

Magdalena Cychowska, Elżbieta Bloch-Bogusławska

Przypadki obrażeń rąbanych głowy bez skutku śmiertelnego

Cases of non-fatal chop wounds to the head

Z Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej Collegium Medicum w Bydgoszczy UMK w Toruniu
Kierownik: prof. dr hab. med. T. Grzybowski

Rany rąbane, z uwagi na fakt, że zlokalizowane są najczęściej w obrębie głowy, a do ich powstania dochodzi przy użyciu narzędzia o znacznej masie, prowadzą zazwyczaj do zgonu z powodu rozległego uszkodzenia struktur czaszkowo-mózgowych. Przeważające rany rąbane głowy spotykane są niezwykle rzadko w praktyce sądowo-lekarskiej. W niniejszej pracy przedstawiono trzy przypadki, w których do powstania ran doszło przy użyciu siekiery. W pierwszym przypadku odniesione obrażenia skutkowały chorobą realnie zagrażającą życiu. W drugim przypadku odniesione obrażenia wyczerpywały znamiona narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia i zdrowia w rozumieniu odpowiedniego artykułu kodeksu karnego. Trzeci przypadek uważa się za interesujący, nie tylko z uwagi na charakter doznanych zmian pourazowych, ale również okoliczności zgonu pokrzywdzonej w okresie późniejszym.

Chop wounds, due to the fact that they are usually located on the head and are inflicted by a weapon or an object with a large mass, usually lead to death from an extensive damage to the skull and brain structures. Non-lethal chop wounds to the head are found very rarely in forensic practice. The following paper presents three cases, in which the occurrence of wounds has been attributed to the use of an axe. In the first case, the sustained injuries actually resulted in a life-threatening condition. The injuries in the second case bore attributes of exposure to direct danger to life and health within the meaning of the relevant article of the Criminal Code. The third case can be considered interesting, not only because of the nature of the suffered post-traumatic lesions, but also in view of the circumstances of the death of the victim occurring later on in life.

Słowa kluczowe:

rany rąbane, uraz głowy, siekiera

Key words:

chop wounds, chopped wounds, head trauma, axe

WSTĘP

Współcześnie w literaturze z zakresu medycyny sądowej przypadki ofiar z obrażeniami w postaci ran rąbanych opisywane są rzadko, w przeciwieństwie do zmian pourazowych spowodowanych narzędziami ostrokończystymi czy kończystymi [1]. Również praktyka sądowo-lekarska wskazuje, że najczęściej występującym rodzajem ran na ciele ofiar są rany klute lub cięte. Rany rąbane spotykane są zdecydowanie rzadziej [1, 2, 3].

Rany rąbane powstają od ciosu narzędziem ostrokrawędzistym, np. siekierą, maczetą, tasakiem czy też bronią białą, np. mieczem, toporem, halabardą. Tego typu narzędzia od czasów średniowiecza, czy najdawniejszych wykorzystywane były nie tylko w celach bitewnych lecz również jako narzędzia do wycinki upraw roślinnych, lasów, podziału drewna. W czasach współczesnych narzędzia ostrokrawędziste używane są w gospodarstwach domowych zdecydowanie rzadziej, a jako broń niemal całkowicie zostały wyparte przez broń palną.

Rany rąbane ze względu na cechy morfologiczne stanowią połączenie pomiędzy ranami ciętymi i miażdżonymi. W przypadkach ran rąbanych zadanych przez niezbyt wyostrzone narzędzia wygląd obrażenia może zbliżać się do ran tłuczonych, bowiem rana taka posiada dość wyraźny rąbek otarcia naskórka i obfite podbiegnięcia krwawe w tkance podskórnej.

Najczęściej rany rąbane zlokalizowane są w obrębie głowy i szyi, w odróżnieniu od klatki piersiowej

i brzucha, gdzie z kolei najczęściej zlokalizowane są rany kłute.

Rany rąbane zazwyczaj obejmują nie tylko skórę, ale także tkanki głębiej położone np. kości. W kościach czaszki obrażenia zadane przy użyciu narzędzia w postaci np. siekiery występują w postaci rysowatych włamań lub też głębokich szczelin, od których odchodzą linie złamań. Cechy morfologiczne obrażeń skóry (tj. brzegi, kąty, towarzyszące otarcia naskórka) oraz tkanek głębiej położonych (tj. złamania i wgłobienia) ułatwiają określenie kąta, pod jakim zostało przyłożone narzędzie, jak również jego indywidualne cechy [2, 3, 4, 5].

