

ARCHIWUM MEDYCYNY SĄDOWEJ I KRYMINOLOGII

TOM XLVI
Nr 2 (1996)
kwiecień
czerwiec

ORGAN POLSKIEGO TOWARZYSTWA MEDYCYNY SĄDOWEJ I KRYMINOLOGII

REDAKTOR NACZELNY: Dr med. *Erazm Baran*
ZASTĘPCA REDAKTORA NACZELNEGO: Dr med. *Jerzy Kunz*
SEKRETARZ REDAKCJI: Lek. med. *Krzysztof Woźniak*

KOLEGIUM REDAKCYJNE:

Prof. dr hab. *Władysław Nasiłowski*, Prof. dr hab. *Stefan Raszeja*,
Prof. dr hab. *Bożena Turowska*, Prof. dr hab. *Józef Wójcikiewicz*

Adres Redakcji: 31–531 Kraków, ul. Grzegórzecka 16
E–mail: mpwoznia@cyf-kr.edu.pl

SPIS TREŚCI

ARTYKUŁ REDAKCYJNY

M. Sych, S. Kwiatkowski, B. Świątek, A. Działkowiak: Czwórgłos o
Ustawie z dnia 26.10.1995 "O pobieraniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i
narządów" (Dz. U. nr 138, poz. 682 z dnia 6.12.1995) 81

PRACE ORYGINALNE

R. Pawłowski, A. Janowicz: Genetyka populacyjna układu typu VNTR–ApoB
w populacji Polski Północnej 93

PRACE KAZUISTYCZNE

R. Pawłowski, Z. Szczerkowska, J. Smoliński: Genetyczna identyfikacja
ofiar pożaru 101

Z. Fiedorczyk: Śmiertelne zatrucie tlenkiem węgla w niecodziennych okoliczno-
ściach samospalenia 105

Z. Fiedorczyk, M. Kosicki: Śmierć samobójcza w ciasnej przestrzeni 109

Z. Fiedorczyk, W. Trojanowski: Przypadek śmierci samobójczej w samocho-
dzie 113

S. Rumiński: Zespół maltretowanego dziecka. Opis przypadków w wieku szkolnym 117

MISCELLANEA

S. Raszeja: O bibliografii prac naukowych (referat dyskusyjny) 123

K. Woźniak: Medycy sądowi w Światowej Pajęczynie 125

BIBLIOGRAFIA

E. Baran: Bibliografia prac naukowych z zakresu medycyny sądowej, kryminologii
i działów pokrewnych za rok 1995 131

KRONIKA PTMSiK

Sprawozdanie z konferencji Hemogenetyków Sądowych – 8.03.1996 Kraków (opra-
cowali: B. Turowska, E. Miścicka–Śliwka, R. Pawłowski, Z. Szczer-
kowska) 155

KRONIKA ŻAŁOBNA

S. Raszeja: Wspomnienie pośmiertne – Dr med. Andrzej Krüger 161

LIST OD REDAKCJI 163

archiwum medycyny sądowej i kryminologii

Kwartalnik
1996

Organ Polskiego Towarzystwa
Medycyny Sądowej i Kryminologii

tom 46, nr 2

Regulamin ogłaszania prac w “Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminologii”

1. Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminologii przyjmuje w języku polskim: prace doświadczalne, poglądowe, kazuistyczne, artykuły o charakterze szkoleniowym z medycyny sądowej, kryminologii i dziedzin pokrewnych, opracowania z zakresu etyki i deontologii lekarskiej, streszczenia prac obcych, oceny książek, sprawozdania z działalności PTMSiK, sprawozdania ze zjazdów krajowych i zagranicznych, komunikaty Zarządu Głównego PTMSiK, listy do Redakcji. Autor powinien podać, do jakiej kategorii zalicza tekst nadesłanej pracy. Przyjmowane do druku będą również prace autorów zagranicznych w języku angielskim.
2. Maszynopisy prac w dwóch egzemplarzach przyjmuje Redakcja w stanie gotowym do druku, z zachowaniem obowiązujących zasad pisowni polskiej i polskiego mianownictwa.
3. Teksty muszą być pisane na maszynie, czcionką znormalizowanej wielkości, na arkuszach A4, z marginesem 4 cm ze strony lewej i 1 cm z prawej, z zachowaniem podwójnych odstępów (29–31 wierszy na stronie).
4. Objętość prac oryginalnych i poglądowych nie może przekraczać 12, kazuistycznych 7 i innych 5 stron maszynopisu (wraz z rycinami, tabelami, piśmiennictwem i streszczeniem). W uzasadnionych przypadkach Redakcja może przyjąć do druku pracę obszerniejszą. Nadesłane prace będą recenzowane. W przypadku nie przyjęcia pracy do druku Redakcja zwraca autorowi 1 egzemplarz.
5. Na pierwszej stronie przed właściwym tekstem pracy należy umieścić imię i nazwisko autora (autorów), tytuł pracy w języku polskim i angielskim, nazwę instytucji, z której praca pochodzi oraz tytuł naukowy (skrót), pierwszą literę imienia i nazwisko kierownika akceptującego pracę. W kolejności należy zamieścić przedstowię (synopsis) nie przekraczające 10 wierszy zawierające cel i wyniki pracy bez informacji o metodyce. Poniżej przedstowia należy zamieścić streszczenie w języku angielskim objętości nie przekraczającej 20 wierszy maszynopisu, zawierające cel i wyniki pracy oraz informacje o metodyce pracy.
6. Właściwy tekst pracy rozpoczyna się od drugiej strony. Tytuły podrozdziałów powinny być umieszczone w oddzielnych wierszach w środku strony, bez numerowań, podkreśleń i spacji. Wszelkie wyrazy w tekście wymagające wyróżnienia graficznego (podkreśleń, spacji itp.) należy podkreślić ołówkiem. W tekście pracy należy także zaznaczyć, w którym miejscu ma być umieszczona tabela lub rycina.
7. Tabele i ryciny zamieszczamy w liczbie koniecznej do zrozumienia tekstu. Podpisy pod rycinami i ich oznaczenia oraz tytuły tabel wraz z objaśnieniami należy podawać w języku polskim i angielskim. Rycina musi mieć numerację arabską, a tabela rzymską. Wykresy, mapki, rysunki, wzory chemiczne, strukturalne itp. należy dołączyć w dwóch egzemplarzach (oryginał i fotokopia). Wielkość rycin powinna być taka, aby były one czytelne po zmniejszeniu ich podstawy do 120mm. Ryciny i wykresy powinny być wykonane czarnym tuszem na kalce technicznej. Fotografie wyłącznie czarno-białe, silnie wykontrastowane, na błyszczącym papierze formatu 6x9 lub 9x12.
8. Piśmiennictwo należy umieścić na oddzielnej stronie. W oryginalnej pracy przyjmuje się do 20, w poglądowej do 30, a w doniesieniu kazuistycznym do 12 pozycji. Wykaz piśmiennictwa należy ułożyć alfabetycznie według nazwisk pierwszych autorów, w systemie blokowym po 10 pozycji. Każda pozycja musi zawierać nazwisko i pierwszą literę imienia autora (autorów), tytuł pracy, tytuł czasopisma według skrótów używanych w Index Medicus (w czasopismach pisanych cyrylicą przyjąć transkrypcję obowiązującą w Polsce) oraz kolejno rok, numer tomu, pierwszą i ostatnią stronę pracy. W przypadku pozycji książkowych należy ponadto podać pełny tytuł dzieła, wydawcę, miejsce i rok wydania.
9. Na końcu pracy należy umieścić adres jednego z autorów, na który będzie kierowana wszelka korespondencja dotycząca pracy.
10. Do rękopisu pracy należy dołączyć zgodę Kierownika instytucji (Katedry, Zakładu) na opublikowanie pracy, oświadczenie pierwszego autora, że praca nie została złożona równocześnie w innym czasopiśmie oraz że nie była drukowana. Wyjątkowo, szczególnie cenne prace wydrukowane w obcojęzycznym czasopiśmie o zasięgu międzynarodowym mogą być zamieszczone w języku polskim na łamach Archiwum.
11. W przypadku, gdy praca doświadczalna prowadzona była na osobach żyjących, na zwłokach lub na zwierzętach, należy dołączyć zgodę właściwej komisji uczelnianej na prowadzenie tych badań.
12. Redakcja zastrzega sobie prawo dokonywania niezbędnych poprawek stylistycznych i skrótów bez porozumienia z autorem.
13. Honoraria autorskie za publikowane prace nie będą wypłacane.
14. Autorzy otrzymują bezpłatnie 15 odbitek.
15. Praca nie odpowiadająca regulaminowi zostanie zwrócona Autorowi bez rozpatrzenia merytorycznego.

**Wydawca: Polskie Towarzystwo Medycyny Sądowej i Kryminologii
Projekt znaku graficznego PTMSiK na okładce – Wiktor Ostrzówek**



Wydawnictwo Instytutu Ekspertyz Sądowych

**Marek Sych, Stanisław Kwiatkowski, Barbara Świątek,
Antoni Działkowiak**

**Czwórgłos o Ustawie z dnia 26 października 1995 r.
“o pobieraniu i przeszczepianiu komórek, tkanek
i narządów” (Dz. U. nr 138, poz. 682 z dnia 6 grud-
nia 1995 r.)**

Four comments on a new Polish Transplantation Act

W związku z opublikowaniem Ustawy z dnia 26 października 1995 r., Redakcja Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminologii, zwróciła się do znanych ze swej działalności w tym zakresie Autorów z prośbą o wyrażenie uwag i komentarzy do Ustawy, która weszła w życie z dniem 6 marca 1996 r.

Za podzielenie się swoimi przemyśleniami, podjęcie się trudu napisania, Redakcja wyraża Autorom serdeczne podziękowanie.

Wyjaśniamy również, iż kolejność wypowiedzi nie jest przypadkowa a odzwierciedla przyjęty w praktyce tryb angażowania się specjalistów określonych dziedzin w proces mający na celu “stwierdzenie trwałego i nieodwracalnego ustania funkcji pnia mózgu” (art. 7 Ustawy) a następnie eksplantacji narządu i jego przeszczepienie.

Prof. dr hab. Marek Sych

emerytowany Kierownik Katedry Anestezjologii i Intensywnej Terapii Collegium Medicum UJ w Krakowie

Kilka uwag o Ustawie z dnia 26.10.1995 r. o pobieraniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów

Z końcem ubiegłego roku ukazała się długo oczekiwana Ustawa o pobieraniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów. Wielu lekarzy, i nie tylko, zadaje sobie pytanie, dlaczego tak późno urodził się akt prawny regulujący bardzo ważny składnik współczesnej terapii, jakim jest leczenie prawnym przeszczepianiem m.in. narządów o bezpośrednim znaczeniu życiowym.

Istotną rolę odegrały trzy przyczyny. Pierwszą jest szczególna złożoność zagadnienia, w którym oprócz czysto merytorycznych elementów medycznych –

wśród nich sprawa nowej zmodyfikowanej definicji śmierci i jej adekwatnych kryteriów – występują także poważne problemy natury etycznej obejmujące m.in. możliwości i granice medycznie rozsądnej i moralnie nienagannej stosowalności intensywnej terapii.

Drugą przyczyną stał się czynnik całkowicie niezależny zarówno od projektodawców, jak i instytucji tworzących prawo: uległ rozwiązaniu Sejm poprzedniej kadencji, w którym złożony był i oczekiwał na zatwierdzenie projekt ustawy. Sytuacja ta opóźniła bardzo znacznie definitywną regulację przez konieczność ponownego wniesienia projektu do nowego Sejmu.

Trzeci czynnik przyczynowy wynika z samego funkcjonowania prawa w stosunku do medycyny. Z reguły regulacje prawne następują w praktyce medycznej po spełnieniu przez nią dwóch zasadniczych warunków. Pierwszym jest to, że wytworzona praktyka służy dobrze choremu. Drugim warunkiem jest jej upowszechnienie, w wyniku czego staje się ona normą postępowania. Dopiero wtedy na straży tej normy staje prawo. Aby więc mogła nastąpić regulacja prawna, przedmiot jej – w tym przypadku leczenie przeszczepianiem – musiało stać się działaniem o szerokim zakresie. Od wielu lat w Polsce dokonywano przeszczepień, torując także w naszym kraju drogę postępu przez stworzenie bardzo wielu chorym nowych szans przeżycia. Jednakże dopiero ostatnie kilka lat dzięki szczególnemu zaangażowaniu grupy transplantologów, wbrew licznym trudnościom organizacyjnym i finansowym, mogło przynieść bardzo znaczne poszerzenie praktyki transplantacyjnej z równocześnie towarzyszącymi jej dobrymi wynikami terapeutycznymi.

Tak więc oczekiwana długo regulacja prawna stała się faktem. Po upływie trzech miesięcy ustawa weszła w życie, ale brak do niej odpowiednich zarządzeń wykonawczych, będących w chwili przygotowywania tego tekstu, jeszcze w stadium opracowania projektowego.

Studiowanie tekstu ustawy nasuwa kilka uwag. Bardzo dobrze stało się, że w art. 1, ust. 1 stwierdza się w sposób nie budzący wątpliwości, że ustawa dotyczy pobierania i przeszczepiania składników ustroju człowieka zmarłego i żywego. Sformułowanie "pobranie ze zwłok" ma tu szczególne znaczenie wobec tekstu art. 7, ust. 1, mówiącego, że "przeszczepienie jest dopuszczalne po stwierdzeniu trwałego i nieodwracalnego ustania funkcji pnia mózgu (śmierci mózgowej). Bez art. 1 i zawartego w nim terminu "ze zwłok" użycie w art. 7 słów "jest dopuszczalne" mogłoby stworzyć poważną wątpliwość, że inaczej jest definiowany człowiek zmarły, jeśli ma się od niego pobrać materiał przeszczepialny, a inaczej człowiek zmarły, nie planowany jako źródło tego materiału. Dlatego warto tu przypomnieć, że nowa zmodyfikowana definicja śmierci nie została wypracowana dla celów transplantologicznych – zwiększenia podaży materiału przeszczepialnego i wcześniejszej jego eksplantacji – lecz tylko i jedynie dla wytyczenia intensywnej terapii medycznie rozsądnych i etycznie nienagannych granic jej stosowalności. W ten sposób m.in. kładzie ona kres medycznie nieuzasadnionej terapii zwłok np. przez stosowanie sztucznej wentylacji płuc aż do spontanicznego zatrzymania krążenia krwi mimo dokonanej już niewątpliwiej śmierci człowieka w wyniku śmierci mózgowej. Realizacja tej definicji w oddziałach intensywnej terapii przyczynić się może w sposób znaczący – chociaż jest to jej dodatkowy skutek uboczny – do wzrostu podaży tkanek i narządów i znacznie wcześniejszej niż dotychczas możliwości ich eksplantacji.

Bardzo szkoda, że ustawodawca w art. 7, ust. 3 w skład komisji stwierdzającej śmierć mózgową nie włączył obok anestezjologa i neurologa wzgl. neurochirurga także i medyka sądowego. Przez wiele minionych lat przy dawnej regulacji prawnej był on stałym członkiem takiej komisji. Jego przydatność była istotna. Zważywszy bowiem, że znaczna część dawców, to zwłoki pochodzące z wypadków komunikacyjnych. Zwłoki takie są z reguły przedmiotem "sekcji prokuratorskiej". Jej konieczność wynika z podejrzenia, że zgon mógł nastąpić w wyniku czynu zabronionego pod groźbą kary. W takich sytuacjach dla zabezpieczenia interesu prokuratury specjalista z zakresu medycyny sądowej otrzymywał od prokuratora delegację do tego celu. Było to działanie wygodne i upraszczające całą procedurę. Obecna ustawa nie wyklucza możliwości wprowadzenia do komisji jako trzeciego jej członka medyka sądowego, ale zależeć to będzie już wyłącznie od stanowiska kierownika zakładu opieki społecznej, do którego należy obowiązek powoływania takiej komisji i jej przewodniczącego.

Powoływanie komisji – jak uczy dotychczasowe doświadczenie oparte na dawniejszych regulacjach prawnych – napotyka nierzadko na trudności organizacyjne, zależne m.in. od dostępności odpowiedniego specjalisty – pora doby, okres końca tygodnia. Kandydatami na członków komisji nie powinni być lekarze odnośnych specjalności przypadkowo dostępni w chwili organizowania komisji. Powinni to być specjaliści drugiego stopnia, dobrze obeznani z problematyką śmierci i jej definicją. W tym celu – jak to wnioskowano w projekcie zarządzeń wykonawczych – powinna być utworzona oficjalna lista kandydatów na członków komisji po 4–5 z każdej wymaganych dziedzin medycyny, aprobowanych wcześniej przez Izbę Lekarską. Z listy takiej – wspólnej dla pionu lecznictwa tak wydziału zdrowia jak i akademickiego – będącej w dyspozycji kierownika zakładu leczniczego – można łatwo złożyć zestaw lekarzy tworzących komisję dla danego przypadku śmierci mózgowej. W ten sposób powoływanie komisji nie będzie mieć charakteru działania doraźnego, opartego niemal na przypadkowej osiągalności danego specjalisty, lecz wyboru z listy lekarzy o odpowiednich kwalifikacjach zawodowych i nienaganej postawie etycznej.

W obecnej chwili nie można sobie odpowiedzieć na pytanie, w jaki sposób zarządzenia wykonawcze do omawianej ustawy rozwiążą sposób nie tylko rejestrowania sprzeciwów, ale także ich odszukiwania. Sprawa – mimo pozorów – sprawia wrażenie bardzo skomplikowanej, tym bardziej, że ustawodawca w Art. 5, ust. 1 przewiduje aż trzy możliwości w tym zakresie. Możliwość trzecia podana w tymże artykule, mówiąca o oświadczeniu ustnym wobec dwóch świadków kryje w sobie ryzyko świadczenia nieprawdy.

Fakt ukazania się ustawy transplantacyjnej należy powitać z wielkim uznaniem. Zakładając rychłe wydanie przez odpowiednie Resorty zarządzeń wykonawczych, będzie ona poważnym krokiem postępu dla rozwijającej się mimo wielu trudności metody leczenia przeszczepianiem tkanek i narządów.

Lek. med. Stanisław Kwiatkowski

Specjalista neurochirurg, Starszy Asystent Kliniki Neurotraumatologii Collegium Medicum UJ w Krakowie

W sprawie wejścia w życie “ustawy transplantacyjnej” – z punktu widzenia neurochirurga

Moja wypowiedź dotyczy spraw kryteriów śmierci i zgody na pobranie narządów. Jako podejmujący ten temat nie chciałbym uczestniczyć w wypowiedziach na temat technik transplantologii gdyż uważam, że neurochirurg zaangażowany w działalność tanatologiczną nie powinien zabierać głosu w dyskusji popierającej rozwój transplantologii, a nawet uczestniczyć w zabiegach przeszczepiania narządów.

Ad art. 4.1.

Ustawa jakkolwiek jasno precyzuje sytuację, nie zmienia sposobu postępowania w Klinice Neurotraumatologii. Po stwierdzeniu bowiem śmierci pnia mózgu i komisyjnym stwierdzeniu zgonu i tak należy zapoznać rodzinę z planami dotyczącymi “ciała”, a więc zamiarze eksplantacji. Różnica polega na tym, że wcześniej pytaliśmy o zgodę na pobranie narządów a teraz pytamy o to czy aby zmarły nie wyraził wcześniej sprzeciwu.

Ad art. 5.1.

Sprawa zgody jest oczywista. To nie rodzina decyduje o przeznaczeniu narządów po śmierci ale ich “właściciel”. Karta dawcy jest najlepszym rozwiązaniem. Proponowana przez Poltransplant jest prosta, nie warunkująca ograniczeń. Jestem przeciwny umieszczenia w niej zastrzeżeń, jak na przykład w karcie szwedzkiej, typu: zgadzam się tylko na pobranie nerek, lub warunkowanie, że nie mogą być przeszczepione kryminaliście, narkomanowi czy obcemu rasowo.

Ważne jest podkreślenie obowiązku pochowania zwłok przez rodzinę, niezależnie czy nastąpiło pobranie narządów do przeszczepu.

Problemy zgody rodziny są obecne we wszystkich krajach. A że nie jest to tylko “sprawa polska” przypomnę odniesienie Earla Walkera – jeszcze współpracownika jednego z twórców neurochirurgii, Waltera Dandy’ego – dziś seniora amerykańskich neurochirurgów, od wielu lat zajmującego się problemami “mors cerebri”, że prawie połowa ankietowanych Amerykanów odmawia zgody na eksplantacje narządów od znajdujących się w stanie zdecydowanej śmierci swych bliskich – a przecież problemy transplantologii są w tym kraju poruszane od blisko trzydziestu lat.

Ad art. 6.

Artykuł rozszerza możliwości uczynienia zmarłego potencjalnym dawcą. Wcześniej tj. do wprowadzenia ustawy niejasne okoliczności zachorowania, najczęściej urazu, zawsze były przeciwwskazaniem a udzielający informacji prokuratorzy przestrzegali o możliwości zmiany kwalifikacji – ciężkie uszkodzenie ciała, spowodowanie śmierci. Aktualnie ciężar sprawy spoczywa na prokuratorze i decyzja jego jest jednoznaczna.

Ad art. 7.1.

Ustanie funkcji pnia mózgu jest wreszcie ustawowo stwierdzoną definicją śmierci człowieka. W latach 1982 – 1995, a więc od pierwszego stwierdzenia śmierci mózgu i pobrania narządu do przeszczepu (nerka przeszczepiona w Krakowie przez dr Dropa) śledzimy ewolucję poglądów na definicję śmierci i jej kryteriów. Neurochirurg, a zwłaszcza neurotraumatolog ma niestety często do czynienia ze zgonem chorego, a prawo w sensie ustawodawstwa nie może równoległe podążać za stwierdzeniami medycznymi. Te wymagają wielokrotnego potwierdzenia aby mogły zostać zalegalizowane. Deklaracja z Sydney z roku 1968 zakładała, że śmierć całego mózgu można stwierdzić jeśli u chorego w stanie śpiączki wykaże się płaski zapis eeg, brak poboru tlenu oraz brak krążenia uwidoczniony w badaniu angiograficznym. Świadomi, że te kryteria w następnych latach ulegały zmianie uważaliśmy, że brak krążenia mózgowego w badaniu naczyniowym jest to kryterium, wobec którego nikt nie może mieć wątpliwości, że mózg nie żyje, tak jak porównać to do długo zaciśniętej opaski na kończynie – brak krążenia spowoduje jej obumarcie. Wobec niesprecyzowanych a raczej nieusankcjonowanych ustawą kryteriów, w pierwszych 17 przypadkach wykazaliśmy angiograficznie brak krążenia mózgowego. Było tak dlatego, że zarówno rodzinom, a i też komisji stwierdzającej zgon, przedstawialiśmy dowód ostateczny, nie podlegający dyskusji. Był to absolutnie, ale to absolutnie pewny dowód, że doszło do śmierci mózgu. Odnoszone były wobec nas liczne słowa krytyki o przedłużanie procedury stwierdzającej śmierć i ograniczające liczbę ośrodków zdolnych do wykonywania tych badań, ale wtedy, na początku drogi uznaliśmy, że tak należy postępować, w myśl stwierdzenia twórcy szkoły medycyny sądowej w Krakowie, profesora Olbrychta – według najlepszej wiedzy i sumienia lekarskiego. Badanie to wykonywaliśmy zawsze jako ostatnie, wyłącznie u chorych, u których stwierdziliśmy kliniczne objawy ustania funkcji pnia mózgu. Angiografia była w tym wypadku badaniem niejako weryfikującym ocenę kliniczną. Te kilkanaście przypadków miało znaczenie poznawcze i udowadniające, że kliniczne stwierdzenie śmierci pnia jest wystarczające, więcej, brak krążenia mózgowego jest śmiercią całego – bez reszty – mózgu, można więc mówić, że kliniczne stwierdzenie śmierci pnia mózgowego jest śmiercią mózgu jako całości.

Ad art. 7.1 punkt 4.

W początkowym okresie komisje stwierdzające śmierć mózgu składały się wyłącznie z członków powołanych przez Rektora uczelni na terenie której komisja działała. Było to uzasadnione pionierskim okresem działalności, koniecznością zapewnienia składu komisji złożonego z osób o uznanym autorytecie naukowym i doświadczeniu. Z czasem stało się to kłopotliwe. Życie pokazało, że w nagłej potrzebie zwołanie komisji złożonej z wyznaczonych lekarzy było trudne. Osobiście uważam, że należy wrócić do sytuacji z okresu kilku ostatnich lat kiedy skład komisji, na wniosek lekarza wysuwającego śmierć pnia powołuje medyk sądowy działający na odpowiednim terenie. On też powinien być przewodniczącym komisji – odbiera oświadczenie o rzetelności przeprowadzonych badań etapu wysunięcia podejrzania oraz śledząc badanie prowadzone przez anestezjologa i neurologa, wspólnie podejmują decyzje. W środowisku lekarskim, i nie tylko, medyk sądowy jest nie tylko lekarzem ale również "prawnikiem", a więc w jakimś stopniu "sędzią", nie mówiąc o doświadczeniu w następstwach nagłych urazów, którego nie sposób

przecenić. Przewodzenie komisji przez medyka sądowego uważam za celowe dla obiektywizacji niekonwencjonalnej w końcu decyzji. Chcę jasno podkreślić, że nie jest to odsuwanie odpowiedzialności. Jeśli miałyby to być inaczej ustalone to uważam, że może to być zarówno neurochirurg jak i anestezjolog.

Osobiście podejmuję się tego obowiązku. Pytanie czy w ogóle instytucja przewodniczącego jest potrzebna, w końcu decyzja musi być jednomyślna.

Ad art. 8.

Zdarza się, że zmarły w celu pobrania narządu do przeszczepu przewieziony zostaje do innego zakładu leczniczego. Wiąże się to potem z różnymi utrudnieniami, również finansowymi dla rodziny, związanymi z pochówkiem. Uważam, i to staramy się czynić w Klinice Neurotraumatologii, że eksplantacja winna się odbyć w miejscu stwierdzenia zgonu. Zapobiega to spektakularnym domysłom, że chory żył a przewieziono go do innego szpitala celem dalszego leczenia, a tam zamiast tego pobrano od niego narządy.

Czy nowa ustawa sprawi, że będzie więcej dawców? Czy wskaźnik 5 pobrań na 1 mln mieszkańców zbliży się do 20 jak w Niemczech? Sądzę, że tak. Ale zależy to głównie od tego czy obowiązek zgłoszenia, że jest potencjalny dawca, będzie należał do elementów postępowania z chorym tak jak zapewnienie mu należytego leczenia. Musi się skończyć czas, że transplantologia jest udziałem entuzjastów, zarówno w pierwszym jak i drugim etapie postępowania.

Prof. dr hab. Barbara Świątek

Kierownik Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej AM we Wrocławiu

Uwagi medyka sądowego do treści Ustawy o pobieraniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów

W marcu 1996 roku weszła w życie Ustawa o pobieraniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (Dz. U. z dnia 6 grudnia 1995 r., nr 138, poz. 682). Specjaliści medycyny sądowej, będący pracownikami naukowo-dydaktycznymi Akademii Medycznych brali czynny udział w dyskusjach nad kolejnymi projektami tej ustawy; w ich trakcie nie dochodziło do kontrowersji z transplantologami. Mogliśmy zatem sądzić, że zapisy ustawy będą zgodne z naszymi oczekiwaniami. Niestety, tak się nie stało.

Art. 7 Ustawy, w punkcie 3 nie wymienia w składzie komisji powoływanej dla stwierdzenia śmierci mózgowej u potencjalnego dawcy, specjalisty medycyny sądowej. Zdając sobie sprawę z tego, że takie sformułowanie nie wyłącza możliwości naszego udziału w pracach komisji, uważam, iż stanowi ono nie tylko deprecjację naszej specjalności, ale także może mieć negatywny wpływ na rozwój transplantacji narządów. Większość potencjalnych dawców umiera bowiem w wyniku urazów głowy; jest to śmierć gwałtowna, pozostająca w obszarze decyzyjnym prokuratorów.

Pobranie narządów w takich przypadkach należy zatem także od ich decyzji (informacja o braku sprzeciwu). Już od lat 50-tych prokuratorzy, w oparciu o Pisma Okólne Prokuratury Generalnej (nr BP I Prez. 1985/53/29b z dn. 6.09.1954 r., nr

BP I Prez. 550/60/13 z dn. 19.05.1961 t. i nr GP I Prez. 104/81 z dn. 26.03.1981 r.) udzielali "bezwzględnie zezwoleń" na pobieranie tkanek, o ile "zabieg nie utrudniał zabezpieczenia dowodów i nie wpływał ujemnie na bieg śledztwa". Do stwierdzenia czy pobieranie narządów do przeszczepów nie wpłynie ujemnie tj. nie utrudni lub uniemożliwi badań przy mającej później nastąpić sekcji sądowo-lekarskiej kompetentny jest lekarz specjalista medycyny sądowej (względnie przynajmniej przeszkolony w tej dziedzinie). Jednoznacznie na ten temat wypowiedziała się Prokuratura Generalna w "Uwagach do pisma Sekretarza Wydziału Nauk Medycznych Polskiej Akademii Nauk (1970 r. – nr DB Prez. 1821/68), pisząc w nich: "Z uwagi jednak na to, że w przypadku gdy pobranie takie ma mieć miejsce ze zwłok, które następnie będą poddane sekcji sądowo-lekarskiej, a pobranie narządu musi być dokonane w tak krótkim czasie ..., że uniemożliwia to praktycznie prokuratorowi dokonanie ustaleń, czy zamierzone pobranie narządu nie będzie miało ujemnych skutków dla zachowania prawidłowego obrazu sekcyjnego – decyzja w tym przedmiocie z przytoczonych wyżej względów powinna być podjęta przez lekarza, który powołany jest do dokonania później sekcji sądowo-lekarskiej". W kontekście tego stwierdzenia rola medyka sądowego w pracach komisji jest, przy zabezpieczaniu interesów prokuratora, nie do zastąpienia przez lekarzy innych specjalności.

