AUB Libraries

RAR-104
v.1

A.U.B. LIBRARY

AMERICAN
UNIVERSITY OF
BEIRUT

A.U.B. LIBRARY

CA
614.1
A883tA
V.1
c.1

الطب الشرعي العملي

تأليف الطبيب الكبياوي

كيماوي جمارك بيروت ، ورئيس اطباء مستشفيات الأمراض
الأثنانية للجيش الرابع العثماني في دمشق ، والطبيب
الشرعي لولاية حلب سابقاً

الجلد الاول

حقوق التأليف والطبع محفوظة

١٩٣٤

المقدمة

استهل كلامي بأسم الله واستعين به واحمده عزّ وجلّ على ما وفقني اليه في انفاذ رغائب لي كانت تتوق نفسي لاخراجها للقضاء لتكون معواناً للطبيب والحاكم والمحامي ولكل ذي علاقة بالقضاء لأعلا شأن العدل عن طريق فن الطب الشرعي . ولا يخفى على كل من له صلة بفن الطب الشرعي ، ان مؤلفاته مدونة على اسس نظرياته الطبيه وان تدريسه في المعاهد لايمكن ان يتكامل بتطبيقاته العلمية كسائر الشعبات الطبيه من حيث عدم امكان ايجاد الوقائع العلمية المطلوبه رهن الامر ابان التدريس ، لذلك فان المبتدي بممارسة الطب الشرعي يكون معرضاً لصعوبات جمة فى تنظيم التقارير الطبيه الشرعيه الى درجة تفوق على الصعوبات التى تعترض الطبيب الحديث بممارسة الطب العام ، حيث يوجد لديه متسع من الوقت للتدقيق والمطالعة قبل اعطاء الرأى على حين ان وقائع الطب الشرعي تتطلب سرعة اعطاء الرأى على المشاهدات المرئيه التى تتحول او تزول بوقت قصير جداً ؛ اذ ان التأخير في ذلك يعرقل التحقيق ويولد الاقاويل ويبعث الشبهات . واذا اضفنا الى ذلك تأثير التقرير الطبي الشرعي ـ الذى يشير بمتنه الى المادة القانونيه الواجب اتباعها ـ على القضاء يتجلى لنا ما لممارسة هذا الفن الجليل من التأثير على سير العدالة . وعليه

فقد رأيت ان اصدر مؤلفاً في الطب الشرعي بالاستناد الي الوقائع العدلية التي تفتقر الى اراء الاطباء العدليين وشكل تدقيقها واسس استخراج النتائج وتنظيم التقارير الطبية العدلية ، نظراً لما شاهدته اثناء ممارستي الطب الشرعي في الجمهورية السورية طيلة عشرة اعوام مكنتني من الأطلاع على اكثر من ستين الف واقعة ، وما عرض لي في خلالها من المصاعب الكثيرة التي اقتحمتها اثناء ذلك وما تكبدته من المشاق لأصلاح ما فرط به بعض الاطباء غير الشرعيين من الاخطاء الطبية الشرعية في كثير من القضايا ؛ وهذا ما اهاب بي لنشره ليسهل على الاطباء ممارسة الطب الشرعي ، ويعطي للحكام اطمئناناً راسخاً على صحة احكامهم ، ومن الله التوفيق

في ٢٠ كانون ثاني سنة ١٩٣٤

دوقتور توفيق مصطفي عطار

الطب الشرعى

التعريف ــ ان الطب الشرعي هو الفرع الطبي الذى يبحث عن القوانين المختصة بممارسة فن الطب وفروعه ، وعن التطبيقات الطبية لتسهيل مهمة القضاء في احوال الاعتداء على الصحة والحياة والعرض (العفاف)

غايته ــ وصف الآفات وتعيين اسباب وميخانيكيات حصولها وانذاراتها ليستنير القضاء تأميناً لتطبيق العدالة بتعيين العقوبات .

ماهيته ــ ترتكز على قواعد خاصة مقتبسة من تجارب ثابتة وتدقيقات قيمة ويستند على كافة الشعبات الطبية الداخلية والخارجية .

نتائجه ــ ممارسة فحص المعتدى عليهم وتنظيم التقارير الطبية الشرعية بالاستناد الى الأساسات المذكوره آنفاً .

الطب الشرعى العملي

هو ممارسة الطب الشرعي اى فحص الأشخاص المعتدى على صحتهم او عرضهم واجراء الكشوف على الاجساد المعتدى او المشتبه بوقوع الاعتداء عليها وذلك بناءً على طلب السلطات القضائية والضابطة العدلية وتثبيت الآثار المشاهدة ووصفها بصورة دقيقة دون اهمال اى اثر منها مهما كانت ضئالة اهميته ، وتفسير ماهيتها ومنشأ حصولها بالأدلة والبراهين الفنية واستخراج

النتيجة التى ترى مطابقة لروح الحادث ، لتنوير رجال القضاء واطلاعهم على لب الحقائق تأميناً لتوزيع العدالة في تحديد العقوبات .

ان اهمية التقرير الطبي العدلي غنية عن الأيضاح ، اذ هو بمثابة حجر الزاوية في التحقيقات القضائية ، لانه عندما يكون التقرير محتوياً على التدقيقات الفنيه ومستوفياً الشرائط لعلمية فهو اصدق شاهد وارجح دليل على سير التحقيق وكثيراً ما عمل الأهالي على تضليل الوقائع الجنائية حتي اهل المغدورين منهم ثم ظهرت للوجود بالتقارير الطبية العدلية .

الطبيب الشرعي

هو الطبيب المكلف بأجراء الفحوص الطبية العدلية بناء على طلبات السلطات القضائية والضابطة واعطاء التقارير الطبية العدلية حسب الأصول و القواعد الفنية (المنتخب بحسب القوانين الموضوعة من بين الاطباء العالمين بالطب الشرعي) المحلف امام محاكم الاستئناف على ان يحسن القيام بالأعمال التى يعهد بها اليه بصدق وامانه وان لا يثبت فى تقاريره الا الحقيقة . ويمتاز من اتصف بصفاة الهدوء والتأني والمتانة والصبر والحلم والرقة والجرأة وسعة الخلق وعدم التأثر والمحاباة من الوجهة الاخلاقية ، وبالدرس والتنقيب والثبات من الوجهة العلمية.

الخبير بالطب الشرعى

هو الطبيب المنتخب (من قبل المحاكم البدائية لممارسة الطب الشرعي في

الأحوال المستعجلة) من بين الاطباء الذين مارسوا الطب العام مدة لا تقل عن الخمس سنين ودرسوا فن الطب العدلي خاصة . على ان تعرض تقاريره على الطبيب الشرعي ليبان رأيه فيها .

التقرير الطبي الشرعي

على الطبيب الشرعي او الخبير ان يثبت في تقريره :

١ ــ هوية الشخص او الجسد بصورة مميزة

٢ ــ كافة الآثار المشاهدة (اي الأعراض) مفصلة ومميزة

٣ ــ تفسير هذه الآثار بكل اعتناء وفقاً لفن الطب العدلي

٤ ــ النتيجة التي يستخرجها مع بيان ماهية ومنشأ وشكل وقوع الحادث بكل دقة .

وعلى الطبيب الشرعي تدقيق التقارير المعطاة من قبل الأطباء الخبراء وبيان ملاحظاته بتفسير الآثار والنتيجة المستخرجة ؛ اذ كثيراً ما يكون التفسير ناقصاً او مخطئاً فيه مما تتبدل معه النتيجة المستخرجة وتعاد الى محورها الاساسي .

وعندما يقع الاعتراض على التقارير الطبية العدلية من قبل اصحاب العلاقة او حينما يخامر الشك والريب وجدان الحكام ، يصار الى تشكيل هيئات طبية عدلية من ذوي الأختصاص المتمرنين لتدقيق التقارير المذكورة ،

وكذلك فانه عندما تكون هذه التقارير منظمة حسبما ذكر آنفاً يمكن تفنيدها وتدقيقها من قبل هيئات اختصاصية حتى فى اقصى المعمور .

ممارسة الطب الشرعى

الضابطة والسلطات القضائية تطلب من الطبيب الشرعي او من الخبير بالأحوال المستعجلة ، بتحرير منها فحص المعتدى على صحتهم او عرضهم ، والكشف على الاجساد في الوقائع الجنائية او المشتبه بها لأظهار سبب الموت وكيفية حصوله ، واعطاء التقارير الطبية العدلية بذلك .

نظام ممارسة الطب الشرعي فى الجمهورية السوريه

قرار ٣١٩ سنة ١٩٢٤

مادة — ١ : انشيء في كل منطقة فيها محاكم استئنافية وظائف اطباء عدليين بعدد كاف لتأمين سير الأعمال .

مادة — ٢ : يعين الاطباء العدليون بقرار يصدره مدير عدلية الاتحاد بعد استطلاع رأي مدير الصحة العام فى الدولة التى سيتعاطون بها وظائفهم .

مادة — ٣ : يذكر في قرار التعيين اراضيء اللواء او القضاء الذين تتألف منها دائرة وظائفهم .

مادة — ٤ : على الاطباء العدليين ان يلبوا كل طلب من سلطات القضاء والشرطة لأظهار كيفية الموت الذى يكون بحادث فجائى او بأسباب مجهولة او مشتبه بها وان ينظموا بذلك تقارير فنية .

مادة — ٥ : ان طلب الاطباء غير تابع لشكل من الاشكال ويجوز ان يكون كتابة او شفهياً ولكن يحتم ان يكون بعبارات تتضمن التصريح ليكون الطبيب الذي وجه اليه

هذا الطلب على بينة من ان القاضي يستعمل حقاً من حقوق القضاء وان ليس هنـاك من يعرضه عليه .

مادة ـــ ٦ : يعاقب الطبيب الذي لا يلبي الدعوة بالجزاء من ٥ ـ ٥٠ ليرة سورية .

مادة ـــ ٧ : على الاطباء العدليين كلما طلبتهم المحكمة ان يقوموا بالابحاث الفنية الـتي يعهد فيها اليه ويستشارون كخبراء يخضعون عندئذٍ للقواعد المتعلقة بالكشوف الطبية .

مادة ـــ ٧ : للسلطات القضائية او الشرطة اذ اقتضت الحال بلزوم ايفاً كشف مستعجل ان يطلبوا اطباء البلدية الموجودين وفقاً لقانون ١٢ جمـادي الأول ١٢٨٧ او اي طبيب سواهم .وذلك ضمن الشروط وتحت ذات المسؤلية المنصوص عليها بحق الأطباء العدليين وترفع حالاً الى السلطات القضائية ذات الصلاحية مبدياً رأيه بشأنها .

المادة ـــ ٩ : ان عدم رفع التقرير الى الطبيب العدلي من قبل الطبيب المنتدب او الى السلطات القضائية من قبل الطبيب العدلي يستوجب تغريم الطبيب المقصر بالجزاء النقدي من ٥ ـ ٥٠ ليره ما لم يكن حاصل التأخير بقوة قاهرة تثبت حسب الأصول .

المادة ـــ ١٠ : يستوفى الاطباء العدليون من موازنه العدلية راتباً شهـرياً قدره ٣٠ ليره سورية تدفع لهم مع بدل غلاء المعيشة .

المادة ـــ ١١ : يعطى فيما عصا ذلك (اي فى حال طلبهم من قبل القضاء فقط) البدلات المعينه فى التعرفة الآتية :

عن عملية غير عملية التشريح ١٠٠ غرش سوري

" "التشريح قبل الدفن ٢٠٠ " "

" "التشريح بعد الدفن ٤٠٠ " "

ينزل بدل التشريح الى ١٠٠ او ٢٠٠ غرش حسب الأصول اذا كانت الجثة جثة طفل ولا يعطي لهم بدلاً عن المعالجة التي تأمر بهـا السلطات القضائية والمدعي العام او المستنطق او المحكمة وتدفع نفقات العلاج الثابت انها ضرورية عند ابراز اوراق مثبتة .

المادة ـــ ١٢ : وفى حالة ذهـاب الطبيب الى مكان يبعد عن محـل اقامته اكثر من كيلو مترين يتقاضى عن كل كيلو مترة ذهابا ومثله ايابا الأجـرة الـتي تستوفي من

ركاب الدرجة الاولى اذا كان السفر بالسكة الحديديه وعشرة غروش اذا كان بغير الوسائط النقلية .

المادة — ١٣ : اذا اضطر الاطباء خلال قيامهم بواجباتهم بالبقاء خارج محل اقامتهم يعطون على سبيل التعويض ليرة سورية عن كل يوم اقامة اضطرارية بشرط ان يبرزوا تأييد لطلبهم شهادة من السلطات الادارية القضائية في المنطقة التي تؤيد سبب الاقامة الاضطرارية .

المادة — ١٤ : تطبق المواد ١١ ، ١٢ ، ١٣ بحق الاطباء البلديين او غيرهم المنتدبين وفقاً لأحكام المادة الثامنة المار ذكرها .

المادة — ١٥ : يضاف مبلغ البدلات والنفقات المعينة في المواد السابقة الى مصارف الدعوى ويقوم بدفعها الخصم الذي يحكم بهذه المصاريف .

المادة — ١٦ : تستوفي الغرامات النقدية المنصوص عليها في المواد ٦ ، ٨ ، ٩ وفقاً للقوانين الموضوعة والأنظمة المرعية المتخذة بشأن مصارف المحاكمة والجزاء النقدي .

المادة — ١٧ : يجب ان ينظم في كل منطقة جدول بأسماء الاطباء الجديرين بأن يساعدوا الأطباء العدليين الموظفين في جميع الأحوال التي تستدعي استطلاع رأي الخبراء ولا يدخل في هذا الجدول اسماء الأطباء العدليين الموظفين ، ويعطي هؤلاء الأطباء الخبراء الأجور المنصوص عليها في المواد ١١ ، ١٢ ، ١٣ .

المادة — ١٨ : على الأطباء العدليين قبل استلامهم وظيفتهم ان يقسموا امام محكمة الأستئناف التي سيعاطون وظيفتهم بمنطقتها انهم سيحسنون القيام بصدق الأعمال التي يعهد فيها اليهم وانهم لا يثبتون في تقاريرهم الا الحقيقة ، واذا دعوا لأداء شهادة ما سواء كان لدى المستنطق او لدى المحكمة فاليمين التي اقسموه كما جاء اعلاه لا يعفيهم من اليمين الواجب على الشهود .

المادة — ١٩ : يكلف امين السر العام ومدير العدلية والمالية بتنفيذ هذا القرار كل ما يخصه .

وبالنظر لما ثبت لي بالتجارب من عدم كفاية هذا القانون ، فأدرج بذيله صورة

القانون الذي قدمته لوزارة العدلية السوريه لدرسه وتمحيصه ، وعند ثبوت ارجحيته التوسل لتأمين شكله القانوني :

الماده ـ ١ : انشيء في كل منطقة فيها محكمة استئنافيه وظائف اطباء عدليين بعدد كاف لتأمين سير الأعمال .

الماده ـ ٢ : يؤسس في كل من دمشق وحلب دور لعمليات فتح الميت (مورغ) يعهد بادارتها لاحد الاطباء الشرعيين .

الماده ـ ٣ : يعين الاطباء العدليون بقرار تصدره وزارة العدليه بعد استطلاع رأى اللجنة الفاحصه التي تجتمع ، بناء على طلب الوزارة المشار اليها ؛ في كل سنة مرة واحدة .

الماده ـ ٤ : تشكل اللجنة الفاحصة من مديري مورغ دمشق وحلب واستاذ الطب الشرعي فى المعهد الطبي السورى .

الماده ـ ٥ : لايقبل لسلك الطبابة الشرعيه الاّ الاطباء السوريين الذين مارسوا الطب العام خمس سنين او اكثر وتمرنوا على ممارسة الطب الشرعي في مؤسساته الخاصه .

الماده ـ ٦ : تحدد في قرار الاطباء الشرعيين اراضي اللوأ او القضاء التى تتألف منها دائرة وظائفهم

الماده ـ ٧ : على الاطباء العدليين ان يلبوا كل طلب من السلطات القضائية او الشرطه لاظهار كيفية الموت الذى يكون بحادث فجائي او بأسباب

مجهولة او مشتبه بها وان ينظموا بذلك تقارير فنيه .

الماده ـ : ان طلب الاطباء غير محصور بشكل من الاشكال فيجوز ان يكون تحريراً او شفاهياً ولكن يحتم ان يكون بعبارات تتضمن التصريح ليكون الطبيب الذى وجه اليه هذا الطلب على بينة من ان القاضى يستعمل حقاً من حقوق القضاء .

الماده ـ ٩ : يعاقب الطبيب الذي لايلبي الدعوة بالجزاء النقدى من ٥ ـ ٥٠ ليره سورية .

الماده ـ ١٠ : على الاطباء العدليين كلما طلبتهم المحكمة ان يقوموا بالابحاث الفنيه التى يعهد بها اليهم ويستشارون فى هذه الحال كخبراء ويخضعون عندئذٍ للقواعد المتعلقة بالكشوف الطبية .

الماده ـ ١١ : للسلطات القضائية او الشرطه ان تطلب من الاطباء العدليين معاينة المعتدى عليهم ويحق لهم في الأحوال المستعجلة طلب المعاينات واجراء الكشوف من الاطباء الخبراء المعينين حسب الماده ١٢ .

الماده ـ ١٢ : ينظم في كل منطقة بدائية من قبل لجنة خاصة تتشكل من رؤساء العدليين جدول بأسماء الاطباء الجديرين بممارسة الطب الشرعي من موظفين وغير موظفين يطلق عليهم اسم خبراء في الطب العدلي ، فيمارسون الطب الشرعي ضمن الشروط وتحت ذات المسؤلية المنصوص عليها بحق الاطباء العدليين . وان التقارير التي ينظمها هؤلاء الخبراء ترفع حالاً الى الطبيب

العدلي في تلك المنطقة وهو يرفعها الى السلطات القضائية ذات الصلاحية مبدياً رأيه بشأنها .

المادة ــ ١٣ : ان عدم رفع التقرير الى الطبيب العدلي من قبل الطبيب الخبير او الى السلطات القضائية من قبل الطبيب العدلي يستوجب تغريم الطبيب المقصر بالجزاء النقدى من ٥ ــ ٥٠ ليرة سوريه اذا لم يكن التأخير ناشئاً عن قوة قاهرة تثبت حسب الاصول .

المادة ــ ١٤ : يستوفي الاطباء العدليون من موازنة العدلية راتباً شهرياً معادلاً لراتب عضو استئنافي فى المناطق الاستئنافية ، وراتب عضو بدائي في المناطق البدائية .

المادة ــ ١٥ : تعطى فى ما عدا ذلك (اى في حال طلبهم من قبل القضاء فقط) البدلات المعينة في التعرفة الآتية :

عن كل عملية عير عملية التشريح	١٥٠ غرش سوري
عن عملية التشريح قبل الدفن	٥٠٠ » »
» » بعد الدفن	١٠٠٠ » »

ينزل بدل التشريح الى نصف القيمة عندما تكون الجثة جثة مولود حديث

المادة ــ ١٦ : ويعطى للأطباء الخبراء عن كل معاينة ضرب او جرح او فعل شنيع او أزالة بكارة ليرة سورية نهاراً وليرة ونصف سورية ليلاً ويتقاضو عن عمليات فتح الميت نفس الأجور المنصوص عنها بالمادة (١٥)

الماده ـ ١٧ : وفي حال ذهاب الطبيب العدلي الي الكشوف خارج المدينة يكون تابعاً لقرار تنقل الموظفين والاطباء الخبراء يتناولون نفس التعويض حسب درجات مناطقهم البدائيه والاستئنافيه .

الماده ـ ١٨ : يضاف مبلغ البدلات والنفقات المعينه فى المواد السابقه الى مصارف الدعوى ويقوم بدفعها الخصم الذي يحكم عليه بهذه المصاريف .

الماده ـ ١٩ : تستوفي الغرامات النقديه المنصوص عليها في المواد ٨، ١٢ وفقاً للقوانين والانظمه المتخذة بشأن مصارف المحاكمه والجزاء النقدي .

الماده ـ ٢٠ : ينظم في كل منطقة استئنافيه جدول بأسماء الاطباء الاخصائيين الجديرين بأن يساعدوا الاطباء العدليين الموظفين في جميع الاحوال التى تستدعي استطلاع رأى الاخصائيين .

الماده ـ ٢١ : يعطي للاطباء الاخصائيين اجور عن كل معاينه ليرتين سوريتين .

الماده ـ ٢٢ : على الاطباء العدليين قبل استلامهم وظيفتهم ان يقسموا امام محكمة الاستئناف التي سيتعاطون وظيفتهم في منطقتها بأنهم يحسنون القيام بصدق الاعمال التى سيعهد بها اليهم وانهم لايثبتون فى تقاريرهم الا الحقيقة واذا دعوا لاداء شهادة ما سواء كانت لدى المستنطق او لدى المحكمه فاليمين التي اقسموها كما جاء اعلاه لاتعفيهم من اليمين المفروض اداؤها على الشهود .

القسم الاول

الاعتداء على الصحة او الحياه

الفصل الاول . معلومات عامه

اجمل واضع القانون ، الاعتداً على الصحة او الحياة ، بتعبير جروح ، ان تعبير الجروح بنظر واضع القانون لايقتصر على مايفيده معناه الطبي من الآفات الجراحيه فقط بل يشتمل على كل تعد يقع على الصحة او الحياة من فعل جنائي او عارضي وعلى كل ماينتج عنها من الآفات الخارجية او الداخليه . فعليه تعم لفظة الجروح كافة الآفات الداخليه والخارجيه حتى الامراض فى اصطلاح الطب العدلي

ان الاحكام القانونيه في الجروح كما في غيرها من الاعتداآت تختلف حسب شخصية الجارح و كيفية ايقاع الجرح وماهيته ، وان الشق الهام في الطب العدلى هو « ماهية الجروح » ، ولشخصية الجارح اهمية بتعيين الاهلية الجزائية ، اذ يشترط لتحديد المسئولية الجزائية ان يكون الفاعل بلغ السن المحدد في القانون وان يكون حائزاً على تمام ملكاته العقلية . كما هو محدد في المادتين ٤٠ و ٤١ من قانون الجزاء وهذا نصهما :

الماده - ٤٠ : من لم يكن حين ارتكاب الجريمة قد اتم الثالثة عشرة من عمره يعد محروماً من القوة المميزة ولا يسأل عن جرم ارتكبه ولكنه بحكم من محكمة الجنحه يسلم الى ابويه او الى وليه او وصيه بموجب سند تعهد يؤخذ منهم او يرسل الى دار الاصلاح لاجل توقيفه وتربيته مدة لاتجاوز على الاكثر سن رشده والاولاد الذين سلموا بموجب تعهد الى ابويهم او وليهم او وصيهم اذا ترك لهم السبيل قبل اكمالهم الخامسة عشرة من سنهم لارتكاب

جريمة وكان ذلك لاهمال المراقبه والنظارة اخذ من المكلفين بحفظهم جزاء نقدي من ذهب واحد الى مائة ذهب ومن كان حين ارتكاب الجريمة قد اتم الثالثة عشرة من عمره ولكنه لم يتم الخامسة عشرة فانه يعاقب على ما ارتكبه من جريمة على الوجه الآتي :

اذا كان جرمه من الجنايات المستوجبة عقوبات الاعدام والكورك المؤبد او حبس القلعه مؤبداً او النفي الابدى فانه يحبس اصلاحاً لنفسه من خمس سنين الى عشر . وان كان من الجرائم المستوجبة عقوبات الكورك وحبس القلعة الموقت او النفي موقتاً فيحبس ايضاً اصلاحاً لنفسه من ربع مدة العقاب الذي يستوجبه الجرم حتى ثلثها على الاكثر . ويمكن في هاتين الصورتين وضعه ايضاً تحت نظارة الضابطة من خمس سنين الى سبع . وان كان جرمه مستوجباً جزاً الاسقاط من الحقوق المدنية يحبس ايضاً اصلاحاً لنفسه من ستة اشهر الى ثلاث سنين وان كانت الجريمة مستوجبة عقاباً دون العقوبات السابق ذكرها يحبس ايضاً لاجل اصلاح النفس مدة معينة لا تجاوز ثلث مدة ذلك العقاب وان كانت مستوجبة المجازات النقديه حط نصفها .

ومن كان حين ارتكاب الجرم قد اتم الخامسه عشرة من سنه ولكنه لم يتم الثامنة عشرة ، ففي الاحوال المستوجبة جزاء الاعدام والكورك المؤبد او حبس القلعة مؤبداً او النفي الابدي يحبس اصلاحاً لنفسه من سبع سنين الى خمس عشر سنة الا في الاحوال المستوجبة الكورك الموقت او حبس القلعة موقتاً او النفي الموقت فانه يحبس اصلاحاً لنفسه ايضاً نصف مدة العقوبة الاصليه الى ثلثيها ويمكن في هاتين الصورتين وضعه ايضاً تحت نظارة الضابطة من خمس سنين الى عشر . وان كان الجرم دون ماذكر من العقوبات حكم بجزاء الحبس بعد اسقاط ربع العقوبة الاصلية .

المادة — ٤١ : لو ثبت ان المجرم اجرم وهو في حال الجنون اعفي من العقوبه القانونية .

والجروح حسب كيفية ايقاعها اما ان تشكل جرماً يستلزم الجزاء او لا تشكله اي لاتعد جرماً .

والاعتداآت التي تشكل جرما اما ان تصدر عن قصد أو عن غير قصد .

١ ــ فالاعتداآت التي هي عن قصد هي التى تصدر من قبل المعتدي مع علمه بان فعله يشكل جرما ويرتكبه بقصد مجرد اضرار الشخص المعتدى عليه وذلك يكون فى ثلاث صور : تعمداً ، تهوراً ، اجباراً .

١ ــ فالاعتداء تعمداً هو الذي يصدر من المعتدي بعد التصميم والتصور . وهذه الصورة هي من اسباب التشديد في التطبيقات الجزائيه .

٢ ــ والاعتداء تهوراً هو الذي يصدر من المعتدي حال ثورة الغضب وبقصد آني .

٣ ــ الاعتداء معذوراً أو اجباراً هو الذي يقع على الروح والمسكن والعرض والذي لم يصل الى درجة الاجبار لاستعمال وسائط المدافعة المشروعه .

ب ــ والاعتداء بغير قصد : هو الذي يحصل من فاعل لم يفكر بوقوع نتائج مضرة بالغير ولم يقصد به اضرار احد ، وهذا اما ان يكون عن تقصير او عن غير تقصير .

١ ــ فالاعتداء بالتقصير هو الذي ينتج عن عدم الدقة أو عدم رعاية احكام الانظمة الموجودة .

٢ ــ والاعتداء بغير تقصير : هو مالا يشكل جرماً ، لان فعله يدخل بقسم الاعتداآت التي لاتستلزم الجزاء .

وان الاعتداآت التى لاتستلزم الجزاء : اما ان تستلزم تقديم بدل الاضرار اولا تستلزمه .

فالاعتداآت التي تستلزم التضمين هي :

أ ــ الاعتداآت التي تقع بغير قصد وبلا تقصير .

٢ ــ الاعتداآت التي ترتكب بالجبر والاكراه وذلك عملا بالمادة ٩٢ من المجلة القائلة (المباشر ضامن وان لم يتعمد) وان القصد من التعمد هنا هو غير التصور والتصميم المعروف في حقوق الجزاء بل هو القصد الاعتيادي . واما الافعال التي لاتستوجب التضمين فهى :

١ ــ مايقع بالضرورة وبالمدافعه المشروعة

٢ ــ مايقع وفقاً لامر قانوني .

وبهاتين الحالتين لايعد مايقع جرماً عملاً بالمادة ٤٢ من قانون الجزاء ولاتستوجب الضمان وفقاً للمادة ٩١ من المجلة القائلة (الجواز الشرعي ينافي الضمان ... الخ)

ان لأوصاف وماهية الجروح اهمية كبري بتطبيقات الطب العدلي ومهما كانت انواعها ومواقعها واشكالها تنقسم بحسب سيرها ومدة التأمها الى ثلاث درجات : خفيفة ، وخيمة ، مهلكة .

١ ــ فالجروح الخفيفة : هى التي لا تفضي الى مرض الجريح اكثر من عشرين يوماً او تعطيله عن عمله اكثر من تلك المدة ولم تغير شكل ووظيفة العضو اى لم تنتج معلولية ما .

على انه يجب التفريق بين الجروح التي تشفي في مدة عشرة ايام او اقل عن غيرها ، اذ في مثل هذه الوقائع تتوقف مباشرة التعقيبات القانونية على شكوى المضروب او المجروح خطاً او شفاهاً (ذيل المادة ١٧٩ من قانون الجزاء) .

٢ ــ والجروح الوخيمة تنقسم الى نوعين : الأول ، الجروح التي تفضي الى مرض الجريح بلا سبب آخر او بالاختلاط به اكثر من عشرين يوماً او تفضي الى تعطيله عن عمله طيلة هذه المدة .

والثاني : الجروح التي توجب قليلاً او كثيراً تغير او ابطال وظيفة وشكل احد الأعضاء كلياً او جزئياً مهما تكن مدة دوام ذلك .

٣ ــ والجروح المهلكة : هي تلك التى ينتج عنها الموت حتماً اما بلا سبب آخر او اختلاطاً به. ان تفريق الجروح على الوجه المشروح الى درجات ثلاث:

خفيفة ، وخيمة ، مهلكة ، هو لاجل تسهيل مطالعتها، اذ يقتضي فى التطبيقات الطبية العدلية تحرير اوصاف الجروح ومواقعها والمدة التي تستغرق لشفائها او المدة التي يتعطل من جراء ذلك فيها عن عمله. وما عدا ذلك يقتضى التدقيق بتأثيرات الجرح ، اذ بينما يكون الجرح فى ذاته خفيفاً يكتسب شكلاً وخيماً اما عن مرض مصاب به الجريح قبل الجرح وخفي على الجارح او عن سوء التداوى .

الفصل الثالث

المواد الخاصة بالجروح من قانون الجزاء

المادة — ١٦٨ : القتل هو اماتة الانسان بالسلاح او بالسم او بطريق آخر .

المادة — ١٦٩ : القتل عمداً ، هو ان يتصور المرء في ذهنه فعل القتل ويصمم عليه قبل ايقاعه .

المادة — ١٧٠ : من قتل انساناً تعمداً او قتل احد ابائه واجداده وامهاته وجداته قصداً ولو عن غير تعمد يجزي بالأعدام .

المادة — ١٧١ : الحكم القاضي لا يسقط الحقوق الشخصية فاذا كان للقتيل ورثة حولت دعواهم بالحقوق الشخصية الي المحكمه الشرعية .

المادة — ١٧٢ : القاتل الذي يعفى من القصاص والأعدام يجزى بالكورك مؤبداً او موقتاً مدة لا تنقص عن خمس عشرة سنة .

المادة — ١٧٤ : من قتل انساناً قصداً من غير تعمد يوضع في الكورك خمس عشرة سنة ولكن اذا وقع القتل اولاً على احد اعضاء المجلس الملى او احد مأموري الدولة فى حال اجراء وظيفته او بسبب ما اجراه بحكم الوظيفة ، ثانياً اذا وقع مع اجراء التمثيل

والتعذيب او وقع على اكثر من شخص واحد فيوضع الفاعل فى الكورك مؤبداً .

اذا وقع فعل القتل تهيئة او تسهيلاً او اجراء لجرم آخر او توثقاً من فرار الفاعل الأصلي او الفرعي لذلك الجرم او لبقائه بدون عقوبة أعدم القاتل. اذا توفي المضروب او المجروح متأثراً مما يقع اختياراً بدون قصد القتل من الضرب او الجرح الحاصل بآلة لا تفضي الى تلف النفس فيوضع الفاعل فى الكورك موقتاً لا اقل من خمس سنين .

المادة — ١٧٧ : من جسر قصداً على الضرب او الجرح او على فعل آخر مؤثر بصورة ينتج عنها قطع عضو او كسره او تعطيل عمله او علة اخرى دائمة يستوفي منه مصاريف الجراحة ويوضع في الكورك موقتاً . وان وقعت الافعال المذكورة تعمداً فلا يجوز ان يكون عقاب الكورك اقل من ست سنين .

المادة — ١٧٨ : من ضرب انساناً او جرحه او اوقع فيه فعلاً مؤثراً فعطله بذلك عن شغله او امرضه اكثر من عشرين يوماً يحبس من ثلاثة اشهر الى سنتين وتؤخذ منه مصاريف الجراحة ومثل ما كان يكسبه المضروب او المجروح فى حال صحته من تجارته واجرته وتعطى للمضروب او المجروح . وان تبين انه فعل ذلك عن سبق تصور وتصميم فلا يجوز ان تكون مدة الحبس اقل من سنة .

المادة — ١٧٩ : اذا كان الضرب والجرح اخف من الدرجة الواردة في المادة السابقة حبس الضارب او الجارح من اسبوع الى سنة وحكم عليه بالجزاء النقدى من ذهب واحد الى عشر ذهبات او قضى عليه بأحدى هاتين العقوبتين فقط ، واذا تبين انه فعل ذلك عن سبق تصور منه وتصميم اطيلت مدة الحبس من شهر الى سنتين .

من شهر السلاح على آخر لمجرد اخافته لا بقصد القتل يحبس ايضاً من اسبوع الى ستة اشهر .

من يضرب او يجرح احد ابائه واجداده وامهاته وجداته يعاقب على الوجه الآتي : اذا كان الضرب والجرح لا يوجب اعراضاً وامراضاً حبس الضارب والجارح من خمسة عشر يوماً الى سنتين وان اوجب المرض المحكي عنه في المادة ١٧٨ حبس لا اقل من اربعه اشهر وان احدث الضرب والجرح الاحوال المبينة فى المادة ١٧٧ وضع الفاعل في الكورك

لااقل من خمس سنوات وان كان الفعل قد وقع عن تصور وتصميم فلا اقل من عشرة سنوات وان مات المضروب والمجروح متأثراً من الضرب او الجرح بآلة لاتفضي تلف النفس فالكورك ايضاً لا اقل من عشرة سنوات ؛ واذا كان مادي الى موت المضروب من الضرب والجرح بآلة لاتفضي الى تلف النفس عن تصور وتصميم وضع الفاعل في الكورك خمسة عشرة سنه .

ذيل المادة — ١٧٩ : اذا كان الفعل المبين في هذه المادة لا يوجب المرض اكثر من عشرة ايام توقفت مباشرة التعقيبات على شكوى المضروب او المجروح خطأً او شفاهاً ورجوع المضروب او المجروح حتى اكتساب الحكم الدرجة القطعية عن تعقيب دعوى ضرب وجرح من هذا القبيل يسقط دعوي الحقوق العموميه بها (هكذا عدل في ٩ رمضان سنة ٣٣١ و٣٠ تموز سنة ٣٢٩) .

المادة — ١٨٢ اذا قتل واحد شخصا آخر خطأ او تسبب في قتله عن غير قصد فبعد ان تستوفي منه حقوق ورثة القتيل الشرعيه بالمحاكمه يجزى اي القاتل بالحبس من ستة اشهر الى سنتين اذا كان القتل قد نشأ عن قلة احترازه او عدم رعايته للنظام .

المادة — ١٨٣ : اذا جرح واحد شخصاً آخر او ضربه خطأً او تسبب في جرحه او رضه بلا قصد منه فبعد ان تستوفي منه مصاريف الجراحة ودية العضو الشرعية ان كان ذلك موجباً لقطع او تعطيل عضو من اعضاء الجريح يحبس اي الفاعل من اسبوع الى شهرين اذا كان الجرح او الضرب ناشئاً عن قلة الاحتراز او عدم رعاية النظام .

يتبين من ذلك ان واضع القانون يصنف الاعتداآت على الشكل الآتي:

١ — الاعتداآت التي لا توجب المرض اكثر من عشرة ايام .

٢ — الاعتداآت التي توجب المرض او التعطيل عن العمل اكثر من عشرة ايام واقل من عشرين يوماً .

٣ — الاعتداآت التي توجب المرض او التعطيل عن العمل اكثر من

عشرين يوماً .

٤ ــ الاعتداآت التي توجب تعطيل عضو او تنتج حصول علة دائمه .

٥ ــ الاعتداآت التى تؤدى الى القتل تعمداً .

٦ ــ الاعتداآت التي تؤدى الى القتل قصداً عن غير تعمد .

٧ ــ الاعتداآت التي تفضي الى موت المضروب او المجروح مما يقع اختياراً من دون قصد القتل من الضرب او الجرح الحاصل بآلة لا تفضى الى تلف النفس .

٨ ــ الاعتداآت التى تسبب قتل الشخص عن غير قصد اذا كان القتل قد نشأ عن قلة احتراز او عدم رعاية للنظام .

فما تقدم تظهر لنا جلياً مذية التقرير الطبي العدلي واهميته التشريعية فى فرض العقوبات وعليه يجب على الطبيب الشرعي او الخبير تقدير درجة اعتماد واضع القانون على الاطباء وعظم المسؤليات الملقاة على عاتقهم ، وان يعتني في تقريره جيداً باعطاء النتائج للجروح؛ فاذا كانت النتائج الجرحية معينه فينظم تقريره القطعى . واذا لم تكن معينة فينظم تقريراً غير قطعي .

الفصل الرابع

التقرير القطعى

ينظم التقرير القطعي عندما تكون حالة الجريح العامه جيده ، والآثار

الجرحية منحصرة بالغلافات الجلديه والاقسام الرخوة القابله للشفاء بالتداوي الفني او بدونه مع سلامة الصحة دون ان تورث في البدن تعطيلاً ما وتعين فيه مدة التداوى مع مدة التعطيل عن العمل ؛ فاذا كانت الآثار الجرحيه قابلة للشفاء او الزوال بمدة عشره ايام او اقل فيصار الى تعيين المدةوفى هذه الحالة يسقط الحق العام اذا تصالح الطرفان بمقتضى (ذيل الماده ١٧٩)المار الذكر . واذا كانت الآثار الجرحية قابلةللشفاء او الزوال بمدة تجاوزالعشرة ايام ودون العشرين يوماً فيقتضى تثبيت مدة الشفاء ومدة التعطيل عن العمل (بالنظر لمهنة الجريح) حتى اذا كانت مدة التعطيل دون العشرة ايام يسقط الحق العام بعد الصلح . اما اذا كانت فوق العشرة ايام فلا يمكن اسقاط الحق العام ويعاقب المعتدى حسب المادة (١٧٩) التي حدد العقاب الأصغر فيها بالسجن اسبوعاً واحداً ؛ واذا كانت الآثار الجرحية تستوجب تعطيل الجريح عن عمله مدة تزيد عن العشرين يوماً فيجازي المعتدى بمقتضى المادة (١٧٨) التي تبدأ بالحكم على الفاعل بالسجن ثلاثة اشهر . فيتضح من ذلك ان تعيين مدة التعطيل بين العشره ايام او اقل بين العشرين يوماً وما دونو او اكثر له اهميته الكبرى، اذ في الشق الاول يسقط الحق العام بعد الصلح وفي الشقين الآخرين يتبدل الحكم من الاسبوع الى ثلاثة اشهر وعليه فانه يجب على الطبيب العدلي ان يكون مدققاً جداً في تعيين مدة التعطيل عن العمل

بالأستناد الي الوقائع الجرحيه ومهنة الجريح (١)حتي اذا كانت الآفة الجرحية في ناحية لا تمنعه عن عمله فيعمل بموجبها على ان تذكر مدة الشفاء بالضبط ليطالب الجريح بمصاريفه الدوائيه : وذلك حفظاً للحق العام والحقوق الشخصية معاً .

التقرير غير القطعي

تنظم التقارير غير القطعية عند عدم امكان تعيين عواقب الآفات الجرحية التي تهدد او من المحتمل ان تهدد الحياة او تنتهي بتعطيل احد الاعضاء رأساً او بالواسطة وذلك :

١ ـ في أحوال تمزق احد الأوعية الهامة والنزيف الغزير .

٢ ـ في حالات كسور العظام .

٣ ـ ظهور آثار الشلل من جرح وقطع اعصاب الناحية الجرحية او الاوتار العضلية فيها .

٤ ـ هرس وتمزق الاقسام الرخوة بمقياس واسع .

٥ ـ الأنصباب الدموى الداخلي .

---

(١) لما كان تخفيف العقوبة وتشديدها يدوران مع مدى المرض والعطلة عن العمل ، لذلك يجب على الطبيب تعيين مدة العطلة . ولا عبرة لبيان مدة الشفاء فقط وبذلك قرار من محكمة التمييز العثمانية مؤرخ ـ ٩ آذار سنة ٣٢٩ وقرار صادر من الهيئة العمومية لها مؤرخ ـ ٥ حزيران سنة ٣٢٩

٦ ـ الأنتهاب الجرحي .

٧ ـ الاختلاط الذي يكون حدوثه ملحوظاً في غالب الأحيان .. الخ

على الطبيب الشرعي او الخبير ان يضع نصب عينيه بان التقرير الغير القطعي يحتم على قاضي التحقيق توقيف المعتدي حسب المادة ١٧٧ وما قبلها ظاناً اياه بجرم جنائي ؛ فعليه يجب عليهما ان يكونا حريصين جداً بتنظيم التقرير الغير القطعي معينين المدة التي يوضع فيها الجريح قيد المعاينة الثانية بصورة دقيقة وان لا يتساهلا في تقرير لزومها وتمديد مدتها وعندما تزول العوامل المهددة مباشرة ويمكن تعيين خطر الجروح سليمة كانت او محدثة تعطيل احد الأعضاء جزئياً او كلياً او مورثة علة دائمة يلزم تنظيم التقرير القطعي، واذا كان يساور الطبيب العدلي بعض الشك في احتمال حصول اختلاط ما فعليه ان يختم تقريره بجملة (وذلك اذا لم يحصل اختلاط) .

[قطع او كسر او تعطيل العضو والعلة الدائمة]

ان المادة ١٧٧ تنص على قطع او كسر او تعطيل عمل العضو او انتاج علة دائمة . ولما كان تفسير وتطبيق هذه المادة على جانب من الاهمية وكان استعمال هذه التعابير في غير محالها التي اشترطها واضع القانون يؤدي حتماً الى ضياع الحق العام والحق الشخصي وكنت كثيراً ما اري الزملاء يستعملون هذه التعابير في غير محالها رأيت من الضروري تفسيرها وتعيين محال

تطبيقها بما يأتى :

العضو ـ ما كان دون النفس من اجزاء الجسد التى لها منفعة مقصودة مستقلة. فيعد كل جزء يقوم بوظيفة مستقلة من البدن عضواً، وعليه يسمى عضواً كل من الاطراف العلوية والسفلية (الكتف ، العضد ، الساعد ، اليد ، الأصابع الورك ، الفخذ ، الساق القدم) ومثل ذلك العين ، الأذن ، اللسان ...الخ.

قطع العضو : يكون بقطعه كبتر اليد بضربة سيف ، وبتر الساق تحت دولاب الترام ، وما يماثلها من تفريق اتصال احد الاعضاء وخلعه عن البدن، فيحرم البدن من وظيفة هذا العضو ابدياً .

كسر العضو : يكون بكسر هيكله العظمى . وهو اما ان يكون تاماً او غير تام ؛ فاذا كان الكسر متناولاً تمام هيكل العضو ككسر عظم الفخذ فى الفخذ و كسر عظمي القصبة والشظية في الساق ...الخ يسمى كسراً تاماً ، اما اذا كان الكسر منحصراً في قسم من هيكل العضو العظمي كأحد عظام الساعد ، او القدم او اليد فيسمى كسراً غير تام ؛ وعليه يقتضي تفريق هذه النقاط ، لان الاحكام الجزائية تختلف في تعيين العقوبات بنسبة تعيين اشكال الكسر ونوعيه؛ ويوجد في هذا الصدد قضية صعبة الحل وهي: كسر الجمجمة (الرأس) ، اذ من المعلوم ان قبة الجمجمة تتركب من ستة عظام: العظم الجبهي ، العظمان الجداريان؛ العظم القفوى، العظمان الصدغيان ،ملتصق

بعضها بالبعض الآخر بواسطة دروز عظمية متينة جداً . فهل يعد كسر احد هذه العظام كـكسر العظم الجبهي مثلاً كسر عضـو ام لا ؟ واذا كان الاول فهل يعتبر كسراً تاماً ام غير تام ؟

ان هذه المسألة هي من المعضلات الهامة التى صادفتها في غضون ممـارستى الطب الشرعي وقـد اتاحت لي الفرص ايضاح القضيه مراراً امام المحـاكم الجنائية وقد تعددت آراً هيئة محكمة التمييز العليا في هذا الصدد ، فعدت ذلك في بعض الحوادث كسراً تاماً واعتبرته في غيرها كسراً غير تام واليك تحليل القضيه :

ان المادة القانونية تعبر بـ « كسر عضو » وبما ان الجمجمه المتشكلة من عدة عظام تؤلف محفظة لحفظ الجملة العصبية المركزية بمـا فيها الدماغ الذي يعـد عضواً وبالطبع فان كسر احد عظام الجمجمه يجب عده كسر عضو ، ولكن هل يجب عد هذا الكسر كسراً تاماً ام غـير تام ؟ ولذا ارى لزوماً لاعطاء القرار في كل حادثة على حـدة من حيث موقع الكسر ووسعه اي درجة امتـداد الضياع العظمي ونسبة حرمان الدماغ من محفظته وتعريضه للتأثيرات الخارجية . بمـا ان كسور عظام الجمجمه لاتؤثر عضواً على الوظائف العضوية او بالأحرى الجمله العصبيه المركزيه ، بل ان تأثيرهـا يكون بالواسطة وهو يبدأ ويزداد بنسبة وسع الضياع الذى يطرأ على المحفظة وبهذه النسبة تتناقص

مقاومتها ، فمثلا عندما تكون نسبة هذا النقص جسيمه تؤدى بصاحبها الي اخطار التأثيرات الحكمية والجوية التي تنشأ عنه وخاصة عندما تكون مهنته تستوجب تعرضه لهذه التأثيرات كالعامل والفلاح ... الخ . يجب عده كسراً تاماً وعندما يكون النقص جزئياً اى تفرق الأتصال العظمي لا يتجاوز درجة سمك العظم فيجب عده كسراً غير تام (١)

تعطيل العضو . والمقصود من تعطيل العضو هو ان يتعطل العضو عن ايفاً وظائفه الطبيعية ؛ وذلك اما ان يكون كلياً او جزئياً ؛ فاذا كان التعطيل كلياً (كألتصاق مفصل الكتف التام او معدومية وظائف اليد الناشي عن قطع اوتارها) فيسمى تعطيل العضو ؛ واما اذا كان التعطيل جزئياً (كتعطيل احدى الأصابع (٢) من اليد او التصاق المفصل غير التام ، او فلج احدى عضلات احد الاعضاء الناشئ عن قطع عصبها المحرك) ، فيصار الى تعيين درجة النقص الحاصل في وظائفه ؛ فاذا كان هذا النقص جزئياً وغير مانع لرؤية

(١) قد عطف لفظ (تعطيل) على لفظ (كسره) في المادة ١٧٧ من قانون الجزاً بأو وعليه فان الكسر يستوجب العقاب بمقتضى المادة المذكورة ولو شفى العضو تماماً لان الكسر شيء والتعطيل عن العمل شيء آخر .

(٢) ان قراري محكمة التميز العثمانيه المؤرخ ـ ٢٦ نيسان سنة ٣٠٢ و ـ ١ حزيران سنة ٣٢٧ يشترطان في تعطيل الاصبع ان يمتنع صاحبها مباشرة صنعته ولكنها قالت بعد ذلك في قرارها المؤرخ ـ ٢٦ حزيران سنه ٣٣٠ ان تعطيل الخنصر والوسطى عن الحركة يعد تعطيل عضو .

الشخص مصالحه وامتهان حرفته فلا يعد تعطيل عضو ؛ واذا كان النقص بدرجة يمنع صاحبه من رؤية مصالحه وامتهان حرفته فيعد تعطيل عضو ، ويجب الذكر ان التعطيل غير العلة ، وان التعطيل يتوقف عند حده ، واما العله فهي مستعدة للتزايد .

العلة الدائمة

قد عرف المؤلف هاللوپو اختلال الصحة او العارض المرضي ، بقوله : « كل خلل يطرأ على تركيب ووظائف ونمو البدن (العضوية) ؛ ويعبر عن اختلال الصحة باسم آفة او علة . الآفة : هي حالة مرضية تحدد بأعراضها بصرف النظر عن السبب ؛ كما لو قيل (آفة النخاع ، او القلب ، او الكلية او الخناق ؛ او الغانغرەن ...الخ) .

والعلة) بانها : سير مرضي معتبر بمجموعه ونتج عن سبب معين. كما لوقيل (علة الحمي التيفوئيدية) (او علة الديابت ... الخ) .

وقد عرفها الاستاذ سليم باز بقوله [اما العلة فان يحدث فى العضو مايمنعه عن اتمام وظيفته على وجه الكمال بأن يحدث مثلاً في العنق او اليدتقلص يمنعها عن الانحراف لجهة اليمين او الشمال او يمنع الرجل من الانبساط مع قدرة هذه الاعضا على القيام بعملها او يصاب المضروب بثقل في السمع او

او ضعف في البصر ؛ اما لو كان التعطيل تافهاً على نسبة عشرة في المائة فلا يعد علة دائمة (ت ٧ ت ١ : ٣٣٠ مقر عد ٢٧١)

هذا وان محكمة التمييز السورية العليا فسرت العلة الدائمة بما يأتي :

[لما كانت المادة ١٧٧ من قانون الجزاء جاعلة الجروح من نوع الجناية اذا هي ادت الى تعطيل عضو من اعضاء الانسان او نجم عنها علة دائمة تلازم الجريح مدي حياته وتجعل العضو الجريح معرضاً للخطر بوجودها ؛ ولما كان معني العلة الدائمة لا يمكن حمله على النقص الدائم في العضو ، لان النقص يتوقف عند حده ولا يحتمل ان يزيد بتوالي الايام ليكون خطراً مهدداً حياة العضو وهو المعني المقصود من التعبير بالعلة الدائمة .]