Rany rąbane zazwyczaj powstają w wyniku działania ręki obcej. Rzadziej są wynikiem działań samobójczych [1]. Przy działaniu osób trzecich są one liczne, o wielokierunkowym przebiegu i często współistnieją z rozległymi włamaniami kości czaszki. Lokalizacja ran rąbanych na głowie oraz fakt, że do ich powstania dochodzi przy użyciu narzędzia o znacznej masie, powoduje zazwyczaj zgon w następstwie rozległego uszkodzenia struktur czaszkowo-mózgowych [6, 7].

W niniejszej pracy przedstawiono trzy przypadki przeżyciowych ran rąbanych głowy. Do ich powstania doszło w wyniku działania osób trzecich. We wszystkich przypadkach użyto siekiery.

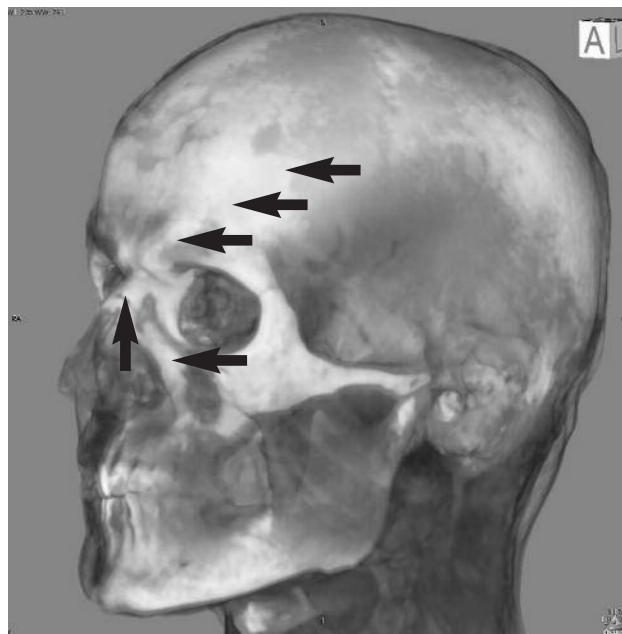
Przypadek 1

52-letni mężczyzna został zaatakowany przez sąsiada siekierą na przystanku autobusowym w centrum miasta. Wskutek zadania trzech ciosów doszło do powstania ran rąbanych głowy. Świadcowie zdarzenia tj. grupa mężczyzn, przejeżdżających niedaleko samochodem powiadomili zarówno organy ścigania jak i pogotowie ratunkowe.

Do Zakładu Medycyny Sądowej dostarczono siekierę o łącznej długości trzonka i części roboczej 38 cm. Wysokość części roboczej wynosiła 14 cm, długość krawędzi tnącej (ostrej) 9 cm. Jednakże z uwagi na brak zlecenia badania śladów biologicznych, nie przeprowadzono tego rodzaju badań na tym narzędziu.

Jak wynikało z dokumentacji medycznej zawartej w aktach sprawy u pokrzywdzonego stwierdzono obrażenia na powłokach ciała w postaci rany rąbanej zuchwy po stronie lewej, której długość wynosiła około 10 cm, rany rąbanej okolicy czołowej prawej, przechodzącej przez nasadę nosa oraz rany

rąbanej okolicy ciemieniowej, położonej przystrzałkowo o dł. około 7 cm. Na podstawie przeprowadzonego bezpośrednio po przyjęciu pokrzywdzonego do szpitala badania tomokomputerowego głowy stwierdzono liczne obrażenia struktur głębiej położonych w postaci złamań kości sklepienia czaszki w okolicy czołowej, przechodzących przez ścianę górną i przyśrodkową lewego oczodołu oraz zatoki czołowej. Wgłobienie fragmentów kostnych prawej zatoki czołowej do przedniego dołu czaszki, odmę śródczaszkową, złamanie obu kości nosa z przemieszczeniem, liczne złamania błędniaka sitowego i stropu sitowia, szczelinę złamania przedniej ściany lewej zatoki szczękowej, krwiak przymózgowy u podstawy prawego płata czołowego oraz krwawienie wzdłuż przedniej części sierpa mózgu i zbiorników okołosiodłowych. Badaniem rezonansu magnetycznego stwierdzono natomiast zwicnięcie i przemieszczenie soczewki oka lewego z krwiakiem ciała szklanego komory tylnej.



Ryc. 1. Lokalizacja złamań kości czaszki i twarzoczaszki.

