyna sądowa*, Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich:
- Raszeja S., Nasiłowski W., Markiewicz J. (1993), *Medycyna sądowa. Podręcznik dla studentów*, Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich.
- Tomaszewska Z., Staśkiewicz J. (1970), *Sądowo-lekarska analiza dzieciobójstwa*, Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminologii, nr 2.

O AUTORACH

LEK. MED. MARCIN STRONA ORAZ DR N.MED. FILIP BOLECHAŁA są asystentami Katedry Medycyny Sądowej UJCM w Krakowie, specjalistami z zakresu medycyny sądowej oraz biegłymi z tej dziedziny w pracach na rzecz organów ścigania i wymiaru sprawiedliwości. Prowadzą zajęcia dydaktyczne dla studentów prawa, medycyny, stomatologii i ratownictwa medycznego oraz biorą udział w szkoleniach sędziów i prokuratorów. Zajmują się również działalnością naukową, a ich zainteresowania skupiają się głównie na szeroko rozumianym problemie zgonów dzieci oraz medyczno-sądowej analizie zabójstw w interdyscyplinarnych aspektach.