

**Tomasz Konopka**

**„Krótkotrwała choroba realnie zagrażająca życiu”**

**„Short-lived disease that is a real life hazard”**

Z Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej CMUJ

Kierownik: dr hab. F. Trela - profesor UJ

Na marginesie opinii wydanej dla Instytutu Pamięci Narodowej w tzw. sprawie obrońców Krzyża, omówiono pojęcie „stanu chwilowego zagrożenia życia”, występujące w kodeksie karnym z 1932 roku

In passing of judgement for the National Memory Institute, in case of "Cross's Defenders", the concept „state of temporary life hazard”, mentioned in Polish criminal code from 1932 year was discussed.

Słowa kluczowe: opiniowanie sądowo-lekarskie, kodeksy karne.

**Key words: forensic opinion, Polish penal codes.**

Powrót do ścigania przestępstw sprzed wielu lat o charakterze politycznym, nałożył na biegłych z zakresu medycyny sądowej konieczność opiniowania w kategoriach obowiązujących dawniej ustaw karnych. Większość tego typu spraw dotyczy okresu lat 70-tych i 80-tych, czyli okresu kiedy obowiązywał kodeks karny z 1969 roku. Różnice między tamtym a obecnym kodeksem, okazały się dla medyka sądowego stosunkowo niewielkie - opiniując o stopniu uszkodzenia ciała, stare paragrafy przypisuje się nowym w sposób niemal automatyczny. Jednak przy opiniowaniu spraw wcześniejszych, kiedy biegły ma określać skutki urazu w kategoriach kodeksu z 1932 roku, różnice są już znacznie większe. Krakowski Zakład Medycyny Sądowej, na zlecenie Instytutu Pamięci Narodowej wydawał ostatnio opinię o stopniu uszczerbku na zdrowiu doznanego w 1960 roku, opierając się na szczątkowej dokumentacji lekarskiej w postaci zapisów w Księżce Przyjęć Kliniki Chirurgii. Niespodziewanie pojawił się problem opiniodawczy, dla którego rozwiązania konieczne było przeanalizowanie starego piśmiennictwa sądowo-lekarskiego, dotyczącego nie tylko przepisów kodeksu, ale i ich wykładni obowiązującej w krytycznym okresie.

27 kwietnia 1960 roku milicja rozpędziła demonstrację mieszkańców Nowej Huty, protestujących przeciwko próbom usunięcia krzyża postawionego w miejscu przeznaczonym wcześniej pod budowę pierwszego w tej dzielnicy kościoła. W czasie interwencji użyto broni palnej, wiele osób zostało rannych.

J.L., mężczyzna wówczas 20-letni, został postrzelony w klatkę piersiową i po sfotografowaniu przez zatrzymujących go milicjantów, przewieziony do II Kliniki Chirurgii Akademii Medycznej. Jedynym śladem jego pobytu w szpitalu, jest rozpoznanie wpisane do Księgi Oddziałowej: „Postrzał klatki piersiowej i płuca lewego, krwiak opłucnej z odmą wstrząs” i data wypisu - 22 czerwca. Pokrzywdzony pamięta, że był wówczas operowany i usunięto mu częściowo dwa żebra.

Opiniując w kategoriach kodeksu karnego z 1997 roku, kwalifikacja skutków postrzału nie nasuwa większych wątpliwości. Zranienie płuca z krwotokiem, odmą, wstrząsem i koniecznością leczenia operacyjnego, stanowi „chorobę realnie zagrażającą życiu”. Kategorii tej nie można jednak mechanicznie przenieść do ustawy karnej obowiązującej w czasie krytycznych wydarzeń, ponieważ rozwiązania kodeksowe tego problemu, odbiegały znacznie od dzisiejszych.

Kodeks karny z 1932 roku, oprócz „choroby zagrażającej życiu” wymienionej w art. 235, zagrożonej karą więzienia do lat 10, zawierał pojęcie „chwilowego zagrożenia życia”, wymienione w artykule 236: „Kto powoduje uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia, które nie zagrażają życiu lub zagrażają mu tylko chwilowo, a naruszają czynność narządu ciała co najmniej na przeciąg dni 20...podlega karze więzienia do lat 5” (7).