Fig. 1. Location of the bone fractures of the skull and maxillofacial area.

Pokrzywdzony w czasie przyjęcia do szpitala był przytomny, w skali Glasgow oceniony został na 13 pkt. Stwierdzono również, że mężczyzna znajdował

się pod znacznym wpływem alkoholu. Z uwagi na opisane powyżej obrażenia w trybie pilnym wykonano operację neurochirurgiczną. W okresie późniejszym stwierdzono ślepotę oka lewego, do powstania której doszło w wyniku odwarstwienia siatkówki, oraz płynotok nosowy, na leczenie którego pokrzywdzony nie wyraził zgody, wskutek czego doszło do rozwoju ropnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych. Pokrzywdzony po zabiegu i wyleczeniu powikłań, w stanie dobrym, bez znacznych ubytków neurologicznych, poza ślepotą oka lewego został wypisany ze szpitala.

Przypadek 2

Mieszkaniec osady leśnej został zaatakowany w przedpokoju własnego mieszkania przez dwóch znajomych mężczyzn, również mieszkańców tej samej osady. Jeden ze sprawców zadał pokrzywdzonemu co najmniej 4-5 uderzeń siekierą w okolice głowy, powodując tym powstanie ran rąbanych. Motywem działania sprawców, było podejrzenie pokrzywdzonego o molestowanie nieletnich. Ponadto jako interesujący fakt można dodać, że niespełna dwa lata później, pokrzywdzony został ponownie zaatakowany przez mieszkańców osady i wówczas, wskutek urazu czaszkowo-mózgowego, spowodowanego ranami rąbanymi doszło do jego zgonu.

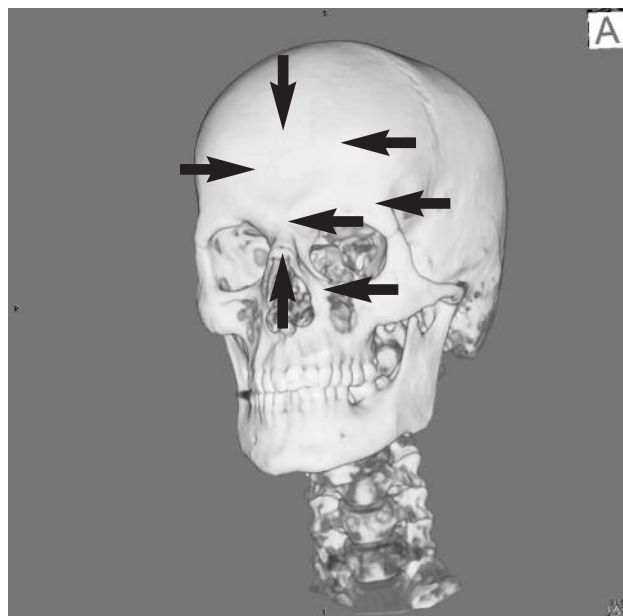
Do Zakładu Medycyny Sądowej dostarczono trzy dowody rzeczowe w postaci siekier o wadze 1340 g, 2400 g, 1740 g. Również w tym przypadku z uwagi na brak zlecenia organów ścigania nie dokonano identyfikacji indywidualnej śladów biologicznych znajdujących się na narzędziu.

Z dokumentacji medycznej wynikało, że u pokrzywdzonego stwierdzono liczne rany, określane jako tłuczono-cięte na głowie i w okolicy nosa. Nie podano natomiast ilości ani wymiarów ran. Bezpośrednio po przyjęciu do szpitala badaniem tomokomputerowym u pokrzywdzonego stwierdzono liczne złamania kości sklepienia i twarzoczaszki w postaci złamania podstawy przedniego dołu czaszki, złamania kości czołowej wieloodłamowego z wpukleniem odłamów do jamy czaszki (szczeliny złamania przechodziły przez obie kości ciemieniowe i kość skroniową lewą). Ponadto stwierdzono liczne złamania z odłamami pośrednimi i przemieszczeniem ścian kostnych zatoki szczękowej lewej, sitowia i kości nosa, zatoki czołowej lewej, skrzydła

większego kości klinowej lewej oraz szczeliny złamania ściany przedniej zatoki szczękowej prawej, ściany bocznej oczodołu lewego, wyrostka skrzydłowego kości klinowej lewej, łuku jarzmowego lewego, ściany bocznej zatoki klinowej po stronie prawej i ściany tylnej zatoki czołowej prawej.