ان هذا التعريف موافق لروح الفن ، بخلاف تعريف الاستاذ باز الذي لم يفرق بين التعطيل والعلة .

ومع الاسف كم رأيت من الاطباء من يجازف في هذا التعبير ؛ فيستعمل تعبير العلة الدائمة بدلاً من تعطيل العضو القسمي او تناقص في وظائف العضو ؛ مثلاً قول علة دائمة لتناقص في وظائف احد الاعضا ، كتحديد حركات العنق من جراء ندبه معيوبه ؛ او تناقص حركات احدى الاطراف من جراء قطع بعض الشعبات العصبية ، هو خطأ فادح .

ان مثل هذه التقارير لا تنطبق على قواعد الطب الشرعى ولا تصلح ان

تتخذ اساساً للحكم ، اذ يكون العمل بها عبئاً ثقيلاً على العدل .

كم كان قلبي يخفق وضميري يضطرب امام المحاكم الجنائية عند الاستيضاح عن مثل هذه التقارير بالنظر للعقبات التي كانت تعترضني في سبيل المحافظة على الحق العام وحيثية الزملاء .

فلذلك ارى نفسي مضطراً لاسداء نصحي الي زملائي الاطباء بأن لا يجازفوا بهذه التعابير عند تحريرهم التقارير الطبية الشرعية وان يتقيدوا بأحكام فن الطب الشرعي بتثبيت الاعراض واستخراج نتائجها مستمدين حجتهم من كافه الشعبات الطبية الداخليه والخارجية وان لا يكيلوا جزافاً لان مضار نقائصهم تقيد الحريات الشخصية وتهدم الحق العام . ان فن الطب الجليل لم يوجد الا انفع الهيئة البشرية وعليه لاينبغي للطب الشرعي ان يكون شاذاً عن هذه القاعدة وبالاخري مضراً بأحد افراد الهيئة الاجتماعية .

التشويه

يجب الاعتناء جيداً بوصف وتعيين عواقب التشويه الحاصل في الوجه من الجروح وقد يكون منحصراً بسوء المنظر فقط ولكن كثيراً ما يكون مورثاً او ملازماً لحالات مرضية او تناقص وظائف الاعضاء، فجرح في الخد

او الجبهة مثلاً يعيب بتندبه المعيب منظر الوجه فقط وجرح فى العين يولد بتندبه المعيب الشتر الذي يعرضها لحالات مرضية ؛ وقطع قسم من الصيوان الأذني يعيب منظر الوجه ويسبب نقصاً بالحس السمعي حسب جسامته . واذكر طبيباً اجرى عمليه جراحيه في الناحيه النكفيه لاختلاط نكفي حاصل من سير الحمى الشبه تيفوئيديه بصورة مغايرة للفن الجراحي . اذ قطع العصب الوجهي فسبب فلج ملتقي الشفتين من الجهة المحاذيه فأورث ذلك عيباً في الوجه مع سيلان اللعاب .... فبهذه الاحوال يجب على الطبيب العدلي ان يكون دقيقاً بوصف الآفات وتعيين درجاتها وتأثيراتها فيما اذا كانت منحصره بالتشويه او ملازمة لآفات تسبب تناقصاً او حالات مرضيه في وظائف الاعضاء .

كلمة الى المشرعين

انني ارى ان تطبيق الماده ١٧٧ على الكسور التي تجبر جبراً طبيعياً يتمكن العضو من استعادة وظائفه مثل تطبيقها على الكسور التي تجبر معيبه او تختل معها وظائف العضو ويسبب تناقصها امراً يستجلب النظر ؛ اذ يكون الحكم ثقيلاً في الشق الاول وخفيفاً بدرجات متناليه في الشق الثاني . كما ان تطبيق الماده ١٧٨ على الكسور الغير التامة التي تندمل معيبه مثل تطبيقها على الكسور

التي تندمل بسيرها الطبيعي لما يستحق التدقيق والتحوير .

فتعديل المادتين المذكورتين بذيل يضمن هذه الفروق لهو امر ضرورى، هذا من جهة ومن جهة اخرى فان تطبيق المادة ١٧٨ على الجروح التى تسبب التعطيل عن العمل عشرين يوماً امر جدير بالتأمل . واذكر قضية كانت مدة التعطيل فيها تسعين يوماً فحكم على المتجاسر ثلاثة اشهر . وان يكن المادة القانونية تنص على حدين للعقاب اصغر واعظم ، الا ان قاعدة التشريع القائلة بمراعاة اخف الامرين وتطبيقه بحق المتجاسر تدعو الحكام الى التمسك بالحدود الاصغريه ؛ وهذا لايتفق مع اساس الغايه المتوخاة من سن العقوبات ولا يضمن سلامة حكمة البارى عز وجل فى فرض العقاب القائله « ولكم في القصاص حياة »

القسم الثاني

مطالعات طبيه عدليه

ان تعبير الجروح بلسان الطب العدلي يشتمل على المباحث الآتيه :

١ــ الجروح (بمعناه الطبى الجراحى)

٢ ــ العوارض الحاصلة من الكهربائية

٣ ــ العوارض الحاصلة من الحرارة المرتفعة او الدانيه جداً

٤ ــ الموت المتولد من الحموض (Inanition)

٥ ــ الاختناقات الميخانيكيه

٦ ــ التسممات

البحث الاول ـ الجروح

١ ـــ الجروح الحاصله من الآلات القاطعة والآلات الواخذة والآلات النارية والآلات الرضية ، وان لهذه الجروح اوصافاً مشتركة يقتضى مطالعتها بحث اجمالي

٢ ـــ الحرقات

٣ ـــ الجروح المتولده من الانفلاقات

الفصل الاول

الجروح الحاصله من الآلات القاطعه والآلات الواخذه والاسلحة النارية والآلات الرضيه . وتقسم مطالعة هذه الجروح فى الطب العدلي الى قسمين :

آ ـــ المطالعة الخصوصية لكل نوع منفرداً

ب ـــ المطالعة العمومية

١ ـــ الجروح بالآلات القاطعة

ان الآلات القاطعة تنقسم الى نوعين : منها ماينحصر تأثيره بشفرته (اي نصلته) كالموس العادي ، وموس الحلاقه ، والقطع الزجاجيه وتسمى بالآلات القاطعة الخفيفة او الخاصة ؛ ومنها مايؤثر بشفرته وثقله كالسيف والفاس...الخ ، فتكون تأثيراتها على العضويه قاطعة ورضيه ولذلك قد سمي هذا النوع بالآلات القاطعة الرضية .

آ ـــ الجروح بالآلات القاطعة الخفيفه او الخاصه

ان هذه الجروح تكون من منشأ : جنائى ، انتحاري وعارضي . وتحدث تفرق اتصال بالانسجة وعلى الاندر ضياع مادي (قطع صيوان الاذن ، قطع زروة الانف ، او قطع احدى نهايات الاصابع) ، وعندما يكون تأثير الآله القاطعة عمودياً ، تكون اطرافها مستوية وملساء بنسبة شدة قاطعية شفرة الآلة القاطعة وتكون متلمه لما يكون الحد غير قاطع او غير مشحذ واذا تحركت الآله القاطعه مرات متعددة في نفس الجرح يحصل في اطرافه بروز بعدد تكرر الجرح . ولما يكون تأثير الآلة القاطعة منحرفاً تتغير منظرة الجوانب ، اذ تكون احداها مبتورة بشكل قلمي والثانية تشكل جرحاً نهايته قليلاً او

كثيراً حاده . ان منظرة الجرح الجانبيه (بروفيل) عندما يكون الضرب عمودياً ، تكون مثلثة الشكل قاعدته سطحيه وذروته بعمق الانسجه ، وان عمق الجرح يختلف حسب قاطعية صفيحة الآلة القاطعة والقوة التي تحويها هذه الآله او مقاومة الاقسام المنقسمه بالآلة القاطعة . ان الجروح بالآلة القاطعة لاتفتح الاجواف البدنيه غير انها تنفذ الى المفاصل واذا صادفت الآلة القاطعة العظام توقفت ، فلذلك لايمكن للآلات القاطعة ان تنفذ الى اعماق بعيدة الا بنواحي البدن التي توجد فيها الاقسام ارخوه او الشبيهة بالرخوة ، كالعنق . ان اعماق الجروح عموماً ، تكون في الاقسام المتوسطة اكثر مما في نهايتها ويتعين مبدأ الجريحة بوضوح الجرح وعمقه وتعرف نهايته بسطحية قطع الانسجة ووجود ذنب .

وعرض الجريحه اي تباعد حافتيها يختلف حسب استقامة الضرب وناحية الجرح ، ويبلغ هذا العرض اعظمه عندما يكون الضرب عمودياً في الالياف الجلديه ، والعرض يكون قليلاً في جروح الركبه والمرفق (بطرف الانبساط) وراحة اليد ... الخ

واما درجة وخامة الجروح القاطعة فهي تختلف حسب عمق الجروح والآفات العضوية التي تحدثها ، فعندما تكون سطحية تشفى بسرعة وعندما تكون عميقة يحتمل ان تكون ميته بحصول النزيف الغزير او بفتح احد الاعضاء الهامه (الحنجره ، شريان الشزن) او بحصول اختلاطات أخرى (تتانة) .

ان تشخيص الجروح القاطعه هو سهل جداً ، غير ان الجروح ارضيه بالمحافات القحفيه تشابهها ، وفي هذه الاحوال يمكن ايضاً تفريقها بتدقيق اطراف الجروح واعماقها بعدسات المكبرة . واما تعيين الآلة القاطعة من سكين مثلاً او موس حلاقه ، فهو صعب جداً وتقريباً غير ممكن . ويمكن تعيين استقامة الجريحه بتدقيق مبدأها ونهايتها وبروز اطرافها . ولما تصادف الآلة القاطعة التواء جلديا يحتمل ان تحدث جريحه زاويويه او بشكل منشاري (Zigzag) ، واذا صادفت التوائين جلديين تحدث جريحتين متفرقتين دون ان تمس الالتوآت الجلديه . ففي هذه الاحوال يجب الانتباه لتعيين استقامة الجروح وتقديرها .

٢ ــ الجروح بالآلات القاطعه والرضيه

هـذه الجروح تحدث على الاكثر جنائياً ونادراً بقصد الانتحار ، وهذه الآلات تؤثر على العضوية بشفرتها القاطعة وبثقلها ، فتقطع الاقسام الرخوة واحياناً تكسر العظام وتكون عميقة اكثر من الجروح القاطعة وتكون اوصافها مثل اوصاف الجروح القاطعة والجروح الرضيه وعلى الاغلب تضارع الجروح الرضيه ، والجروح الجلدية مستويه ومنظرها الجانبي مثلث الشكل كجروح الآلات القاطعة ، وانتظام واطراف هذه الجروح تابعه لنسبة قاطعية الشفرة القاطعه ووسعتها الجانبية للآلة الجارحه . وعند ما يكون الضرب بوضعية منحرفة بهذه الآلات القاطعة الرضية تحدث شريحات واسعه قليلاً او كثيراً .

٣ ــ الجروح بالآلات الواخذة

تتميز الآلات الواخذة برأسها الواخذ وبكونها ضيقة اكثر من طولها . وانواعها متعددة :

١ ــ الابرة ، الدبوس ، المسمار وما يماثل ذلك من الآلات الواخذة الاسطوانية او الاسطوانية المخروطية .

٢ ــ الموس ، الخنجر وامثالها من ذوات شفرة او شفرتين من الآلات الواخذة والقاطعة .

٣ ــ المرد وسيف التعليم (رمح) وبعض الحربات وامثالها من الآلات الواخذة ذات الذروات الكروية والآلات الواخذة المثلثة او المربعة او بتعبير آخر ذات القراني .

ان الجروح الواخذة تختلف حسب انواع الآلات وتأثيراتها الجلدية او الداخلية ، فلذلك يقتضي مطالعتها حسب نوع الآلة ومواقع التأثير .

١ ــ الجروح الجلدية

آ ــ للجروح بالآلات الواخذة الاسطوانية او الاسطوانية المخروطية اشكال متعددة تختلف حسب ضيق الآلة الجارحة . فاذا كانت كالابرة رفيعة جداً ، تفرق الالياف الجلدية وتترك اثراً خفيفاً ، دالاً على تأثيرها ، واذا كانت الآلة ذات قطر اكبر حجماً

تحدث تفرق اتصال بالالياف الجلدية اكثر عرضاً ، وتتشكل جريحات فرجوية متطاولة ذات حواف متقابلة ومتقاربة ، تشابه احياناً شكل Boutonnière عروة حاد الزوايا الانتهائية ، فيتضح من ذلك ان هذه الجروح لا تشابه الآلات التي تحدثها ، بل تشابه جروح الواخذة والقاطعة . وتكون الفرج الجلدية متطاولة بنسبة كثافة الآلة الجارحة ، ولكن وسع الجريحة لا يرى تناسباً تاماً مع طول الآلة الجارحة . ان الآلات الضيقة تحدث فوهات جلدية اكثر جسامة من محور مستعرض الآلة التي احدثت الجرح وبالعكس فان الآلات الكثيفه تحدث فوهات جلدية اقل جسامة من المحور المذكور .

ان الشكل الخاص بالجروح الحاصلة بالآلات الواخذة والقاطعة معلوم منذ القدم وقد سبق وصفه من قبل « ماجندي » و « ديوبترين » ولكن فيلهوس هو اول من جاء سنة ١٨٣٣ على ذكر اوصافها الدقيقة وصور اشكالها .

وقد اجرى فيلهوس تجاربه بمخراز مخروطي كروي فحدث جريحة صغيرة ومتطاولة ذات اطراف متساوية ومتقاربة وذات زاوية حادة جداً . وطول هذه الجروح الصغيرة متناسب مع عمق الجريحة ، واذا كانت في بعض جهات سطح البدن ، تكون الأطراف (الحوافي) متباعدة ، فيكفي تمديد الجلد لتقاربها تماماً ، والتقارب التام لا يحصل الا باستقامة واحدة وبعكس ذلك لا يمكن تأمين حصول الزوايا الحادة لنهايات الجريحه بل تبقى الزوايا منفرجة ، والخلاصة من السهل جداً رؤية تمديد تأثير المخرز بتفريق الألياف الجلدية .

وتبين لفيلهوس ايضاً ان استقامة الجريحات الحاصلة من الآلات المشحذة وذات ساحات مستديره كانت ثابتة في كل ناحية من نواحي البدن ، ففي جانبي الرقبة تجه منحرفة من الاعلى الى الاسفل ومن الخلف الى الأمام ، وفي القسم الامامي من الناحية الرقبية تكون متقابلة ، وفي القسم الامامي من الابط والكتف تكون من الاعلى الى الاسفل ، وفي الصدر تكون الجروح باستقامة متوازية لاستقامة الأضلاع او المسافات التي هي بين الاضلاع او تتقارب للوضعية بنسبة قربها الى القسم الامامي والسفلى من الابط ، وفي جهة الجدار الامامي للبطن تكون الجروح منحرفة ومطابقة لاستقامة الالياف العضلية ،

وفي قسم متوسط البطن تكون بأستقامة عرضية ، وفي الأطراف تكون الجروح متوازية المحور . وقد استخرج فيلهوس من التجارب السالفة الذكر النتائج الآتيه :

١ ــ ان الآلات الكروية والمخروطية توقع جروحاً صغيرة ، تشبه تماماً الجروح التي تحصل من تأثير القامه (من الاسلحة المعروفة) المسطحة وذات الشفرتين .

٢ ــ ان هذه الجروح تكون دائماً بأستقامه معينة وثابتة بكل من جهات البدن ، وتتميز عن الجروح الحاصلة بالآلات ذات الشفرتين التي تحصل بجميع الأستقامات حسب توجيه الضرب .

كما ان الاستاذ لانكر توصل بتجاربه الي النتائج المذكورة آنفاً وما عدا ذلك اثبت تبدل شكل الفرجة بشكل مثلث او بشكل رأس السهم عندما تلتقي الآلة الواخذة ذات الساحة الكروية بجهة يوجد فيها حملة الياف ذات استقامة متباعدة .

ب ــ الجروح بالآلات الواخذة والقاطعة : ان الموس او السكين ذاتي ذروة مشحذة وشفرة غير قاطعة يؤثران كآلة واخذة ويحدثان فرجات جرحية تكون استقامتها تابعة لتفرق الألياف الجلدية ، ولكن عندما تكون الشفرة قاطعة يكون تأثيرها غير ذلك ، وفي الواقع فان الذروة تنفذ وتفرق الالياف الجلدية ، غير ان التأثير الاساسي يعود الي الشفره التي تقطع الانسجة والتأثير القاطع يمتاز على التأثير الواخذ . وقد اثبت ذلك هوفمان برسمه خطاً على جسد الميت ووضع ذروة الموس على الخط ، على ان الشفرة تشكل ذاوية حادة مع الخط واستقامة حدها القاطع يتوجه الى يمين او يسار الخط ، فعندما ينفذ الموس الى الجلد يحصل جرح على الخط الذي يكون بأستقامة الزاوية الحادة المتشكلة مع الحد القاطع لا على الخط المرسوم على جسد الميت .

ويجب تفريق مطالعة هذه الجروح حسبما تكون الآلات الواخذة القاطعة ذات حد واحد او حدين .

١ ــ ان الأمواس ذات الشفرة الواحدة تحدث احياناً فرجة مثلثة متطاولة وقاعدة المثلث تطابق ظهر الآلة القاطعة ولكن على الاكثر تحصل فرجة ذات اطراف منتظمة وبشكل عروة ، نهاياتها متحدة بزاوية حادة وحوافها متقابلة تماماً وفي القسم المتوسط يكون

تفرق الحوافي عظيماً . وفي هذه الجروح لا يمكن تعيين جهة ظهر الآلة القاطعة . فعندما يكون تأثير الآلة القاطعة بأستقامة مائلة يمكن حصول جريحات ذات حوافٍ متقابلة . فيكون الطرف الواحد بشكل شريحة والثاني يكون محمولاً بفتق شحمي صغير ولما تصادف الآلة القاطعة التواء جلدياً بأستقامة مائلة تحصل جريحة بشكل زاوية حادة او بشكل منشاري .

واحياناً بدلاً من ان يكون الجرح خطياً ، ينتهي بخط جرحي صغير يشكل زاوية مع الخط الجرحي الاساسي ، فهذا الخط الجرحي الصغير يدل على تبديل استقامة الآلة الجارحة حين جذبها وبما ان قطع الجلد يكون بأستقامة الحد القاطع فهذا الحد يحدث ضلع الزاوية الصغير وعليه فان الضلع الكبير يتشكل من الخط المتولد من ادخال الآلة القاطعة والصغير يدل على انحراف استقامة الآلة القاطعة والزاوية التي تربطه تدل على جهة توجيه استقامة الشفرة القاطعة ويقرب تأثير المقصات لتأثير الامواس ذات الحد الواحد ، وكل صفيحة تحدث جريحة مثلثة الشكل غير حادة الذروة ، وحينما يكون الضرب بشقي المقص تحصل جريحة مضاعفة متناظرة (تارديو) .

ب — الأمواس ذات الحدين القاطعين : ان الجروح التي تحصل من الامواس ذات الحدين القاطعين كالجروح التي تحصل بالامواس ذات الشفرة القاطعة الواحدة تكون فرجوية ، متناظرة الحافات ، ونهاياتها تحد بزاوية حادة . ان طول الجروح التي تحصل بالآلات الواخذة والقاطعة تعادل المساحة التي تحصر بين نقطة نفوذ الآلة الى الجلد وتوقفها ، ولكن اذا كانت الآلة قاطعة شديداً ، فتقطع اليافاً اكثر من امتدادها ، عند دخولها او حين خروجها ، فيكون طول الجرح اكثر من عرضه بنقطة نفوذها . وعندما تكون غير قاطعة تؤثر كالآلة الواخذة وتنفذ بتفريق الالياف الجلدية فيكون الجرح صغيراً .

ج — جروح الآلات الواخذة ذات الذروة المشحذة والاضلاع المجسمة : وهذه الجروح تختلف حسبما تكون الاضلاع قاطعة او غير قاطعة فعندما تكون قاطعة ، بينما الذروة تفرق الجلد وتحدث فرجه ، فالاضلاع القاطعة تقطع الالياف بأستقامة اضلاعها مثلثة كانت

اومربعة ،فتحصل جريحة نجميه وتكون اشعتها بعدد الاضلاع، وعندما تكون الاضلاع غير قاطعه ، بينما الذروة تفرق الالياف الجلديه ، فلاضلاع لايمكن ان تقطع الالياف ايضاً بل تفرقها ميخانيكياً وتحدث جريحه مخروطيه مع تمزق او ثلمات بأستقامة الاضلاع غير القاطعة .

٢ ــ جروح الاعضاء العميقة

١ــ اشكال الجروح : ان الجروح التي تحصل من الآلات الواخذه (واخذه قاطعة او ذات الاضلاع القاطعة) في الاعضاء الداخليه تختلف اشكالها بحسب تأثير هذه الآلات سواء براسها او بأضلاعها القاطعه وبحسب مقاومة الانسجه التي تصادفها ، بأن تكون لينه او من العظام . ففي الانسجه الرخوه تحدث ـ الآلات الواخذه والقاطعه ـ فرجاً واضحه، كالجروح الجلدية ، وهذه الفرج تكون احياناً واسعةً اكثر من الشفرة القاطعة وعندما تكون الآلات المذكورة قاطعة بشدة تقطع بدخولها او بخروجها الانسجة قطعاً واسعاً ، وتارتاً تكون هذه الفرج بأستقامه زاويويه ، مما يدل على ميل الشفرة القاطعة عند خروج الآلة، وهذه الاستقامة الزاويويه تظهر واضحة جداً في بعض الاعضاء كالقلب والكبد والكلية .

كما ان الجروح التي تحدثها هذه الآلات اي الواخذه والقاطعة في الصفاقات والاغشيه المصليه تكون واضحة وظاهره جداً .

ان الآلات ذات الاضلاع الحاده تحدث جروحاً ضيقة ذات اشعة بعدد الاضلاع . كما ان الآلات الواخذه المخروطيه او الاسطوانيه المخروطيه تفرق الالياف في الاعضاء ، ذات النسج الليفي (الصفاقات ، الاغشيه المصلية والاغشيه المخاطيه) كما هو الحال في الجلد ، وتكون استقامة الجريحه تابعة لاستقامة تفرق الالياف المذكوره ولهذا فانه عندما تكون الجروح بهذه الآلات نافذه الى طبقات متعدده من العضويه تكون الفرج (الجروح) التي تحصل في هذه الطبقات بعضها فوق بعض ، ولا تكون بأستقامة واحدة بل تختلف حسب استقامة تفرق الالياف الحاصله في انسجه تلك الطبقات واكثر منها في العضو نفسه ، عندما يكون جداره متشكلاً من طبقات متعدده وتكون

بأستقامات مختلفة ويكون نفس الجرح الواحد الحاصل بالآلات الواخذه المخروطيه او المخروطية الاسطوانيه شاملاً لكل طبقة من الطبقات بأستقامات مختلفة ، كما يحصل بالمعده ، فالقميص البريطوني يتمزق بصورة متوازيه لحدبات المعده ، والقميص العضلي يكون ولوج الآلة فيه مستعرضاً ، والولوج في الغشاء المخاطي بأستقامة ثالثة ، وفي العظام غير اللستيكيه يكون الجرح مطابقاً تماماً لمقطع الآلة المستعرض ويشاهد ذلك جلياً في القحف ، فيوجد فرجة عظمية متطاولة او ثقباً مستديراً او زاويا حسب الاله المستعمله ويشاهد بكسر عظام القحف احياناً شظايا عظمية في الصفيحة الداخلية او الخارجية ، ونادراً يشاهد تمادي نهايات تفرق الاتصال العظمي بشقوق عظميه .

ب ــ مسير الجروح : ان مسير الجروح بالآلات الواخذه يكون احياناً مسدوداً ذا فوهة وحيدة في الجلد ، وذلك عندما تنفذ الآلة من الجلد الى الاعضاء الداخليه دون ان تخرج منها وتارةً يكون المسير ذا فواهتين (دخول وخروج) ، وذلك حينما تنفذ الآلة في احد الاعضاء من طرف الى آخر وطوراً يوجد في المسير ثلاث فوهات اثنتان دخوليتان والثالثة خروجية ، ويشاهد ذلك عندما تنفذ الآلة في الثدي من طرف الى آخر وتنفذ الى جوف الصدر . وفي بعض الاحيان يكون المسير منعكساً اي بشكل خط منكسر وهذا يحصل عندما تصادف الالة في مسيرها عضواً متحركاً . ان عمق الجرح يختلف طبعاً حسب طول الآلة واحياناً يكون العمق اكثر من طولها وذلك في سطح البدن كالبطن ، لانه قابل الانخفاض فاذا ضرب بالآلة بقوة فانها تخفض جداره وتنفذ الى عمق يزيد طوله بنسبة درجة انخفاض هذا الجدار .

٣ ــ تشخيص الجريحه والآلة الجارحة

يجب الاعتقاد بانه ليس من السهل دائماً تعيين الجروح الحاصله من الآلات الواخذه او الواخذه والقاطعة والتثبت من نوع الآلة واوصافها المميزة (طول وعرض) حتى انه احياناً يكون ذلك غير ممكن .

ويجب العلم بأمكان حصول جرح خطي او فرجه على السواء من موس ذي حد واحد او حدين ، او من آلة واخذه مخروطيه او اسطوانيه مخروطيه ، حتى ان هذا يحصل من

آلة واخذه ذات اضلاع غير قاطعة . ولكن يمكن احياناً تشخيص الآله بالنظر لبعض اوصاف خاصة تشاهد في الجروح .

مثلاً : عندما يشاهد جرح زاويوى ذو شعبه (احد اضلاع الزاويه) كبيره يستنتج من ذلك بأنها حاصله من آله واخذه وقاطعه بدلت استقامتها حين خروجها من البدن وذروة الزاويه تدل على توجيه استقامة الحد القاطع . كما ان الجروح التي تشاهد بأستقامات مختلفه في الطبقات المختلفة من البدن او في احد الاعضاء مما يدل على انها حاصله من آلة واخذه مخروطيه او اسطوانيه مخروطيه ، في حين ان الآلات الواخذه والقاطعة ، تكون قاطعه اكثر منها واخذه وتحدث جروحاً متساوية في كل طبقة من طبقات البدن . ويكون عمق الجروح مطابقاً للقسم النافذ من الآلة ، غير انه في الاقسام اللينة يمكن ان يتجاوز هذا الحد وان عرض الجروح لا يطابق المقطع المستعرض للآلة الجارحه كما بينا ذلك انفاً مفصلاً .

الجروح الناريه [او الجروح بالآلات الناريه]

ان الآلات اي الاسلحة الناريه المستعمله متعدده ومتنوعه وهي من حيث الاساس تنقسم الى نوعين : الاسلحة الناريه الطويله (الاسلحه الناريه الحربية ماوزرو الاسلحة الناريه المستعمله للصيد) والاسلحة الناريه القصيرة (كالمسدس) . ولكل من هذه الاجناس انواع متعدده لايمكن احصاؤها في الطب العدلي . غير انه ينظر الى اختلاف البارود وجنس الرميه (المرمي) .

تأثير الاسلحة الناريه العامة

ان الاسلحة الناريه تؤثر على العضوية بعوامل متعدده ، وهذه العوامل تكون منفرده او مجتمعة واهمها المرمي وعلى الاكثر يكون هو المؤثر وحده ، وان هذه العوامل هي البارود ، الحشو والمرمي .

١ ــ البارود : للبارود نوعان اساسيان ، البارود الاسود اي البارود القديم والبارود البيروكسيلة اي البارود الجديد .

فالبارود الاسود : يتألف من مخلوط ملح البارود والكبريت والفحم بشكل حبوب

ذات حجم وشكل مختلفين . وبالنظر الى عدد هذه الحبوب فانه يوجد منها ثلاثة انواع :
عادي ، قوي وقوي جداً . ومن هذه المواد ملح البارود هو العنصر المحرق ، واما الكبريت والفحم فهما من العناصر المحرقه والقابله للاحتراق ؛ وان الحبوب بأشكالها من حيث هي تكون منتظمة وغير منتظمة .

ولما يحترق هذا الباروت يبدأ الاشتعال من سطح الحبوب ومن ثم تحترق ، فاذا وقع ذلك فى الهواء الطلق ينتشر فيه ، ولذا كان بفراغ مغلق ومحكم يشتعل بسرعة ويحدث الانفجار .

باروذ البيرو كسيلة : ان هذا النوع من البارود الحربي هو الخاص بالآلات الناريه الحربيه ، ولكن اخيراً قد عم استعماله فى المسدسات وآلات الصيد . واساس هذا البارود مستخرج من البارود القطني الذي اكتشفه « شونباين » فى سنة ١٨٤٦ ، بوضعه وغمسه القطن المنفوش في مايع حامض الآزوت الكثيف ؛ وعند اشتعاله فى الهواء الطلق يشتعل بشعله ذات لون اقرب الى الصفرة من لون آخر ويحترق بلا دخان ولا يبقى منه اي أثر . فلذلك سمي بالبارود الذي لادخان له ولكن اذا احترق في محل محكم ينفجر ولا يحدث دخاناً او قد يحدث مقداراً جزئياً منه ويعطي سرعة ابتدائية للرميه هي اعظم من سرعة البارود الاسود الابتدائية .

ان الترقيات الكيميائية اوجدت ليومنا هذا انواعاً عديده لهذا البارود كما ان الاختراعات لازالت متواصله لايجاد انواع جديده ، ولكن مهما يكن من هذا التنوع فان تأثيره على الرمية ينحصر بمحصولات تحلله وهي : الغازات الحاصلة من الانفجار ، والشعله والحبوب المشتعله واسود الدخان Noire de fumée . ولكن تأثير هذه العوامل لايظهر الا بمسافه قصيره وضمن شرائط معينه .

الغازات الانفجاريه : ان تأثيرها الشديد عندما تكون ، بحالة كتلات جسيمه ، معلوم جيداً . وليس لها اقل تأثير في الجروح التي تحصل من الآلات الناريه المساعدة لانتشار تلك الغازات ، اعني بذلك انها لاتحصل الا عندما يكون الطلق من مسافة قريبه جداً او بالتماس او بالاجواف المسدودة .

ان هذا التأثير يشاهد بوضوح تام، بالطلقات الناريه ، الخاليه من المرميات. وان التخريبات التي تحصل منها ، هي متناسبه مع رمية البارود وقوة السلاح واستقامة الطلق ؛ ويظن ان التأثير ينحصر بالاستقامة العمودية؛ وللمقاومة الجلديه تأثير كبير في حصول التخريبات (التمزيق)، فعندما يكون الجلد غير مستند على سطح عظمي ، ينخفض بسهولة لينجو من تأثير الطلق ، فلا يتمزق الجلد بل يصبح اسود بأمتداد ساحه يختلف وسعها قليلاً او كثيراً ، وعندما يصادف الطلق الجلد المرتكز على سطح عظمي يتمزق الجلد وتتمزق الاقسام الرخوة وكثيراً ما تكسر العظام واذا كان السطح العظمي بعيداً عن الجلد يتمزق هذا بشكل عروة منتظمة كما تتمزق الاقسام الرخوة التي تكون تحته . واذا كان السطح العظمي بعيداً جداً فيحدث في الجلد ثقوب بشكل يشابه الثقب الذي تحدثه المرميه وتظهر في الاقسام العضليه التي تحته تغيرات هائله ويذكر « هوفمان » في هذا الصدد مشاهدة مفيدة جداً وهي :

اطلق شخص طلقاً نارياً خالياً من الرصاص ، وهو عبارة عن بارود فقط ، على الناحيه القلبيه ، فيبس الجلد بشكل بارشه من (اي الورق الذي لايتمزق) فلم يحدث جرحاً ما ، غير ان الغضاريف الضلعيه كسرت وتمزقت بطينات القلب . ان تأثير الغازات الانفجاريه بالطلقات الناريه مع الخرطوش ليس بخفيف، اذ تحصل من هذا التأثير الثقوب المعدنيه التي سنبحث عنها فيما بعد والتي تحدث تناثر الحدود والوجه والقحف عندما يكون الطلق انحاراً بالآلات الناريه الحربيه القويه او المخصوصه للصيد اذا كان الطلق موجهاً الى داخل الفم او على الرأس فيما اذا كانت المسافة قريبة جداً .

الشعلة : لما يحترق البارود داخل الآلة الناريه تخرج شعلة من فوهة نصلة الآلة الناريه بشكل مخروطي ، طوله جزئي . . واستنتج « شارنشتاين » بتجاربه بالاسلحة الناريه القديمه ان هذ الطول معادل لطول النصله على التقريب ولكن يكون بالاسلحة الناريه الحديثة اقصر من النصلة فلذلك لاتؤثر الشعلة في المسدسات الا من مسافة قريبه جداً . ان تأثير الشعلة على الجلد والشعر والثياب خفيف، غير انها تسبب احياناً حرقات واسعة وتارة حريقاً ولكن في مثل هذه الوقائع يصعب جداً تمييز تأثير الشعلة عن تأثير حشو (دكة) الآلة الناريه .

حبوب البارود : ان حبوب البارود غير المحترقه تخرج من فوهة نصلة الآلة الناريه بشكل مخروطي ، وبما انها لاتجتاز مسافة طويله فهي لاتؤثر الا اذا كانت من مسافة قريبة فعندما تصادف هذه الحبوب ، ضمن مسافة انتشارها قسماً من البدن الذي يكون هدفاً لها تنطبع على الجلد بشكل قاعدة المخروط المنتشر ، فاذا كانت استقامة البدن عموديه يكون انطباع البارود بشكل دائرة ووسع قطر هذه الدائرة متناسب مع بعد رأس نصله الآلة النارية عن الجسد ، فكلما بعدت هذه المسافة يكون القطر اوسع ، واذا كانت الاستقامة منحرفه يكون سطح انتشار البارود على الجسد بشكل نصف دائرة او بشكل البيضى . ان مرأى انطباع البارود على سطح الجلد يتحول حسبما تكون حبوبه منتشرة او متجمعه ويتحول لون الانطباع حسب جنس البارود وان الانطباع يكون خاصاً ببارود البيرو كسيله ، لان الحبوب غير المحترقة تكون قليلة الدخان ، الا انه حينما يكون الطلق من مسافة قريبة جداً او بالتماس مع سطح الجسد تحصل طبقة كثيفة من الدخان على سطح الجسد يمكن ازالتها بالغسل وتكون سوداء اللون بالبارود العادي وحمراء اللون او خضراء ببارود البيرو كسيله .

٢ ـ الحشو : ان تعبير الحشو يطلق على وضع قطع من الورق او القماش داخل الآلة الناريه مع الرصاص او مع البارود فقط دون الرصاص . فتأثير هذا الحشو ينحصر بالطلق من المسافات القريبة جداً وبالآلات الناريه القديمه (التي تكون الدكه فيها جسيمه) اكثر منها بالآلات الناريه الحديثه (التي تكون الدكه فيها صغيرة جداً). وتأثير الحشو يكون مضاعفاً كخرطوش وجسم في حالة الاحتراق . فتأثيره كخرطوش يشاهد نادراً . بيدانه ذو اهمية كبيرة في الطب العدلي ، لان وجوده يفيد في مجرى التحقيقات كثيراً وقد شوهد ايضاً ولكن من النوادر احتراق الثياب والاشياء المجاوره للمصاب بتأثير الحشو المحترق وفي هذه الوقائع يشترك مع تأثير الحشو تأثير شعلة غازات البارود وهذا امر طبيعي .

١ ـ مشاهدة (لافورث لاويت) ، انتحر شخص بطلق ناري في يسار الصدر فاحترق الجسد والثياب والحائل الخشبي الذي سقط عليه فأصبح الجسد مشوياً ومقدداً كما اضحت الثياب مثل الرماد والحائل محروقاً بأمتداد اربعة امتار فالاشتعال كان من الحشو واحتراق التبن المفروش على التراب .

٢ ــ مشاهدة : انتحرت امرأة ببندقية صيد ، فشوهدت المنشفه الموضوعة امامها محروقة من اشتعال البارود الموضوع في حوبضة البندقية .

٣ــ مشاهدة : انتحرت امرأة بطلق ناري في الناحية التحت الذقنيه فاحترقت كتفيتها (اي مايسمى فيشه او طرحه وهي التى يضعها النساء على اكتافهن) وكما القميص وقسم من انسى الصدر والعضدان والعنق .

٤ــ مشاهدة : اطلق عيار ناري من مسدس داخل الفم فأحرق العنق والثياب الملاصقه له والصدر والذقن ومن ثم احترقت بقية الثياب وعم الحريق مفروشات الغرفة . فهذه مشاهدات توضح تأثير الحشو كجسم بحالة الاحتراق واما تأثيره كخرطوش فهو يتضح من المشاهدات الآتيه :

من مشاهداتي : اجريت الكشف على شخص اصيب بطلق ناري في الناحية الكبدية فكانت فوهة دخول الطلق تشابه فتحة دخول رمية ناريه .وبأجراء عملية فتح الميت اخرج الحشو الذي سبب تمزيق الكبد من جوف البطن وهو عبارة عن ورق ممضوغ .

٣ــ المرمي : ان الرميه بالاسلحة المنتظمة هو خرطوش او خردق واما بالاسلحة غير المنتظمه فهو متنوع وبأشكال غريبه لا يمكن احصاؤها ووصفها ، فيقتضي حصر البحث بالرميات المعتاده : الخرطوش ، الخردق .

آ ــ الرصاص : كان في القديم يستعمل الرصاص المدور وفي الحال الحاضر يستعمل بشكل اسطواني مخروطي واسطواني بيضي وبقاعدة محفوره (مثلومه (Rainure) او غير محفوره ، ومقطوع الذروة احياناً ومحدب الشكل ومجوف (évidée) القاعده .

ان الرصاص القديم معمول من الرصاص الطبيعي، واما الحديث فهو مصنوع من معدن كرصاص بندقية (لهبهل) او الرصاص اللين او الصلب الا انه مصفح تصفيحاً تاماً او غير تام بمعدن مايلهور او نحاس او نيكل ويسمى بالرصاص المصفح وما ذلك الا لمنع تبدل شكله عندما يصادف مانعاً في سيره .

ان الرصاص في الوقت الحاضر هو اصغر حجماً واقل قطراً مما كان عليه سابقاً ، غير انه اكثر طولاً من ذي قبل . ان رصاص بندقيه الغرا اي (اليونانيه هي بقطر ١١ م.م.

وزنته ٢٥ غرام وطوله ٢٧ م . م .) ، اذ عدل الرصاص ببندقية لهبل بقطر ٨ م . م . وزنته خمسه عشر غراماً ولكن بطول ٣٠ م . م . ورصاص مسدس مودل صنع سنة ١٨٩٢ بقطر ٨ م . م . وطول ١٦ م . م . اما رصاص برونينغ فان قطر احد انواعه ٦،٣٥ م . م . وقطر النوع الثاني ٧،٦٥ م . م . وطولها ١١،٥ م . م . ثم انه يوجد نوع آخر من الرصاص الخاص بهذا المسدس بقطر ٩ م . م .

ان المرمي حين خروجه من فوهة نصلة الآله الناريه يأتى بسلسلة حركات اخصها الحركة الدافعة الى الامام اي السرعة والحركة الدوريه .

ان هذه السرعة تتناقص شيئاً فشيئاً بمسير المرمي حتى تعود الى الصفر وبذلك تميز السرعة الابتدائيه (حين خروج المرمي من فوهة النصله) عن السرعة الباقية (التي تحول في كل آن بنسبة المسير) ، فالسرعة الابتدائية بالاسلحة النارية الحديثة التي يستعمل فيها بارود البيرو كسيلة عظيمة جداً بالنسبة للاسلحة القديمة ففي مرمي بندقية لهبل تكون ٧٠٠ متراً في الثانية وفي مسدسات برونينغ ٢٠٠ - ٢٧٠ متراً في الثانية .

ان حركة الدوريه التي تحصل من الدورة الحلزونية (المستديرة) للآلة النارية المخصوصة لصد المقاومة الهوائية هي ثابتة وانها تدير المرمي بشكل حلزوني (برغي) او بشكل الآلة الثاقبة (مثقب) . هذا وان المرمي بمسيره الى الامام لا يكون اتجاه نهايته الامامية للامام دائماً ، بل يكون تابعاً لحركات انقلابيه تجعل اصابته ممكنه سواء بقامدته او بجانبه لابذروته ان العنصر الاساسي في تأثير المرمي هي قوة ازنده (القوة الدافعة الدائمة) ؛ فانها تعادل نصف مايحصل من ضرب الكتله بمربع السرعة ٢ك × ع٢ × ٢ ، كما ان هذه القوة بمرامي الاسلحة الحديثة هي اعظم من مثلها بالاسلحة القديمة وذلك ناشئ عن ازدياد السرعة التي تعادل ، بل تتجاوز ، تأثير النقص في الوزن وان قوة الزندة تتناقص طبعاً بمسير المرمي بحسب اتباعه للسرعة وان هذه القوة الابتدائية (في ابتداء الطلق) في بندقية لهبل تكون ٣٤٤ كيلو غرام متراً وفي بندقية غرا ٢٥٧ كيلو غرام متراً ، وعن بعد ٢٠٠٠ متراً ، ان القوة المذكوره في بندقيه لهبل لاتتجاوز الـ ١٩ كيلو غرام متراً . والقوة المذكوره في مسدس سنه ١٨٩٢ تبلغ عن بعد ١٠ مترات الى ١٨ كيلو غرام متراً .

ان المرمى حينما يصادف الجسد البشري في سيره ينفذ فيه ويخرج منه دون ان يمكث او يتبدل شكله ، او يظل في البدن فيتبدل شكله او لا يتبدل .

ان قوة المرمي في الجسد من جانب الى آخر تابعة لشدة الزنده التي يتغلب بسببها على الموانع التي يصادفها في مسيره وعدم تغير شكله ويشاهد ذلك في رمية (مرمي) الاسلحة النارية الحربية الحديثة الموصوفة بقوة الزندة العظيمة والمصنوعة من المعدن غير القابل تبدل الشكل او المصفحة بمعدن يمنع تبدل شكل نواة الرصاص . فلذلك يشاهد نفوذ مرمى بندقية له بهل من اربعة اجسام موضوعه على خط مسيرها عن بعد عدة مئات من المترات ويشاهد ايضاً بمرمي المسدسات الحديثة المصفح والمحتوي على بارود بيروكسيله بنسبة نقل عن الاولى بسبب تناقص قوة الزندة فيها .

ان المرمي الذي ينفذ من البدن دون ان يتغير شكله يحدث « بصرف النظر عن الحالات المميتة حالاً » تخريبات هي اقل من المرمي الذي يتغير شكله ، فلذلك قد فكر بعض المتخصصين برفع الغلاف المعدني من رأس المرمي لتسهيل تبدل شكله في العضويه ، وهذا النوع من المرمي يسمى دوم - دوم .

ان تغير شكل المرمي المصفح حينما يصادف مانعاً عضوياً ليس من الوقائع الاستثنائية ، وذلك يحدث طبعاً ، بمرامي الاسلحة الناريه القصيرة اكثر منها في الاسلحة النارية الطويله بسهولة توقفه وتبدل شكله .

ان تغير الأشكال الاساسيه بالمرامي هي الجرش (الهرس) ، الانعطاف ، والالتواء ، والانقسام الى قطعتين او اكثر بالمرامي الاسطوانيه المخروطيه وتسطح الذروة وتلتوي القاعدة .

ان المرمى الذي يتغير شكله ويحول الى جسم غير منتظم الشكل يحدث تخريبات اعظم جداً من المرمي الذي يظل على شكله المدور او المخروطي الاسطواني .

ان تجزؤ الخرطوشه يحول المرمي الى مرامي متعددة تضاف تأثيراتها الى بعضها فتزيد عاهات الجريحة المهلكة .

للمرمي تأثير هام بالواسطة على العضويه (ماعدا التأثير الذي يحدث رأساً بلا واسطة)

تجب ملاحظته وهو التضييق المائي ، لما يطلق المرمي على اناء فارغ يحدث فيه ثقبين ، ولما يطلق العيار الناري على اناء مملوء بمايع (بالماء مثلاً) يتطاير ذلك الاناء وينقذف المائع خارجاً بشدة ، وشوهد انكسار لوح خشبي (من خشب الصنوبر) موضوع فوق الاناء ويحصل ذلك من تأثير التضييق المائي . ان المرمي يعطى الذرات المائعه قسماً من قوته وهذه الذرات بأكتسابها تلك القوة تصبح من العوامل المؤثرة . وان مايحدث بالاناء المملوء بالمائع يحدث ايضاً بالاعضاء المجوفه المملوئة بالمائع او المحتوية على نسج كثير المائع كالدماغ ، وقد شوهد ذلك بطلقات الاسلحة الحربية على الجمجمة كما يحدث بتأثير المواد المتفرقعة .

ان التضييق المائي بالاسلحة الناريه القصيرة هو اقل تأثيراً بسبب تناص قوة الزندة (القوة الدائمة) في هذه الاسلحة ، فلا تحدث تخريبات هامة ، الا انها تحدث تكسيراً بجهات متباعدة عن نقطة تأثير المرمى .

الخلاصه : يشاهد بالتطبيقات الطبيه العدليه في يومنا هذا نوعان للعيارات الناريه ، العيارات النـاريه المصنوعة من الرصاص العادي المدور عادياً والذي يطلق على الاكثر مع البارود الاسود ، وقوة الزندة فيه ضئيله ، ويتغير شكله في العضويه بسهوله ، والعيارات المصنوعه من الرصاص المصفح الذي يطلق على الاكثر مع البارود البيروكسيله والحائز على قوة الزنده العظيمة والذي يبدل شكله في العضويه بمنتهى الصعوبة .

ان العيارات الناريه المصفحه والمستعملة بالاسلحة الحديثة مع بارود البيروكسيله تنفذ من العضويه بسهولة دون ان تتغير اشكالها وان العيارات النـاريه من الرصاص العاري والمستعملة بالاسلحة العاديه مع البارود الاسود تتوقف في العضويه وتتغير اشكالها بسهولة ولذلك فان التخريبات التي تحصل بهذه العيارات الاخيرة ، ان لم تكن اعظم ، فهي اكثر وخامةً من عيارات الاسلحة الناريه الكمله وذلك بسبب عدم انتظامها .

الخردق : ان الخردق يخرج من فوهة البندقيه كتلةً مجتمعة ويتفرق بشكل مخروط متباعد ، ويتناقص هذا التباعد ببعض اسلحة Choke - Bored شوكه بوره .

حين خروج الخردق من فوهة البندقية يكون بشكل مرمي وكلما بعد عن فوهة النصله يتظاهر عدده ويزداد تباعد حباته عن بعضها .

التأثيرات الخصوصية للاسلحة النارية المختلفة

بعد ان اتينا في بحثنا السابق على معلومات عموميه لتأثيرات الاسلحة النارية وجب التعمق بالتفصيلات وسنبحث بالتوالي عن الجروح :

آ ــ الجروح التى تحصل من الاسلحة النارية المحشوة بالمرمي

٢ً ــ ״ ״ ״ ״ بالرصاص

٣ً ــ ״ ״ ״ ״ بدون مرمي

الجروح التي تحصل بالاسلحة النارية المحشوة بالمرمي

ان تعريف هذه الجروح بالضبط سواء بصورة مجملة او خاصة، هو من اصعب المسائل في الزمن الحاضر ، الا انه من المحقق ان التطبيقات والتمارين تثبت لنا بأن ماوصفه اوضحه لنا المؤلفون المتقدمون عن تأثيرات الاسلحة النارية والبارود والمرامي لا يأتلف مع تأثيرات الاسلحة النارية للبارود والمرامي الحديثه ، وفضلا عن ذلك فان هذه التأثيرات تختلف بأختلاف انواع البارود والمرامي والاسلحة النارية .

وعليه فان الاوصاف الآتي ذكرها هي تصويرية ، منحصرة بالاسلحة النارية القصيرة بصورة مجملة واما ضبط الاوصاف الخاصه بكل من الاسلحة النارية ذات المرمي الخاص فلا يمكن الا بالقياس بطلق متشابه اي بنفس السلاح وذات المرمي .

فيجب مطالعة المباحث الآتيه بجروح الاسلحة النارية المحشوة بالمرمي :

١ً ــ فوهة الدخول

٢ً ــ مسير المرمى داخل الاعضاء

٣ً ــ فوهة الخروج (فى حالة وجودها)

٤ً ــ الاسئله الطبية العدلية

فوهة الدخول

ان فوهة الدخول عادة تكون واحدة واحياناً عديدة . يجب على الطبيب العدلي ان يضع نصب عينيه ، انه من المحتمل اصطدام المرمي الناري بالجلد وعدم نفوذه فيه ، ولذلك

لاتشاهد له فوهة دخول . وقدشوهد ويشاهدذلك بالاسلحة النارية القديمة عندماتكون نصلة السلاح ملاصقة ، بلا حائل وبصورة محكمه ، الى سطح الجلد ،فتسقط حينئذ قوة المرمي بسبب توقفه من تأثير العمود الغازي الكائن داخل النصله وبتضييقه فيما بين الخرطوشه والجلد واحياناً قد يصطدم المرمي بنهاية مسيره بالجلد منحرفاً تحت زاوية حاده ، فلا ينفذ في الجلد بل ينحصر تأثيره برضته (كي) .

ان تعدد فوهات الدخول للمرمي ذاته فى جهة واحدة يشاهد عندما يصادف المرمي احد الثديين المائل فيخترقه وينفذ الى الصدر .