Przez „chorobę zagrażającą życiu” z art. 235 rozumiano „...nie tylko te stany które kończą się zejściem śmiertelnym, ale również i te, które - jak uczy doświadczenie lekarskie - przeważnie lub najczęściej kończą się śmiercią” (8), z wykluczeniem jednak stanów, które zagrażały życiu tylko chwilowo. W komentarzach, jako przykłady „choroby zagrażającej życiu” podawano rozlane zapalenie otrzewnej po urazach jelit, złamania kości czaszki z długotrwałą nieprzytomnością, silne zranienie płuc (10). Były to stany, leczone w warunkach ówczesnej medycyny zachowawczo i rzeczywiście w większości przypadków kończące się śmiercią. W późniejszych, powojennych komentarzach, w miarę postępu medycyny dodawano tu jeszcze np. ogólne zakażenie po urazach w postaci posocznicy lub ropnicy, możliwe już do leczenia dzięki wprowadzeniu antybiotyków czy zranienie serca lub wątroby, które przestały być bezwzględnie śmiertelne dzięki postępom chirurgii operacyjnej (11). Uwagę zwraca fakt, że zawsze były to stany bardzo ciężkie, historycznie ujmując, w danym momencie praktycznie śmiertelne.

Pojęcie „chwilowego zagrożenia życia” wymienione w art. 236, od początku budziło wiele wątpliwości, bowiem kodeksowe określenie nie zawierało słowa „choroba”. W komentarzach wyjaśniano zatem, że nie chodzi tu o sytuację zagrażającą ofierze przestępstwa ale o stan organizmu grozący śmiercią. Jedynym przykładem przytaczanym w przedwojennych komentarzach był „wstrząs mózgu” (7). Nie powinno to dziwić, ponieważ wobec niedoskonałości metod diagnostycznych, wstrząśnieniem mózgu był każdy stan nieprzytomności po urazie ośrodkowego układu nerwowego, który nie powodował złamań czaszki ani objawów ogniskowych. Dlatego też znane są z tego okresu opisy przypadków „wstrząsu mózgu” z wielodniową nieprzytomnością a nawet śmiertelnymi, które dzisiaj byłyby rozpoznane jako stłuczenia mózgu.

Wyrok Sądu Najwyższego z 1936 roku (cyt. za 4) precyzował zakres pojęcia,

orzekając że chwilowe zagrożenie życia ma miejsce wtedy, gdy ustępuje zaraz bądź pod wpływem odpowiedniego zabiegu, bądź też działania sił organizmu. Stan ten zachodził więc np. w przypadku zeszytego zranieniu jelita w którym nie rozwinęło się zapalenie otrzewnej, czy zaopatrzonym chirurgicznie krwotoku tętnicznym.

Zakwalifikowanie skutków urazu jako „chorobę zagrażającą życiu” a nie „stan chwilowego zagrożenia życia”, zależało w praktyce od długości trwania fazy zagrożenia życia. Kodeksowe określenie „chwilowo” było bardzo nieprecyzyjne, próbowano je zatem przybliżyć orzeczeniami Sądu Najwyższego i propozycjami medyków sądowych. W miarę postępu medycyny, czas ten ulegał skróceniu. Wyrokiem z 1958 roku, Sąd Najwyższy orzekł, że stan zagrożenia życia trwający 2 do 3 tygodni, na pewno nie stanowi „chwilowego zagrożenia życia” (13). Inny, późniejszy wyrok określał, że dla przyjęcia kwalifikacji z art. 235, niebezpieczeństwo dla życia powinno trwać co najmniej kilka dni (cyt. za 12). Z podobnego założenia wychodził Grzywo-Dąbrowski (4), komentujący z punktu widzenia medyka sądowego projekt nowego kodeksu. W okresie tuż przed wejściem w życie kodeksu z 1969 roku, przeważał jednak pogląd, że za chwilowe mogą być uznane przypadki z zagrożeniem życia trwającym co najwyżej kilkanaście godzin (8, 12).

Zastanawiając się nad kwalifikacją omawianego przypadku, można jednoznacznie przyjąć, że wystąpił w nim realny stan zagrożenia życia. Wobec lakoniczności posiadanych informacji, nie wiemy jednak jak długo trwał ten stan, wiemy jedynie że konieczne było wykonanie zabiegu operacyjnego. Nie ma zatem dowodu na to, aby zagrożenie życia trwało co najmniej kilkanaście godzin, a tym bardziej kilka dni, jak wymagała tego wykładnia obowiązująca w roku 1960-tym. Nie ma zatem podstaw do przyjmowania „choroby zagrażającej życiu” w rozumieniu art. 235, a jedynie „uszkodzenia ciała które zagrażało życiu tylko chwilowo, a naruszało czynność narządu ciała na przeciąg 20 dni” w rozumieniu art. 236.