Rola medyka sądowego doceniana była także przez lekarzy klinicystów i w opracowywanych od 1976 roku "stanowiskach" Specjalistów Krajowych (w dziedzinach: neurologii, anestezjologii i intensywnej terapii oraz medycyny sądowej) medyk sądowy był wymieniany jako stały członek komisji stwierdzającej śmierć mózgową. Takie też zapisy zawarte zostały w Komunikatach Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej: o postępowaniu w sprawach związanych z koordynacją pobierania i przeszczepiania tkanek i narządów (Dz. Urz. Min. Zdr. i Op. Społ. z dnia 10.08.1994 r., nr 9, poz. 20) i w sprawie wytycznych Krajowych Zespołów Specjalistycznych w dziedzinach: anestezjologii i intensywnej terapii, neurologii, neurochirurgii oraz medycyny sądowej w sprawie kryteriów śmierci mózgu (Dz. Urz. Min. Zdr. i Op. Społ. z dnia 5.09.1994 r., nr 11, poz. 24).

Niezależnie od powyższych argumentów, w oparciu o wieloletnią praktykę w pracach Komisji, należy stwierdzić, że obecność w niej medyka sądowego stwarza dla pozostałych członków poczucie bezpieczeństwa prawnego, jak i zapewnia właściwe udokumentowanie dokonywanych czynności.

Być może powodem wyłączenia medyka sądowego ze składu Komisji była obawa przed niemożnością realizacji tego zapisu w praktyce (mała liczba lekarzy tej specjalności).

Uważam, że jest to obawa nieuzasadniona; można bowiem zachować zapis podobny do zawartego (a tracącego moc) w art. 25 p. 3 Ustawy o zakładach opieki zdrowotnej (medyk sądowy lub lekarz przeszkolony i upoważniony przez Zakład Medycyny Sądowej) a poza tym nie było dotychczas (nawet poza ośrodkami akademickimi) trudności ze zorganizowaniem obecności w Komisji medyka sądowego; trudności takie stwarzają natomiast specjaliści z zakresu neurologii i neurochirurgii.

Mam nadzieję, że przy realizacji ust. 2 art. 6 Ustawy "transplantacyjnej" dotyczącego uzyskiwania "braku sprzeciwu" prokuratorów ("Minister Zdrowia i Opieki Społecznej w porozumieniu z Ministrem Sprawiedliwości określi, w drodze rozporządzenia sposób i tryb uzyskania informacji lub stanowiska, o którym mowa w ust. 1"), w stosownym rozporządzeniu zostanie, choć okrężną drogą, wprowadza-

dzony do składu Komisji medyk sądowy; jego obecność stanowi bowiem dla prokuratora rękojmię zabezpieczenia potrzeb śledztwa a także zabezpiecza działania Komisji przed kolizją z prawem.

Druga wątpliwość dotyczy braku w Ustawie zapisu o wymogu przeprowadzenia sekcji zwłok osób, od których pobrano narządy do przeszczepów. W trakcie obrad na I Sympozjum Polskiego Towarzystwa Transplantacyjnego w maju 1994 r. we Wrocławiu lekarze (transplantolodzy, medycy sądowi) i prokuratorzy nie mieli wątpliwości, że taki wymóg winien być wpisany do Ustawy. Tak się nie stało, a przecież tylko badaniem sekcyjnym można ocenić stan ośrodkowego układu nerwowego i rozwiązać wszelkie ewentualne wątpliwości co do prawidłowości rozpoznania śmierci mózgowej. Uważam, że stosowny zapis winien także znaleźć się w rozporządzeniu, o którym mowa w ust. 2 art. 6 Ustawy "transplantacyjnej".

Rozumiejąc powagę zagadnienia jakim jest transplantacja narządów, medycy sądowi nie będą się uchylać – mimo aktualnego zapisu w Ustawie – od uczestnictwa w pracach Komisji. Obawiam się jednak, że podejmowane będą próby powoływania lekarzy innych specjalności; natrafiać to może na ich sprzeciw, a także dezorganizować pracę Komisji, a tym samym wpływać ujemnie na rozwój transplantacji narządów.

Prof. dr hab. Antoni Działkowiak

Kierownik Kliniki Chirurgii Serca i Naczyń Collegium Medicum Uj w Krakowie

"Ustawa transplantacyjna" – komentarz kardiochirurga

Do ustawy "O pobieraniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów" (w skrócie "Ustawa Transplantacyjna") z dnia 26.10.1995 r. pragnę wnieść mój skromny komentarz oparty na doświadczeniu własnym w 150 przeszczepach serca dokonanych od 23.10.1998 do maja 1996 r.

Wypowiem się w pięciu sprawach:

- 1) Co wnosi Ustawa Transplantacyjna.
- 2) Moralne, etyczne i formalno–prawne ujęcie tzw. zgody domniemanej.
- 3) Czy respektować obecnie wobec obowiązującej od 6 marca 1996 r. Ustawy wolę rodziny, która sprzeciwia się pobraniu narządów od zmarłego członka rodziny?
- 4) Stosunek racjonalny i emocjonalny przeciętnego obywatela do pobrania narządu głównie serca i do ratowania życia drogą przeszczepu.
- 5) Stosunek lekarzy do transplantologii.

Ad 1

Ustawa Transplantacyjna reguluje w zasadzie wszystkie problemy, z którymi grupa entuzjastów transplantologów borykała się przez dziesiątki lat.

Przeszczepy narządów były dokonywane na podstawie Rozporządzenia Prezydenta R.P. z 1928 r. z późniejszymi nowelizacjami i na podstawie Stanowiska Krajowych Zespołów Specjalistycznych wyrażonych w informacji/zaleceniu Ministerstwa Zdrowia.

Obecna Ustawa czyni transplantacje komórek, tkanek i narządów legalnymi.

Pierwszy przeszczep serca dokonany 4 stycznia 1969 r. w Łodzi przez Jana Molla w mojej asyście był czynem "nielegalnym", ponieważ nie było ustawy zezwalającej na jego przeprowadzenie. Nie było i nie mogło być, ponieważ prawo akceptuje i legalizuje działania dokonane i sprawdzone przez życie. Prawo nie antycypuje postępu w medycynie. W Japonii osobę uznaje się za zmarłą po ustaniu czynności serca. Przeto światowej sławy kardiochirurg Juro Wada po dokonaniu przeszczepu serca (musiał pobrać serce bijące!) w Sapporo w 1969 r. – został aresztowany, osadzony w areszcie z oskarżenia o zabójstwo.

Dopiero po latach uznano śmierć mózgową za kryterium śmierci osoby, co zresztą do dzisiaj nie przystaje do obyczajów i tradycji Japończyków. Zresztą "śmierć mózgową" uznano prawnie w USA nie dla celów transplantologii, a dla możliwości przerywania podtrzymywania życia wegetatywnego przez lata osób po śmierci mózgu.

Ci, którzy najwięcej i najostrzej wypowiadają się przeciwko przeszczepom, jak się okazuje, nie zadali sobie nawet odrobiny trudu, by Ustawę Transplantacyjną przeczytać.

Ad 2

Dlaczego Autorzy Ustawy Transplantacyjnej (dla ostatecznej wersji, której również się przyczyniłem) wprowadzili tzw. zgodę domniemaną, czyli jeżeli osoba za życia nie zgłosiła w Ruchu Ludności odpowiedniego Urzędu Wojewódzkiego lub nie spowodowała wpisu w swoim dowodzie tożsamości, że nie wyraża zgody na pobranie narządu lub narządów po zgonie – to oznacza, że nie wykluczała lub nie była przeciwna ewentualności pobrania narządów po śmierci.

Podstawą moralno–etyczną Autorów Ustawy były przykłady krajów Unii Europejskiej, które wariant zgody domniemanej przyjęły oraz znajomość psychiki ludzkiej. Zawodowo czynni – mężczyzna czy kobieta nie pofatygują się do Urzędu Wojewódzkiego lub innego biura administracji państwowej, by tam dokonać wpisu, że na wypadek śmierci wyrażają zgodę na pobranie narządów. Również nie postarają się o "kartę dawcy narządów", w której zawarta będzie ich zgoda.

Znam chirurgów, którzy nie dopilnowali własnego życiowego zabezpieczenia na ewentualność konieczności ratowania życia drogą przetoczenia krwi – nie mają w dowodzie osobistym wpisu grupy krwi!

Natomiast Polak znany jest ze sprzeciwów. Jeżeli z głębokiego racjonalnego czy innego emocjonalnego powodu przeciwny jest przeszczepianiu, to z całą pewnością dopilnuje wpisu, czy rejestru, że jest na nie: "A ja się nie zgadzam I Kwita!".

Ad 3

Obecnie niezależnie od ustawowej legalności działania transplantologów, moim zdaniem należy z rodzinami osób nagle zmarłych w wyniku zdarzeń losowych postępować wybitnie delikatnie, kulturalnie i ze współczuciem, tak samo jakbyśmy my sami sobie tego życzyli, gdyby nas lekarzy takie nieszczęście spotkało.

Wyobraźmy sobie steraną życiem matkę, którą "wzywa się" do szpitala. Nie wie w jakiej sprawie. Dowiaduje się, że syn, który kilka godzin wcześniej pojechał motocyklem na randkę leży w oddziale intensywnej terapii po trepanacji czaszki. Powiedziano matce, że niestety zmarł, ale ma zdrowe narządy i "pobierzemy je do

przeszczepów”. W takiej sytuacji nawet najbardziej odporny człowiek nie wytrzyma. Od doświadczenia i kultury lekarza, zależy więc będzie sposób i czas poinformowania matki (rodziny) o śmierci syna. Wpierw należy powiedzieć, że wypadek był ciężki, że operacja była skomplikowana, że trudno przewidzieć wynik. Po jakimś czasie, że stan nie poprawia się, a nawet pogarsza (mimo, że lekarz już wie, że mózg pacjenta jest nieodwracalnie zniszczony!). Stopniowe dawkowanie w czasie tragicznej informacji pozwoli matce znieść szok. Dopiero po pewnym czasie, w zależności od okoliczności; można zasugerować, że “śmierć pani syna jest nieodwracalna, trudno, inni też umierają, ale powoli, nie ma dla nich ratunku, bo choroba zniszczyła im nerki, serce. Muszą umrzeć! chyba, że dokona się im przeszczepu!”.

Należy w ten lub podobny sposób wciągnąć rodzinę w tej dramatycznej sytuacji do walki o nowe życie. “Zadać im” twórczy temat: serce ich syna będzie biło w piersi innego człowieka też syna rodziców, którzy wiedzą, że bez przeszczepu nie będzie żył. Mam 3 przykłady spośród 150 przeszczepionych serc, że matki “dotarły” swoimi drogami do biorców serc ich synów, tulą zakłopotanych pacjentów i mówią: “mój syn żyje, bo słyszę, że jego serce bije”.

Uważam, że niezależnie od litery Ustawy, należy uszanować wolę rodziny, zwłaszcza tej, która w sposób nieracjonalny, awanturczy wyszukuje wszelkie przeszkody, by nie dopuścić do pobrania narządów. Pobranie w tej sytuacji przyniesie więcej szkody dla transplantologii niż pożytku.

Ad 4

Przeciętny obywatel w Polsce jest za i przeciw, tzn., że “jakby moje życie zależało od przeszczepu serca to bym chciał, ale mojego po śmierci bym nie oddał” – jest to klasyczny egoizm: co dobre dla mnie jest słuszne, co dla drugiego – nie obchodzi mnie – “Moje ciało jest moje, a po śmierci wara od niego”. Niech idzie w piach. “Co mnie obchodzi, że ktoś tam umiera na serce”.

Są i głosy takie: “niech mi wstawią nowe serce, najlepiej bardzo młode, chociaż ... nie wiem jakbym się czuł z obcym sercem, chyba to nie byłbym ja”. Na ten temat krążą mity i legendy, trzeba więc wysiłku informacyjnego, by przełamać takie stereotypy. Tym bardziej, że tysiące ludzi normalnie żyje z przeszczepionym sercem, ich psychika nie zależy od “nowego serca”, a od przeżyć związanych z oczekiwaniem na przeszczep i z operacją oraz od środowiska, do którego “przeszczepienie” wraca. Ono tworzy sensacyjny klimat wokół człowieka z “obcym” sercem, co wpływa na zmianę jego psychiki.

Ad 5

Stosunek lekarzy w ogólności do zagadnień przeszczepiania zwłaszcza serca nie odbiega od obiegowych opinii w społeczeństwie. Ankiety dowiodły, że studenci medycyny więcej wiedzą o transplantologii niż doświadczeni konsyliarze, wśród których jest spora liczba “zapartych” przeciwników, dopóki ich dziecko lub wnuki nie znajdują się w krytycznej potrzebie.

Istnieje pilna potrzeba wprowadzenia do programów dydaktyki klinicznej tematu transplantacji komórek, tkanek i narządów z omawianiem również ducha Ustawy, by lekarze sami doszli do wniosku, że obowiązek ratowania zdrowia i życia przekłada się również na ratowanie życia drogą przeszczepów. A więc, że niezgłoszenie dawcy do Poltransplantu lub najbliższego ośrodka przeszczepiania równa się niepotrzebnym kilku zgonom.

Jestem głęboko przekonany, że coraz więcej ludzi normalnie w społeczeństwie żyjących z przeszczepionymi narządami przyczyni się do poprawy nastawienia społecznego do transplantacji, a postępowanie lekarza, który z lenistwa czy innych nieracjonalnych przyczyn nie zgłosił dawcy – będzie uznane za naganne.

Mam niepełną nadzieję, że akty wykonawcze z biegiem czasu i tą zawodową sprawę uregulują pozytywnie.

Ryszard Pawłowski, Aleksandra Janowicz

Genetyka populacyjna układu typu VNTR – ApoB w populacji Polski Północnej

Population genetics of VNTR system – ApoB in a North Polish population.

Z Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej Akademii Medycznej w Gdańsku.
Kierownik: prof. dr hab. R.Hauser.

Celem pracy było zbadanie rozkładu alleli minisatelitarnego układu Apo B w populacji Polski Północnej. Badano 201 próbek DNA wyizolowanych z krwi niespokrewnionych osób. Wykazano 21 alleli oraz 62 genotypy o podobnym rozkładzie jak w innych populacjach Kaukazoidów. Najczęstsze allele to APOB 37 i 35 (odpowiednio 39.8 i 18.6%). Układ w badanej populacji charakteryzuje się stosunkowo wysoką heterozygotycznością (0.771) oraz wysoką siłą dyskryminacji (0.9273) czyniąc go jednym z najbardziej przydatnych wśród minisatelitarnych systemów stosowanych w hemogenetyce sądowej do badań identyfikacyjnych.

The main purpose of the present paper was to establish the allele frequencies in a population of North Poland. The PCR method was used to amplify ApoB 3' hypervariable region in a sample of 201 unrelated persons. Twenty one alleles and 62 phenotypes were observed with similar alleles distribution as in other Caucasian populations. The most frequent alleles were 37 and 35 with a frequencies of 39.8 and 18.6%. The ApoB system describes high discrimination power (0.9273), and level of heterozygosity (0.771), thus it is a suitable tool for solving forensic identification problems on a routine basis.

WSTĘP

Jednym z najczęściej używanych polimorficznych systemów DNA typu VNTR (Variable Number of Tandem Repeats, zmienna liczba tandemowych powtórzeń) stosowanych w medycynie sądowej jest stosunkowo wysoce polimorficzny obszar zlokalizowany na krótkim ramieniu drugiego chromosomu ludzkiego, w bezpośrednim sąsiedztwie końca 3' genu apolipoproteiny B (12). Obserwowany region rozpoczyna się w odległości 73 par zasad od drugiego poliadenylacyjnego sygnału AATAA genu ApoB (9, 10, 11). Poszczególne allele tego locus, są przeważnie kombinacją dwóch bardzo podobnych sekwencji, każda o długości 15 par zasad, różniących się między sobą jedynie w pozycjach 10–12. Stosując konwencję

przyjętą przez Huang i Breslow (9) sekwencje te oznacza się jako x: (ATAATTAA-ATATTTT) i y: (ATAATTTAAATATTT).

W poszczególnych allelach ApoB występują one naprzemiennie a po nich pojawiają się powtórzenia o bardzo zbliżonej strukturze zawierające substytucje pojedynczych zasad lub 4 nukleotydowe delecje.

Przeprowadzone dotychczas badania polimorfizmu układu ApoB w różnych populacjach ludzkich pozwoliły stwierdzić obecność ok. 22 alleli zawierających 21 – 54 powtórzeń jednostki repetytywnej, co odpowiada zakresowi długości fragmentów: ok. 450 – 1000 par zasad (3, 8, 12, 13).

Celem niniejszej pracy było określenie częstości alleli ApoB dla populacji Polski Północnej oraz porównanie ich rozkładu z innymi populacjami Kaukazoidów.

MATERIAŁY I METODY

DNA izolowano z próbek krwi, pobranych od 201 niespokrewnionych osób, metodą nieenzymatyczną i nieorganiczną (15). Ilość wyizolowanego DNA określano fluorometrycznie.

Amplifikację ApoB prowadzono w oparciu o opisane sekwencje primerów (3). Optymalne warunki amplifikacji ustalone zostały po wykonaniu szeregu odpowiednich doświadczeń. Mieszanina amplifikacyjna składała się z: 5 ng DNA, 0.4U polimerazy DNA (Biometra), obu primerów (Isogen, Holandia) w stężeniu 450 μ M, 10X buforu do PCR zawierającego 15mM $MgCl_2$ i wodę do objętości 15 μ l. Mieszaninę do PCR poddawano denaturacji wstępnej przez 1 min. w 95°C, a następnie 30 cyklom denaturacji w 94°C przez 1 min. oraz hybrydyzacji i elongacji przez 6 min. w 58°C. PCR kończono 10 minutowym wydłużaniem w 72°C (warunki temperaturowe PCR uzyskane w postaci informacji ustnej z Instytutu Medycyny Prawnej w Muenster, RFN). Produkty PCR rozdzielano na poziomym żelu poliakrylamidowym (5%T3%C) w nieciągłym systemie buforowym tris– kwas mrówkowy/tris– kwas borowy pH 9.0 (1) i barwiono srebrem (2). Rozdział elektroforetyczny prowadzono przy stałym natężeniu 20mA, do momentu kiedy błękit bromofenyłowy nie dotrze do anody.

WYNIKI

Genetyka populacyjna układu ApoB.

W badanej populacji 201 osobników zaobserwowano 21 alleli (Tab. I) oraz 62 genotypy z 231 teoretycznie możliwych. Allele identyfikowano oraz konstruowano własną "drabinę alleli" względem drabiny układu ApoB otrzymanej od Prof. B.Brinkmann'a (Instytut Medycyny Prawnej w Münster, Niemcy). Najczęstszymi allelami są allele 37 i 35 z częstościami odpowiednio 39.8% i 18.6%. Częstości pozostałych alleli nie przekraczają 8%. Zgodnie z oczekiwaniami najczęstszymi genotypami są 37,37 (18.4%) oraz 35,37 (15.4%). W badanej populacji stwierdzono allele w zakresie od 29 do 53 powtórzeń porównując z drabiną alleli otrzymaną z Münster. Ponadto zaobserwowano dwa allele o ruchliwości wolniejszej od 29 allelu jak również 8 o ruchliwości pomiędzy 29 a 31, 4 pomiędzy 31 a 33, 22 o ruchliwości pomiędzy 37 a 39 oraz 1 pomiędzy 49 a 51 allelem.

Tabela I. Obserwowane częstości alleli układu ApoB w populacji Polski Północnej.

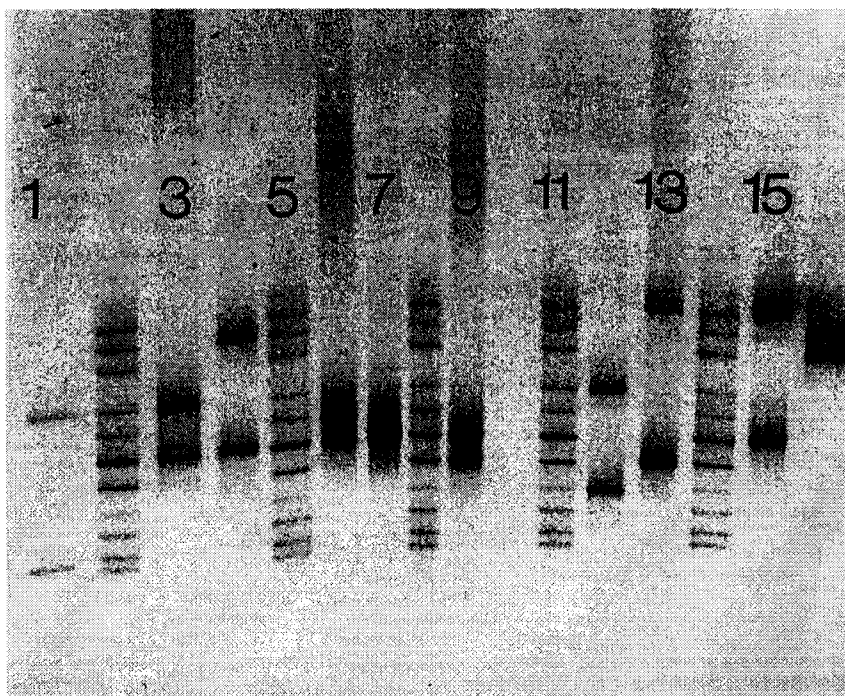
Table I. Observed frequency of alleles of ApoB system in a population of North Poland

Allel Alleles	Liczba alleli Number of alleles	Częstości alleli Allele frequencies	%
<29a	2	0.004975	0.498
<29c	1	0.002487	0.249
29	15	0.037313	3.731
29a*	2	0.004975	0.498
29c	6	0.014925	1.493
31	9	0.022388	2.239
31a	4	0.009950	0.995
33	14	0.034825	3.483
35	75	0.186567	18.657
37	160	0.398000	39.800
37a	5	0.012430	1.243
37c	17	0.042280	4.228
39	9	0.022380	2.238
41	12	0.029850	2.985
43	2	0.004975	0.498
45	10	0.024870	2.487
47	22	0.054720	5.472
49	30	0.074620	7.462
49c	2	0.004970	0.497
51	4	0.009950	0.995
53a	1	0.002480	0.248
Σ 21	Σ 402	Σ 1	Σ 100

* – Indeksy a, c odpowiednio oznaczają wariant anodowy i katodowy danego allelu (a and c indices – anodal and cathodal variants of alleles)

Bez przeprowadzenia badań w innych układach elektroforetycznych (np. warunki denaturujące), jak również sekwencjonowania nie jest możliwe stwierdzenie czy obserwowane allele o ruchliwościach pośrednich są wariantami sekwencyjnymi czy też allelami o parzystej liczbie jednostki repetytywnej np. 30, 32, 38 czy 50. Z podobnych przyczyn niemożliwe było precyzyjne określenie alleli o ruchliwości katodalnej w stosunku do 29 allelu.

Podstawowym zagrożeniem towarzyszącym fenotypowaniu przy użyciu układów typu minisatelitarnego jest zjawisko preferencyjnej amplifikacji alleli krótszych w stosunku do dłuższych. Zjawisko to może prowadzić przy nie zachowaniu odpowiedniego reżimu przy oznaczaniu, do błędnego określenia heterozygot jako homozygoty. Bardzo istotne jest wobec tego, na etapie opracowania metody, zwrócenie szczególnej uwagi na odpowiednie dobranie takich parametrów reakcji jak stężenie polimerazy DNA, jonów magnezu, matrycowego DNA oraz odpowiednich warunków denaturacji oraz elongacji. W wyniku właściwie przeprowadzonej optymalizacji zjawisko preferencyjnej amplifikacji może zostać bardzo znacznie ograniczone (Ryc. 1). Na podstawie kilkuletniej obserwacji, możemy stwierdzić, że ApoB może być z powodzeniem stosowany do badania nie tylko świeżej krwi ale również każdego rodzaju substancji biologicznych o niskim i średnim stężeniu degradacji DNA. Wysoki procent pozytywnych wyników uzyskuje się nawet dla kilkuletnich śladów biologicznych (14).



Ryc. 1 Elektroforegram przedstawiający rozdział fenotypów ApoB uzyskanych po amplifikacji DNA wyizolowanego ze świeżej krwi. Ścieżki: 2, 5, 8, 11 i 14 zawierają drabinę alleli ApoB skonstruowaną na podstawie drabiny wzorcowej otrzymanej z Münster (allele 29, 29c, 31, 33, 35, 37, 39, 41, 45, 47, 49 i 51). Ścieżki 1, 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 15 i 16 zawierają następujące fenotypy: 29a, 41; 37, 41; 37, 47; 37, 39; 37, 37; 35, 37; 33, 41; 35, 49; 37, 49 i 45, 47. Ścieżka 10 zawiera kontrolę ujemną reakcji PCR. Anoda u dołu ryciny.

Fig. 1. Electrophoregram showing separation of ApoB phenotypes after amplification of DNA isolated from fresh blood. Lanes: 2, 5, 8, 11 and 14 contain allelic ladder constructed on a basis of reference ladder obtained from Münster (alleles 29, 29c, 31, 33, 35, 37, 39, 41, 45, 47, 49 and 51). Lanes: 1, 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 15 and 16 contain the following phenotypes: 29a, 41; 37, 41; 37, 47; 37, 39; 37, 37; 35, 37; 33, 41; 35, 49; 37, 49 and 45, 47. Lane 10 – negative control of PCR reaction. The anode is at the bottom of the figure.

W celu określenia potencjalnego odchylenia od prawa równowagi Hardy'ego–Weinberga zastosowano test χ^2 . W tym celu utworzono 5 grup alleli I (53, 51, 49c, 49, 47), II (45, 43, 41, 39, 37c, 37a), III (37), IV (35), i V (33, 31a, 31, 29c, 29a, 29, <29c, <29a) dających 15 klas genotypów. W badanej populacji nie stwierdzono niezgodności z prawem Hardy'ego–Weinberga ($\chi^2 = 13.990$, $df=13$, $0.5 > P > 0.3$). Na podstawie otrzymanego wyniku możemy zatem stwierdzić, że badana populacja znajduje się w stanie równowagi Hardy'ego–Weinberga, a wszelkie odchylenia obserwowanych wyników badań populacyjnych od wartości przewidywanych, są dziełem przypadku i w sensie statystycznym praktycznie bez znaczenia. Stwierdzenie zgodności przeprowadzonych badań populacyjnych z prawem Hardy'ego–Weinberga pozwala wykorzystać układ ApoB jako marker genetyczny w procedurach identyfikacyjnych dotyczących populacji Polski Północnej, a biorąc pod uwagę stosunkowo wysoką jednorodność Polaków pod względem rasowym, również całej populacji polskiej. Wśród 201 oznaczonych fenotypów zaobserwowano 46 homozygot, co daje obserwowaną heterozygotyczność w populacji Polski północnej na poziomie $H = 0.771$. Mieści się ona w zakresie wartości oczekiwanej heterozygotyczności oraz błędu standardowego ($h = 0.79259 \pm 0.02859$) pozwalając uznać liczbę obserwowanych w badanej populacji homozygot za wysoko prawdopodobną. Obserwowana heterozygotyczność w populacji Polski północnej ($H = 0.771$), dobrze koreluje ze stopniem heterozygotyczności w innych populacjach [0.78 (16), 0.76 (6), 0.75 (3), 0.78 (12), 0.76 (4)]. Dla badanej populacji obliczono ponadto szereg parametrów charakteryzujących przydatność układu ApoB do badań identyfikacyjnych i genetycznych. Należą do nich siła dyskryminacji (prawdopodobieństwo zgodności), współczynnik dyskryminacji, oraz zawartość informacji polimorficznej, które wynoszą odpowiednio: $PD = 0.927335$ ($p_M = 0.072665$), $DI = 0.09276$ oraz $PIC = 0.773139$.

Tabela 2 przedstawia porównanie procentowego rozkładu częstości alleli dla pięciu populacji Kaukazoidów. We wszystkich populacjach najczęstszymi allelami są 37 i 35 stanowiące około połowy częstości wszystkich alleli.

PIŚMIENNICTWO

1. Allen R.C., Graves G., Budowle B.: *Polymerase chain reaction amplification products separated on rehydratable polyacrylamide gels and stained with silver*. BioTechniques, 1989, 7, 736.
2. Bassam B.J., Caetano-Annoles G., Gresshoff P.M.: *DNA amplification fingerprinting of bacteria*. Appl. Microbiol. Biotechnol., 1992, 38, 70.
3. Boerwinkle E., Xiong W., Fourest E., Chan L.: *Rapid typing of tandemly repeated hypervariable loci by the polymerase chain reaction: Application of the apolipoprotein B 3' hypervariable region*. Proc. Natl. Acad. Sci. USA, 1989, 86, 212.
4. Decorte R., Marynen P., Cassiman J.-J.: *High-speed automated detection of PCR-amplified VNTR alleles: application to the apolipoprotein B 3' hypervariable region*. Science Tools, 1993, 37, 1.
5. Friedl W., Ludwig E.H., Paulweber B., Sandhofer F., McCarthy B.J.: *Hypervariability in a minisatellite 3' of the apolipoprotein B gene in patients with coronary heart disease compared with normal controls*. J. Lipid. Res., 1990, 31, 659.
6. Giorgetti R., Tagliabracci A., Agostini A., Cingolani M., Ferrara S.D.: *Analysis of the 3' ApoB VNTR system in*

Tabela II. Porównanie częstości oszczególnych alleli układu ApoBw wybranych populacjach (wartości w procentach).

Table II. Comparison of frequencies of ApoB alleles in selected populations (frequencies given in percents).

