

Rozdział I. Medycyna wkracza do śledztwa. Początek nauk sądowych

§ 1. Przyrodnicy w procesie karnym. Nowy punkt widzenia

Gdy niemieckie ustawy karne (w szczególności *Constitutio Criminalis Carolina* z 1533 r.) w sprawach o zabójstwo, dzieciobójstwo czy obrażenia ciała wprowadziły obowiązek zasięgania opinii medyków lub chirurgów¹, przed tymi ostatnimi stanęły nowe zadania. Dotąd, na podstawie swojej wiedzy, mieli stawiać diagnozy, a dopiero później prowadzić terapię, czyli leczyć ludzi lub opatrywać ich rany. Teraz, posługując się tą samą wiedzą, mieli pomóc sądowi zbierać i oceniać dowody. Tak jak do tej pory, korzystając ze swoich doświadczeń i kwalifikacji, mieli służyć choremu, tak teraz, w oparciu o te same zasoby, mieli służyć państwu oraz jego sądom. W taki oto sposób, obok medycyny klinicznej nastawionej na diagnozę i leczenie, zaczęła się wyodrębniać medycyna *forensis* (od łac. *forum*), czyli publiczna, urzędowa, w Polsce tradycyjnie, choć niezbyt precyzyjnie zwana „sądową”. Pierwotnie nie dysponowała ona inną wiedzą niż ta, która potrzebna była do diagnozowania i leczenia. Z czasem jednak zaczęła gromadzić własne doświadczenia oraz opracowywać odrębne metody, które z zasady nie były już użyteczne w medycynie klinicznej, bowiem nie służyły leczeniu, lecz były niezbędne dla rozstrzygania problemów w procesie. Klasycznym przykładem takiej metody była „próba płucna”². W roku 1691 biegły medyk *Jan Schreyer* stanął przed zadaniem ustalenia, czy dziecko urodziło się żywe i – jak podejrzewało oskarżenie – zostało zamordowane przez matkę, czy też martwe, jak twierdziła oskarżona o dzieciobójstwo matka. *Schreyer* zaproponował sądowi wykonanie czegoś, co dziś nazwalibyśmy eksperymentem rzeczoznawczym. Znajomość medycyny i fizjologii pozwalała przyjąć, że je-

¹ Por. *J. Widacki*, Współczesny zakres nazwy kryminalistyka, s. 37–47; *tenże*, Przedmiot i zakres kryminalistyki, [w:] *J. Widacki* (red.), Kryminalistyka, s. 5–8.

² Por. *J. Widacki*, Przedmiot i zakres kryminalistyki, [w:] *J. Widacki* (red.), Kryminalistyka, s. 8.

śli dziecko urodziło się żywe, musiało zaczerpnąć powietrza w płuca. Jeśli by tak było, w pęcherzykach płucnych dziecka powinno znajdować się powietrze. Powietrza w pęcherzykach płucnych nie byłoby, gdyby dziecko urodziło się martwe. Jeśli zatem w pęcherzykach płucnych jest powietrze, płuca położone na wodzie będą unosić się na jej powierzchni, jeśli powietrza nie będzie, płuca utoną. Wobec powyższego należało wykonać sekcję zwłok dziecka, płuca położyć na wodzie i sprawdzić, czy unoszą się one na jej powierzchni, czy też toną („próbą płucną”). Na tym przykładzie widzimy, że na podstawie znajomości medycyny i fizjologii opracowano metodę, która nie miała żadnego znaczenia klinicznego, nie była w żaden sposób przydatna w leczeniu. Miała jednak ogromne znaczenie dla celów sądowych i odtąd zaczęła być w tych celach stosowana rutynowo³.

Medycyna sądowa była niewątpliwie pierwszą z nauk sądowych. Wkrótce pojawiły się kolejne nowe nauki sądowe, a i sama medycyna sądowa rozwinęła się tak bardzo, że wydzieliły się z niej samodzielne działy, przekształcające się w odrębne nauki sądowe. Tak było np. z toksykologią sądową, psychiatrią sądową, serologią sądową, a ostatnio genetyką sądową.

W języku angielskim nazwę *forensic sciences* w ostatnich latach zastępuje się czasem terminem *criminalistics* – „kryminalistyki” (liczba mnoga!).