Dotkowego argumentu za przyjęciem takiej kwalifikacji, dostarczyła lektura publikacji sądowo-lekarskich związanych z wprowadzeniem w 1969 roku nowego kodeksu karnego. W dyskusji jaka się wówczas toczyła (bardzo zresztą podobnej do dyskusji przed wprowadzeniem kodeksu z 1997 r.), porównywano opiniowanie w świetle przepisów ustawy karnej z 1932 roku, z przepisami nowo wprowadzanego kodeksu. W jednej z publikacji z tego okresu, A. Garbowska-Górska omawiając materiał Łódzkiego ZMS stwierdzała: „Z 10 przypadków choroby zazwyczaj zagrażającej życiu (wg kodeksu z 1969 r.), 9 należałoby również ocenić jako chorobę zagrażającą życiu według poprzedniego kodeksu karnego. Natomiast w jednym przypadku postrzału klatki piersiowej z krwotokiem do jamy opłucnej realne zagrożenie życia, dzięki bardzo szybkiej i intensywnej pomocy lekarskiej, trwało bardzo krótko i nie można by tego stanu nazywać chorobą zagrażającą życiu, która przecież musi trwać pewien czas - co najmniej kilkanaście godzin. Biorąc jednak pod uwagę rodzaj uszkodzenia, które z pewnością życiu zagraża, a także wystąpienie krótkotrwałych objawów zagrożenia życia, można było rozpoznać chorobę zazwyczaj zagrażającą życiu” (3).

W opinii dla Instytutu Pamięci Narodowej można było zatem napisać, że chociaż w kategoriach obecnego kodeksu sprawcy spowodowali ciężki uszczerbek na zdrowiu, to w kategoriach ustawy karnej z 1932 r., było to jedynie „średnie uszkodzenie ciała”.

Wydzielanie krótkotrwałego zagrożenia życia jako odrębnej kategorii, przy dzisiejszym stopniu rozwoju medycyny wydaje się niezrozumiałe. Należy jednak pamiętać, że w 1932 roku, terapia stanów nagłych była w powijakach, nie używano respiratora ani antybiotyków, wprowadzano dopiero przetaczanie krwi. Stany krótkotrwałego zagrożenia życia były rzadkością, bo znaczna większość ofiar ciężkich urazów umierała. Dopiero postęp medycyny ratunkowej spowodował, że obrażenia które na początku lat 30-tych były śmiertelne, w latach 50-tych stały się uleczalne. Zaliczanie tych przypadków do lżejszych skutków urazu, już po kilkunastu latach funkcjonowania tamtego kodeksu, nie przystawało do zmian jakie dokonywały się w medycynie. Anachroniczne sformułowania kodeksu próbowano zmienić. Pierwszy projekt nowego kodeksu pochodził z 1953 roku, ale udało się go uchwalić dopiero w roku 1969. Jednak nawet po wprowadzeniu tym kodeksem jednej kategorii - „choroby zazwyczaj zagrażającej życiu”, ujawniły się rozbieżności w interpretacji tego pojęcia, wynikające być może z przyzwyczajenia do dawnych rozwiązań. W pierwszym komentarzu do nowego kodeksu karnego (1) stawiano wymóg aby zagrożenie życia trwało nieustannie „np. w ciągu kilkudziesięciu godzin od chwili zadania uszkodzeń do chwili pomyślnego przeprowadzenia operacji chirurgicznej”. Podobną propozycję wysuwali Popielski i Walczyński w podręczniku medycyny sądowej z 1972 roku (9), podkreślając, że w pojęciu „choroba” mieści się element pewnego dłuższego trwania.

Przeciwnie stanowisko prezentowali Jakliński, Kobiela i wsp. (5), podkreślając, że o kwalifikacji ma decydować nie czas trwania zagrożenia życia, ale obiektywne stwierdzenie tego zagrożenia. W późniejszej publikacji Jakliński, Marek i wsp. (6) przyjmowali, że chorobą zazwyczaj zagrażającą życiu może być nawet krótkotrwałe bezpośrednio zagrożenie życia możliwe do opanowania tylko dzięki udzieleniu natychmiastowej pomocy lekarskiej. Dyskusję zakończył wyrok Sądu Najwyższego, z 1986 roku: „Choroba zazwyczaj zagrażająca życiu nie musi być leczona w sposób długi czy też długotrwały, a jedynie jej dynamiczny przebieg, nie przerwany odpowiednim leczeniem decyduje, że jest chorobą zazwyczaj zagrażającą życiu. Szybkie udzielenie pomocy może przywrócić choremu zdrowie w częstokroć krótkim czasie, lecz brak tej pomocy musiałby prowadzić do zejścia śmiertelnego (14).