ويجب في فوهة الدخول تدقيقها مع تدقيق محيطها الملاصق :

آ ــ الفوهة : يجب تدقيق شكلها واتساعها

الشكل : ان شكل فوهة الدخول العادي هو الشكل المستدير او الشكل البيضي غير انه عدا هذه الاشكال الاصليه يشاهد فوهات دخول بأشكال مطابقة للاشكال الاصلية ويكون ذلك بحسب مسافة الطلق وقطر وشكل المرمي وحمولة السلاح (حشوه)،

عندما يطلق المرمي الاسطواني المخروطي الصغير من مسافة بعيدة ، يحدث احياناً جرحاً خطياً يشابه جرح الآلة الواخذة او الواخذه القاطعة ، فالالتباس يكون لاول وهلة قوياً ، بنسبة بعد مسافة الطلق وفقدان العلامات المميزة للبارود حول الجرح ، فتأثير المرمي الاسطوانى المخروطي فى هذه الاحوال يشابه تأثير الآلة الواخذة فيفرق الالياف الجلديه بذروته .

ولما يكون الطلق من مسافة قريبة ، يتبدل شكل الجرح الاصلي بسهولة ويكون بشكل ممزق ونجمى ، وذلك يحصل خاصةً بالاسلحة القوية المحشوة كثيراً وفيما اذا كان الجلد ، بنطقة الاصطدام ساتراً للسطح العظمى .

ان الشكل غير الاصلي يحصل في هذه الاحوال من تأثير غازات البارود ، التي تنتشر بشدة تحت الجلد ، بينه وبين السطح العظمي المقاوم الذي يكون حائلاً دون اتساع انتشارها ، فيتمزق الجلد المحاذي للفوهة التي هي تحت تضييق الغازات المذكورة .

اتساع فوهة الدخول بالنسبة الى المرمى

ان اتساع فوهه الدخول تختلف بحسب مسافة الطلق والمرمي ويقول تورد : ان فوهات

الدخول الحاصله من المرامي الكروية تكون اوسع قطراً من المرمي الأسطوانى المخروطي ويزداد اتساع فوهة الدخول (زيادةً تفوق على قطر المرمي) عنـد ما يكون الطلق من مسافه قريبه .

١ ــ ان المرمي الاسطوانى المخروطى فى الاسلحة الحديثة يحدث (على العموم) من مسـافة بعيدة فوهة دخولية ذات قطر أصغر من قطـر المـرمى وفي الواقع فان المـرمى يخفص الجلد بشكل اصبع القفاز وتثقب ذرونها الجلد . وتجارب بوش Busch وقيـامه بطلقات عديدة ببندقية (شـاسبو) على الواح مطاطية (كاوجوكيه) شوهد حصول فوهات دخول عديدة يبلغ قطر الواحدة منهـا ثلث قطـر المرمي . فلأجـل تقـدير قطر المرمي يجب ضم مساحة الدائرة التى لامسهـا المرمي ، المحيطة بفوهـة الدخـــول على قطر فوهته .

ولكن عندما يكون الطلق من مسافة قريبة تكون فوهة الدخول واسعة وقطرهـا يزيد عن قطر المرمي وهذه النسبة (اي ازدياد اتساع فوهة الدخول عن قطر المـرمي) تتزايد بنسبة قرب مسافة الطلق ، وازدياد قوة (الحشو) اعنى بنسبة ما يكون القطـر كبيراً فان فوهة الدخول تكون اوسع . وفي هذه الوقائع فالغازات الانفجارية تساعد على توسيع فوهة الدخول .

ب ــ المحيط الملاصق لفوهة الدخول ــ يجب تدقيق :

١ حلقة او شريط الترضيض (ثابت)

٢ علائم البارود المحتمل وجودها

حلقة او الشريط الترضيض Bande de Contusion : يشاهد حول فوهة الدخول الحاصلة من المرمي النـاري حلقة او شريط ضيق جداً يحيط بها لا يتجـاوز بضعة ميليمترات، يابس كالقوي (ورق الكارتون) ـ بارشه مينه ـ قاتم اللون واسوده احياناً من تأثير البارود ويكون هذا الشريط ثابتاً حينما يكون الطلق من مسافة قصيرة (ويجب تمييزه عن الشريط الذي يحصل من ترصع حبوب البـارود غير المحترقة بسطح الجلد) ويشاهد على الاكثر ايضاً حينما يكون الطلق من مسافة بعيده ، ويظهر خاصة حول فوهات الدخول المستديره

ذات القطر الصغير . وهذا الشريط يحيط بفوهة الدخول بشكل مستدير حينما يكون الطلق عمودياً . وعندما تكون استقامة الطلق منحرفة يكون شريط الترضيض بشكل متباعد عن المركز او نصف هلالي ويكون ناقصاً في قسم من محيط الفوهة .

ان احتمال تكوّن هذا الشريط من احتراق الجلد غير صحيح ، اذ قد تحقق تكونه من الترضيض والتسحج الذي يحصل من المرمي في حالة تخفيضه الجلد قبل ثقبه ، وفي هذه الحال يرض اطراف الفوهة التي يحدثها . ويقدر في تكون هذا الشريط ان يكون (لمسح) المرمي دخلاً فيه حين اختراقه الجلد .

العلامات الحاصلة من تأثير البارود . ان هذه العلامات تنحصر ضمن شعاع تأثير البارود عند خروجه من نصلة السلاح الناري اي في المسافات القصيرة ، ويتناسب وضوح ظهورها بالنسبة الى قصر المسافة وعليه تفقد هذه العلامات بالطلقات من المسافات البعيدة ، كما تكون بالطلقات الملاصقه Au Bout touchant للجلد ، اى حينما تكون فوهة الآلة الناريه مطبقة بتماس الجلد ، (لانه في مثل هذه الاحوال ينفذ محصول الانفجار وبقايا البارود رأساً مع المرمي الى ماتحت الجلد) دون ان يتاح لها الانتشار خارجه ، ففي هذه الصورة تحصل علامات تأثير البارود في عمق الجرح لا بمحيطه السطحي ، وتتكون هذه العلامات من :

١ً ــ الاحتراق الحاصل من الشعلة

٢ً ــ (انكروستاسيون Incrustation) ترصع حبوب البارود غير المحترقة

٣ً ــ ترصع اسود الدخان

آ ــ الاحتراق الحاصل من الشعلة : ان الشعلة تحرق سطح الجلد حول فوهة الدخول وهذا الاحتراق يتعين فوق الاجساد الميتة بأيجاده منطقه يابسه (پارشه مينه) سمراء او صفراء اللون ، متقاربة المركز حول الفوهة ، ويحترق الشعر الذي يكون في هذه المنطقة ، ويثبت هذا الاحتراق بسهولة سواء بالنظر المجرد او بالمكبرة وبالمعاينة الميكروسكوبيه تشاهد سمراء اللون Brune ، متكسرة Frisé بصورة غير طبيعيه ومستورة بقطيعات فحميه وفقاقيع هوائيه ، وتحترق الثياب الكائنه في هذه المنطقه احتراقاً قليلاً او كثيراً .

ب ــ الترصع : ان حبوب البارود تشكل بالطلقات العمودية منطقه مستديرة على الجلد

متقاربه المركز من الفوهة الجلديه وبقدر ماتكون مسافة الطلق قصيره يكون قطر هذه المنطقة صغيراً وحبوب الترصع متراصة ومجتمعة والعكس بالعكس .

ومنطقة الترصع هذه تفقد بالطلقات المنحرفه شكلها المستدير ، فتصبح نصف هلاليه او بيضيه ، ويترصع معظمها امام فوهة الدخول اي فيما بين نصلة السلاح الناري وفوهة الدخول مع بعض حبوب خلف الفوهة المذكورة .

ان حبوب البارود تشاهد بسهولة بالنظر البسيط وخاصة بالمكبره حينما تكون متفرقة ، ويتعين نوع البارود من الوانها ، فاللون الاسود يحصل من البارود الاسود ، واللون الاخضر والاصفر والاسمر ... الخ ببارود البيرو كسيله ، وترصع بارود (T) لاتحصل منه حبيبات بل يحدث صفيحات صغيرة .

وان الترصع يكون كثيراً بقدر ماتكون حبوب البارود الغير المحترقه كثيره واعنى بذلك انها تكون بالبارود الاسود اكثر منها ببارود البيرو كسيله .

ت — ان ترصع اسود الدخان يستر احياناً كافة التغيرات السطحية حول الفوهة وتكون هذه الطبقة الساتره بلون البارود الحاصل منه و تكون بالبارود الاسود اكثر منه بالبارود البيرو كسيله ، وهي بشكل غير منتظم وتكون احياناً متموجه تزال بالغسل .

ان مجموع العلامات الحاصله من تأثير البارود (الاحتراق بالشعلة ، ترصع حبوب البارود وترصع الدخان) يطلق عليها اسم Tatuage وشم .

٢ — ان معبر او مسير المرامي : يتكون من مسير المرمي داخل الانسجة ، فيخيم على تأثير المرمي احياناً تأثير مايحره من اقسام العضوية والقطع العظميه بصورة خاصة .

هذا وان مسير المرمي يكون مفقوداً عندما تتطاير الاقسام العضويه بشدة الطلق الناري في حال تفرقع الجمجمة مثلا من اطلاق عيار ناري جسيم تماسه مع الجسد بحيث لايشاهد مسير للمرمي ، كما انه لايمكن تعيين فوهتي الدخول والخروج .

ان المسير اما ان يكون « اعور » اي بلا منفذ Cul de Sac وذلك حينما يبقى المرمي في الانسجة ، واما ان يكون مفتوح الجانبين وذلك حينما يخرج المرمي من العضوية .

يكون المسير عادةً منفرداً ، ويكون تارةً مزدوجاً او مثلثاً او اكثر حينما يتجزأ المرمي

الى اقسام عديدة في مروره من داخل العضويه . كا ان المسير يكون احياناً مستقيماً ، فينبيء عن استقامة الطلق وتارة يوافق استقامة المرمي الاوليه ، الا انه يوضح الانحرافات Deviations الخاصة التي يمر بها المرمي داخل العضويه . ان هذه الانحرافات تحصل خاصة بمصادفة العظام ولهذا لا تشاهد بالمرامى الحائزة على قوة الزنده العظميه والقوة الدافعة الدائمه Force vive » والتى تسير مستقيمة دون ان تؤثر عليها الحوائل المانعه (كالعظام) البتة . لكن ، يكون ذلك على الاخص بالاسلحة القديمه الصغيرة القطر وبالمسدسات العاديه الرخيصة الثمن المستعمله على الاكثر في الانتحار والقتل « الافعال الجنائية ».

ان المرمي عندما يصادف العظم في مسيره قاما ان يدوو حوله ويتابع سيره واما ان يصطدم بالعظم ويقفذ مرتداً الى الجهة التي جاء منها ليتخذ منفذاً او مسيراً جديداً بشكل زاويه مع الاستقامة الاوليه ، كما يحدث بالقحف لما يثقب من جدرانه بالمرمي الناري الذي ينفذ الى الجدار فيصطدم به ويثب منه مرتداً الى الوراء بأستقامة جديده تشكل زاويه مع استقامته الاولي .

وما عدا هذه الانحرافات المحصورة ، تشاهد في بعض الاحيان بمسير المرمي ، انحرافات واسعة ومتواليه تحير منها العقول ، ونضرب مثلاً لذلك بذكرنا المشاهدة التى رواها (دەوەرجى) نقلاً عن «هەبن» :

هاجم احد الجنود محلاً يصعد اليه بدرج وبينما هو يتسلقه مادا يده اصيب برصاصة نفذت في منتصف عضده فسارت في ذلك العضد من الاسفل الي الاعلى بأمتداد طوله وتمادت بسيرها من علو القسم الخلفي للصدر مارة من العضلات البطنيه فنفذت فى اعماق العضلات الاليوبه وصعدت الى القسم الامامي المتوسط من الفخذ المقابل .

ان المسير يبتدي احياناً من فوهة الدخول مباشرةً ، كما هي الحال في الطلقات من المسافات البعيدة التى يكون التأثير فيها منحصراً بالمرمي ، ويفترق المسير احياناً عن فوهة الدخول كما يحدث ذلك بالطلقات من المسافات القريبه جداً بجوف انفصالي ، يسمى بتعبير « هوفمان » بالثقبة المعدنية التى تتكون من تأثير الغازات الانفجاريه ، التى ترفع الجلد وتمزق فوهة الدخول من الداخل الى الخارج وتفصل حافاتها من الاقسام الرخوة التى تحتها بأمتداد

مساحة قليلة او كبيرة وان اتساع الجوف الانفصالي متناسب مع شدة مقاومة السطح الذي يصادفه المرمي تحت الجلد وان جدران هذا الجوف تصبح سوداء اللون من ترصع حبوب البارود غير المشتعله واسود الدخان Fumée ، التي تنفذ رأساً مع المرمى الى ماتحت الجلد من رأس نصلة الآلة النارية ، ويبدو منظر الجوف بنفسه ويري Tormenteuse ممتلئاً من ذات العناصر الاجنبية مع الدم المرتشح فيشكل خليطه Magma سوداء .

ان مبدأ المعبر (المسير) بالطلقات من المسافة القريبة جداً يكون اسود ، بأمتداد قل او كثر من ترصع حبوب البارود غير المحترقة واسود الدخان .

ان قطر اوسعة المعبر (المسير) لايكون دائماً متساوياً بكل امتداده ، وان انتظامه متناسب مع درجة قوة نفوذ المرمي وعدم توقفه وتبدل شكله (كما هو الحال فى المرامي الحديثة التى تخترق وتمر بسيطاً) ويكون اتساع المنفذ تدريجياً En S'évasant احياناً ويتسع على الاكثر بتأثير الاجسام الاجنبية التي يحركها المرمي ويجرها معه كالشظايا العظميه وذلك عندما يصادف المرمي سطحاً عظمياً مباشرة تحت الجلد.

وتشاهد في المنفذ اى المسير غالباً اجسام اجنبية مختلفة وان قسماً منها يأتي من الخارج كالحشو (المواد التي توضع فى المرمي) وقطع الاقمشه التي يجرها المرمي من مسافات بعيدة او قريبة ، والآخر من داخل العضويه كالشظايا العظميه .

ان المرمي يحفر في الانسجه منفذاً مملوءً بالدم ، وما عدا ذلك قد يحدث آفات بالواسطه وهذه الآفات اي الآفات الخارجة عن نفس مسير المرمي ، تنبعث من تأثير التضييق المائي .

وقد سبق لنا ذكر التضييق وحصوله بتأثير بندقيات الحرب حتى المسدسات الكبيره وتسببه لتناثر Fracassement وتطاير Éclatement الجمجمة .

ولكن تأثير التضييق المائي يكون بالمسدسات البسيطه بسيطاً جداً ، كانكسار الجمجمه المشاهد خارجاً عن مسير المرمى ، غير ان المتكون منه بالنقاط القليله المقاومة كقبة الحجاج «جوف العين» وانفصال الدروز ورضوض Point نهايات الفصوص الجبهية او القفويه والصدغين .

ان المرمي بحسب القاعدة يمكث في نهاية المنفذ المسدود ، وسط محراق نزفي ، ويشاهد على الاكثر تحت الجلد ، الذي يرتفع سطحه ، وتحت محراق كسر عظمي غير كامل في الجمجمه فيفرق قطع الكسر عنها ... الخ ولما يصادف المرمي عظماً او يخترقه يبدل شكله بصور عديدة ، قل حصولها بالمرامى المصفحة Cuirassé الا في الاحوال النادرة .

ان المرمي لايوجد دائماً بحالة طبيعيه ، فكشفه في الاجساد الميته كثيراً مايكون من الامور الصعبه جداً ، واحياناً يصبح غير ممكن ، اذ يحتمل تبديل موقعه بعد الموت بتأثير الجاذبة الارضية بمرور زمن طويل بين الموت والكشف الطبي . ومن الممكن ان يشغل في الاجسام الحيه احد الاوعيه (فيشكل حمامه) ، او السقوط بأحدى القنوات المجوفه (الامعاء ، الطرق التنفسيه ، القنات الفقريه) وان يسير داخلها الى مسافات بعيدة ... الخ وفي هذه الصور يمكنه الوصول الي امكنه بعيده جداً عن النقطة المشتبه بكونها غاية مسيره .

ويجب على الطبيب العدلي ان لايغرب عن باله ان كشف واستخراج المرمي يؤلف عنصراً هاماً عظيماً في التحقيقات العدليه ويكون الاساس المتين الوحيد على الاكثر للاتهام وخاصة لما يكون المغدور هدفاً لطلقات ناريه عديده من اشخاص عديدين وبأسلحة مختلفه والموت حاصل باحداها ، فكشف المرمي وحده يعين المسئولية القانونيه .

فوهة الجروح — لاتوجد طبعاً لما يكون المرمي باقياً داخل الانسجة وتحصل من تأثير المرمي فقط ، الذي يبدل شكله على الاكثر عندما يحدثها .

فبالمرامي المخروطيه الاسطوانيه التي لم تغير شكلها ، بمرورها مروراً بسيطاً من الانسجة تكون الفوهه الخروجيه بشكل فرجه وتكون هذه الفرجه احياناً طويله جداً ، مما يستدعي الحيرة والوقوع في الاخطاء .

وبالمرامي المتغيرة الاشكال ، تكون فوهة الخروج بأشكال غير منتظمه مختلفه ومتنوعه .

اسئلة طبيه عدليه — سنفند المسافه واستقامة الطلق بهذا البحث ، لاننا سنفند جميع ماله مساس بتشخيص القتل والانتحار على حده بمبحث خاص وان تشخيص المسافه والاستقامة مبين على ماسرد آنفاً من الوصف ، وسنأتي على ذكرها بشكل آخر .

آ ــ المسافة : يمكن تحديدها بوجه اجمالي، غير قطعي طبعاً ، غير اننا نرى في تقسيم هذا البحث بالتطبيقات الى مايأتي فيه الكفاية :

١ ــ الطلق بالتماس (à Bout touchant اي بالصاق نهاية فصلة الآلة النارية على سطح الجلد ووضعها ماسة على التقريب .

ب ــ الطلق من مسافة قصيرة وبتعبير بعض المؤلفين à Bout Portant (١)

ت ــ الطلق من مسافة بعيده .

فعلي هذا المنوال تسهل قضية تعيين المسافة .

١ ــ الطلق بالتماس : ان العناصر التشخيصيه ، هي :

١ً ــ شدة الآفات اي التخريبات

٢ً ــ اوصاف فوهة الدخول

١ ــ شدة الآفات : ان الآفات العظميه او التخريبات العضويه كتطاير الجمجمة او انسحاق الاقسام الرخوة التي تنبئ بتأثير الغازات الانفجاريه للبارود ، يخيل للناظر اليها لاول وهلة ، بأن الطلق من مسافة قصيرة (بالتماس او عن مسافة قصيرة) .

والواقع ان ذلك ينطبق في وقائع عديدة غير ان هذه الآفات هي خاصة بالاسلحة القوية كبندقيات الحرب ولا تحصل قطعاً بالاسلحة القصيرة . وما عدا ذلك يمكن ان تتولد هذه الآفات حتى من مسافة بعيدة بالاسلحة الحربيه بتأثير التضييق المائي .

٢ ــ اوصاف فوهة الدخول : ان اوصاف فوهة الدخول الخاصة بالطلق مع التماس (وانحة جداً بالاسلحه النارية القصيرة) تحصل من التأثير الداخلي وبالاحرى تحت الجلد للمحصولات الانفجارية (غاز ، شعلة) والبقايا غير المحترقة من البارود التي تقذف دفعة واحدة مع المرمي دون ان تنتشر في الخارج وهذه كما صرحنا انفاً الثقبة المعدنية يعني المحراق الانفصالي تحت الجلدي ، ذو الجدران السوداء من تأثير حبوب البارود واسود

(١) ان التثبت من حدود انتهائية هذه المسافة (المسافة القصيرة)هو من الامور الصعبة جداً فالمعول عليه هو آخر حد يمكن ان يحصل به وشم البارود المتشكل من الحبوب غير المحترقة ، اما اذا كان البارود لا يشكل وشماً فان هذه المسافة تبقى بحكم النظرية .

الدخان وتمزق الثقب الجلدي الحاصل من الداخل الى الخارج واسوداد القسم الابتدائي من المنفذ ،ووجود حشو المرميه (الدكه) في بعض الاحيان .

فالدستور النظري للطلق بالتماس بالاسلحة القصيرة يمكن تأسيسه كما يأتى : لايوجد شيء قطعاً حول فوهة الدخول خارجاً فكل شيء يكون داخلها .

ب ــ الطلق من مسافة قصيرة : انعلائم هذا النوع من الطلقات تشاهد حول فوهة الدخول . كما ان محصولات الانفجار وبقايا البارود غير المشتعلة ، تترصع ، غب خروجها من نصلة البندقية حول فوهة الدخول وتحدث هنالك احتراق الشعر ووشماً من انطباع حبوب البارود واسود الدخان .

ان تقدير درجة قرب المسافة ، بهذه الاحوال ، يستنتج من اشكال الوشم المختلفه التى تحصل من انطباع حبوب البارود غير المحترقة ، ويمكن تلخيص هذه الاشكال بما يأتي في الطلقات من مسافة قريبة وقصيرة جداً ، يكون الوشم بشكل شريط مستدير ، ضيق، اسود اللون متساو ، محدد ومحيط بفوهة الدخول احاطة تامة ، وان اللون المتساوي يحصل من حبوب البارود المجتمعة والمتكاثفه .

وبالطلقات من المسافه القصيرة المتوسطه ، يشكل الوشم حول فوهة الدخول منطقة قليلة الارتفاع ، تشاهد فيها حبوب البارود واخذة الجلد متقاربة بعضهامن بعض ، ولكنها تبقي متفرقة عن بعضها تماماً ، وكذلك بالطلقات من المسافات القصيرة الانتهائية ، هذا وان الوشم يشكل منطقة واسعة ،وتشاهد فيها حبوب البارود بصورة نادرة ومنتشرة بعيدة بعضها عن بعض تحدث فوق الجلد ، منقطعة Moucheté ومتفرقة Discret بكثرة وان الاوصاف المتوسطة لهذه الدرجات تقدر بحسب اشكال الوشم بالنسبة الى التقسيمات المذكورة آنفاً .

ويضم على العلائم السابقة الاحتراق المحتمل وقوعه بالثياب .

ت ــ الطلق من مسافة بعيدة : ان الطلق من مسافة بعيدة يتميز بتأثير المرمي وحده

الذي يحدث فوهة دخول مع شريطها الرضى بدون زيادة .

ان الاصطلاحات الطبية العدلية بشأن المسافات وبالاحرى اصطلاحات الطلق من

المسافات القريبة والبعيدة لا تكفي لاقناع الحكام احياناً فيطلبون من الطبيب العدلي تصريحاً وتحديداً اكثر مما ذكر في مثل هذه الوقائع وهذا التصريح ليس بالامكان اعطاؤه عندما يكون الطلق من مسافة بعيدة ، اذ ان الحقيقة هي كل علامة او امارة في مثل هذه الاحوال تكون مفقودة فالعنصر الوحيد للتقدير ، هو الفتحة الجلدية ، وليس لهذه وصف تمييزي يتناسب مع مسافة الطلق النسبية . وبعكس ذلك فانه يمكن في الطلق من مسافة قريبة ، تحري اساس للمحاكمة والتنقيب بتكون الوشم المختلف الاشكال الحاصل من انطباع حبوب البارود . فمن المحقق ان وضعيات النصلة المختلفة تطابق شكل الوشم بصفة خاصة . لكن هذا التكون الذي يعين مسافة الطلق لا يمكن تصوره بداهة وفقاً للمعلومات النظرية والعمومية المبنة آنفاً .

وفي الواقع ان هذا التشكل هو تابع لجنس السلاح والمرمي والمسافة الحقيقية . وان سلاحين ناريين قصيرين يحدثان بمسافة واحدة وشماً مبايناً احدهما للآخر . حتى ان السلاح الواحد عند حشوه بمرامي مختلفة يحدث بمسافة واحدة او شمة مختلفه . والقصد من ذلك انه بوقعة متماثلة لا يمكن تعيين المسافة الا بأخذ السلاح والمرامي التي استعملت في الطلق الموضوع فيه البحث والقيام بطلقات من مسافات قريبة مختلفة سواء على جسد ميت او على ورقة بيضاء ممتدة فوق سطح مقاوم ، وعندما يحصل شكل الوشم مطابقاً تماماً للوشم المشاهد على جسد المضروب فالمسافة التي يحصل بها هذا الوشم هي ذات المسافة المصوب منها الطلق على الواقعة المطلوب تمحيصها عدلياً ولا يمكن حل القضية بأصول تخالف ذلك وحينما يكون اجراء التجربة على هذه الصورة غير ممكن ، فعلى الطبيب العدلي آنئذ ان يدلي ببعض الأيضاحات بالنسبة الى التجارب بالاسلحة المختلفة المدرجة بالادبيات الطبية العدلية القديمة والحديثة .

وقد ارتأى المؤلفان (ساردا ورومانت) اتخاذ اتساع فوهة الدخول اساسا لتقدير مسافة الطلق وثبت لهما بالتجارب ان فوهة الدخول تكون صغيرة اي اصغر من قطر المرمي بالمسافات البعيدة وكلما تباعدت المسافة يتناقص اتساع فوهة الدخول وتكون بقطرها الاعظم المعادل لقطر المرمي او تزيد عنه بالطلق من مسافة ٥٠ سانتمتراً (اي لما تكون

فوهة الدخول بقطر يعادل قطر المرمى فيتقرر ان مسافة الطلق لا تجاوز المتر او المترين وعلى الكثير الثلاثة مترات . وقد جرت المناقشة حول هذه النتائج في الجمعية الطبية العدلية من قبل الاستاذ بالطهزار ، وتبين بانه اذا كانت هذه الفوهة اصغر من قطر المرمى، وكانت حوافيها ممزقة كثيراً من تأثير الطلقات القريبة جداً كانت هذه الفوهة اصغر من قطر المرمى بالمسافات البعيدة ، وتوجد اسباب تعديليه لا تمكننا التثبت والجزم بتقدير مسافة الطلق .

ب ــ استقامة الطلق : التخربيات الجسيمة التي تحصل احياناً من الطلق بالتماس تمحو النقاط الاستدلالية التي تكون اساساً لتعيين استقامة الطلق تماماً .

وبالطلق من مسافة قريبة تعين استقامة الطلق بدلالة وضعية ترصع حبوب البارود وعمق فوهة الدخول واستقامة المسير .

وبالطلق الموجه بوضعية عمودية يتكون وشم حبوب البارود بشكل مستدير وتكون فوهة الدخول شاغله لمركز الدائرة .

وبالطلق الموجه بوضعية كثيرة الانحراف يأخذ الوشم شكل نصف دائرة او شكلاً بيضياً وتكون فوهة الدخول متباعدة عن المركز قريبة من احدي نهايات الوشم المتكون وتستنتج استقامة الطلق من وضعيات الوشم وفوهة الدخول المتقابلة، ويتكون الوشم فيما بين فوهة الدخول ورأس فصلة السلاح .

ثم انه بالطلق العمودي ، يكون محور فوهة الدخول بوضعية عمودية لسطح المضروب وبالطلق المنحرف يكون محور الفوهة بوضعية منحرفه .

والخلاصه ان استقامة المسير سواء كان مسدوداً او منتهياً بفوهة خروجية تدل على استقامه الطلق ، على ان يدقق تأثير الانحرافات المحتمل وقوعها بالمسير .

وبالطلقات من مسافات بعيدة فان العناصر التقديرية هي محور الفوهة واستقامة المعبر (المسير) .

عندما تكون الفوهة واحدة فليس هناك صعوبة ما ، ولكن بشرط تفريق اسباب الخطأ المحتمل ان تنشأ عن انحراف المسير .

ولما تكون الفوهه مزدوجة : فوهتا دخول وخروج فيقتضى ، لاجل تعيين استقامه المسير ، الذى يستنتج عند استقامة الطلق ، التثبت من اي الفوهتين هي فوهه الدخول ، اذ ان ذلك يصعب تعيينه على الاكثر ، بالنظر لفقدان الاوصاف المميزة العائدة لتأثير البارود التي تفرق فوهة الدخول ، فعليه يجب الاستناد الى المعلومات الآتية :

آ ــ ان فوهة الخروج الحاصلة ، احياناً من المرمي المتبدل الشكل بمسيره او الجار بعض كسارات عظميه تكون اكبر قطراً واقل انتظاماً من فوهة الدخول لكن هذا الوصف المميز هو غير ثابت ، واحياناً غير مطابق ، لان المرمي لا يتبدل شكله حتماً ويجر الكسارات العظمية دائماً ، لانه يصادف في المرامي ، الاسطوانية المخروطية منها خاصة ان تمر من جانب الى آخر دون ان يتبدل شكلها وتشكل فوهات دخوليه وخروجيه متساوية ومنتظمة وفي بعض الوقائع تكون فوهة الدخول بطبيعة الحال اكبر من فوهة الخروج .

ب ــ اوصاف الحافات : يقال ان حافات فوهة الدخول منحرفة الى الداخل وحافات فوهة الخروج منحرفة الى الخارج ، وهذا الوصف هو نظري اكثر منه حقيقي ،

ت ــ وضعية شريط الترضيض : ان شريط الترضيض بهيئاته المختلفة الموصوفة فيما سبق ، يفقد نادراً بفوهات الدخول بالطلقات من مسافات بعيدة ، ولا يشاهد بفوهات الخروج قطعاً ، وعليه فان مشاهدته في احدى الفوهتين وعدم وجوده في الأخرى تعين الاشخاص .

وما عدا الفوهات الجلدية يوجد علائم اخرى تساعد احياناً على تعيين استقامة المسير كما يحصل في وقائع المرامي التي تنفذ في الجمجمه من جانب الى آخر ، فتتعين استقامة المسير بدون اقل صعوبة بتدقيق اشكال الفوهتين ذات الصفحتين (داخليه وخارجيه) ، وذلك بموجب قانون خاص بلا استثناء . ان المرمي حين مروره في العظام المسطحه (ذات الصفحتين الداخليه والحاوجيه) يحدث فرجه في الصفحة التي يمر فيها اولاً اصغر اي اقل اتساعاً ، من الفوهة التي تحصل من مروره فى الصفحة الثانية ، وبتعبير آخر ، فان مسير المرمي بسمك العظام المسطحة يأخذ شكلاً مخروطياً يتسع تدريجياً لقاعدته حسب استقامة المرمي . فعليه ولاجل تعيين استقامة مسير المرمي بمروره من القحف ، يكفي

تعيين استقامته بكل من الفوهات حسب الاوصاف المارة الذكر .
فعندما يمر المرمى فى احدى العظام ، يواصل سيره جاراً الشظايا العظميه التي اقتلعها من العظم الذي مرّ به ويتركها بعد ذلك داخل الانسجه ، فاكتشاف هذه الشظايا بمسير المرمي تنبئنا عن الجهة التي اخترقها .

ث — تشخيص السلاح اي الآلة النارية :

ان قضاة التحقيق يوجهون الاسئلة الآتيه الى الطبيب العدلي :

١ — وجد المرمي وقبض على السلاح ، فهل اطلق هذا المرمي من هذا السلاح ؟

٢ — وجد المرمي ولم يوجد السلاح ، فما هو السلاح الذي اطلق منه هذا المرمي حسب اوصافه ؟

فيجب على الطبيب العدلي ، في مثل هذه الاحوال ، عدم اعطاء جواب ما ، بالنظر لاطلاعه المحدود غير الكافي فى تلك القضايا ، التي تتعلق بالاختصاصيين بعمل الاسلحة او بضباط المدفعيه اصحاب الاختصاص بفن الاسلحة ، فعليهم ان يختموا المرمي او المرامي التى تصادف في فتح الميت وتسليمها الى جهة القضاء .

٣ — جروح الآلات الناريه المحشوة بالرصاص

ان المراد بهذه الاسلحة في قضايا الطب العدلي هي بندقيات الصيد . ان تأثير هذه الاسلحة هو بسيط ، فيما اذا كان الطلق من مسافة قريبه ، وان الحشو يؤلف المرمى ، وان الغازات التي تحصل من البارود تشترك بالتأثير ومن هذا التأثير المزدوج ، يحدث تخريبات جسيمه تميزه كتفتيت الاقسام الرخوة ، وانفجار الجمجمة ... الخ . وان حبوب الرصاص التي تنتشر داخل الجرح او حوله تساعد على تعيين التشخيص ، واذا كان الطلق من مسافة بعيدة فان حبوب الرصاص تنتشر وتصيب جسم المصاب بها متفرقة بنسبة مساحة اتساعها ، ويزداد اتساعها بازدياد مسافة الطلق ، وكل حبة من الرصاص تؤثر كمرمى مستقل ، فالآفات تنتشر في سطح واسع ولكن تأثير اصابة كل منها ضئيلة .

٣ — جروح الاسلحة المحشوة بالبارود

قد تقدم ذكر تأثيراتها العموميه فلا محل لاعادة ذكرها .

الفصل الثالث

جروح الآلات الراضه

يحصل الرض في العضوية البشريه من تأثير الاجسام المحدبه (اي الغير المذربه) او الراضه . ان الرض يكون حسب ميخانيكية حصوله فاعلاً او منفعلاً ، فالرض الفاعل يحصل من اصطدام الشخص بالجسم الراض المتحرك بحركة متنقلة ، والرض المنفعل يحصل من مصادمة او سقوط الشخص المتحرك فوق الجسم الراض الثابت .

ان الرض الفاعل يحصل من الضرب بالآلات الراضه وبسقوط الاجسام الراضه على الرضيض وبمرور الكتل الثقيله فوق الشخص (دهس) وكذلك في احوال اصطدام الشخص بشدة بالكتل الراضه والمتحركه (اصطدام) . والرض المنفعل بأحوال سقوط الاجسام البشرية من محال مرتفعة .

ان الآلات الفاعلة متعددة ولا يمكن احصاؤها بالضبط ، كأعضاء الدفاع والهجوم البشرية او الحيوانية ومنها : اليدان قبضة اليد ، القدمان ، الاسنان ، النعل ، المخالب ... الخ ، والآلات الراضه المستعمله اعتيادياً بأحوال الدفاع او الهجوم من قبل الاشخاص (يستثنى من ذلك الاسلحة النارية والواخذة والقاطعة) والآلات التي تستخدم عرضياً لهذه الغاية هي : عصا ، حجر ، مدق ، مطرقة ، درابزون حديد ، زجاجة ، قبضة المسدسات والبنادق ... الخ ، وهي متنوعه ومتعددة حتى انه لا يمكن احصاؤها .

الدهس : ان الدهس يحصل بتأثير كل كتل ثقيلة يمكن سقوطها فوق الشخص (كتل ترابية او حجرية . قطعة حائط) او مرورها فوق جسده : كالعجلة او السيارة او عربات السكة الحديديه ... الخ والاصطدام يحدث عن التصادم بعريش (عامود) العجلة او السيارة او بضمنه «مقدمة ، التامبون» قاطرة السكة الحديدية او بقطعة آلة متحركة .

وبالسقوط من مرتفع يرض الجسم بالتراب او بالمواد المقاومة المختلفة التي يصل اليها .

ان الرض ينشأ عن عامل : جنائي او اتجار او عرضي ، بنسبة تختلف باختلاف انواع

الرضوض .

ان الجروح التى تنشأ عن الرضوض تتنوع اشكالها بصورة غير محدودة من السجح البسيطه حتى التخريبات العظميه .

ان بحث الرضوض بالطب العدلي يشتمل على :

آ ــ الآفات الرضيه الاساسيه

ب ــ النماذج السريرية المعتادة ، التي تتشكل من اشتراك الآفات الاساسيه تحت تأثير الاسباب المختلفه التى تحصل منها ، سليمه او وخيمه .

آ ــ الآفات الرضية الاساسية

ان الآفات الرضية الاساسية هي : ١ ـ التسجح الجلدي ؛ ٢ ـ الانصباب الدموي ؛ ٣ ـ الانصباب المصلي ؛ ٤ ـ الجروح الرضيه ؛ ٥ ـ الكسر والخلع ؛ ٦ ـ قلع وتفتيت الاقسام الرخوة ؛ ٧ تمزيق الاعضاء الداخلية .

السجح ــ ان السجح يصادف بالوقائع الرضية الخفيفة منفرداً ويكون العلامة الوحيدة للرض وهو ايضاً يرافق غيره من الآفات الرضيه ؛ وهذه الآفات تحول من التغيرات البسيطة كالكدمة (التى تحصل تحت السجح) او الجروح الرضية التي تحد و(تحصر بالسجح الى اعظم التخريبات العضوية ككسور العظام او تمزق الاحشاء الداخلية التي ترافق السجح الجلدي البسيط بوقائع الدهس . واحياناً لا يوجد السجح كسائر آفات الجلد ، بالرغم عن وجود آفات عميقه ومهلكه للغاية كما يشاهد بوقائع السقوط من المرتفع والسجح هو ضياع مادى فى البشرة الجلدية وتعرية طبقة القوريون بتأثير الجسم الراض .

ان السجح في حال الحياة بالاشخاص يستتر بافراز مصلي زلالي ونقاط دموية تشكل طبقة قشرية فوق السجح ، ولكن اذا وقع الموت عاجلاً فلا يحصل النزف ولا الارتشاح المصلي فتبقى طبقة القوريون عارية ويتشكل سطح اسمر اصفر او اسمر احمر ويتصلب بشكل البارشمن .

ان للسجح اهمية عظيمة في نظر الطب العدلي لانه :

١ً ــ يشير الى المحل الذي وقعت عليه الشدة (اي الرض)

٢ً ــ يكون دليلاً على استنتاج شكل الآلة الراضة التى حصل منهـا واظهار الآلة وطبيعة الشدة الخاصة (اي الرض من حيث هو) .

ان تأثير الاظافر بالشكل المتصلب (بارشه مهن) النصف الهلالي او الخطوط المتطاولة فى العنق يحدث بوقائع الخنق وبالفخذين بوقائع التصدي للعفاف . وان مخالب الحيوانات تظهر بشكل خطوط صلبه (بارشه مينه) متوازيه ومجتمعة بفواصل ثابتة .

ان المطارق المستديرة او المربعة الشكل تولد صفائح صلبة (بارشه مينه) بشكل سطح الآلة المضروب بها ، كما ان دواليب العجلات تحدث بمرورهـا فوق الجسد شرائط او خطوطاً (بارشه مينه) صلبه مستطيله وميزه . وان كعب الحذاء (الكندره او البوط) يحدث صفائح (بارشه مينه) صلبه بشكل النعل .

ان المفتاح وما يماثله من الانابيب المجوفـة تولد حلقـة صلبه (بارشه مينه) بقطر بضعة ميليمترات وان آثار الانطباعات السالفة الذكر تكون اكثر وضوحاً بنسبة تزايد مقاومة استناد الطبقة الجلدية المؤوفة ، (اي عندما تكون الطبقة الجلدية المضروبة مستندة على سطح عظمي) فتكون الآثار ظاهرة بوضوح اكثر منها عندما تكون مستندة على الاقسام الرخوة . مثلاً في جلد الرأس المستندة على عظام الجمجمة تكون الآثار اكثر ظهوراً ووضوحاً من جلد العنق الذي يستند على الاقسام الرخوة .

ان تشخيص السحج في جسد الميت سهل ، ولكن يجب ان يعلم جيداً بانه ليست كل صفيحة صلبه (بارشه مينه) تكون ناتجـة عن السحج ، اذ ان بعض الاقسام الجلديه ذات البشرة الرطبـه كالصفن ، يمكن ان تيبس دون ان يكون هنـالك سحج وان التضييق في بعض الاقسام من الاجساد الميتـه يكفي لطرد المـايع من تلك الاقسام المضغوط عليهـا وحصول تيبس الادمة .

٢ ــ الانصباب الدموي : ان الانصباب الدموي يحصل في الجلد وتحته وبعمق الاطراف او الاعضاء ، فلما يرشح الدم الخارج من الاوعيه ويتحثر بشبكات النسج فالانصباب يسمي كدمه ، ولما يفرق الدم الانسجة ويحصل جوفاً ممتلئاً بالدم يسمى « ورماً دموياً » ، واذا

كان هذا الجوف حاصلاً بالنسج الحجروي التحت الجلدي فيطلق عليه اسم «حدبة دموية».

ان الكدمات تكون حسب موقعها سطحيه ، او عميقه .

آ ــ الكدمات السطحيه : فالكدمات السطحيه تحصل من تمزق الاوعية الجلدية او الاوعية التي هي تحت الجلد والدم المرتشح داخل الانسجه يتحثر هنالك وينضم اليها . هذا وان الكدمات تبدو اما منفردة لوحدها او مرافقة لغيرها من الآفات السطحية والخفيفة (كالسحج الذي يحصل فوق الكدمات) او العميقه وترافقها ايضاً جروح رضيه محاطة بمنطقة نزفية واسعة .

١ ــ ظهور ، منظر وسير الكدمات : ان هذه العلائم تختلف في الاشخاص الذين هم في حال الحياة وفي الاموات .

ب ــ فالكدمات في حال الحياة تظهر بسرعة في سطح الجلد بقدر ما يكون النزف سطحياً .

برضوض الجلد تظهر الكدمات بسرعة زائدة ، واذا كانت الرضوض واصلة للنسج الحجروي التحت الجلدي فظهور الكدمة يكون اكثر تأخراً ولكن يشخص ذلك بظهور انتباج (ورم) وتحول لون الجلد ، ولما يكون هذا الانتباج بارزاً جداً يشكل حدبة دموية . وفي بادي الامر يكون لون الجلد احمر كابياً او احمر اسمراً ، ويبدو واضحاً بنسبة ما يكون الانصباب الدموي قريباً من السطح الخارجي . ومن ثم فان الكدمه بسيرها المتعاقب تتسع وتتسطح ويتبدل لونها فيتحول بالتوالي من الاحمر القاتم البنفسجي الى الاسود ، الى الازرق ، الى الاخضر ، فالى الاصفر ، ويكون اللون بمحيط الكدمة اقل كثافةً من مركزها ، ويبدأ تحول اللون دائماً من محيطها .

وبالطبقات الملتحمة (غشاء مخاطي العين) فان الكدمات تحافظ على لونها الاحمر الابتدائي دائماً . ويقال ان تحولات اللون تحدث عن تحولات الهموغلوبين

ح ــ ان الكدمات السطحية على جسد الميت تعرف بلون الجلد المتحول الحاصل في حال الحياة حين وقوع الوفاة. فبأجراء الشق على الكدمة يظهر الدم المرتشح ، المتحثر والمندمج بشبكات الانسجة ، كما ان الكدمة في الاجساد الميتة تحول بحسب تأثير التفسخ . فالدم المتحثر يميع وان الكدمه توسع الانسجة المجاورة بطريق الترشح ويتلاشى لونها الى ان

تزول تماماً .

د ــ ان سعة وشدة الكدمة تابع لعوامل متعددة :

الشدة المستعملة (اي القوة المنصرفة) ، وفرة الاوعية بالناحية المرضوضة ، وجود سطح مقاوم تحت الرض ، وضع الانسجة التي يحصل بها الانصباب والبنيه الشخصية .

ان تأثير شدة الضرب ووفرة الاوعية في الناحية لا تحتاج الى ايضاح .

اما وجود سطح مقاوم بموقع الرض فما يسهل تمزق الاوعية المضغوطة بين سطح الراض وسطح العظم المقاوم . وتظهر الكدمات بسهولة وبشدة ، كظهور الكدمات فوق الجلد ذي الشعر اكثر من جلد البطن . حتى انه على الاكثر لا توجد الكدمة بجدار البطن بالرغم من وقوع الرض شديد عليه .

ان رخاوة النسج الحجروي تسهل انتشار الانصباب الدموي الواسع وبالعكس فان كثافة الانسجة تجعله محدوداً ، وعليه فان الكدمة تنتشر بأمتداد الصفن والاجفان والشفتين وفي بعض الاشخاص وفي الاطفال وخاصة في النساء تظهر الكدمات بسهولة ، حتى ان اقل صدمة تولد الازرقاق ، وهذا الاستعداد المسهل لحصول الكدمه يوجد فى بعض الحالات المرضيه كمرض الهموفيلي (الاستعداد للنزيف) .

هـ ــ شكل الكدمة : ان شكل الكدمه العام هو الشكل المستدير ، وهذا ينتج اما عن شكل الآلة الراضه المستدير او عن احدداب سطح الجلد ومحدودية تماس القوة الراضة بمنطقة مستديره وعليه فان شكل الكدمه المعتاد هو الشكل المستدير مهما كان شكل الآلة الراضة ـ مستديراً او غير مستدير ـ ، ولكن ماعدا هذا الشكل المستدير غير المميز يشاهد احياناً ونادراً كدمات ذات شكل معين مطابقاً لشكل الآلة الراضة . ولاجل تثبيت شكل الكدمه الحقيقي يقتضى معاينتها عقيب حدوثها بما امكن من السرعة اذ يتبدل الشكل الابتدائي بسرعة بأتساع الكدمه .

تشخيص الكدمة ومدلولها فى الطب الشرعي

يجب الانتباه عند تدقيق الكباوة الميتية والكدمات الكاذبة التى تتألف بعد الموت واجتناب الوقوع في خطأ اعتبارها ككدمات . ان تشخيص صفايح الكباوة الميتية سهلاً وسنبحث فيما يلي عن الكدمات الكاذبة التي تتألف بعد الموت ان (هوفان) يلفت في هذا الصدد النظر في شأن بعض

المناظر الميتية التي من شأنها احداث الالتباس احياناً في الوضعية ببعض النواحي ؛ فالجلد الرقيق يساعد بشفافيته على رؤية العضلات البطنية وهو يحرز اللون الازرق كأن به كدمه ويشاهد ذلك في الاشخاص الضعفاء او بحذاء تلم الصلب ، ويشاهد خاصةً في الناحية القصيه الاماميه والناحية القصيه الترقويه الحلميه ، وان اجراء الشق يزيل كافة الشبهات .

ويجب تفريق الكدمات الرضيه في الاشخاص وفوق الاجساد الميتة من الكدمات الذاتية التي تحصل بالاختناق وبامراض الدم (داء الحفر ، مرض بارلوو ، التسمم الفوسفوري واليرقان الوخيم) وغيرها .

ان اهمية الكدمات بنظر الطب الشرعي كبيرة جداً ، لانها :

١ً — تشير الى النقطة التي وقعت عليها الشدة ، ٢ً — تكون منبئة بان الشخص كان حياً حين حصولها فيه ؛ ٣ً — يمكن الاستدلال منها على شكل الآلة المحدثة للرض ؛ ٤ً — امكان اشارتها الى طبيعة الشدة ؛ ٥ً — امكان الدلالة على تعيين تاريخ الشدة (الرض) .

١ — ان الفقرة الاولى لاتحتاج الى ايضاح ، غير انه يجب ان لا يغرب عن البال انه من الممكن عدم حصول الشدة الوخيمة في النقطة التي تقع عليها .

٢ — ان الكدمة المميزه صراحة (اعني العلقة الدموية تحت الجلد المنضمه الى صفايح النسج هي دليل لايقبل التأويل على وقوع الرض في حال الحياة .

٣ — ان الكدمات تشابه احياناً شكل الآلة الراضة الحاصله منها وعلى الاخص الآلات الطويله والضيقه التي تلامس الجلد بامتداد مسافة طويله كضرب العصا مثلا ، والكرباج الخ.. على الظهر ، فان الكدمه تشكل خطاً طويلاً وضيقاً ، وان لب الاصابع يوقع في العنق كدمات مستديرة ومميزة ، ويجب العلم بأن هذه المناظر والاشكال المميزه لاترى الا في الايام الاولى وان سير الكدمه يمحيها بسرعة .

٤ — ان ترصع وتوزع الكدمات يشير في بعض الاحيان الى طبيعة التعدي ، اذ ان الكدمات المجتمعة بالعنق وبجانبي الحنجرة هي من علائم الخنق ، كما ان الكدمات الخطيه او المتوازيه المتعارضه احياناً مع انتباج احمراري تدل على الضرب بالكرباج (السوط)

او بعصا . وان الكدمات التي تشاهد بجوار الاعضاء التناسليه والاوجه الانسية للفخذين تدل على التعدي للعرض .

٥ — ان امكان تثبيت تاريخ الشدة اي الضرب بالنسبة الى لون الكدمة السطحية قد اقره بعض المؤلفين ورده الآخرون .

وبالنظر لتدقيق (دهوه رجي) يمكن بصورة عامه اقرار ظهور اللون الازرق في اليوم الثالث والاخضر في اليوم الخامس او السادس و الاصفر في اليوم السابع او الثامن ، وزوال اللون تماماً يحصل في اليوم العاشر او الثاني عشر . ويدعي (تورد) بان الكدمه ذات اللون الاحمر الشرابي (كابي) والاحمر القاتم تدل على الرض الحديث ، وان الكدمة السوداء تدل على الرض قبل يومين او ثلاثة ايام وان الكدمة ذات اللون الازرق تدل على الرض منذ ٧ — ١٢ يوماً وذمت اللون الاصفر تدل على وقوع الرض منذ ١٢ — ١٧ يوماً ، وان زوال الكدمات يحصل في برهة ١٢ — ٢١ او ٢٠ — ٢٥ يوماً .

وقال (ويتريخ) في مؤلفه : ان الكدمة الكبيرة تصبح في اليوم الثالث زرقاء اللون واخضره في اليوم السابع واصفره في اليوم الثامن وتزول في اليوم الرابع عشر على التقريب ان ما ابانه المؤلفون آنفاً ان هو الا على وجه التقريب وخاصة (دهوه رجي) الذي يقول بعدم امكان تعيين تاريخ حصول الكدمات بصورة قطعيه بالنسبة الى الوانها ، لان تحول الالوان المتعاقب بالكدمات يتقدم او يتأخر حسب عمقها . هذا وان (م . ويبر) يصرح بانه لايفكر بأمكان تثبيت تاريخ الكدمه من لونها ، وان امد دوام الكدمه ايضاً مختلف جداً ، فيكون طويلاً بنسبة مايكون الانصباب الدموى عميقاً وجسيماً والنسج الحجروي كثيفاً .