Dziś bez trudu można wymienić co najmniej kilkanaście nauk, które mają swe odmiany „sądowe” (*forensic, forensische*). Katalog tych dyscyplin nie jest przy tym katalogiem zamkniętym. W miarę rozwoju nauk stale powstają też, a mówiąc precyzyjnie – wyodrębniają się, nowe dyscypliny „sądowe”.

Zatem dla wszystkich tych nauk istotą jest, że obok swej wersji podstawowej mają też swą odmianę „sądową”, przeznaczoną na usługi sądów i urzędów. Tak jest z medycyną sądową, psychiatrią sądową, toksykologią sądową, chemią sądową, biologią sądową, antropologią sądową, balistyką sądową, językoznawstwem sądowym i wieloma innymi, w których nazwie jest przymiotnik „sądowa/sądowy”. Ale do nauk sądowych zaliczane są też dyscypliny, których „wersją podstawową” jest właśnie „wersja sądowa”, a inne niż „sądowe” ich zastosowania pozostają na marginesie. Tak jest np. z daktyloskopią czy kilkoma innymi dyscyplinami zaliczanymi do klasycznych technik kryminalistycznych (np. mechanoskopią).

³ Tamże.

Czasem metody wypracowane przez nauki sądowe są wykorzystywane w badaniach historycznych czy archeologicznych⁴. Ale są to wciąż nauki sądowe! Szczególnie często wykorzystywane są tu medycyna sądowa, chemia sądowa, genetyka sądowa, rzadziej mechanoskopia i inne klasyczne techniki kryminalistyczne. Natomiast oczywistym błędem jest nazwanie „archeologią sądową” stosowania metod nauk sądowych dla potrzeb archeologii⁵. „Archeologią sądową” można by ewentualnie nazwać wykorzystanie metod archeologii dla celów sądowych, co rzeczywiście niekiedy ma miejsce (np. przy badaniach grobów masowych). Trafnie ujął to P. Konczewski, pisząc, że archeologia sądowa „wykorzystuje metody badań stosowane w archeologii w trakcie postępowania procesowego, odbywającego się na zlecenie organu procesowego (Policji, prokuratury, sądu)”⁶. Jednak takie wykorzystanie metod archeologii jest czymś tak dalece wyjątkowym, że można mieć wątpliwości, czy rzeczywiście wypada tu mówić już o odrębnej dyscyplinie. Uznanie istnienia „archeologii sądowej” wymagałoby wykazania, że archeologia, tak jak niegdyś medycyna, zdążyła już wypracować jakieś metody badań, które dla badań archeologicznych byłyby bez większego znaczenia (jak wspomniana „próba płucna” dla medycyny klinicznej), a mogłyby być przydatne w celach śledczych czy sądowych. O ile wiem, nic takiego dotąd nie miało miejsca.

Natomiast przekonanie⁷, że jeśli ktoś potrafi się zachwycać zwłokami pięknej kobiety, ofiary morderstwa, lub rozważa estetyczną stronę czerwonych plam krwi na białym śniegu, to mamy do czynienia z „estetyką sądową”, zakrawa raczej na ponury żart. Tak pojęta „estetyka sądowa” nie ma nic wspólnego z naukami sądowymi, a doznawane przy takich okazjach przeżycia estetyczne świadczą – mówiąc najdelikatniej – o daleko posuniętej ekstrawagancji przeżywającego. Tak rozumiana „estetyka sądowa” jest więc raczej wytworem swoistego, nieco przewrotnego, tzw. resortowego poczucia humoru i z na-

⁴ Wykorzystanie nauk sądowych do celów historycznych nie jest czymś nowym i nadzwyczajnym. Przypadki takiego wykorzystania w Polsce były opisywane w literaturze. Por. np. J. Widacki (red.), Wykorzystanie metod kryminalistyki i medycyny sądowej, *passim*; J. Widacki, Detektywi na tropach zagadek historii, *passim*.

⁵ Wydaje się, że nie dość precyzyjnie nazwę „archeologia sądowa” wyjaśnia M. Trzciński, w szczególności niewystarczająco przejrzyście rozdziela zastosowanie nauk sądowych do badań historycznych czy archeologicznych od stosowania metod archeologii dla celów kryminalistycznych, sądowych. Por. M. Trzciński, Przedmiot i zakres badań archeologii sądowej, s. 15 i n.

⁶ T. Konczewski, Archeologia sądowa w praktyce, s. 114.