Allele	März i wsp. (13)	Boerwinkle i wsp. (3)	Ludwig i wsp. (12)	Friedl i wsp. (5)	Heliö (7)	Giorgetti i wsp. (6)	Gdańsk
<29	0.00	0.00	0.25	0.45	0.00	0.00	0.74
29	0.00	0.50	0.00	0.00	0.00	7.48	3.73
29a	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.50
29c	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	1.49
31	8.10	6.00	10.00	8.46	14.00	10.75	2.23
31a	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	1.00
33	4.10	5.00	5.00	4.01	7.00	6.07	3.48
35	26.40	20.00	23.00	21.51	18.60	22.43	18.65
36	0.70	0.00	1.00	1.34	0.00	0.00	0.00
37	42.30	43.50	38.00	37.39	26.70	28.04	39.80
37a	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	1.24
37c	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	4.23
39	3.40	4.00	4.00	5.19	8.10	7.01	2.23
41	0.70	2.00	1.00	0.89	1.20	0.93	2.98
43	0.00	0.50	0.25	0.15	2.30	0.93	0.49
45	1.40	0.50	1.00	2.08	4.70	5.14	2.48
47	6.80	10.00	6.00	6.97	11.60	7.48	5.47
49	4.70	7.00	8.00	10.09	5.80	2.80	7.66
49c	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.50
51	0.70	1.00	2.00	1.19	0.00	0.93	0.99
53	0.70	0.00	0.50	0.30	0.00	0.00	0.00
53a	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.25
Liczba przebadanych osób	136	125	318	337	43	107	201

an Italian population sample. Int. J. Leg. Med., 1991, 104, 243. – 7. Heliö T.: Concept of VNTR alleles: comparison of apolipoprotein B 3' hypervariable region genotyping results obtained by three methods. Biochemical and Biophysical Research Communications, 1991, 181, 846. – 8. Hixson J.E., Powers P.K., McMa-

han C.A.: *The human apolipoprotein B 3' hypervariable region detection of eight new alleles and comparison of allele frequencies in blacks and whites.* Hum. Genet. 1993, 91, 475. – 9. Huang L.S., Breslow J.L.: *A unique AT-rich hypervariable minisatellite 3' to the apoB gene defines a high information restriction fragment length polymorphism.* J. Biol. Chem. 1987, 262, 8952. – 10. Jenner K., Sidoli A., Ball M., Rodriguez JR., Pagani F., Giudici G., Vergani C., et al.: *Characterization of genetic markers in the 3' end of the apoB gene and their use in family and population studies.* Artherosclerosis 1988, 69, 39.

11. Knott T.J., Wallis S.C., Pease R.J., Powell L.M., Scott J.: *A hypervariable region 3' to the human apolipoprotein B gene.* Nucleic Acids Res., 1986, 14, 9215. – 12. Ludwig E.H., Friedl W., McCarthy B.J.: *High-Resolution Analysis of a Hypervariable Region in the Human Apolipoprotein B Gene.* Am. J. Hum. Gen., 1989, 45, 458. – 13. März W., Ruzicka V., Fischer E., Russ A.P., Schneider W., Grob W.: *Typing of the 3' hypervariable region of the apolipoprotein B gene: Approaches, pitfalls, and applications.* Electrophoresis, 1993, 14, 169. – 14. Pawłowski R.: *Uwagi metodyczne dotyczące postępowania przy ekstrakcji i amplifikacji metodą PCR DNA izolowanego z wieloletnich plam biologicznych.* Arch. Med. Sąd. i krym. (1996) w druku. – 15. Pawłowski R., Welz A., Burkiewicz A.: *Porównanie wydajności i jakości DNA izolowanego z krwi ludzkiej trzema różnymi metodami.* Ann. Acad. Med. Gedan., 1994, 24, 23. – 16. Trabetti E., Galavotti R., Pignatti P.F.: *Genetic variation in the Italian population at five tandem repeat loci amplified in vitro: use in paternity testing.* Molecular and Cellular Probes, 1993, 7, 81.

Podziękowanie

Autor wyraża serdeczne podziękowania Panu Profesorowi Berndowi Brinkmannowi z Instytutu Medycyny Prawnej w Münster za dostarczenie drabiny alleli dla systemu ApoB.

Adres autorów:
Katedra i Zakład Medycyny Sądowej AM
30–210 Gdańsk
ul. Skłodowskiej–Curie 3a
Nadesłano do Redakcji: 16.11.1995
Zakwalifikowano do druku: 22.04.1996

Ryszard Pawłowski, Zofia Szczerkowska, Janusz Smoliński

Genetyczna identyfikacja ofiary pożaru

Genetic identification of fire victim

Z Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej Akademii Medycznej w Gdańsku
Kierownik: prof. dr hab. R. Hauser

Praktyka sądowo-lekarska wskazuje, że przypadki katastrof zbiorowych w komunikacji lądowej, lotniczej jak również pożarów mogą pociągać za sobą znaczną liczbę ofiar. Często też dochodzi do zniekształcenia ich ciał, co może stwarzać poważne trudności identyfikacyjne. Postępy w zakresie hemogenetyki sądowej, a zwłaszcza włączenie do praktyki laboratoryjnej badań z zakresu biologii molekularnej przyczyniły się do zwiększenia w tych przypadkach możliwości rozpoznawczych. W pracy przedstawiono identyfikację genetyczną zwęglonej i w znacznym stopniu zniekształconej ofiary pożaru.

The main aim of the work was to identify body of fire victim. Classical systems (blood) and DNA analysis (blood and soft tissue) were using during identification process. Comparison of results of 12 classical and 6 DNA-PCR systems showed, that alleles present at tissues of fire victim were also present at their putative children. On that basis it was established with a extremely high probability, that body of fire victim is a body missed during the fire of Gdańsk Shipyard Showhall person.

Oględziny i otwarcie zwłok w przypadku śmierci spowodowanej pożarem stanowią niewielki odsetek ogółu dokonywanych sekcji. W tej grupie zgonów ofiary nieszczęśliwego wypadku są najczęściej znane. Jednakże w takich przypadkach, gdy na skutek pożaru ginie duża liczba osób, a zwłaszcza gdy dochodzi do znacznego zwęglenia ciał ofiar, pojawić się mogą poważne trudności identyfikacyjne. Taki przypadek miał miejsce podczas pożaru w dniu 24.11.1994 r. w czasie koncertu w hali widowiskowej Stoczni Gdańskiej. Ofiara pożaru – mężczyzna – o rozlegle spalonych i zwęglonych tkankach miękkich, z częściowo zachowanymi fragmentami odzieży, została przekazana do Zakładu Medycyny Sądowej Akademii Medycznej w Gdańsku celem wykonania sekcji zwłok, a także przeprowadzenia badań identyfikacyjnych.

MATERIAŁ I METODY

Oględziny i otwarcie zwłok

W trakcie oględzin zewnętrznych i sekcji zwłok zwracano uwagę na charakterystyczne cechy somatyczne pozwalające na identyfikację ofiary. Stwierdzono, że zwłoki należą do mężczyzny w wieku 30–40 lat, o całkowitej długości ciała około 170 cm. Tkanki miękkie były rozlegle spalone i zwęglone, szczególnie w obrębie skóry i tkanki podskórnej klatki piersiowej, twarzy, powłok głowy, brzucha, kończyn górnych (zwłaszcza lewej) i dolnych. Stwierdzono również, że denat posiada charakterystyczne ubytki uzębienia i niestrawioną treść pokarmową w żołądku. Wstępne ustalenia z dochodzenia wskazywały, że ofiarą pożaru może być pracownik jednej z gdańskich stacji telewizyjnych. Wyniki sekcji zwłok w znacznym stopniu potwierdziły te przypuszczenia. Jednakże dla ostatecznego ustalenia tożsamości ofiary pożaru konieczne było wykonanie badań genetycznych.

Badania hemogenetyczne

Badaniom hemogenetycznym poddano krew i tkankę mięśniową ofiary pożaru (głębokie warstwy uda). Krew pobrano z miejsc najlepiej chronionych przed działaniem termicznym, tj. z naczyń wnęki wątroby. Badania objęły również krew domniemanych członków rodziny ofiary: żony i jej dwojga dzieci.

W skład badań hemogenetycznych weszły:

1. klasyczne cechy grupowe;
2. analiza polimorfizmu DNA metodą PCR.

Klasyczne cechy grupowe określono powszechnie stosowanymi metodami laboratoryjnymi. Typowano 12 różnych systemów grupowych obejmujących antygeny erytrocytarne, białka surowicy oraz izoenzymy.

Do izolacji DNA z krwi zastosowano nieenzymatyczną metodę wysalania (2), DNA z mięśni izolowano przez trawienie proteinazą K z dodatkiem SDS. Amplifikacji poddano następujące polimorficzne układy: D1S80, ApoB, YNZ22, SE33, VWA i TC11 (3, 4, 5). Produkty PCR rozdzielano na żelach poliakrylamidowych sieciowanych PDA. Elektroforezę przeprowadzono przy stałym natężeniu prądu 20mA w nieciągłym systemie buforowym: tris – kwas mrówkowy pH 9,0 (żel) oraz tris – kwas borowy pH 9,0 (łączniki). Żel barwiono roztworem azotanu srebra przy użyciu zmodyfikowanej metody Bassama (1).

WYNIKI I OMÓWIENIE

Ustalenia dochodzeniowe, oględziny zewnętrzne ofiary pożaru i wyniki przeprowadzonej sekcji wykazały, że znalezione w czasie pożaru zwłoki są – zgodnie z przypuszczeniami – zwłokami pracownika stacji telewizyjnej. Badania genetyczne w zakresie klasycznych cech grupowych krwi ofiary oraz domniemanych członków jego rodziny (dzieci i żony) potwierdziły te przypuszczenia. Wyniki tych badań zestawiono w tabeli I.

Tabela I. Wyniki badań klasycznych cech grupowych ofiary pożaru i członków jego rodziny

Table I. Results of classical systems analysis of fire victim and members of their family

Lp.	Układ grupowy System Systems	Ofiara pożaru Fire victim	Rodzina ofiary pożaru Family of fire victim		
			Żona Wife	Dziecko I Child I	Dziecko II Child II
1.	ABO	0	A ₂	A ₂	A ₂
2.	MNSs	MS	MSs	MSs	MSs
3.	Rh	C ^W cDee	CCDee	C ^W CDDee	CcDee
4.	Kell	Kell+	Kell+	Kell+	Kell+
5.	HP	–	HP2–1	HP2–2	HP2–2
6.	Gm (1,2)	(1,2)	(1,2)	(1,–2)	(1,2)
7.	ACP	CB	BA	B	B
8.	PGM1	1	1	1	1
9.	ESD	1	1	1	1
10.	GLO	2–1	2–1	2–1	1
11.	GPT	1	1	1	1
12.	PGP	1	1	1	1

Klasyczne cechy grupowe ofiary pożaru, porównane z cechami wykazywanymi u dwojga dzieci i ich matki pozwoliły na przyjęcie, że spalony mężczyzna może być ojcem tych dzieci.

Wyniki badań polimorfizmu DNA tkanek zmarłego (krwi i mięśni) oraz krwi pobranej od członków jego rodziny w zakresie sześciu wysoce polimorficznych systemów zestawiono w tabeli II.

Porównanie profili sześciu systemów DNA ofiary pożaru z allelami dwojga badanych dzieci i ich matki wykazały pełną ich zgodność. W każdym z analizowanych systemów DNA allele wykazane u dzieci występowały również u spalonego mężczyzny. Wyniki badań genetycznych pozwoliły więc na przyjęcie z prawdopodobieństwem graniczącym z pewnością, że ofiara pożaru jest ojcem tych dzieci. Tożsamość spalonego mężczyzny została więc ustalona.

Tak więc postęp w zakresie hemogenetyki, a zwłaszcza włączenie w ostatnich latach do praktyki laboratoryjnej metod z dziedziny biologii molekularnej, w znaczący sposób wzbogaciły możliwości identyfikacji osobniczej w przypadku badania spalonych szczątków ludzkich. DNA jako struktura stabilna chemicznie jest w znacznym stopniu odporny na działanie niekorzystnych czynników zewnętrznych. Szczególną przydatność w tych badaniach wykazuje metoda PCR, gdyż allele wysoce polimorficznych systemów DNA–VNTR można określić także wtedy, gdy pojawia się trudności z oznaczeniem innych markerów genetycznych.

Tabela II. Wynik badań DNA ofiary pożaru i członków jego rodziny w 6-ciu systemach określonych metodą PCR

Table II. Results of DNA analysis using PCR method of fire victim and members of their family

Lp.	Osoby Persons	Systemy Systems					
		D1S80	APoB	YNZ22	TC11	SE33	VWA
1.	NN ofiara pożaru Fire victim	18 – 24	37 – 37	3 – 4	8 – 10	17 – 30	18 – 18
2.	Dziecko I Child I	24 – 27M	25 – 37	3 – 3	6 – 8	17 – 31	18 – 18
3.	Dziecko II Child II	18 – 24	35 – 37	3 – 4	6 – 8	30 – 31	18 – 18
4.	Matka Mother	24 – 27M	25 – 35	2 – 3	6 – 9,3	30 – 31	16 – 18

Częstość genotypu obecnego u NN mężczyzny i u przypadkowej, niespokrewnionej osoby wynosi 4×10^{-7} .

Frequency of a fire victim genotype present at any random unrelated person is 4×10^{-7} .

PIŚMIENNICTWO

1. Bassam B.J., Caetano-Annolles G.G., Gresshoff P.M. (1992) *DNA Amplification fingerprinting of bacteria*, Appl. Microbiol. Biotechnol. 38, 70–76. – 2. Lahiri D.K., Nurnberger J.J.: *A rapid non-enzymatic method for the preparation of HUM DNA from blood for RFLP studies*. Nucl. Acids Res., 1991, 19, 5444. – 3. Möller A., Wiegand P., Seuchter S.A., Baur M.P. Brinkmann B.: *Population data and forensic efficiency values for the STR systems HumVWA, HumMBP and HumFABP*. Int. J. Legal Med., 1994, 106, 183–189. – 4. Rand S., Puers C., Skowatsch K., Wiegand P., Budowle B., Brinkmann B.: *Population genetics and forensic efficiency data of 4 AMPFLP s*. Int. J. Leg. Med., 1992, 104, 329–333. – 5. Wiegand P., Budowle B., Rand S., Brinkmann B.: *Forensic validation of the STR systems SE33 and TC11*. Int. J. Leg. Med., 1993, 105, 315–320.

Adres autorów:

Katedra i Zakład Medycyny Sądowej Akademii Medycznej

80–210 Gdańsk

ul. Curie-Skłodowskiej 3a

Nadesłano do Redakcji: 22.02.1996

Zakwalifikowano do druku: 27.03.1996

Zygmunt Fiedorczyk

Śmiertelne zatrucie tlenkiem węgla w niecodziennych okolicznościach samospalenia

Fatal carbon monoxide poisoning in unusual circumstances of selfburning

Z Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej AM w Łodzi
p.o. Kierownik: dr med. A. Garbowska-Górska

Przedstawiono przypadek śmiertelnego zatrucia tlenkiem węgla przy próbie samospalenia w niecodziennej, uprzednio zaaranżowanej scenerii.

A case of the fatal carbon monoxide poisoning during the attempt of self-burning in the unusually arranged scenery was presented.

Wśród licznych przypadków śmierci samobójczej zwraca uwagę wyjątkowa rzadkość dokonywanych samobójstw przez samospalenie. Ten rodzaj śmierci nie jest w ogóle wydzielany w analizach ilościowych, dotyczących sposobów popełniania samobójstwa prezentowanych w doniesieniach na temat "śmierci samobójczej". Wspomina się o nich w pojedynczych przypadkach śmierci niektórych opracowań poświęconych samobójstwom kombinowanym. I tak np Byrdy (1) omawiając 25 przypadków samobójstw kombinowanych, obserwowanych w latach 1881–1940 wspomina o kobiecie, która oblała się benzyną, podpałała i następnie wyskoczyła z okna. Janica (4) pisząc o siedmiu przypadkach samobójstw kombinowanych, donosi o śmierci młodej kobiety, która usiłowała dokonać samobójstwa przez wypicie benzyny, następnie podpalenie, a ostatecznie powiesiła się. Ostatnio również Janica i wsp. (5) w "studium porównawczym" samobójstw obserwowanych w latach 1955–1979 i 1980–1989 donoszą tylko o przypadku podpalenia się 45-letniego alkoholika oraz więźnia w celi, po uprzednim nasmarowaniu się pastą do podłogi.

W rodzinnych podręcznikach medycyny sądowej, wydanych po II-jej wojnie światowej, tylko Grzywo-Dąbrowski (2, 3) i Olbrycht (7) piszą o przypadkach podpalenia, używając określeń dla tego rodzaju śmierci – "niezwykle rzadko" i "rzadkości wielkiej". Grzywo-Dąbrowski podaje, że w latach 1921–1940, na ogólną liczbę 2229 przypadków śmierci samobójczej, "jedyń" w 11-tu stwierdzono podpalenie (2, 3). Olbrycht natomiast, że w "prawie 50-letniej praktyce obserwował

tylko dwa przypadki tego rodzaju śmierci samobójczej”, które zresztą prezentuje (7).

W dniu 6 września 1990 r., ok. godz. 1 wybuchł pożar w wolno stojącym, jednopiętrowym domku rodzinnym w budowie. Pożar zlokalizowano na I-szym piętrze, a po ugaszeniu przez jednostki straży ujawniono w jednym z pomieszczeń, zamkniętym od wewnątrz na klucz, zwłoki mężczyzny tam mieszkającego. Pomieszczenie to, podobnie jak pozostałe na piętrze, było częściowo wypalone i brak spalonej części dachu. Zwłoki w środkowej części pomieszczenia, w pozycji siedzącej, oparte plecami o belkę podtrzymującą strop. Głowa pochylona do przodu. Kończyny górne ułożone wzdłuż ciała, oparte rękami o udo prawe. Kończyny dolne przywiedzione i wyprostowane w kolanach. Wokół tułowia, na wysokości brzucha, zwłoki 5-krotnie owinięte liną konopną o śr. ok. 25 mm. Wolny koniec liny leży luźno za zwłokami i belką o którą są oparte. Lina pierwszym “okrażeniem” obejmuje dwie deski, które stanowią część ułożonego wokół zwłok stosu belek, desek i płaskich kawałków drewna, opartych w górnej części o belkę stropową, tworząc rodzaj piramidy. Lina od desek przechodzi na przednią powierzchnię tułowia i okrąża go kilkakrotnie, przy czym najgłębiej ułożony zwój kieruje się luźno ku górze i zawiązany jest na pojedynczy węzeł wokół belki stropowej ponad głowa denata. Odzież wierzchnia (kurtka, spodnie) w części opalona lub spalona, zwłaszcza nogawki spodni. Koszula i podkoszulka, w miejscach wystających spod niezapiętej kurtki, również częściowo nadpalone. Sandały i skarpetki w różnym stopniu nadpalone, a sandał lewy leży obok stopy. Przy przemieszczaniu zwłok wyraźny zapach benzyny, a pod pośladkami drewniane, nadpalone listwy i liczne tzw. “drzazgi” oraz metalowe pudełko z cieczą o zapachu benzyny. Pod kończynami dolnymi liczne, spalone zapałki.



Ryc. 1.

Ogłędziny sądowo–lekarskie i sekcja zwłok denata B.A. lat 66 (protokół sekcyjny 16182/90), wykonane na wniosek Prokuratury Rejonowej dla Dzielnicy Łódź–Górna w sprawie Ds. 6415/90 w Zakładzie (obducent dr med. Aurelia Garbowska–Górska) m.in. wykazały: plamy pośmiertne obfite, barwy żywoczerwonej, umiejscowione typowo dla pozycji siedzącej zwłok, tj. na kończynach dolnych, obwodowych częściach kończyn górnych i w dolnej części tułowia. Gałki oczne białawe, zmętniałe, źrenice niewidoczne. Na czerwieni warg, w przewodach nosowych i jamie ustnej sadza. Twarz brunatnawo osmalona, naskórek łatwo oddziela się przy pocieraniu. Osmalenie to wyraźnie odgraniczone jest linią poziomą na wysokości czoła od niezmiennych termicznie powłok czaszki, dzięki czapce na głowie denata. Brwi niemal całkowicie opalone, powieki nie osmalone, a tylko opalone końcowe części rzęs oka lewego. Wyraźne odgraniczenie osmalenia wokół oczodołów z “kurzymi łapkami” na obrzeżach w częściach skroniowych. Ręce i obwodowe części przedramion, a także kończyny dolne, niemal na całej długości wyraźnie brunatnawo osmalone, naskórek pogrubiały, suchy, uniesiony w wielu miejscach z popękanyimi pęcherzami, łatwo oddziela się przy dotykaniu. W gardzieli, krtani, tchawicy i rozgałęzieniach oskrzeli dość znaczna ilość sadzy. Płuca na przekrojach barwy żywoczerwonej, z wyraźnymi, drobnymi ogniskami groniastymi barwy czarniawej, a przy uciskaniu z drobnych oskrzeli wydobywają się czopy czarnego śluzu. Płynna, jasnoczerwona krew w zatokach żylnych czaszki i jamach serca; przekrwienie narządów wewnętrznych oraz rozdęcie i ogniskowy obrzęk płuc.

Metodą spektrofotometryczną oznaczono we krwi pobranej z serca 79% hemoglobiny tlenkowej, a we krwi z żyły udowej i w moczu metodą Widmarka oznaczono 1,19% i 0.34% lotnych związków redukujących w przeliczeniu na alkohol etylowy.

W opinii podano, że denat zmarł śmiercią gwałtowną wskutek zatrucia tlenkiem węgla, przy współdziałaniu termicznym płomienia.

Prezentowany przypadek jest jedynym, ze względu na okoliczności, wśród zaledwie kilku obserwowanych podpaień samobójczych w materiale naszego Zakładu w latach 1946–1994, na 17838 wykonanych sądowo–lekarskich sekcji zwłok. Uważa się, że samospalenie jest jednym z najrzadziej stosowanych sposobów śmierci samobójczej w szerokiej gamie jej możliwości i że najczęściej dokonują tego wyboru osoby ciężko chore psychicznie i alkoholicy. Może to być również, co zdarza się coraz częściej, demonstracja publiczna przez jednostkę zdrową psychicznie w proteście politycznym, religijnym, społecznym lub innym, względnie traktowanie tego czynu jako bohaterstwa.

W naszym przypadku denat był osobą psychicznie zdrową, na emeryturze, nie leczył się, pracował na 1/2 etatu, alkoholu nie nadużywał i nie wykazywał zamiarów pozbawienia się życia. Mimo, iż złożoność natury ludzkiej jest niemierzalną, to można przyjąć, że podjęty akt samospalenia, w przygotowanej uprzednio scenerii, był demonstracją krzywdy wynikającej ze stosunków rodzinnych – rozwód z żoną, zerwanie kontaktów z córką i jej rodziną, podział majątku, a przede wszystkim wyznaczony na dzień 6 września 1990 r. termin eksmisji z budowanego od lat domu, musiał dopełnić “czarę gorzycy”.

W Archiwum tylko Kobiela i wsp. (6) publikowali w 1968 r. doniesienie o samobójstwie przez spalenie, prezentując trzy przypadki, w tym jeden jako samobójstwo kombinowane.

Wyjątkowa rzadkość tego rodzaju śmierci samobójczej, pojedyncze doniesienie w rodzinnym piśmiennictwie specjalistycznym oraz trudności sądowo–lekar-
skie, a zwłaszcza kryminalistyczne w różnicowaniu samospalenia samobójczego
ze spalaniem przypadkowym, spalaniem zwłok dla zatarcia śladów dokonanego
przestępstwa, a także coraz częściej dokonywanych zabójstw przez oblanie ofiary
płynem łatwopalnym i podpaleniem – dwa takie przypadki obserwowaliśmy ostat-
nio w 1993 r. – warunkują niniejszą publikację.

PIŚMIENICTWO

1. Byrdy M.: *O samobójstwach kombinowanych*. Przegl. Lek., 1947, 10, 367–370. – 2. Grzywo–Dąbrowski W.: *Medycyna sądowa dla prawników*. Wyd. Prawnicze, Warszawa, 1952. – 3. Grzywo–Dąbrowski W.: *Podręcznik medycyny sądowej*, PZWL, Warszawa, 1958. – 4. Janica J.: *Samobójstwa kombinowane na podstawie materiału Zakładu Medycyny Sądowej AM w Białymstoku w latach 1956–1979*. Arch. Med. Sąd. 1982, 32, 183–185. – 5. Janica J., Rydzewska M., Pepiński W.: *Samobójstwa w materiale Zakładu w latach 1955–1979 i 1980–1989 (studium porównawcze)*. Arch. Med. Sąd., 1993, 43, 309–320. – 6. Kobiela J., Gawrzewski W.: *Samobójstwo przez spalenie*. Arch. Med. Sąd., 1968, 28, 293–295. – 7. Olbrycht J.S.: *Medycyna sądowa w procesie karnym*. PZWL, Warszawa, 1964.

Adres autora:

Zakład Medycyny Sądowej AM

ul. Sędziowska 18a

91–304 Łódź

Nadesłano do Redakcji: 5.07.1995

Zakwalifikowano do druku: 1.03.1996

Zygmunt Fiedorczyk, Mirosław Kosicki

Śmierć samobójcza w ciasnej przestrzeni

Suicidal death in confined space

Z Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej AM w Łodzi
p.o. Kierownik: dr med. A.Garbowska-Górska

Przedstawiono przypadek śmierci samobójczej dorosłej osoby w ciasnej przestrzeni, którą stanowił brezentowy worek.

A case of suicidal death inside a tarpaulin bag was presented.

Wśród różnych rodzajów śmierci wskutek uduszenia gwałtownego, śmierć w ciasnej przestrzeni jest wyjątkowo rzadko obserwowana. W podręcznikach podaje się, że jest to z zasady śmierć wypadkowa, dotyczy zwykle dzieci i ma miejsce najczęściej w czasie zabawy – zamykanie się w kufrach, lodówkach, szafach, chłodniach itp. (2, 3, 4, 5, 6, 7). U dorosłych mężczyzn natomiast, przebywanie w workach plastikowych lub nakładanie ich na głowę, w czasie manipulacji autoerotycznych (3, 6).

W dniu 29 maja 1994 r., świadek J.S. ok. godz. 5.30 wybrał się na grzyby do lasu Łagiewnickiego w Łodzi. Idąc przez las spostrzegł w zaroślach leżący worek koloru czarnego, który „był zamknięty, tzn. zaciągnięty na sznurek”. Worka nie otwierał mimo, że kształtem przypominał ciało ludzkie. O powyższym powiadomił KRP i już z funkcjonariuszem udał się na miejsce zdarzenia.

W protokołach oględzin zwłok i miejsca ich ujawnienia m.in. podano, że miejscem zdarzenia jest las liściasty, o gęstym poszyciu z rosnącymi krzakami na podmokłym terenie. Zwłoki w czarnym worku brezentowym, całkowicie mokrym, ułożone głową ok. 30 cm od rosnącej brzozy, na pniu której ok. 20–30 cm od podłoża owinięty dwukrotnie gruby biały sznurek do wieszania bielizny, ze związanymi końcami. Pod zwojami sznurka na pniu przełożony sznurek biegnący od ściągacza worka, który dość mocno zaciska worek, tak że można jedynie włożyć dwa lub trzy palce. Po delikatnym poluzowaniu ściągacza ustalono, że w worku są zwłoki mężczyzny, ułożone wzdłuż jego długiej osi z głową w kierunku otworu. Na głowie czapka przylegająca od wewnątrz do otworu worka. Obok denata dwie torby. W jednej klębek sznurka do wieszania bielizny, otwieracz do konserw i dwie butelki (jedna z nalepką „Spirytus rektyfikowany”, wypełniona płynem koloru żółtego i druga z nalepką „Aronit” wypełniona płynem bezbarwnym). W drugiej torbie

dwie butelki piwa i dwie z nalepką "Frucada", zamknięte kapslami oraz dwie butki i konserwa mięsna. Poza torbami butelka z nalepką "Koscher vodka" wypełniona w 1/4 bezbarwnym płynem i trzy fragmenty gazety łódzkiej "Głos poranny" z dnia 1 kwietnia i 24 maja 1994 r. oraz szklanka z plastikowym uchwytem, pusta, brudna. Wszystkie przedmioty wilgotne.

Pies tropiący po kilkakrotnym nawęszaniu podłoża przy zwłokach i czapki denata nie podjął pracy węchowej.

Zwłoki w worku ułożone na prawym boku z twarzą przylegającą do podłoża. Kończyny górne przywiedzione w stawach barkowych i zgięte w stawach łokciowych, a lewa ręka opiera się powierzchnią dłoniową o podłoże. Kończyny dolne zgięte w stawach biodrowych i kolanowych. Twarz obrzęknięta, barwy brudnoczerwonej. Z otworów nosowych, przy poruszaniu zwłok, wydobywa się ociekлина gnilna. Stężenie pośmiertne w dostępnym stawach słabo wyrażone. "Worka ze zwłok nie ściągano, ponieważ mogłoby dojść do uszkodzenia powłok ciała o wystające w otoczeniu suche gałęzie i trudne warunki anty-sanitarne".

Żona denata podała, że mąż wyszedł z domu 25 maja 1994 r., między godz. 9.00 a 15.00, kiedy była na działce. Po wyjściu męża stwierdziła brak jednego opakowania Oxazepamu oraz dwóch opakowań Nitrazepamu. Ostatnio mąż leczył się z powodu raka pęcherza moczowego – stosowano chemioterapię. Miał także założony cewnik ze zbiorniczkiem na mocz z lewej nerki. Termin ponownego przyjęcia do kliniki był wyznaczony na 27 maja 1994 r. Chorobą tą był bardzo przygnębiony.

Wśród okazanych przedmiotów, zabezpieczonych na miejscu ujawnienia zwłok, żona rozpoznała, poza niektórymi tylko butelkami, jako pochodzące z ich mieszkania.

Oględziny sądowo-lekarskie i sekcja zwłok J.P., dostarczonych w worku (obducent dr med. Mirosław Kosicki) m.in. wykazały, że są ubrane w kurtkę letnią, koszulę, dwie podkoszulki, spodnie z szelkami, spodenki, skarpety i półbuty. Wszystkie części odzieży założone prawidłowo i zapięte na guziki, poza dwoma górnymi w kurtce. Części górne odzieży po stronie prawej miejscami zabrudzone – nasiąknięte ociekliną gnilną. Zwłoki budowy prawidłowej, odżywienia miernego, długości 177 cm, wagi 79 kg, w wieku 61 lat. Plamy pośmiertne praktycznie niewidoczne, a powłoki niemal jednolicie brudnowiśniowozielonkawe, miejscami pozbawione naskórka, bądź jest on podminowany i ściera się łatwo. Powłoki miejscami lekko wzdęte. Brak stężenia pośmiertnego. Na powłokach nie stwierdza się uchwytnych śladów obrażeń. Przez prawe ramię przełożona taśma podtrzymująca plastikowy woreczek, w części wypełniony moczem, z drenem wprowadzonym do przetoki okolicy lędźwiowej lewej pokrytej opatrunkiem z przylepcami – wodonercze. Pęcherz moczowy pusty z nieostro odgraniczonym guzem w obrębie trzonu. Miażdżycza tętnicy głównej, naczyń wieńcowych i podstawy mózgu. Po nacięciu nie stwierdzono złamań żeber i nie spostrzeżono zmian urazowych w pozostałym kośćcu. Nasilone zmiany pośmiertne zwłok i narządów wewnętrznych.