ان الكدمه المنحصره بالجلد تزول بمدة ٤ — ١٠ او ١٢ يوماً ، كما ان الكدمة تحت الجلد تدوم حتى اليوم ٢٥ تقريباً وان كدمات الانسجه المنضمه تدوم حتى الـ ٢٥ يوماً فاكثر .

ان الكدمه بالانسجه الرخوة والكثيرة الاوعية تمتص بسرعة اكثر منها بالنسج الضيق ، ويمكن القول بصورة عامة بأن الكدمات بقدر مايكون وقوعها سريعاً فأن زوالها في تلك النسبة سريعاً ، كذلك ان السن لايخلو من التأثير على الكدمات ، فان ، زوالها يتأخر

بالشيوخ وينقدم بالاطفال ، وبأحوال الاشتباه بوجود كدمة صغيرة او قديمة ، لاجل تعيين تاريخ ظهورها ، يقتضي اجراء المعاينه النسجية ، وان الدم بعدما ينصب وينحثر يتحلل الهموغلوبين بنتيجة تغيرات عضويه تطرأ على الكريواة الحمراء وتحول الى مادتين صباغيتين احداهما غير حديديه وبشكل بلورات معينه او بشكل حبوب تماثل الاوروبيلين بعينه ويسميه (فيرخوو) هما توئيدين والثانيه حديديه تكون احياناً سائبه بين الياف النسج المنضم او محبوسة داخل الكريواة البيضاء وتسمى (موسيدرين) وبالقسم المركزي للكدمات الواسعة لايشاهد سوى الهماتوئيدين ، والصباغ الحديدى يتفرق فوق المستحضر بتعاملانه النسجيه الآتية :

يصير اسود بتعامله بالكبريت المائي الآمونياقي ، وازرق بتعامله بالحديد الكيانوس البوتاسيوم وحامض قلور الماء .

وقد دقق « تورك » التحولات التي تحصل يومياً بالمحراقات النزفيه فشاهد في اليوم الثانى عقيب النزف انتفاخ الكريواة الحمراء وزوال لونها وشاهد في اليوم الثالث ظهور الجرات الآكلة (فاغوسيت) وحبسها الكريواة المنقاصه بقسم من الصباغ وفي اليوم الخامس والسادس شاهد ضياع الهموغلوبين وظهور الهموسيدرين المسمى عند المؤلفين الافرنسيين (بالصباغ الترابي Pigment Ocre) الذي هو عبارة عن مائيه حمض يكنيم الحديد بشكل الحبوب . ثم انه منذ اليوم السادس لايبقي كريواة سالمة والصباغ الحديدي يأخذ شكلاً حبوبياً واضحاً ضمن الحجرات المنضمة ، والخلاصه فانه قرب اليوم الخامس والعشرين شاهد ظهور بلورات الهماتوئيدين .

ان هذه التحولات المشاهدة في الانصباب الدموي تختلف باختلاف الانسجة والاشخاص ولكن لا يوجد لدينا قواعد اخرى لتشخيص وقوع النزف .

ان (كونكهل) قطع شرايين الارنب دون قطع الجلد فشاهد داخل العقدا لمجاورة ظهور صباغ حديدي عبارة عن صباغ ترابي Pigment Ocre .

ان الكريواة البيضاء التي تأخذ الصباغ بحذاء المحراق النزفي تدخل بالطرق اللنفاوية الى العقد ، فتعطيها اللون الاصفر التبني . ان هذا التلون المشاهد بالعقد يعد دليلاً في تحري

وتعيين النزف القديم بعد وقوعه بزمن طويل .

ويجب الذكر منعاً لكل التباس او تشويش بان بلورات الهماتوئيدين تتشكل طبيعياً في الاجساد المتفسخه .

ب — الكدمات العميقة : سنتطرق في هذا البحث الى الكدمات العضلية او بين العضلية التي تحصل في اعماق الاطراف او الجذع ؛ واما الكدمات الحشوية فانا سنأتي على ذكرها بمبحث جروح الاعضاء المختلفة .

يمكن للانصباب الدموي العميق في الاطراف او الجذع فى الاشخاص في حال حياتهم الانتقال الى الطبقات السطحية من الناحية التي توجد فيها ، وما عدا ذلك فبأمكانها الانتقال تبعاً لقانون الجاذبية العام ، ويمكنها اتباع استقامة الانسجة الاقل مقاومة ، حتى انه احياناً تكون هذه الاستقامة مضادة لهذا القانون .

وان (ودلپو) قد وصف انتقال وتباعد هذا الانصباب العميق وصفاً جيداً ، اذ قال بما ان الدم المرتشح فقط لا يسبب اقل تعامل التهابي ، بل يبقى تابعا لقانون الترشح فينتشر فى الجهة الاقل مقاومة . ومن ذلك تتضح كيفية امتداد واتساع الكدمة بصورة دائمة بأستقامة موضع الرض . ففي المغبن تمتد الى الاسفل وبالعكس فانها فى الناحية الحرقفية او الحثلية تنتشر من الاسفل الى الاعلى وهذا ناشئ عن ان الطبقة الحجروية فى حافات الحوصلة هي اكثر التصاقا في الاسفل من الاعلى ، وهذه الملاحظة تنطبق على الركبة والكتف والصدر وسائر ما بقى من اقسام البدن .

ان الرض الواقع على لقمة انسية الفخذ يعقبها كدمة متصاعدة وعلى اللقمة المقابلة للقصبة يعقبها كدمة بالاستقامة المنعكسة وبسمانة الساق تجه الى جانب المفصل فتنتشر متساوية الى الاعلى والاسفل وفوق الالية تتصل بالفخذ وفى الناحية القطنية تمتد الى الخاصرة وكذلك من الظهر وجانبي الصدر تمتد الي الخاصرة ايضاً وفوق الثدي تبقى مستديرة وفي جانبي العنق تمتد الى الامام والاسفل وفي الجبهة تصل الى الاجفان وفي قبة القحف تنزل الى النواحي الصدغية او النقرة ، الا انها تجتنب الانسجة الكثيفة والاقل نفوذاً ، وفي الانصباب العميق في الاطراف و كتل الظهر لا تظهر في الجلد الا متأخرة في

اليوم الرابع او الخامس من الرض فالجلد الذى يبقى سالماً الى هـذا الوقت يصبح باللون البنفسجى القاتم Livide او المرمري Marbré او الاصفر او الازرق ، ولكن من النادر ظهـور اللون البنفسجى في المبـدأ ، تتضح من ظهور الانصباب العميق على الجلد كيفية بقائه سالماً بأحوال حصول الموت عقيب الرضوض الجسيمه التى تحـدث الانصباب العميق وفى هذه الحال لا يمكن اظهارها الا بالشق الاصولي .

ومما يجب الاهتمام به ، هو ان دم الانصباب العميق حينما يصادف مانعاً لا يقدر على اقتحام فى ممره يجتمع في تلك النقطة ويشكل مركزاً ثانياً فيتلوّن الجلد الذي يحـاذيه وبهـذه الصورة تتشكل كدمة جلديه عن مسافة بعيـدة من نقطة تشكل الانصباب العميق ، وعلى تلك الصورة فان الانصباب العميق الكائن بأستواء الفخـذ ينتقل الى الجانب الانسى من الركبة ويتلوّن جلد تلك الناحية دون ان يترك اثراً لممره . ان الكدمات الجلدية الحاصله من الانصباب العميق يمكن ان تبقى مدة طويله جداً .

ان (بهرره دولاتوش) شاهد حادثةً دامت الكـدمة الجـلديه النـاشئة عن كسر نهاية عظوية عظم العضد فيهـا ستين يوماً ويروى حادثة اخري مماثلة شوهدت من قبل (فوللن دوبلاي) .

الحدبات الدموية ، المجامع الدموية ، الاورام الدموية

ان الدم الانصبابي بدلاً من ان يرتشح داخل الشبكات النسجيه التى تحت الجلد ويشكل كدمة ، يمكن تجمعه ضمن جيب تحت الجـلد ، يتشكل من انفصال الطبقة الجلدية ، فحينما يكون هذا المجمع بحجم صغير يسمي حدبة دموية ، ومثل هـذه الآفة يشاهد فى الجبهـة عقيب ضرب او سقوط خفيف الاممية في تلك الناحية ، ولما يكون جسيما يشكل الانصباب مجامع دمويه او اوراماً دموية وقد يحصل هذا دائماً من الشـدة القوية ، ان الدم المرتشح يمكن ان يمتص ولكن محتمل المكوث في الجيب مدة طويلة جداً .

الانصباب المصلى تحت الجلد

في حوادث الانصباب الدموي العميق يختلط هـذا الانصباب دائماً بقسم من مصل الدم

ولكن يشاهد احياناً تشكل الانصباب من مائع مصلي (لنف) خالص ، داخل جيب تحت الجلد متشكل من انفصال الجلد وقد وصف هذا الانصباب (مورهل لا واللي) في سنة ١٨٣٥؛ ويحصل هذا الانصباب من التأثيرات الرضية الشديدة التي تؤثر بالتماس ، وفي الوتع الثماني من الاحدى عشرة واقعة التي ذكرها مورهل لا واللي كان الانصباب ناتجاً عن مرور دواليب العجلات على الاطراف السفلية .

٤ ــ الجروح الرضية

الجروح الرضية تنتج عن سحق ، انفلاق او قلع الانسجة واوصافها الاساسية ، هي :

آ ــ ان تكون بشكل غير منتظم.

٢ ــ ان تكون ذات حافات غير متساوية ممزقة مخدشة ومنفصلة .

٣ ــ ان يكون قعر الجرح خشناً مسحوقاً واحياناً تبرز شريحات من الانسجة السالمة تكون بشكل لجام او جسر تتشكل على الاكثر من الاوعية السالمة الباقية .

ان يكون الجلد منفصلاً بجوار الجرح .

٥ ــ وجود انصباب دموي ينتشر عموماً بحذاء الجرح .

٦ ــ تسحج الحافات .

واحياناً تظهر الجروح الرضية بشكل غير نموذجي ، فتكون بشكل خطي متساوي الحافات ، وهذا يحصل خاصة بالجروح الانفلاقية لما يكون الجلد متوتراً بشدة فوق سطح صلب ومحدود فينفلق بتأثير الصدمه كما يحدث بالجمجمة خاصةً فينشق الجلد بعد الضرب الشديد بعصا او غيره ... الخ . فعند ذلك يشابه الجرح جرح آلة قاطعة ، فتشخيص تلك الجرح ليس بمتعسر فيما اذا دقق الجرح بأعتناء وعلى الاخص بالعدسة المكبرة فيشاهد حينذاك عدم الانتظام المميز للرض : جسور المواد السالمة ، انفصال الحافات والانتشار الدموي فيها .

ويوجد نوع خاص بالجرح الخطي الرضي يحصل بقطع الجلد من الداخل الى الخارج حين وقوع الصدمه او السقوط ... الخ على الحافة الحجاجيه . ان موضع واستقامة الجرح ذاته يساعدان على تفريقه من الجرح الحاصل من الخارج الى الداخل بآلة قاطعه .

(فأرى من الواجب جلب الانظار الى الاهتمام بصورة جديه في تفريق الجروح الرضية عن الجروح القاطعة في الرأس ، اذ الخطأ فيها يؤدي حتماً الى تضليل التحقيق).

واضرب لذلك مثلا : هو ، اننا دعينا لتدقيق قضية مقتل شخص توفي على اثر ضرب في رأسه سبب جرحه و كسر عظمه وقد مر على وفاته بضعة شهور ، ففتح قبره واخرجت الجمجمه فاذا بكسر خطي مستعرض في الناحيه الجداريه الصدغيه اليمنى بطول اثني عشر سانتمتراً يبتدئ من قرب الدرز الكائن بين الجداريين منتهياً بالصفحة الصدغيه وليس هناك ضياع مادة مافي حافتي الكسر العظمي فى الصحائف الداخليه او الخارجيه مما يؤيد حصوله من تفرقع الجمجمه بتأثير الضغط الشديد عليها بأستقامة قطرها المستعرض ؛ وكان المظنون ان القاتل اثنان مسلحان احدهما بفاس والآخر بعمود خشبي . وكان الطبيب المعاين الاول قد بين في تقريره وجود جرح قاطع في الناحيه الجداريه اليمنى بطول سبعة سانتمترات ، لم يذكر استقامته ، ولدى الاستفسار افاد ان هذا الجرح كان متجهاً من الامام الى الخلف معارضاً لاستقامة الكسر العظمي ، فمن ذلك ومن الاوصاف الكسرية المبينة آنفاً ومن ذكره الانصباب الدموي والكدمات فقد ايقنت ان تشخيصه كان خطأ وان الجرح هو من منشأ رضي وان الآلة هي آلة رضيه تماثل كالعمود الخشبي والعصا الغليظه ...الخ ولا دخل للفاس فيها .)

٥ ــ الكسر والخلع

يمكن حدوث الكسر والخلع في جميع انواع الرضوض . كما انها تحصل ايضاً من تأثير الآلات التي تؤثر بسطح محدود تسبب الكسر بدون واسطة وان القوة التي تصيب سطحاً واسعاً من الجسم بأحوال السقوط من المرتفع ، الدهس الاصطدام .... الخ تسبب حصول الكسر بالواسطة . ان هذه الكسور تحدث على الاكثر في الجمجمة ولكن يمكن مشاهدتها ايضاً في الصدر وفي الحوصله وبالاطراف .... الخ

جرش الاقسام الرخوة ، تمزق الاعضاء الداخلية

ان هذه الآفات يمكن حصولها من تأثير فعل شديد (ضرب) ويكون على الاكثر

منتشراً وقوياً جداً ، كالسقوط من المرتفع ، الدهس والاصطدام ....الخ .

نماذج الرضوض السريرية

ان الآفات الاساسيه للرضوض السالفة الذكر تحد بصورة مختلفة لتوليد نمـــاذج كثيرة التنوع جداً مما يوافق ميخانيكيات الرضوض المختلفة والمتنوعة كثيراً

١ً ـــ الجروح الحاصلة من يدي ورجلي الانسان

٢ً ـــ الجروح التي تحصل الاسنان البشرية او الحيوانيه (عض)

٣ً ـــ الجروح التي تحصل من الآلات الرضيه المختلفة

٤ً ـــ الاقتلاع الذي توقعه الآلات الصناعية خاصة

٥ً ـــ الدهس والاصطدام

٦ً ـــ الجروح التي تحصل من السقوط

وسنبحث بالتتابع عن تأثير اليدين والضرب بالقدم .

آ ـــ تأثير اليدين : ان فعل وتأثير اليدين يكون في احوال المدافعة او الهجوم ؛ وان هذا التأثير يكون اما بالتضييق او بالاقتلاع او بالضرب او بالاظافر و كثيراً ما يصادف اجتماع كافة هذه التأثيرات .

التضييق : ان التضييق يحصل خاصةً بلب الاصابع فيحدث كدمات مستديرة تشابة شكل لب الاصابع على الاكثر ويرسم اشكالاً مميزة ، وان مواقع الكدمات ذات اهمية ومغزي كبير ، فاذا صودف ذلك في العنق دل على التصدي للخنق ؛ وفي الفخذين على فعل التصدي للعرض. وتتخذ هذه الكدمات مركزاً لها على الاكثر في العضدين والساعدين (وهذا يحدث من قبض المتعدي على عضد المغدور وساعديه).

ب ـــ الاقتلاع الذي تحدثه اليدان يشاهد خاصة في الاعضاء التناسلية والعيون (فتل او قلع الخصيتين والقضيب ، اقتلاع العيون من الاجواف الجاجية) .

ج ـــ ان تأثير الضرب باليدين يكون بواسطة قبضة اليد فتحصل على الاكثر افات سطحية : كدمات ! ومنها مايمتاز بموقعه وشكله ، كالكدمة التي تحصل في محيط الحجاج من الضرب بقبضة اليد على العين ، واحياناً تكون الآفات عميقة ويحصل كسور عظمية

وخاصة بالعظام الوجهيه ، وليس هذا من الوقائع النادرة ، وان الآفات التي تحصل من الضرب بقبضة اليد هي عادة عديدة .

آ ــ ان نموذج جروح الاظافر هو السحج الذي اما ان يكون ذا شكل نصف هلالي او غير نموذجي اعني خموشاً بشكل خطي ؛ او التسحج في الاشخاص بالارتشاح فيشكل قشرة وفي الاجساد الميتة يجف كما ذكر سابقاً .

ان ضرب الاظافر في حالة الدفاع تجه الى وجه ويد المعتدي ؛ واما ضرب الاظافر في حالة الهجوم فيشاهد في العنق والفوهات التنفسيه (الخنق بسد الفوهات التنفسية) خاصة .

ب ــ ضرب بالقدم : ان ضرب القدم يحدث السحج ، الكدمات السطحيه ، (وبأكثر سهولة من قبضة اليد) والآفات الوبيله كالجروح وكسر عظام الوجه والصدر والساقين .. الخ

ان ضرب القدم يحدث اعتيادياً آفات متعددة ومنتشرة واحياناً تكون الآفات ذات شكل خاص يساعد على تعيين وتشخيص منشأه كما يحدث بالضرب بكعب قدم الحذاء فيشاهد انطباع كعب الحذاء المميز ، ويشاهد ذلك واضحاً لما يلقي الشخص الى الارض ويداس بالحذاء .

العض

ان العض يكون من الانسان ومن الحيوانات وان عض الانسان يورث آفات بأعماق مختلفة بعضها ينحصر بتسحج بسيط ، كدمة جلديه او تحت الجلد او تحد الآفتان وما عدا ذلك فانه يحصل جروح رضيه ، وبجميع هذه الآفات يمكن مشاهدة الانطباع السني واضحاً وعندما تكون وضعية اسنان العاض ذات اوصاف مميزة ينطبع شكلها عيناً مما يساعد على اكتشاف وتشخيص الفاعل .

ذكر (بروآردهل) هذه الحادثة المفيدة : وهي قتل السيده..... ي التي عضت قاتلها بيده وان القاتل كان لائزاً بالفرار الى الديار الاجنبية فالقي القبض عليه فانكر فاخذ في باريس شكل فك السيده .....ي غير المنتظم المفقوده منه عدة اسنان واجرى تطبيقه على جروح الظنين فجاء مطابقاً تماماً .

واحياناً يورث عض الاسنان اقتلاع الاقسام البارزه من الجسد والانف والاذن ، وهذا

النوع من العض يرتكبه بعض الرعاع فى اوروبا ، وقد ذكر (هوفمان) مشاهدة عدة وقائع عض وقلع صيوان الاذن وذلك حينما كان يدرس فى (اينسبروك) في المنازعات التى حدثت بين فلاحى وادي التيرول ، فكانت حافات الجروح النزفيه عادة تساعد على مشاهدة انطباع الاسنان . وشوهد ايضاً قطع الاصابع مع قسم من الاوتار .

ان عض الاسنان يورث داء الافرنج ،وقد شوهدت حادثة من هذا القبيل بأحد المحافظين المعضوض من قبل الرعاع . (ومما يسترعي الاهتمام هو التأثيرات الانتانيه التي تحصل من عض الانسان فقد شاهدت حادثتي عض احداها في الاصبع المتوسط من اليد اليسرى فى قروي من قضاء ادلب انتجت عوارض التهابيه انتهت ببتر الاصبع المذكور . والثانية بشخص من بيوت السريان الخشبيه عض بحدبة تيناء الكبيره من اليد اليسرى فحصل فلغمون انتشر بامتداد الساعد المذكور ، الا انه بالتداوى الدقيق شفى من ذلك) .

عض الحيوانات — يكون فى الاحوال المعتادة من الحيوانات الاهليه وخاصة الكلاب والخيل . ان هذا العض تختلف وبالته ، وتترك على الاكثر آثاراً مميزه . وبعض الكلاب تؤثر الانياب : كالآلات الواخذه الاسطوانيه المخروطية وتترك انطباعاً خاصاً ممتازاً عن بقية الاسنان .

ان (كوتانى) استفاد بقضية جنائية من الانطباعات السنية التى اوقعتها الحيوانات فى الجسد المعضوض وذلك ان شخصاً هاجم ليلاً في طريق متسع فلاحاً يرافقه كلبه الصغير من جنس لولو فتمكن الفلاح من النجاة بنفسه من مهاجمه والكلب ايضاً كان مهاجماً للشخص المهاجم فعضه فى ركبته فأوقف الجانى وبركبته ثلاث نقاط مثلثة الشكل احداها ذات سحج مع نزف جزئى والاخريات متكدمتان ليس الا وان المتهم اعترف بان الآفات الموجودة بركبته ناشئة عن عض كلب ، لكنه ادعي بان تلك العضات حاصلة من كلب كبير (ترنوو) منذ يومين فأخذت الانطباعات السنية للكلب لولو والكلب المدعي بانه العاض فأثبت كوتاني بأن جروح المتهم حاصلة من تأثير الناب العلوي والقاطع المجاور والناب السفلي الذي هو في سد الفم يأتي متداخلاً بين الناب العلوي والقاطع المجاور وان وضعية الآفات مطابقة لفك (لولو) لا لفك الكلب (ترنوو) .

هذا وان هوفمان ذكر حادثة امرأة هاجمها كلب جزار وكلبة صغيرة فوجدت ميتة ومتوارية بالجروح وبعمليه فتح الميت شوهد سائر جلد القحف مقتلعاً وشوهدت بجلد العنق الايمن رضوض عديدة وشريحة غير منتظمة مقتلعة تلتصق بها قطع القصية الترقوية الحلمية والوريد الوداجي الظاهر ويشاهد اقتلاع الجلد والعضلات السطحية بالقسم العلوي الانسي من الفخذ الايمن مع جروح الوريد الصافن .

٦ ــ جروح الآلات الرضيه المختلفة

ان هذه الآلات منتظمة كانت او غير منتظمة يمكن ان تحدث كافة درجات الآفات الرضية الابتدائية ، وان وبال تأثيرها تابع لحجمها ولدرجة الشدة التي تستعمل بها ، يبدأ ذلك من الحج (صفايح يابسه بارشه مينه) وكدمات سطحية حتى الكسور وتفتيت العظام وعلى الاخص الجمجمة والوجه .

ان الآفات تنحصر بمواقع تأثير الآلة ومع ذلك فانها تكون على الاكثر متعددة بتكرر تأثير الرض ويكون شكل هذه الآفات عادةً غير منتظم كالآلة التي تحدثها ولا يمكن الاستدلال على شكل الآلة ، ولكن احياناً لما تكون الآلات بشكل معين فالآفات تكون منطبقة الشكل عليها سواء في سطح الجلد (صفيحة بارشه مينه ، كدمه او جريحه) او بالعظام وخاصة بالجمجمه .

وعلى هذا المنوال ينتج من ضرب العصا مثلاً كدمات خطية مستقيمة والمطرقة المستديرة او المربعة صفائح باشه مينه ، كدمات ، جروح بذات الشكل وفي الجمجمة ضائعات مادية عظمية مربعة او مستديرة .

٧ ــ الاقتلاع

ان الاقتلاع ينشأ من تأثير الماكينات ، الدواليب ، الدولاب المسنن المحدد سير التدوير .... الخ مما يصادف بأوائل الصناعات خاصة ويتشكل اساساً من عوارض العمل لكن يمكن ان يعرض صدفةً ، وقد يحدث بقصد الانتحار .

ان اسنان الدواليب تلوي وتقطع وتفتت قطعة من الطرف او طرفاً كاملاً . حتى ان

الرأس يمكن اقتلاعه ، واحد انواع القلع الغريبة هي سلخ الجلد (Scalp) حين يجذب المرء من شعره فينقلع شعره كله مع جلد القحف . (وقد شاهدت حادثة غريبة من هذا النوع : هي ان بدوياً كان يشتغل بماكينة الطحين في احدي القرى وكان كغيره من اهل البادية لا يرتدي سروالاً وكان طويل شعر العانه جداً فعلق من اسفل ردائه ثم من عانته فاقتلع جلد الناحية الخثلية والصفن والقضيب كافة) . ان جروح القلع تدمى قليلاً ولما تكون واسعة تستدعى الاخطار الجسيمة بسبب عوارض الصدمة . وان اهمية هذه الجروح في نظر الطب العدلي هي خفيفة .

٨ — الدهس والاصطدام

ان الدهس ينتج كما بينا آنفاً من مرور الآلات الثقيلة فوق البدن ، عجلات سيارات ، عربات السكة الحديدية ، لوقوموتيف ... الخ ، ومن سقوط الاشياء الثقيلة على البدن ، وبالانهدام « سقوط حائط » وبأنهدام مناجم الفحم الحجري ، او حفر المقاطع الحجرية ، او حفر الجبال الحوارية ،... الخ .

ويكون منشاؤه عادة عرضياً وقد يكون بقصد الانتحار ، فيلقى الشخص بنفسة تحت دواليب آلة ثقيلة ، او يتمدد فوق الخطوط الحديدية لتدهسه عرباتها ... الخ .

ويكون الاصطدام بمصادمة الجسم بشدة بسرير نقل المرضى ، بعريش عجلة ، بمقدم قاطرة .... الخ .

وبأحوال الدهس والاصطدام يبقي الجسم على الاكثر مضغوطاً بين قوتين :

هما الكتله الداهسة او الصادمة من جهة والتراب او الحائط من جهه اخرى .

فهذه الكيفية وشدة الصدمة بأحوال الاصطدام التي يكون الجسم فيها غير مستند الى شئ يتضح معها عظم وخامة الآفات .

ان الآفات هنا هي محدودة ، محصورة بسطح الرض ، غير ان بين آثارها الجلديه القليلة الاهمية وبين شدتها داخل البدن تضاد ظاهر .

ان جميع المؤلفين اتفقوا على عدم اهمية الآفات الجلدية على الاكثر حتى بالوقائع الوخيمة جداً . وقال تارديو عندما تمر العجلة فوق البدن لاتترك على الاكثر اثاراً خارجية او قد

تترك انطباعاً خفيفاً .

هذا وان هو فان ذكر ان شخصاً اصطدم بين قاطرتين (فتسطح رأسه بشكل البكسمات) وتفتت الاقسام الرخوة العميقة غير انه لم يشاهد فى جلدي الرأس والوجه سوى تمزيق جزئي واحياناً بأحوال مرور العجلة فوق البدن يظهر انطباع الدواليب فى الجلد انطباعاً يابساً (بارشه مينه) بشكل شريط او خطوط . واما الآفات العميقة فهى تمزق وتفتت الاقسام الرخوة وانقطاع الاعضاء الداخليه بينها واقتلاع القلب هو من الوقائع المميزه ، ويشاهد كسور او تفتت العظام بالجمجمة خاصة .

(مشاهده : دعيت لمعاينة امرأة دهست بالقاطره الكهربائيه في ساحة باب الفرج فشاهدتها ممددة على خط الترام الحديدي ولم اشاهد فيها آثار خارجيه سوي جروح رضيه في الجبهة حاصلة من اصطدامها بزجاج محل القنديل الامامي لعربة الترام فأمرت بنقلها الى المورغ .

واجريت عملية فتح الميت فشاهدت الاقسام الرخوه من جدار جوف البطن مبتعدة عن بعضها بأمتداد ستة سانتمترات والجدار باقياً على التصاقه بالطبقة الجلديه فقط يشابه انقطاعه سلخاً تشريحياً دقيقاً جداً . كما ان الاحشاء البطنيه (الامعاء) مقطوعه الى قسمين بمقاطع منتظمة جداً والقسم الموافق للعمود القطني مسحوقه بشكل غبار عظمى وان هذه المسافه كانت مطابقة لعرض خط الترام ، مع انه لم يظهر في الجلد الخارجي اقل تغير . وعلى الاكثر يقتلع بعض الاقسام الكاملة من البدن حتى الرأس كما يشاهد حينما يؤخذ الرأس بين الخطوط الحديديه ودواليب اللوقوموتيف او قاطرات السكة الحديدية مثلاً .

واحدى هذه الآفات الصريحه والمميزة ، هي انفصال الجلد اذ يصبح مقلوعاً من الطبقات التي تحت الجلد بأمتداد متسع بمسافة طرف كامل مثلاً ، وهذه الآفة تحصل بالخاصة بمرور دولاب آلة ثقيلة تماس مع البدن وان الجيب يمتلئ من الدم الحاصل من تفتت الاقسام المجاوره ، واحياناً يحدث ايضاً احد الانصبابات المصلية التي بينها موره لا والي وان هذه الانصبابات تشاهد بأحوال الدهس بمرور الدولاب فوق البدن وبوقائع الدهس يكون النزف ، على الاكثر ، جزئياً وهذه الحالة الخصوصية تشاهد في احوال حدوث آفة دماغية جسيمه «تفتت الجمجمه والدماغ» وتقطع او تقتلع القلب والتي تسبب انقطاع الدوران وفي ذلك يتضح بسهولة عدم حدوث النزف

بكثرة وتحديده الجزئي .

٩ ــ السقوط

ان حوادث السقوط قسمان : السقوط الخفيف ، والسقوط من محل مرتفع .

آ ــ السقوط الخفيف : هو سقوط الشخص من المحل الواقف عليه (اي سقوطه من مكان غير مرتفع عن المكان الذي سقط فيه) فيحدث ذلك آفات ضئيلة الوبال سطحية : سحج «وفي الاجساد الميتة صفايح يابسه بارشه مينه» ، كدمات او حدبات دموية ، جروح وفي النادر كسور . ومن انواع هذا السقوط الهامه هو سقوط الشخص على الارض حين الموت ، لان بهذا السقوط تحصل رضوض يمكن وقوع الخطأ بأعتبارها آفات حاصلة بدون اسباب .

ب ــ السقوط من المرتفع : السقوط من المرتفع ، القذف في الهوة : هو اما ان يكون نتيجة عارضة اي قضاء ، او انتحاراً واحياناً من فعل جنائي ، وبالافعال الجنائيه على الاكثر يستعمل كعادة اصولية لقتل الاطفال اكثر من سوء القصد بالكبار . وان القذف في الهوة كان يستعمل قديماً في تنفيذ جزاء الاعدام .

ولهذا النوع بنظر الطب العدلي اهميه تفوق كثيراً على السقوط الخفيف .

ان الآفات التي تشاهد اعتيادياً بهذا السقوط تتلخص بما يأتي :

سلامة الجلد ، او ظهور آفات لا تستحق الذكر ، غير ان الآفات الداخلية وبيلة الى الغاية ، وهي تتألف من كسر الهيكل العظمي وتمزق الاقسام الرخوة خاصة الاحشاء ويظهر اشتراك هذه الآفات بصور متنوعة .

اما الجلد فيكون سالماً تماماً او شبه سالم مع شيء من السحج ، كدمات ، جروح خفيفة ، بارزه للعيان وقال تورد (اذا سقط الشخص من العلو من قبه جرس معبد ستراسبورغ ، فان اعضاءه لا تقاوم هذا السقوط ما عدا الجلد) .

انكسار الهيكل يكون قاعدة خاصه في الجمجمة والحوصلة والعمود الفقرى والصدر فالجمجمة اما ان تصطدم رأساً وتنكسر بدون واسطه او تنكسر بتداخل العمود الفقري بالسقوط على الاقدام ، والحوصلة تنكسر بدون واسطة او بتأثير السقوط على الاقدام

ايضاً .

واحياناً يوجد في الهيكل العظمي آفات تدل على كيفية السقوط ، ككسور عظم العقب ، المشط، عظام الكعب. ان الاعضاء الداخلية المعرضة للآفات السقوط على الاكثر هي ، اولاً الكبد ويليه الطحال ، الدماغ ولكن الرئيتين والكليتين ليست مستثناة.

ويكون لميخانيكية الارتجاج تأثير هام بتمزق الاعضاء الداخليه . وقد اوضح (وير) تلك الميخانيكية توضيحاً جيداً ، عقب الزلزال والارتجاج الشامل كافة البدن ، فان احد الاعضاء يتدلى بشدة محاولا ترك موقعه الطبيعي ، فيقذف بنفسه الى الاعضاء المجاورة او جدران الاجواف الحشويه مع انه ممسوك بأربطته الطبيعية . ومن هذه المصادمة بين القوي المتضادة تنتج الآفات الرضية بمنتهى الوبال على الاكثر .

وبهذه الصورة تتضح وقائع تمزق الدفاع دون انكسار الجمجمه كما تجلي الوقائع العجيبة المنقولة من وير واليك هي :

١ — ان امرأة هي في الشهر الثامن من الحمل القت بنفسها من الطبقة الخامسة فلم تمزق الاغشية البيضية وقد وجد في الطفل عدة جروح وخاصة الرضوض الدماغية دون حصول كسر ما في الجمجمة .

٢ — وان امرأة في زمن قرب ميعاد ولادتها ، القت بنفسها من الطبقة السادسة ، فتفتتت الجمجمة وانكسرت عدة اضلاع ، غير ان الاحشاء البطنية بقيت سالمة ما عدا الرحم الذى يمتد عمودياً فوق الجدار الامامي فانه قد تمزق وخرج الطفل من الرحم مع المشيمة ولم يوجد بجسد الطفل الميت جروح خارجية ، بيد ان احد عظمي الفخذ وجد مكسوراً والكبد والرئية ممزقين . ان الكدمات العميقة التي تظهر في الجذع والاطراف خارج النقاط المؤفه حول عظم الفخذ مثلاً بأغمدة العصب الوركي والاوعية الكبيرة وبالخلايا العضلية وفوق الحجاب الحاجز هى ايضاً نتيجة الارتجاج العمومي . وبأحوال السقوط من محل مرتفع جداً ، فوق تراب رخو او مانع الاستيقي كالقماش القوي والمشدود لا يشاهد آفات البتة :

هذا وان وير قد نقل حادثتين طريفتين من هذا النوع ؛ منهما حادثة شخص القي

بنفسه من مرتفع عمود (باستيل) بعلو ٥٠ متراً فسقط على قماش مشدود بأسفل الهيكل بأرتفاع «٤ - ٥ امتار» عن الارض ، فقفذ من القماش وسقط على الطريق وواصل السير الاعتيادي ؛ وان تشخيص السقوط من العلو هو في حد ذاته سهل فى الاجساد الميتة :

القسم الثالث

نتايج الجروح العامة والموضعية

ان نتايج الجروح متنوعة كثيراً ، فعلى الطبيب العدلي ان يدرسها جيداً كي يتيسر له اعطاء الاجوبة المقتضية على الاسئلة التى توجه اليه بهذه الوقائع ، ولذلك يقتضى :

اولاً فحص الجروح بكل عضو على حده ، وصف الآفات التى تحصل بالعضو بالوسائط الجرحية المختلفة ، تقدير الاخطار الآنية او المستقبلة لتلك الآفات : وفى الحالة الاخيرة يجب تعيين منشأ حصولها فيما اذا كانت من نتيجة سير الجرح الموضعي الطبيعي ام من نتيجة اختلاط ؛ وان هذا السير يتخذ احياناً شكلاً خاصاً فينشكل في هذه الحال آفة متفرقة يجدر بها ان تسمى مرضاً جرحياً ؛

ثانياً : وعدا ذلك فان تأثيرات الجروح لاتحصر بالآفات الموضعيه ، بل يمكن ان تولد حادثات مرضيه عامة متنوعة ومنها مايكون خاصاً بالامراض الجرحيه ، والموت الذي يحصل من الجروح يجب تتبعه ببحث خاص .

فعليه يقتضى تضيف نتايج الجروح العامة بثلاثة اشكال :

١ً ــ الجروح والآفات الجرحيه الموضعيه

٢ً ــ الآفات الجرحيه العامه

٣ً ــ الموت من الجروح

الجروح والآفات الجرحيه الموضعيه

يقتضي مطالعة الجروح والآفات الجرحيه الموضعيه بكل من اقسام البدن على حده :

الجمجمه (الرأس) ، العنق ، الصدر ، البطن ، الاطراف

آ ـ جروح الجمجمه

ان جروح الجمجمة تحتوي على :

١ ـ جروح الاقسام الرخوه ٢ ـ جروح هيكل الجمجمه ، ٣ ـ جروح السحايا والدماغ .

١ ـ جروح الاقسام الرخوة : ليس لجروح الاقسام الرخوه اهميـة كبيرة بنظر الطب العدلي ، فيكفي الطبيب العدلي ان يذكر الملاحظات الآتيه :

١ ـ ان الجروح الرضيه بالجلد ذي الشعر تعرض بوضوح ظـاهر كما سبق ذكره في مبحثه الخاص يحتمل معه اعتبارها كجروح آلات قاطعة

٢ ـ ان الانصباب الدموي تحت الجلد يتوسع بسهولة بالنظر الى رخاوة النسج الحجروي في هذه النـاحية .

٣ ـ كثيراً مايصادف في الاجساد الميتة من الجروح الرضيه والانصباب الدموي في الجلد ذي الشعر وينشأ ذلك عن سقوط عارضي يتقدم الموت ، او بالاحري عن سقوط ناشي من اصابة المصاب بجرح مميت في عضو غير الجمجمه ، فيجب الانتباه لذلك واجتناب الخطأ من اعتبار مثل هذه الآفات كضرب مستقل بذاته مما يشوش سير التحقيق .

٢ ـ جروح هيكل الجمجمه ـ كسور الجمجمه : ان الجمجمه تنكسر بتأثير الآلات الواخذه والآلات القاطعه والراضه والاسلحة الناريه والآلات الراضه .

١ ـ جروح الآلات الواخذه : ان الآلات الواخـذه تحـدث على العموم كسراً ذا فرجة بالصفحة العظمية الخارجيه او بسمك العظم ، او فوهـات مستديرة او ذات زاوية ، وان الضياع العظمي يشابه شكل الآلة التي احدثته ، ويشاهد احيـاناً شظايا عظميه بالصفحة الداخليه او الخارجيه وفي بعض الاحيان يشاهد تمادي نهاية تفرق الاتصال العظمى بشقوق كبيره .

٢ ـ جروح الآلات الراضه والقاطعة : ان الآلات القاطعة والراضة تحدث : مقطعاً

سطحياً بالصفحة الخارجية ، فيحصل مقطع عظمي تام بشكل مخروطي لما يكون مستقيما ، وترافقه شريحة عظميه على الاكثر لما يكون منحرفاً كضرب السيف مثلا. وعندما تكون الآلة راضة اكثر منها قاطعة ، فان الآفات العظميه آنئذٍ تشابه الآفات التي تحصل من الآلات الراضه .

٣ ــ جروح الآلات الناريه : ان الآفات التي تحصل في الجمجمه من عموم الآلات النارية سهلة التفسير والتشخيص . وهي :

١ ــ كسور غير تامه بلا واسطه .

٢ ــ كسور تامه او ثقوب بلا واسطه .

٣ ــ كسور بالواسطه .

آ ــ الكسور غير التامه بلا واسطه : هي عبارة عن الكسور المنفرده للصفحة الداخلية الحاصلة من اصطدام المرمي بالجمجمه حال التماس او عن اصطدام مرمي ميت بجدار الجمجمه . ان هذه الكسور المنفردة للصفحة الداخلية بتأثير الصدمة الخارجية على الجمجمة لاتحصل بسبب انكسار هذه الصفحة ، بل من التضييق الداخلي ، اذ الكسر لايحصل بنقطة الاصطدام ، بل بالمحل الذي يحدث فيه تأثير الانبساط .

ب ــ ان الكسور التامه او الثقوب تظهر بعده اشكال ، فاحياناً يشاهد ثقب صغير بسيط كالذي يحصل من المسدسات الصغيرة ، ولكن الضياع المادي العظمي (اي الثقوب) بترافق عادة مع شقوق شعاعيه ممتدة من الثقب ويرافقه على الاكثر ايضاً بانفصال شظايا عظميه يحرها المرمي بأمتداد سيره .

ان الثقوب تكون منفرده عندما ينفذ المرمي الى جوف القحف من جهة ويخرج من اخرى ، فالثقوب القحفية تكون تابعة لقاعدة مستقرة لاستثناء لها ، وهو انه عندما يثقب احد عظام القحف يظهر في الصفحة العظميه التي يصدمها المرمي ، اولا ثقب هو اصغر من الثقب الذي يحصل بالصفحة التي يصطدم بها هذا المرمي ثانياً وعليه فان المسير الذي يثقب العظم هو بشكل مخروطي يشعر بمعبر المرمي ويعقبه بسير توسعه .

ج ــ الكسور بالواسطه : هي الكسور المنتشرة رأساً من قبة الجمجمه الى قاعدتها حسب

الميخانيكيه المشتركة وخاصة الكسور التي تحصل بتأثير الغازات الانفلاقية للبارود او التضييق المائي .

٤ ــ جروح الآلات الراضه: ان الآفات الرضيه التي تحصل في القحف لها اهميتها الكبرى ويمكن تقسيم التأثيرات الرضيه الي قسمين :

١ ــ الكسور ذات المحراق

٢ ــ الكسور ذات الشعاعات الكبيرة

آ ــ الكسور ذات المحراق : تشاهد في القاعدة اكثر منها في قبة الجمجمه وان كسور القاعدة تحصل بالميخانيكيه بالواسطه وهنا يجب ذكر الكسر بالضغط الذي يحدث عقيب سقوط الشخص على قدميه او اليتيه ، او من سقوط جسم ثقيل على رأسه ، فالكسر آنئذ يكون حول الثقب القفوي . ان كسور قبة الجمجمه ذات المحراق هامة جداً ، وتعتبر دليلاً شبه قاطع على تأثير شدة ضرب محدودة وبلا واسطة ، كتأثير الآلات الرضه (مطرقة ...الخ) مثلا على القبة ، فهذه الكسور تكون تامة او غير تامه . ان الكسور غير التامه تحدث بصفحة واحدة وخاصة بالصفحة الداخلية حسب الميخانيكيه المبينة آنفاً وان الكسور التامه التي تشاهد على الاكثر ، اما ان تكون منتظمة بشكل معين على التقريب وتسمى كسور ذات الشكل او غير منتظمة .

آ ــ الكسور غير المنتظمه : تكون احياناً بشكل نجمة واحياناً بشكل مفتت ذي قطع متعدده ناشئة عن تفرقع قسم محدود من الجمجمه ونموذج هذا الشكل الاخير يشاهد بكسور الصفحة السفلية لعظم الصدغي ، ولا يمكن استنتاج شكل الآلة المحدثة لهذه الكسور من اشكالها ، ولكن يوثق من ان الآلة قد اثرت على سطح واسع وفي حالة التفرقع تكون الشدة الموضعية عظيمة جداً ، ويجب ان يستثنى من ذلك سائر الوقائع التي يحدث فيها الضرب على سطح عظم سهل الانكسار كالعظم الصدغي ، اذ ينكسر بضرب خفيف .

ب ــ الكسور الشكليه المنتظمة : تحصل من الآلات الراضه ذات السطح الصغير (كالمطرقة) او بالآلات ذات السطح الواسع التي تؤثر بقسم من سطحها . واحياناً تشاهد في هذه الكسور القطعة العظميه المكسوره مقلوعة اي منفصله عن الاقسام المجاوره ، واحياناً

منخفضة في محلها ، ومحافظة على نسبة مجاورتها للاقسام المجاورة ويشاهد على الاكثر في ذات القطعة المكسورة شقوق كسريه بمختلف الاوضاع وتكون على الاكثر ذات خطوط شعاعيه .

ان الضياع المادي (الثقوب) في الكسور المنتظمه يكون بشكل مستدير او مربع او مثلث او مخروطي ... الخ ، فيستدل منها على شكل الآلة الراضة او شكل السطح الذي اصاب منها موضع الكسر مؤثراً على تمام سطحها بأستقامة عمودية ، ويشاهد نوع خاص للكسور ذات الشكل الذي وصفه (هوفمان) وهو الكسر المشابه بشكله للمقصبة Terrasse en وفي هذا النوع تكون القطعة العظميه المنكسره منخفضة بقسم من وسطها ويبقى القسم الآخر بسوية العظم المجاور فيشكل سطحاً مائلاً ذا شقوق قوسية الشكل مقعرتها متجهة حول القسم المنخفض ، وان هذه الكسور التي تشابه المقصبة تحصل بتأثير الآله الراضه المستديره او المربعة او المثلثة .. الخ (ذات الاضلاع Arêtes Marginales à بقوة تأثيرها حال انحرافها بضلعها او بأحدي زواياها اولاً ، وبقسم من سطحها فقط على الجمجمه .

وبناءً على ذلك فانه اذا ضرب بأحدى زوايا المطرقة المربعة يحصل كسر مقصبي مثلث الشكل وان الزاوية التي تشكل القسم الاكثر انخفاضاً هي التي تشعر النطقة التي تمسها الآلة وانه اذا ضرب بالمطرقة المربعة وهي منحرفة بحافتها البارزة يحصل كسر مقصبي الشكل تطابق حافته المنخفضة لتأثير البروز ... الخ .

في بعض الكسور ذات المحراق بقبة الجمجمه عندما تكون الشدة المسببه كافية ، يشاهد تشعبات تتصل بقاعدة الجمجمة حسب الميخانيكية التي سنبينها فيما يأتي ، وفي هذه الحال تحصل كسور بالواسطة في آن واحد .

ب ــ الكسور ذات الشعاعات الكبيرة : ان هذه الكسور تتشكل من تفرقع الجمجمة كلها او قسم عظيم منها . وتحصل هذه الكسور قاعدة عن رضوض الجمجمة الجسيمه فقط: السقوط على الرأس من محل مرتفع ، الدهس ، والضرب الشديد والمكرر على الرأس . ويجب ان يعلم بانه يوجد استثناءً جماجم سهلة الانكسار فتنكسر بقوة ضئيلة وقد ذكر هوفمان عدة امثله : مشاهدة بوخز ــ ضرب بقطعة خشبيه رقيقة احدث كسر الجمجمه الى

خمس وعشرين قطعه . مشاهدة بوجاسكي - ضرب بنعل فرس سبب كسر الجمجمه الى ست وتسعين قطعه . واذكر وقعة جندي زلقت رجله وسقط على الارض فانكسرت جمجمته الى عدة قطع لا اذكر عددها . ففي هذه الاحوال تكون عظام الجمجمة رقيقة جداً .

ان هذه الكسور تتشكل من شقوق طويله متعددة ومتشعبه بمسيرها تمتد من القبة الى قاعدة الجمجمه التي توجد متشققه كلها او قسماً منها بأستقامة مستطيلة او مستعرضة . ان الطبقة المتوسطة هي الموقع المنتخب لهذه الشعاعات الكسريه الكبيرة التي تصيب الصخرة اعتيادياً ، وتحصل بالانتشار او بالانفلاق .

ان هذه الكسور تنشأ عن تضييق آني وشديد على الجمجمه بعامل خارجي مختلف ، كضرب بلا واسطه ، اصطدام ... الخ ، وتكون الشدة قوية وسطح التضييق واسعاً ، فالجمجمة تتفرقع كالبندق المضغوط بين الاصابع ، والتفرقع لايبدأ من قطب التضييق من نقطة استوائية ، كما ان الخط او الخطوط الكسريه تتجه من جهة نحو قطب التضييق ، التي لم تتصل اليه دائماً - ومن جهة اخرى نحو القطب المقابل اي نحو القاعدة .

فالطبيب العدلي يجب ان يعلم كقاعدة عمومية ، بأن استقامة الكسور ذات الاشعة مطابقة الى استقامة تطبيق الشدة ، وان الشدائد التي تطبق على قمة الرأس تحدث الشعاعات نحو القاعدة احياناً وخاصة بأستقامة مستعرضه واحياناً باستقامة عموديه ، وان الشدائد التي تطبق على الصدغ تحدث شعاعات مستعرضه تتجه نحو الطبقة المتوسطة لقاعدة الجمجمة خاصة ، وهنالك تسير موازيه لمحور الصخرة ، ولكن يمكن ايضاً اتجاهها نحو الطبقة الامامية او الخلفية ، والشدائد التي تطبق على الجبهة تتشعع طولانياً او منحرفة فوق الطبقة المتوسطة ، قاطعاً الصخرة عمودياً

ويصادف ايضاً عندما تكون الشدائد جانبيه ومنحرفة تشععات ذات زاوية ، تمر بقاعدة الجمجمه من جانب الى آخر

ان نقطة تطبيق الشدة الاولية تمتاز على الاكثر ، بوجود محراق كسري ، تتشعب منه الشعاعات الكسريه ولكن يمكن ان تبقى نقطة تطبيق الشدة سالمة من الافات العظميه

وفي هذه الحال تتشخص نقطة تطبيق الشدة بالآفات الموضعيه للاقسام الرخوة (جرح رضي، كدمة تحت او فوق الغشأ الذى هو فوق القحف) .

وان (كوربهر) قد قام بالتجارب لتثبيت العلائم التي تساعد في معاينات الشعاعات الكسرية البسيطه ، على تعيين ، ما اذا كان التضييق وحيد الجانب او ذا الجانبين ، بأجراً التضييق على جانب الرأس عندما يكون موضوعاً على سطح مقاوم يعادل طبعاً تضييقاً مضاعفاً .

ففي حال التضييق من الجانبين يبدأ الكسر بمتوسط خط نصف النهار Meridien والقاعدة تنقسم مناظرة بين الطرفين، وبحال التضييق الوحيد الجانب فان الكسر يبدأ من قطب التضييق وهنالك يحصل التفرق الاتصالي بأعظمه وينتهى بالقاعدة من طرف واحد، وليس لعلامة كوربهر هذه قيمه مطلقه .

ومن نتايج اللاستيقية العجيبه في الجمجمه هو ان الحوافي الكسريه ، تعاد الى حالتها آنياً بعد تفرقها ، ويمكنها في هذه الحال الضغط على الاجساد الاجنبية بصورة مطلقه كاشعار التي تدخل بين حافتي الجرح العظمي عند حصوله ، فلهذه الخاصه اهميه كبرى بالكشوف المتأخرة حيث لا يبقى سوى العظام فيثبت بذلك انه حين حصول الكسر يكون قد حصل جرح في الاقسام الرخوه التي تستره .