⁷ Por. J. Wójcikiewicz, D. Wójcikiewicz, P. Wójcikiewicz, Estetyka sądowa, s. 105; J. Wójcikiewicz, Piękno przestępstwa, *passim*.

ukami sądowymi (*forensic sciences*), w powszechnym ich rozumieniu, oczywiście nie ma nic wspólnego.

Podsumowując, można powiedzieć, że nauki sądowe (*forensic sciences*) własne twierdzenia budują na podstawie analizy dorobku swej dyscypliny macierzystej (medycyny, toksykologii, psychologii itd.), pod kątem ich przydatności dla praktyki śledczej lub sądowej, a także na podstawie własnych badań eksperymentalnych oraz analiz swoich doświadczeń praktycznych⁸.

Nauki sądowe mają też zastosowanie poza procesem karnym (tu widać wyraźnie, na ile nazwa „sądowe” jest zawężeniem nazwy *forensic* i na ile nie jest adekwatna do swego przedmiotu), w szczególności, zwłaszcza w interesującym nas zakresie, w działaniach służb specjalnych, czyli w działaniach wywiadu i kontrwywiadu.

Zanim ktoś jako pierwszy wpadł na pomysł, aby ludzi przesłuchiwać czy rozpytywać w sztucznie wywołanym stanie „osłabienia woli”, najpierw musiała rozwinąć się anestezjologia – dział medycyny zajmujący się walką z bólem, w tym w szczególności przygotowaniem pacjenta do bezbolesnej operacji chirurgicznej i kontrolą działania znieczulenia w czasie operacji.

Obecnie anestezjologia ma szersze zastosowanie, obejmujące – obok wspomnianych wyżej tradycyjnych zastosowań – także wykorzystanie jej do intensywnej terapii, diagnostyki i leczenia ostrych niewydolności narządowych, leczenia bólu oraz ostrych lub przewlekłych zespołów bólowych, w działaniach ratowniczych, w stanach nagłego zagrożenia życia itp.

§ 2. Anestezja kliniczna i sądowa

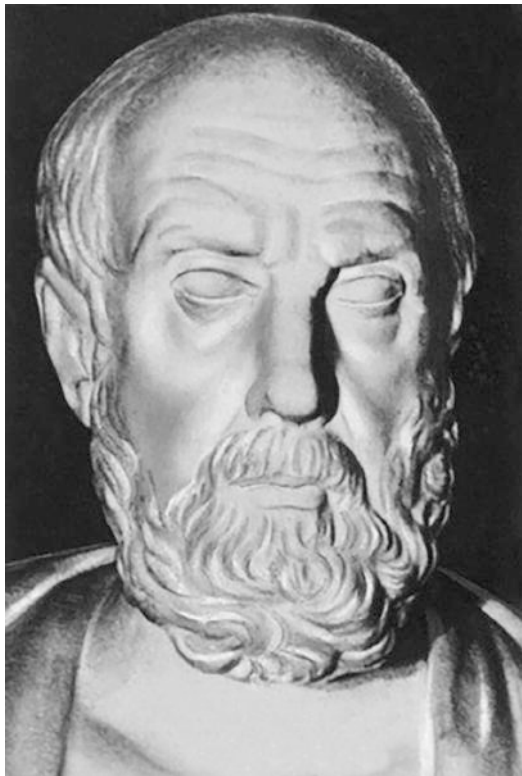
Próby uśmierzania bólu podejmowane były od zawsze. Zanim jednak powstała współczesna anestezja, ból próbowano uśmierzać lub łagodzić różnymi prostymi i czasami – jak się wydaje – skutecznymi metodami. Czyniono okłady (w tym z lodu), podawano alkohol lub wyciągi z rozmaitych roślin. Już 4000 lat p.n.e. Sumerowie stosowali opium do uspokojenia bólu. Babilończycy, 2200 lat p.n.e., do łagodzenia bólu zęba wykorzystywali zioło lulek (*Hyoscyamus*)⁹. Rzecz ciekawa, z nasion lulką w latach 30. XX w., w Polsce ekstrahowano

⁸ Por. J. Widacki, Przedmiot i zakres kryminalistyki, [w:] J. Widacki (red.), Kryminalistyka, s. 8; K. Jaegermann, J. Widacki, Zmiany paradygmatu medycyny sądowej i kryminalistyki, s. 85–90.