We krwi oznaczono metodą chromatografii gazowej 0,5 promille alkoholu etylowego.

W badaniach toksykologicznych, narządów zabezpieczonych w czasie sekcji zwłok, wykonanych w Instytucie Ekspertyz Sądowych w Krakowie, stwierdzono jedynie w wycinkach zołądka obecność ksenobiotyku, którego nie zdołano zidentyfikować (Ekspertyza Nr Dz. E.3130/94/1).

Analizując poszczególne składowe tego zdarzenia, jak: stan psychiczny denata; własny sznurek i wysokość jego zawiązania na drzewie oraz sposób połączenia ze sznurkiem ściągającym wlot worka; ułożenie ciała w worku; nie uszkodzona, pozapinana i prawidłowo założona odzież; nienaruszony opatrunek i drenaż okolicy lędźwiowej; obecność dwóch toreb z zawartością; nie podjęcie pracy wężowej przez psa oraz brak uchwytnych śladów obrażeń urazowych powłok i kośćca, przy uwzględnieniu wyniku badań toksykologicznych i mimo zmian pośmiertnych należało przyjąć, iż jest to przypadek śmierci samobójczej wskutek uduszenia gwałtownego w ciasnej przestrzeni.

W uzasadnieniu postanowienia Prokuratury Rejonowej Łódź – Bałuty o umorzeniu dochodzenia m.in. podano, że “czynności procesowe i operacyjne przeprowadzone w niniejszej sprawie nie dały podstaw do przyjęcia, iż śmierć była wynikiem przestępstwa bądź pozostawała w związku przyczynowym z działaniem osób trzecich”.

W Archiwum postrzega się tylko jedno doniesienie kazuistyczne, opisujące śmierć przypadkowego uduszenia w ciasnej przestrzeni dwóch chłopców w wieku 6 i 9 lat, którzy ukryli się w drewnianej skrzyni z wiekiem nie otwierającym się od wewnątrz (1).

Prezentowany przypadek jest wyjątkową rzadkością – jedyny wśród 17838 wykonanych sądowo–lekarskich sekcji zwłok w naszym Zakładzie w okresie 48–miu lat i brak podobnego w dostępnym nam piśmiennictwie rodzimym okresu powojennego.

PIŚMIENICTWO

1. Gašior M.: *Śmierć z uduszenia przez przypadkowe zamknięcie w drewnianej skrzyni*. Arch. Med. Sąd., 1981, 31, 145–146. – 2. Manczarski S.: *Medycyna sądowa w zarysie*. PZWL, Warszawa, 1957. – 3. Marcinkowski T.: *Medycyna sądowa dla prawników*. Wyd. Praw., Warszawa, 1975. – 4. Olbrycht J.S.: *Medycyna sądowa w procesie karnym*. PZWL, Warszawa, 1964. – 5. Popielski B., Kobiela J.: *Medycyna sądowa*, PZWL, Warszawa, 1972. – 6. Raszeja S., Nasitowski W., Markiewicz J.: *Medycyna sądowa*. PZWL, Warszawa 1993. – 7. Schilling–Siengalewicz S.: *Zarys medycyny sądowej i toksykologii*. PZWL, Warszawa, 1950.

Adres autorów:

Zakład Medycyny Sądowej AM

ul. Sędziowska 18a

91–304 Łódź

Nadesłano do Redakcji: 28.08.1995

Zakwalifikowano do druku: 1.03.1996

Zygmunt Fiedorczyk, Wiesław Trojanowski

Przypadek śmierci samobójczej w samochodzie

A case of suicidal death in a car

Z Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej AM w Łodzi
p.o. Kierownik: dr med. A.Garbowska-Górska

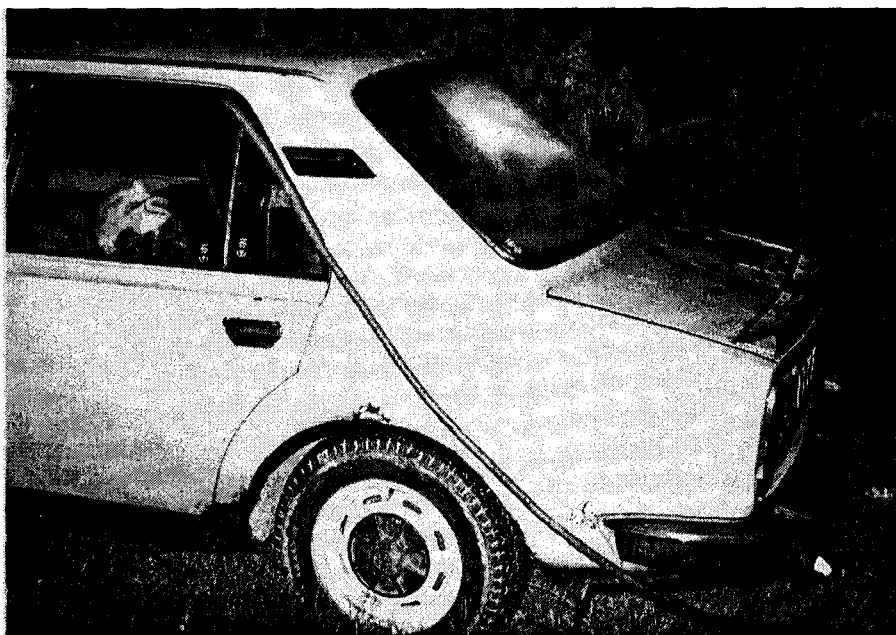
Przedstawiono przypadek śmierci samobójczej dorosłego mężczyzny w samochodzie osobowym, stojącym w otwartej przestrzeni.

The case of adult man's suicidal carbon monoxide poisoning in a car standing in the open space, was presented.

Wydaje się, że w dobie gwałtownego rozwoju motoryzacji winno być powszechnie wiadome, że jednym ze źródeł tlenku węgla są silniki spalinowe, zwłaszcza pracujące na biegu jałowym. Jednakże tak nie jest i nierzadko zdarzają się nieszczęśliwe wypadki zatruc śmiertelnych, co zwykle ma miejsce w garażach, o czym informują zarówno opracowania analityczne ostrych zatruc tlenkiem węgla obserwowanych w materiałach sekcyjnych z zakładów medycyny sądowej (1, 6, 7, 8), jak i pojedyncze doniesienia kazuistyczne (2, 3). Natomiast wypadkowe zatrucia śmiertelne kierowców tlenkiem węgla w samochodach stojących w otwartej przestrzeni należą do wyjątkowo rzadkich. W Archiwum zaprezentowano dotychczas tylko dwa tego rodzaju przypadki, zresztą o tym samym mechanizmie zatrucia – zatkanie wylotu rury wydechowej i przedostawanie się spalin do wnętrza samochodu osobowego (5, 9). Ostatnio opublikowano przypadek ostrego zatrucia tlenkiem węgla kierowcy zimą w kabinie samochodu ciężarowego, również stojącego w otwartej przestrzeni, którego źródłem nie były jednakże gazy spalinowe, a niecałkowite spalanie propano-butanu w ogrzewaczu gazowym zasilanym z butli turystycznej zamontowanych w kabinie (4).

W dniu 26 lutego 1995 r. (niedziela) małżonkowie Andrzej i Maria N. udali się na spacer do lasu ok. godz. 13.30. W drodze powrotnej żona spostrzegła w kompleksie leśnym koło miejscowości Trzebiatów stojący samochód osobowy m-ki "Skoda", a wewnątrz na siedzeniu kierowcy leżącego mężczyznę z głową odchyloną do tyłu, "nie dającego żadnych znaków życia". Powiadomiono komendanta Straży Leśnej i leśniczego, który telefonicznie powiadomił o niniejszym KPR w Opocznie.

W czasie oględzin miejsca ujawnienia zwłok m.in. stwierdzono, że stojący samochód wśród drzew sosnowych to "Skoda" 105L. Drzwi samochodu zamknięte, a od "rury wydechowej przebiega przewód gumowy o dł. 2,50 m, którego koniec jest umocowany w tylnej szybie drzwiowej od strony kierowcy" (ryc. 1). Przewód przy wylocie rury wydechowej uszczelniony przylepcem. Na siedzeniu po stronie kierowcy "leży" mężczyzna w wieku ok. 40 lat, głowa i oparcie siedzenia odchylone ku tyłowi. Kończyny dolne oparte o podłogę samochodu. Kluczyk wciśnięty w stacyjkę samochodu. W czasie przeszukania garderoby denata nie znaleziono żadnych dokumentów, a w samochodzie m.in. – butelkę z napisem na nalepce "Wódka Requiem" o poj. 0.7 l z zerwanym kapslem, wypełnioną w 3/4 pojemności oraz zakapslowaną butelkę z etykietą "Piwo Żywieckie".



Ryc. 1.

Żona rozpoznała denata i podała, że pozostawali w separacji i mieszkali oddzielnie. W dniu 7 lutego 1995 r. została powiadomiona przez zakład pracy męża, że od dnia 5 lutego 1995 r. nie zgłosił się do pracy, gdzie był zatrudniony jako kierowca. O zaginięciu męża powiadomiła policję, a rodzina "na własną rękę" rozpoczęła poszukiwania. Mąż często w domu nadużywał alkoholu. Uważa, że przyczyną samobójstwa było załamanie nerwowe męża gdyż ostatnio miał zabierane prawo jazdy za jazdę po pijanemu i nie zatrzymanie się do kontroli drogowej, co stwarzało możliwość utraty pracy, a był osobą bardzo ambitną.

Oględziny sądowo-lekarskie i sekcja zwłok w wieku 43 wykonane w Zakładzie Patomorfologii Szpitala Regionalnego w Piotrkowie Tryb. w dniu 28 lutego 1995 r. (obducent lek. med. Andrzej Agaciak – biegły z zakresu med. sąd.) na wniosek Prokuratury Rejonowej w Opcznie w sprawie nr Ds.299/95 m.in. wykazały:

żywoczerwone zabarwienie płam pośmiertnych; brak stężenia pośmiertnego; żyworóżowe zabarwienie błon śluzowych oraz płynną, żywoczerwoną krew w sercu i naczyniach krwionośnych; przekrwienie narządów wewnętrznych; obrzęk mózgu i płuc; stłuszczenie wątroby; brak widocznych śladów obrażeń urazowych na powłokach zewnętrznych i w narządach wewnętrznych oraz miernie wyrażone gnicie zwłok.

W pobranych w czasie sekcji zwłok próbkach krwi oznaczono w Zakładzie Medycyny Wojskowej Akademii Medycznej w Łodzi metodą chromatografii gazowej 1.3‰ alkoholu etylowego i metodą ilościową 52% hemoglobiny tlenkowej.

Biegły uwzględniając dane oględzin sądowo-lekarskich i sekcji zwłok oraz wyniki badań próbek krwi przyjął, że denat zmarł śmiercią gwałtowną wskutek uduszenia tlenkiem węgla, będąc w stanie nietrzeźwości.

W dostępnym nam piśmiennictwie rodzimym nie postrzegaliśmy podobnego przypadku śmierci samobójczej w samochodzie stojącym w otwartej przestrzeni, w którym gazy spalinowe byłyby doprowadzone z rury wydechowej do jego wnętrza za pomocą przewodu gumowego. Tak więc obecnie prezentowany przypadek traktujemy jako pierwszy tego rodzaju, a jednocześnie wyrażamy obawę czy nie jest to początek "nowej techniki" dokonywania samobójstwa w dobie gwałtownego rozwoju motoryzacji.

PIŚMIENICTWO

1. Brodziak T., Kołowski J., Żaba C.: *Zatrucia tlenkiem węgla w materiale sekcyjnym Zakładu Medycyny Sądowej Akademii Medycznej w Poznaniu w latach 1950–1991*. Arch. Med. Sąd., 1993, 43, 212–221. – 2. Fiedorczyk Z.: *Zatrucie tlenkiem węgla w samochodzie*. Probl. Krym., 1962, 36, 231–236. – 3. Fiedorczyk Z.: *Śmiertelne zatrucie małżonków tlenkiem węgla w garażu*. Arch. Med. Sąd., 1995, 45, 71–73. – 4. Fiedorczyk Z.: *Niezwykłe okoliczności zatrucia tlenkiem węgla*. Arch. Med. Sąd., 1995, 45, 79–80. – 5. Gubała W.: *Niezwykłe okoliczności zatrucia tlenkiem węgla*. Arch. Med. Sąd., 1992, 42, 67–68. – 6. Jaklińska A., Chagowski W.: *Śmiertelne zatrucia tlenkiem węgla w materiale sekcyjnym Zakładu Medycyny Sądowej AM w Lublinie*. Arch. Med. Sąd., 1987, 37, 121–125. – 7. Kołodziej J.: *Zatrucia śmiertelne przy pracy (materiał sekcyjny z lat 1947–1973)*. Arch. Med. Sąd., 1976, 26, 277–280. – 8. Marek Z., Piejko M.: *Niewydolność krążenia w ostrym zatruciu tlenkiem węgla*. Arch. Med. Sąd., 1970, 20, 35–40. – 9. Skórniewski J.: *Śmiertelne zatrucie tlenkiem węgla kierowcy samochodu ugrzęzłego w brodzie rzecznym*. Arch. Med. Sąd., 1977, 27, 161–163.

Adres autorów:

Katedra i Zakład Medycyny Sądowej AM
ul. Sędziowska 18a
91–304 Łódź

Nadesłano do Redakcji: 14.12.1995

Zakwalifikowano do druku: 10.04.1996

Stanisław Rumiński .

Zespół maltretowanego dziecka. Opis przypadków w wieku szkolnym.

Battered child syndrome. Presentation of school children cases.

Zespół Opieki Zdrowotnej w Piszcu. Poradnia Medycyny Szkolnej.
Kierownik: dr n. med. S. Rumiński

Opisano losy 4 dzieci w wieku szkolnym, u których stwierdzono wiele cech typowych dla zespołu maltretowanego dziecka. Maltretowania dzieci dokonywali rodzice młodzi, nadużywający alkoholu. obrażenia ciała u dzieci były zwykle ukrywane. Wszystkie dzieci miały poczucie doznanej krzywdy.

The fates of four school children who show a lot of features characteristic for a battered child syndrome have been described. The children were beaten by young parents who indulged too freely alcohol. The body injuries of the children were usually concealed from the others. All the said children experienced a feeling of a wrong.

Problemy dotyczące maltretowania dzieci są ciągle aktualne w praktyce pediatrycznej. Całość problematyki najpełniej określa pojęcie angielskie: child abuse – zespół dziecka krzywdzonego. Tak ujęte zagadnienie uwzględnia różne formy maltretowania: fizyczne, psychiczne i moralne oraz zaniedbanie i zaniechanie opieki (child maltreatment and neglect) (4).

Znajomość czynników ryzyka krzywdzenia dziecka, umiejętność zbierania wywiadu i oceny objawów klinicznych maltretowania są niezbędnym warunkiem wczesnego rozpoznania i leczenia, a przede wszystkim zapobiegania.

Szczególnie istotne jest wczesne rozpoznanie i interwencja u niemowląt i małych dzieci, u których, jak wykazują obserwacje kliniczne i badania naukowe (4), występuje duże zahamowanie rozwoju fizycznego i psychoruchowego oraz choroba sieroca i różne objawy neurotyczne.

W ciągu 25 lat pracy pediatryczno–szkolnej stwierdziłem 4 przypadki dzieci z typowymi cechami dla zespołu maltretowanego dziecka.

Przypadek 1.

Dziewczynka P.B., lat 7, ze środowiska wiejskiego. Przyjęta do Wojewódzkiego Szpitala Dziecięcego w 1973 r. na interwencję pielęgniarki środowiskowej Wiejskiego Ośrodka Zdrowia. Z wywiadu środowiskowego wynikało, że rodzice (po

37 lat), oboje nadużywali alkoholu, nie troszczyli się o dziecko, uważali je za upośledzone i kalekie. Ukrywali je przez długi czas w komórce, głodzili. Uprzednio jedno z dzieci, jako niemowlę, zaniedbane, w stanie b. ciężkim zmarło w szpitalu. Dziewczynka miała ośmioro rodzeństwa. Sama była często bita przez matkę i rodzeństwo jako nieznośna i przeszkadzająca. Zimą przebywała we wspólnym mieszkaniu, a latem była zamykana, ukrywana przed ludźmi. Dziewczynka powtarzało stereotypowo, że jest "chłopcykiem".

Pierwszy pobyt dziecka w szpitalu w 1970 r. w wieku 3 lat, z rozpoznaniem zapalenia płuc, krzywica, niedobór wzrostu, upośledzenie rozwoju umysłowego. Pobyt trwał 2 miesiące. Obecnie przyjęta w wieku 7 lat z powodu maltretowania w domu. Dziewczynka z rodziny wielodzietnej, zaniedbanej środowiskowo, (alkoholizm rodziców). Przy przyjęciu stwierdzono ogólne zaniedbanie higieniczne (wszawica), liczne ślady zadrapań na ciele, zmiany pokrzywiczne, dwie linijne, stare blizny na skórze głowy, znacznego stopnia próchnicę zębów, niedobór wysokości ciała poniżej 3-go percentyla (-3 OS, 25% masy ciała) wiek rozwojowy ok. 3 lat. Badanie psychologiczne wykazało opóźnienie rozwoju psychicznego stopnia lekkiego. W badaniach laboratoryjnych stwierdzono niedokrwistość niedoborliwą, odmiedniczkowe zapalenie nerek. Rodzice podczas trwającego 10 tygodni pobytu dziecka w szpitalu, nie interesowali się nim zupełnie. Decyzją sądu dla nieletnich i kuratora dziewczynka została umieszczona w Państwowym Domu Dziecka, potem przebywała w Zakładzie Szkolno-Wychowawczym. Obecnie jako dorosła kobieta przebywa na wsi z rodzicami.

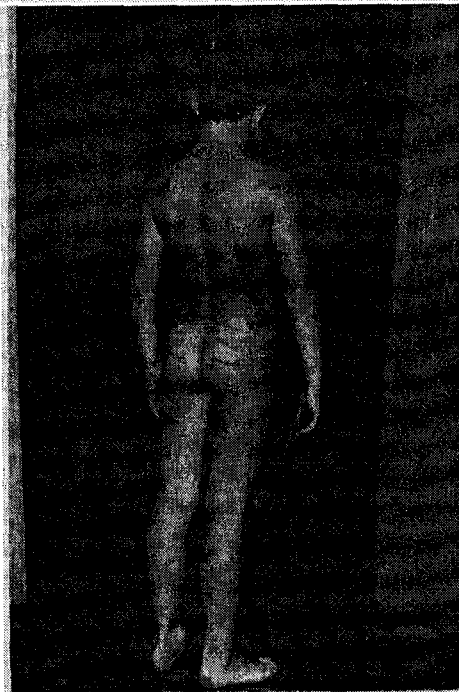
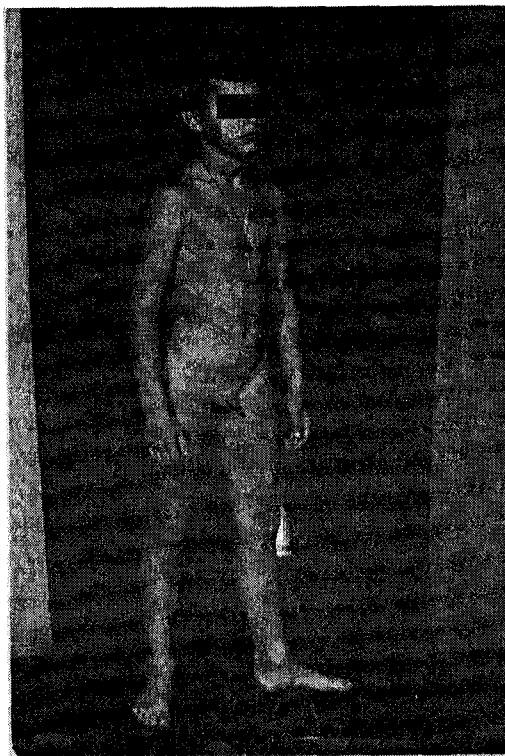
Przypadek 2.

Chłopiec B.K., lat 6 ze środowiska wiejskiego. Urodzony z wagą 2.400 g, dł. 45 cm, zaćma wrodzona. W badaniu stwierdzono upośledzenie rozwoju umysłowego stopnia znacznego, bezsenność, nadmierna ruchliwość, niedożywienie, zaniedbanie środowiskowe. Brudny – zamykany w komórce – starej kuchni "bo robi bałagan" w nowym domu. Meldunek złożył kierownik szkoły. Sprawą zajął się lekarz szkolny i Ośrodek Opieki Społecznej. Przywieziony do Szpitala Rejonowego w 1982 r. Rozwój fizyczny: 24.04.83 105 cm, 17 kg, 28.04.83 r. 106 cm, 19 kg, znacznie poniżej 3 percentyla. W leczeniu zastosowano Nitrazepam na noc i witaminy. Obecnie chłopiec przebywa w Domu Opieki Społecznej "Caritas".

Przypadek 3.

Chłopiec K.P., lat 11, uczeń klasy V, ze środowiska miejskiego. Rodzice młodzi, zdrowi, pracownicy fizyczni. Jesienią 1988 r. zgłosił się do gabinetu lekarskiego swojej szkoły w celu zbadania przed zawodami pływackimi. Po niechętnym rozebraniu się dziecka stwierdzono liczne ślady pobicia kablem w postaci sińców, otarć naskórka i powierzchniowych zranień skóry tułowia w okolicy łędźwiowo-krzyżowej, pośladkach, udach i kończynach górnych (ryc. 1 i 2)

Uczeń zastraszony, z trudem przyznał się do obrażeń ciała doznanych przez ojca. Z wywiadu środowiskowego wynikało iż, przyczyną bicia chłopca były zwykle błahe powody szkolne lub domowe. Młodszego brata 9-letniego ojciec "oszczędzał" w karaniu, matkę dzieci terroryzował psychicznie. O zaistniałym pobiciu ucznia w domu natychmiast powiadomiono Rejonowy Urząd Spraw Wewnętrznych i skierowano go do szpitala w celu obserwacji. Na oddziale Chirurgicznym przebywał 4 dni, pod opieką lekarza pediatry. W czasie pobytu dziecka, stan ogólny dobry,



podstawowe badania laboratoryjne prawidłowe, radiologicznie zmian pourazowych nie stwierdzono. Zastosowano leczenie zachowawcze. Wypisany do domu z zaleceniem dalszej opieki lekarza szkolnego i konsultacji w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej.

Z wywiadu środowiskowego wiadomo, że chłopiec był nadal "niepoprawny" w domu i w szkole. Powtarzały się ucieczki z domu i wagarowanie, wszedł w konflikt z prawem. Od 14 do 16 roku życia przebywał w Zakładzie dla nieletnich.

Przypadek 4.

Dziewczynka K.M., lat 8, ze środowiska miejskiego, uczennica II klasy szkoły podstawowej. Przyjęta do Szpitala rejonowego w 1993 r. na Oddział Chirurgii Ogólnej z rozpoznaniem: ogólne potłuczenie.

Z dzieckiem zgłosiła się babcia mieszkająca oddzielnie. Obrażenia ciała były zadane "kapiami". Dziecko martwi się, bo nie wie dlaczego zostało pobite, nie zna powodu "ukarania jej".

Przy przyjęciu stwierdzono na skórze ciała liczne zranienia i mierny obrzęk w okolicy łędźwiowo-krzyżowej, pośladków, obu okolic biodrowych i zewnętrznych powierzchni ud.

Konsultacja pediatryczna: Stan ogólny dobry. Na skórze całego ciała zadrapania i zasinienia. Dziecko podaje, że zostało pobite przez nietrzeźwych rodziców. Rozpoznanie: Zespół maltretowanego dziecka.

Badania psychiatryczne: Z wywiadu od dziecka wynika, że rodzice po pijanemu używają wobec niej przemocy fizycznej, nie wie dlaczego tak systematycznie ją biją. Jest smutna, odczuwa lęk przed rodzicami i ciotką (brała też udział w pobiciu). Rozpoznanie: Zespół nerwicowy subdepresyjno-lękowy, sytuacyjny.

OMÓWIENIE

W Polsce krzywdzeniu i maltretowaniu dzieci poświęca się za mało uwagi zarówno w pracy klinicznej, jak i w opracowaniach naukowych, mimo iż zespół maltretowanego dziecka wydzielono jako odrębną jednostkę chorobową wymagającą leczenia (1, 2, 3, 4, 9). Istnieje szereg uwarunkowań socjokulturowych a nawet rodzinnych zwiększających ryzyko krzywdzenia dziecka. Na skutek maltretowania dochodzi niejednokrotnie do zagrożenia życia dziecka. Dlatego też leczenie samych obrażeń ma niewiele wspólnego z leczeniem zespołu maltretowanego dziecka, tu wymagane jest przede wszystkim leczenie całej rodziny (6, 7, 8).

W Polsce lekarz stykający się z problemem maltretowanego dziecka nie dysponuje środkami umożliwiającymi zapobieganie dalszym obrażeniom i krzywdzeniu dziecka. Całą rodzinę poddaje się kompleksowemu leczeniu, natomiast jej ukaranie nie jest możliwe. Przemoc dotyczy jednostki najłabszej, tj. dziecka, i wciągnięcie go w proces dochodzeniowo-karny może być w takim samym stopniu, a nawet bardziej, traumatyzujące niż samo znęcanie się nad nim (9).

Z uwagi na to, że oprócz doraźnych skutków związanych ze zmianami urazowymi (rozstroje zdrowia, kalectwo) zespół maltretowanego dziecka wiąże się z poważnymi zaburzeniami rozwoju psychicznego i emocjonalnego, niezmiernie ważna jest umiejętność rozpoznania i zapobiegania wystąpienia i trwania procesu

dreńczenia fizycznego i psychicznego dziecka (5). Ilustracja czterech przypadków jest przypomnieniem, że maltretowanie dzieci jest problemem wciąż aktualnym, zobowiązującym do większej czujności wszelkich służb w obronie praw dziecka.

PIŚMIENNICTWO

1. Hobbs C.J.: Dzieciobójstwo. *Maltretowanie dzieci*. Akt. Pediatr., 1992, 1, 143–150. – 2. Kordacki J.: *Zespół maltretowanego dziecka*. Wiad. Lek., 1991, 44, 869–872. – 3. Kordacki J.: *W sprawie definicji i klasyfikacji wydarzeń dotyczących krzywdzenia dziecka*. Pol. Tyg. Lek., 1991, 46, 17–18. – 4. Kasznica–Kocot J. i in.: *Zespół dziecka krzywdzonego – nadal aktualnym problemem pediatrycznym*. Materiały Naukowe XXIV Zjazdu Pol. Tow. Pediatr., Gdańsk 21–23.IX.1995. – 5. Janica J., Rydzewska M.: *Zabójstwo dziecka maltretowanego*. Arch. Med. Sąd. Krym., 1994, 44, 3, 353–356. – 6. Mazurkiewicz J., Masłowski Z.: *Zespół maltretowanego dziecka*. W.: Dziecko maltretowane. Materiały z X Jednodniówki P.T.Ch.Dz., Warszawa 1982. – 7. Prażmo A.: *Zespół bitego dziecka w praktyce neurologicznej*. Pol. Tyg. Lek., 1978, 33, 901. – 8. Schwab N.C.: *Dziecko maltretowane i zaniedbywane*. Lider, 1991, 2, 5–8. – 9. Tryniszewska E. i in.: *Zespół maltretowanego dziecka dziewięciomiesięcznego niemowlęcia*, Pediatr. Pol., 1993, 7, 71–73.

Adres autora:

12–200 Pisz

ul. Chabrowa 13

Nadesłano do Redakcji: 18.01.1996

Zakwalifikowano do druku: 2.04.1996

Stefan Raszeja

O bibliografii prac naukowych (referat dyskusyjny)

On bibliography of scientific papers

Prof. zw. dr hab. Stefan Raszeja
Emerytowany kierownik Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej
Akademii Medycznej w Gdańsku

W "Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminologii" z dużą regularnością ukazuje się coroczna "bibliografia prac naukowych" z zakresu naszej dyscypliny i obszarów jej pokrewnych. Autorem tej publikacji od wielu już lat jest prof. dr Zdzisław Marek. Sądzę, że niewielu z nas potrafi właściwie ocenić wkład pracy autora w to przedsięwzięcie. A jest ono potrzebne wszystkim autorom przyszłych publikacji, aby ustrzegli się "odkrywania" nowości już dawno omówionych przez kolegów z innych ośrodków polskich. Profesorowi Markowi należy się z tego tytułu serdeczne podziękowanie za inicjatywę i efektywną pracę społeczną.

Co pewien czas pojawiają się jednak pytania, co powinno znaleźć się w opracowaniu "bibliografii prac naukowych". Warto się nad tym zastanowić.

Generalnie rzecz biorąc, bibliografia jest to uporządkowany wg określonych kryteriów spis książek, druków, czasopism, artykułów oraz dokumentów, którym towarzyszą najważniejsze dane o każdej pozycji (m.in. rok, tom, wydawnictwo). Zasadnicza klasyfikacja wszystkich spisów tego typu opiera się na podziale cech materiału bibliograficznego na cechy treściowe i cechy wydawniczo-formalne. Bibliografie treściowe dobierają dokumenty wg ich zawartości, wytyczając określone dziedziny (całe działy wiedzy) lub zagadnienia (tematy jednostkowe), a także wg kryteriów treściowo-formalnych (np. naukowych). Bibliografie wydawniczo-formalne biorą pod uwagę zasięg piśmiennictwa (dokumenty ogólnoswiatowe, krajowe lub lokalne, regionalne) oraz formę wydawniczą (np. czasopisma, wydawnictwa seryjne, podręczniki, słowniki, pamiętniki itp.).