٣ ــ جروح السحايا والدماغ . ان الآفات والعلائم السريريه التي تحصل من جروح السحايا والدماغ متعددة ، انما المهم منها بنظر الطب العدلي :

١ ــ تشريحياً : آ ــ الرض الدماغي ؛ ب ــ النزف داخل القحف

٢ ــ سريرياً ، آ ــ ارتجاج الدماغ ، تضييق الدماغ ، التشويش الروحي ، كافة العلائم المتقدمة او المتأخرة ؛ ب ــ الامراض العقلية Psychoses ، الفالج العام ، التهاب السحايا المتضخمه Pachymeningite ، الاختلاطات الانتانيه .

ولما كانت هذه الآفات والتظاهرات مدرجة في مدونات الطب والجراحه العامة ، فاننا سنبحث هنا النقاط ذات الاهمية منها .

١ ــ الرض الدماغي : ان الرض الدماغي ينتج عن الرضوض القحفية الشديدة وتكون

احياناً مع الكسر وهذا الكسر يكون في الجهة التي يقع عليها الرض ذاته . ويحصل خاصة (لما تكون الشدة محدودة «محراق كسري» في تلك الجهة او في المنطقة التي يقابلها في القسم الاول يكون الرض بسبب بلا واسطة وفي القسم الثاني يكون بسبب بالواسطة ويتضح ذلك خاصه من نظرية الصدمه الدماغية الشوكية للمؤلف « دورت Durets » كما هو الحال بالرجفان الدماغي ، اذ ان الرض الدماغي هو درجة مرتفعة عنه .

ان محاريق الرض تتوضع في القشر الدماغي خاصة والنواحي المتجهة هي الفصوص الامامية ، القرون الوتدية ، والناحية الصدغية الجدارية ، احياناً ومن النادر ان يكون محراق الرض عميقاً في الجسم المخطط ، الجسم الثفني او المركز البيضي ؛ واما توضع المحاريق الرضية في المخيخ والبصلة السيسائية والحدبة الحلقوية لهو من اندر النوادر .

ان تشخيص الرض الدماغي سهل ، لانه يمتاز بوجود سلسله نقاط حمر ناشئة اما عن توسع وعائي بسيط ، او عن تمزق الاوعيه القشرية الصغيرة مع خروج علقات صغيرة منتشرة بشكل نقاط حمراء اقل او كثر امتدادها ، بالمادة القشرية او بوجود صفائح حمر سطحيه قليلة الاتساع ومحدودة ناشئة عن اجتماع النقاط الحمر الموصوفه انفاً .

وهذه ابسط درجات الرض ، واما الدرجة النهائية منه فهي سحق وتفتيت المادة القشريه التي تشكل مادة عجينية بلون حثالة النبيذ من اختلاط المادة الدماغية بالدم

ان اتساع تخريب محراق الرض يختلف من صفيحة سطحية حتى فص بأكمله (او نصف كرة بتمامها) .

ان آفات ام الرقيقة تستقر دائماً فوق محراق الرض الدماغي ، وسعة هذه الآفات ووخامتها يتناسبان مع رض المادة الدماغية ، فيوجد اما بضع كدمات جاورسيه واما كدمات قليلة الاتساع او كثيرة مع انصباب دموي بين التلافيف او في احوال تفتت المادة الدماغية « تمزق ام الرقيقة مع انصباب دموي واسع» .

ان المحاريق الرضية تمتص او تتندب بشكل صفائح حمر او اكياس » .

ان الرضوض الدماغية تحصل طبعاً على الاكثر من رضوض الجمجمه بتأثير الآلات الراضه بلا واسطة او من السقوط من محل مرتفع اكثر من الآلات الواخذة والمرامي النارية .

٣ ــ النزف داخل القحف : يحصل بأنواع الجروح التي تصيب الدماغ ، وان النزف الذي يحصل بتأثير الآلات الواخذة والقاطعة والاسلحة النارية يكون على الاكثر منحصراً بأستقامة شعاع تأثير الآلة ولذلك فانه ليس لهذا النزف قيمة طبية عدلية . وان النزف الهام بنظر الطب العدلي هو الذي يحصل عقيب الرضوض .

ولهذا النزف نوعان :

١ ــ النزف الآني . ٢ ــ النزف المتأخر .

١ ــ النزف الآني : ان النزف الآني يحصل من ينابيع مختلفة : اوعية الجدار، شرايين واوردة السحايا ، جيوب ام الصلبة ، واوعية ام الرقيقة .

وان النزف لا يحصل من هذه الينابيع بنسبة متساوية ، فيري في جدول احصاء قديم لجيرار مارشان المدون فيه ٥٥ حادثة ، ١٦ منها تمزق الجيوب ، ٣٠ منها تمزق اوعية السحايا المتوسطة ، ٨ منها تمزق اوعية ام الرقيقة وواحده منها نزف اوعية النسج الاسفنجي بين الصفيحتين . وفي جدول احصاء حديث للدكتور پيير فان النتايج تقارب الاولى ، اذ في ٣٥ حادثة تمزقت اوعية السحايا المتوسطه وفي ٣٠ حادثة تمزقت اوعية ام الرقيقة وفي ٩ حادثات تمزقت جيوب ام الصلبة وفي ٣ حادثات تمزقت الاوعية الداخلية للدماغ وفي ٥ حادثات عن التهاب السحايا المتضخمه .

ان النزف داخل القحف ينقسم حسب مواقعه التشريحيه الى :

١ً ــ النزف خارج ام الصلبه

٢ً ــ النزف تحت ام الصلبة او السحائي الخاص

٣ً ــ النزف الدماغي

٤ً ــ النزف البطيني

ولما يكون النزف مبذولا يتجاوز حدوده الابتدائيه ويشغل دفعة واحدة نواحي متعددة

مما ذكرنا آنفاً . وعلى ذلك يمكن للنزف الدماغي ان يمزق المادة العصبيه ويحدث انصباباً خارجها ويصبح نزفاً دماغياً سحائياً وبأمكان النزف السحائي ايضاً ان يحفر محراقاً داخل الجملة العصبية المجاوره ...الخ . ولكن يمكن دائماً اكتشاف التوضع الابتدائى .

آ ــ النزف خارج ام الصلبه : ان منشأ هذا النزف :

١ ــ جرح الجيوب ، ٢ ــ جرح اوعية السحايا

ان النزف الذي يحصل من جرح الجيوب (الجيب الطولانى العلوي ، جيوب الجانبيه ومجمع هروفيلي ، الجيب الكهفي) ليس لها قيمة طبيه عدلية هامة.

ان النزف الذى يحصل من تمزق اوعيـة السحايا وخاصة الشريان السحائي المتوسط هو ذو قيمة كبيرة بنظر الطب العدلي .

ان تمزق الشريان السحائي المتوسط يحصل اما بحذاء جذعه ، بالثقب المدور الصغير بكسور قاعدة الجمجمة ، او بحذاء الشعب الاماميه المتوسطه ، وهنالك تكون هذه الشعب المتصاعدة فوق الجدار الداخلي لعظام قبة الجمجمه بالانخفاضات المشابهة لورق التين ، وهذا الشكل النزفي يستحق اهتمامنا وبهذة الاحوال يكون النزف فوق ام الصلبه .

ان موقع الانصباب الدموي يوافق الشعبة المنقسمه ويكون اما صدغياً جدارياً الذي يصادف على الاكثر واما جدارياً قفوياً ، وذلك نادراً ، واما ان يكون جبهياً جدارياً وذلك استثناءً .

ان الورم الدموي المتشكل من الدم المرتشح بين ام الصلبه والعظم يشابه (فرانجوله) ، خبز صمن او بقسماط ، كمة قلنسوه او نصف كرة مقعرة خفيفاً من الجهة المقابلة للدماغ ومما يستجلب النظر وجود تشابه كلي بجميع الوقائع المشاهدة الي الآن .

وذلك لان الدم ينتشر بمنطقة ثابتة المساة من قبل جيرار مارشان المنطقة القابلة الانفصال ومن ذلك يكون شكل الانصباب الدموي تقريباً مشابهاً دائماً ، وما اتساع الانصباب فيختلف جزئياً بين وقعة واخرى وحجم العلقه الدمويه على الاكثر يتراوح بين ٨ ــ ١٠ سانتمتراً ارتفاعاً و ٨ ــ ٩ سانتمتراً طولاً و ٦ ــ ٧ سانتمتراً ثخناً ، وبتضييق الورم الدموي يحدث حفرة محدودبه قليلاً في الدماغ ، وان الورم الدموي يتشكل من دم متحثر بقوة ويكون

قابلاً للقلع بشكل كتلة علقية كبيرة ويشاهد دائماً قليل من المايع الدموي . ويشاهد تمزق الشريان السحائي المتوسط بالرضوض القحفية . وعدا ذلك فانه يوجد معه اعتيادياً كسر في الناحية الصدغية الجدارية وهو الذي يوضح اسباب النزف عفواً ، وقد يشاهد ايضاً (وان يكن استثناء) بدون ان يوجد كسر ما ، وذلك ان الرض الشديد يخفض جدار القحف انخفاضاً قوياً دون كسره ، فيتمزق الشريان ويعود جدار القحف الى هيئته الاولية بتأثير المطاطية ولا يترك أثراً للرض في الجدار العظمي ، والتمزق الشرياني هو الدليل الوحيد على حدوث الرض ، ان تمزق الشريان السحائي قاعدة يكون بطرف واحد ولكن يمكن ان يكون من الجانبين .

ب ــ النزف السحائي تحت ام الصلبه : ينتج من تمزق اوعية ام الرقيقة الرضي وان الدم النزفي يشكل طبقة واسعة قليلاً او كثيراً ساترة الام الرقيقة ويرشح في خلاياها يتسرب بين التلافيف .

ان النزف السحائي يحصل خاصة عقيب الرضوض الشديدة ويكون معه عادة آفات مميزه ــ جروح الاقسام الرخوة ، كسور الجمجمة ، رضوض الدماغ ــ وتكون اساساً لتشخيص منشأها ، واحياناً يكون اهم الاعراض ، كسر الجمجمة ، مفقوداً كما ذكر بتمزق الشريان السحائي المتوسط .

ولكن القضية تختلف عنها بالنزف السحائي ، لاننا اذا قبلنا عدم وجود تمزق الشريان السحائي المتوسط دون رض مسبب ، فانه يوجد النزف السحائي غير الرضي ، وفي هذه الحال تكون مهمة الطبيب العدلي في تعيين منشأ النزف السحائي الرضي وغير الرضي صعبة جداً .

فعلى الطبيب العدلي في مثل هذه الحوادث ، مراجعة الاحوال السابقة وتثبيت وجود الآثار الرضية ، آفات الاقسام الرخوة كجروح رضيه وعلى الاقل ورم دموي فوق او تحت الغشاء القحفي ، والتثبت من عدم وجود سبب عادي للنزف السحائي وآفات في الشرايين السحائية والدماغية ، لامكان وضع تشخيص المنشأ الرضي . وبدون هذه المشاهدات المثبته فان الطبيب العدلي يحجم عن اعطاء تقريرة بالنتيجه .

وبالنزف السحائي الالتهابي Pachymeningite الممتاز بتشكلاته النسجيه التشريحيه واسبابه الموجبه يمكن تصادف حصوله بشخص يموت منه بعد حصول اعراض رضيه قحفية قد اوجب تمزق اوعيه الغلافات السحائيه او ان الآفات القحفيه تالية وناتجه من السقوط وتأثير النزف ذاته .

ث — النزف الدماغي والبطيني — يحصل من تمزق اوعية ام الرقيقة سواء بسيرهافي سطح الدماغ او داخل البطنيات . ان النزف الدماغي الرضي يتشكل احياناً من عدة محاريق بحجم مختلف واحياناً من محراق منفرد بسمك الدماغ والمحراق النزفي يكون تارة بشكل متكيس مائع او هلام زهري وطوراً يكون بشكل عجيني اسود وذلك عندما تختلط المادة الدماغيه المتفتتة بالدم .

ان النزف الدماغي يكون معه عادة كسور الجمجمه ولكن يمكن وجوده احياناً دون كسر الجمجمه ، وان المشاهدتين الآتيتين المنقولين عن (كوكل) يؤيدان ذلك :

اولاها : سقط انسان من علو شاهق ، فلم تنكسر الجمجمه ولكن وجد في المادة البيضاء لنصف الكرتين وفي الكتل العقديه محاريق نزفيه محدوده وبحجم حبة الفاصولياً .

والثانيه : رجل يبلغ من العمر ٢٦ عاماً في حال الصحه الكاملة سقط على الارض زالقاً بقدميه على الرصيف المستور بسطح زجاجي ناعم فاصطدم اصطداماً شديداً في الناحية الخلفية وتوفي بأقل من عشر ساعات وبفتح الجسد شوهد انتشار نزفي سحائي جبهي ومحراق نزفي حديث بحجم التفاح بالفص الجبهي الايسر . الا انه لم يشاهد في الناحية الخلفية غير انتشار دموي تحت الجلد بحجم ربع ريال مجيدي ، كما انه لم يشاهد في الجمجمه جروح ولا تصلب في الشرايين .

ان تشخيص المنشأ الرضي بالنزف الدماغي هو سهل عندما يوجد في الجمجمة كسر ومن المحتمل حينما تفقد تفصيلات الحادث ان يخطئ الطبيب العدلي بتشخيصه ، اذ يصاب الشخص بالنزف الدماغي الآني فيسقط على الارض عرضاً بتأثير هذا النزف فيتسبب عن هذا السقوط كسر في الجمجمه . وفي وقائع النزف الدماغي التي يرافقها كسر الجمجمة يكون تشخيص المنشأ الرضي صعباً جداً ، ففي مثل هذه الاحوال يقتضي مراعاة المواد الآتيه :

١ً العناصر المثبته لآثار الجبر الخارجيه : جرح رضي في الجلد المشعر ، انصباب دموي فوق وتحت القحف والداخل (النزف السحائي والرض الدماغي) في الجمجمه .

٢ً ــ العناصر المنفيه : فقدان الآفات اشريانيه الدماغيه ، وفقدان الآفات العضويه الكليويه القلبيه التي توجد اساسياً بوقائع النزف الدماغي الآني ، وعلاوة على ذلك يمكن القول بان المحراق الجسيم المنفرد بموضع منتخب يكون غالباً دليلاً على النزف الآني وان المحاريق المتعدده والمنتشرة تعد غالباً دليلاً على الرض .

ويجب ان لايغرب عن بال الطبيب العدلي عندما تكون تفاصيل الحادث مفقودة ، انه يحتمل حدوث النزف الآني الذي يولده السقوط وتكون من نتيجته جروح الاقسام الرخوة .

ب ــ النزف المتأخر : لايمكن التردد بأمكان حصول النزف داخل الجمجمه الذى يحصل في الاشخاص المصابين برض الجمجمه بعد مرور مدة متحولة ، الثابتة بالمعاينة السريريه والبذل القطني او بعملية فتح الميت . وهذا معروف ومعلوم من القديم غير ان الذي جلب الانظار الى هذه الوقائع هو (بولنجر) بمخطرته التي صدرت سنة ١٨٩١ بكتاب يوبيل (فيرهوف) الذهبي وفي ذلك الوقت ابتكر فكرة النزف داخل القحف المتأخر مما احدث بعض الضجه.

وقد اوضح (بولنجر) ميخانيكية حصول النزف القحفي المتأخر عن رض متقدم كما يأتي ، ان الرجفان الدماغي الحاصل من الرض يحدث حسب نظرية (دوردت) رضوضاً معها انصباب دموي صغير وتمزقات المادة الدماغيه بزمين البطين الرابع وفوق جدران قرجه سيلويوس فيحدث بالمواقع المرضوضه استحالة تخر من التلين ، فالنسج الدماغي المتخر لا يجري تأثيره الطبيعي على الاوعية وهذه لايمكنها مقاومة التضييق فتنفجر بنسبة التغير الحاصل قبلاً او الذي يحصل بسير التغير الواقع .

وان تكن فكرة بولنجر قد وجدت مؤيديها ، غير ان (لانكرهانس) قد نفاها ، اذ اثبت عدم صحة نظرية بولنجر بنقطة نظر التشريح المرضي واحتذى حذوه (موناكوف) واخيراً (اسرائيل) ايضاً الذي يستبعد حصول النزف الدماغي المتأخر دون وقوع رض حديث وبعض المؤلفين اسند حصول السكتة المتأخرة للتغيرات الوعائيه ام الدم Ectasie

المتولدة من تأثير رضى ؛ ولكن يوجد حتى الآن غير هذه الاحتمالات وان نظرية السكتة الدماغية المتأخرة ليس لها مستند تشريحي ثابت .

ان وقائع النزف داخل القحف الرضيه المنتشرة اذا دققت جيداً يتضح انها هي النزوف السحائيه الحقيقية او النزوف تحت ام الصلبه وقد ذكر (ثيه ن مارتن وبول ريبيه ر) بنتيجة تدقيقها النزوف الدماغية الرضيه ثلاث عشرة حادثة ثبت حقيقتها بعملية تثقيب القحف او بعملية فتح الميت ، وظهر لها بأنه في مبدء السكتة المتأخرة يكون مبحث النزوف السحائيه « هو الوحيد الذي لاريب فيه في التأثير الرضى الصحيح » واليك الحادثة الآتيه المنقوله عن (ماير) كأنموذج لذلك .

شخص بالغ من العمر ٤٢ سنة ، ، سقط على رأسه فأضاع شعوره مدة نصف ساعة بصداع يغيب ويعود بين الآونة والاخري ومع ذلك فقد تمكن الجريح من مزاولة عمله مدة ثلاثه اسابيع ثم اشتد الصداع وتشوش عقله وضعفت ادراكاته العقلية واصيب بسلس البول والانقباض والسنه (نعاس) وفى ظرف بضعة ايام ـ اصيب بفالج النصفي الايسر مع علامة (بابنسكي) ، ولما اجريت له عملية تثقيب القحف ظهر ورم دموي واسع تحت ام الصلبة ساتراً كافة نصف الكرة الدماغية اليمني ، وقد توفى من التهاب السحايا الصديديه بعد ثلاثة عشر يوماً .

وغير الانواع التشريحية المصادفة بالمشاهدات المنتشرة هي على رأي (مارتن وريبيه ر) : النزوف السحائية المشتركة مع النزوف الدماغية . وقد ذكر منها حادثتين معتبرتين احداها معزوه الى بولنجر والثانيه الى ميشيل : النزوف الدماغيه القشريه (وهذا النوع نادر ايضاً) غير ان الحادثة الاساسيه المنقولة عن (شتاولمان) تثبت حقيقة وجود النزف الدماغي المركزي خاصة وقد نشر عدة حوادث من هذا النوع منها ماتأيد بالتشخيص السريرى ومنها ماثبت بعملية فتح الميت ، وبأكثرية هذه الوقائع يوجد من العوامل المسببه التى تتسابق بنسبة واسعة مع الرض ، آفات شريانيه قديمة ، آفات قلبيه وعائيه ، آفات كليويه .... الخ .

الخلاصه ـــ ان النزف الداخل القحف الرضي المتأخر لاينكر فناً مهما كان نادراً وان

اوثق الحادثات هي العائدة للنزف السحائي وان النزوف الموضعية بغير المواضع التشريحية يلتبس منشاؤها بالعوامل المشاهدة بالنزوف الآتيه ويجب تنقيد المنشأ الرضي والتقيد بتثبيته .

وبالتطبيقات العدليه لاجل وضع التشخيص للمنشأ الرضي للنزف المتأخر الداخل القحف يجب اتباع القواعد الآتيه :

آ ــ يجب التيقن من وجود النزف ، اعني يجب تثبيتة تشريحياً او بعمل آخر لايحتمل الاشتباه (بنتيجة البذل القطني او تثقيب القحف) وهذا الشرط يكون مفقوداً بعدة وقائع مقبولة على العمياء كحادث نزف دماغي رضي متأخر .

ب ــ يجب ان يكون الرض القحفي خالياً من كل اشتباه ولا يجب الاصرار بوجود الارتجاج الدماغي بسوابق كافة الاحوال .

ج ــ يجب ان تكون المدة الفاصله بين الرض وحملة السكته (وقوع النزف) معقوله فيتحتم بان لاتجاوز هذه المدة ٦ ــ ٨ اسابيع على الاكثر .

د ــ يجب ان يتأيد بعملية فتح الميت او بالاحوال السابقة عدم وجود آفات يمكن اعتبارها من العوامل الحاصل النزف الدماغي من تأثيرها التغيرات المزمنه في الشرايين الدماغية ، ضخامة القلب ، تصلب الكلية ...)

٣ ــ الارتجاج الدماغي ــ ان الارتجاج الدماغي يحصل عقيب الرضوض القحفيه ، وبالطبع فان الرضوض تتقدم على غيرها من الجروح وهو اما ان يكون من منشأ بلا واسطة حينما يكون الرض واقعاً في القحف رأساً بلا واسطة واما ان يكون بالواسطة عندما يكون ارتجاج القحف تالياً عقيب السقوط على المقعد والركبتين او القدمين . وايضاح ميخانيكية حصوله اوجب عدة مناقشات ، فنظرية (دوردت) في فرنسا ونظرية (كوخ وفيل هنه) في المانيا هي المعتبرة . ونظرية (دوردت) هي ، ان تأثير التضييق الواقع آنياً على سطح القحف من رض شديد يطرد المائع النخاعي الشوكي الكائن في البطينات الجنبيه سريعاً عن طريق فرجة سيلويوس التي تتسع وتمزق الى البطين الرابع ، التي تتوتر زيادة عن حدودها فتصاب بآفات رضيه قليلة الوخامة او كثيرتها ، فعليه وبما ان القسم

البصلي من البطين الرابع هو مركز الحياة القلبيه والرئويه فان التأثير العنيف الواقع على البطين الرابع من اصطدام المايع النخاعي الشوكي يشوش الوظائف الحيويه الاساسيه بصورة وخيمه او يعطلها بصورة موقتة او يوقفها بصورة قطعيه حسب الوقائع فهذا التعطيل او التوقف هو الارتجاج الدماغي وان نظرية (دورمت) المبنية على تحريات تجاربية ظاهرة اخذت بالاستناد الى افعال تشريحية سريريه بشريه متعددة .

وان اساس نظرية (كوخ وفيلهنه) تستند على اهتزاز الزرات رأساً ، فهؤلاء المؤلفون توصلوا الى احداث الاعراض الاساسيه للارتجاح الدماغي دون حصول آفات دماغيه بالضرب بالمطرقة على رؤوس الحيوانات وتزييد شدة الضروب تدريجاً . ولهذا فان الارتجاج الدماغي على رأيهم هو نتيجة اصابة المراكز الدماغية القشريه او العميقة اما بالتهيج او بالفلج .

ليس للارتجاج الدماغي آفات تشريحية قابلة للتمييز حالياً ومع ذلك فان الوقائع التي يكون الارتجاج الدماغي فيها منفرداً بنفسه ، هي نادرة جداً . ان الارتجاج الدماغي يظهر بثلاثة اشكال سريرية اساسيه : خفيف ، وخيم ، صاعق .

فالارتجاج الدماغي الخفيف يعلم من الاعراض الآتيه : اختطاف البصر ، طنين الاذنين دوار في الرأس ، حالة بلاهة عارضيه ، اغماء ، انعطاف الساقين ، خسافة الوجه ، توقف التنفس . واذ ذاك يفقد الشعور ويدوم مدة بضع ثوان او بضع دقائق ونادراً ١٥ - ٣٠ دقيقه ، وبعد ذلك يعود الشخص الى سابق حالته ، الا انه يلازمه النسيان عادةً ، ولكن لايوجد غير ذلك شيء من الاعراض المرضيه .

ان الارتجاج الوخيم تظهر معه الاعراض الآتيه : يسقط الشخص فاقد الحركات والشعور بحالة الانحلال العضلي ، خاسف الوجه ، متسع الحدقات غير حساسه للتعامل الضيائي ، فاقد الحساسات العامه والخاصه ، مرتخي العاصرات ، ضعيف النفس الى الدرجة المتناهية ، لين النبض وهو قابل الانخفاض وبطيء جداً (يمكن تنازله الى العشرين) ان لم تظهر اختلاطات ، فتعود الحسيه والحركة تدريجاً ببطيء وتعود الوظائف العقليه بمنتهى البطيء وعليه فان الشخص يلازمه النسيان والاضطرابات العقليه والصداع الدائم والدوار والخمول

مدة طويله .

وفي الارتجاج الصاعق يسقط الشخص فوراً فاقد الحس والحركه وفي حال السبات مع الانحلال العضلي التام يكون النبض والتنفس ضعيفين الى الدرجة المتناهيه مع فلج العاصرات والموت السريع وتشاهد احياناً بعض حركات اختلاجيه .

ان الموت بالارتجاج الدماغي يمكن حدوثه من التأثير على الدماغ وحده ويمكن حدوثه من الاختناق الميخانيكي بدخول مواد اجنبية في المجاري التنفسيه حين فقدان الشعور وان لذات الرئيه البلعيه ايضاً تأثيراً في حوادث الموت المتأخر .

قد عزي للارتجاج الدماغي تأثير مفيد ضمن دائرة نظر الطب العدلي على العوامل الحياتيه التي تميز الجروح وان حالة الضعف في القلب تجعله غير قادر على سوق الدم فيفقد النزف في الجروح الحاصله بسير الرض المستوجب الارتجاج ، ويجب عدم المبالغة بالاستناد على هذا التأثير الارتجاجي .

٤ ــ التضييق الدماغي : هو عارض ينتج عن التضييق الذي يحدث من النزوف فوق سطح الدماغ ، وان شكله النموذجي هو النزيف الحاصل من تمزق الشريان السحائي المتوسط والعرض المميزله هو ان علائمه السريريه لايعقبها حدوث الآفات التشريحية فوراً بل تكون متأخرة لانها لاتظهر الا حينما يكون تضييق الدم المرتشح على الدماغ كافياً

وعليه فان كلاً من الانصباب الدموي وانفصال ام الصلبه ومن ثم التضييق يحصل تدريجاً وحينئذٍ يوجد بين وقوع الرض ومبدأ ظهور العلائم السريريه فاصله سائبه ذات اهمية كبرى .

ومدة هذه الفاصله تتراوح بين بضع ساعات الى يوم واحد وقد تمتد الى عدة ايام بصورة استثنائيه . ان الرض سواء اعقبته علائم الارتجاج او لم تعقبه فانها تزول ، ويظن ان الشخص اصيب بصورة خفيفه لحينما تظهر اعراض التضييق : الم في الرأس ، قيء ، تهيج ، هذيان خفيف ، احمرار احتقاني في الوجه ، بطأة النبض ، وبعد مدة وجيزة يعقب جميع علائم الانتباه ، العلائم الفلجيه ، ضياع الشعور ، النوم العميق ، السبات ، التنفس الشخيري Stertoreuse ، توقف البول

والغائط ، سرعة النبض وفي النهاية توقف القلب والتنفس القطعي .

٥ ــ التشوشات الروحيه : ان التشوشات الروحيه هي : فقدان الحافظه (اي النسيان) فقدان الاراده (اي التحرك غير الاختياري) ، التشوش العقلي ، التهيج ، الهذيان ، تشوشات النوم ... الخ

ان هذه الاحوال تظهر عقيب الرض حالاً ، وهي قابلة للزوال بمدة وجيزة عدا فقدان الحافظة الذى يمكن ان يدوم طويلاً .

آ ــ النسيان الرضى : تشاهد حالة النسيان بالرضوض القحفية الوخيمة بالكسر او بدونه ، بيد انها تكون مع الارتجاج الدماغى وضياع الشعور . ويظهر النسيان عقيب الرض او عندما يصاب الشخص بالرض الدماغي عقيب افاقته او عودة شعوره اليه .

ويكون النسيان جزئياً ومنتخباً ، فالشخص يفقد حافظته لبعض الوقائع ، ولبعض وقائع خاصة ، الحادث الذي اصابه والوقائع التي تقدمت لهذا الحادث او تعاقبت عليه مدة طويلة كانت او قصيرة . لكن يندر فقدان حافظته لبعض المعلومات والافكار المكتسبة التي تشكل نوعاً من الحمولة الذكائية :

ان فقدان ذكرة الحادث وحده يشكل النسيان البسيط ، وفقدان الذاكرة للحادث الذي اصابه وبعض الوقائع التى تتقدمه بمدة قصيره او طويلة ، هي فقدان الذاكرة الماضية واما فقدان الذاكرة في الرض للوقائع التي تلي الحادث فهى فقدان الذاكرة الحاضرة .

وفقدان الذاكرة الماضية والحاضرة يشكل اتحاد النوعين المتقدمين .

ان فقدان الذاكرة الرضى هو اعتيادياً عارضى ولكن النقص بالذاكرة يدوم احياناً وخاصة ذاكرة الحادث الرضي فتكون على الاكثر مفقودة لاجل دائمى . وان الجريح يطلع على حادثه من افادة حاضري الحادث ، ويكون الشفاء دائماً بطيئاً وتدريجياً .

ان للنسيان الرضي قيمته الكبري بالتطبيقات الطبية العدلية .

ب ــ النسيان الجرحى : شوهد عدة مرات بان الشخص المصاب بالرض يسير وهو في حال عدم الشعور الكامل ، مشابهاً لسائر حالات السير في النوم ، ويأتى بسلسلة افعال

على الاكثر مشوشة جداً ، تفقد من ذاكرته تماماً وعلى الدوام ذكرى هذه الحوادث عندما يعود الي وعيه ، فهذه الحالة تسمى بالنسيان الجرحي ، الذي لا يشاهد طبعاً الا بالرضوض التي تبقى للشخص قدرته الحركية سالمة . ان النسيان وفقدان الذاكرة يحدثان بالطبع بالتسلسل على الاكثر .

ان مشاهدة (كمپفن) سنة ١٨٣٥ الآتيه هي مثال نموذجي لهذا الحادث :

١ ــ ضابط في سنة الثامنة والعشرين من عمره سقط عن جواده اثناء التعليم على جانبه الايمن من الناحيه الجدارية اليمنى خاصة ، وقد اعقب هذا السقوط اغماء خفيفاً فلما عاد الى نفسه امتطي جواده ، وداوم على درس الفروسية ثلاثة ارباع الساعة بصوة منتظمه ولما خرج من ذلك العمل لم يذكر سقوطه ولا ما اجراه عقيب ذلك ، بعد ستة ساعات مرت على هذا الحادث اخذ يترنم بالجمله التي وجهت اليه عدة مرات منذ الحادث «سقطتم عن الجواد ؟ وبعد اربع وعشرين ساعة من سقوطه جهل ايضاً ما جرى له ولم يعلم ما وقع معه طيلة ذلك النهار الا ما حدثه به بعض شهود الحال .

٢ ــ تلميذ في مكتب الحربية (باريس) سقط عن جواده اثناء التعليم ، وبعد فقدان شعوره بضع دقائق ذهب مع رفاقه للمضجع ، فسار ٥٠٠ متراً وصعد طابقين من البناء ، ووضع سوطه وخلع كيه الخاصين وربطهما ونزل للتنفس واكل خبزاً وشرب نبيذاً وبعد ذلك اخذ يجري لوحة رسمه دون ان يمس ماجاورها ثم ذهب الى غرفة المطالعه وبدأ يرسم دوائر بالمداد الصيني وفي هذا الحين كلمة الاستاذ فتمالك نفسه بعد حيرة بضع دقائق وان ذاكرته الشخصيه لم تبدأ الا من هذه اللحظه .

ويمكن ايضاً ذكر الحوادث بالاشخاص ، الذين يصابون بنكبات السكة الحديديه الذين يجدون انفسهم بمحل بعيد عن محل الحادث والذين نقلوا اليه بدون ان يتذكروا ذلك وبدون ان يحافظوا على ذكرى الحادث .

الخلاصه : قد روي رويللارد حادث قابلة خارقاً عن العادة . وهو : عقيب سقوط القابلة على الدرج قدرت بحالة فقدان الشعور التام على اجراء التوليد وانقاذ الوالده ولف المولود . ولم تع على نفسها الا بعد استكمال الولاده في منزل الحامل ، واظهرت تعجبها

حينما علمت جميع ماجرى .

٣ ــ حالة التشوشات العقلية بعد الجرحة : Psychose Confusionnelle Poste Traumatique هي اختطاف الذكاء بدرجه ظاهره جداً ، شاهدها عدة مؤلفين عقيب الحوادث.

ان العرض يمتاز ، ماعدا نسيان الحادث بضياع جميع معلومات المصاب به المكتسبه حتى تشخيص هويته اى اسمه وجنسه وحالته الاجتماعية ، وبفقدان قدرته لمعرفة ابويه واقاربه ، بعدم امكان جمع افكاره لاعطاء جواب صحيح وذلك ناشيء عن الجمود الفكري ويصبح الوجه بحالة البلاهه .

هذه الاعراض المختلفة تحد وتوجد بدرجات مختلفه حسب الوقائع . ان حالة الجمود الفكري بعد الجرح تحصل ايضاً من الصدمات الروحيه ماعدا الصدمات الحكميه ، وتشاهد هذه الحالة بالحقيقة في الاشخاص الذين استخرجوا من المهالك العظيمة سالمين او بجروح طفيفه جداً . فأحسن نموذج يمكن ذكره لهذا الحادث هو وقعة الميكانيكي ث... محدث النكبة العظمية للقديس (مانده) ، فان المفوض الذي استجوب الموما اليه عقيب الحادث كان حائراً من اجوبته غير المرتبطة . ان ث ... لم يعلم شيئاً عن وظيفته في شركة الشرق فانه لم يتذكر سنه ولا اسمي ابويه .

فالمفوض وصف بتقريره هذه الحالة الفكريه جيداً بقوله : ان الشخص الذي كان امامنا لم يمكنه اعطاء الايضاحات عن المصيبة العظمى التي سببها ولا المسئولية الكبرى التي وقع تحت طائلتها ، ولم يكن ذلك تصنعاً منه . فكل سئوال يطرح عليه كان يحس بجهده لاستنجاد ذاكرته ، ولكن بدون فائدة وكان يبقى اصماً بدماغه الخامل. وبعد ساعتين ابتدأنا بأستجوابه ثانية فلم يكن ذات الشخص بل اخذ يجيب على اسئلتنا بوضوح وبصوت متأثر ولم يبق بذاكرته جميع ماجرى بأستجوابه الاول .

٤ ــ التهيج والهذيان ــ ان التهيج والهذيان الشديد العارضي يظهر ان على الاكثر خاصة عقيب الرضوض التي تحدث صدمه روحيه .

٥ ــ تشوشات النوم ــ الخلاصه : ان تشوشات النوم هي تقريباً ثابته وخاصة عقيب الرضوض ذات التأثير الروحي الشديد (مصائب السكة الحديديه) الكابوس ، واحياناً الهذيان

النومي الحقيقي الذي يري الشخص فيه صفحات النكبة والمصيبة بمرآة هذه التشوشات النوميه فقبل الانتهاء يجب ان يحدث علاوة عما ذكر، التأثر ، الرعشه التي تظهر فى المصابين بالنكبات الجسيمه والتي يمكن دوامها مدة طويله .

٦ ــ العلائم المتأخرة بعد الجروح : هي كما سبق ذكره آنفاً الامراض الروحيه ، الفالج العام ، الالتهاب السحائي الضخمي ، الالتهاب السحائي الدماغي:

آ ــ الامراض الروحيه : ان للرضوض القحفيه اهمية عظمي فى ظهور بعض الامراض الروحيه ، تفوق الاهميه التي كانت تسندالها الى يومنا هذا ، ولما كانت هذه المباحث خارجة عن نطاق بحثنا الطبي العدلي الصرف ، فاننا نكتفي بالبحث عن بعض الحوادث المفيدة فالتحولات العقليه والروحيه التى تصادف على الاكثر فى الاشخاص الذين اصيبوا برض قحفي وخيم يعتبر كمقدمة للتشوشات العميقة هي اكثر وقوعاً من غيرها .

ب ــ التغيرات العقلية ــ تحدث تغيرات بالساحة الذكائيه بدرجات مختلفة فاذا اصاب الرض القحفى صبياً اعنى ان الشخص الذي تكون ملكاته العقليه لازالت اخذة بالتشكل يمكن ان يحدث ايقاف نموه العقلي ويجعل في الصبى وهناً ، بلاهة ، حمقاً ، او ان يحدث بالنمو العصلي سيراً غير منتظم فيجعل من الصبى شخصاً فاقد الموازنة وغريب الاطوار .

اذا اصيب الشخص الكامل برض قحفى ، فلا يكون بالطبع سبباً لتوقف النمو ولكن يمكن حدوث تحولات او استحالة في الحالة العقليه وبعض احوال غير طبيعيه .

وبالساحه الاخلاقيه اي الروحيه السجيه « ضلالة الاخلاق » ، الشخص يصير حديد المزاج متهوراً ، صلب الاخلاق ، مقاتلا ، واما الضلاله الروحيه فيصبح الشخص كسولاً ، كذاباً شريراً ، شريداً ، فاسقاً ، سارقاً وحتى مجنون الاطوار « وضلالة السوق الطبيعى وخاصة الحسيات الشهوانيه يتزايد معهما مرض الشهوة التناسلية وانقلاب الحس التناسلي .

ث ــ الفالج العام : كان القدماء يعتقدون بالمنشأ الرضي للفالج العام ، وان المؤلفين (بللارجر ولاسك ولونيه) لم يترددوا بأخذه بعين الاعتبار ، حتي ان المؤلفين الحديثين (بال ، ماغنان ، ريو ، بويسون ، موره ست ، كريستيان) لم يكونوا مترددين بقبول هذا الاعتبار بتدقيقاتهم الاخيرة منذ بضع سنوات .

ان الاطلاع على المنشأ الافرنجى للفالج العـام قد هدم النظرية السابقة رأساً على عقب، وان المعتقدين بالمنشأ الافرنجي الذى يحصل منه الفالج العام ينكرون كل دخل للـرض في حصوله او باعتباره سبباً له .

ولكن لا تجب المبالغة فى ذلك ، اذ الوقائع المضبوطه بصورة دقيقة والتى ظهر بها الفالج العـام عقيب الرض والتى يمكن اسنادها للرضوض القوية بالوقـائع التي لم يظهـر في الاشخاص المصابين بها اية اشارة لداء الافرنج ، ليست من الوقائع الاستثنائية على الاطلاق وان المؤلفين م. م واللون وش . پول نشروا حادثة من هذا النوع هي صريحة جداً . ان المنشأ الرضي سيأخذ يوماً ما موقعه الذي يستحقه حينما يرجع داء الافرنج عن ابتلاع كافة الاسباب وحده .

ولكن اذا لم يجـد الرض الفـالج العـام ، فانه يفرق على الاقـل داء الافرنج الموجود سابقاً بتعيينه الدماغي الشوكي ، وعند عدم وجود داء الافرنج يبقى عديم التأثير وعليه فانه بنظر التطبيقات توجد وقائع الفالج العام الرضيه وهي غير قابلة الانكار .

ووقائع الفلج العام هذه تمتاز بالشكل الآتى كما وقعت :

١ ـــ كانت ملكات الشخص العقلية وقت الحادث سالمة ولم تكن التشوشـات الدماغية ولا التغيير في ذكائه وطبائعه ظاهره فيه سابقاً .

٢ ـــ ان الرض اصاب الجمجمة بأحكام واحدث فيها ارتجاجاً شديداً .

٣ ـــ اعراض الفالج العام لم تظهر رأساً عقيب الرضوض ـ مما يدل على ان الفـالج العام الموجود قبلاً هو الذي في اغلب الاحتمال سبب السقوط ومنه Provocation حدثت الآفات القحفيه ـ ولـكن بعد مرور مدة بضعة اشهر الى سنتين او ثلاث سنين .

وتظهر علاقة هذه الدورة الفاصلة بالرض بأعراض تنذر اصابة الدماغ : بآلام ، صداع، دوار ، تغير العادات ، نوبات ، تهيج جنوني (مانياق) ، هذيان، نوبات صرعيه ... الخ

ج ـــ الالتهاب السحائي المتضخم (ورم دموي ام الصلبه) ـ ان الرض يعد من الاسباب الاساسيه للالتهـاب السحائي المتضخم ويجب اعطـاء السبب اهميته في الاطفـال خاصة وفى الواقع يظهر جيداً في الاطفال حينما تكون الضربات متكررة على الرأس ويمكن حدوث

الالتهاب السحائي المتفخم اما بألتهاب ام الصلبة رأساً بصورة مزمنة تحت تأثيرها واما ان تكون الضربات المكررة مولدة لنزوف سحائيه صغيرة تكون علامة المبدأ لتشكل تال للاغشية السحائية الضخمة الكاذبة . وذلك حسب المشاهدات الثابتة قديماً المطلع عليها مؤخراً .

ح ــ الالتهاب الدماغي الشوكي : ان الالتهاب الدماغي الشوكي يشاهد بالرضوض المرافقة لتفرق اتصال القحف ، ولكن يشاهد احياناً تفرق اتصال الاقسام الرخوة ، وان مبدأ هذا الاختلاط المدهش يكون احياناً سريعاً جداً . وبوقائع التهاب السحائي الدرني في الاطفال او بالوقائع المنفردة للالتهاب السحائي الدماغي كثيراً ما يدعي انه من المنشأ الجرحي بدون حق ويسند ذلك الى سبب سؤ المعاملة التي تجري على الولد او الى ضرب على الرأس .

وان عملية فتح الميت والتحليل الجرائمي وتدقيق الاحوال السابقة تنور القضية تنويراً عاماً وتهيء الدلائل لوضع التشخيص ، وفي كل حال ومهما تكن الاسباب ، لا يمكن قطعاً قبول ذات السحايا المتقيحة التي لا تكون متصلة بشق عظمي او على الاقل بجريحه منتنه في الاقسام الرخوة كالتهاب السحايا من المنشأ الرضي .

جروح العمود الفقري والنخاع الشوكي

ان الآفات الجرحية التي تحصل في العمود الفقري والنخاع الشوكي بتأثير الآلات الواخذة والقاطعة والنارية والرضوض هي بحسب تصنيف المؤلفين (ده جهرين وتوما) ، كما يأتي :

١ ــ الآفات التي تحصل عن سحق او قطع او تضييق او ترضيض النخاع بوقائع الكسر او خلع العمود الشوكي ، وجروح الآلات النارية او الواخذة او القاطعة ، التي تؤثر على النخاع رأساً ؛

٢ ــ الآفات التي تحصل ، دون تفرق اتصال الفقرات في العمود الشوكي او انحرافه ، وعن ارتجاج العمود المذكور ارتجاجاً شديداً ، تسبب حصول آفات نخاعية قليلة او كثيرة الاتساع ، واهم هذه الآفات ، هو النزف النخاعي ، الذي يتميز بطول

استمراره .

٣ ــ التشوشات العصبية،التي تحصل عقب الرضوض ، من منشأ نخاعي واضح ، دون حصول ترضيض نخاعي او آفة ما بلا واسطة ،على ان هذه الآفات تتميز بكونها سريعة الزوال ، وان الرجفان النخاعى هو عنوان هذه الآفات

٤ ــ العلل النخاعية التى تظهر اعراضها الاولية بعد مرور بضعة ايام او بضعة اسابيع من تأثير الرض ،

ان القسم الاول من هذه الآفات لا يحتاج لايضاح . ولكن يقتضي توضيح الاقسام الثلاثة الاخيرة . وسأبحث هنا مختصراً الرجفان النخاعي، والنزف النخاعي الجرحي والعلل النخاعية الجرحية.

آ ــ الرجفان النخاعي: ان الرجفان النخاعي يشابه لرجفان الدماغي (دون كسر الجمجمه) ذات الرمة الرضية (بلا كسر ضلعي) . وان الضرب، والسقوط الى الخلف او حمل شيء على الظهر،او جرحاً نارياً (غير ماس للنخاع) ، وخاصة السقوط على الاقدام او الركبتين او المقعد .... تحدث الرجفان النخاعي عقيب تزلزله الشديد . وتظهر اوصافه السريرية بفلج الاطراف الاربعة والاطرف السفلية وتناقص الحاسة واختلال المعصرات ... الخ ، وذلك يزول بمدة موقته .

وبفتح الميت لم يشاهد آفة ما ، كما وانه في بعض الوقائع لم يشاهد تغير ما بالمعاينات المجهرية . غير ان شوهد بالفحوص النسجية ، في بعض الوقائع : آفات نزفية خفيفه ، وآفات في المحور الاسطواني ،ومحرقات تخر او تلين .

٢ ــ النزف النخاعي الجرحي : يشاهد بصورتين مختلفتين يكون احياناً عن تمزق النخاع الناتج من كسر فقري ، ويسمى النزف النخاعي الجرحي بلا واسطة ، واهمية هذا الشكل ضئيلة في نظر الطب العدلي . واحياناً يحصل النزف النخاعى ، من غير وجود افة نخاعيه بلا واسطه ، وهذا يشكل النزف النخاعى الجرحى الحقيقي. ويذكر بين اسباب هذا الشكل الضروب على العمود الفقري ، والسقوط على الظهر والقدمين والمقعد ، وعند رفع التضييق آنياً عن العملة الذين يعيشون بالهواء المضغوط .

ان الآفات التي تشاهد في النخاع : انزفة شعرية ، او محراقات نزفية بحجم حبة الحمص او حبة البندق نادراً ، وتكون منفردة او متعددة ، وقطرها يكون عادة عمودياً ، وتكون في المادة المنجابية وبحذاء عمود كلارك وللقرن الخلفي من الملتقي السنجابي .

ان النزف النخاعي يحصل خاصة في الناحية الرقبية ، ومن ثم في الناحية الظهرية وفي الناحيه القطنية نادراً ، فتتفتت العناصر العصبيه وتخرب .

اعراضه الآنيه او الابتدائية : العلائم الفلجية ، اختلال المعصرات ، وضمور العضلات المفلوجة وفي النهاية Dissociation Syringomyelique لتغيرات الحسية .

وان الوقائع التي لا تنتهي بالموت السريع ، تسير للصلاح ولكنه يتوقف هذا بظهور اعراض السيره نغومية لي المتشابهة .

٣ : الآفات النخاعية عقب الجروح — ان الشدائد التي تصيب النخاع ، اما ان تزيد وطأة سير الامراض النخاعية الموجودة قبلاً ، واما ان تظهر مرضاً قديماً لم يكن يشعر به المصاب قبلاً ، او ان تولد مرضاً نخاعياً حقيقياً ، وفي هذه الحالة يتولد المرض عن تضييق او نزف نخاعي بتأثير الطوارئ الشديدة الخارجية (Violence)

ان الامراض النخاعية الجرحية الحقيقية ، او التي يزعم انها حقيقية هي ، السل الظهري والتصلب اللوحي ، التصلب الجانبي الضموي العضلي ، التهاب النسج الامامي والسيرة نغوميه لي .

ان آراء المؤلفين بخصوص المنشأ الجرحي لهذه الامراض متضاربة ، وان الوقائع المسرودة لا تكفي لاثبات ذلك ، وجل ما هنالك ، الثابت الآن هو ان الشدائد تؤثر في تشديد وطأة مرض سابق او في كشف مرض سابق لم يكن ظاهراً حتى ذلك الحين .

« جروح العنق »

ان المقصود بهذا البحث من جروح العنق ، هو جروح الطرق التنفسيه والاقسام الرخوة مع تمزق الاوعية العنقيه الكبيرة ، واما ترضيضات الحنجرة وشريان الشذن فسنبحث عنها في بحث الخنق

وان ايقاع هذه الجروح في القسم الامامي للعنق يسمى (ذبح) ، ومن النقرة يسمي

فصل الرأس) .

الذبح — ان الذبح يحدث انتحاراً او جنائياً ؛ وان الآلات القاطعة ، المعتاد استعمالها بوقائع الذبح ، هي السكين وموس الحلاقه .

ان الذبح يكون بين الحنجرة والعظم اللامي او فوق الحنجرة عامةً وفوق شريان الشذن نادراً ، وفوق العظم اللامي استثناءً .

ان جرحة الذبح ، تمتد احياناً من احدى العضلتين القصيتين الترقويتين الحلميتين الي الاخرى ، ونادرةً تكون بوضعية متوسطه تماماً . وتبدأ على الاكثر من احد جانبي العنق فتتصل بالخط المتوسط وتجاوزه قليلاً او كثيراً ، وتسمى (الوضعيه الاماميه الجانبيه) ؛ واحياناً تبقى جانبيه تماماً .

وان استقامة الجرح متحولة جداً ؛ ففي حوادث الانتحار الايمن تكون منحرفة الى الاسفل والايمن ، وبوقائع الانتحار الايسرى يكون الانحراف الى الاسفل والايسر ، وتكون احياناً مستعرضة ؛ وتارةً تكون صاعدة ، وذلك حينما يكون العنق غير ممتد منتظماً ويكون ملتوياً الى الجانب المقابل لنقطة تطبيق الآلة .

ان عرض الجرح يفوق غيره من ابعاده ، وتفرق اتصال الحوافي يكون عظيماً جداً ، حتى يخيل للناظر ان العنق قد اجتثت قطعه من قسمه الامامي ، وعمق الجرح متحولا ، تقف الآلة القاطعة عند الحنجرة المتعظمة تارةً ، وتقطع احيانا ، اعضاء العنق المتوسطه اوعية الحنجرة واوعيه العنق الكبيرة الجانبية — من جانب او من الجانبين — وتارة تنفذ حتى العمود الفقري » ، ويشاهد فيها بعض المقاطع السطحية .

من الراجح ان جرح العنق ، لا يكون وحيداً عادةً ؛ ويوصف بثلاثه اشكال رئيسية :

آ — جرح كبير ، وتجاوره جراح صغيرة وسطحية متعددة ، بأبعاد مختلفة عن الجرح الاساسي.