⁹ Por. E.J. Chidiac, R.N. Kaddoum, S.F. Fuleihan, Mandragora: Anesthetic of the Ancients, s. 1437–1441.

skopolaminę, próbując uczynić z niej serum prawdy (por. niżej, rozdział III). Z kolei starożytni Egipcjanie dla złagodzenia bólu stosowali mandragorę¹⁰. Jej działanie opisał *Homer* w „*Odysei*”, a „ojciec medycyny” *Hipokrates* (460–375 p.n.e.) stosował ją do leczenia depresji¹¹. Tymczasem w starożytnych Indiach do walki z bólem już w VI w. p.n.e. stosowano opary z konopi indyjskich (*marihuana*)¹².

Ryc. 1. *Hipokrates*



Źródło: domena publiczna.

¹⁰ Tamże; por. również *T.E. Keys*, *The History of Surgical Anesthesia*, s. 5–7.

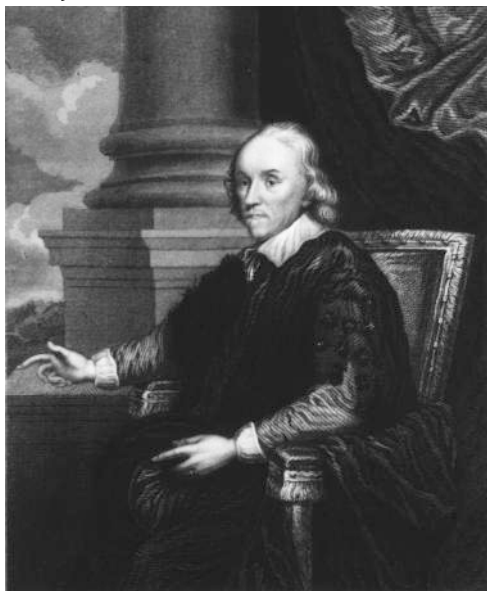
¹¹ Por. *E.J. Chidiac*, *R.N. Kaddoum*, *S.F. Fuleihan*, *Mandragora: Anesthetic of the Ancients*, s. 1437–1441; por. także *T.E. Keys*, *The History of Surgical Anesthesia*, s. 5–7.

¹² Por. *T.E. Keys*, *The History of Surgical Anesthesia*, s. 5–7.

Indianie południowoamerykańscy, jeszcze na długo przed odkryciem Ameryki przez Europejczyków, do uśmierzania bólu używali wyciągu z koki, a Indianie z Meksyku i dzisiejszego południa Stanów Zjednoczonych jako lek i także jako używkę stosowali meskalinę (pejotl)¹³.

W średniowiecznej Europie przy znieczulaniu w czasie zabiegów chirurgicznych popularna była „gąbka nasenna”. Była to gąbka nasączona mieszaniną opium, mandragory i cykuty. Dla złagodzenia bólu stosowano również alkohol¹⁴. Wszystkie te środki podawano wziewnie (do wdychania) lub – jak alkohol – dawano do spożycia. Dopiero w 1628 r. angielski biolog, *William Harvey* (1578–1657) odkrył, że krew krąży w organizmie żywym, a zatem środki podane dożylnie, rozchodzą się po całym organizmie. Pozwoliło to na podawanie środków uśmierzających ból nie tylko drogą wziewną czy pokarmową, ale także dożylną, przez iniekcję.

Ryc. 2. *William Harvey*



Źródło: Britannica, <https://www.britannica.com/>.

¹³ Por. *M. Jay*, *Mescaline: A Global History of the First Psychedelic*; por. także *H.R. El-Seedi et al.*, *Prehistoric Peyote Use: Alkaloid Analysis*, s. 238–242.

¹⁴ Por. *P. Juvin, J. Desmontes*, *The Ancestors of Inhalational Anesthesia*, s. 265–269.

Rozwój współczesnej anestezji, datowany od początków XIX w., stworzył po temu daleko większe możliwości. Oczywiście jest, że postęp w anestezji nie byłby możliwy bez odkryć chemików i farmaceutów. Około 1804 r. niemiecki chemik *Friedrich Wilhelm Sertürner* (1783–1841) wyizolował z opium alkaloid, który – od imienia rzymskiego boga snu *Morfeusza* – nazwał morfiną¹⁵. Od roku 1827 morfina w Niemczech była produkowana jako lek uśmierzający ból, stosowany także do leczenia uzależnień od alkoholu i opium. Wykorzystywana była powszechnie, dostępna w aptekach, a w USA aż do 1914 r. jej nabycie nie wymagało nawet posiadania recepty.