Przechodząc do konkretnego opracowania, jakim jest "bibliografia prac naukowych" corocznie publikowana w "Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminologii" należy na wstępie stwierdzić, że zakres treściowy jest tu dość wyraźnie określony: w skład tego spisu wchodzi artykuły i książki tematycznie związane z medycyną sądową (orzecznictwo sądowo-lekarskie, tanatologia, toksykologia i hemogenetyka sądowa itd.) oraz jej pograniczem (prawo medyczne, kryminologia, kryminalistyka). Można dyskutować, czy w przypadku dziedzin pokrewnych medycynie

sądowej nie należy ograniczyć się do tych pozycji, które istotnie częściowo kontaktują z medycyną sądową. Takie postępowanie byłoby uzasadnione, jeśli uwzględnić krąg zainteresowanych tym zagadnieniem czytelników "Archiwum".

Znacznie trudniejszym zagadnieniem jest rozstrzygnięcie, jakim kryterium treściowo-formalnym mają odpowiadać cytowane w "bibliografii" pozycje. Z samego założenia tytułowego ("bibliografia prac naukowych") należy wnosić, że chodzi w pierwszym rzędzie o publikacje zawierające wyniki pracy badawczej. Mogą to być z jednej strony klasyczne prace eksperymentalne, z drugiej zaś opracowania twórcze, wynikające z analizy materiału zebranego w toku normalnej działalności orzeczniczej, klinicznej, sekcyjnej. Do tych ostatnich zaliczyłbym także wartościową kazuistykę. Również prace przeglądowe, zawierające omówienie i analizę opublikowanych już wyników prac, kwalifikują się do miana publikacji naukowych.

To byłyby kryteria treściowe. Oprócz nich muszą być zachowane wymogi formalne: pracą naukową nie można nazwać publikacji, jeśli nie zawiera ona podstawowych elementów, które pozwalają czytelnikowi pracę powtórzyć, sprawdzić lub co najmniej uzyskać pewność, że została ona przeprowadzona zgodnie z aktualnym stanem naszej wiedzy i techniki. Tymi niezbędnymi elementami są: uzasadnienie celowości podjęcia pracy, przedstawienie badanego materiału i szczegółowej metodyki, czytelne pokazanie uzyskanych wyników i ich omówienie oraz wnioski. Znajomość piśmiennictwa w danym zakresie autor winien wykazać w treści pracy, jak i przez dodanie odpowiedniego spisu.

Z powyższego wynika, że do "bibliografii prac naukowych" nie można zaliczyć streszczeń referatów zgłaszanych na zjazdy lub konferencje naukowe, chociaż spełniają one ważną rolę informacyjną dla uczestników danej konferencji. Wszystkie wartościowe referaty wygłoszone na zjeździe lub konferencji naukowej będą na pewno publikowane na łamach czasopism recenzowanych i wówczas znajdują się w "bibliografii prac naukowych" w "Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminologii". Można oczywiście zastanowić się, czy obok "bibliografii" nie umieścić spisu wygłoszonych referatów, które znalazły się w postaci streszczeń w materiałach przedkonferencyjnych, ale nie mogą one uzurpować sobie roli opublikowanych prac naukowych. Do prac naukowych nie zalicza się również sprawozdań ze zjazdów i konferencji, wspomnień pośmiertnych czy listów do Redakcji, mimo iż wartość niektórych tego typu publikacji może być znacząca.

Odłączony rozdział bibliografii naukowej zawierać winien książki: monografie i podręczniki o charakterze naukowym lub dydaktyczno-naukowym.

Adres autora:
Katedra i Zakład Medycyny Sądowej
80-210 Gdańsk
ul. Skłodowskiej-Curie 3a
Nadesłano do Redakcji: 1.04.1996
Zakwalifikowano do druku: 10.04.1996

Krzysztof Woźniak

Medycy sądowi w Światowej Pajęczynie.

Forensic medicine specialists inside the Web.

Z Katedry Medycyny Sądowej Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego,
p.o.Kierownik: prof.dr hab.B.Turowska

Autor przedstawia uwagi na temat korzystania z Internetu, a zwłaszcza World Wide Web.

Author's remarks on the Internet/World Wide Web.

W ciągu zaledwie kilku ostatnich lat w dziedzinie przekazywania informacji niewątpliwie doszło do powstania nowej jakości – rozkwitu światowej sieci komputerowej Internet. Internet rozrasta się z dnia na dzień i “nie wypada” już obywać się bez niego nie tylko naukowcom. Stało się to zwłaszcza z powodu rozwoju usługi WWW (World Wide Web), której początków należy szukać w 1989r. w Europejskim Ośrodku Badań Jądrowych w Genewie (CERN) [1,2], prawdziwy jednak impuls do jej rozwoju dało powstanie programu obsługi – NCSA Mosaic w 1993r. World Wide Web umożliwia dostęp do wielu cennych informacji, przede wszystkim skuteczne i relatywnie szybkie poszukiwanie ich źródeł i kontaktów na całym świecie. Nie spotkałem się, niestety, aby ktokolwiek z naszej dyscypliny w Polsce dzielił się swoimi doświadczeniami w tym zakresie. Myślę więc, że przedstawienie kilku uwag w Archiwum będzie pożyteczne.

Już komputer z procesorem 386DX 40 MHz, z 4MB RAM pamięci operacyjnej i twardym dyskiem co najmniej 100 MB daje możliwość korzystania z World Wide Web, choć wskazany jest procesor co najmniej 486DX2 66MHz i 8MB RAM [1] – taką właśnie konfiguracją dysponuje autor niniejszego artykułu. Przy okazji chciałbym zwrócić uwagę Czytelnika na ciekawą tendencję w rozwoju świadomości polskich użytkowników komputerów: zakorzenia się przekonanie, że komputer bez procesora Pentium na płycie głównej (i bez 32-bitowego systemu operacyjnego) nie może już służyć do niczego! Jest to niewątpliwie postępowy, ale dziś jeszcze nie uprawniony pogląd, chociaż na pewno bardziej obiecujący niż mające miejsce w latach osiemdziesiątych rozpaczliwe próby sterowania procesami produkcyjnymi za pomocą “komputerów” ZX Spectrum... Warto pamiętać, że zwłaszcza wtedy, kiedy nie zajmujemy się przetwarzaniem grafiki lub pracą z dużymi bazami danych – i wolniejsze komputery są w pełni użyteczne.

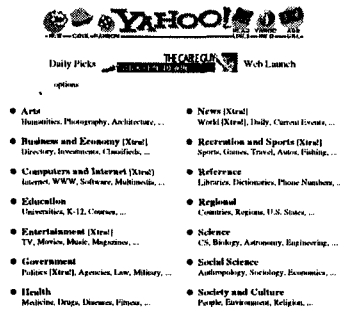
Kiedy nie mamy bezpośredniego połączenia "przez kabel" z węzłem sieci Internet (w Krakowie jest to Akademickie Centrum Komputerowe Cyfronet) – konieczne jest połączenie telefoniczne za pomocą modemu. Podawane są informacje, że właściwą obsługę WWW daje prędkość transmisji 28800, a co najmniej 14400 bps [1]. Z doświadczenia wynika, że nasza sieć telefoniczna zwykle pozwala na "bezpieczne" transmisje tylko 9600 bps, a więc wolniejsze. Cena modemu (jednocześnie mogącego spełniać funkcję faxu) o maksymalnej prędkości transmisji 14400 bps to około 300 nowych złotych.

Systemy OS/2 Warp oraz Windows 95 posiadają własne programy, umożliwiające połączenie z serwerem Internetu, natomiast przy korzystaniu z systemu Windows 3.x należy użyć specjalnego programu obsługi – najpopularniejszy jest shareware'owy program Trumpet Winsock. Choć większy komfort pracy dają systemy operacyjne: Windows 3.x, OS/2 Warp, czy Windows 95, to nawet "stary" DOS nie jest platformą, którą z góry należałoby lekceważyć, bowiem w nowszej wersji shareware'owego programu Minuet (University of Minnesota) zawarta jest również obsługa WWW.

Na początku połączenia (Login) użytkownik podaje nazwę oraz ośmioznakowe, wyłącznie jemu znane hasło. Wskazane jest, aby hasło było zmieniane co najmniej raz na kilka tygodni i nie było łatwe do odgadnięcia: najlepiej, kiedy zawiera zarówno litery, jak i liczby oraz znaki specjalne (np. G.\$3,mD4). Po akceptacji nazwy użytkownika i hasła przez serwer można rozpocząć używanie programów do obsługi Internetu, tzw. przeglądark. Niewątpliwie najbardziej popularnym jest program Netscape firmy Netscape Communications (obecnie jest to wersja 2.01). Co warto podkreślić, jest on rozpowszechniany jako shareware (bezpłatne użytkowanie przez okres próbny), a nawet bezpłatny dla niektórych kategorii użytkowników (studentów, pracowników naukowych). Program ten umożliwia łatwe kolejne korzystanie z danej strony WWW poprzez stworzenie na dysku twardym użytkownika ścieżki \CACHE, na której są zapisywane uzyskane podczas połączenia pliki. Przy kolejnym połączeniu daje to znaczne skrócenie czasu transmisji, gdyż istnieje konieczność oczekiwania wyłącznie na transfer zmodyfikowanych plików. Jeżeli nie zależy nam na oglądaniu grafiki, która niewątpliwie uatrakcyjnia wygląd strony WWW, ale i wymaga wyraźnie dłuższego oczekiwania (co ma wymierny skutek w wysokości rachunków telefonicznych), w konfiguracji tego programu można wybrać rezygnację ze sprowadzania plików graficznych [3]. Ten sam program może służyć i do obsługi innych funkcji, dostępnych w Internecie: obsługi poczty elektronicznej, grup dyskusyjnych, transferu plików z programami z serwerów FTP (File Transfer Protocol) itd.

Innym, ostatnio lansowanym programem, przeznaczonym dla systemu Windows 95, jest Microsoft Internet Explorer (oczywiście produkt firmy Microsoft). W dalszym ciągu praktyczne zastosowanie może znaleźć program NCSA Mosaic (obecnie wersja 2.0). W systemie DOS w korzystaniu z Internetu nadal dobrze spisuje się wyżej wspomniany program Minuet.

Kiedy po raz pierwszy uruchamiamy Netscape, czy też inną przeglądarkę, warto napisać następujący adres WWW:
<http://www.yahoo.com>



Jak to widać na przedstawionym powyżej wydruku fragmentu strony WWW – adres ten daje nam możliwość poszukiwania stron, które odnoszą się do interesującego nas hasła.

Jeśli natomiast chcemy dotrzeć do spisu stron medyczno–sądowych, to najlepiej połączyć się ze stroną WWW:

<http://www.bart.nl/~gerads/forensic.html>

Wydruk ten jest tylko niewielkim fragmentem zawartego tam bogatego zbioru adresów stron WWW z całego świata.

Zeno's forensic page

All Zeno's Forensic Page you can find information on forensic science, forensic medicine and forensic psychiatry. For the contents of the links please contact the owners of the pages. If you have suggestions for new links, new pages on forensics or any other questions, please send email to: gerads@bart.nl.



For more information on my job as forensic scientist, please visit my homepage. If you would like to be added to the new email-list, please sign my Checkbook. For email or updates of this page and other new forensic information internet, please subscribe to Zeno's Forensic Update Service by sending email with subject "SUBSCRIBE ZENO" to forensic@zard.nl. Further I developed a forensic tool with Javascript and Netscape 2+ functionality. Please find also information on the database of forensic email-addresses

For your convenience (peak hours) you can find this page also in Europe, United States and Japan

You are visitor 54345, since June 1995

Kolejny przykład to strona Medical–Legal Illustrations Home Page:
<http://www.medical-legal.com>









Welcome to the Medical-Legal Illustrations Home Page



Special discounts on Custom Trial Exhibits, Settlement Exhibits, and Generic/Reusable Exhibits when you mention that you saw it on our web page!

MLI is one of the nation's leading providers of medical exhibits. To learn more about us or our services, click any of the items below or e-mail us at medlegal@atlanta.com

-  About MLI
-  Custom medical exhibits and animations
-  Generic/reusable exhibits
-  Generic animations on video and CD-ROM
-  A.D.A.M. Software®
-  Links to medical and legal sites

A tak wygląda początek strony WWW, poświęconej entomologii sądowej:
http://www.uio.no/~mostarke/forens_ent/forensic_entomology.html

NOTICE:

Dr. Elmer Paul Catts, one of the best forensic entomologists ever, died Friday evening, 5 April, Pullman, Washington, 66 years of age.

Forensic Entomology



Drawing by E.P. Catts

Public reply to your.name@octel.com on email posted 13 Oct or why I have this picture here...



This document is an introduction to the fascinating field of Forensic Entomology

Stworzenie własnej strony WWW nie jest problemem o wysokim stopniu trudności – znając komendy języka HTML (Hyper Text Markup Language) można tego dokonać nawet przy użyciu najprostszego edytora tekstu. Aby jednak ułatwić sobie zadanie, najlepiej skorzystać z wyspecjalizowanego programu do tworzenia tego typu dokumentów. Jednym z takich programów jest propagowana przez Microsoft “nakładka” na edytor tekstów Word for Windows: Internet Assistant for Word. Program ten, niestety, nie współpracuje z wersją polską Worda [4].

Od 24 kwietnia 1996r. Katedra Medycyny Sądowej Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego wraz z Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminologii dysponują własną stroną WWW:

http://www.cyf-kr.edu.pl/academic/cmuj/medsad/med_sad.html

Tak wygląda fragment tej strony – obecnie “w budowie”. Na stronie WWW zamierzamy zamieszczać m.in. streszczenia w języku angielskim publikowanych w kolejnych numerach Archiwum artykułów.

 Redakcja Archiwum Medycyny Sądowej i
Kryminologii 

Polish Society of Forensic Medicine and Criminology / Polish Forensic Medicine Society

Dziękujemy za wizytę! / Thanks for your visit.



Editor's address: 31-531 Krakow,
ul.Grzegorzeczka 16, Poland

• tel. +48 12 21 41 53, 18 85 47  mpwoznia@cyf-kr.edu.pl

PIŚMIENNICTWO

1. Wiosna R. *Złapani w sieć. World Wide Web*. W: PC Kurier 23/95, str.79–83, Wydawnictwo Lupus, Warszawa 1995, – 2. *Internet. Światowa pajęczyna*. W: PC World Komputer 11/95, str. 80–82, Wydawnictwo IDG Poland, Warszawa 1995. – 3. Wimmer P. *Ostrożne jedzenie ciastek. Internet praktycznie cz.3.*, W:PC Kurier 7/96, str.58, Wydawnictwo Lupus, Warszawa 1995. – 4. Wimmer P. *Narzędzia do publikowania. Internet praktycznie cz.4.*, W: PC Kurier 8/96, str.58, Wydawnictwo Lupus, Warszawa 1995.

Adres autora:
Katedra i Zakład Medycyny Sądowej
31–531 Kraków
ul. Grzegorzeczka 16
E–mail: mpwoznia@cyf-kr.edu.pl
Nadesłano do Redakcji: 24.04.1996
Zakwalifikowano do druku: 30.04.1996

Erazm Baran

Bibliografia polskich prac naukowych z zakresu medycyny sądowej, kryminologii i dziedzin pokrewnych za rok 1995

Bibliography of the Polish papers on forensic medicine, criminology and related fields published in 1995

Spis czasopism i wybranych wydawnictw książkowych ujętych w bibliografii: Journals and selected books included in the bibliography:

1. Acta Hematologica Polonica.
2. Acta Medicinae Legalis, 1994, Vol. XLIV (XVth Congress of the International Academy of Legal Medicine and Social Medicine. Strasbourg, France, 31 mai 2 juin, 1994). Springer Verlag, Berlin, Heidelberg, New York, 1995
3. Acta Poloniae Toxicologica
4. Acta Sexologica. Journal of Sex Crime and Social Pathology
5. Annales Academiae Medicae Gedanensis
6. Annales Academiae Medicae Stetinensis
7. Advances in Forensic Sciences. (13th Meeting of the International Association of Forensic Sciences. Düsseldorf, August 22nd to 28th 1993). Verlag Dr. Koster, Berlin, 1995
8. American Journal of Forensic Medicine and Pathology
9. Archiwum Medycyny Sądowej i Kryminologii
10. Aspects on Forensic Toxicology. Anastassios V. Kovatsis and Helen Tsoukali – Papadopoulou. Thessaloniki, 1995
11. Biocybernetics and Biomedical Engineering
12. CD-ROM, Coredge Editions Electroniques (5th Cross-Channel Conference on Forensic Medicine) Paris, 1995
13. Forensic Science International
14. Human Heredity
15. International Journal of Legal Medicine
16. Palestra
17. Pediatria Polska
18. Pneumonologia i Alergologia Polska
19. Polski Tygodnik Lekarski

20. Postępy Medycyny Sądowej i Kryminologii. Akademia Medyczna im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy. Bydgoszcz, 1995, II. (Materiały IX Zjazdu PTMSiK w Bydgoszczy, 9–12 września 1992 r.)
21. Problematyka prawna i techniczna wypadków drogowych. Instytut Ekspertyz Sądowych, Kraków, 1995
22. Problemy Kryminalistyki
23. Prokuratura i Prawo
24. Przegląd Lekarski
25. Przegląd Sądowy
26. Romanian Journal of Legal Medicine
27. The Bulletin of the International Association of Forensic Toxicologists
28. Toxicology Letters. Supplement
29. Transfusion
30. Wiadomości Lekarskie
31. Z Zagadnień Nauk Sądowych
32. Zeszyty Naukowe. Katedra i Zakład Medycyny Sądowej Śląskiej Akademii Medycznej. Katowice, 1995

Liczby (w kwadratowych nawiasach) podane po tytułach czasopism i wybranych wydawnictw książkowych odpowiadają liczbom porządkowym zamieszczonego powyżej spisu. Pozostałe wydawnictwa książkowe (skryptowe) umieszczono w odpowiednich działach. Bibliografia nie zawiera streszczeń referatów wygłoszonych na zjazdach, konferencjach, sympozjach itp.

Numbers in square brackets (after the titles) refer to the list of journals and selected books included in the bibliography. Other publications appear in the relevant divisions. The bibliography does not include summaries and reports delivered during scientific conferences.

Pojedyncze pozycje bibliografii dotyczą roku 1994 i zostały umieszczone na prośbę tych autorów, którzy z opóźnieniem otrzymali dane dotyczące opublikowanych prac.

Some papers published in 1994 are included according to particular request of authors who received the publisher's data with the delay.

I. Tanatologia sądowo–lekarska (zgony gwałtowne, zgony nagłe, zestawienia zbiorcze, śmierć i zjawiska z nią związane)

Death / forensic thanatology (violent death, sudden and unexpected death, summary lists and other related problems)

1. Berent J.A., Piotrowicz A., Śliwka K., Miścicka–Śliwka D.: Computer simulation of effect of thermal insulation on the post mortem body temperature [2], 1995, 413–416.
2. Berent J.A., Piotrowicz A., Śliwka K., Miścicka–Śliwka D.: Validity of temperature methods of post mortem interval estimation when changeable ambient temperature is considered. An introduction into model of the thermal memory [12], 1995, 269–281.
3. Brodziak T., Kordel K., Żaba C.: Struktura zabójstw w świetle materiału Zakładu Medycyny Sądowej w Poznaniu w latach 1970–1991 (Homicides structure on the ground of autopic material of the Department of Forensic Medicine, Academy of Medicine, Poznań, in 1970–1991) [20], 1995, II, 217–226.

4. Brodziak T., Kordel K., Żaba C.: Samobójstwa w Wielkopolsce w latach 1976–1991 w materiale sekcyjnym Zakładu Medycyny Sądowej w Poznaniu (Suicides in Wielkopolska region in 1976–1991 in autopic material of the Department of Forensic Medicine, Academy of Medicine, Poznań) [20], 1995, II, 235–243.
5. Brzozowska M., Młodziejowski B.: Wartość diagnostyczna wybranych struktur czaszki przy określaniu wieku (Investigations of some morphological features of the skull in estimation of individual age) [20], 1995, II, 115–121.
6. Deboa D., Marcinkowski T., Parafiniuk M., Wośko G.: Post mortem examinations of the victims of “Jan Hevelius” ferryboat catastrophe [7], 1995, 1, 143–144.
7. Dubrzyński A., Wojda–Gradowska U., Harasim–Dudczak A.: Doświadczenia własne dotyczące sekcji osób zmarłych na AIDS lub nosicieli HIV (Self – experiences on HIV positive autopsies) [20], 1995, II, 41–44.
8. Gos T.: Nietypowe “złamanie wisielcze” jako przyczyna zgonu w następstwie wypadku przy pracy (The atypical “hangman’s fracture” as a cause of death due to the accident at work) [9], 1995, 3/4, 297–303.
9. Gos T., Hauser R.: Określenie stanu emocjonalnego przed zgonem – science fiction czy wyzwanie dla medycyny sądowej w “Dekadzie Mózgu” (Evaluation of the emotional condition shortly before death – science-fiction or a new challenge for the forensic medicine in the “Decade of the Brain”) [9], 1995, 1, 55–60.
10. Gross A., Kunz J.: Suicidal shooting masked using a method described in Conan Doyle’s novel (Samobójczy postrzał przy użyciu metody opisanej w powieści Conan Doyle) [8], 1995, 16, 164–167.
11. Gwiazdecki R., Krajewski P.: Ocena stopnia utrwalenia plam opadowych (Estimation of the post/mortem blotches consolidation) [20], 1995, II, 99–102.
12. Jaroszewski J., Karaś Z., Brelińska R., Ginda J., Przybylski Z.: Ultrastructural post mortem changes in lymphocytes of men [7], 1995, 4, 70–73.
13. Kaletha K., Chodorowski Z., Nagel–Starczynowska G., Gos T., Makarewicz W.: AMP – deaminase from the human uterine muscle neoplasm (leiomyoma). Purine and pyrimidine metabolism in man VIII. Ed. A. Sahota and M. Taylor, Plenum Press, NY, 1995, 243–247.
14. Kawecki J.: Charakterystyczne cechy ran postrzałowych powstałych od działania pistoletu gazowego P–83 G (Characteristic features of wounds caused by gas pistol P–83 G) [20], 1995, II, 133–141.
15. Kaźmierczak K., Budzbon J., Grabowska J., Swincow A., Osiński P., Beuth W.: Próby kaloryczne w oznaczaniu śmierci mózgu (Caloric test as the death time factor) [20], 1995, II, 103–105.
16. Klepacki K.: Obraz mikroskopowy tkanek w doświadczalnym postrzale z broni gazowej (Microscopic changes of injured tissues after gas weapon shot) [20], 1995, II, 143–152.
17. Klepacki K., Krajewski P.: Biologiczne skutki działania broni gazowej (Biological effects of gas weapons) [20], 1995, 127–130.
18. Kotschy M., Śliwka K., Roś D., Przygońska J., Listopadzki D., Żekanowska E.: Aktywność fibrynolityczna krwi po śmierci nagłej (Fibrinolytic activity of blood after sudden death) [20], 1995, II, 87–92.
19. Listopadzki D., Przygońska J., Żekanowska E., Kotschy M., Śliwka K.: Niektóre właściwości biochemiczne płynnej krwi w stanach śmierci nagłej (Some biochemical properties of liquid blood after sudden death) [20], 1995, II, 93–97.

20. Marek Z.: Uwagi do artykułu Romana Hausera "Rodzaje śmierci – propozycja zmiany kwalifikacji" (Remarks on Roman Hauser's paper "Types of death modification of existing classification") [9], 1995, 2, 207–209.
21. Marek Z., Plac–Bobula E.: Sudden death as an occupational injury – a contribution to option making [7], 1995, 1, 42–43.
22. Marcinkowski T., Wałoszczyk P.: Śmierć w wyniku podwójnego uduszenia – przez zadzierżgnięcie i utonięcie (A combined suicide – as the result of strangulation through slinging and drowning) [22], 1995, 209, 70–71.
23. Mądro R.: 1940–1994 Katyń. Akademia Medyczna w Lublinie, 1995.
24. Miścicka–Śliwka D.: Alfa adrenergiczne reakcje interlethalne tętnic ludzkich (Alpha adrenergic interlethal reactions of human arteries) [20], 1995, II, 81–85.
25. Miścicka–Śliwka D., Szadujkis–Szadurski L.: Analiza farmakokinetyczna pośmiertnych reakcji alfa–adrenergicznych tętnic (Pharmacological analysis of the interlethal alpha–adrenergic responses of the arteries) [20], 1995, II, 71–80.
26. Miścicka–Śliwka D., Szadujkis–Szadurski L.: The study of post-mortem changes in alpha – 1 – adrenoceptor function [7], 1995, 4, 107–110.
27. Miścicka–Śliwka D., Śliwka K., Bloch–Bogustawska E., Przygońska J., Drewniak M., Domaniewska J., Sygit B.: Struktura zabójstw na terenie województwa bydgoskiego w latach 1986–1991 (Comparison of murders structure in Bydgoszcz district in the years 1986–1991) [20], 1995, II, 227–234.
28. Nasitowski W., Olszowy Z., Nowicka J.: Przydatność metody chromatografii gazowej w sądowo–lekarskiej diagnostyce śmierci z utonięcia (Usefulness of gas chromatography method for forensic and medical diagnosis in death by drowning) [31], 1995, XXXI, 41–45.
29. Olszowy Z., Nowicka J., Kabiesz–Neniczka S., Jurczyk A.: Sądowo–lekarska przydatność metody chromatografii gazowej w badaniach dowodów rzeczowych (Medico–legal use of gas chromatography in examinations of evidence) [32], 1995, 4, 191–200.
30. Parafiniuk M., Marcinkowski T.: Wpływ wielokrotnego zamrażania – w wodzie – kości na ich trwałość (The influence of manifold freezing – in the water – of the bone on its solidity) [20], 1995, II, 123–125.
31. Parafiniuk M., Pankowski J., Janowski H., Wójcik J.: Z kazuistyki rzadkich guzów płuc; dwa przypadki mięsakoraków płuc (From casuistics of rare pulmonary tumore. Two cases of pulmonary carcinosarcoma) [18], 1994, 9/10, 513–519.
32. Rydzewska M., Janica J.: Zachowanie się stężeń T3 i T4 w niektórych postaciach zagardleń (powieszenia) (Post-mortem T3 and T4 serum level at several cases of suffocation) (hanging) [20], 1995, II, 107–113.
33. Smoliński J., Hauser R.: Zgon w następstwie użądlenia przez pszczoły (Death as a result of bee stings) [9], 1995, 3/4, 305–309.
34. Śliwka K., Berent J.A.: Are pulmonary megacaryocytes the shock marker? [7], 1995, 1, 148–151.
35. Śliwka K., Berent J.A., Miścicka–Śliwka D., Bloch –Bogustawska E., Tyloch F.: Application of rigid endoscopes for forensic examination of the stab wounds [7], 1995, 312–315.
36. Śliwka K., Cieszyński W., Przygońska J., Sygit B., Miścicka–Śliwka D., Domaniewska J., Drewniak M.: Analiza porównawcza samobójstw na terenie województwa bydgoskiego w latach 1977–1986 oraz 1987–1991 (Compara-

tive analysis of suicides in Bydgoszcz region in the years 1977–1986 and 1987–1991) [20], 1995, II, 245–249.

37. Wośko G.: Wybrane przypadki harakiri (Selected cases of harakiri) [20], 1995, II, 153–156.

II. Medycyna wypadkowa i wypadki przy pracy Traffic and occupational accidents

38. Antoniuk Z., Dopierała T., Janica J.: Śmiertelne wypadki przy pracy w materiale sekcyjnym Zakładu Medycyny Sądowej AM w Białymstoku w latach 1975–1990 (Fatal accidents at work in autopsy material of Forensic Medicine Department of Medical Academy in Białystok in 1975–1990) [20], 1995, II, 285–289.
39. Białek I.: Elementy daktyloskopii w rekonstrukcji wypadków drogowych [21], 1995, 483–487.
40. Brzyski J.: Niezwykły śmiertelny wypadek podczas pracy maszyny tokarskiej (The unusual dead case during a work of the turnery machine) [32], 1995, 4, 227–230.
41. Fiedorczyk Z., Koeppe W.: Niecodzienny wypadek drogowy (Unusual road traffic accident) [9], 1995, 1, 75–77.
42. Kała M.: Lek a kierowca [21], 1995, 454–470.
43. Kordel K., Żaba C., Rahhal A.N.: Śmiertelne wypadki i nagłe zgony w miejscu pracy w świetle materiału sekcyjnego Zakładu Medycyny Sądowej AM w Poznaniu w latach 1980–1991 (Mortal accidents and sudden deaths at work of the ground of autopic material of the Department of Forensic Medicine, Academy of Medicine, Poznań in 1980–1991) [20], 1995, 291–297.
44. Kulikowska J., Sybirska H.: Badanie nad częstotliwością występowania leków we krwi kierowców zatrzymanych po wypadkach drogowych (Study of the frequency of the presence of drugs in blood of drivers after road accidents) [32], 1995, 67–77.
45. Mądro R., Teresiński G.: Uwagi odnośnie do możliwości rekonstrukcji wypadku drogowego na podstawie ustaleń sekcyjnych i wykorzystania tego sposobu postępowania dowodowego (Some remarks on the possibility of a road accident reconstruction on the basis of necropsy findings and using this way of probative (matter of fact) proceedings) [9], 1995, 1, 61–69.
46. Reza A.: Czas reakcji kierowcy [21], 1995, 154–168.
47. Reza A.: Wypadki drogowe z udziałem pieszych [21], 1995, 169–222.
48. Unarski J.: Systematyka i doskonalenie przeprowadzania oględzin miejsca wypadku drogowego [21], 1995, 551–560.
49. Wach W.: PC-CRASH symulacyjny program dynamiki ruchu pojazdów i zderzeń. Poradnik użytkownika. Instytut Ekspertyz Sądowych, Kraków, 1995.
50. Wierciński J.: Niektóre problemy opiniowania [21], 1995, 15–26.
51. Wierciński J.: Niektóre problemy opiniowania w sprawach o wypadki drogowe [23], 1995, 6, 116–130.
52. Wójcicki B.: Podstawy analizy zderzeń pojazdów [21], 1995, 223–243.
53. Wójcicki B.: Ustalenie osoby kierującej pojazdem w czasie wypadku drogowego [21], 1995, 244–260.
54. Zięba-Palus J.: Identyfikacja odłamków powłoki lakierowej (Identification of automobile paint chips) [31], 1995, XXXII, 114–118.
55. Żaba C.: Medycyna wypadkowa [21], 1995, 402–429.