ب — جرح كبير مع شعبات متعددة فوقه .

ث — جرح كبير حاصل عن تسيير الآلة القاطعة دفعات متعددة ؛ وهذا التعدد

بالقطع يلاحظ من وجود مقاطع مهموزية الشكل في الحوافي ومقاطع متعددة في نهاية الجرح وقعره وخاصة في الحنجره (حيث تكون فيها واضحه جداً) وفوق العمود الفقري ؛ وهذه المقاطع تكون على الاكثر متصالبه بأستقامات مختلفة واحياناً متوازيه. ويمكن قطع الاوعيه التي لم تقطع بالجرحه الاساسيه بالجروح التاليه .

ان الذبح يترافق مع فصل الرأس احياناً .

عواقب الذبح: ان الذبح لا ينتهي بالموت حتماً ويكون قابلاً للشفا عندما يكون غير عميق، ويشفي تماماً احياناً ولكن يعقبه على الاكثر آفات وخيمة، كالندبات المعيوبة وضياع الصوت وفلغمون (Fhlegmone) العنق وام الدم وتضييق المريء وناصور الشزن... الخ .

ان الموت ذبحاً يحدث بميخانيكيتين اساسيتين :

١ ــ النزف : عن قطع الشرايين الكبيرة (الشرايين السباتيه)، واحياناً عن قطع الشرايين التاليه (شرايين الدرقيه او الحنجرة).

٢ ــ الاختناق : من دخول الدم للمجاري التنفسيه . وبهذه الحاله تبرز الرئيتان منظراً مميزاً جداً ، فتكون السطوح الرئوية او مقاطعها منطقة بلطخات حمراء قاتمة ومتبارزه بالنسبة لمقاطع النسج المجاور الحاسف اللون من فقر الدم ، وبالمجهر تشاهد الحويصلات الملوثة بالدم بحذاء هذه اللطخات . ويحصل الاختناق احياناً من قطع لسان المزمار وسقوطه في الحنجرة . ويذكر في بعض الحوادث ، عن حصول الموت من نفوذ الهواء للأوردة العنقية .

ان تمديد الحياة بوقائع الذبح هام جداً بنظر الطب العدلي ، ويفقد احتمال وقوعه عندما تكون الشرايين السباتية مقطوعه .

٢ ــ فصل الرأس ، (الذبح من النقرة) : وهذا ايضاً يكون من منشأ جنائي او انتحاراً ويحدث بموس الحلاقة او بالسكين .

وبهذه الوقائع تكون الجرحه في النقره ، وشفتاها مفتوحتين ، وموقعها بأرتفاع مختلف وعمقها متحول جداً ، احياناً تكون سطحيه، واحياناً تقطع كافة الانسجة حتى العمود الفقرى وتارة تفتح الجوف السيسائي وتقطع النخاع .

ان الموت بأحوال الذبح من النقرة غير محتم وعند وقوعه يكون ناتج من الجروح العميقة او من قطع النخاع .

جروح القلب وشغاف القلب الخارجي

جروح شغاف القلب الخارجي : ان جروح الشغاف منفردة هي نادره جداً .

ان ترضيضات الناحيه القلبيه تحدث الكدمات ، الانصباب الدموي ، الالتهاب الشغافي الخارجي اليابس ، وحتى الالتهاب الشغافي الخارجي المتقيح ، مع كافة عواقبها .

ان الشغاف الخارجي يتمزق من تأثير الترضيضات الجنيمه ، وان الآلات الواخذه والقاطعة والنارية تثقبه .

٢ــ القلب : ان جروح القلب تحدث بتأثير الآلات الواخذه ، والقاطعة الواخذه والاسلحة النارية ، وبتأثير الترضيضات التي تقع على جدار الصدر الامامي .

وان للجهد تأثيراً هاماً بهذا الصدد ، وله اهمية كبري بقضايا عوارض العمل .

ان الجروح القلبية تحدث بالالآت الواخذه والواخذه القاطعة ، ومن منشأ جنائي على الاكثر ، وقضاء او انتحاراً نادراً .

ان الجروح الجنائيه تحدث بالموس والخنجر والسيف وكل الآلات المستعملة في احوال الانتحار ، وان الانتحار يكون بآلات واخذة على الاكثر . وان هذا الشكل من الانتحار يرتكبه المجانين خاصه بادخال ابر او غيرها من الآلات الخاصه كالمبرد وقطعة خشبيه مذربة بنهايتها ... الخ .

وان الجروح بالاسلحة النارية تحدث من منشأ جنائي ، انتحاري او قضائي . وان الاسلحه المستعمله هي الاسلحة القصيرة (مسدس) على الاكثر ، واحياناً البندقيات الحربيه او بندقيات الصيد . وان الناحية القلبيه هي الناحيه المنتخبه للانتحار وان المسدس هو السلاح الاكثر استعمالاً . وان وقائع الجروح القلبيه قضاء ، هي نادره جداً .

ان الترضيض القلبي ينتج عن صدمه تقع على الناحيه القريبة من القلب عن منشأ جنائي او قضائي على الاكثر . وبهذه الاحوال تكون الصدمة منفردة احياناً ، ومشتركة

مع جملة ترضيضات عامه ووخيمه (تامبونناه مان « سحق » ، ودهس ، سقوط من العلو ... الخ) احياناً .

الآفات

آ ــ المتحصله عن الجروح القلبيه بالآلات الواخذه والواخذه القاطعة ، والنارية :

ان هذه الجروح تصيب البطينات وخاصة البطين الايمن (حسب وضعه التشريحي المتعرض اكثر من بقية اقسام القلب) ، واما ان تنفذ لجوف القلب او تبقى منحصرة بالجدار العضلي . ويشاهد ثقب القلب من جانب لآخر بنصلة قاطعة او بمرمي ناري احياناً ومن الجروح الغير النافذه يجب ذكر الجروح الناريه التي تحصل من مرور المرمي مماساً للعضلة القلبيه وحافراً في سمكها قناة خطيه سطحيه .

ان حدوث الجروح القلبيه المارة الذكر منفردة نادرة الوقوع ، بل تشترك بجروح الرئتين والاوعية الكبيره الكائنة في قاعدة القلب ... الخ عامة .

ان الآلات الواخذه المخروطيه تحدث فرجات باستقامات مختلفة ، حسب وضع الياف العضله القلبيه بالطبقات المختلفة المشكله للجدار القلبي . وان الآلات الواخذه القاطعه تقطع الياف العضله القلبيه كالجلد . ويشاهد الجرح القلبي باشكال V و Z و L احياناً ، تحدث عن انقطاع الالياف القلبيه مكرراً ، وذلك من جراء التقلصات المكرره ؛ ويجب الحذر من تلقي هذه الجروح كجروح متعددة .

ان الآله الجارحة تبقى في العضلة القلبيه احياناً ، كما يحدث بالمرامي الناريه وذروات الآلات القاطعة المنكسرة ، غير ان الآله الخاصه التي تنفذ قسماً او تماماً او في الجدار القلبي هي الابرة .

٦ ــ الرضوض : ان الآفات التي تحصل في القلب من ترضيضات جدار الصدر الامامي متحوله حداً ، ويمكن حدوثها دون وجود آفات رضيه في الجلد وفي هيكل القوصرة الصدريه .

وان هذه الترضيضات تكون بدرجات مختلفة ، ومن البسيطه حتى المهلكة ، وهي :

كدمات ، نزوف تحت الشغاف الخارجي او الداخلي او في الشغاف الداخلي ؛ تمزق

الشغاف الداخلي ، تمزق الحبول والسويقات والدسامات القلبيه ، تزوف وتمزقات العضلة القلبيه . ان الترضيضات الشديده جداً تمزق وتقتلع اقسام القلب الداخليه (الجهاز الدسامي) . وان تمزق العضلة القلبية واقتلاعها لايحدث الا بالترضيضات المهلكة لدرجة تفوق حد التصور .

ان تمزق القلب يحدث احياناً بالواسطه : كثقب بذروة ضلع مكسور في الرضوض الشديدة . غير ان هذه الترضيضات تحدث بوقائع رضيه عامه وشديدة على الاكثر : كالدهس ، والسقوط من العلو الشاهق... الخ : وتشاهد نادراً بحوادث الترضيض الموضعي الشديد : كرفسة نعل فرس على الناحية القلبيه . ويذكر تمزق البطينات بحادث انتحار من طلق ناري غير نافذ على جدار الصدر الامامي . ويحدث تمزق القلب بجميع الاحوال التي تعرض القلب للتضييق بين عظم القص والعمود الفقري ، كانفجار البالون المتلي بالماء ، وان الاذينات تمزق باكثر سهولة من البطنيات .

ان اقتلاع القلب يكون جزئياً او كلياً ، فعندما يكون جزئياً تختل نسبة محاورته مع اوعية القاعدة قسماً ، والقلب المتمزق قليلاً او كثيراً ، يتفتق من الشغاف الخارجي المفتوح ، الملتصق بواسطة بعض الجسور باوعية القاعدة . وعندما يكون كلياً ، يصبح حراً تماماً . اذ يخرج من جوفه الشغافي ويتباعد من موقعه الطبيعي كثيراً او قليلاً وحتى شوهد مهاجراً لجوف البطن احياناً .

٣ ــ الجهد : ان الجهد يؤثر على الاجهزة لوحدها ، فيمزق او يخلع الدسامات من ارتكازها ، ويمزق الحبول والسويقات . وان ذلك يحدث بأحوال الجهد الشديده ، كالجهد الآتي لرفع مطرقة حداد ، او قطعة خشبيه ثقيله ، او قطع فحم حجري ... او بوقائع صرف الجهود العظميه لخلع باب ، او لدفع عجله محموله ثقيله في طريق متصاعد ، او بالتسلق السريع على الاعمدة .

٣ ــ نتائج جروح العضله القلبيه العامه

ان عواقب الآفات الجرحيه القلبيه متحوله جداً ، ولتسهيل مطالعتها يقتضي تقسيمها على الوجه الآتي : الجروح القلبيه (جروح الآلات الواخذة والواخذة القاطعه والناريه

الآفات الرضيه وآفات الجهد .

آ ــ الجروح القلبيه : ان آفات جروح الآلات الواخذه كالابرة ، ان اخرجت او ابقيت بنسج العضلة القلبيه ، يمكن ان تبقى دون ايقاع اي ضرر كان ؛ ولكن الجروح الكبيرة ، كالتي تحصل بالآلات القاطعة والواخذه وخاصة بالمرامي النارية تكون اكثر خطورة ، لان هذه الجروح اما ان تنتهي بالموت بلا فاصله بسرعه او متأخراً ، واما ان تشفي بذاتها او بمداخلة جراحية (تحت شرائط موافقة قليلاً او كثيراً ، وبغضون مدات مختلفة)

١ ــ الموت الآني: اما ان يحدث من تأثير الآفات القلبيه الجسيمه (كقطع الدسامات واشتراك البطينات وتخريب النسج القلبي بمقياس كبير) او من تأثير الغشى القلبي بصورة غير متناسبة مع درجة شدة الآفات .

٢ ــ الموت المتأخر : اما ان يحدث من الانصباب الدموي في جوف الشغاف الخارجي ، الذي لا يرى منفذاً لخروجه فيحدث التضييق على القلب حتى توقيفه ؛ واما النزف الحقيقي الذي يحصل عن خروج الدم من الجرحه القلبيه وسيلانه لجوف الصدر .

ويتأخر الموت اكثر من الحوادث السابقة ، بأحوال انسداد الجرحه القلبيه بتضييق او بعاقة او بقطعة شحم وتمتد الحياة مدة مختلفة ، وباحوال الاختلاطات الالتهابية كالتهاب الشغاف الخارجي المنقيح وتقيح الدم... الخ . وان الشق الاول هام جداً بنظر الطب العدلي .

٣ ــ الشفاء : ان الجروح القلبيه تشفى من نفسها او بمداخلة جراحيه ، غير ان الشق الاول غير مضمون ، ولا يمنع ظهور العواض التالية ، كتضييق الندبه بالشفاء الذاتي لسبب عدم كفايتها .

ب ــ الآفات المتحصله عن الترضيضات القلبيه : ان الترضيضات الخفيفة اما ان تنتهي بالشفاء بلا واسطه ، او ان تحصل افات ابتدائيه تكون منشاءً للعلل القلبية التي سنبحثها فيما بعد . وان الترضيضات التي تصيب القلب المؤف تكون سبباً لتشدد حالته المرضية طبعاً .

٤ ــ العلل القلبية الجرحية : هي ، التهاب الشغاف الداخلي الحاد ، الآفات الدسامية والتهاب العضله القلبية المزمنة .

التهاب الشغاف الداخلي الحاد : قد ثبت بالتجارب المجراة من قبل المؤلفين روزنباخ وديسوقوويج ونهتنهر وايخسلباوم على الحيوانات امكان حصول الالتهاب الشغاف الداخلي الحاد ؛ فعليه لم يبق مانع لقبول حصوله بالانسان ، ويذكر بالتطبيقات وقعه او وقعتين .

الآفات الدسامية : تحصل من التهاب الشغاف الداخلي المزمن او من تمزق الجهاز الدسامي دفعة واحدة ، ان وقائع الآفات الدسامية عن التهاب الشغاف الداخلي المزمن نادرة ، وهي وان تكن مقبولة نظرياً ، غير انه لا يمكن تشخيصها طبياً عدلياً ؛ وان وقائع الآفات الدسامية من تمزق الجهاز الدسامي الآني التي تحصل بتأثير الجهد الشديد سهلة التشخيص بالنظر لوضوح صورة ظهورها واعراضها وسيرها وانذاراتها .

التهاب العضله القلبية المزمنة من منشأ جرحي رضي ممكن ولا يمكن رده ، غير انه يستحيل تعيين مناسبة الجرح مع التهاب العضلة بصورة دقيقة . ولكن يمكن للجرحة القلبية ان تكون مبدأ لأم الدم القلبي وذلك عن توسع موضعي بجدار القلب بالنقطه التي توافق للترضيض الصدري .

٥ ــ اشتداد العلل القلبية من الجروح : من المعلوم ن الجهد والترضيض يزلزلان العضلة القلبية وبذلك تختل المعاوضة الموءمنة بالسعي التمادي بالمعلولين ؛ بالآفات الدسامية وان الترضيض يحدث هجمة حادة لالتهاب الشغاف الداخلي المزمن ، تنضم تأثيراتها وتشدد سير المرض .

٦ ــ الاسباب والتشخيص التشريحي للعلل القلبية الناشئة عن الجروح : ان تعيين التأثيرات المضرة المتحصلة من الترضيض الصدري على القلب سهله ، غير ان تثبيت تولد علة قلبيه ، او تشدد سير العلة القلبية الموجودة سابقاً صعب جداً .

وبالشق الاول تتعين موءفية القلب من تأثير الرضوض عند ظهور علائم علة قلبية بالاشخاص المالكين لقلب سالم او الذين لا شبهة في سلامة قلبهم ، او عند اختلال المعاوضة بالاشخاص المعلومه معلوليتهم مع محافظة المعاوضة .

ولتشخيص الآلة يقتضي مراعاة الخصوصات الآتية :

تشدد وخامة العلة القلبيه وسيرها السريري ؛ تمزق الجهاز الدسامي ؛ تزلزل العضلة القلبية التي تخل المعاوضة ، ويحتمل امكان قبول هجمة التهاب الشغاف الداخلي .

واما تشخيص ظهور العلة القلبية رأساً عقب الترضيض ، او تثبيت تأسسها تدريجياً بالاشخاص السليمين ظاهراً تستوجب مراعاة النقاط الآتية :

ففي الشق الاول ، اما ان يتمزق الجهاز الدسامي واما ان تختل المعاوضة بآفات الفوهة الخفية ، وان تثبيت التمزق الدسامي يكون اما بفتح الميت او بتثبيت الاصغاء لقلبه قبل الترضيض وسلامته ، وبأصغاء القلب عقب الترضيض او بعد فاصلة جزئية وثبوت مؤفيته بأسماع الزئيرات المرضية ، التي لم تكن موجودة قبلاً . وبغير هذا الشكل يقال من المحتمل حصول التمزق الدسامي ولكن لا يمكن تصديقة بصورة قطعيه .

واما اثبات تأسس العلة القلبية بعد الترضيض ببضعة اسابيع او ببضعة اشهر بصورة تدريجية ، يتوقف على ثبوت سلامة القلب قبل الترضيض بالمعاينة الطبية الوثيقه ، وبهذه الصورة يقبل حصول التهاب الشغاف الداخلي الجرحي ، وبخلاف هذا الشكل يقرر امكان حصول شدة وخامة العلة القلبيه الخفية . وعلى كل يجب التذكر بان شدة العلة القلبية لا يحتاج لشدة (ترضيض) ، فعليه قتل تصديق تأثير الشدة يقتضى الوثوق من عدم وجود سبباً آخر يساعد على توليد العلة القلبية .

٥ — جروح الجنب والرئة

ان جروح الاغشيه الجنبيه (بلورا) منفردة ؛ نادرة الوقوع ، وقيمتها الطبية العدلية ضئيلة . وان ما يحدث من جروح هذه الاغشية لوحدها ، خاصة بالآلات الواخذة والواخذة القاطعة من الانصباب الهوائي (بنوموتوراقس) والانتفاخ تحت الجلدي ، والورم الدموى الجنبي وما ينتج عنها من الآفات ، من جراء التقيحات الجنبية ، تماثل لما يحدث بوقائع مؤفية الجنب والرئة معاً .

ان الجروح الجنبية الرئوية تحدث بالآلات الوخذة والواخذة القاطعة والرضوض الصدريه ، والهام من هذه الجروح ، هو الرضوض الصدرية ، واما الآخرين فلاتحتاج للأيضاح .

الترضيضات الصدرية : ان الترضيضات الصدرية تسبب لترضيض الرئه وتنشأ عن ذلك الآفات الجرحية الرئويه ، كالضرب والاصطدام والدهس والسقوط من العلو...وتحصل في نفس الوقت كسور الاضلاع وغيرها من الآفات الصدرية . ويجب ان يعلم ان الترضيض يظهر احياناً دون حصول اى آفة كانت في الهيكل العظمي .

ان ترضيض الرئه يوصف ، منذ زمن (جوبه دولامبال) بثلاث درجات تشريحية :

في الدرجة الاولى : تكون الآفات خفيفة ككدمة سطحية ، او كدمة تحت الجنبية، تحصلان عن تمزق بعض الاوعية الشعرية :

وفي الدرجة الثانية : تتشكل محراقات نزفية تحصل عن تمزق غصينات شريانيه ووريدية وانابيب قصبيه متوسطة الجسامة وانصباب الدم ، تشابه محراقات السكته الرئوية ؛

واما في الدرجة الثالثة : فيكون النسج الرئوي متمزق ومتهشم ومسحوق ، ويشاهد بهذه الوقائع انصباب داخل الرئه مختلط مع الهوا الداخل من القصبات بمحراق مسدود او مشترك مع الجنب (بنوموتوراقس ، هموبنوموتوراقس) مترافق مع تمزق الجنب والانتفاخ تحت الجلدي .

وبالترضيضات الصدرية البالغة اقصى شدتها ، يشاهد اقتلاع الرئة من سرتها قسماً او تماماً .

ان آفات ترضيض الرئة اما ان تحدث بنقطة تطبيق الترضيض فتسمى الترضيضات بلاواسطه او المستقيمة ، اما ان تحصل بنقاط متباعدة عن محراق الترضيض فتسمي الترضيضات بالواسطة او الغير مستقيمة .

اعراض ترضيض الرئه : هذه الاعراض تختلف بأختلاف شدة الرض ووخامة الآفات المتحصلة عنه

وهي مستقلة تماماً عن آفات الاقسام الرخوة والهيكل العظمى (التى يمكن ان تفقد حتي بأشد الترضيضات الصدريه) .

ان ترضيض الرئة الشديد، يمكن ان يسبب الموت بمدة قصيرة، بظهور احد او جملة الاعراض الآتية : الغشي، التبرد ، الالم الشديد ، عسرت التنفس العميقة ، نفث الدم الصاعق او علائم النزف الداخلي .

واذا امتدت حياة الجريح يشاهد انصباب دموي مائي في الصدر ، مع علائم الانصباب داخل الرئة (النفخة الكهفيه ، الصحيف « Gargouillement » والطنين المعدني) والانتفاخ تحت الجلدي ، ونفث الدم ، والالم الصدري ، وعسر التنفس .

نفث الدم . ان نفث الدم يرافق الترضيض الرئوي على الاكثر، يمكن عدم مشاهدته حتى بوقائع التمزقات الحشويه الوخيمه ، ويتأخر ظهوره ٢٤ ساعه او اكثر وحتى لحد اليوم السادس من الترضيض احياناً . ويظهر مكرراً ويدوم بضعة اسابيع بعد الرض على الاكثر . ولما يتأسس بصورة دائمية بعد الترضيض يعتبر دليلاً لمبدأ السل الرضى

٣ ــ اختلاطات الترضيضات الصدريه : هي ، ذات الرئة ، ذات الجنب ، الغانغرين الرئيوي والتدرن .

ميخانيكية حصول اختلاطات الترضيضات الرئويه : هي بسيطه ، اذ الترضيض يوجد محراق نزفي ، فهذا المحراق يشكل وسط زرعي للجراثيم الموجوده في الرئة والقصبات، حين تمزق النسج الرئوي ، وللجراثيم التي تنفذ للقنوات القصبية ، مع السوائل الانقيه والقميه او الغبارات الهوائيه ، بواسطة الصدمه او ضياع الشعور اللذين يبطلان الافعال المنعكسه الطبيعية المدافعة للعضويه .

سنبحث هنا عن ذات الرئة وغانغرين الرئة واما ذات الجنب وسل الرئة فسنأتي على ذكرها في محل آخر .

آ ــ ذات الرئة الرضيه ــ تحصل عقيب الرضوض الصدريه الشديده التي تدوم برهة من الزمن ، غير انها تظهر عقيب الرضوض البسيطه احياناً وتكون العرض الوحيد للترضيض . . ولا يشترط كسور الاضلاع لظهورها ، ولكن الترضيضات المترافقة مع آفات الهيكل العظمي تسبب ظهورها اكثر من غيرها من الترضيضات .

ولا تحصل من الترضيضات الخارج الصدرية . وان داء الكحول والاصابة بذات الرئة

قبلاً يعدان من الاسباب المهيئة . خلاصه ، ان ذات الرئه الرضية اختلاط نادر الوقوع ، وبالاحصاآت لم تتجاوز نسبة ٤- ١٠٠ من وقائع ذات الرئه .

ب ــ التشريح المرضي : ان محراق ذات الرئه الرضية يوافق لنقطة تطبيق الترضيض . ويمكن حصوله بنقطة متباعدة استثناءً ولكن هذا التباعد لا يتجاوز الجهة الموافقة للترضيض وبعد ان تتأسس بموقع الترضيض ، يمكن انتشارها لبقية الاقسام الرئوية وحتى المرور للرئه المقابله .

ان الآفات التشريحية المرئيه التي تشاهد، هي آفات التكبد الاحمر على الاكثر، يعقبها التكبد الاسمر احياناً .

ان ذات الرئه الرضيه تترافق حتماً مع ذات الجنب، واحياناً مع آفات الشغاف القلب الداخلي ، والسحايا ، والشغاف القلب الخارجي ، والمفاصل ... الخ اختلاطاً كما هو الحال في ذات الرئه الطبيعيه .

ث ــ الاعراض : تظهر ذات الرئه الرضيه بعلائم سريريه نموذجيه تارةً وتارةً اخري بغير نموذجيه .

١ ــ الشكل النموذجي او الطبيعي يتماثل مع ذات الرئه الحاده والواضحة على قدر الامكان .

تشاهد في الدوره التي تنقضي بين الترضيض الصدري ومبدأ ذات الرئه اعراض الم الجنب ونفث الدم (بنتيجة الترضيض الصدري ويشكلان الاساس التشريحي لذات الرئه) ؛ وتبدأ ذات الرئه آنياً بظهور قشعريرة شديده ، و بحصول انحراف المزاج والحراره والسعال تدريجاً

ان الفاصله بين الترضيض وظهور المرض قصيرة جداً ، لا تتجاوز ٤٨ ساعه عقيب الرض ثبلي الوقائع ، وباليوم الاول ليست نادره . ان الاعراض والاختلاطات والانذار المرضيه بذات الرئه الرضية تشابه عيناً لذات الرئه الاعتياديه. وان القشعات تكون صديديه ومدممة .

ب ــ الشكل غير النموذجي : تكون الاعراض السريريه غير متناسبه مع الآفات التشريحية ، فبينما يكون سير ذات الرئه سليماً بشكل خاص مع ترفع حرارة خفيف والم وعسر تنفس معتدل وحالة المريض العامه حسنه ، يكون الارتشاح مستولي على فص

بكامله . ويقول بروست ان ذات الرئه الرضيه ، غب تأسسها ، تشاهد اعراضها بدرجة اخف منها في اعراض ذات الرئه الفصيه .

د ــ التشخيص الطبي العدلي : يستند على النقاط الآتيه :

١ ــ يجب ان يكون الترضيض واقعاً على الصدر ، وان يظهر المرض بالرئه الموافقه لجانب الصدر المرضوض ؛ وان يتوافق محراق المرض مع ناحية الرض .

٢ ــ يجب ان يكون ظهور المرض عقب الترضيض بفاصله قصيره ، وبقدر ماتكون هذه الفاصله جزئيه ، يرجح قبول المنشأ الجرحي . وان ذات الرئه التي تظهر بعد مرور ٥ ــ ٦ ايام بعد الترضيض لاتقبل وجود اي علاقة كانت مع الرض .

٣ ــ لايوجد اعراض مميزه بسير ذات الرئه الجرحية ، عن ذات الرئه الاعتياديه ، غير ان مشاهدة آفات رضيه في الصدر . كدمة ، كسر ضلعي ، نفث الدم بعد الترضيض ، والكدمات الميتيه (التي تشاهد بعملية فتح الميت) ، تجعل المنشأ الجرحي متحكماً .

ويجب ان لايسهى عن البال ، احتمال فقدان كافة علائم الترضيض الصدرية ، بوقائع ترضيض الرئه الحقيقية .

ب ــ الغانغرين الجرحي : نادر جداً ، ونذكر على سبيل المثال الوقعة الآتية :

شاب بحري في السابعة عشرة من عمره اصيب بجرح من قطعة فحم اصابته على صدره حين المشاجرة ، فأحس بوجع شديد دائم ، وظهر معه نفث الدم ودام بضعة ايام وانقطع عن عمله من اليوم الثاني لحادث الترضيض . وبعد اسبوعين دخل المستشفى وهو خاسف اللون ، ضعيف مع سعال وقيء مدمم كريه الرائحه ، وتوفي بعد مدة جرحه بمدة شهر تقريباً .

فتح الميت : شوهدت التصاقات بالاغشيه الجنبيه الصدرية الرئويه ، وانصباب جنبي محدود جداً ، وجوف ، مملوء لنصفه بمايع يشابه المايع المتقائي ، بالقسم الرئوي الموافق لنقطة الترضيض ، وان المايع المستخرج من الجوف مقداره ١٥ ــ ٢٠ اونس ؛ والجوف مشترك بفتحه ضيقة مع الانصباب الجنبي ومع بعض الانابيب القصبيه .

التشخيص : يستند لتدقيق الوقعه ، ان الشرط الاساسي ، هو وجود ترضيض صدري مع ترضيض رئوي ؛ والشرائط التاليه ، هي تناسب الموقع والزمان . ان موقع المحراق

يجب ان يكون بالرئه المصابه بالترضيض ، ويجب ان تكون الفاصله بين الترضيض ومبدأ المرض قصيرة ؛ وبنسبة قصر هذه المدة تزيد احتمالات قبول المنشأ الجرحي . غير انه عند امتداد الفاصله مع ظهور علائم صدوية تشعر بوجود محراق رضى رئوى سائراً للتحول الى الغانغرمن يكون المنشأ الجرحى ثابتاً . واما الغانغرمن الذي يظهر بعد شهر من الترضيض دون ظهور تشوشات صحيه وعلائم رئويه فلا يتصور له علاقة مع الترضيض .

جروح البطن

ان جروح البطن تحدث بالآلات الراضه او القاطعه والواخذه والاسلحة الناريه :

الترضيضات البطنية : كثيرة الوقوع ، وتكون من منشأ جنائي او قضائي ؛ وهي خفيفه حيناً وشديدة حيناً آخر . ان الترضيضات الخفيفة تكون احياناً خطره ، وخاصة عندما تصادف الناحية الشرسوفيه .

ان الترضيضات الشديدة تولد افات رضيه بدرجات مختلفة في الاحشاء البطنيه ؛ من ترضيض بسيط حتى التمزقات والعلقات الحشويه .

ان الآفات الخطره جداً تحدث من الشدد التي تؤثر بسطح واسع ، كالدهس ، والسقوط من المرتفع ، والهرس تحت الانقاض ، وسقوط اشياء ثقيلة فوق البدن ...الخ . وتحدث من الترضيضات التي تؤثر على سطح محدود احياناً .

ان تأثير الترضيضات الجسيمه ، التي تستولي على كافة جدار البطن ، على الاحشاء البطنيه يختلف على الاعضاء ، فالعضو الاكثر تأثراً هو الكبد ومن ثم الطحال وبعده الامعاء والمساريقا والمعده والمثانه والرحم والحمول ؛ واما الرحم غير الحمول فلا يصاب بأذى مطلقاً

ويجب الذكر ان جلد البطن يمكن ان يبقى سالماً حتى بأشد الترضيضات المترافقة مع اخطر الآفات العميقة . في الحقيقة ان الجلد الذي لايستند على سطح مقاوم ، يتهرب بلوينته من تأثير الرض ولا تحصل به اي آفه ، وكافة التأثير الرضى تصيب الاعضاء الكائنة خلف الجلد .

عندما يستولي الترضيض على الطبقات العضليه فلا بد من حصول انصباب تزفي فيها ؛ ولكن اذا حدث الموت بصوره سريعة ، فالانصباب لايجد متسعاً من الوقت للوصول الى تلوين

اللحافات ، التي لم يظهر فيها اثر للشدة (جروح وكدمات) على الاكثر .

٢ ــ جروح الآلات الواخذة والقاطعة والاسلحة النارية :

ان الجروح البطنيه بهذه الآلات تحدث على الاكثر من منشأ جنائي ، واحياناً عرضي ونادراً انتحار . وان الجروح الاكثر وقوعاً هي من الآلات الواخذة والقاطعة وتحدث في النواحي الاماميه من البطن : المراقين ، الناحية الشرسوفية والناحية الخثلية ، وان استقامة هذه الجروح هي من الاعلى الى الاسفل على الاكثر ، ولكن لتشديد التخريبات وبأمساك الآلة بصورة خاصه تحول من الاسفل الى الاعلى . ان هذه الجروح اما ان تنفذ لجوف البطن او تبقى منحصرة بسمك الجدار البطني . ويجب الذكر ان الآلات القصيرة يمكن ان تحدث تخريبات عميقة ، تجاوز تأثير النصلة الطبيعي كثيراً ، في الحقيقة ان تطبيق الآله على جدار البطن يخفضه ، ويسهل نفوذه الى عمق يفوق طولها .

ان وخامة الجروح البطنيه معلومه جيداً ، وهي اما ان تكون بلا واسطة (نزف) او تاليه (انتان ، التهاب الريطون... الخ) ، وان المداخلات الجراحية الحديثة خففت وخامة عواقبها .

١ ــ ترضيض الكبد : اما ان يحدث ، عن ضرب او اصطدام... الخ ، منحصراً في الناحية الكبديه ، او عن ترضيض واسع كالدهس .... الخ ، من سبب بلا واسطه ، او عن سبب بالواسطة كما هو في احوال السقوط من المرتفع ، فيبدل مكانه تبعاً لقانون الجاذبية ويتمزق بحذاء الرباط المعلق .

ان الترضيض الكبدي يحدث من الترضيضات الشديده ، غير ان عندما يكون الكبد معلولا ، فضربه خفيفه تكفي لتمزيقه . وان (تاماسيا) شاهد تمزق الكبد بضربه خفيفه ، بحذاء الحويصل الاكينوقوفي ، على كبد حامل اكينوفوق .

ان الآفات التشريحيه التي تحصل بالترضيضات الكبدى تتلخص كما يلي :

١ ــ تمزق النسج الخاص والمحفظة : وهي التي تشاهد على الاكثر ، والتمزق يكون واحداً او اكثر ، ويتوضع في الوجه السفلي وإستقامة قدامية خلفيه على الاكثر ، وعمقه متحول ، تارةً يكون خفيف جداً واحياناً عميق جداً حتى تفرق الاتصال في النسج

الخاص ، كتفريق الفص الايسر تماماً مثلا . وفي الوقائع الوخيمه يشاهد سحق النسج تماماً بدلاً من التمزق :

ب المحراقات التزفيه داخل النسج الخاص .

ح — اورام دمويه تحت المصليه مترافقة مع انفصال في المحفظة بنقطة الرض .

ان التمزقات الكبديه الجسيمه تهدد الحياة رأساً ، وتتزايد وخامتها بتأثير الآفات الحشويه وغيرها التي ترافقها بوقائع الترضيضات الجسيمه . واما التمزقات الصغيرة فيمكن ان تنتهي بالشفاء ، وتترك محلها ندبات منضمه .

يصاب الكبد احياناً بجروح غريبة الاشكال : مثلا يشاهد تمزق في القنات الكبديه او المراريه ، والاخطار التي تحدث عن هذه التمزقات لاتحتاج لايضاح .

ان عواقب الترضيضات الكبديه التي لاتنتهي بالموت ، بل سليمة ، اذ تكون عبارة عن وجع ويرقان سريع الزوال على الاكثر .

ان المرض الجرحي الكبدي الوحيد هو خراج الكبد ، وهذا نادر الحدوث .

٢ — ترضيض الطحال :

ان وقائع ترضيض الطحال تصادف بنسبة تقل عن الترضيض الكبدي . وتحدث عن صدمه على ناحية الطحال او بوقائع الترضيضات الجسيمه العامه . ان الترضيض ينتج تمزق الطحال . وان تمزق الطحال المريض هو اسهل من تمزق الطحال السليم .

وقد بين هذه الكيفية (به للورو) بمخطرته التي نشرها سنة ١٨٨٢ . في الحقيقة ، ان الطحال ، بالاشخاص المصابين بمرض الحمأ المتقطعة مكرراً ، يتضخم ويتغير نسجه ويصبح سهل التمزق ، فضربه خفيفه على ناحية الطحال تكفي لتمزيقه .

ان وقائع تمزق الطحال بنفسه ، اي بلا ضرب ولاجرح ، ممكنه ببعض الحالات المرضيه ، يقتضي تدقيق هذه الحالات بوقائع الطب العدلي . ويذكر ماشقا مشاهده ، ادعى بها ان تمزق الطحال حدث عن سؤ معاملة ، فتبين بعملية فتح الميت وجود اورام وعائيه متعدده في الطحال .

مشاهده — بينما كان شخص يركض في مذرعته اصطدم بغصن شجرتين افرنجي في

ناحية الطحال . فسبب تمزق الطحال والنزف البريطوني والموت .

ان تمزقات الطحال ، وان تكن بأن باعماق خفيفه فهي وخيمه بسبب النزف . مع هذا شوهد حدوث الشفأ ببعض الوثع، ويذكر هوفمان مشاهدة حدوث تمزق الطحال بشخصين توفيا عن كسر القحف بعد ١٠ - ١١ يوم .

٣ ــ ترضيض المعده :

ان ترضيضات المعدة تحدث عن تأثير تضييق شديد وثابت على الناحية الشرسوفيه ، كمرور دولاب عجلة ، صدمه آتية (ضرب عصا ، صدمة نعل فرس .... وغيره) ، او اصطدام بجسم صلب حين السقوط من المرتفع مباشرة ، وبالواسطه من رجفان البدن العام حين السقوط من المرتفع او الانصعاق او من الانفلاقات ... الخ

ان المعدة الفارغة تهرب بسهولة من التضييق فلا تتأثر من الرض، ولكن المعده المملوءه تتعرض بكليتها للرض . وتحققت هذه القضيه بالتجربة على الحيوانات ، ان المعده المملوءه كالدرف المملوء بالماء ، تنفجر بتأثير الضرب . ويحصل الترضيض ببعض الوقائع من اصطدام المواد الكائنة في جوف المعده بجدرانها

١ ــ الآفات الابتدائية : ان الآفات الرضية التي تحصل في المعدة :

١ ــ تمزقات او جروح الاقصه المختلفه

٢ ــ الانزفه

ان هذه الآفات تشاهد بوضوح تام بوقائع الموت التي تحدث عن جرح عظيم ، دون ان يكون هنالك آفات معدويه هامه حين حدوث الموت .

١ ــ التمزقات : اما ان تكون تامه فينفتح جوف المعدة ، او تكون تسميه فيتمزق قميص او قميصين من جدارها . وبالشق الاخير ينحصر التمزق بالقميص المصلي او الطبقة المصلية والعضلية او بالطبقه المصليه والمخاطيه . وان الشكل الذي يشاهد على الاكثر وهو الاهم هو تمزقات الطبقة المخاطيه . ان الموقع المنتخب لتمزقات المعده ، هو حدبتها الصغيره .

ب ــ الانزفة : اما ان تكون جزئية فتشكل كدمة واما ان تكون جسيمه فتشكل انصباباً ، وتكون على الاكثر بالطبقة المخاطية او بين الطبقتين المخاطيه والعضليه ،

اللتين تتفرقان بتأثير الترضيض .

ان جروح المعده اذا لم تحصل الموت بصورة آنيه (من الصدمه) او سريعة (تثقب، التهاب البريطوان الحاد) ، اما ان تسير بطريق الشفاء ، او تحول وتسير باختلاطات .

ان علائم ترضيض المعده ، هي . وجع المعده ، تقيؤ المواد الغذائية ، وخاصةً القيئآت الدمه .

ومن هذه الاعراض في الدم يفقد نادراً ولكن لوجوده قيمة تشخيصيه كبرى ، ويظهر آنياً او بعد مرور ٢٤ او ٤٨ ساعه ونادراً بعد تلك المدة عقب الترضيض: ويتكرر مرات عديدة ويداوم بضعة ايام . واذا دام مدة طويله او ظهر بعد انقطاعه يعتبر دليلاً على تشكل قرحة في المعدة . وتختلف كميته كثيراً .

ب ــ تحول واختلاطات الآفات الابتدائيه : قرحه ، خراج ، ناسور ، تضيق البواب، واهمها القرحه.

قرحة المعده : تماثل بمرض « كورويهر » ، وتبرز اشكالاً سريرية مختلفة ، تنقسم الى صنفين :

١ ــ الوقائع السريعة السير ، التي تكون سليمة على الاكثر

٢ ــ الوقائع المزمنة السير

١ ــ الوقائع السريعة السير : يتأسس المرض عقب الرض وظهور علائمه . ان الوجع لا يزول ، وقيء الدم اما ان يدوم او يعود بعد انقطاعة ، وتظهر النوبات عقيب الطعام .

ويستعيد الشخص صحته بعد بضعة اشهر احياناً . وتشاهد وقائع النكس كما هو الحال بمرض قرحة المعدة .

ان قرحة المعدة الجرحية تبدأ باعراضها الكاملة ، مع انه في قرحة المعدة المرضية تظهر الاعراض الواحدة تلو الاخرى تدريجياً . وان الوقائع التي تنتهي بالموت ليست نادره .

٢ ــ الوقائع المزمنة السير : بهذه الوقائع يكون سير قرحة المعدة ــ بعد تأسسها ــ بصورة بطيئة ، كما هو الحال في حوادث قرحه المعدة المرضية . وينتهي سيرها بالشفاء

على الاكثر ، وبالموت استثناء . والواقع ان اكثر الوقائع تغيب عن النظر ولا يعلم مصيرها .

مشاهدة ــ موظف سكة حديد اصيب بترضيض في الناحية الشرسوفية من صدمة صمنة (تامبون) واغون ، عقبها الم دائم ، ولم يظهر في الدم . غير ان حالته ساءت يوماً فيوم ، حتى ظهر معه بعد ستة اسابيع الالم المزق بحذاء المعدة ، وبعد ثلاثين يوماً توفى .

فتح الميت : شوهد ثقبة بحذاء الحدبة الصغيرة بحجم برغوت كبير والتهاب البريطون الحاد .

٣ ــ تكون المرض : ان صورة تشكل القرحه المعديه الجرحيه مجهول كما هو في القرحه المعدية المرضيه . ومجهول ايضاً اسباب انتهاء اكثر الترضيضات المعدية بالشفاء وتحول بعضها للقرحة المعدية .

٤ ــ ترضيض الامعاء : ان الترضيض الذي يقع على جدار البطن يمكن ان تنشأ عنه آفات معائيه ، خفيفة وخيمة ، مع بقاء الجدار سالماً . وهذه الترضيضات تؤثر على الاكثر على البريطون .

ان الترضيض المعائي يحدث من صدمة رضية محدودة على الجدار البطني (ضرب عصا ، ضربة نعل فرس ... الخ) ، او بالتضييق عمليه (الردم ، التضييق بين مركبتي سكة حديديه ، او مرور دولاب عجلة فوق البطن ... الخ) .

آ ــ الآفات : ان الآفات المتحصلة عن الترضيضات هي :

١ ــ الآفات الرضيه ، ٢ ــ التمزقات دفعةً واحدة

ان الآفات الرضيه تحدث عن سحق الأمعاء ، واما التمزقات الآنيه فتحصل عندما تتعرض الامعاء للتضييق والانسحاق بين القوة الراضة والقوة المقاومة (العمود الفقري والحفرة الحرقفية) وانفجارها . وذلك بتناقص قطر الامعاء المملوءة بالمائعات وبالغازات لدرجة تستوجب انفجارها .

ان الامعاء الرقيقة معرضة للترضيض اكثر من المعاء الغليظ ، والمعاء المستقيم يبقى

سالماً لوضعه العميق ، والامعاء الاثني عشري يصاب بنسبة تقل عن المعاء الصائمي وخاصةً عن المعاء الدقاق قرب نهايته .

ان التمزقات المعائية اما ان تكون تامة اي ممزقة الاقصة الثلاثة بأمتداد كافة محيط الامعاء او بنقطة محدودة ، او تكون منحصرة بقميص واحد .

ان الآفات الرضية تحدث عن انسحاق الاقصة ، والانزفة التي تحصل بتضاعيف فواصلها وانفصالها .

ان الترضيضات السليمة ، كالكدمه السطحية (والانصباب الدموي المعتدل) فانها ترمم بسهولة . واما الترضيضات الوخيمة ، كتموت الاقصة او انفصالها الواسع ، والانصباب الدموي الجسيم ، فتنتهي بتقرح الانسجة . وان التقرح (الخشكريشه) الذي يستولي على جدار المعاء بتمامه فيترك ثقباً كاملاً عند انفصاله ، وهذه لا ترمم بالتندب ، بل يمكن ان تنتهي بتضييق معائي .

ويضم على هذه الآفات ، آفات المساريقا والسرب (تمزق واقتلاع) التي تحدث مترافقة مع الترضيض المعائي .

ب ــ الاعراض : ان الاشكال السريرية تختلفه جداً : سليمة ، وخيمة .

الشكل السليم : اوجاع بطنية ، انتفاخ البطن ، اسهالات مدممة ، وجميع هذه الاعراض تزول ببضعة ايام .

الاشكال لوخيمة : وهي الاشكال البريطونية خاصةً .

ان ظهور الالتهاب البريطوني المنتشر الحاد رأساً يدل على تمزق الامعاء دفعة واحدة ، وان التهاب البريطون الحاد المتأخر يدل على التثقب المعائي التالي الحاصل عن سقوط قطعة متقرحه (خشكريشه) ، وهذا الاخير هام جداً بنظر الطب العدلي . وان اللوحة السريرية تظهر كما يأتي :

ترضيض بطني ، علائم آنية خفيفة او مفقودة ، من ثم ، بينما المريض يظهر بحالة الشفاء والبرء من كل خطر ، تظهر عليه علائم التهاب البريطون .

والخلاصة ان الترضيض البطني ، يحدث احياناً التهاب البريطون الحاد المنتشر ، دون

ان تشاهد بعمليه فتح الميت آفة ما معائيه او معدوية، تفسر حصول هذا الالتهاب البريطوني الحاد . ولكن الامر الذي لا شك فيه هو ان الترضيض يغير الاوصاف الحياتيه للجدار المعائي ، فيساعد على مرور الجراثيم الكامنه في الاجواف الهضميه ، بين الاقصة المعائية والتوصل لاحداث انتان في الطبقة المصليه .

كما ان الترضيض البطني يسبب ظهور علائم التهاب البريطون المزمن الالتصاقي المحدود الذي يحدث اوجاعاً دائمه وينتج معلوليه حقيقه . وفي هذه الحالة لا يظهر شئ بالاستقصاء الاصولي ، ويشتبه بالتمارض . ولكن المداخلة الجراحيه تظهر الاعضاء المختلفة ملتصقة ببعضها البعض وبالجدار ، وبازالة هذه الالتصاقات تزول الآلام .

الاختلاطات المتأخرة ، يذكر حدوث تضيق الامعاء بعدة وقائع ، وتغلف الامعاء الرضى ببعضها .

التهاب الذيل الدودي الرضي: ان الرض لا يولد التهاب الذيل الدودي ، ولكنه يوقظه او يشدده ، ويحدث عقيب ضرب على جدار البطن رأساً، او اثر السقوط من مرتفع وارتجاج البدن .

٣ ــ جروح المعاء المستقيم : ان جروح معاء المستقيم تشكل مجموعة مستقله بالامراض المعائية الرضيه ، وتحدث عن ادخال الاجسام الاجنبية ، جنائياً او عرضياً . سنوردها في مبحث التعرض على العرض .

ز ــ جروح الجهاز البولي

١ ــ ترضيض الكلية :

آ ــ الاسباب العامه : ان ترضيض الكليه يحدث اما من عوامل بلا واسطه او بالواسطه .

ان العوامل التي هي بلا واسطه تؤثر اما على الناحيه القطنيه (ضرب ، صدمه، تضييق) او على الناحيه الاماميه او الجانبية من البدن(مرور دولاب ، دهس بكتلة ثقيلة) ، او بالتضييق المتقابل من الامام الى الخلف على البدن (السحق بين صمنتى « تامبون »

عربات السكة الحديدية مثلاً .

واما الاسباب التي هي بالواسطة ، فهي ، السقوط من مرتفع على المقعد او الاقدام والسقوط بحاله تشرق الساقين « كوضعية التهيؤ للفروسية » .وان بعض المؤلفين تشك بوجود هذه الاسباب .

ان الترضيض الكليوي الناتج عن التقلص العضلي بأحوال الجهد الشديد، اوالانقلاب الآني الى الخلف،وان قبله بعض المؤلفين من الآلمان ، غير انه لم يزل قيد المناقشات الفنيه .

ب ــ الآفات : صنفها توفقيه الى ثلاث درجات :

١ ــ الدرجة الاولى : كدمات تحت القشريه

٢ ــ الدرجة الثانية: انصباب دموي تحت المحفظة ومحراقات دموية في المادة القشريه وحتى في المادة المخيه ، تمزق النسج الحشوي ، ومحراق التمزق يوصل بين الحويضه والحالب.

٣ ــ الدرجة الثالثة : تمزق المحفظة ونسج الكليه الخاص وتغير عضويته . ويكون التمزق بشكل نجمي وذا شعبات عديدة ، ويكون عادة منفرداً ويقسم الكليه من جانب لآخر ، وذلك فوق القسم المتوسط في الوجه الامامي او الحلمي ، وتارة يكون التمزق متعدداً . وتنقسم الكليه احياناً الى قسمين متساويين على التقريب.وبدرجة مترقية اكثر من ذلك يحدث سحق الكلية وانقسامها الاربع او خمس قطعات، وقد تقتلع الكليه بالترضيضات العظيمه .

ان الآفات الكليوية الشديده يرافقها انصباب دموي (من تمزق المحفظة) للنسج الشحمي، ويمكن مشاهدة الانزفه في النسج الشحمي دون تمزق الكلية .

ان الترضيض الكليوي يحدث ،طبعاً، آفات اپتلياليه (تخر واستحالة الانابيب المعوجة الشحمية» وقد شوهد ذلك في عمليات فتح الميت ، ببعض الاجساد الميته عن ترضيضات خارج الكليه .

الاعراض : ان الاعراض الموضعية الهامة ، هي :

الكدمة المتباعدة : التي تظهر في نواحي الثنيه المغبنيه ، الصفن والحلقة المغبنية ،من انتشار الانصباب الدموي ، وهذه الكدمة تظهر متأخرة طبعاً ، وتشاهد بعد الجرح بمدة ٦ - ٧ ايام .

الورم القطني : يحدث عن الانصباب الدموي في محيط الكليه .

تبول الدم : ان تبول الدم في ترضيضات الكليه يماثل نفث الدم في ترضيض الرئه .

وهو عرض ثابت على التقريب ، الا بالترضيضات الخفيفه او الترضيضات الشديدة جداً (اذ تتغير عضوية نسج الكليه تماماً) ؛ وان مقداره يتحول حسب الوقائع ، ويظهر عقب الحادث اعتيادياً ، ولكن يمكن ان يتأخر لمانع تشريحي ، كما انه يمكن ان يدوم اياماً عديده .

وما عدا تبول الدم يشاهد تبول الزلال ، وافراغ الاسطوانات الشفافه والحبيبيه بدرجه تتناسب مع الآفات الاپتياليه المبينة اعلاه .

ان الترضيضات الكليويه الجسيمه ، التي يندر انفرادها لوحدها ، تسبب الموت طبعاً ، وان انذار (عواقب) تمزق الكليه المنفرد تكون اكثر سلامه .