Ryc. 3. *Friedrich Wilhelm Sertürner*



Źródło: domena publiczna.

¹⁵ T.E. Keys, *The History of Surgical Anesthesia*, s. 38–40.

W roku 1540 niemiecki biolog i lekarz *Valerius Cordus* (1515–1544) zsyntetyzował eter¹⁶.

Ryc. 4. *Valerius Cordus*

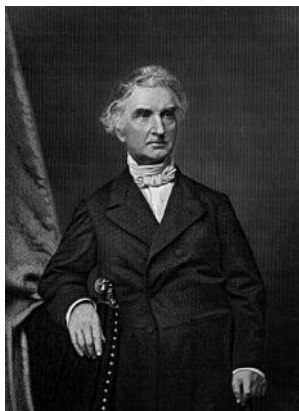


Źródło: domena publiczna.

¹⁶ Ch.D. Leake, *Valerius Cordus and Discovery*, s. 14–25.

Niemal 300 lat później, bo w roku 1831, odkryto chloroform (związek chemiczny z grupy halogenoalkanów, chlorową pochodną metanu). Zaobserwowali go, niezależnie od siebie, niemiecki chemik i farmaceuta *Justus von Liebig* (1803–1873), francuski farmaceuta *Eugene Soubeiran* (1797–1859) oraz amerykański lekarz *Samuel Guthrie* (1782–1848)¹⁷.

Ryc. 5. *Justus von Liebig, Eugene Soubeiran, Samuel Guthrie*



Źródło: domena publiczna.

¹⁷ Por. G.S. Bause, *The Chloroform Still of Dr. Samuel Guthrie*, s. 1235.

Zarówno chloroform w czystej postaci, jak i eter były później stosowane do głębokiej narkozy. Uśpienie przy użyciu eteru wykonano po raz pierwszy przy operacji guza szyi w roku 1846 w Bostonie. Pacjenta uśpił (wprowadził w głęboką narkozę) i zoperował *William Thomas Green Morton*. W tym samym roku w narkozie eterowej, w Londynie, dokonano amputacji kończyny. Operację wykonał *Robert Liston*¹⁸.

Jako pierwszy chloroform w celu uśpienia zastosował w 1847 r., w Edynburgu, Brytyjczyk dr *James Young Simpson* (1811–1870), usypiając pacjentkę na czas porodu¹⁹.

Ryc. 6. *James Young Simpson*



Źródło: domena publiczna.

¹⁸ T.E. Keys, *The History of Surgical Anesthesia*, s. 38–40; por. także W. Brzeziński, *Chirurgia i specjalności zabiegowe w XIX i XX wieku*, [w:] T. Brzeziński (red.), *Historia medycyny*, s. 321.

¹⁹ Por. W. Brzeziński, *Chirurgia i specjalności zabiegowe w XIX i XX wieku*, [w:] T. Brzeziński (red.), *Historia medycyny*, s. 321; por. także W. Jurczyk, M. Sikorski, *Anestezjologia w Wielkopolsce*, s. 1–4.

Warto w tym miejscu przypomnieć, że 7.2.1847 r. po raz pierwszy na ziemiach polskich eter do narkozy zastosował *Ludwik Bierkowski* (1801–1860)²⁰, profesor chirurgii Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Ryc. 7. *Ludwik Bierkowski*



Źródło: domena publiczna.

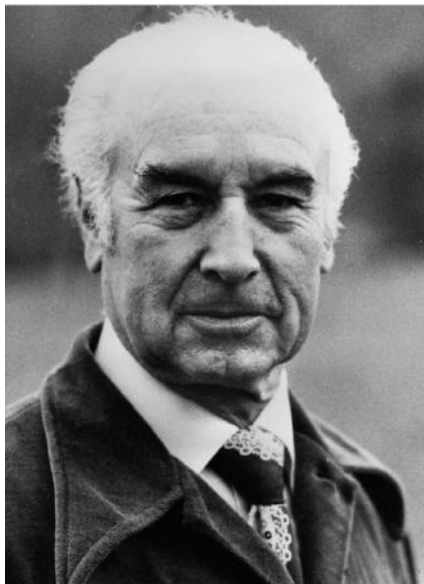
Pionierem w wyizolowaniu oraz zidentyfikowaniu meskaliny był niemiecki farmakolog i chemik *Arthur Heffter* (1859–1925), a w roku 1918 austriacki chemik *Ernest Späth* uzyskał meskalinę syntetycznie. Specyfik ten posiada właściwości halucynogenne i psychozotwórcze, podobnie jak wynalezione znacznie później, bo dopiero w 1938 r.²¹, przez Szwajcara *Alberta Hofmanna* (1906–2008) LSD (amid kwasu D-lizergowego i dietyloaminy). Doktor *Hofmann*, chemik zatrudniony w laboratorium firmy Sandoz w Bazylei, po eksperymentach dokonanych na sobie samym, a następnie po doświadczeniach z udziałem ochotników, pracowników laboratorium Sandoz uznał, że LSD jest zdecydowanie najsilniejszym z dotąd znanych halucynogenów. Sądził, że eks-