III. Zapłodnienie, poronienie, poród, dzieciobójstwo, zgony niemowląt i dzieci Fertilisation, abortion, labour, neonaticide and infanticide, sudden infant death etc.

56. Deboa D., Marcinkowski T., Parafiniuk M.: Przyczynek do badań nad zespołem SIDS (The contribution to SIDS investigations) [20], 1995, II, 175–187.
57. Kołowski J., Przybylski Z.: Stan psychiczny sprawczyń dzieciobójstwa (Psychical state of infanticide preparators) [20], 1995, II, 197–201.
58. Kołowski J., Stochaj M.: Przepięstwo dzieciobójstwa w świetle materiałów archiwalnych Zakładu Medycyny Sądowej w Poznaniu z lat 1922–1939 (The infanticide crime in the light of archive records of the Department of Forensic Medicine, Academy of Medicine, Poznań in the years 1922–1939) [20], 1995, II, 193–196.
59. Kordel K., Żaba C., Brodziak T.: Analiza badań pośmiertnych dzieci zmarłych w Wielkopolsce w latach 1980–1991 sekcjonowanych w Zakładzie Medycyny Sądowej w Poznaniu (Analysis of children autopsies dead in Wielkopolska region dissected in the Department of Forensic Medicine, Academy of Medicine, Poznań, in 1980–1991) [20], 1995, II, 203–211.
60. Kordel K., Żaba C., Rahhal A.N.: Nagłe zgony niemowląt – Analiza przypadków sekcjonowanych w latach 1980–1991 w Zakładzie Medycyny Sądowej AM w Poznaniu (Sudden infants deaths – Analysis of cases dissected in the Department of Forensic Medicine, Academy of Medicine, Poznań, in 1980–1991) [20], 1995, II, 167–173.
61. Morawski A.: Wpływ uregulowań prawnych na problem dzieciobójstwa w Polsce (Influence of legal regulations for problem of infanticides in Poland) [20], 1995, II, 189–191.
62. Nawarska Z., Nasitowski W., Rygol K.: Zespół SIDS w obserwacjach Zakładu Medycyny Sądowej Śląskiej Akademii Medycznej (Sudden infant death syndrome in observations of the Department of Forensic Medicine, Medical School, Katowice) [20], 1995, II, 157–166.
63. Przybylski Z., Kordel K.: Zabójstwo dziecka na przykładzie dwóch wybranych przypadków opiniowanych w Zakładzie Medycyny Sądowej AM w Poznaniu w 1992 roku (Child homicide on the ground of two selected cases from the Department of Forensic Medicine, Academy of Medicine, Poznań in 1992) [20], 1995, II, 213–216.
64. Przybylski Z., Żaba C., Kordel K., Brodziak T.: Śmiertelne powikłania w przypadkach przestępczego spędzenia płodu na podstawie przypadków sekcjonowanych w poznańskim Zakładzie Medycyny Sądowej w latach 1922–1991 (Mortal complications in cases of illegal abortions on the ground of autopsic material of Department of Forensic Medicine, Academy of Medicine, Poznań in 1922–1991) [20], 1995, II, 181–187.

IV. Opiniowanie (karne, cywilne, ubezpieczeniowe) Medico–legal opinion (penal, civil and insurance cases)

65. Berent J.A., Przybojewski J., Śliwka K.: Opiniowanie sądowo–lekarskie w przypadkach narażenia na zakażenie i zakażenia HIV (Expert witness opinion in the cases of exposure for a HIV infection and true infection) [32], 1995, 4, 97–107.
66. Plac–Bobuła E., Kołodziej J.: Stan zdrowia a zdolność do pracy. Głos w dyskusji o reformie ustawodawstwa inwalidzkiego (Health condition and work ability. Remarks on present reform of invalid legislation) [9], 1995, 1, 27–32.

V. Błąd medyczny Medical error

67. Baran E.: Uwagi na temat przydatności zachowania pojęcia "błąd lekarski" w opiniowaniu sądowym (Remarks on usefulness of term "medical error" in forensic medicine expertise) [9], 1995, 1, 33–36.
68. Baran E.: Błąd medyczny w opiniach Zakładu Medycyny Sądowej CM UJ w Krakowie w sprawach karnych w latach 1990–1994. I. Charakterystyka materiału aktowego i opinii w ujęciu tabelarycznym (Institute of Forensic Medicine of the Jagiellonian University – Kraków: expertise of medical malpractice cases from 1990 to 1994 presented in tabular form) [9], 1995, 2, 173–179.
69. Brodziak T., Kordel K., Żaba C.: Zgony w Izbie Wytrzeźwień – Analiza przypadków sekcjonowanych w latach 1980–1991 w Zakładzie Medycyny Sądowej AM w Poznaniu ze szczególnym uwzględnieniem lekarskich pomyłek diagnostycznych (Deaths in sobering chamber – Analysis of cases dissected in 1980–1991 in the Department of Forensic Medicine, Academy of Medicine, Poznań, with special regard to medical diagnostic errors) [20], 1995, II, 271–279.
70. Lasek J., Lipiński J., Suchorzewska J., Gwoździewicz J., Jankowski Z., Urbański A., Biało M., Marks W.: Błędy i niedostatki w postępowaniu diagnostyczno–lecniczym u chorych, którzy zmarli w następstwie ciężkiego urazu (Errors and deficiencies in diagnostic and therapeutic management among fatalities following severe trauma) [5], 1995, XXV, 165–176.
71. Marek Z.: Sztuka leczenia a błąd medyczny (Arts of treatment and medical error). W: Medycyna u progu XXI wieku. Sztuka leczenia, pod red. K. Imielińskiego. Polska Akademia Medycyny, Warszawa, 1995, 65–71.
72. Świątek B., Morawski A.: Medical malpractice problem on the example of Forensic Medicine Department of Wrocław Medical Academy [7], 1995, 1, 267–270.

VI. Przesłępstwa seksualne Sex crimes

73. Deboa D.: Sexual assaults examined at the Department of Forensic Medicine in Szczecin in the year 1972–1992 [7], 1995, 2, 1–4.
74. Gierowski J.K., Godlewski J., Heitzman J.: Profile of necrosadist. A case study (Sądowo–psychiatryczny obraz nekrosadyzmu. Opis kazuistyczny) [4], 1995, 1, 63–80.
75. Jaśkiewicz–Obydzińska T., Czerederecka A.: The influence of victim – offender relationship on chosen testimony features of minors victims of sexual abuse (Wpływ relacji ofiara – sprawca na wybrane cechy zeznań małoletnich świadków pokrzywdzonych w sprawach o przestępstwa seksualne) [4], 1995, 1, 13–35.
76. Jaśkiewicz–Obydzińska T., Czerederecka A.: The relationship between a victim and a perpetrator and the features of minor's testimony in sexual abuse cases (Relacja pomiędzy ofiarą i sprawcą a właściwości zeznań małoletnich świadków pokrzywdzonych w sprawach o przestępstwa seksualne) [31], 1995, XXXI, 32–40.

VII. Hemogenetyka sądowo–lekarska Forensic haemogenetics

77. Bartnik B., Diakowski W., Dobosz T., Kowalczyk E., Mączkorowski J.: Uwagi praktyczne dotyczące oznaczania fenotypów kinazy adenylanowej ADK (AK) w śladach krwi (Determinaton of AK phenotypes in blood stains – practical remarks) [20], 1995, II, 451–457.
78. Bartnik B., Borkowski J., Dobosz T., Sobiech K.A.: Wydzielanie katalazy w pocie ludzi znajdujących się w stanie stresu (Secretion of catalase into sweat of stressed men) [20], 1995, II, 477–479.
79. Berent J.A., Miścicka–Śliwka D., Śliwka K., Syroczyńska A.: Random errors of the local reciprocal method in estimation of the lenght of DNA restriction fragments [11], 1995, 15, 1/2, 213–220.
80. Bochenek S., Dmochowska G., Dobosz T., Mazgaj D.: Postępująca immunizacja pacjentki w czasie terapii transfuzjologicznej (Progressive immunisation of patient during transfusiological therapy) [20], 1995, II, 475–476.
81. Czarny M., Kwiatkowska J., Słomska M., Siemieniako B., Słomski R.: Możliwości badawcze polimorficznych loci DNA człowieka i ich wykorzystanie w badaniach medyczno–sądowych (Current possibilities of analysis of human polymorphic DNA loci and their application in forensic medicine) [9], 1995, 3/4, 257–269.
82. Czarny M., Janiszewska H., Kwiatkowska J., Chlebowska H., Siemieniako B., Słomski R.: Czy analiza DNA jest zawsze skuteczna: Problemy w dochodzeniu spornego ojcostwa w przypadku bliskiego pokrewieństwa domniemanych ojców (Is DNA analysis always useful: Problems in paternity testing in case of closely related alleged fathers) [9], 1995, 3/4, 287–295.
83. Dmochowska G., Dobosz T., Jagielski J., Świątek B.: Paternity testing in Forensic Medicine Institute in Wrocław [7], 1995, 6, 43–45.
84. Dobosz T.: Zastosowanie polimorfizmu DNA w medycynie sądowej (Application of DNA polymorphism in forensic medicine) [20], 1995, II, 431–434.
85. Dobosz T.: Nowy wariant fosfoglukomutazy ($PGM_1^{6\text{wr}}$) znaleziony w próbce polskiej populacji (The new variant of phosphoglucomutase ($PGM_1^{6\text{wr}}$) discovered in Polish population) [20], 1995, II, 415–417.
86. Dobosz T., Jagielski J., Szczepaniak M., Szymaniec S.: Badanie polimorfizmu DNA w polskich rodzinach (DNA polymorphism in Polish families) [20], 1995, II, 435–438.
87. Dobosz T., Mądra E., Pietras H.: Dwa przypadki “wolnego” wariantu PGM_2^9 w populacji polskiej (Two cases of PGM_2^9 “slow” variant in Polish population) [20], 1995, II, 411–413.
88. Dobosz T., Petri D.: Polimorfizm fosfatazy fosfoglikolanowej PGP w populacji dolnośląskiej (Polymorphism of phosphoglycolate phosphatase PGP in lower Silesia population) [20], 1995, II, 393–395.
89. Dobosz T., Petri D.: Polimorfizm dopełniacza C3 w populacji dolnośląskiej (Polymorphism of the complement C3 in lower Silesia population) [20], 1995, II, 419–421.
90. Gieracka D., Kędzierska A., Kołodziej J., Turowski G.: Rozpuszczalne antygeny HLA klasy I w materiale sekcyjnym. Badania wstępne (Soluble HLA class I antigens in autopsy specimens. Preliminary report) [20], 1995, II, 355–361.

91. Gotkowska U., Babecka J.: Zmodyfikowana metoda oznaczania cech układu Gm 1 i Gm 2 z wykorzystaniem płynu LISS [22], 1995, 208, 17–18.
92. Hauser R.: Le a and Le b tissue glycosphingolipids [29], 1995, 35, 577–581.
93. Hauser R.: Observation on the Lewis a and Lewis b activity of erythrocytes [15], 1995, 108, 50–52.
94. Jacewicz R.: Polimorfizm kwaśnej fosfatazy (ACP 1) w populacji regionu łódzkiego (Polska centralna) (Polymorphism of acid phosphatase (ACP 1) in the Łódź region (Central Poland) [9], 1995, 1, 51–54.
95. Janica J., Skawrońska M., Pepiński W.: Erythrocyte markers, serum proteins and erythrocyte enzymes in Polish sub-population of Białystok, Kraków and Gdańsk region [7], 1995, 6, 146–149.
96. Janica J., Skawrońska M., Pepiński W., Koc E.: Haemogenetic investigations in cases of disputable paternity [7], 1995, 6, 152–154.
97. Kabiesz J.: Polimorfizm C3 w populacji Górnego Śląska. Warianty (C3 polymorphism in the Upper Silesia populaton. Variants) [20], 1995, II, 423–425.
98. Kawecki J., Dobosz T.: Preparacja DNA z zębów ludzkich (DNA preparation from human teeth) [20], 1995, II, 445–449.
99. Kochanowska K.: Niektóre trudności w badaniu plam krwi w układzie ABO i interpretacji wyników (Some problems in ABO System blood stain determination and in interpretation of the results) [20], 1995, II, 459–461.
100. Kornobis J., Dobosz T.: Wpływ wybranych używek i alkaloidów na zjawisko aglutynacji krwinek czerwonych z surowicami kompletnymi i niekompletnymi (Influence of any drugs and alkaloids on agglutination with complete and incomplete sera) [20], 1995, II, 481–482.
101. Marcinkowska W., Marcinkowski T., Deboa D., Miklaszewicz A.: Frequency of the HLA B 27 trait among Polish inhabitants of Western Pomerania [7], 1995, 6, 155.
102. Marcinkowska W., Marcinkowski T.: Zapomniany fenomen Danysza i jego możliwe implikacje sądowo-lekarskie (The forgotten Danysz – phenomenon and its medico-legal implications) [20], 1995, II, 483–486.
103. Marcinkowski T.: Teoretyczna możliwość powstania kompleksów immunologicznych w przypadkach niezgodności serologicznych między małżonkami (Theoretical possibility of the arising of the immunological complexes in the cases of serological incompatibility between married persons) [20], 1995, II, 487–489.
104. Mądro R., Mazurek J., Kozioł P.: Oznaczenie fenotypów układu ABO oraz kwaśnej fosfatazy (ACP) w ogniskach kostnienia noworodków (Determinations of the ABO and acid phosphatase (ACP) in newborns (ossification foci) [9], 1995, 1, 41–44.
105. Mądro R., Monies D., Kozioł P.: Identification of genetic markers in stains of blood mixture (Identyfikacja markerów genetycznych w plamach powstałych z mieszaniny krwi) [31], 1995, XXXII, 20–28 (29–31).
106. Miczyk B., Morawski A., Świątek B., Dobosz T.: Subtyping of antigen A in blood stains by ELISA dot blot test [7], 1995, 6, 251–252.
107. Miękoś L., Gardy-Kospion A.: Rzadkie warianty PGM₁ 8–1 i PGM₁ 8–2 w rodzinie polskiej (The rare variants of PGM₁ 8–1 and PGM₁ 8–2 in a Polish family) [20], 1995, II, 407–410.

108. Miękoś L., Gardy–Kospion A.: Przypadek rzekomego wykluczenia macierzyństwa w układzie Rh (A case of pseudo–exclusion of maternity on the Rh system) [20], 1995, II, 427–429.
109. Miścicka–Śliwka D.: PHAST–SYSTEM™ – szybka automatyczna metoda elektroogniskowania wybranych enzymów czerwonych (PHAST–SYSTEM™ – an automatic isoelectric focusing method for fast determination of some enzyme) [20], 1995, II, 463–467.
110. Miścicka–Śliwka D., Berent J.A., Śliwka K., Syroczyńska A., Pleszyńska B.: Applications of multilocus probe MZ1. 3 for forensic paternity determination [12], 1995, 165–171.
111. Miścicka–Śliwka D., Berent J.A., Bloch–Bogusławska E., Śliwka K.: Identification of human remains using DNA investigation [12], 1995, 328–339.
112. Miścicka–Śliwka D., Grzybowski T., Śliwka K., Berent J.A.: Forensic applications of the STR system SE [12], 1995, 497–514.
113. Miścicka–Śliwka D., Pleszyńska B., Śliwka K., Grzybowski T., Berent J.A.: Allele frequencies of LDLR, GYPA, HBG, D7S8 and GC in Polish population [12], 1995, 488–494.
114. Miścicka–Śliwka D., Syroczyńska A., Śliwka K., Berent J.A.: Investigation of D1S80 VNTR locus in Polish population [12], 1995, 72–73.
115. Miścicka–Śliwka D., Syroczyńska A., Śliwka K., Berent J.A.: D1S80 typing in forensic practice [12], 1995, 415–425.
116. Miścicka–Śliwka D., Śliwka K., Syroczyńska A., Berent J.A.: Usefulness of D1S80 system in paternity investigation [12], 1995, 74–75.
117. Morawska B., Dobosz T., Szymaniec S.: DNA preparation from blood stains and sperm stains [7], 1995, 6, 215–216.
118. Morawski A., Dmochowska G., Dobosz T.: Oznaczenie grup krwi HLA metodą Elisa (Determination of HLA blood group by Elisa method) [20], 1995, II, 371–373.
119. Parkitna–Cegła Z., Dobosz T.: Badanie polimorfizmu DNA w cebulkach włosów (DNA polymorphism in human hairs roots) [20], 1995, II, 447–449.
120. Pepiński W., Janica J.: Częstości antygenów HLA – ABC oraz częstość i struktura wykluczeń w badaniach spornego ojcostwa w populacji Polski północno–wschodniej (Frequencies of HLA – ABC antigen and frequency and structure of exclusions in investigations on disputable paternity in north-eastern population of Poland) [20], 1995, II, 363–369.
121. Pepiński W., Janica J., Skawrońska M., Nałęcka M.: Polimorfizm układu ESD w hemolizatach i plamach krwi. I. Analiza przydatności wybranych metod badania polimorfizmu ESD (Polymorphism of ESD system in haemolysates and blood stains. I. Analysis of usefulness of the selected methods of polymorphism examination) [9], 1995, 2, 153–159.
122. Pepiński W., Janica J., Skawrońska M., Nałęcka M.: Polimorfizm układu ESD w hemolizatach i plamach krwi. II. Porównanie okresów wykrywalności fenotypów ESD w plamach krwawych w zależności od temperatury przechowywania oraz rodzaju i cech podłoża [32], 1995, 4, 231–245.
123. Pawłowski R.: Polimorfizm locus D1S80 człowieka w populacji Polski północnej badany metodą PCR. Genetyka populacyjna oraz zastosowanie do badania śladów biologicznych (Polymorphism of human locus D1S80 in North Polish population analysed with PCR method. Population genetics and application to the biological stains analysis) [9], 1995, 3/4, 247–256.

124. Pawłowski R.: Badania identyfikacyjne metodą PCR tkanek świeżych oraz utrwalonych i zatopionych w blokach parafinowych [19], 1995, 50, (36–39), 16–20.
125. Popielski B.: Dwa przypadki przetaczania krwi ze zwłok opisane w roku 1937 – przyczynek historyczny do transplantacji (Two cases of transfusion from dead body described in 1937 – historical contribution to transplantology) [32], 1995, 4, 19–32.
126. Raczek E.: Dehidraza kwasu delta–aminolewulinowego – kolejny enzym krwi ludzkiej w medycynie sądowej. Polimorfizm ALADH w populacji górnośląskiej (Delta–aminolevulinat dehydrase – the next enzyme of human red cell in forensic medicine. ALADH polymorphism in the Upper Silesia population) [20], 1995, II, 379–384.
127. Raczek E.: Gen zerowy w układzie enzymatycznym ESD – metody oznaczania aktywności esterazy D i ich porównanie. (Silent gene in the ESD enzymatic system – the methods of esterased activity determination and the comparison of them) [20], 1995, II, 401–406.
128. Rączek E., Drożdżiak K., Kalinowska D.: Rzadki allel fosfoglukomutazy PGM 1 6 w rodzinie J. z Górnego Śląska (The rare allele of phosphoglucomutase PGM1 6 in J. family from the Upper Silesia) [32], 1995, 1, 37–42.
129. Raczek E., Kabiesz J.: Joint phenotype distribution of the Esterase D and Complement C3 Loci in the Upper Silesia population (Poland) [14], 1995, 45, 58–60.
130. Sagan Z., Jaroszewski J., Wośko G., Dutkiewicz T.: Antiglobulin antibodies in the sera of persons examined in cases of disputed paternity test [7], 1995, 6, 128–129.
131. Stępniań M., Krzymańska M.: Polimorfizm układu GLO I (E.C.4.4.1.5) krwinek czerwonych w populacji regionu wielkopolskiego (Polymorphism of erythrocyte GLO I system in population of Wielkopolska region) [20], 1995, II, 385–387.
132. Stępniań M., Krzymańska M.: Polimorfizm układu PGP (E.C.3.1.3.18) krwinek czerwonych w populacji regionu wielkopolskiego (Polymorphism of erythrocyte PGP system in population of Wielkopolska region) [20], 1995, II, 389–392.
133. Szczepaniak M.T., Dobosz T., Przybylski Z., Jagielski J.: Paternity testing by DNA fingerprinting with multilocus probes MZ 1,3 and (CAC)₅ [7], 1995, 6, 7–10.
134. Szczerkowska Z.: Przed i potransfuzyjna identyfikacja serologiczna (Pre and post–transfusion haemogenetic identification) [20], 1995, II, 469–473.
135. Szczerkowska Z.: Variant in the phosphoglucomutase 1 system PGM1 7 [7], 1995, 6, 121–123.
136. Szczerkowska Z., Kapińska E.: Badania polimorfizmu DNA–VNTR locus D1S80 (mct 118) metodą PCR (Study of the DNA polymorphism at a VNTR locus D1S80 (mct 118) by PCR) [5], 1995, XXV, 259–266.
137. Świątek B., Dobosz T.: Korelacje pomiędzy ekspertyzami serologicznymi, antropometrycznymi i DNA w dochodzeniu spornego ojcostwa (Correlations between the expertises: serological, anthropometric and DNA fingerprinting in paternity testing) [20], 1995, II, 439–443.
138. Tomiczek K., Miścicka–Sliwka D.: Polimorfizm HLA–A,B,C and HLA–DR system in the population of the Pomerania–Kujawy [7], 1995, 6, 124–127.
139. Trnka J., Dobosz T.: Układ grupowy wydzielania Se w populacji polskiej (Blood group system Se (secretor) in Polish population) [20], 1995, II, 397–400.

140. Tucholska–Lenart A., Miąskiewicz H., Suszczewski W., Wujec J.: Zastosowanie analizy markerów genetycznych w badaniach biologicznych śladów kryminalistycznych [22], 1995, 207, 5–7.
141. Turowska B., Sanak M.: D1S80 VNTR locus genotypes in population of South Poland; meta-analysis pointer to genetic disequilibrium of human populations (Badania populacyjne lokus VNTR D1S80 w populacji Polski Południowej – Analiza wskaźnika genetycznego braku równowagi w ludzkich populacjach) [13], 1995, 75, 207–216.
142. Turowska B., Sanak M., Raczek E.: Przeciwnostawne homozygoty w układzie GLO I u pozwanego i dziecka. Wykluczenie ojcostwa czy “potwierdzenie” ojcostwa. Opis przypadków (Contrary homozygosity of the GLO I system in putative father and child. Exclusion or “confirmation” the paternity. Case report) [9], 1995, 3/4, 283–285.
143. Turowska B., Woźniak K., Gurda M.: Fenotypy kwaśnej fosfatazy krwinkowej (ACP 1) u ludzi w podeszłym wieku (Acid phosphatase (ACP 1) phenotypes in elderly humans) [9], 1995, 1, 13–16.
144. Turowska–Heydel D., Sanak M., Turowska B., Pietrzyk J.J., Turowski G.: Sprzężenie genetyczne między HLA i GLO I a wrodzonym przerostem nadnerczy wywołanym niedoborem 21–hydroksylazy [17], 1995, 70, 121–125.
145. Turowski G.: Nazewnictwo genów i alleli układu HLA 1994 (Nomenclature for genes and alleles of the HLA system, 1994) [9], 1995, 3/4, 279–282.
146. Turowski G., Kędzierska A., Gieracka D., Flaszka J., Kołodziej J., Kwiatkowski S.: s–HLA–I w surowicy chorych z ciężkimi urazami czaszkowo–mózgowymi i w materiale sekcyjnym (s–HLA–I in patients sera after severe craniocerebral trauma and in autopsy specimens) [9], 1995, 2, 161–171.
147. Wójcikiewicz J.: Ekspertyza hemogenetyczna jako dowód w procesie karnym [23], 1995, 7/8, 53–59.
148. Zaucha J.M., Pawłowski R., Welz A., Prejzner W., Hauser R., Hellman A.: Ocena przyjęcia przeszczepu szpiku kostnego oraz chimeryzmu hemopetycznego przy użyciu amplifikacji metodą PCR hiperzmiennych sekwencji typu VNTR [19], 1995, 50 (36–39), 73–74.
149. Zaucha J.M., Pawłowski R., Welz A., Prejzner W., Hellman A.: Amplifikacja metodą PCR hiperzmiennych sekwencji typu VNTR w celu oceny przyjęcia się przeszczepu szpiku kostnego [1], 1995, 26, 121.
150. Zdrojewski Z., Dziedzic–Witkowska T., Jankowski Z., Hauser R.: Rozwój transplantacji nerek w ośrodku gdańskim [19], 1995, 50, (36–39), 9–12.
151. Żaba C., Przybylski Z.: Badanie polimorfizmu galaktozo–1–fosforan–urydyliotransferazy (E.C.2.7.7.12) w populacji wielkopolskiej. (Studies on polymorphism of galactose–1–phosphate–uridylytransferase (E.C.2.7.7.12) in population of Wielkopolska region) [20], 1995, II, 375–378.

VIII. Toksykologia sądowo–lekarska **Forensic toxicology**

152. Bogusz M.: Good laboratory practice in forensic sciences: applicability, perspectives and limitations [31], 1995, XXXI, 9–17.
153. Borkowski T., Kała M., Gut W., Janowska E., Madej A.: A comparison of the cannabinoid composition and content of Cannabis sativa L. of various origin [31], 1995, XXXI, 23–31.

154. Borkowski T., Gut W., Janowska E., Kała M.: Chemoanalytical diagnostics of drug addiction in Poland. Part V. The working-out of a quick method for the simultaneous detection of barbiturates, benzodiazepines and opium alkaloids in a single sample of drug addict's urine (Diagnostyka chemiczno-analityczna narkomanii w Polsce. Cz. V. Opracowanie szybkiej metody równoczesnego wykrywania barbituranów, benzodiazepin i alkaloidów opium w jednej próbce moczu narkomana) [31], 1995, XXXII, 9–15 (16–19).
155. Borowiak K.: Medico-legal aspects of drug abuse in the province of Szczecin [26], 1995, 3, 295–296.
156. Borowiak K.: Aktywność esterazy cholinowej krwinkowej i surowiczej oraz acylazy aktywowanej kobaltem w toksycznym i pozatoksycznym uszkodzeniu wątroby (Activity of blood-cell and serum cholinesterases and acylase activated by cobalt in toxic and non-toxic damage to the liver) [6], 1995, 41, 145–154 (praca doktorska).
157. Borowiak K., Ciechanowski K.: Niektóre enzymatyczne wskaźniki uszkodzenia wątroby w zatruciu muchomorem sromotnikowym (Some enzymatic biomarkers in the liver damage by a *Amanita phalloides* intoxication) [30], 1994, 3/4, 111–113.
158. Borowiak K., Wolski S., Jarmołowicz Z.: The successful use of oximes in vitro for the differential diagnosis of low levels of cholinesterases activity [7], 1995, 5, 158–162.
159. Borowiak K., Wolski S., Jarmołowicz Z., Kurzejamska M.: Analiza chemiczno-toksykologiczna Trodonu (The chemical, instrumental and toxicological analysis of a new analgetic agent – “Trodon”) [20], 1995, II, 341–351.
160. Chacia T.: Problemy analityczne w oznaczaniu benzodiazepin (Analytical problems in benzodiazepine's determination) [31], 1995, XXXI, 52–56.
161. Chacia T., Kała M.: Analiza próby krwi w toksykologii sądowej (The analysis of blood sample in forensic toxicology) [32], 1995, 4, 201–208.
162. Chłobowska Z.: Oznaczanie toluenu i benzenu w wodzie metodą chromatografii gazowej. W: Ćwiczenia z chemii środowiska. Badanie wód i ścieków. Praca zbiorowa pod red. E. Szczepaniec-Cięciak i P. Kościelniaka. Uniwersytet Jagielloński, Kraków, 1995, 2, 119–123.
163. Chłobowska Z., Chudzikiewicz E., Hebenstreit J.: Gazy łzawiące – nowy problem w toksykologii sądowej w Polsce (Tear gases – a new problem in forensic toxicology in Poland) [20], 1995, II, 309–315.
164. Dmochowski A., Sikorski M., Wachowiak R.: Początki i ekspansja narkomanii z uwzględnieniem Wielkopolski. W: Toksykologia Kliniczna Narkomania. Referaty II Konferencji Naukowo-Szkoleniowej. Wielkopolskie Centrum Medycyny Pracy i Polskie Towarzystwo Medycyny Pracy, Oddział w Poznaniu. Poznań, 1995, 9–19.
165. Fiedorczyk Z.: Śmiertelne zatrucie małżonków tlenkiem węgla w garażu (Fatal carbon monoxide poisoning of a married couple in a garage) [9], 1995, 1, 71–73.
166. Fiedorczyk Z.: Niezwykłe okoliczności zatrucia tlenkiem węgla (Unusual circumstances of a carbon monoxide poisoning) [9], 1995, 1, 79–80.
167. Grabowska R., Sokołowska-Jabłońska Z.: Analiza substancji odurzających i psychotropowych w laboratoriach kryminalistycznych [22], 1995, 207, 8–20.