الاختلاطات : ان الترضيضات الكليويه التي لاتنتهي بالشفأ بصورة كاملة ، تنتج حصول عوارض اختلاطيه متعدده :

خراج الكليه ، التهاب الكلية والحويضه ، التهاب محيط الكلية المتقيح ، استسقاء الكليه ، اكياس الكليه ... الخ سهلة الايضاح والتشخيص .

وما عدا هؤلاء تذكر اختلاطات نادرة الوقوع ، التهاب الكليه الجرحي وسقوط الكليه ، غير انها تحتاج للمناقشة حالاً .

التهاب الكليه المرضي : ان وجود هذه الآفة لم يتحقق تماماً في الحالة الحاضرة . غير انه من المحقق ، ان الترضيض الكليوي يحدث بعض تحولات بولية ، (وذلك ثابت ببعض المشاهدات) . واهم هذه التحولات ، تبول الزلال العرضي او الدائمي ، منفرداً او مترافقاً مع الاستسقاء العام او التهاب الطبقة الشبكيه او تسمم البول من الاعراض الكليوية التحت الحادة او المزمنه .

ولحدوث هذه التحولات يقتضي وجود آفات كليويه طبعاً ، ولكنها غير معلومه تماماً .

غير ان الوقائع التي اطلق عليها اسم التهاب الكلية الجرحي ، تبين انها من وقائع التهاب الكليه المزمنه المتشدد سيرها بسبب الجرح . لذلك يقتضي بذل اقصى الاهتمام والدقة الزائدة بوضع تشخيص الالتهاب الكليه الجرحي .

ب ــ سقوط الكلية : ان هذه الآفة ايضاً تحتاج للمناقشة ، مع انه لايشتبه بوجود سقوط الكليه الحقيقي او الابتدائي الجرحي ، غير ان الوقائع التي تصادف على الاكثر ، تبين ان الترضيض اظهر سقوط الكليه الذي كان خفياً ، لذلك الحين .

٣ ــ تمزق المثانه : يشاهد نادراً ، بدهس الاشخاص تحت الاقدام عندما تكون المثانة ممتلئة كالسكارى : واما تمزق المثانه المترافق مع كسور الحوصله يشاهد بكثره بوقائع الدهس او السقوط ، ولكن اهميتها الطبيه العدليه تاليه .

جروح الاعضاء التناسلية في الذكور

ان الذي يشاهد على الاكثر هو ، جروح الآلات القاطعة وغيرها من الجروح والترضيضات .

جروح الآلات القاطعة : تحدث قضاءً ، اختيارياً ، او جنائياً .

ان قطع وتخريب الاعضاء التناسليه بصورة اختياريه (اي الاخصاء التام) يحدث من قبل المجانين كما انه يحدث احياناً اتباعاً لعقيدة مذهبيه .

واما الاخصاء الجنائي فيشاهد ببعض الوقائع منفرداً ، غير انه يكون على الاكثر مترافقاً مع غيره من الجروح .

٢ ــ الترضيضات : الاقتلاع الذي يحصل عرضاً بالآلات الصناعيه ، وان الفاغرة من القسمي او التام الذي يحدث من ربط القضيب بالاولاد لمنع تبولهم ليلاً في فراشهم او من امرار القضيب بحلقة لمنع الاستمناء باليد يشكل حداً فاصلاً بين الجروح والترضيضات .

ان ترضيض الاعضاء التناسلية الخارجيه يحدث قضاءً او من منشأ جنائي .

وان اخف ترضيض في الخصيه يمكن ان يسبب الموت الآني بالنهي العصبي .

وان ترضيضات الصفن الوخيمة تحدث انزفه واسعة تحت الجلد ، تنتشر للنواحي السفلية من البطن والفخذ .

التهاب الخصيه الجرحي : عقب ترضيض الصفن تحصل آلام شديدة مترافقة مع الغثي والم دائم (حس وجع مع ثقل) منتشر للبطن . وبعد هذه الاعراض الآنيه يظهر تورم

في احدى الخصيتين او في الخصيتين معاً مع انتباح في الصفن ، وتنتهي هذه الاعراض ببضعة اسابيع دون تقيح بالشفاء ، او بضمور الخصيه المميز بصغر حجمه ، اذ تصبح الخصيه بحجم نواة العنب

ان هذه العلائم ليست من التهاب الخصيه ، بل من سير ونتيجة الترضيض ، وذلك ثابت بصورة لاتقبل الشك . ويوجد ممارضون كثيرون لتكون الالتهاب الخصيه الجرحي الابتدائي والحقيقي.

ان التهاب الخصيه والبربخ الحقيقي الذي يحصل بعد الجرح ، ليس هو في الحقيقة سوى التهاب الخصيه التالي ، او التهاب الخصيه المستيقظ ، وذلك اما ان الشخص يكون مصاباً بالتهاب البربخ وليد حرقة البول ، توقظه الجروح ، او انه مصاب بالتهاب الاحليل الخلفي او التهاب البروستات المزمن ، فينتشر الالتهاب بالطرق اللنفائيه او الدفقية الى محراق الخصية بتأثير الترضيض ، كما هو الحال بجروح التهاب الخصيه الدرنيه .

جروح اعضاء التناسليه النسائيه

ان هذه الجروح تحدث بالاعضاء التناسلية الداخلية او الخارجية . وتصنف ، بصرف النظر عن الآلات التي تحدثها ، على الوجه الآتي :

١ ــ الجروح التي تحصل بقصد اسقاط الجنين

٢ ــ » » من الافعال التناسليه طوعاً ام كرهاً

٣ ــ الجروح التي تحصل من الولاده واسقاط الجنين

٤ ــ » » بقصد جنائي دون ان يكون لها مناسبه بالافعال التناسليه

٥ ــ الجروح التي تحدث قضاء

ان القسم الاول سنورده بحث اسقاط الجنين ، والثاني بحث التعديات الاخلاقيه ، والثالث بحث الولاده . وسنورد هنا القسمين الرابع والخامس .

ان الجروح الجنائيه نادره ، واما الجروح التي تحدث قضاء فتحصل على الاكثر من السقوط على الفرج والمبيل فوق اشياء بارزه ، وخاصة بأحوال سقوط الاطفال بوضعية

تباعد الساقين المماثلة لوضعية التأهب لركب الحيوان . وان وخامة هذه الجروح تحدث عن الانزفه ، كنزف الناحية البطريه مثلا الذي يسبب الموت ، وان الحمل يزيد وعائيه الاعضاء التناسلية .

الآفات الرضيه العامه

ان الرض يدعو حصول بعض الانتانات العامه والتشوشات العصبيه والتشوشات الاغتدائية. ومن الانتانات ــ بصرف النظر عن بعضها كالكزاز وتقيح الدم و انتان الدم ... الخ التي ليس لها قيمة طبية عدلية خاصة ــ يجب ذكر الانتان التدرني (السل) والسرطان .

ومن التشوشات العصبية ، يذكر : الاختناق الرحمي ، النوراستهنيا والنوروز الرضي .

ومن التشوشات الاغتدائية ، يذكر مرض الديابيت السكري .

آ ــ الانتان التدرني الرضي او داء السل الرضي ، يظهر خاصةً بموضع الرض ، ونادراً بحالة التدرن العام ، واحياناً يشاهد تعمم السل الموضعي عقب الرض . ان الوقائع الهامه بنظر الطب العدلي ، هي ، وقائع السل الموضعي (الرئوي ، الجنبي ، الحضيوي والمفصلي من البديهي ان هذا الداء الوبيل لايظهر الابتأثير جرثومه الخاص (باسيل كوخ) ، فعندما يظهر عقب الرضوض المترافقه مع تفرق اتصال نسجي اي جروح ، يحتمل ان يدخل الجرثوم من الآله الجارحه الملوثه بهذا الجرثوم ، ولكن المرض يظهر على الاغلب من تأثير الجراثيم الموجودة قبلا في البدن كما هو الحال بالرضوض الغير الجرحيه ، اذ من المعلوم ان جراثيم كوخ كغيرها من الجراثيم توجد بصورة مبذولة في الطرق التنفسيه . فعليه ، ان الرض اما ان يظهر الداء الموجو في العضويه ، بصوره خفية عن حامله ، واما ان يشدد سير الداء ، الموجود قبلاً بدرجة لم تزعج حامله ، موقتاً او بصورة دائمه ، او ان يكون الداء موجوداً في الدورة الدموية او بنقطة مجاورة للرض ، فتتوضع الجراثيم بموقع الرض ، ويظهر المرض ، الذي لم يكن وجوده ثابتاً قبلاً سريرياً .

السل الرئوي الرضي : يحدث عقب جرح نافذ للرئه ، او من الترضيض الرئوي الحاصل عن ترضيض الصدر ، ويظهر عاجلاً او متأخراً ، والشق الاول هو الاكثر وقوعاً ،

فيبدأ اما بعوارض رئويه حمويه غير نموذجيه او بنفث الدم المكرر . وفي الوقائع المتأخرة ، يظهر المرض بعد مرور مدة عن وقوع الترضيض ، وهذه الوقائع تدعو الى الاهتمام والتدقيق الزائدين. وشاهد بوتن ظهور السل الرضي بعد مرور شهرين عن وقوع الرض . ولتشخيص السل الرضي ، يقتضي الاستناد على الاساسات الآتيه :

١ ــ يجب ان يكون الشخص مالكا لصحته الكاملة ظاهراً او مثبتاً بالمعاينات الطبيه

٢ ــ ان يكون موقع الآفه في نفس ناحية نقطة تطبيق الرض ، اي اذا كانت الآفه في الرئه اليمنى يجب ان يكون الرض بجانب الصدر الايمن ، والافضل ان يكون محراق الرض موافقاً لمحراق المرض .

٣ ــ ان تكون المدة الفاصله بين وقوع الرض وظهور المرض معقوله ، وبنسبة تباعد الاعراض المرضيه عن زمن الرض تضعف احتمالات تأثير الرض .

ذات الجنب الرضي : يحدث بمحراق الرض كالسل الرئوي الرضي وتشخيصها تابع لنفس القواعد المذكورة اعلاه .

التهاب المفصل الدرني والتهاب الخصيه الدرني : من المحتمل ظهور هذه الآفات عقب ترضيضات بسيطه جداً (وني) ، كما انه يحتمل عدم ظهورها عقب الترضيضات الوخيمه .

ب ــ داء السرطان الرضي : يقول الاستاذ (سه نموند) ، لا يمكن لاي رض كان ان يخلق داء السرطان . وان تأثير الرض على ظهور هذا الداء هو كتأثيره بداء السل ، موقظاً او مشدداً او مثبتاً .

موقظ : يكون السرطان موجوداً في البدن ولكن غير مسترع نظر حامله ، فلا يظهر الا بعد العارض الرضي ؛

مشدد : يشتد سير السرطان الموجود في البدن عقيب الرض

مثبت : وهذا الشكل يتصور بثلاث صور :

١ ــ ان الرض يصيب الشخص وهو بحالة الصحة الظاهريه وبحذأ منطقة سالمه ظاهراً. يشترط لذلك : ثبوت الرض ، وكفاية شدته وسلامة الناحيه الواقع عليها الرض ، وموافقة محراق الرض لمحراق الآفه ، وقرب تاريخ ظهور الورم بشكل يساعد على قبول سير المرض ؛

وان تقدير هذا الشرط الاخير لذو اهمية عظيمة ، اذ يقول (سه غوند) ان هذه المده يجب لا تجاوز ٢ ــ ٣ سنين ، واذا تأيد سير المرض غضون هذه المده بوجود اوجاع ، تورم ، انصباب دموي ، نواة متصلبه ، تقيحات او ندبات يكون الحادث اقرب الى القناعة ، ولكن لايشترط ذلك .

٢ ــ ان الرض يصيب شخصاً مريضاً بداء السرطان ، بناحية ساله منه ، فيسبب انتقال المرض لهذه الناحيه وذلك يثبت حسب الشروط السابقة الذكر .

٣ ــ ان الرض يصيب شخصاً غير مصاب بداء السرطان وقت الحادث ، غير انه يكون حاملاً باحدى نواحي البدن آفات مهيئة للاستحالة السرطانيه مؤخراً : كالندبات القديمه والمجاري الناسوريه العظمية او الحشوية ، القرحات الجلديه والاندملات القديمه ، والاورام الناعظة الوعائية الصباغية .

ويجب العلم ان الآفات المذكورة ، يمكن ان تحول بذاتها للاستحالة السرطانيه التاليه عندما تكون حادثة عن ترضيضات سابقة . ويذكر مشاهده ، حدثت بها الاستحالة السرطانية بقرحه معدويه من منشأ رضي .

(الاختناق الرحمي الرضي)

ان مرض الاختناق الرحمي الرضي يتميز بتظاهراته الموضعية ، ويحدث عادة عوارض خفيفه وموضعيه ، كضربه او صدمه او وخذه بسيطه . وينضم للصدمه الحكميه احياناً الصدمه الروحيه ، كالرعب .

وهذا الترضيض الخفيف يسبب احياناً ، ظهور علائم فلجية او اختلاجية هيستريائيه مباشرةً او بعد مرور فاصله ، قل او كثر امتدادها ، تسمى بدور المراقبه .

ان الفلج يكون رخواً اي غير متقلص ، وينحصر بقسم من احد الاطراف احياناً ، فيسمى الفلج القطعه وي ، ويكون موافقاً لمحراق الرض ، ويستولي احياناً على احد الاطراف ويسمي الفلج الوحيد الطرف وهذا يكون خاصةً عضدي ، او على نصف البدن الطولاني ويسمى الفلج النصف الطولاني ، او على النصف السفلي ويسمى الفلج النصف السفلي .

ولهذا الفلج اوصاف مميزه تفرقه عن الفلج العضوي . وان تفريقه من الفلوج الدماغية والنخاعية والناشئيه عن التهابات العصبيه ، تستند على عدة علائم تشخيصية :

حالة التغذي بالطرف او الاطراف المفلوجه، التعامل الكهربائي والعضلي والعصبي ، حالة الافعال المنعكسة والمعصرات . وبذلك يصبح التشخيص سهلاً .

وان التقلصات كالفلج ، تكون قطعةويه ، وحيدة الطرف،او نصف طولانيه اونصف سفلية ، وتصادف اقل عدداً من الفلج .

ويوجد شكل خاص لهذه التقلصات، اذ تجعل احد المفاصل غير متحرك ومؤلمه ويسمى الالم المفصلي الهيستري ، وان المفصل المنتخب لهذه الآفه هو المفصل الحرقفي الفخذي .

وان (بريسود) لخص اللوحة السريريه والتشخيص العنصري لهذه التقلصات كما يأتي :

لاتشاهد قطعاً بالتقلصات الهيستريه علائم (الارتجاجات الشبه الصرعية الحقيقيه او علامة الابهام) ، فرط انتباه المراكز المنعكسه للنخاع التي تحصل بأحوال استحالة الحزمة الاهرامية .

وهذه التقلصات تتميز بشدتها ، فتكون حالة الصمل العضلي بها تزيد عما تصل اليه التقلصات العضويه . وانها تحتاج لارادة استثنائيه او مرضيه بالاحرى لضبط فعالية الليف العضلي بتلك الدرجه .... بل هي تبلغ ذلك وتجاوز حد الامكان .

ان المصاب بالفلج النصفي الاعتيادي يسعى لفتح راحه يده وتفريق الاصابع وتخليص الابهام ، واما المصاب بالفلج النصفي الهيستري، فانه يفاجيئك بقوله لالزوم للتشبث لفتح يده لانه سوف لايأتي بفائدة . واذا تظاهر بارادته لفتحها ، تراه يلتوي بأطوار غريبه ومضحكه على الاكثر ، ويظهر الاشمئزاز وتقطب الوجه مع تحسر وانين ، ويطبق يده بأحكام متظاهراً ببذل الجهد الزائد لفتحها . فهذا العرض وحده كافياً لتثبيت التشخيص التفريقي للتقلصات العضوية عن التقلصات الهيستريه .

سابقاً ، كان يضم لهذه الاعراض الحركيه (الفلج والتقلص) بعض التشوشات الحسيه والعلائم الهيستريه (تضيق الساحة البصرية ، عسر تميز الالوان وفقدان الفعل المنعكس البلعومي ...الخ)، غيرانه قد ثبت في يومنا هذا ، منذ تدقيقات بابنسكي، بان هذه التشوشات الحسية (فقدان الحس او تزايد الحسيه القطعةويه) لم يكونا سوى نتيجة المعاينات الطبيه المكررة ؛ تلقن المرضى والطبيب نفسه هو الذي يقوم بالتلقين . وعندما تعلم طرق عدم

تحصيلها ، لاتصادف .

وان الاعراض الحركية ذاتها تحدث عن تصنع او تلقين . وان العرض الذي لايمكن تصنعه ، فهو ليس من منشأ الهيستريا . ولا يوجد علامة تساعد على التفريق بين الفلج المصنع والفلج الهيستري الحقيقي . ان الاستاذ بريسود كان يحصل بتلاميذه فلج الكتف الاختناق الرحمي حينما يريد .

فلذلك يقتضي اخراج كافة الفلوج المصطنعه اختيارياً من جدول اختناق الرحم الرضي فتبقى الفلوج الغير المصطنعة ، ولكن هذه ايضاً ليست حقيقية لانها تحصل اما عن تصنع غير اختياري او عن تلقين . وهذا التلقين يحدث احياناً من قبل المريض نفسه لنفسه آنياً او تدريجاً ، واحياناً يجري من قبل مجاورية ، على الاكثر ، الطبيب ذاته يقوم بهذا التلقين ببثه في نفس المريض عدم امكان استعماله احد اطرافه وان تأثير الرض في تحصيل مرض الاختناق الرحمي الرضي ، هو لاشي او لاشئ تقريباً ، والتأثير كله يعود للتلقين . وان ماتضمنته هذه الفقرة هو الاساس الواجب اتباعه في تعيين الانذار والتطبيقات القانونيه .

وان ماقيل عن الفلوج يطبق عيناً على التقلصات .

النوروز الرضي

ان النوروز الرضي يحدث عن الرض والتهيج . ان الرض الذي يولد النوروز ، هو الذي يقع على القحف او النخاع بلا واسطة وبصوره شديدة ، يحصل اهتزاز الجمله العصبية بصورة قطعيه ، بنتيجة ارتجاف وارتجاج البدن . وينضم اليه تأثير التهيج الذي يرافق اكثر الترضيضات الجسيمه . واما التهيج وحده فلا يكفي لتحصيل النوروز الرضي .

الاعراض : لوحته السريرية متحولة جداً ، والاعراض التي سنوصفها لاتتكامل بالوقائع .

المنظره الوجهية ، يجللها اليأس والفتور وجمود النظر وثبات الخطوط الوجهية ، المشي يتوافق مع المنظرة الوجهيه ، الساقان تكونان عموديتين ومتفرقتين ، الركبتان صعبة الانحناء ، وترفع الرجلين من الارض بصعوبة .

الاعراض الروحيه الاساسية : تغير السجايا ، تناقص الذاكرة وملكة التدقيق ؛

تناقص الذكاء ، قلة النوم ، الكابوس ، افكار داء المراق ، ضعف القدرة والارادة ، الضجر والخوف .

والشخص المصاب بالنوروز الرضي يكره الاجتماع ، يرغب الانزواء ، سريع التأثر والتهيج ، مئوس من حالته ، مهمل ، وغير مبال والحافظة تظهر خلايا وثقوب ، فالشخص ينسى الوقائع حتى القريبة منها ، وما يناط به من عمل .... الخ وان هذا النسيان الدائم يجعله في حياته الصناعية والاهلية عرضة للسخريه على الاكثر ، فتذلله ، وتقوى عقيدته بشدة اصابتة بملكاته العقلية ، ومن ذلك تحصل النتائج الوخيمة . فى الحقيقة ان تناقص الملكات العقلية ينتهي فى الاشكال الوخيمة بالعتة التام .

والتعب الروحى يبلغ درجة مترقيه ، فلا يقدر الشخص على تثبيت دقته ، ويتهرب من الجهود العقليه .

ان الارق يتكرر كثيراً ، ويضم اليه تأثير الكابوس الهام . والاوهام التي تنشأ عن (داء المراق Hypochondrie) كثيرة ، بحيث يخيل للمصاب بهدائماً استحالة شفائه القطعي وضعف القدرة والارادة من الاوصاف الروحيه الهامة .

ان الضجر والخوف المرضى المتنوعين يشاهدا بكثره ، بالاشخاص المصابين بعوارض السكة الحديدية ، وخاصة الخوف يأخذ شكلاً خاصاً يسمي بالخوف من السكة الحديدية .

وما عدا هذه الاعراض الروحية ، تشاهد الاعراض الرأسيه والحشوية المختلفة : صداع دوار ، حالة الذهول Étourdissement ، عسرت الهضم ، خفقان ، تسرع القلب ، تناقص الشهوه وعدم الاقتدار ... الخ .

وان بعض المؤلفين يكملون اللوحة السريريه بضم بعض التشوشات الحسيه - بطلان الحس او تزايد الحسيه (حس وحواس) - والاوجاع الموضعيه الثابته والعلائم المحركة - الفلجيه والتقلصيه - العائده للاختناق الرحمى الرضي .

التشخيص : ان تشخيص النوروز الرضي سهل اعتيادياً واعراضه (كلياً او قسماً) وخاصة الاعراض الانخفاضيه لا تماثل بغيره من الامراض ولكن يجب الحذر من التصنع ، فلذلك عندما يدعي المريض باصابته بصداع ودوار وارق ، هذه الاعراض التي لا يمكن

تأييدها بالمعاينه الطبيه ، لاتحمل على القناعة بقبول النوروز الرضى بل يعطى القرار بعدم اهميتها او عدم حقيقتها .

السير والانذار : مختلفان :

١ ــ يشفى بمدة غير معينه من تلقاء نفسه وبدون اية مداخلة كانت ؛

٢ ــ يدوم ، بتأثير محيط المريض عن غير علمه ، وبأصولات التداوي المختلفة والمتنوعة واطالة القضية بالقضاء ، ولما يجرد المريض وينقطع عن التداوي وتحسم القضيه بالقضاء ، تزول الاعراض ويشفي .

٣ ــ يقاوم المرض جميع المؤثرات الروحية والطبيه ، ويصل المريض لحالة العته التام ان هذه الحالة ، وان تكن استثنائيه ، الا انها واقعة ، وتذكر لها امثلة متعدده . وهذا مما يجعل تثبيت الانذار وتعيين المعاملات العدليه صعباً .

التبول الغليقوز الرضي والديابت الرضي

ان تبول الغليقوز الرضي ، يحدث عقب الترضيضات الرأسيه وخاصةً الجروح الوخيمه المرافقة لكسور القحف ، بعد مرور ٨٠ ــ ١٢ ساعة من قوع الرض وفي حالة ادامة الحياة يزول بمدة ٥ ــ ٨ ايام .

الديابت الرضى ، يحدث عقيب الرضوض القحفية الجسيمه المرافقه لكسر القحف احياناً ، والمرافقة دائماً للارتجاج الدماغى .

٢ ــ الترضيضات الشوكيه ، السقوط على النقرة والظهر والنواحى القطنيه ، الصدمه التى تقع فوق الاقسام المختلفة من العمود الشوكي المرافقة لكسر عظمي او للارتجاج وحده

٣ ــ الترضيضات الروحيه الجسيمه تؤثر وحدها نادراً .

وان تأثير الترضيضات المحيطيه ، التي لاتؤثر على الجملة العصبيه المركزيه ، يشكل موضعاً للجدال .

ليس للديابت السكري الرضى دستور تشريحي ثابت ، فاحياناً لايصادف اقل افة عصبيه مركزيه ، واحياناً توجد آفات ولكنها متحولة بين الوقعة والاخرى .

الاعراض : يوجد نوعان سريريان متفرقان :

١ ــ غير قابل الرد ويسمى بالديابت المستعجل الحاد الآني .

٢ ــ موضع الجدال ويسمى بالديابت المزمن .

الديابت الحاد : يظهر عقب الترضيض بمدة اسبوع او اقل منها بمدة ٢٤ ــ ٤٨ ساعة . يشعر المغدور بظمأ شديد وتزايد كمية البول، يحال البول فيوجد السكر بمقدار متحول. ان الآفة تتأسس وهلة مع كافة اعراضها الرئيسية وتسير بسرعة وتزول ببضعة اشهر وحتى ببضعة اسابيع . مع ذلك يذكر بروآردول وقعة او وقعتين انتهتا بالموت استثناء .

الديابت المزمن : كالديابت العادي يسير بصورة مزمنة ويدوم الى النهاية بحالة التوقف او يشفى بعد مدة طويلة نسبياً او حقيقياً او ينتهي بالموت باحدي اشكال عواقب الديابت المعتاد .

احياناً يبتدي المرض بشكل حاد ويتأسس عقيب الجرح ومن ثم يأخذ شكلاً مزمناً ؛ ويبتدي احياناً بطيأ وتدريجاً بصوره خفيه فلا يمكن تعيين مبدأ المرض .

ان الديابت المزمن الذي يبدأ بشكل حاد ، هو حقيقي كالديابت الحاد ، ولكن يوجد احتمال للخطأ ، وهو ان يكون الشخص مصاب بمرض الديابت الخفي ، فوقوع الترضيض ، يشدد سيره ويظهره بعد بضعة ايام .

واما الشكل المزمن الذي يبدأ بطيأ ، صعب التفسير ، لان احتمال وجود الديابطس المعتاد يعادل احتمال حصول الديابطس المزمن الرضي .

وعليه يقتضي مراعاة النقاط الآتيه :

١ ــ ان يكون الجرح المدعي وقوعه محصلاً آفه وعلى الاقل ارتجاج مادي وروحي في المخ والنخاع ؛

٢ ــ ثبوت عدم اصابة الشخص بالديابت قبل الرض ، او على الاقل ان يكون مالكاً صحته التامه ؛

٣ ــ ان لاتكون المدة الفاصله بين وقوع الجرح وظهور المرض طويله .

فعليه ان ادعاء حصول الديابت الجرحي بعد سنتين يستوجب الرد غير انه عندما تظهر خلال المدة الفاصله الطويله تغيرات عصبيه وغيرها ، تثبت دوام تأثير الرض ، وينتبي بظهور الديابت المزمن ، لايمكن رد المنشأ الجرحي .

٣ ــ الموت فى الجروح

ان الموت في الجروح يحدث احياناً سريعاً وحتى آنياً ، وبعضاً يكون متأخراً ، فاما ان يحدث مباشرةً من تأثير الجرح بلا واسطة او بمداخله عوامل اخرى ، بالواسطه .

آ ــ الموت السريع بلا واسطه ، يحدث بالاحوال الآتيه :

١ ــ آفات احد اعضاء الحياة الرئيسيه ، التشريحيه أو الوظيفية الوخيمة

٢ ــ النزف

٣ ــ الصدمة الجرحية

آ ــ الموت من اصابة احد اعضاء الحياة الرئيسية ، ان تخريب اعضاء الحياة الرئيسية وجروحها الواسعة ، او توقيف وابطال وظائفها ، يؤدي للموت السريع او الآني . مثلاً تفرقع الجمجمة بمرمي ناري وتخريب البصله والدماغ ، او تمزق الاوعية الدماغية او السحائية من الرضوض والجروح ، كما هو الحال بوقائع السقوط او الدهس او الاصطدام او الضرب بالآلات الرضيه او القاطعة الرضية واحداث النزيف الغزير في الدماغ ، تسبب توقيف وابطال الوظائف الحياتية ، كما ان الانصباب الدموي داخل الشغاف الخارجي يوقف القلب ويبطل وظائفة بالتضييق ميخانيكياً ، ومثل ذلك جروح الاوردة التي تسبب دخول الهواء وتوقيف وظائف القلب ، جروح الصدر التى تسبب نفوذ الهواء الى الصدر ، او الصمامات الشحمية الجسيمة التي تحصل من كسور العظام ، او دخول الدم الى الطرق التنفسية بمقدار عظيم ، يؤدي الى توقيف وابطال وظائف الريئيتين ميخانيكياً فيحصل الموت السريع او الآني مباشرةً .

ب ــ النزيف : ان جروح القلب والاوعية الكبيرة والكبد والطحال والرئتين يسبب حصول النزف الغزير ويولد الموت السريع او الآني مباشرة .

ان تقدير مقدار الدم المنزوف الكافي لتوليد الموت غير ممكن بالحالة الحاضرة ، سوى انه يقدر ان ضياع ربع الكتلة الدموية كاف لاحداث الموت . الا انه شوهد في بعض الوقائع حدوث الموت بنزف يقل مقداره عن هذه النسبة ، كما قد ثبت ان العضوية تحمل

النزف البطي الجسيم اكثر من تحملها النزف الحاد . والغشى يحدد النزف احياناً ويسبب حصول الموت بمقدار نزفي جزئي .

الاعراض التشريحية التي تشاهد بأحوال الموت من النزف :

بأحوال النزف الداخلي يشاهد مقدار جسيم من الدم في اجواف البلورا والبطن ... الخ ، والآفات الجرحيه المسببه للنزف ، ويشاهد تأخر التفسخ ، والكباوة الميتية والركود الجاذبي يكونان بصورة خفيفة ، ويكون لون الجلد والاغشية المخاطية والاحشاء وخاصة الكبد والرئتان خاسفاً ، والقلب فارغاً ، وجميع هذه الاعراض ناتجة عن فقر الدم . ومع ذلك فيمكن ان تفقد جميع هذه الاعراض ببعض احوال الموت النزفي المحقق .

ث — الموت من الصدمة الجرحيه : عندما يحدث الموت بسرعة عقب الجروح ولا يمكن تفسيره بالآفات التشريحية الجرحية ، يسند الى الفعل المنعكس الحاصل عن تخرش نهايات الاعصاب الحسيه المحيطيه او الضفيره السمباتية ، وهذا مايسمى بالصدمة الجرحيه .

بهذه الحالة يحدث الموت بوقائع الجروح الجسيمه ، ولكن يحدث احياناً عقب ضروب مكررة ومؤلمة بعصا او بصوت . اي بجروح جلديه خفيفه . وهذه الجروح الصغيره التي لاقيمة لها منفردة ، تؤثر بأجتماعها على الجمله العصبيه المحيطيه تأثيراً شديداً وتسبب حصول الصدمة الجرحيه والموت السريع .

الاعراض السيريه : خسافة الجلد ، وستره بالافرازات العرقية ، وتبرده ، وتغير الخطوط الوجهيه ، وخدر الذكاء ، وصغاوة النبض مع عدم انتظامه ، والتنفس السطحي وتبرد الاطراف وتنزل الحراره ... الخ .

ان الصدمة ليست بغشي ولا رجفان دماغي . وان عملية فتح الميت لاتعطي سوى النتايج المنفيـة .

٣ — ادامة الحيـاة في الجروح المميتة : ان الجروح المميتة لاتحدث الموت المنتظر دائماً ، بل تساعد احياناً على ادامة الحيـاة ، ولاتيان المجروحين ببعض الافعال بصورة غير منتظرة ، ولولم تكن مؤيدة بالمشاهدات والوقائع لعدت غير محتملة . ان هذه الجروح تحصر بالقلب والاوعية الكبيرة والدماغ والعنق والبطن .

١ — جروح القلب : ان سرعـة الموت في الجروح القلبيـه ، تابعة لاوصاف الجرح

التشريحية وطبيعة الآلة الجارحة .

آ ــ موقع الجرح : ان جروح الاذينات تميته بسرعة تزيد عنها في جروح البطينات، وان وقائع الجروح النافذة في القلب من جانب لآخر مع الاعضاء المجاورة تحدث الموت بسرعة تزيد عنها في جروح القلب البسيطة .

يذكر تورد ، ٢٤ حادثة لجروح البطين الايمن منفردة منها حادثتان انتهتا بالموت بمدة تقل عن ٤٨ ساعه ، وبالوقائع الباقيه دامت الحياة من ٢٠ ــ ٢٨ يوماً ، وذكر ١٢ وقعة لجروح البطين الايسر ، منها ٣ لم تنته بالموت الآني ، مع ان جروح الاذينات تحدث الموت الآني، مع هذا يذكر تورد وقعه جرح اذين الايسر دامت الحياة بها بضع ساعات .

ب ــ جروح الآلات الواخذه والواخذة القاطعة : ان جروح القلب بهذه الآلات تكون اقل وخامة من جروح الآلات الناريه ومن وقائع تمزق القلب بالترضيضات الجسيمه ، وتكون مدة ادامة الحياة اكثر منها في وقائع الجروح الناريه والترضيضات الجسيمه . وان وخامتها وسرعة احداثها الموت تابعتان لقوة الآلة الجارحة طبعاً .

يذكر لوازون تسع وقائع من ٢٣ جروح القلب بالابرة او ١١ وقعه من ٩٠ جروح القلب بالآلات القاطعه والواخذة ، انتهت بالشفا وحتى الواحدة منها بدون مداخله جراحيه .

ث ــ جروح الاسلحة النارية : ان جروح الاسلحة النارية وخيمة وتحدث الموت بسرعه ، اكثر من الآلات الواخذه والواخذه القاطعه ، بالنظر لشدة الجرح وسعته . ويذكر لوازون ١٠٠ حادث جروح ناريه ، ثلاثة منها انتهت بالشفاء وذلك بالمداخله الجراحيه .

مع هذا الموت الآني ليس قاعدة مطلقة ، لان بعض الجروح وخاصة جروح المرامي المخروطية الصغيرة ، تساعد المجروح بأجراء بعض الحركات ، ولذلك يتمكن المنتحر من اجراء الطلقات المكرره على الناحية القلبية .

تمزق القلب ، ان تمزق القلب يحدث الموت باقصر مدة ، ولا يمكن تصور ادامة الحياة بتاتاً بالاشخاص المصابين بأقتلاع قسم من القلب او كله ، مع هذا يشاهد دوام

الحياة احياناً مع وقوع التمزقات القلبية الصغيرة والجزئية .

ب : جروح الاوعية الكبيرة : ان الموت يحدث بسرعة لسبب جسامة النزف ، معهذا يشاهد احياناً من الجريح وقوع بعض الحركات الغريبة ، ودوام الحياة بصورة عجيبة ، وهذا يحدث عن تقلص الجريحه او انسدادها بعلقة .... الخ .

ح : جروح العنق : ان جروح الذبح تحدث الموت الآني ، ولا يمكن معها دوام الحياة ، ولكن عندما تبقي الاوعية الشريانية الكبيرة سالمه يمكن دوام حياة الجريح وقيامه ببعض الحركات .

د — جروح الرئتين : ان التمزقات الرئوية تحدث الموت السريع . مع هذا يمكن دوام الحياة فى الحادثات التي ينحصر بها الجرح بأحدى الرئتين ، مع سلامة الاوعيه الكبيرة ، وعندما تكون الرئه ملتصقة قوياً بالجدار الصدري .

جروح الدماغ : ان جروح الدماغ الوخيمة ، الحاصلة من مرمى ناري او من تأثير رض ، تحدث الموت الآني قاعدةً ، وذلك بتخريب الدماغ تشريحياً او بتعطيل وظائفه . مع هذا شوهد في بعض الوقائع دوام الحياة وقيام الجريح ببعض الحركات الغريبة بصورة عجيبه .

وان الانتحار بطلقات متعددة على الدماغ ممكن ، لامكان محافظة المنتحر شعوره ، ولو كان الطلق الاول نافذاً في الدماغ كما فى جروح القلب . وعليه يمكن المنتحر ان يبدأ بطلق ناري على رأسه ومن ثم ينتهي بتطبيق اصول آخر لاتمام الانتحار . وقد شوهد بعض الاشخاص يسيرون ويركضون عقب اصابتهم بطلق ناري مميت على الرأس .

وان وقائع تخريب الدماغ رضاً ، التى تعد اشد وخامة من الجميع ، يمكن ان تساعد احياناً لدوام الحياة بصورة تحير العقول .

جروح البطن : ان مقاومة الاشخاص في وقائع جروح البطن المميتة تستوجب الحيرة . ويدعي (يورد) بان البطن لا تحتوي على اعضاء ، يؤدي تخريبها او تعطيل وظائفها الى الموت المباشر ، غير ان مقاومة البدن للصدمة الحاصلة عن الرضوض الشديدة ، التى تحدث التخريبات العظيمة فى الاحشاء البطنية ، تستوجب الحيرة ؛ ومما يستغرب ايضاً ، قيام

بعض المصابين ، بتلك الجروح المميتة ، ببعض الأفعال والحركات المختلفة .

٣ ــ الموت المتأخر الحاصل عن الاسباب المباشرة :

ينشأ عن عوارض مرضيه غير انتانيه موضعيه ناتجه عن سير الجريحه الموضعي ، كآفات الاذينات التدبيه ، والقرحه العدوية المتعاقبه لجرح معدوي رضى ، والناسور النخاعي الشوكي (سيرينغوميليي) الحاصل عقب النزف النخاعي .... الخ . ان هذه العوارض تدرج بصنف الآفات الرضيه الموضعيه المدرجة اعلاه .

الموت من الاسباب غير المباشرة : ان الموت بسبب غير مباشر يعود لتداخل عوامل ينضم تأثيرها على تأثير الجروح ، وهذه العوامل ، هي :

آ ــ مرض عام ، غير انتاني يحصل من تأثير الرض : داء الديابت الرضي ، الآفات الروحيه او العصبيه (الهذيان المرتعش ، العوارض العصبية الوخيمة الرضيه ... الخ) ؛

ب ــ انتان عام ، كزاز ، تسمم الدم ، تقيح الدم ، التدرن ؛

ج ــ انتان موضعي : عادي كالفلغمون ، والخمرة والغانغرين : او خاص ، كالتدرن او عادي ولكنه متفرق جيداً بالسريريات ، كذات الرئة وذات الجنب والتهاب البريطون والتهاب الشغاف الخارجي ، والتهاب السحايا ... الخ

ان الموت بالاسباب غير المباشرة يكون احياناً سريعاً ــ ولكن غير مباشر على كل حال ــ واحياناً يكون متأخراً .

القسم الرابع

التطبيقات الطبية العدلية فى وقائع الجروح

يمارس الطب العدلي بوقائع الجروح في الاحوال الآتيه :

١ً ــ معاينة المجروحين

٢ً ــ الكشف على الاجساد الميتة من تأثير الجروح

٣ً ــ الادلاء بالتصريحات والايضاحات المطلوبة امام المحاكم

٤ً ــ تدقيق التقارير الطبية العدلية المنظمة من قبل الاطباء غير الشرعيين وابداً الرأي بشأنها .

الفصل الاول

معاينة المجروحين

معلومات عامه : ان السلطات القضائيه او الضابطه القضائيه ترسل المجروحين الى الطبيب الشرعي او الخبير وتطلب اليه معاينتهم بتحرير خاص او بأوراق معامله في احوال الجروح الخفيفه او التي يظن انها خفيفه، وذلك حينما الجريح يكون مالكاً لشعوره التام وقادراً على السير حال وقوع الجرح او عند المراجعه ، بغية تعيين ماهية الجرم. لذلك لايمكن تعيين وقت خاص للمعاينات الطبية

العدلية تسهيلاً لمهمة القضاء في صيانة الحق العام ، فيجب اجراؤها حين الطلب خشية زوال الآثار الجرحيه ، التي تكون احياناً ضئيلة ؛ ولكن عندما تكون الجروح وخيمة او يدعي وخامتها ، تطلب الى الطبيب الشرعي الحضور لمحل الجرم ، او الى المحل الذى نقل اليه الجريح بقصد الاسعاف .

بما ان الضابطه القضائيه ، هي التي تبدأ التحقيقات الاوليه ، في وقائع الجرائم المشهوده ، وتطلب معاينة المجروحين ، تحسن صنعاً ، لو اوضحت بتذكرتها : شكل الادعاء ، ونوع التعدي والآلات التي ادعي وقوع الاعتداء بها ، وعدد المعتدين ، وزمن التعدى ، والناحيه الواقع عليها الضرب او الجرح ، ووضعية المعتدى عليه حين التعدي... الخ ، مما يساعد الطبيب على اكتشاف التضيع وتثبيت الحقائق .

مثلاً ، لو قيل ان الشخص ..... يدعي بضربه او جرحه من قبل شخص او اشخاص متعددين (دون ذكر الاسامي) ، بيد او بآله راضه .... (كعصا او غيرها) ، او بآله قاطعه .... (كموس او سكين) ، او بطلق ناري .... (كمسدس او غيره) . على الناحيه .... من بدنه ، بينما كان ماشياً او قاعداً ، بتاريخ ..... باليوم ..... والساعه .... ؛ لن يتيسر للمدعى استحصال تقرير طبي عدلي عن آثار جرحية حاصلة قبل ذاك الحين ، ولا بما سيحدثه في جسمه من الآثار الجرحيه بعد طلب المعاينة ، اذ كثيراً ماصادفت تصنيع المدعين

الآثار الجرحيه حتى في عيادتى .

كما ان السلطات القضائيه تحسن صنعاً ، لو استوضحت جميع ماتراه مفيداً لتنوير تحقيقها من توصيف الآثار الجرحيه وايضاح اشكال حصولها ونوع الآلات الواقع بها الجرح واوضاع المعتدى عليه والمعتدي او المعتدين المتقابله ... الخ عندما تطلب من الطبيب الشرعي معاينة المجروحين ، وبذلك تحصل اقصي درجات الاستفاده من قدرة الطب العدلي .

ان المعاينات الطبية العدلية تجرى وفقاً للقواعد الطبية العامة ، وتستفيد من كافة الاصولات التشخيصية السريريه الداخليه والخارجيه؛ ولكنه جدير بالذكر ان الاعراض المعتبره بالمعاينات الطبيه العدليه، هي الاعراض المرئيه Objectif، ولا عبره للاعراض المروية Subjectif ، التي لم تتأيد بالاعراض المرئيه ؛ لانه كثيراً ما يتصنع المدعون او المجروحون من اوضاعاً مهلكة ، بغية اغفال الطبيب لاستحصال تقرير غير قطعي ؛ يكون وسيلةً لتوقيف اخصامهم. ان مثال هذه الوقائع هذه الوقائع لاتعد ولاتحصى ، فيجب على الطبيب العدلي في مثل هذه الحوادث ان لايؤخذ بظواهر الامور وان لايصغي الى محيط الجريح ، الذي لايقل عن الجريح غيرةً في السعي لتلقين الطبيب صحة تأثر الجريح وخطوره حالته ؛ بل عليه ان يدقق الآثار الجرحيه والنبض والافعال المنعكسه ، وان يستعرض امامه كافة اللوحات السريريه ويطبقها على الجريح ؛ فيظهر له المصطنع من الحقيقي ، ويجب الحذر كل الحذر من الوقوع بخطأ تكون

عاقبته مسيئة للحق العام .

البحث الاول

الجروح الخفيفه

(او تطبيقات الماده ١٧٩ وذيلها من قانون الجزاء)

قلنا في القسم الاول ان الجروح الخفيفة ، هي الجروح التي تستوجب مرض او تعطيل الجريح عن عمله اقل من عشرين يوماً ؛ وقلنا ان المعول عليه في هذا الصدد هو مدة التعطيل عن العمل من حيث الحق العام ؛ ولكن يجب الانتباه لمدة الشفاء ايضاً لمحافظة الحق الشخصي بتقدير اجور التداوي التي يجب ان يعوض عنها قانوناً .

ان الجروح الخفيفه ، هي العوارض الجرحيه السطحيه: السحج والكدمات السطحيه والحدبات الدمويه والجروح التي ينحصر تأثيرها بالطبقات الجلديه او العضل دون ان تمس احد الاوعية او الاعصاب الهامه ، بأنواعها . فالجريح بهذه الاحوال يأتي ماشياً على الاقدام ومالكاً شعوره التام .

ان هذه الآثار سليمة العاقبة ويمكن للطبيب الشرعي تقدير مدة شفائها والمدة التي يتعطلها الجريح عن عمله بحسب مهنته ؛ واعطاء التقرير القطعي.

وقبل الانتهاء من هذا البحث اريد ان الفت نظر الزملاء الى ما يحدث من الخطيئات الجسيمه من جراء الاستهتار بتدقيق الآثار الجرحيه ؛ والغفلة عن

بعض آثار جرحيه تكون عواقبها وخيمه؛ فيتزلزل موقع الطبيب الفني والمعنوي واذكر حادث صبي بسن الخامسة عشر من عمره ضرب بحجر على رأسه من قبل جاره فراجع المخفر وارسل للمعاينه ؛ وبينما هو في عيادتي بأنتظار معاينته جاء ابوه وجاره واقاربهم وطلبوا اخذ الولد رافضين المعاينه والادعاء ؛ مع ذلك فقد اجريت معاينته ،وشاهدت جرحه صغيره في الناحيه الجداريه اليمنى وفي قعرها كسر عظمي ؛ وبينما كنت مشغول بتحرير التقرير الطبي ، بدأ الصبي يتقيأ ، وكان هذا التقيؤ بدأ ظهور لوحة تضييق الدماغ السريرية .

كما وانني اريد ان الفت نظر الزملاء الى الاعتناء بتقدير مدة التعطيل التي تكون اقل من عشرة ايام او اكثر ،حيث يسقط الحق العام فيما دون العشرة ايام ، ويثبت في مافوقها .

البحث الثاني

الجروح الوخيمه

(او تطبيقات المواد ١٧٨ و ١٧٧ من قانون الجزأ)

ان الجروح الوخيمه ؛ هي التى تستوجب مرض الجريح او تعطيله عن عمله اكثر من عشرين يوماً ؛ او تحدث كسراً ؛ او قطع عضو ؛ او تسبب تعطيله كلياً او جزئياً ، او تنتج علة دائمه .

آ ــ في الفقرة الاولى ؛ تنطبق الجروح على احكام الماده ١٧٨ من قانون

الجزاء ،وهذه يجب ان تشفي تماماً دون ان تترك اثراً من التشوش والاختلال في الوظائف العضوية او في احد اعضائها ، ولا تحدث عيباً في منظر الشخص الجريح ؛ بل تعطله عن عمله مدة تزيد عن العشرين يوماً فقط .

ان هـذه الجروح ؛ هي الآثار الجرحيه التي تحصل بالاقسام الرخوه ؛ او بالاحشاء بالآلات المختلفه ، وتدوم بسيرها او بأختلاطاتها طيلة هذه المـدة مثلاً : جرح واسع في الاقسام الرخوه يتقيح ويدوم طيلة هذه المدة ثم يبدأ بالتندب ويتئم كما ذكر ؛ او جرح يمزق بعض الاحشاء كتمزق المعده او الامعاء ، او يحدث اختلاطات التهـابيه ، كذات الرئه او الحمره ؛ ويشفي بالتداوى الطبي او الجرحي .

ويدخل فى هذه الفصيلة من الجروح كسور العظام ، التى لاتشكل عضواً ككسر احد الاضلاع او احدى العظام المزدوجـه فى الاعضاء ، كعظم الزند في الساعد .

المعاينة الطبية العدلية : في مثل هذه الوقائع التي يشاهد فيها اصابة الجريح بنزف يهدد حياته عاجلاً ؛ او بتمزق واسع في الاقسام الرخوة يهددها بأختلاطات جرحيه ملحوظه قوياً (انتان) آجلاً ؛او آثار جرحيه عميقه ، كانصباب دموى في احد المفاصل او فى الطبقات العضليه حيث لايمكن التكهن بعاقبتها ...الخ ينظم التقرير غير القطعي ؛لـكي يجتنب الوقوع آتياً فى مآزق حرجة وليكون

التقرير فنياً ؛ يجدر بالذكر ، ان تدقق الآثار الجرحيه وحالة الصحة العامه في وقت الجرح (لان كثيراً مايصادف ، ان يكون الجريح مصابا بمرض خفي سابق يشتد سيره بتأثير الجرح، او ان يكون المرض سائراً بسيره العادي فتزداد وطأته) .

وعندما تزول العوامل المهددة للحياة او لاعتلال احد الاعضاء ويتحقق امكان الشفاء فناً ؛ بالتيام الجروح واندمال العظام طبيعياً ، فينظم التقرير الطبي العدلي القطعي وتقدر مدة الشفأ والتعطيل عن العمل حسب مهنة الجريح .

ب ــ وفي الفقرة الثانية : تنطبق الجروح على احكام الماده ١٧٧ من قانون الجزاء .

وهذه الجروح هى الآثار الجرحيه التى تحدث كسراً عظمياً في هيكل احد الاعضاء ككسر عظم العضد في العضد وعظم الفخذ فى الفخذ ؛ او قطع احد الاعضاء ؛ كبتر اليد بضربة سيف؛ او قطع احد الاعصاب الهامه وتسبب فلج العضلات المتعصبه منه؛ التى تعطل وظائف العضو كلياً او جزئياً ؛ بدرجة تمنعه عن رؤية مصالحه وامتهان حرفته ؛ او قطع بعض الاوتار العضليه وتعطيل وظائف العضو على المنوال المذكور ؛ او ان تسبب لآفة مفصلية تنتهي بالتصاقه كلياً او جزئياً كما ذكر ؛ او ان تحدث علة دائمة ترافق الجريح مدى حياته وتعرض حياة العضو او الحياة العامة للخطر .

فمن هذه الآفات ، ما هو قابل للشفاء بالتداوي الجراحي ، كخياطة الاعصاب او الاوتار ،فعند شفائها (ما عدا الكسر العظمي لاحد الاعضاء) تصبح تابعة لاحكام المادة ١٧٨ من قانون الجزاء .

ان التطبيقات العدلية لهذا النوع من الجروح دقيقة جداً ، تحتاج لأيضاح واسع ما عدا كسر العضو ، وقطعه الواضح بطبيعته .

تعطيل العضو : ما هو المقصود من تعطيل العضو ؟ ان المقصود من تعطيل العضو هو حرمان البدن من وظائف هذا العضو كلياً او جزئياً .