W badaniu wykazano także powietrze w przedniej jamie czaszki zlokalizowane przymózgowo u podstawy, przy sierpie mózgu i płatach skroniowych, rozsiane obszary stłuczenia płatów czołowych z drobnymi pojedynczymi ogniskami świeżej krwi w obu płatach czołowych, krwiak przymózgowy na wysokości płata ciemieniowego lewego, a także ślad krwi przymózgowo na wysokości płata ciemieniowego przy sierpie mózgu i na sklepieniu mózgowia. Stwierdzono również zwężenie komory bocznej lewej i obrzęk lewej półkuli mózgu.

Pokrzywdzony w czasie przyjęcia do szpitala był przytomny, w skali Glasgow został oceniony na 14 pkt. Świadomość mężczyzny była zaburzona, między innymi z uwagi na fakt, że znajdował się pod wpływem alkoholu. U pokrzywdzonego po przeprowadzeniu operacji neurochirurgicznej, poza niewielkimi ubytkami neurologicznymi, nie stwierdzono poważnych następstw zdrowotnych.



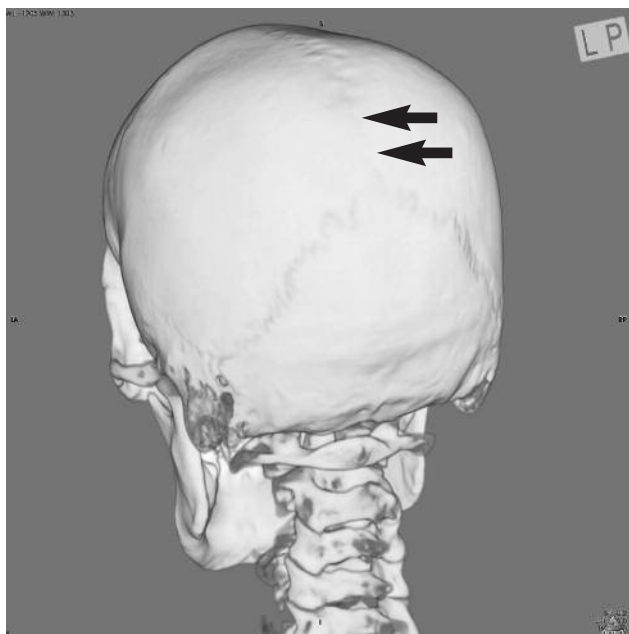
Ryc. 2. Lokalizacja złamań kości czaszki i twarzoczaszki.

Fig. 2. Location of the bone fractures of the skull and maxillofacial area.

Przypadek 3

55-letnia kobieta w swoim mieszkaniu została zaatakowana przez synową i w wyniku dwóch uderzeń zadanych siekierą doznała stosunkowo powierzchownych ran głowy. Zdarzenie miało mieć miejsce około godz. 20:00. Po zdarzeniu ofiara miała być przytomna, z kontaktem logicznym, w czasie kilkunastu godzin po urazie miała spożywać alkohol. Około godziny 12:00 dnia następnego stwierdzono zgon pokrzywdzonej. W badaniach chemiczno-toksykologicznych przeprowadzonych z krwi i moczu pobranych w czasie sekcji zwłok stwierdzono 4,2 promila alkoholu etylowego we krwi i 5,3 promila alkoholu etylowego w moczu. Zgon ofiary stwierdzono kilkanaście godzin po urazie. W oparciu o wyniki badania pośmiertnego przyjęto, że przyczyną zgonu było ostre zatrucie alkoholem etylowym.

W sprawie dostarczono dowody rzeczowe w postaci czterech siekier o długości od 33 cm do 65,5 cm, ostrzami długości od 9,4 do 9,7 cm, jednakże, jak wynikało z akt sprawy, nie wykonano badań identyfikacyjnych narzędzia.



Ryc. 3. Lokalizacja ran rąbanych na głowie.
Fig. 3. Location of chop wounds on the head.

W czasie sekcji sądowo-lekarskiej stwierdzono obrażenia na powłokach ciała, między innymi w postaci: rany o nierównych brzegach, w okolicy ciemie-

niowej, nieco od linii środkowej ciała o dł. 6,5 cm, szer. 4-5 mm, z niezbyt rozległymi otarciami naskórka i zasinieniem oraz powierzchownej ranki, zlokalizowanej w okolicy ciemieniowej prawej na tylnobocznej powierzchni, 7,5 cm powyżej małżowiny usznej o dł. 3 cm, otoczonej przez otarcie naskórka. W strukturach głębiej położonych stwierdzono rozległe podbiegnięcie krwawe w rejonie powyżej opisanych obrażeń tj. w okolicy ciemieniowej nieco od linii środkowej ciała oraz w okolicy ciemieniowej prawej na jej tylnobocznej powierzchni, 7,5 cm powyżej małżowiny usznej.