168. Groszek B., Pach J., Kłys M.: Intermediate syndrome in acute fenitrothion poisoning [24], 1995, 52, 271–274.
169. Gut W.: Wpływ czynników pozaanalitycznych na wynik sądowej analizy chemiczno–toksykologicznej i jego interpretację. Część I. Rola informacji aktowej, przypadku bądź intuicji analityka a ryzyko popełnienia błędu interpretacyjnego (The influence of extra–analytical factors on the results of a forensic chemico–toxicological analyses and their interpretation. Part I. The role of case–file information or the analyst's intuition – and the risk of an interpretation error) [9], 1995, 2, 199–206.
170. Gut W.: Wpływ czynników pozaanalitycznych na wynik sądowej analizy chemiczno–toksykologicznej i jego interpretację. Część II. Stan materiału do badań toksykologiczno–sądowych i jego wpływ na wynik analizy (The influence of extra–analytical factors on the results of a forensic chemico–toxicological analyses and their interpretation. Part II. The condition of the material for forensic, toxicological examination and its influence upon the result of the analysis) [9], 1995, 3/4, 271–278.
171. Gut W.: A comparison of some cases of lethal poisoning with promazine (Porównanie kilku przypadków śmiertelnego zatrucia promazyną) [27], 1995, 2, 30–33.
172. Gut W.: Child's suicide involving ajmaline [27], 1995, 3, 23–26.
173. Hać Z.E., Czarnowski W., Gos T., Krechniak J.: Lead and fluoride content in human bones and hair [28], 1995, 1/78, 38.
– Hać Z.E., Czarnowski W., Gos T., Krechniak J.: Zawartość ołowiu i fluoru w kościach i włosach ludzkich (Lead and fluoride content in human bones and hair) [5], 195, XXV, 295–303.
174. Janowska E., Chudzikiewicz E.: Przypadek zatrucia werapamilem. (A case of verapamil poisoning) [31], 1995, XXXI, 93–96.
– Janowska E., Chudzikiewicz E.: A case of verapamil poisoning [10], 1995, 88–91.
175. Kała M.: Drug scene in Poland [31], 1995, XXXI, 18–22.
176. Kała M.: Drug scene in Poland from the forensic toxicologist's view. [26], 1995, 3, 291–294.
177. Kała M.: Klonidyna – nowy środek przestępczy (Clonidine – new criminal tool) [31], 1995, XXXI, 82–87.
178. Kała M.: Włosy – nowy materiał do retrospekcji (Hair – a new material for retrospection) [32], 1995, 4, 179–189.
179. Kała M., Madej K.: Środki odurzające w ekspertyzie sądowej – analiza dwóch przypadków (A presentation of two cases concerning narcotic drugs detection in non biological material) [31], 1995, XXXI, 88–92.
180. Klepacki K., Krajewski P., Ludwicki K.: Badania pozostałości z broni gazowej na dowodach rzeczowych (Investigation of the remains after gas weapon using on the evidencies) [20], 1995, II, 317–323.
181. Kłys M.: Zastosowanie wysokosprawnej chromatografii cieczowej z detekcją jodową DAT w ekspertyzie toksykologicznej (Usefulness of liquid chromatography with detector "Diode – Array" in toxicological expertise) [3], 1994, 2, 41–54.
182. Kłys M., Białka J., Klementowicz W.: HPLC z detekcją diodową w rutynowej analizie chemiczno–toksykologicznej (HPLC with diode–array detection in routine chemical–toxicological analysis) [9], 1995, 1, 17–25.

183. Kobylecka K., Lech T.: Badania ekotoksykologiczne w praktyce Instytutu Ekspertyz Sądowych (Eco-toxicological examinations at the Institute of Forensic Research) [31], 1995, XXXII, 95–103.
184. Kołowski J., Stochaj M.: Ostre zatrucie glikolem etylenowym w przebiegu nierozpoznanego zapalenia wyrostka robaczkowego (Acute ethyl glycol intoxication in course of undiagnosed appendicitis) [32], 1995, 4, 209–217.
185. Kulikowska J., Janusz A., Sybirska H.: Wydolność metod identyfikacyjnych na obecność pochodnych 1,4 benzodwuzepiny w materiale biologicznym (Efficiency of methods for identification of 1,4 –benzodiazepine derivatives in biological material) [31], 1995, XXXI, 57–61.
186. Lech T., Kobylecka K.: Mercury concentrations in blood of persons long exposed to mercury compounds [7], 1995, 5, 118–119.
187. Madej K., Kała M.: Przyczynek do badań nad optymalizacją rozdziału leków techniką chromatografii cieczowej (Contribution to the studies in the optimization of the separation of drugs by means of liquid chromatography) [31], 1995, XXXII, 104–113.
188. Markiewicz J.: Podstawowe pojęcia w toksykologii. W: Ćwiczenia z chemii środowiska. Charakterystyka wybranych zagrożeń środowiska. Badanie powietrza. Praca zbiorowa pod red. E.Szczepaniec–Cięciak i P.Kościelniaka. Uniwersytet Jagielloński, Kraków, 1995, 1, 19–28.
189. Mądro R., Buszewicz G., Kiszka M.: Oznaczanie cykloheksanonu i acetaldehydu w materiale sekcyjnym w skojarzonym zatruciu cykloheksanonem i alkoholem etylowym (Determination of cyclohexanone and acetaldehyde in the autopsy material in the case of poisoning by cyclohexanone and ethyl alcohol) [9], 1995, 3/4, 311–316.
190. Mądro R., Czekajska–Łuckiewicz H., Buszewicz G.: Stężenie aldehydu octowego we krwi ze zwłok (Concentration of acetaldehyde in post-mortem blood) [31], 1995, XXXII, 87–94.
191. Mądro R., Kiszka M., Buszewicz G.: Oznaczanie kwasu 2,4–dichlorofenoksyoctowego w materiale sekcyjnym (Determination of 2,4 – dichlorophenoxyacetic acid in autopsy material) [31], 1995, XXXII, 77–86.
192. Mielczarska J., Rzepecki J., Czerski B.: Nietypowe zatrucia glikolem etylenowym (Atypical ethylene glycol poisonings) [31], 1995, XXXI, 75–81.
193. Miścicka–Śliwka D., Sygit B., Sliwka K., Bloch–Bogusławska E., Przygońska J., Domaniewska J., Drewniak M.: Badania nad epidemiologią narkomanii w województwie bydgoskim w latach 1987–1991 (Examination of narcomania epidemiology in Bydgoszcz region in the years 1987–1991) [20], 1995, II, 259–264.
194. Olszowy Z., Nowicka J., Kabiesz–Neniczka S., Jurczyk A.: Sądowo–lekarska przydatność metody chromatografii gazowej w badaniach dowodów rzeczowych (Medico–legal use of gas chromatography in examinations of evidence) [32], 1995, 4, 191–200.
195. Olszowy Z., Słotwińska–Palugniok E., Sybirska H., Chowaniec C.: Kształtowanie się poziomu glikolu etylenowego w różnych płynach ustrojowych i tkankach pobranych ze zwłok w przypadkach śmiertelnego zatrucia (The level of ethylene glycol in defferent systemic fluids and tissues taken from a dead body in the case of a fatal poisoning) [31], 1995, XXXII, 71–76.

196. Pach J., Kamenczak A., Pach K., Marek Z., Winnik L.: The evaluation of the threat of acute chemical compound poisonings among the adult inhabitants of Kraków in the years 1983–1993 [24], 1995, (52), 5, 243–248.
197. Paczkowski T., Kordel K.: Analiza przypadków samobójczych intoksykacji w materiale sekcyjnym Zakładu Medycyny Sądowej AM w Poznaniu w latach 1976–1991 (Analysis of suicidal poisonings on the ground of autopic material of the Department of Forensic Medicine, Academy of Medicine, Poznań in 1976–1991) [20], 1995, II, 251–257.
198. Paczkowski T., Wachowiak R.: Wydajność izolacji i analiza trójpierścieniowych związków antydepresyjnych w materiale biologicznym (Analysis and efficiency of isolation the tricyclic antidepressants in the biological material) [20], 1995, II, 325–332.
199. Pufal E., Śliwka K., Szczepańska K.: Problemy analityczne w zatruciu Selenem (Analytical problems in case of selen poisoning) [20], 1995, II, 333–340.
200. Sadlik J., Kobylecka K., Markiewicz J., Lech T., Chłobowska Z.: The concentration of cadmium, zinc, lead and copper in internal organs of inhabitants of southern Poland [10], 1995, 113–115.
201. Sokołowska–Jabłońska Z., Nowak J., Dębski M.: Wykrywanie i identyfikacja psylocybiny i psylocyny w grzybach halucynogennych [22], 1995, 210, 7–10.
202. Sybirska H., Chowaniec C., Janusz A., Kulikowska J.: Klonidyna w praktyce sądowo–lekarskiej Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej Śląskiej Akademii Medycznej w Katowicach (Clonidine in medical and forensic practice of the Department of Forensic Medicine in Katowice) [31], 1995, XXXI, 69–74.
203. Sybirska H., Nasiłowski W., Kulikowska J.: Wybrane problemy opiniodawcze narkomanii w aspekcie toksykologii sądowo–lekarskiej (Chosen advisory problems of narcomania in medico–legal toxicology) [32], 1995, 4, 53–65.
204. Sybirska H., Olszowy Z.: W sprawie wykrywania glikolu etylenowego w materiale biologicznym w różnych fazach zatrucia (Ethylene glycol detection in biological material in different phases of poisoning) [31], 1995, XXXI, 46–51.
205. Sybirska H., Olszowy Z., Nasiłowski W., Zygan U.: Analityczne problemy wykrywania glikolu etylenowego w materiale biologicznym (The analytical problems of ethylene glycol identification in biological material) [9], 1995, 1, 45–49.
206. Szczepański J., Olszowy Z., Kabiesz–Neniczka S.: Śmiertelne zatrucie chlorkiem potasu (Fatal potassium chloride intoxications) [32], 1995, 4, 171–178.
207. Szrzedziński J., Janica J., Mokrzycka B., Pepiński W.: Zawartość insektycydów polichlorowych w próbach gleb makroregionu północno–wschodniego. (Polychloride insecticides content in samples of soils of north–eastern macroregion of Poland) [20], 1995, II, 305–307.
208. Świątek B.: Przypadek zatrucia chlorproxitenem (Case of poisoning by Chlorproxiten) [32], 1995, 4, 219–225.
209. Wachowiak R.: Rozmiary i skutki toksykomanii w kazuistyce Zakładu Medycyny Sądowej Akademii Medycznej w Poznaniu w latach 1990–1994. Toksykologia Kliniczna Narkomania. Referaty II Konferencji Naukowo–Szkoleniowej. Wielkopolskie Centrum Medycyny Pracy i Polskie Towarzystwo Medycyny Pracy, Oddział w Poznaniu. Poznań, 1995, 74–83.
210. Wachowiak R., Przybylski Z., Dmochowski A., Szuba M.: Current problems of drug abuse in Poznań and environs [26], 1995, 3, 285–290.

211. Wiater I., Madej K., Parczewska A., Kała M.: Optimization of the chromatographic separation and identification of phenothiazines and tricyclic antidepressants [10], 1995, 109–112.

IX. Zagadnienia związane z alkoholem Forensic aspects of alcohol

212. Grabowska T., Słotwińska–Palugniok E.: Ocena zagrożenia toksycznego etanolem u uczestników ruchu drogowego na podstawie wyników badań próbek krwi (Estimation of toxicological threat in traffic users based on the results of blood samples) [32], 1995, 4, 153–164.
213. Gryboś W.: The influence of alcohol and time lapse on the ability to identify a voice and recollect a situation (Wpływ alkoholu i upływu czasu na zdolność rozpoznawania głosu i przypominania sytuacji) [31], 1995, XXXII, 52–60 (61–65).
214. Gubała W.: Wybrane problemy toksykologii alkoholu oraz oceny stanu trzeźwości. [21], 1995, 430–453.
215. Gubała W.: Wiarygodność analizy powietrza wydychanego na zawartość alkoholu [23], 1995, 1, 78–84.
216. Gubała W., Łabędź J.: Individual variability of absorption and elimination of alcohol [7], 1995, 2, 111–116.
217. Gut W.: Konsekwencje stanu prawnego dotyczącego wykroczeń i przestępstw drogowych popełnionych pod wpływem alkoholu z punktu widzenia opiniującego toksykologa [25], 1995, 11/12, 87–95.
218. Janica J., Antoniuk Z.: Biologiczne skutki alkoholizmu (Biological effect of alcoholism) [20], 1995, II, 265–269.
219. Janica J., Pepiński W., Rydzewska M., Antoniuk Z., Szerzedziński J.: Medical and ordered by court analysis of acute ethanol intoxication (AEI) in autopsy material at Department of Forensic Medicine, Medical Academy Białystok, Poland [7], 1995, 2, 144–146.
220. Książkiewicz B., Mazur R., Śliwka K.: Postępowanie neurologiczne wobec osób zatrzymanych w Izbie Wyrzeczwierni zmierzające do wykrycia stanów zagrożenia życia (Whole body motorics in the diagnosing neurological complications of the acute alcohol intoxication) [20], 1995, II, 281–284.
221. Kurzejamska–Parafiniuk M., Sagan Z., Giedrys–Kalemba S., Andziak J.: Ethyl alcohol produced in vitro by some strains *Escherichia coli* [7], 1995, 4, 115
222. Łabędź J.: Nowoczesna aparatura do analizy powietrza wydychanego na podstawie badań prowadzonych w IES [23], 1995, 4, 66–75.
223. Łabędź J., Gubała W.: Zmienność współczynnika eliminacji alkoholu w świetle badań własnych (Variability of β_{60} coefficient in the light of the authors own study) [32], 1995, 4, 133–141.
224. Nasiłowski W., Sybirska H., Olszowy Z.: Mechanizm śmierci w zatruciach alkoholem etylowym w interakcji z lekami (Mechanism of death with ethyl – alcohol poisoning in action with drugs) [32], 1995, 1, 29–35.
225. Śliwka K., Pufal E.: Concentration of alcohol and medicaments in the blood suicidally hanged individuals [7], 1995, 5, 104–107.
226. Świątek B., Maksymowicz K.: Śmiertelne zatrucia alkoholem etylowym w latach 1985–1994 w materiale Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej AM we Wrocławiu (Fatal poisonings with ethyl alcohol in materials of the years

- 1985–1994 from the Department Forensic Medicine at the Academy of Medicine in Wrocław] [20], 1995, 4, 143–151.
227. Trela F.M.: Problemy interpretacyjne niskich stężeń alkoholu w materiale pobranym ze zwłok (Interpretation problems of low concentration of ethanol in the material taken of the corpse) [9], 1995, 1, 37–39.
228. Trela F.M.: Badanie krwi zdenaturowanej na zawartość alkoholu (The examination of denaturated blood for alcohol content) [32], 1995, 4, 165–169.

X. Kryminologia i kryminalistyka **Criminology and criminalistics**

229. Gurgul J.: Oględziny – niektóre aspekty teoretyczne i praktyczne [22], 1995, 207, 24–28.
230. Jarosz J.: Upadek z wysokości (Fall from a height) [31], 1995, XXXI, 97–106.
231. Jerzewska J.: Gantiskopia (Gantiskopia) [31], 1995, XXXII, 119–122.
232. Legień M.: Badania grafologiczne jako posiłkowa metoda ekspertyzy medyczno-sądowej (Graphological investigations as an auxiliary method of a medico-legal opinion) [32], 1995, 1, 43–52.
233. Rodowicz L.: Przyczynek do identyfikacji śladów obuwia na skórze [22], 1995, 210, 34–44.
234. Włodarczyk R., Parafiniuk M., Marcinkowski T., Woźny C.: Badania włókien pochodzących z jednego sarkofagu Gryfitów Szczecińskich (Investigations of the fibrile deriving from of the sarcophagus of Gryfit's of Szczecin) [22], 1994, 204, 28–31.
235. Wójcikiewicz J.: Hipnoza w pracy śledczej [23], 1995, 3, 13–19.

XI. Zagadnienia prawne i etyczne **Legal and ethical problems**

236. Gierowski J.K.: Etyczne problemy opiniowania o procesach motywacyjnych w sprawach karnych na tle wybranych zagadnień deontologicznych psychologii sądowej. W: Etyczno-zawodowe problemy biegłego sądowego psychologa i psychiatry w praktyce sądowej. Red. J.M.Stanik, Z.Majchrzyk. Katowice, 1995, 43–49.
237. Gierowski J.K.: Niektóre problemy deontologiczne w psychologii sądowej [16], 1995, 1/2, 94–101.
238. Klepacki K., Dubrzyński A.: Granice bezpieczeństwa użycia broni gazowej (Safety borders of gas weapons using) [20], 1995, II, 137–141.
239. Legień M.: Niektóre przepisy nowego Kodeksu Etyki Lekarskiej w ocenie prawnej (Some regulations of a new Medical Ethics Code in legal estimation) [20], 1995, II, 31–34.
240. Nasiłowski W.: Nauczanie etyki na studiach lekarskich (Ethic at medical study) [32], 1995, 1, 7–15.
241. Nasiłowski W.: Tezy sądowo-lekarskie do wskazówek transplantacyjnych (Medico-legal theses for transplantation recommendations) [32], 1995, 1, 53–54.
242. Nasiłowski W., Legień M.: Planowana nowelizacja kodeksu karnego w zakresie przestępstw przeciwko życiu i zdrowiu w ocenie medyczno-sądowej (Medico-legal estimation of code changes on crimes against life and health) [32], 1995, 4, 89–96.

243. Nasitowski W., Legień M.: Odpowiedzialność zawodowa przed sądami lekarskimi a nowy Kodeks Etyki Lekarskiej (Professional responsibility in medical courts at the new Medical Ethics Code) [20], 1995, II, 35–39.
244. Morawski A., Patrzalek D., Kawecki J.: Porównanie regulacji prawnych i organizacyjnych transplantacji narządów w Polsce i Europie Zachodniej (Comparisation of legal and system regulations of organ transplantation in Poland and Western Europe) [20], 1995, II, 59–62.
245. Morawski A., Świątek B.: Legal and ethical problems of contemporary medicine in Poland [7], 1995, 8, 10–12.
246. Raszeja S.: Deontologia lekarza eksperta (Deontology of the medical expert) [32], 1995, 4, 33–41.
– Raszeja S.: Deontologia lekarza eksperta [19], 1995, 50 (36–39), 95–96.
247. Świątek B.: Tajemnica lekarska a przestępstwa przeciwko wolności. (Doctor's secret in offences against freedom) [20], 1995, II, 45–49.
248. Świątek B.: Problemy sądowo–lekarskie a aktualne przepisy (Forensic problems with current law regulations) [20], 1995, II, 51–58.
249. Świątek B.: Zagadnienia medyczno–prawne w położnictwie i ginekologii (rozwiązania prawne obowiązujące w Polsce) w: Położnictwo i ginekologia, William W. Beck (junior). Tłumaczenie z III wydania angielskiego pod red. J.Wojtonia. Wydawnictwo Medyczne Urban and Partner, Wrocław, 1995, 483–488.
250. Świątek B., Parkitna–Cegła Z.: Rola biegłego w kwalifikacji czynu z art. 158 k.k. [20], 1995, II, 63–67.
251. Widła T.: Niektóre dylematy moralne biegłego i ich rozstrzygnięcie na gruncie polskiego prawa procesowego (Some moral dilemmas of the expert and their settles in the Polish law) [32], 1995, 4, 79–88.
252. Zienkiewicz D.: Stosunek prawny łączący organ procesowy i biegłego (Obligatory relation joining lawsuit organ and an expert) [32], 1995, 4, 109–121.

XII. Różne Various

253. Chagowski W.: Bibliografia prac Prof. dr hab. Andrzeja Jaklińskiego (Prof. dr hab. Andrzej Jakliński – bibliography) [9], 1995, 3/4, 242–245.
254. Dubrzyński A.: Kontrowersyjna sylwetka naukowa Profesora Zdzisława Marka – wada czy twórcza zaleta? (w 70–tą rocznicę urodzin) (Controversy scientific of Professor Zdzisław Marek – fault or advantage creative (on the occasion of 70th birthday) [9], 1995, 1, 9–11.
255. Garbowska–Górska A., Kosicki M., Skórniewski J.: Profesor Zygmunt Fiedorcuk (w 70–tą rocznicę urodzin) (Professor Zygmunt Fiedorcuk – on the occasion of 70th birthday) [9], 1995, 3/4, 237–240.
256. Głazek A., Wójcikiewicz J.: Forensic science education in Poland [7], 1995, 8, 84–86.
257. Głosek M.: Recenzja książki R. Mądro, Katyń 1940–1994 [9], 1995, 3/4, 317–321.
258. Kołodziej J., Plac–Bobula E., Kłys M.: Profesor Zdzisław Marek (w 70–tą rocznicę urodzin) (Professor Zdzisław Marek – on the occasion of 70th birthday) [9], 1995, 1, 3–8.
259. Kunz J.: Szkolenie z zakresu medycyny sądowej w Polsce na tle innych krajów europejskich (Graduate and postgraduate teaching system in forensic

- medicine in Poland in comparison with other European countries) [9], 1995, 2, 195–197.
260. Małek J.: Mikołaj Kopernik jako lekarz i prawnik (Wykład okolicznościowy na IX Zjeździe Polskiego Towarzystwa Medycyny Sądowej i Kryminologii w Bydgoszczy, 9–12 września 1992), [20], 1995, II, 11–18.
261. Marek Z.: Bibliografia prac naukowych z zakresu medycyny sądowej i działań pokrewnych za rok 1994 (Bibliography of scientific works from forensic medicine, criminology and related fields for the 1994 year) [9], 1995, 2, 211–224.
262. Marek Z.: Sprawa Rity Gorgonowej – jeszcze raz (Once again on the case of Rita Gorgonowa) [9], 1995, 2, 181–193.
263. Markiewicz J.: Ze wspomnień chemika – toksykologa (From a toxicologist's memories) [32], 1995, 4, 43–51.
264. Nasiłowski W.: Profesor Kazimierz Jaegermann – Medyk Sądowy – Uczony – Myśliciel. Niektóre poglądy i myśli (Professor Kazimierz Jaegermann – Forensic Surgeon – Scientist – Thinker. Some of his opinions and minds) [32], 1995, 1, 17–28.
265. Przybylski Z.: Przemówienie Przewodniczącego Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Medycyny Sądowej i Kryminologii (Przemówienie wygłoszone na IX Zjeździe Polskiego Towarzystwa Medycyny Sądowej i Kryminologii w Bydgoszczy, 9–12 września 1992) [20], 1995, II, 9–10.
266. Raszeja S.: Quo vadis medicina forensis? (Wykład inauguracyjny wygłoszony na IX Zjeździe Polskiego Towarzystwa Medycyny Sądowej i Kryminologii w Bydgoszczy, 9–12 września 1992) [20], 1995, II, 19–27.
267. Raszeja S.: Schilling–Siengalewicz Sergiusz. Słownik Bibliograficzny Polskich Nauk Medycznych XX wieku. Wyd.: Pracownia Historii Nauk Medycznych, IHN PAN, Warszawa, 1995, I, 3, 93–95.
268. Raszeja S.: Katedra i Zakład Medycyny Sądowej Akademii Medycznej [5], 1995, XXV, supl. 2, 361–377.
269. Szczepański J., Rygol K., Chowaniec C.: 40–lecie Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej SAM – kształtowanie się liczby sekcji zwłok, ekspertyz i badań dodatkowych (40th anniversary of the Department of Forensic Medicine in Silesian Academy of Medicine – the number of autopsies, opinions and additional investigations) [32], 1995, 4, 123–131.
270. Uczniowie i współpracownicy: Wspomnienie pośmiertne – Prof. dr hab. Andrzej Jakliński [9], 1995, 3/4, 241.
271. Wójcikiewicz J.: Crime in art – art in crime (Przestępstwo w sztuce – sztuka w przestępstwie) [7], 1995, 7, 343–344.
– Wójcikiewicz J.: Przestępstwo w sztuce – sztuka w przestępstwie (Crime in art – art in crime) [31], 1995, XXXII, 66–70.
272. Zespół pracowników Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej SAM: Profesor Władysław Wojciech Nasiłowski (w 70–tą rocznicę urodzin) (Professor Władysław Wojciech Nasiłowski (on the occasion of 70th birthday) [9], 1995, 3/4, 227–235.
273. Żaba C.: Higiena w prosektorium. W: Skrypt higieny. AM Poznań, 1995, 307–311.
274. Żaba C.: Postępowanie ze zwłokami. W: Skrypt higieny. AM Poznań, 1995, 312–315.

INDEKS AUTORÓW
AUTHOR'S INDEX

- Andziak J.: 221
Antoniuk Z.: 38, 218, 219
- Babecka J.: 91
Baran E.: 67, 68
Bartnik B.: 77, 78
Berent J.A.: 1, 2, 34, 35, 65, 79, 110,
111, 112, 113, 114, 115, 116
Beuth W.: 15
Białek I.: 39
Białka J.: 182
Białko M.: 70
Bloch–Bogusławska E.: 27, 35, 111,
193
Bochenek S.: 80
Bogusz M.: 152
Borkowski J.: 78
Borkowski T.: 153, 154
Borowiak K.: 155, 156, 157, 158, 159
Brelńska R.: 12
Brodziak T.: 3, 4, 59, 64, 69
Brzozowska M.: 5
Brzyski J.: 40
Budzbon J.: 15
Buszewicz G.: 189, 190, 191
- Chacia T.: 160, 161
Chagowski W.: 253
Chlebowska H.: 82
Chłobowska Z.: 162, 163, 200
Chodorowski Z.: 13
Chowanec C.: 195, 202, 269
Chudzikiewicz E.: 163, 174
Ciechanowski K.: 157
Cieszyński W.: 36
Czarnowski W.: 173
Czarny M.: 81, 82
Czerski B.: 192
Czekajska–Łuckiewicz H.: 190
Czerederecka A.: 75, 76
- Deboa D.: 6, 56, 73, 101
Dębski M.: 201
Diakowski W.: 77
- Dmochowska G.: 80, 83, 118
Dmochowski A.: 164, 210
Dobosz T.: 77, 78, 80, 83, 84, 85, 86,
87, 88, 89, 98, 100, 106, 117,
118, 119, 133, 137, 139
Domaniewska J.: 27, 36, 193
Dopierała T.: 38
Drewniak M.: 27, 36, 193
Drożdżiak K.: 128
Dubrzyński A.: 7, 238, 254
Dutkiewicz T.: 130
Dziedzic–Witkowska T.: 150
- Flasza J.: 146
Fiedorczuk Z.: 41, 165, 166
- Garbowska–Górska A.: 255
Gardy–Kospion A.: 107, 108
Giedrys–Kalemba S.: 221
Gieracka D.: 90, 146
Gierowski J.K.: 74, 236, 237
Ginda J.: 12
Głazek A.: 256
Głosek M.: 257
Godlewski J.: 74
Gos T.: 8, 9, 13, 173
Gotkowska U.: 91
Grabowska J.: 15
Grabowska R.: 167
Grabowska T.: 212
Gross A.: 10
Groszek B.: 168
Gryboś W.: 213
Grzybowski T.: 112, 113
Gubała W.: 214, 215, 216, 223
Gurda M.: 143
Gurgul J.: 229
Gut W.: 153, 154, 169, 170, 171, 1
217
Gwiazdecki R.: 11
Gwoździewicz J.: 70
- Hać Z.E.: 173
Harasim–Dudczak A.: 7

Hauser R.: 9, 33, 92, 93, 148, 150
Hebenstreit J.: 163
Heitzman J.: 74
Hellman A.: 148, 149

Jacewicz R.: 94
Jagielski J.: 83, 86, 133
Janica J.: 32, 38, 95, 96, 120, 121,
122, 207, 218, 219
Janiszewska H.: 82
Jankowski Z.: 70, 150
Janowska E.: 153, 154, 174
Janowski H.: 31
Janusz A.: 185, 202
Jarmołowicz Z.: 158, 159
Jarosz J.: 230
Jaroszewski J.: 12, 130
Jaśkiewicz–Obydzińska T.: 75, 76
Jerzewska J.: 231
Jurczyk A.: 29, 194

Kabiesz J.: 97, 129
Kabiesz–Neniczka S.: 29, 194, 206
Kaletha K.: 13
Kalinowska D.: 128
Kała M.: 42, 153, 154, 161, 175, 176,
177, 178, 179, 187, 211
Kamenczak A.: 196
Kapińska E.: 136
Karaś Z.: 12
Kawecki J.: 14, 98, 244
Kaźmierczak K.: 15
Kędzierska A.: 90, 146
Kiszka M.: 189, 191
Klementowicz W.: 182
Klepacki K.: 16, 17, 180, 238
Kłys M.: 168, 181, 182, 258
Kobylecka K.: 183, 186, 200
Koc E.: 96
Kochanowska K.: 99
Koepe W.: 41
Kołodziej J.: 66, 90, 146, 258
Kołowski J.: 57, 58, 184
Kordel K.: 3, 4, 43, 59, 60, 63, 64, 69,
197
Kornobis J.: 100
Kosicki M.: 255
Kotschy M.: 18, 19
Kowalczyk E.: 77

Kozioł P.: 104, 105
Krajewski P.: 11, 17, 180
Krechniak J.: 173
Krzymańska M.: 131, 132
Książkiewicz B.: 220
Kulikowska J.: 44, 185, 202, 203
Kunz J.: 10, 259
Kurzejamska M.: 159
Kurzejamska–Parafiniuk M.: 221
Kwiatkowska J.: 81, 82
Kwiatkowski S.: 146

Lasek J.: 70
Lech T.: 183, 186, 200
Legień M.: 232, 239, 242, 243
Lipiński J.: 70
Listopadzki D.: 18, 19
Ludwicki K.: 180

Łabędź J.: 216, 222, 223

Madej A.: 153
Madej K.: 179, 187, 211
Makarewicz W.: 13
Maksymowicz K.: 226
Małek J.: 260
Marcinkowska W.: 101, 102
Marcinkowski T.: 6, 22, 30, 56, 101,
102, 103, 234
Marek Z.: 20, 21, 71, 196, 261, 262
Markiewicz J.: 188, 200, 263
Marks W.: 70
Mazgaj D.: 80
Mazur R.: 220
Mazurek J.: 104
Mączkorowski J.: 77
Mądra E.: 87
Mądro R.: 23, 45, 104, 105, 189, 190,
191
Miąskiewicz H.: 140
Miczyk B.: 106
Mielczarska J.: 192
Miękoś L.: 107, 108
Miklaszewicz A.: 101
Miścicka–Śliwka D.: 1, 2, 24, 25, 26,
27, 35, 36, 79, 109, 110, 111,
112, 113, 114, 115, 116, 138,
193
Młodziejowski B.: 5