²⁰ Por. W. Brzeziński, *Chirurgia i specjalności zabiegowe w XIX i XX wieku*, [w:] T. Brzeziński (red.), *Historia medycyny*, s. 322.

²¹ S. Kinzer twierdzi, że miało to miejsce dopiero w 1943 r. Por. S. Kinzer, *Doktor śmierć*. Sidney Gottlieb, s. 52.

perymenty z LSD mogą zapoczątkować badania nad biochemiczną genezą chorób psychicznych, w szczególności schizofrenii²².

Ryc. 8. *Albert Hofmann*



Źródło: Britannica, <https://www.britannica.com/>.

LSD jest biologicznie bardziej czynne niż meskalina. Początkowo planowano wykorzystać je m.in. jako lek działający rozkurczowo na macicę w trakcie porodu. Psychodeliczne właściwości LSD poznane zostały dopiero w trakcie dalszych badań. Początkowo próbowano stosować je jako lek w dziedzinie psychiatrii, w leczeniu schizofrenii. Później używane było powszechnie jako halucynogeny narkotyk, bardzo popularny szczególnie w kręgach hippisowskich. Właściwości psychodeliczne LSD w latach 50. XX w. chciała wykorzystać CIA (projekt MKUltra²³). Z kolei meskalina stosowana była w leczeniu depresji i w terapii alkoholizmu²⁴.

²² Por. S. Kinzer, Doktor śmierć. Sidney Gottlieb, s. 53; B. Breen, Albert Hofmann Discovers LSD.

²³ Por. dalej, rozdział IX.

W roku 1892 niemiecki farmaceuta, profesor Uniwersytetu w Marburgu *Ernest A. Schmidt* (1845–1921), uzyskał środek $C_{17}H_{21}NO_4$. Substancję tę, na cześć włoskiego, urodzonego w Cavalese, w regionie Trydent (Górna Adyga), lekarza i botanika *Giovaniego Antonia Scopoli* (1723–1788), nazwał skopolaminą²⁵.

Ryc. 9. Dom w Cavalese (Włochy), w którym urodził się *Giovani Antonio Scopoli*



Źródło: fotografia ze zbiorów autora.

Ryc. 10. *Ernest A. Schmidt*



Źródło: domena publiczna.

²⁴ Z.S. Herman, [w:] A. Danysz, R. Gryglewski (red.), Farmakologia, s. 363–364 (rozdział 6 „Leki ośrodkowego układu nerwowego”).

²⁵ E.A. Schmidt, Über Scopolamin (Hyoscin).

Kilka lat później, w roku 1900, *Eduard Schneiderlin* (1875–?) z Kliniki Psychiatrycznej w Emmendingen (Niemcy) zaproponował wykorzystanie skopolaminy jako środka znieczulającego przy operacjach chirurgicznych²⁶.

Na początku XX w. anestezję zrewolucjonizowały barbiturany (pochodne kwasu barbiturowego). Kwas barbiturowy uzyskał w roku 1863 *Adolf von Baeyer*. Obecnie około 2500 substancji określanych jest jako „barbiturany” – pochodne kwasu barbiturowego są szeroko stosowane jako leki nasenne, znieczulające, a także przeciwpadaczkowe. Aktualnie jednak, z uwagi na działania uboczne (uzależnienia, wysoka toksyczność przy przedawkowaniu), zostały wycofane z listy leków, są jednak używane nielegalnie w celach odurzających.