Kości sklepienia i podstawy czaszki, wykazały pęknięcie blaszki zewnętrznej w rejonie powyżej opisanej rany na dł. 3 cm. Po oględzinach czaszki stwierdzono, w miejscu znajdującym się na szwie strzałkowym, podbiegnięcie krwawe o wymiarach 4x5 cm. W centralnej części podbiegnięcia przerwanie ciągłości okostnej czaszki w kształcie osetki o dł. 1,5 cm, przy czym brzegi uszkodzenia były równe, tylko częściowo poszarpane. Prostopadle do długości uszkodzenia widoczne było nacięcie okostnej o dł. 3,5 cm – przebiegające wzdłuż linii prostej, o równych brzegach. Po obserwacji oczyszczonej czaszki nie ujawniono uszkodzeń blaszki kostnej, stwierdzono jedynie ciemną, odporną na ścieranie plamę. Wewnątrzczaszkowo stwierdzono natomiast niewielkie wylewy podpajęczynówkowe w rejonie płatów ciemieniowo-potylicznych.

OMÓWIENIE

Medycy sądowi w swojej praktyce dość często mają do czynienia z ranami rąbanymi, jednakże przypadki są głównie przedmiotem badań pośmiertnych w warunkach sali sekcyjnej, bowiem rany rąbane głowy zazwyczaj skutkują śmiercią pokrzywdzonych [1, 6]. Obrażenia dotyczą najczęściej głowy i prowadzą do głębokich uszkodzeń struktur czaszkowo-mózgowych.

W niniejszej pracy przedstawiono przypadki rozległych ran rąbanych głowy, nie skutkujących zgonem pokrzywdzonych. Poza tym, mimo niejednokrotnie rozległych uszkodzeń czaszki, a nawet i mózgu pokrzywdzeni po zakończonym leczeniu opuszczali szpital bez istotnych zaburzeń neurologicznych.

Uwzględniając powyższe, jak również przypadek przeżyciowej rany rąbanej, opisanej przez Stepha-

nova [7] wnioskować można, że brak skutku śmiertelnego ran rąbanych głowy wynika z lokalizacji głównie w okolicy czołowej lub ciemieniowej, więc

obszarów, gdzie nie ma ważnych dla zachowania życia ośrodków anatomicznych.

PIŚMIENNICTWO

1. Ong B. B.: The pattern of homicidal slash/chop injuries: a 10 year retrospective study in University Hospital Kuala Lumpur; *J Clin Forensic Med.* 1999, 6: 24-29.

2. Humphrey J. H., Hutchinson D. L.: Macroscopic characteristics of hacking trauma. *J Forensic Sci.* 2001, 46 (2): 228-233.

3. Lynn K. S., Fairgrieve S. I.: Macroscopic analysis of axe and hatchet trauma in fleshed and defleshed mammalian long bones. *J Forensic Sci.* 2009, 54 (4): 786-792.

4. Lynn K. S., Fairgrieve S. I.: Microscopic indicators of axe and hatchet trauma in fleshed and defleshed mammalian long bones. *J Forensic Sci.* 2009, 54 (4): 793-797.

5. Tucker B. K., Hutchinson D. L., Gilliland M. F. G., Charles T. M., Daniel H. J., Wolfe L. D.: Microscopic characteristics of hacking trauma. *J Forensic Sci.* 2001, 46 (2): 234-240.

6. Kataria R., Khandelwal V., Sinha V. D., Bagaria H.: Case report: Severe craniocerebral injury with impacted axe in situ: A fatal outcome; *The Indian Journal of Neurotrauma.* Indian J Neurotr. 2012, 1 (1): 67-69.

7. Stephanov S.: Severe craniocerebral injury by an axe with good outcome: case report. *Swiss Surg.* 1999, 5 (2): 80-82.

Ryciny przygotowane z zastosowaniem programu OsiriX.

Adres do korespondencji:

Magdalena Cychowska

Katedra i Zakład Medycyny Sądowej

ul. Marii Skłodowskiej-Curie 9

85-094 Bydgoszcz

tel.: +48 52 585 35 52

e-mail: magdalenacychowska@gmail.com