- Mokrzycka B.: 207
Monies D.: 105
Morawska B.: 117
Morawski A.: 61, 72, 106, 118, 244, 245
- Nagel–Starczynowska G.: 13
Nałęcka M.: 121, 122
Nasiłowski W.: 28, 62, 203, 205, 224, 240, 241, 242, 243, 264
Nawarska Z.: 62
Nowak J.: 201
Nowicka J.: 28, 29, 194
- Olszowy Z.: 28, 29, 194, 195, 204, 205, 206, 224
Osiński P.: 15
- Pach J.: 168, 196
Pach K.: 196
Paczkowski T.: 197, 198
Pankowski J.: 31
Parafiniuk M.: 6, 30, 31, 56, 234
Parczewski A.: 211
Parkitna–Cegła Z.: 119, 250
Patrzalek D.: 244
Pawłowski R.: 123, 124, 148, 149
Pepiński W.: 95, 96, 120, 121, 122, 207, 219
Petri D.: 88, 89
Pietras H.: 87
Pietrzyk J.J.: 144
Piotrowicz A.: 1, 2
Plac–Bobula E.: 21, 66, 258
Pleszyńska B.: 110, 113
Popielski B.: 125
Prejzner W.: 148, 149
Przybojewski K.: 65
Przybylski Z.: 12, 57, 63, 64, 133, 151, 210, 265
Przygońska J.: 18, 19, 27, 36, 193
Pufal E.: 199, 225
- Raczek E.: 126, 127, 128, 129, 142
Rahhal A.N.: 43, 60
Raszeja S.: 246, 266, 267, 268
Reza A.: 46, 47
Rodowicz L.: 233
Rość D.: 18
- Rydzewska M.: 32, 219
Rygot K.: 62, 269
Rzepecki J.: 192
- Sadlik J.: 200
Sagan Z.: 130, 221
Sanak M.: 141, 142, 144
Siemieniako B.: 81, 82
Sikorski M.: 164
Skawrońska M.: 95, 96, 121, 122
Skórniewski J.: 255
Słomska M.: 81
Słomski R.: 81, 82
Słotwińska–Palugniok E.: 195, 212
Smoliński J.: 33
Sobiech K.A.: 78
Sokołowska–Jabłońska Z.: 167, 201
Stępnik M.: 131, 132
Stochaj M.: 58, 184
Suchorzewska J.: 70
Suszczewski W.: 140
Swincow A.: 15
Sybirska H.: 44, 185, 195, 202, 203, 204, 205, 224
Sygit B.: 27, 36, 193
Syroczyńska A.: 79, 110, 114, 115, 116
Szadujkis–Szadurski L.: 25, 26
Szczepaniak M.: 86, 133
Szczepańska K.: 199
Szczepański J.: 206, 269
Szczerkowska Z.: 134, 135, 136
Szrzedziński J.: 207, 219
Szuba M.: 210
Szymaniec S.: 86, 117
- Śliwka K.: 1, 2, 18, 19, 27, 34, 35, 36, 65, 79, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 193, 199, 220, 225
Świątek B.: 72, 83, 106, 137, 208, 226, 245, 247, 248, 249, 250
- Teresiński G.: 45
Tomiczek K.: 138
Trela F.M.: 227, 228
Trnka J.: 139
Tucholska–Lenart A.: 140
Turowska B.: 141, 142, 143, 144
Turowska–Heydel D.: 144

Turowski G.: 90, 144, 145, 146

Tyloch F.: 35

Uczniowie i Współpracownicy: 270

Unarski J.: 48

Urbański A.: 70

Wach W.: 49

Wachowiak R.: 164, 198, 209, 210

Waloszczyk P.: 22

Welz A.: 148, 149

Wiater I.: 211

Widła T.: 251

Wierciński J.: 50, 51

Winnik L.: 196

Włodarczyk R.: 234

Wojda-Gradowska U.: 7

Wolski S.: 158, 159

Wośko G.: 6, 37, 130

Woźniak K.: 143

Woźny C.: 234

Wójcicki B.: 52, 53

Wójcik J.: 31

Wójcikiewicz J.: 147, 235, 256, 271

Wujec J.: 140

Zaucha J.M.: 148, 149

Zdrojewski Z.: 150

Zespół pracowników: 272

Zienkiewicz D.: 252

Zięba-Palus J.: 54

Zygan U.: 205

Żaba C.: 3, 4, 43, 55, 59, 60, 64, 69,
151, 273, 274

Żekanowska E.: 18, 19

Sprawozdanie z konferencji Hemogenetyków Sądowych, która odbyła się w Krakowie w dniu 8 marca 1996 roku

W spotkaniu wzięli udział: prezes PTMSiK prof. dr hab. Karol Śliwka, kierownicy, względnie delegowani przez nich przedstawiciele wszystkich Katedr i Zakładów Medycyny Sądowej w Polsce. Program konferencji obejmował trzy zagadnienia związane z prowadzeniem ekspertyz dla władz wymiaru sprawiedliwości w roku 1996 a mianowicie:

- I. Ekspertyza hemogenetyczna w dochodzeniu spornego ojcostwa
- II. Badanie śladów biologicznych
- III. Kalkulacja kosztów badania polimorfizmu DNA

I. EKSPERTYZA HEMOGENETYCZNA W DOCHODZENIU OJCOSTWA

1. Klasyczna ekspertyza serologiczna

- a) Uzgodniono, że zlecenia sądów na badanie DNA z pominięciem ekspertyzy klasycznej winno być obligatoryjne. W przypadku gdy sąd życzy sobie wykonania ekspertyzy klasycznej a badanie DNA zostało już przeprowadzone, zlecenie takie należy przyjąć. Sąd nie może bowiem oddalić wniosku dowodowego, którego domaga się którakolwiek ze stron procesowych.
- b) Badania antygenów układ HLA wykonywane są przez Zakłady Medycyny Sądowej w Białymstoku, Bydgoszczy, Gdańsku, Katowicach, Krakowie, Łodzi (WAM), Poznaniu, Warszawie i Wrocławiu.
- c) Badania na prywatne zlecenia są przeprowadzane po uzyskaniu pisemnej zgody obu stron na pobranie krwi, ujawnienie wyników i opinii.

2. Badania polimorfizmu DNA

W 1996 roku badania w zakresie DNA przeprowadzają następujące Zakłady Medycyny Sądowej: w Bydgoszczy, Gdańsku, Katowicach, Krakowie, Lublinie, Poznaniu, Warszawie i Wrocławiu oraz w Łodzi w kooperacji z ZMS we Wrocławiu i w Szczecinie we współpracy z Zakładem Genetyki i Anatomii Patologicznej Pomorskiej Akademii Medycznej.

Omówiono następujące problemy:

- a) wiek dziecka
Ustalono, że przy pobieraniu krwi do badań dziecko winno mieć ukończone co najmniej 6 miesięcy życia

- b) badanie DNA
Sposoby izolacji, pomiary ilości uzyskanego DNA, jak również metodyka badań polimorfizmów DNA należą do decyzji biegłego. W związku z powyższym, problemy z tym związane nie były omawiane
- c) zakres badań
W wyniku szczegółowej dyskusji ustalono, że ekspertyza DNA w spornym ojcostwie winna być poszerzona względem zobowiązań podjętych podczas ostatniej konferencji hemogenetyków (1994 r.) i obejmować:
- badanie DNA metodą hybrydyzacyjną – RFLP jedną sondą wielolokusową z jednym enzymem restrykcyjnym
 - badanie z trzema dowolnie wybranymi układami polimorficznymi jednolokusowymi
- W przypadku uzyskania wyników trudnych do interpretacji wskazane jest przeprowadzenie poszerzonych badań o drugą sondę wielolokusową a także o inne systemy jednolokusowe**
- d) zapis wyników, ich interpretacja i opiniowanie
W tym zakresie obowiązują ustalenia z konferencji Hemogenetyków Sądowych, która odbyła się w Gdańsku w 1994 roku.
- e) interpretacja opinii wydanych przez inne Zakłady
W przypadku prośby sądu o interpretację wyników badań i treści opinii wydanej przez inny Zakład Naukowy należy wyraźnie podać sądowi informację, że bez przeprowadzenia badań nie jest to możliwe. Można ewentualnie odnieść się do prawidłowości zastosowanych metod badawczych.
- f) dokumentacja badań
Podstawową dokumentacją uzyskanych wyników badań jest książka laboratoryjna

II. BADANIE ŚLADÓW BIOLOGICZNYCH

W czasie konferencji omówiono najważniejsze problemy dotyczące zakresu identyfikacji i indywidualizacji śladów biologicznych.

Na podstawie ankiet wypełnionych przez osoby biorące udział w konferencji zestawiono w tabelach 1 – 4 zakres badań płam krwi, nasienia, śliny i włosów w poszczególnych Zakładach.

Badania identyfikacyjne zębów, kości i paznokci

Badania identyfikacyjne metodami klasycznymi prowadzą Zakłady w Bydgoszczy, Gdańsku, Krakowie, Lublinie i Poznaniu, natomiast technikę PCR stosują do tego celu Zakłady w Bydgoszczy, Gdańsku, Lublinie i Wrocławiu.

Badanie DNA

DNA w śladach biologicznych nie badają Zakłady w Łodzi, Krakowie i Poznaniu.

Najczęstszą metodą izolacji DNA jest metoda z Chelexem.

Tabela I. Identyfikacja śladów krwi

Badanie	Białystok	Bydgoszcz	Gdańsk	Katowice	Kraków	Lublin	Łódź WAM	Poznań	Wrocław
ABO	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Rh D	-	-	-	-	-	-	-	-	+
GM 1	+	+	+	+	+	+	+	+	+
GM 2	+	+	-	-	-	+	+	-	-
ACP	+	+	+	-	+	+	-	+	-
ESD	+ podgr.	+	+ podgr.	-	+	+ podgr.	-	+	+
PGM1	+ podgr.	+ podgr.	+ podgr.	+	+ podgr.	-	+	+	+ podgr.
AK	-	+	-	+	-	+	-	-	+
ADA	-	-	-	-	-	-	-	-	+
GLO	-	+	-	-	-	-	-	+	-
GC	-	+	+	-	-	-	-	-	-
α 2HS	-	-	+	-	-	-	-	-	-
Płeć	-	+	+	+	-	+	-	+	+
Źródło krwaw.	-	+	+	+	+	-	-	+	-
Krew miesią.	-	+	+	-	+	-	-	+	+
Krew ciężar.	-	+	+	-	-	-	-	-	+
Krew płodu	-	+	+	-	+	+	-	+	+
Wiek plam	-	-	+	+	-	-	-	+	+

+ = Zakład wykonuje badania

- = Zakład nie wykonuje badania

Brak informacji z Zakładów w Łodzi, Warszawie i Szczecinie

Tabela II. Badanie śladów nasienia

Badanie	Białystok	Bydgoszcz	Gdańsk	Katowice	Kraków	Lublin	Łódź WAM	Poznań	Wrocław
Obecność nasienia	+	+	+	+	+	+	+	+	+
ABO	+	+	+	+	+	+	+	+	+
GM 1	-	+	+	-	+	+	-	-	-
GM 2	-	-	-	-	-	+	-	-	-
PGM1	+ podgr.	+ podgr.	+ podgr.	-	+	-	-	-	-
ESD	-	+	+ podgr.	-	-	-	-	-	-

Tabela III. Badanie plam śliny

Badanie	Białystok	Bydgoszcz	Gdańsk	Katowice	Kraków	Lublin	Łódź WAM	Poznań	Wrocław
Obecność śliny	-	+	+	+	+	+	-	+	+
Gatun.	+	+	+	-	+	+	-	+	+
ABO	+	+	+	+	+	+	+	+	+
GM 1	-	+	+	-	+	-	-	+	-
DNA	-	+	-	-	-	-	-	-	-

Tabela IV. Badanie włosów

Badanie	Białystok	Bydgoszcz	Gdańsk	Katowice	Kraków	Lublin	Łódź WAM	Poznań	Wrocław
Morfol.	+	-	-	+	+	-	-	-	+
ABO	-	-	-	+	-	-	-	-	-
Płeć	-	+	-	-	-	+	-	-	+
DNA	+	+	+	-	-	+	-	-	+

Ilość uzyskanego DNA z plam nie oznaczają Zakłady w Białymstoku i Katowicach, a jego jakość w Katowicach i Lublinie. Technikę RFLP (MLP) do badania śladów stosuje tylko Zakład we Wrocławiu.

Metoda PCR

Techniką PCR do badania polimorfizmu struktur minisatelitarnych posługują się Zakłady:

Białystok	-	3	układy
Bydgoszcz	-	4	"
Gdańsk	-	4	"
Lublin	-	1	"
Wrocław	-	1	"

Polimorficzne sekwencje typu STR oznaczane są w Zakładach:

Bydgoszcz	-	15	układów
Gdańsk	-	14	"
Lublin	-	8	"
Wrocław	-	13	"

Metoda "dot blot reverse"

Bydgoszcz	-	DQ α i Pm
Katowice	-	DQ α
Lublin	-	DQ α
Wrocław	-	DQ α i PM

Oznaczenie multipleksowe**Dupleksy (w różnych kombinacjach):**

Bydgoszcz	–	2	komplety
Gdańsk	–	3	“
Lublin	–	1	“

Tripleksy (w różnych kombinacjach):

Bydgoszcz	–	2	komplety
Gdańsk	–	1	“
Lublin	–	2	“

Tetrapleksy : Bydgoszcz – 1 komplet
Pentapleksy : Bydgoszcz – 1 komplet
Hexapleksy : Bydgoszcz – 1 komplet

Sekwencjonowanie

Produkty PCR: Bydgoszcz (ACTBP2)
DNA mitochondrialne: Bydgoszcz (nierutynowo)

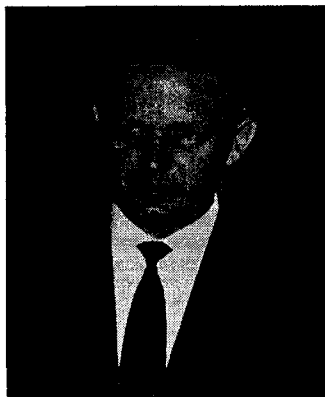
III. KALKULACJA KOSZTÓW BADANIA POLIMORFIZMU DNA

W tej części konferencji kierownicy Pracowni Hemogenetycznych Zakładów Medycyny Sądowej dyskutowali nad kosztami związanymi z przeprowadzaniem badań w zakresie polimorfizmu DNA.

Komisja Serologiczna opracowała całościowy układ cennika dotyczącego badań hemogenetycznych, który został przekazany Komisji Cennikowej przy ZG PTMSiK celem włączenia go do opracowania nowej propozycji cennikowej.

Prof. dr hab. Bożena Turowska
Prof. dr hab. Danuta Miścicka-Śliwka
Dr hab. Ryszard Pawłowski
Dr hab. Zofia Szczerkowska

Stefan Raszeja
Dr med. Andrzej Krüger
(wspomnienie pośmiertne)



W dniu 16 marca 1996 r. na cmentarzu w Poznaniu pożegnałem doktora Andrzeja Krügera, mego ucznia i przyjaciela, cieszącego się uznaniem w Polsce i w Niemczech specjalistę medycyny sądowej. W tej żałobnej uroczystości towarzyszyli mi koledzy z Poznania, Bydgoszczy i Gdańska, a więc z tych ośrodków, z którymi dr Krüger przez pewien okres czasu był związany, czy to podczas zdobywania kwalifikacji zawodowych, czy też w okresie jego działalności naukowej i organizacyjnej. Dr Andrzej Krüger urodził się 27.XI.1931 r. w Pniewach pod Poznaniem. Studia lekarskie odbył w Akademii Medycznej w Poznaniu, a od roku 1957 został zatrudniony w tamtejszym Zakładzie Medycyny Sądowej (pod kierunkiem prof. Chróścielewskiego) jako stypendysta, zdobywając oba stopnie specjalizacji z zakresu medycyny sądowej. Swoje szczególne zainteresowania serohematologią mógł zaspokoić pod kierunkiem prof. Haliny Seyfriedowej i moim. W roku 1964 razem ze mną przenosi się do Gdańska i w tamtejszej Katedrze Medycyny Sądowej pracuje do 1975 roku, uzyskując m.in. stopień naukowy doktora medycyny w 1971 roku na podstawie pracy dotyczącej wówczas bardzo aktualnego tematu, jakim było badanie układu grupowego kwaśnej fosfatazy erytrocytów. Od 1975 do 1977 r. pełni obowiązki kierownika Zakładu Medycyny Sądowej w Bydgoszczy, powstałego w ramach Oddziału Zamiejscowego Wydziału Lekarskiego AM w Gdańsku. We wrześniu 1977 roku wyjeżdża do Hamburga i angażuje się na stanowisku pracownika naukowego (“wissenschaftliche Assistent”) Instytutu Medycyny Prawnej tamtejszego Uniwersytetu.

Jego działalność naukowa w okresie pobytu w Polsce obejmuje 20 prac naukowych. Wśród nich na uwagę zasługują publikacje dotyczące takich tematów, jak wykrywanie chromatyny płciowej w zewnętrznej pochewce włosa ludzkiego, krytyczna ocena prób mikrokystalicznych w badaniu nasienia, oznaczanie poziomu alkoholu w ciałku szklistym i mazi stawowej (w 1969 r.), histopatologia zatrucia trójchlorkiem etylenu (Tri). Ulubioną dziedziną dr A.Krügera stała się serohematologia sądowa. W tym zakresie – zawsze równoległe do nowych odkryć – stosował

nowe techniki badawcze, często jako pierwszy w Polsce. Wyniki swoich prac na temat wówczas dopiero wprowadzonych do praktyki sądowej układów grupowych (mozaika Rh, Hp, Gc, APh, PGM) publikował zarówno w Polsce jak i w Niemczech.

Znał doskonale dwa języki obce: angielski i niemiecki, co ułatwiło Mu przyswajanie nowinek w zakresie medycyny sądowej. Umiał dostrzec główne trendy burzliwego rozwoju hemogenetyki sądowej, a Jego zdolność wdrażania do praktyki nowych metod laboratoryjnych była wręcz godna podziwu. Jeżeli do tego dodać takie cechy, jak pracowitość, a zwłaszcza systematyczność w opracowywaniu poszczególnych zagadnień, to nic w tym dziwnego, że był moim pierwszym kandydatem do habilitacji. Niestety, Andrzej postanowił inaczej. Za moją zgodą przeniósł się do filii gdańskiej AM w Bydgoszczy, rzekomo, aby kontynuować pracę habilitacyjną (na temat LDHx), a w rzeczywistości, aby opuszczając później kraj, nie utrudniać mi życia (wiadomym wtedy było, że za "nielegalny" wyjazd z kraju potępiano bezpośredniego przełożonego osoby opuszczającej Polskę). Andrzej powiedział mi o tym dopiero wiele lat później. Jak wyjaśnił, nie mógł zaaprobować stylu życia obowiązującego wówczas w Polsce. Był w pełnym tego słowa znaczeniu – liberałem. Trzeba jednak docenić, że okresu pobytu w Bydgoszczy nie traktował wyłącznie jako czas przejściowy. Jego zasługą jest stworzenie podwalin pod przyszły samodzielny Zakład Medycyny Sądowej w Bydgoszczy.

Nie byłby to jednak pełny obraz osobowości dr Krügera. Był sercem i duszą w gdańskim Zakładzie, niezawodnym realizatorem wspólnych zamysłów zarówno służbowych jak i towarzyskich. Był altruistą, swoimi własnymi potrzebami nigdy nie zaprzętał uwagi innych. Jego wyjazd do Hamburga był dla nas wielką stratą. Godnym podkreślenia jest jednak fakt, że – już w nowym środowisku – nigdy nie zapomniał swoich korzeni. Mogliśmy się o tym przekonać, zwłaszcza w czasie spotkań za granicą. Andrzej godnie reprezentował naszą dyscyplinę w Hamburgu. Świadczą o tym m.in. wypowiedzi kierownika hamburskiego Instytutu Medycyny Prawnej. W swoim wspomnieniu pośmiertnym podkreślił, że Andrzej był dla nich przykładem "jednego z ostatnich znawców wszystkich obszarów medycyny sądowej" (co dobrze świadczy o naszym systemie szkolenia specjalistycznego), był także "człowiekiem mówiącym cicho, lecz mądrze, działającym dyskretnie, lecz efektywnie".

Dr Andrzej Krüger zmarł nagle w czasie operacji rewaskularyzacji mięśnia serca w dniu swoich urodzin 27 listopada 1995 r. Na cmentarzu w Hamburgu pożegnano Go 11 grudnia 1995 roku. Członkowie rodziny Zmarłego po upływie trzech miesięcy przewieźli urnę z prochami do Polski.

Katowice, 4.03.1996 r.

Szanowny Panie Redaktorze

W ostatnim zeszycie Archiwum (nr 3–4/95) ukazała się recenzja monografii „Katyń 1940–1994”. Autorem tej monografii jest specjalista medycyny sądowej prof. dr med. Roman Mądro – a materiały przedstawione w niej dotyczą wyników badań ekshumacyjnych w Katyniu w 1994 r. Należy zaznaczyć, że Profesor Mądro już poprzednio w roku 1991 wraz z dr Erazmem Baranem brali udział jako specjaliści medycyny sądowej w podobnych pracach ekshumacyjnych w Charkowie i w Miednoje, a więc w innych miejscach kaźni dokonanej przez NKWD na oficerach polskich. Autorem bardzo krytycznej recenzji jest prof. dr Marian Głosek, archeolog z Uniwersytetu Łódzkiego – również biorący udział w pracach w Katyniu w 1994 r. Trzeba przypomnieć, że prace w roku 1994 podjęte z inicjatywy Rady Ochrony Pamięci Walki i Męczeństwa ograniczone były względami organizacyjnymi i trwały krótko (tylko wrzesień 1994 r.). Miały one charakter rozpoznawczy dla usytuowania cmentarzy oficerów polskich zamordowanych przez NKWD w Katyniu.

W recenzji prof. Głoska znalazło się kilka uwag krytycznych słusznych odnoszących się zwłaszcza do koncepcji redakcyjnej tj. połączenia specjalistycznego raportu sądowo–lekarskiego z częścią historiograficzną i sprawozdaniem na temat organizacji prac, jak się okazuje niepełnym – na co także zwróciłem uwagę recenzując niedawno monografię dla Akademii Medycznej w Lublinie. Natomiast większość uwag i zastrzeżeń prof. Głoska uważam za niesłuszne a nawet niesprawiedliwe. Fotografie, które skrytykował prof. Głosek są moim zdaniem dość dobrze czytelne, odpowiednio oznaczone – odnoszą się do kolejnych stanowisk omawianych w tekście. Przy szkicach prof. Mądro umieścił informacje źródłowe wymieniając autorstwo opracowań prof. Głoska i dr Dutkiewicza.

Nie uzasadniona jest moim zdaniem krytyka podstawowej części monografii tj. raportu z ekspertyzy sądowo–lekarskiej, gdyż miała ona charakter normatywny tj. opisowy wg chronologii dokonywanych badań, a później wnioskowy ze wszystkimi ograniczeniami wynikającymi z przyjętych w medycynie sądowej zasad ostrożnego wnioskowania i opiniowania. W szczególności zasady te obejmują właściwą interpretację związków przyczynowo skutkowych. Prof. Mądro zasad tych nie naruszył.

Wprawdzie dyskusyjnym może być, co podniósł prof. Głosek, iż prof. Mądro nie przedstawił całościowej opinii sądowo–lekarskiej z przeprowadzonych badań – co byłoby pożądane – jednak można również uznać, iż było to wynikiem przyjętej i zamierzonej przez niego koncepcji redakcyjnej. W medycynie sądowej bowiem, zasada wniosków ograniczonych lub tymczasowych jest często stosowana, zwłaszcza wtedy jeśli badania nie zostały zakończone, lub spodziewać się należy rozszerzenia ekspertyzy na dalsze źródła poznawcze, np. z badań przeprowadzonych w innym czasie.

Uważam, że monografię prof. Romana Mądro, wbrew opinii prof. Głoska, należy przyjąć jako ważne uzupełniające źródło dowodowe sądowo–lekarskie w kontekście poprzednich działań prawnol lekarskich trwających od roku 1943 tj. po

odkryciu masowych grobów oficerów polskich. Mam na myśli zwłaszcza raporty medyków sądowych m.in. dr Mariana Wodzińskiego oraz profesorów medycyny sądowej biorących udział w Międzynarodowej Komisji Katyńskiej w roku 1943 (Naville, Orsos, Palmieri, Speleers).

Natomiast należy podkreślić, iż w większej części krytyka zawarta w recenzji miała charakter uwag dotyczących różnic metodycznych i samego podejścia do ekshumacji w roku 1994. Prof. Głosek reprezentował postępowanie archeologiczne oparte na metodach stratygraficznych – prof. Mądro był posłuszny metodykom sądowo–lekarskim tj. preferował postępowanie identyfikacyjne w zakresie oceny przyczyny śmierci, uszkodzeń kostnych, mechanizmów ich powstania, identyfikacji osobniczej i wszystkich sprostowań biologicznych, które mogły towarzyszyć zbrodni, a mogły w poprzednich ekshumacjach zostać pominięte. Te różnice zaznaczone w recenzji prof. Głoska dotyczą nie tylko omawianej monografii, ale rodzą pytanie, czy badania masowych grobów ludobójstwa z ostatniej wojny są już zadaniami archeologii, czy ciągle bardziej medycyny sądowej? Pragnę przypomnieć, iż już w roku 1990 przed podjęciem prac ekshumacyjnych w Charkowie a sondażowo także w Katyniu, będąc członkiem Zespołu Specjalisty Krajowego Medycyny Sądowej, którym kierował i przewodniczył prof. Andrzej Jakliński – usiłowaliśmy zaproponować Prokuratorowi Generalnemu powierzenie, organizację i przewodnictwo odpowiednich komisji ekshumacyjnych specjalistom medycyny sądowej – mając na uwadze dotychczasowe doświadczenie w tej sprawie i trwające śledztwo. Prokuratura nie skorzystała z naszego doświadczenia ograniczając działania specjalistów medycyny sądowej do roli podrzędnej – wskazując przez to chyba, iż chodzi o zadania identyfikacyjne nie związane bezpośrednio ze ściganiem winnych tej zbrodni.

Można zatem zapytać prof. Głoska, czy krytykując sądowo–lekarski raport prof. Mądro – wyraził tym samym podobny pogląd, iż medyczo sądowe postępowanie badawcze w tej sprawie zostało już zakończone? czy pozostają tylko problemy archeologiczne i historyczne? To są bardzo ważne pytania! Rzeczywiście, wiele upłynęło lat od tej zbrodni – pozostały szczątki kostne. Ciągle jednak wiele z nich nie zostało poddanych indywidualnej ocenie sądowo–lekarskiej. Często przyczyną było wtórne przemieszczanie zwłok dokonane zapewne dla zatarcia śladów zbrodni. Każda okazja kontaktu z tymi szczątkami dla medyka sądowego, była i będzie wezwaniem i okazją do przeprowadzenia badań o typologii sądowo–lekarskiej. Wynika to z paradygmatu medycyny sądowej tj. zastosowania metodyk sądowo–lekarskich dla potrzeb wymiaru sprawiedliwości.

Tak właśnie uczynił prof. Mądro i jego raport ma właśnie takie znaczenie – faktograficznego depozytu oczekującego na wykorzystanie przez Prokuraturę.

Sądzę, że współpraca archeologów i medyków sądowych jest na pewno możliwa i potrzebna. Może być twórcza jeśli zostanie dobrze zaprogramowana – ale w sprawach bardziej oddalonych w czasie aniżeli zbrodni katyńska. Zbrodnia ta pozostaje ciągle żywa i ciągle nie ukarana. Śledztwo w tej sprawie potrzebne jest nadal. Gdzie zaś toczy się śledztwo tam rola medycyny jest wyraźna – wyprzedzająca archeologię.

ARCHIWUM MEDYCYNY SĄDOWEJ I KRYMINOLOGII

VOLUME XLVI

No. 2 (1996)

april

june

POLISH FORENSIC MEDICINE SOCIETY

EDITOR-IN-CHIEF: Dr med. *Erazm Baran*

DEPUTY EDITOR: Dr med. *Jerzy Kunz*

ASSISTANT TO THE EDITOR-IN-CHIEF: Lek. med. *Krzysztof Woźniak*

EDITORIAL BOARD:

Prof. dr hab. *Władysław Nasiłowski*, Prof. dr hab. *Stefan Raszeja*,

Prof. dr hab. *Bożena Turowska*, Prof. dr hab. *Józef Wójcikiewicz*

Editor's address: 31-531 Kraków, ul. Grzegórzecka 16, Poland

E-mail: mpwoznia@cyf-kr.edu.pl

CONTENTS

EDITORIAL

- M. Sych, S. Kwiatkowski, B. Świątek, A. Działkowiak: Four comments
on a new Polish Transplantation Act 81

ORIGINALS

- R. Pawłowski, A. Janowicz: Population genetics of VNTR-ApoB in a North
Polish population 93

CASUISTRY

- R. Pawłowski, Z. Szczerkowska, J. Smoliński: Genetic identification of fire
victim 101
- Z. Fiedorczuk: Fatal carbon monoxide poisoning in unusual circumstances of selfbur-
ning 105
- Z. Fiedorczuk, M. Kosicki: Suicidal death in confined space 109
- Z. Fiedorczuk, W. Trojanowski: A case of suicidal death in a car 113
- S. Rumiński: Battered child syndrome. Presentation of school children cases . . 117

MISCELLANEA

- S. Raszeja: On bibliography of scientific papers (discussion) 123
- K. Woźniak: Forensic medicine specialists inside the Web 125

BIBLIOGRAPHY

- E. Baran: Bibliography of the Polish papers on forensic medicine, criminology and
related fields published in 1995 131

CHRONICLE OF POLISH FORENSIC MEDICINE

- AND CRIMINOLOGY SOCIETY 155

MEMORIAL

- S. Raszeja: In memory Dr Andrzej Krüger 161

- LETTER TO EDITOR 163