Dalekim echem tamtych dyskusji jest utrzymująca się do dziś rozbieżność stanowisk medyków sądowych, z których część uznaje za chorobę realnie zagrażającą życiu, każdy stan, w którym tylko kwalifikowana pomoc lekarska zapobiegła nieuchronnej śmierci. Inni, podobnie jak w dawnej wykładni artykułu 236 uznają, że przeprowadzenie koniecznego zabiegu zanim wystąpiło zagrożenie życia, nie daje podstaw do takiej kwalifikacji (2).

Pojęcie stanu chwilowego zagrożenia życia nie chce odejść w zapomnienie. Ostatni raz dało o sobie znać przy redakcji tekstu kodeksu karnego z 1997 roku, kiedy opuszczenie przecinka w treści artykułu 156 spowodowało powstanie

„długotrwałej choroby realnie zagrażającej życiu”. Przypadkowo powstałe określenie, sugerowało powrót do sformułowań najstarszej polskiej ustawy karnej, i to tak sugestywnie, że pojawił się nawet komentarz do nowego kodeksu uzasadniający: „Długotrwała...oznacza, że realne zagrożenie dla życia nie było przelotne, lecz utrzymywało się przez dłuższy czas” (15). Zrodzone mocą przypadku rozwiązanie nie weszło w życie, jednak opiniując w kategoriach kodeksu z 1932 roku, musimy pamiętać o wymienionym w nim stanie chwilowego zagrożenia życia, który paradoksalnie z dzisiejszego punktu widzenia, kwalifikowany był na równi z lżejszymi skutkami urazu.

## PIŚMIENNICTWO:

1. Bafia J. Mioduski K. Siewierski M.: Kodeks Karny, Komentarz. Wydawnictwo Prawnicze Warszawa 1971. -2. Berent J. Śliwka K.: Ewolucja pojęcia „choroby zagrażającej życiu” w kolejnych kodeksach karnych. Arch. Med. Sąd. Krym. 1997, 4, 283-292. -3. Garbowska-Górska A.: Ocena sądowno-lekarska uszkodzeń ciała w praktyce Zakładu Medycyny Sądowej Akademii Medycznej w Łodzi w 1970 roku. Arch. Med. Sąd. Krym., 1971, 2, 31-36. -4. Grzywo-Dąbrowski W.: Uszkodzenie ciała w projekcie kodeksu karnego. Państwo i Prawo: 1953, 1. -5. Jakliński A. Kobiela J. Tomaszewska Z.: W sprawie Komentarza do Kodeksu Karnego. Arch. Med. Sąd. Krym. 1972, 1, 7-13. -6. Jakliński A. Marek Z. Tomaszewska Z. Mądro R. Baran E.: Sądowno-lekarska interpretacja „choroby zazwyczaj zagrażającej życiu” (art. 155 kk). Arch. Med. Sąd. Krym. 1977, 4, 315-319. -7. Kodeks Karny r. 1932 z dostosowaniem do kodeksu tezami orzeczeń Sądu Najwyższego, odpowiednimi ustępami uzasadnienia projektu komisji kodyfikacyjnej. Warszawa, 1932. -8. Manczarski S.: Medycyna Sądowa w zarysie. PZWL Warszawa, 1966. -9. Popielski B. Kobiela J. (red.) Medycyna Sądowa. PZWL Warszawa, 1972. -10. Puchowski B. Przepisy kodeksu karnego o uszkodzeniach ciała (art. 235, 236 i 237) w oświetleniu lekarza. Warszawa 1935.
- 11. Walczyński J.: Przewodnik do ćwiczeń z medycyny sądowej. PZWL Warszawa, 1964. -12. Walczyński J.: Ocena sądowno-lekarska uszkodzeń ciała w procesie karnym. PZWL Warszawa, 1967. -13. Wyrok Sądu Najwyższego z 15 maja 1958, sygn. I K Rn 74/58 w : Orzecznictwo Sądu Najwyższego, 1959. -14. Wyrok Sądu Najwyższego z 17 lutego 1986, sygn. II KR 20/86 w: Orzecznictwo Sądu Najwyższego, 1986. -15. Zoll A. (red) Kodeks Karny, część szczególna. Komentarz do art. 117-277 kodeksu karnego. Kantor Wydawniczy Zakamycze 1999.

Adres autora:

Katedra Medycyny Sądowej CMUJ  
31-531 Kraków  
ul. Grzegórzecka 16