W roku 1899 *Heinrich Dreser* w Monachium zsyntetyzował hedonal. Dwa lata później, w roku 1901, rosyjski lekarz *Mikołaj Krawkow* (1865–1924) w Sankt Petersburgu rozpoczął eksperymenty z hedonalem podanym dożylnie, co pozwoliłoby uniknąć narkozy wziewnej. W grudniu 1909 r., w klinice Cezarskiej Medyko-Chirurgicznej Akademii Wojskowej, znany rosyjski chirurg prof. *Siergiej Fiodorow* (1869–1936) zastosował metodę *Krawkowa* przy znieczuleniu ogólnym²⁷. W krótkim czasie w Rosji opisywano już wyniki zastosowania znieczulenia hedonalem w 530 przypadkach²⁸.

W roku 1932 dwaj niemieccy chemicy *Walter Kropp* (1885–1939) i *Ludwig Taub* (1887–1956) oraz farmakolog *Hellmut Weese* (1897–1954) uzyskali *hexobarbitone* – ewipan²⁹. W Polsce ewipan i możliwości jego medycznego wykorzystania zostały opisane już 2 lata później³⁰ i od tego czasu ewipan stosowano w anestezji w Polsce rutynowo³¹.

²⁶ E. Schneiderlerlin, Eine Neue Narkose, s. 101–103.

²⁷ Por. I. Kissin, A.J. Wright, The Introduction of Hedonal, s. 242; por. także Ch. Ball, R. Westhorpe, Early Intervenous Anesthesia, s. 3.

²⁸ Por. T.E. Keys, The History of Surgical Anesthesia, s. 58.

²⁹ D.A. Cozantis, One Hundered Years of Barbiturates and their Saint, s. 594–598.

³⁰ J. Grantowicz, Narkoza dożylna z zastosowaniem „ewipanu-natrium”, s. 78–80.

³¹ Świadczy o tym obroniona w 1938 r. w Uniwersytecie Poznańskim, oparta na analizie przypadków rozprawa doktorska T. Rafińskiego: Uśpienie za pomocą ewipanu.

Rozdział II. Początki stosowania narkoanalizy dla celów śledczych

Odkrycia chemików i farmaceutów pozwoliły na skuteczną walkę z bólem, w szczególności umożliwiły dokonywanie znieczuleń miejscowych, a także pełną narkozę w czasie operacji chirurgicznych. Od bardzo dawna obserwowano też, że alkohol lub podobnie do niego działające środki nie tylko zwiększają tolerancję na ból, ale przy okazji osłabiają wolę i kontrolę nad zachowaniami oraz wypowiedziami. Już od starożytności mawiano, że *in vino veritas* („prawda w winie”). Ta potoczna obserwacja ma swoje odzwierciedlenie w licznych przysłowiach ludowych w różnych krajach (np. w Polsce znane są porzekadła: „co na trzeźwo myśli, to po pijanemu powie” lub „przy winie prawdy się doczekasz” itp.). Obserwacje pacjentów poddanych znieczuleniu ogólnemu, czyli narkozie (eterowej lub chloroformowej), pozwoliły na wyodrębnienie czterech faz jego stanu: okres oszołomienia lub analgezji (*stadium analgesie*), okres pobudzenia (*stadium excitationis*), okres znieczulenia chirurgicznego (*stadium anaestesia chirurgicae*) oraz okres asfikcji (*stadium asphycticum*)¹. W fazie drugiej (*stadium excitationis*) u usypianego pacjenta z reguły występują silne pobudzenia psychiczne i ruchowe, gadatliwość, objawy odhamowania. To co powie pacjent znajdujący się w tej fazie, objęte jest tajemnicą lekarską. Zakłada się bowiem, że chory może wtedy, nie kontrolując swych wypowiedzi, ujawnić coś, czego nie chciałby ujawniać, mając nad nimi pełną kontrolę (np. ujawnić intymne tajemnice, obrazić kogoś, pomówić itp.)².

Być może pomysł, aby będącego w tej fazie narkozy pacjenta przesłuchać, zrodził się w USA w latach 70. XIX w., w sprawie morderstwa nowojorskiego maklera giełdowego i filantropa *Benjamina Nathana*. Ten powszechnie szanowany, a przy tym bardzo bogaty człowiek został zamordowany we własnym domu 28.7.1870 r.

¹ Z.S. Herman, [w:] A. Danysz, R. Gryglewski (red.), Farmakologia, s. 268–269 (rozdział 6 „Leki ośrodkowego układu nerwowego”).

² Tamże, s. 269.