فهذا التعطيل اما ان يتأسس مباشرةً عقب الجرح او ان يأتي متأخراً ؛ فاذا حصل مباشرةً كقطع احد الاعصاب ، او تمزق الاوتار، يجب الاشارة في التقرير الطبي الى درجة قابلية اصلاح العاهات بطرق التداوي الطبية او الجراحية ودرجة تأثيرها ، وعند تأسسها بالرغم عن التداوي او بدونه ، او عن سؤ تطبيقاته ، فيجب ايضاً تثبيت ذلك؛وعندما يتأسس مؤخراً كالتصاق احدى المفاصل ، او الساد الرضي في العين او عن تضييق عصبي في النسج الندبي ، يجب الاشارة الى درجة تأثير التداوي الطبي او الجراحي في تأمين صلاح هذه العاهات، لان ، واضع القانون يلتزم دائماً جانب المتهم ويتحرى الوسائل لتخفيف درجات العقوبة ، فعندما تكون الاسباب الموجبه قابلة للتخفيف ، يجب السعي لتحقيق الوسائط المؤدية لذلك ، بسوق الجريح

للتداوي وتأمين صلاح حالته وعندما تكون اسباب التعطيل ناشئة عن اهمال او سوء التداوي عمداً من قبل الجريح ، او عن خطأ من المداوي ، فيتخذ من ذلك اسباباً مخففة بحق المتهم ، وفي الحقيقه ان بعض المجروحين يقصدون تعطيل احد اعضائهم بقصد الانتقام من اخصامهم وكثيراً ما سمعت من المجروحين ، حين تكليفي تطبيق اصولات التداوى المقتضيه، قولهم «لا اريد، اذا شفيت يخرج الضارب من السجن».

العلة الدائمة — هي مرض منشأوه جرحي ، وتكون انتانيه كداء السل الجرحي (سل الرئة ، ذات الجنب ، ذات المفصل السلي ، ذات الحصية السلى) وداء السرطان الجرحي ؛او عصبية (كأختناق الرحم الجرحي،نوروز الجرحي)؛ او اغتدائية (كتبول الغليقوز والديابت الجرحي) .

المعاينة الطبية العدلية :

قطع العضو : ان وقائع قطع العضو من منشأ جنائي نادرة الوقوع ، وانني لم اشاهد لها مثالاً ؛ ولكن شاهدت وقائع مكررة من منشأ عارضي ، دهساً بدواليب قاطرات الترام الكهربائي او السكة الحديدية ، حيث يبتر احد الاعضاء من الاطراف العلوية او السفلية ، كبتر الساعد وبتر العضد ، وبتر القدم ، وبتر الساق،وبتر الفخذ، ويكون منحصراً بطرف (من الاطراف العلوية) ، او شاملاً للطرفين (في الاطراف السفلية) ؛ وما عدا ذلك

تشاهد هذه الوقائع نتيجة جور وعسف ، فتقطع الاعضاء ، وتقلع العينان ... الخ .

وفي الازمنة القديمة كانت تقع هذه الاعمال من منشأ تشريعي ، كما هو في الشريعة الاسلامية قصاصاً في الاحوال الجرمية ، مثلاً تقطع يد السارقين ويقطع عضو المجرم ، مقابل عضواً قطعه لآخر .

وتشاهد هذه الوقائع في حروب اهل البادية (غزو) ؛ وتشاهد ايضاً بالجروح الانفلاقية حيث تتناثر الاعضاء من تفرقعها .

كسر العضو : هو كسر هيكل العضو العظمي كسراً تاماً وابطال وظائفه آنياً ، ويصبح العضو فاقداً وضعيته الطبيعية ومتصلاً بالاقسام الرخوة من الجسد فقط والقسم المكسور يتدلي تحت تأثير الجاذبة الارضية وفقاً لقوانينها هذا اذا كان الكسر بالاطراف ؛ واما في الجذع ، فيبرز القسم المكسور بشكل خاص ويأخذ الشخص وضعية متناسبة مع الكسر ، وفي هذه الاحوال يشارك غيره من العاهات الحشويه غالباً . مثلاً ، عندما يكون الكسر واقعاً على عدة اضلاع القوصرة من الصدرية حيث تحدث عاهات مستقلة عن الكسر ؛ وعندما يكون الكسر في العمود الفقري ، يصاب النخاع الفقري بعاهات جرحية مختلفة ناشئة عن انحراف او تضيق القناة الفقرية ، ولكن في الكسور الشديدة تشترك عاهات سحائية دماغيه بدرجات مختلفة ،

من البسيطة حتى المهلكة .

ان هذه الوقائع ، تكون من منشأ جنائي او قضائي او عارضي . ان كسور الاعضاء من منشأ جنائي تحدث عن ضرب رضى شديد بآلة رضية، او بآلة قاطعة رضية او بطلق عيار ناري .

وان الكسور من منشأ قضائي تحدث بوقائع الدهس وعوارض الآلات الميخانيكية ؛ واما الكسور العارضية فانها تحدث من سقوط الشخص بنفسه ؛ ولكن الكسور الحاصلة عن اسقاط الشخص من قبل آخر تعود للمنشأ الجنائي .

المعاينة الطبية العدلية : ان الشخص يأخذ وضعية ملائمه حسب وضع الكسر في اطرافه او جذعه وان الكسر يظهر لاول وهلة لناظره بأنحراف او انخفاض العضو عن وضعيته الطبيعيه .

ان الكسور يرفقها على الاكثر جروح في الاقسام الرخوة .

ان معاينة الاشخاص المكسورين دقيقة جداً ، ليس من وجهة اثبات الكسر فقط ، بل من وجهة تعيين منشأه . فلذلك يجب اثبات الآثار الجرحية الخارجية ووضعية الكسر العظمي ، اما بالنظر (في الكسور المكشوفة) واما بالاشعة المجهولة (في الكسور المستورة) .

ان الكسور العارضية ليس لها قيمة طبية عدلية؛ وقيمة الكسور القضائية

الطبية العدلية ضئيلة ولكن للكسور الجنائية قيمتها الكبرى بنظر الطب العدلي ؛ وعليها يدور محور المادة ١٧٧ من قانون الجزاء .

ان الكسور العارضية تحدث من سقوط الشخص بنفسه ، من ارتفاع بدنه او من محل مرتفع ، او من الدهس ، او العوارض الميخانيكية بالآلات الصناعية ، وهذه سهلة التفريق ، من اوصاف الآثار الجرحية الخارجية ، التي ترافقها على الاكثر ، من الكسور الجنائية ، التي تمتاز بأوصاف الآثار الجرحية الخارجية ، ووضعية الكسور . فعليه يقتضي تعيين منشأ الكسور بالنسبة الى الآثار الجرحية وليس للأدعاآت ، وكثيراً ما تكون القضية صعبة الحل ، وبصورة خاصة عند ما تكون المعاينة متأخرة عن وقت الضرب المدعي به .

مشاهدة : ادعي الشخص ..... من قرية .... التابعة لقضاء .... بأن الشخص ..... لحق به وهو سائر وضربه من خلفه بحافة السيف الغليظه اي الغير القاطعه على فخذه وكسره . فالطبيب المعاين الاول في القضاء يصرح في تقريره بعدم مشاهدته آثار جرحيه خارجيه بتاتاً ، فاجريت معاينته بالاشعة المجهولة وتبين ان الكسر واقع في القسم المتوسط من الفخذ بمحاذاة انحنائه الاعظمي ؛ ولدى الاستفسار افاد المغدور انه كان يوم وقوع الجرم لابساً نفس العباءة التي كان مرتديها اذ ذاك ، والعباءة ذات نسج كثيف تمتد الى محاذاة الانثناء المأبضي اي الركبة . فقررت قائلاً :

لما كان الكسر واقعاً في النقطة الاكثر انحناءً اي الاقل مقاومة للتضييق العمودي من عظم الفخذ ، وكان الفخذ يتهرب من تأثير الصدمة الخلفية بمساعدة التواء الركبه المفصلي الى الامام ؛ وكان نسج العباءة الكثيف وامتدادها يوزع شدة الضرب

ويخففها ؛ وكان كسر عظم الفخذ يحتاج لشدة قوية ؛ وكان ظهر الآلة القاطعة الراضة (السيف) المذكوره بتأثيره القوي على وجه الفخذ الخلفي ، لابد له من احداث تأثير شديد لتوليد الكسر ؛ وكان هذا التأثير الشديد لابد له ان يحدث تأثيراً خارجياً خاصةً بالنظر لضيق سعته ؛ فعليه وبالنظر لما سبق ذكره يستبعد حصول الكسر مباشرةً كما يدعى ؛ وبالعكس ، بالنظر لامكان حدوث الكسر على هذا الشكل ، بالواسطة ، من سقوط الشخص على ركبته او من التواء الفخذ (كما يحدث حينما يدفع الشخص بشدة من الامام ، ويدور جذعه آنياً لاجتناب السقوط ، فيمكن ان ينكسر الفخذ بتأثير هذا الالتواء) ، وبالنظر لعدم مشاهدة آثار جرحية خارجية ؛ يرجح ان يكون الكسر على الوجه المشروح من منشأ بالواسطة .

مشاهدة — الشخص ..... من اهالى قرية .... التابعة لقضاء .... يراجع الضابطة القضائية مشتكياً من ضربه وكسر يده من قبل الشخص .... قبل اثني عشر يوماً ، وبمعاينته من قبل طبيب القضاء ينظم بحقه تقريراً يتضمن مشاهدته تكدم رضى في نصف الساعد الامين العلوى ممتداً للنصف السفلي من العضد الموافق مع انتباج وكسراً تاماً في عظام الساعد المذكور ويذكر بالنتيجة حصول ذلك من الضرب . وبأثناء المحاكمة في محكمة الجنايات ، يدعي جانب الدفاع ان المتهم لم يضرب المدور ولم يتصل به بتاتاً وان المنازعة بينهما كانت منحصرة بقوارص الكلام فقط وان يده مكسورة قبل بضعة ايام اثر سقوطه من اعلى شجرة ، بينما كان يقتطف اوراقها لاطعامها للماعز ، وانه كان رابطاً يده يوم المنازعة . ولما سئل رأيي اجريت معاينته بالاشعة المجهولة فشاهدت المحراقات الكسرية في ملتقى الثلث العلوي مع الثلث المتوسط في عظم الزند ، وبملتقى الثلث السفلي مع الثلث المتوسط في عظم الكعبرة ؛ وكان الاندمال واقعاً . وعليه سئلت من المحكمة عن افادة المدور عن ميخانيكية الضرب ونوع الآلة المضروب بها ، فأجبت ، بان الشخص يفيد ، ان الآلة هي عصا لكلنك اصابته على ظهر ساعده بينما كان رافعاً اياه ، وابرز لي عصا بقطر ٢ — ٥ ، ٢ سانتمترة وبطول ٧ سانتمترة تقريباً ، تماثل الآلة الجرميه . فعلى ذلك قررت « بالنظر لمواقع الكسر يرجح ان يكون الكسر من منشأ سقوط » ، من

حيث توافق المحراقات الكسرية للنقاط الاكثر استعداداً للالتواء من العظمين، كما هى الحالة بالسقوط على راحة اليد ، ومن حيث محاذاة المحراقات الكسرية بأحوال الكسر بلا واسطة كما هي الحالة بالكسر بأصطدام الساعد بيد مناولة تدوير المحرك الامامي في السيارات .

اشكال الكسور : يجب مراجعة البحث الخاص في القسم الثاني .

تضيف الكسور حسب الاحكام القانونيه : ان الماده ١٧٧ من قانون الجزاء تنص على كسر العضو ، وعليه فان الكسر الذى يتناول تمام هيكل العضو يسمى كسراً تاماً ، والكسر الذى لايتناول تمام هيكل العضو يسمى كسراً غير تام . وهذا التقسيم سهل التطبيق في الاطراف العلوية والسفلية في العضدو الساعد والفخذ والساق ؛ ولكنه فى الاعضاء ذات العظام المتعددة كمشط اليد والاصابع ، واضلاع القوصره الصدريه والعمود الفقري ، والكتف والحوصله يصعب تطبيقه .

لقد كنت اجتهد بهذه التطبيقات بالنظر لاهمية العظم وتأثير النتائج الكسرية على العضوية وكنت اصنفها مع آفات تعطيل العضو .

تعطيل العضو: قلنا في مقدمة الكتاب ان تعطيل العضو هو ان يتعطل العضو عن ايفاء وظائفه كلياًاو جزئياً ، وان ذلك ينشأ عن آفات جرحيه في الاقسام الرخوة او في الهيكل العظي . مثلا آفة جرحيـة نافـذة لمفصل الركبه انتهت بالتصاقه تماماً ؛ او جرحه قاطعه فى وجه المعصم الامامي قطعت الاقسام الرخوه

بما فيها الاوتار العضليه والاعصاب ،وانتهت بفقدان حركات اليد وضمورها، او كسر مفتت في عظم الفخذ استوجب قصر الطرف السفلي الموافق مايزيد عن الخمسة سانتمترات ؛ او جرحه واخذه نافذه فى طبقات كرة العين ، تنتهي بفقدان الرؤيه ؛ او قطع عصب هام وتعطيل الوظائف العائده للعضلات المتعصبة منه ، كالعصب الفخذي ، او العصب الزندي ... الخ ، يعد تعطيل عضوا . ولكن عندما تكون الآفات جزئية وتمنع العضو عن ايفاء قسم من وظائفه كقطع الشعبه الوحشيه للعصب الشوكي فى جروح الرقبه ، الذي يسبب بعض الفلج فى العضلة المربعة المنحرفه (لانها تستعين بعصب آخر ايضاً) ، وذلك يسبب تناقص الحركه الرافعه فوق الافقيه للطرف العلوي المذكور، لايعد تعطيل عضو ؛ بل يعد نقصاً في وظائف العضو . وكذلك قطع وتر احد الاصابع ، لايعد تعطيل عضو ايضاً ، بل يعد نقصاً في وظائف العضو .

فعليه ان تعطيل العضو الذى يقصده واضع القانون هو خاص بالاعضاء الرئيسيه لوظائف الحياة، ولا يشمل كل جزء من اجزاء الاعضاء ، كقسم من الاصبع او كاملها ، او فلج عضلة من جملة عضلات مكلفة بذات الوظيفة واما التناقص في وظائف العضو ، فله درجات : جزئيه او جسيمه . فيكون النقص كضمور العضلة المربعه المنحرفه المذكوره اعلاه $\frac{١٠}{١٠٠}$ من وظائف الطرف العلوي الايمن جزئياً ؛ او كالتصاق المفصل الكتف التم بنسبة $\frac{٤٠}{١٠٠}$

او كنقص فى القوي السمعيه عقب التهابات الاذن المتوسط الجرحيه ٥٠/١٠٠ جسيماً .

فعندما يكون النقص جزئياً فلا يعد تعطيل عضو ويخرج عن نطاق احكام الماده ١٧٧ من قانون الجزاء ؛ ولكن عندما يكون النقص جسيماً فيعد تعطيل عضو . وبالتطبيقات تصادف في تحديد حدود النقص الجزئي او الجسيم صعوبة كليه ؛ فالى اي حد يمكن عده جزئياً ومن اى حد يجب اعتباره جسيما ؟

لقد حدد المفسرون حدوداً مختلفة واتفقت اكثريتهم على نسبة ٣٠/١٠٠ فما فوق لتقرير تعطيل العضو ، ولكني ارى ان هذه النسبه يجب ان يضم اليها عامل آخر وهو قدرة الشخص على رؤية مصالحه وامتهان حرفته ، بحيث يسهل تحديد هذه الحدود في الاعضاء المختلفة بصورة اوفق للمصلحة واقرب للحقيقة .

جدول تقدير درجات التعطيل الدائم

(ان درجة ١٠٠ هى الحد الاعظم للتعطيل)

حسب تقديرات بروآردهل

الاعضاء	تقسم درجات التعطيل الى اربعة اصناف			
	١ العامل اليومى	٢ الحرف التي تحتاج للاطراف العلوية	٣ الحرف التى تحتاج للاطراف السفلية	٤ العامل الصانع
ضياع البصر تماماً	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠
ضياع طرفين من الاربعة ايا كان اتحادهما	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠
١- الاطراف العلويه				
آ- الطرف العلوي الايمن				
ضياع الطرف بكامله	٧٠ — ٨٠	٧٠ — ٨٠	٥٠ — ٧٠	٧٠ — ٩٠
ضياع كامل القسم تحت المرفق	٧٠ — ٨٠	٧٠ — ٨٠	٥٠ — ٦٠	٧٠ — ٩٠
ضياع اليد	٦٠ — ٧٥	٦٥ — ٧٥	٤٥ — ٥٥	٧٠ — ٩٠
ضياع الابهام	٢٥ — ٣٥	٢٥ — ٣٥	١٥ — ٢٥	٤٠ — ٥٥
ضياع السبابة	١٠ — ١٥	١٠ — ٢٥	١٠ — ١٥	٢٥ — ٣٥
ضياع المتوسط	١٠ — ١٥	١٠ — ١٥	٥ — ١٠	١٥ — ٢٥
ضياع البنصر	٥ — ١٠	٥ — ١٠	٥ — ١٠	١٥ — ٢٥
ضياع الخنصر	٥ — ١٠	٥ — ١٠	٥ — ١٠	١٥ — ٢٠
التصاق مفصل الكتف التام	٤٠ — ٥٥	٤٠ — ٥٠	٢٥ — ٣٥	٤٠ — ٦٥
التصاق مفصل الكتف الغير التام حسب درجاته	١٠ — ٤٠	١٠ — ٤٠	١٠ — ٢٥	٣٠ — ٤٠

التصاق مفصل المرفق التام	٣٠ — ٤٠	٣٠ — ٣٥	١٠ — ٢٥	٣٥ — ٤٥
التصاق مفصل المرفق الغير التام حسب درجاته	١٠ — ٣٠	١٠ — ٣٠	٠ — ١٠	٢٠ — ٣٥
التصاق مفصل المعصم التام	٢٠ — ٣٥	٢٠ — ٣٠	٥ — ١٥	٣٠ — ٤٥
التصاق مفصل المعصم الغير التام	٥ — ٢٠	٥ — ٢٠	٠ = ٥	١٠ = ٣٠
ب ـ الطرف العلوي الايسر				
ضياع الطرف بكامله	٦٠ = ٧٠	٦٠ — ٧٠	٤٠ = ٥٠	٧٠ = ٨٠
ضياع كامل القسم تحت المرفق	٦٠ — ٧٠	٦٠ — ٧٠	٤٠ = ٥٠	٧٠ = ٨٠
ضياع اليد	٥٥ — ٦٥	٥٥ — ٦٥	٤٠ = ٥٠	٧٠ = ٨٠
ضياع الابهام	١٥ — ٢٥	١٥ — ٢٥	١٠ = ٢٥	٢٥ = ٤٠
ضياع السبابة	٥ — ١٥	٥ — ١٠	٥ — ١٥	١٥ = ٢٥
ضياع البنصر	٥ — ١٠	٥ — ١٠	٠ — ٥	١٠ = ١٥
ضياع الخنصر	٠ — ١٠	٠ — ٥	٠ — ٥	٥ = ١٠
التصاق مفصل الكتف التام	٤٠ — ٥٠	٣٠ — ٤٥	١٠ — ٢٥	٣٥ = ٥٥
التصاق مفصل الكتف الغير التام حسب درجاته	١٠ — ٤٠	١٠ — ٣٠	٠ — ١٠	١٠ = ٣٥
التصاق مفصل المرفق التام	٢٥ — ٣٥	٢٥ — ٣٥	٥ — ١٥	٢٥ = ٤٠
التصاق مفصل المرفق الغير التام حسب درجاته	٥ — ٢٥	٥ — ٢٥	٠ — ٥	١٠ = ٢٥
التصاق مفصل المعصم التام	١٥ — ٢٠	١٥ — ٢٠	٥ — ١٠	٢٠ = ٣٠
" " " الغير التام حسب درجاته	٥ — ١٥	٥ — ١٥	٠ — ٥	٥ = ٢٠
٢ ـ الاطراف السفلية				
ضياع الطرف بتمامه	٥٠ — ٧٥	٤٠ — ٧٥	٧٠ — ٩٠	٥٠ = ٧٥
ضياع الطرف تحت الركبه	٥٠ — ٧٠	٥٠ — ٧٠	٦٠ — ٨٠	٥٠ = ٧٠
ضياع القدم	٤٠ — ٦٠	٤٠ — ٦٠	٦٠ — ٨٠	٥٠ = ٦٠

بتر كافه اصابع القدم	٢٥ — ٣٥	٢٠ — ٣٠	٤٠ — ٦٠	٢٥ — ٣٥
ضياع ابهام القدم	١٥ — ٢٠	١٠ — ٢٠	٢٠ — ٤٠	١٥ — ٢٠
التقصر العظيم لاحد الاطراف السفلية (اكثر من ٥ سانتمترات)	٢٥ — ٣٥	٢٠ — ٣٠	٤٥ — ٦٠	٢٥ — ٣٥
التقصر الجزئي لاحد الاطراف السفلية (اقل من ٥ سانتمترات حسب درجاته	لحد ٢٥	لحد ٢٠	لحد ٤٥	لحد ٢٥
التصاق المفصل الحرقفي الفخذي التام	٣٠ — ٤٥	٣٠ — ٤٥	٦٠ — ٨٠	٣٠ — ٤٥
التصاق المفصل الحرقفي الفخذي الغير التام حسب درجاته	١٠ — ٣٠	١٠ — ٣٠	٤٠ — ٦٠	١٠ — ٣٠
التصاق مفصل الركبه التام	٢٠ — ٣٠	٢٠ — ٣٠	٤٠ — ٦٠	٢٠ — ٣٠
" " " الغير التام حسب درجاته	١٠ — ٢٠	١٠ — ٢٠	٣٠ — ٤٠	١٠ — ٢٠
التصاق مفصل المرفق التام	١٠ — ٢٥	١٠ — ٢٥	٤٠ — ٦٠	١٠ — ٢٥
التصاق مفصل المرفق الغير التام حسب درجاته	٠ — ١٠	٠ — ١٠	٣٠ — ٤٠	٠ — ١٠
ضياع احدى العينين على ان تكون الثانية سالمة	٢٠ — ٤٠	٢٠ — ٤٠	٢١ — ٤٠	٢٠ — ٤٠

العلة الدائمة هي مرض وسير معين من منشأ جرحي ، يرافق الحياة ، وينتهي اما بتعطيل وظائف العضو ، المتمركز فيه، او ينتهي بأطفاء شعلة الحياة مثلاً ذات المفصل الدرني الجرحي ، يمكن ان ينتهي بألتصاق المفصل التام او بتعميم المرض فى العضويه والانتهاء بالموت .

ان الشرائط المقتضية لقبول المنشأ الجرحي لعلل كهذه قد بحثناها في القسم الثالث بأسهاب فيجب الرجوع اليها .

مشاهدة : راجعني باستدعاء محول من النيابة الشخص ..... من قرية .... التابعة لقضاء ... مدعياً اصابته بمرض يزعجه « تأسس عقب ضربه من قبل الشخص ... بحجر على خاصرته اليسرى. فلدي معاينته شاهدت محراق درني في الرئه اليسرى مع علائم التهابيه في الجنب بمحاذاة هذا المحراق . ولدى التدقيق تبين ان الشخص اجريت معاينته من قبل طبيب القضاء بتاريخ الضرب المدعى وقوعه ونظم بحقه تقريراً طبياً يتضمن اصابته بكدمه رضيه في الخاصره اليسري ، وتبين انه بعد مرور شهر راجع الطبيب ..... الذى شاهد معه ذات الجنب اليابسه بذات المحراق، فعليه تقرر لدي انه مصاب بدأ السل من منشأ رضي.

مشاهده : ادعت الامرأة..... بأن زوجها ضرب من قبل الشخص .... على رأسه بعصا قبل شهرين ، وعلى اثر الضرب حصل معه عارض جنوني ، افقده رشده واقعده في الفراش . ولدى معاينته وجد بحالة السبات ، فجري نقله للمستشفى وتوفي على الاثر. وبأجراء عملية فتح الميت شوهد صمغين افرنجيين في المادة البيضاء من الفصوص الجبهيه كلاهما بحجم بيضة الدجاج وتقرر ان موته ناشئاً عن داء الافرنج وانه لاعلامة للضرب المزعوم وقوعه بتحصيل المرض والموت البته .

بما ان المراجعات بحدوث العلل الجرحية تأتي متأخرة ، وخاصةً لما يكون سير المرض المدعى به مجهولاً لدى الطبيب العدلي ، فالبت في امرها صعب

واحياناً صعب جداً ، ويتطلب تدقيقات وجهود عظيمة .

فيتبين مما سبق ما لتطبيقات المادة ١٧٧ من الاهمية ، وما تتطلبه من الدقة والاعتناء ، فعلى الاطباء العدليين ان يعتنوا كل الاعتناء بتوصيف وتقدير الوقائع وتطبيقاتها ؛ كما ان على القضاة ان يكونوا حريصين على طلب الايضاحات الضرورية لحل القضايا ، والاعتماد على التقديرات المستندة على اسس فنيه ثابته .

واذكر تقرير طبياً ينص (مصاب بسقوط الكتف الايمن مع صعوبة في الحركات الرافعة الغير التامة للطرف العلوى الايمن وضمور في العضلة المربعة المنحرفة وذلك من نتيجة انقطاع الشعبة الوحشية من العصب الشوكي واستحالتها الناشئ عن الجرحة القاطعة في الناحية الحلمية العنقية اليمني وان هذه المعلولية غير قابلة الزوال). فهكذا تقرير لا يمكن اتخاذه اساساً محكم ، لانه تنقصه الاسس التشخيصيه الثابتة (التشخيص الكهربائي) ؛ كما ان الآفة الجرحية المذكورة اي انقطاع الشعبة الوحشية للعصب الشوكي لا تؤدي الى الاعراض المذكورة ؛ وتعبير سقوط الكتف ايضاً هو غير فني ؛ ولان جل ما هنالك ، ان اختلال وظائف العضلة المربعة المنحرفة ، بتأثيره على الحركات الرافعة للسوية فوق الافقية من الطرف المذكور .

الجروح المهلكة

(او تطبيقات الماده ١٧٤ من قانون الجزاء)

ان الجروح المهلكة ،هي الجروح التي تكون سبباً للموت عاجلاً او آجلاً ، ومباشرة او بأنضمام سبب آخر اي بالواسطة .

آ ــ الجروح المميتة عاجلاً ومباشرةً هي : الجروح الوخيمة ، لاحد اعضاء الحياة الرئيسية : الدماغ ، البصلة ، القلب ، الرئيتين ؛ وجروح الاعضاء الغنية بالدم كالكبد والطحال والرئتين والصدمه الجرحيه .

ب ــ الجروح المميته آجلاً وبلا واسطه هي: الجروح التي تنتهي بعوارض مرضيه غير انتانيه : آفات الاذينات النديه ، والقرصه المعديه ،التي تعقب جرح معدي رضي ، وناسور النخاع الشوكي ، الذي يحدث عقيب النزف النخاعي ... الخ .

ج ــ الجروح المميتة بالواسطة : ان العوامل التي تستوجب الموت بأنضمامها الى الجروح ، هي : الانتانات العامه (كزاز ، تسمم الدم، تقيح الدم ،التدرن) والانتانات الموضعيه العاديه (فلغمون ، حمره ، غانغرەن)، والخاصه (التدرن)، او العاديه ولكنها متفرقة سريرياً بوضوح (ذات الرئه ، ذات الجنب ، التهاب البريطون التهاب الشغاف الخارجي، التهاب السحايا ...الخ)،او مرض عام غير انتاني متولد عن ترضيض : الديابيت الرضى ، الآفات الروحيه والعصبيه (الهزيان المرتعش والنوروز الرضى الوخيم ...الخ).

المعاينة الطبية العدلية :

آ ــ وقائع الجروح المميتة عاجلاً ومباشرةً : ان ممارسة الطب العدلي بهذه الوقائع دقيق جداً .

١ ــ تارةً لاتظهر على المغدور علائم اخطار الموت السريع ، بل يظن الناظر ان امامه شخصاً مصاباً بجرحة بسيطه ، حتي اذا كان الطبيب العدلي او الخبير ذاهلاً ، نظم بحقه التقرير القطعي ، ثم لايلبث ان يموت المغدور ، فتبعث القضية على القيل والقال .

مشاهده : اجريت معاينة الشخص ..... من اهالى محلة ..... ونظم بحقه التقرير الطبي العدلي المتضمن شفاءه بمدة خمسة عشر يوماً ، ولم يلبث ان ساءت حالته وتوفي بعد٣٦ساعة. وبعملية فتح الميت شوهد كسر في العظم الصدغى الايمن وعلقة دموية جسيمة فوق السحايا مرافقة للمحراق الكسري ، فعليه تحقق ان سبب الموت هو التضييق الدماغي ، الذي (كما بينا في بحثه الخاص) تتأخر ظهور اعراضه الخطره لحين تأسه ، فلو كان الطبيب في هذه الوقعة اكثر اهتماماً بتدقيقاته لظهر له وجود الكسر العظمي ، وآثار نفوذ الآلة الكاسرة لجوف الدماغ ، ولكان نظم بحقه تقريراً غير قطعياً ، استوجب اهتمام القضاء اكثر مما وقع ، وحفظ الحق العام . وهذه الحالة تشابه حادث الصبي الذي ذكرته سابقاً .

بما ان فعل القتل هو الحد النهائي للجرائم الجنائية ، فيكون طبعاً اهم القضايا التى يعالجها الطب العدلي ، فلذلك يجب عدم الاغترار بالاحوال الظاهرة التى يمكن ان تكون حسنه حين المعاينه ، وتدقيق الآثار الجرحيه بكل اهتمام اذ كل اثر للذهول من هذا القبيل يكون له تأثيره السيء على الحق العام .

٢ ـ تارةً يشاهد المغدور ممدداً في فراشه فاقد الحركة دون ان تكون على جسده آثار جرميه ظاهره ؛ ويدعي انه سقط فاقد الحركة عقب ضربة اصابته على رأسه او بطنه ... الخ . فيجب على الطبيب العدلي ان يضع نصب عينيه كافة علائم الغشى واعراض السبات وان يتحراها بكل دقه ، اذ يتبين له التصنع والتمارض من الحقيقة ؛ وتفريق هذه الاحوال سهل في اكثر الوقائع .

مشاهدة : دعيت ليلاً لمعاينة شخص ..... ، الذى اجريت معاينته من قبل الطبيب ولم يعطي نتيجة بحقه ، فلما دخلت الغرفة شاهدته ممدداً في فراشه وتنفسه شخيرى ، والاجفان العلوية منطبجة ومتكدمة وبحوافيها السائيه خاصةً ، وهي في الطرف الايمن اكثر منها في الطرف الايسر والعين اليمنى جاحظة ، فتبادر لذهني حالاً انه مصاب بالتضييق الدماغي ، الذى تأيد وجوده بالاعراض السريريه ؛ وقد توفي بعد بضعة ساعات ، وبفتح الميت شوهد علقة جسيمة مع محراق كسر عظمي ذي شعاعات واسعة ، والذي يستجلب النظر في هذه القضية ، هو انه بينما كان الشخص في اواخر ساعات حياته ، كان الظنين طليقاً حتى اذا ماشاع خبر وفات الجريح توارى عن الابصار .

مشاهده : دعيت لمعاينة الشخص..... المخبر بانه ضرب على خصيته وسقط فاقد الحركة اوالحس قبل اربع ساعات وانه بحالة الاحتضار ؛ اسرعت لمعاينته ، فشاهدته ممدداً في فراشه ، يتنفس تنفساً طبيعياً ، وامعنت النظر بوجهه واجريت معاينه فلم ار عرضاً للغشى وللسبات فجربت اجلاسه فلم اتمكن لسبت ضخامة جثته وتراخيه ، وعويل النساء الموجودات ؛ على انني ايقنت انه متصنع ، فاردت اثبات ذلك ؛ فحقنته بحقنة اثر في ساعده ، فاظهر تجلداً اولاً ولكن لما بدأت بدلكها فقد جلده وسحب ساعده من يدي ، ولم اخرج من الدار لا وكان جالساً يقص علينا شدة تألمه وضربه ، ولكن دون ان يكون هنالك اثراً مشهوداً للضرب . وان التصنع من هذا القبيل ليس من الوقائع النادره .

٣ ــ وتارةً تكون الآثار الجرحية النزفيه بارزه ، فهذه الوقائع لاتترك مجالاً للخطأ بتعيين درجة خطورتها ؛ ولكن الذي يسترعي الدقة بها هو السعي فى تعجيل الاسعاف ، وتخليص حياة الجريح من خطر الموت حادق به

مشاهده : دعيت لمعاينه الشخص..... الذي سقط في الطريق على اثر جرحه في ساعده الايسر، جرحاً سبب نزفاً غزيراً ، شل حركاته وافقده شعوره ، حتى ظن انه فارق الحياة فبوصولي حالاً ربطت عضده الايسر وشرعت بمعاينته ابتدائياً فشاهدت علقات دموية جسيمة سائرة للساعد المجروح ينبع من خلالها سيلان دموي خفيف جداً ، والحركات القلبيه خفيفة وضعيفة جداً ، وماهي الا برهة من الزمان ، حتى قويته فنقلته للمستشفى ، حيث اسعفه وشفي تماماً .

ان هذه الجروح لاتحدث الموت الآني دائماً كما يتصور؛ بل تمتد الحياة مدات مختلفة كما بحثنا في مبحث ادامة الحياة بعد الجروح مفصلاً ، لذلك لانرى لزوماً للعودة اليه .

على انني اكتفي بالتنبيه الى وجوب تدقيق الآثار الجرحيه وحالة المريض وتثبيتها بصورة دقيقة ؛ وعدم التسرع بأعطاء النتيجة القطعيه ، حتى عندما يحدث الموت تجري عملية فتح الميت وتثبت النتائج بصورة فنيه واضحة .وذلك لانه كثيراً ماتكون الجروح متعدده، ويطلب القضاء تعيين الجريحة او الجريحات المسببه للموت، وبعمليات فتح الميت تظهر نتايج معاكسه لما سبق بيانه قبل الموت .

مشاهدة ــ امرأة اصيبت بعدة جروح من قبل زوجها وسقطت على الارض تتخبط

بدمائها ، فنقلت للمستشفى واسعفت ابتدائياً ، وامتلكت بعض شعورها الا انها لم تقدر على التكلم بسبب قطع شريان الشزن باحدى الجريحات الرقبية ، بل كانت تعطي الاجوبة بالاشارات بعينيها سلباً او ايجاباً على الاسئلة الملقاة عليها من قبل قاضي التحقيق وكان في جسدها عدة جروح ايضاً وتصورنا الخطر كله بجروح الرقبه النازفه ، ولكن توفيت في اليوم الثاني وبعملية فتح الميت شاهدت جوف البطن ممتلئ بمائع دموي من اثر جريحة نافذة في الكبد

والخلاصة ، ان المجروحين من هذا القبيل تنطفي حياتهم وان تمددت احياناً ويطلب الى الطبيب العدلي تعيين سبب وميخانيكية حصول الموت ، بأجراء الكشف على الاجساد الميتة .

ب ـ الجروح المميتة آجلا وبلا واسطه : هذه الجروح تظهر بعلائم جرحيه وخيمه حين حدوثها وتمتد بها الحياة مدات مختلفه تنتهي بالموت كما فصلنا ذلك بمبحث امتداد الحياة . فعليه يجب تثبيت الآثار الجرحيه الأوليه بالمعاينة الاولى ووضع الجريح تحت المشاهده (معاينة ثانية) طيلة مدة تحول صفحاته المرضيه الجرحيه ، حتي اذا استقرت الحاله على شكل تكون مدة تمديد الحياة معه ، لاتحيطها حدود التخمين ، كالقرحة المعدية ، او ناسور انخاع الشوكي فيصار الى اعلام القضاء بالكيفية ، انتظاراً لاجراء الكشف الاخير على الجسد بعد الموت .

ج ـ الجروح المميتة بلا واسطه : ان ممارسة الطب العدلي بهذه الجروح دقيقة واحياناً صعبة جداً . مثلا ظهور مرض الكزاز اختلاطاً بجرح بسيط ، من الحوادث الممكنة ولكن الغير القابلة الكشف قبل ظهورها ، فناً ، والحمرة ايضاً كالكزاز من الاختلاطات الملحوظة والغير القابله الكشف قبل

ظهورها ؛ ان وقائع الكزاز نادره جداً ، وانني شاهدت عشرة وقائع فقط بثلاثين الف وقعة جروح مختلفه ؛ ولكن الحمره ، هي كثيرة التصادف وتظهر على الاكثر عن عدم الاهتمام واحياناً عن سوء التداوي ؛ وان امكان ظهورها يدوم بدوام الجريحة ؛ واذكر وقعه دوام الجرح فيها ، عن عدم الاهتمام وسوء التداوي ، ستة اشهر ومن ثم ظهرت الحموة اختلاطاً وانتهت بالقضاء على حياة المجروح .

والذي يستجلب النظر بهذه الجروح ، هو التهاب البريطون في الجروح البطنية ؛ اذ تظهر فجأةً ؛ عقب جروح قاطعة واخذة او واخذة ؛ تظهر في شكلها بسيطه جداً ولا تسبب اقل انزعاج للجريح .

مشاهده — راجعني الشخص .... من اهالي محلة ..... بعد منتصف الليل ، بطلب من مخفر منطقة ، لمعاينته ، وكان مصاباً بجرح واخذ قاطع بطول سانتمتره في الناحية الشرسوفية لم يظهر اقل انزعاج منه ؛ فبمعاينته لم اتمكن من تعقب سير الجرح ، وذلك بسبب تكمش الانسجة بطبقات جدار البطن بدرجات مختلفة وانحراف سوية الفوهات الجرحية بعضها عن بعض ، كما ان الجريح لم يمكنني من معاينته كما يجب ، لانه كان مستعجلاً للذهاب لاخذ انتقامه بندء من جارحه ، فوضعته تحت المشاهده اثني عشر ساعة ، ولم تنقضي المده الا وكانت اعراض التهاب ظاهره ، وتوفي في اليوم الثاني .

واما احوال الجرحية الاخرى ، فسهله التعقيب بآثارها الجرحية حسبما هو مدرج في المباحث الخاصة بها .

ففي هذه الاحوال كافةً يقتضي ؛ اجراء عملية فتح الميت ، عندما يحدث

الموت وتثبت الآثار الجرحية الاساسية والاختلاطية بصوره مفصلة واضحة وتفسير تطوراتها المرضية واستنتاج سبب الموت وشكل حدوثه .

الكشف على الاجساد الميتة

تدعو السلطات القضائية الطبيب الشرعي لاجراء الكشف على اجساد الاشخاص الميتة من تأثير الجروح ، او المدعي موتهم من تأثيرها ، عاجلاً او آجلاً ؛ ويكون هذا الكشف عقيب الموت او متأخراً .

فعليه ، اما ان يكون الكشف عقب حدوث الموت حالاً ؛ او متأخراً بضع ساعات او بضعة ايام ؛ او بعد مرور مدة طويله تبلغ الاشهر او السنين .

الكشف عقب حدوث الموت حالاً

فى هكذا وقائع يجب على الطبيب العدلي ان يتأكد من حدوث الموت اولاً .

١ ــ ما هو الموت ؟

الموت

الموت : هو انقطاع الوظائف الحياتية . وهذا الانقطاع اما ان يكون ظاهرياً . فيكون الموت ظاهرياً ؛ واما ان يكون حقيقياً . فيكون الموت

حقيقياً .

الموت الظاهرى: يوصف بفقدان الحركة وفقدان التنفس والدوران ظاهراً .

يشاهد الموت الظاهري في الاحوال الآتية :

١ = بوقائع الغشي الذي يحدث عن الانزفة الخارجية والداخلية الجسيمة، والانصبابات الواسعة فى الشغاف القلبي الخارجى والتهيج .... الخ .

٢ ــ بوقائع الاختناق الميخانيكية او السمية .

٣ = بحوادث ابطال الحس الصناعي .

٤ ــ بأحوال اصابة الصاعقة والانجماد والرجفان الدماغي ... الخ .

الموت الحقيقي : ان علائم الموت الحقيقي هى : استرخاء المعصرات، وتوسع الحدقات ، وتشكل سحاب زلالي Toile فوق الطبقة القرنية ، وفقدان السهالة او النفطات عقب الحرقة الجلدية ، وفقدان الضربات القلبية (بالاصغاء)، وتخربة ايكار النفسيه . (يؤخذ ورقة بيضاء ويكتب عليها بمحلول خليت الاسرب المعتدلة « ١٠ غرامات بعشرين سانتمترة مكعب ماء مقطر » الذى لا لون له وتوضع امام الفوهات الانفية للشخص . فعندما يكون الموت حقيقياً ، تظهر الكتابة بلون اسود ، بتأثير مولد الماء الكبريتى . الذي لاينتشر الا من الاموات .

ان مجموعة هذه العلائم لا تترك مجالاً للتردد بحوث الموت حقيقةً .

مع ذلك عقب هذه العلائم الآتية تظهر علائم الموت المتأخرة . وهي : تبرد الجسد . والكباوة الميتية . والصمل الميتي . وفقدان قابلية تقلص العضلات بتأثير المنبهات المختلفة وانخفاض كرة العين .

ويجب الحذر من الاستهتار بتشخيص الموت ، اذ يؤدى لقتل شخص يحتاج الاسعاف ولم يفقد حق الحياة . واذكر حادثة شخص اصيب بجرحة قاطعه في ساعده الايسر . سببت نزفاً غزيراً . سقط على الأثر فاقد الحس والحركة . ودام النزف حتي خيل للناس حوله ان الشخص قد توفي؛ ومن ثم حضر موظو الشرطة واعلموني بالقضية . فلما وصلت كانت الناس تترحم عليه واقاربه يطلبون استلام الجسد . ولدى معاينته شاهدت بحيرة دموية جسيمة تحته وساعده الايسر غاطساً بها جسيت النبض المقابل فلم احسه ، اصغيت الى القلب فلم اقتنع ، فربطت عضده الايسر بقطعة من القماش قوياً . ووضعته على سلم خشبي شاهدته في الجوار . وامرت بنقله للمستشفى . وبنتيجة الاسعافات الفنيه ، استعاض حق حياته ؛ ولولا ذلك لكان في عداد الاموات ، وكان ضاربه في زمرة المحكومين بالاعدام .

وبعد ان يتحقق حدوث الموت ، يجب تعيين زمن الموت .

٢ ــ متي حدث الموت ؟ يعين زمن حدوث الموت ، كما يأتي :

آ ــ اذا كان الجسد محافظاً لحرارته ، ولم يشاهد اثر الكباوة الميتية ولا

للصمل الميتي ، يكون الموت واقعاً حديثاً ، اي منذ مدة وجيزة ؛

ب ــ اذا كان الجسد مضيعاً حرارته اي متبرد ، وبحالة ابتداء الصمل ، يكون الموت واقعاً منذ بضعه ساعات ، وعلى كل اقل من يوم ؛

ب ــ اذا كان الجسد متبرداً والصمل زائلاً ، ولكن غير متفسخ ، يكون الموت حادثاً منذ ٣ ــ ٤ ايام على الاقل . وبعد ذلك يشرع بالكشف .

الكشف : ينظر الى مكان الجرم ويوصف وصفاً دقيقاً ، ومن ثم الى الجسد ، ويفحص جيداً . ففي هذه الاحوال اما ان تشاهد آثار جرحية ظاهرة على الجسد ، او لا تشاهد . فعندما تشاهد جروح ، يجب تدقيق اوصافها جيداً ، والتثبت من حصولها قبل الموت ، او بعده ، في كل جرح على حده .

تشخيص الجروح المتقدمه والمتأخرة عنه

آ ــ الجراح الحادثه بعد الموت على الجسد : ان هذه الجروح تحدث عارضةً او عمداً .

١ ــ ان الجروح التي تحدث بعد الموت عارضة ، هي :

١ ــ الجروح التي تحدث في الدورة الفاصله بين الحياة والموت ، والتي يسميها الالمان (الجروح النزعيه) ، حينما يفاجأ الشخص بضياع شعوره آنياً من اصطدامه بمواضع مختلفة عند سقوطه مغمياً عليه ، وتمركز هذه الجروح

في الرأس ، ونهايات ، الاطراف ، والاقسام المتبارزه من البدن وتشاهد صفائح متيبسه (پارشه مينه) في الجبهة والوجه، والمرفقين ، واليدين ، والقصبتين والكعبين ...الخ ؛ وانصبابات دمويه تحت الجلد في الجلد المشعر بنواح مختلفة غيرها ؛ كسور عظمية ايضاً وخاصة في العظام الانفيه والنتوآت العزاريه .... الخ.

٢ ــ الجروح التي تحصل حين نقل الشخص من محل لآخر ، تشاهد على الاكثر في الوليد حديثاً ، وتحول على سبحات خفيفة (بشكل صفائح يابسه) حتي الكسور العظميه وخاصة كسور عظام الجمجمة .

٣ ــ الجروح التي تحصل من صولة الحيوانات وخاصة الفار على الجسد : تحدث ضياعاً مادياً جسيماً احياناً ؛ تشخيص هذه الجروح سهل ، عندما يكون الفاعل فأراً ، يشاهد اثر اسنانه بمحيط انصياع المادي ، بشكل اكليل نصف دائري صغير ومتيبس ؛ وبالاجساد الباقية في الهواء الطلق تشاهد هجمات الجوارح والنمل .

٢ ــ الجروح التي تحدث بعد الموت عمداً : تكون من منشأ طبي او جنائي.

١ ــ الجروح الطبيه : هي ؛ آثار وخذات الابر المحتقنه تحت الجلد (زيت الكافور وغيرها) ؛ وآثار الدلك القوى ؛ والفصد ... الخ .

فالابر تحت الجلد . تترك صفيحة مدورة حمراء خاسفة ؛ مع وخذه مركزية

على التقريب ، وبالشق يحس برائحه المساده المزرقه المميزه ؛ والدلك يحدث صفحات متيبسه في القسم الامامي من الصدر ، حين اجراء التنفس الصناعي ؛ والفصد يتميز جيداً .

٢ ــ الجروح الجنائيه : هي التى تحدث عن الهجوم على الشخص وجرحه بعد ان يكون مفارق الحياة ؛ او تحدث بالجسد الميت بقصد اخفأ او ستر آثار الجرحية الاصليه .

الاوصاف المميزة للجروح المتقدمه للموت والمتأخرة عنه : ان الآثار الجرحيه الحادثه قبل الموت بمدة من الزمان ، هي : علائم تدبيه ، التصاق شفتى الجرح بمايع اللنف المصور ، تقيح ... الخ ؛ و كدمات ذات الوان خضراء او صفراء .

الجروح الحادثه قبل الموت مباشرةً : ان تشخيص هذه الجروح من الجروح الحادثة بعد الموت دقيق جداً ، ويعتمد بذلك على : ١ ــ علائم خاصه عرضيه غير ثابته ؛ ٢ ــ علائم عامه . تستخدم بكافة الوقائع .

العلائم الخاصه ــ ان العلائم الخاصة والعرضية المميزة للجروح الحادثة في حال الحياة ، هي : الصمامات الشحمية التي تشاهد بوقائع الكسور ... الخ ؛ ولا يمكن حصولها ، بشكل واضح ومبتذل في الاجساد الميتة ؛ الصمامات الهوائيه ، التي تعقب جروح الجذوع الوريديه فى العنق ، والتي لا يمكن حصولها بعد توقف الدوران ؛ وجود الدم فى الحويصلات الرئويه ، الذي يشاهد بجروح العنق ، التي تفتح المجاري الهوائيه وبوقائع كسور قاعدة الجمجمه مع ضياع الشعور ، ان الدم يشكل

محراقات رئويه مرئيه بالنظر المجرد واحسن منها بالمجهر. ويقال ان كسور العظام بعد الموت اصعب منها قبل حدوثه، و كسر الحنجرة ايضاً لا يمكن حدوثه بعد الموت، ومشاهدته تدل حتماً على حدوثه قبل الموت.

٢ ــ العلائم العامه، هي:

١ ــ النزف؛ ٢ ــ تحثر الدم؛ ٣ ــ تكمش حوافي الجروح

آ ــ النزف: يكون خارجياً، او داخلياً، او مختلطاً.

النزف الخارجي: ان النزف الخارجي يحدث بالجروح فى حال الحياة عامةً، مهما يكن منشأها، عندما يوجد جرح جلدي. ان الدم يسيل الى الخارج وينتشر فوق الاشياء المجاوره وفوق ثياب الجريح والجلد المجاور للجرح؛ ويلوث حوافي ومقطع الجرح؛ ويشاهد بهذه المواضع المختلفة متيبساً، متحثراً او لا يزال مايعاً احياناً.

ان النزف الخارجي، تأخذ ببعض الوقائع، اوصافاً تجعل تشخيص فعل الجرح قبل الموت ثابتاً مباشرةً، وهو كذلك عندما يكون الدم منتشراً لمسافة بعيدة فوق الاشياء المجاورة للجسد (حائط، مفروشات)، ويشكل اشكالاً متنوعة من القطرات الدموية، ان وضعاً كهذا يكون دليلاً لا يقبل الرد لخروج الدم الشرياني بحالة النفور مدفوعاً بتأثير القلب، وعليه يعد دليلا لا يقبل الجدال لوجود الشخص بحال الحياة. وكذلك عندما يكون الدم المنتشر الى الخارج فوق التراب مثلاً، بشكل مبعثر Traîné يكون دليلاً على حركة الشخص،

حينما كان يسيل دمه وهو فى قيد الحياة ... الخ .

ولكن يحتمل ان يفقد النزف الخارجي بالجروح الحادثة في حال الحياة، او ان يحدث دون ان يترك اثراً .

ويكون فقدانه في الاحوال الآتية :

١ ــ عندما يحصل الجرح بآلة دقيقة للغاية، كما هو فى الآلات الواخذة ذات القطر الصغير للغاية ؛

٢ ــ عند ما تحصل الجروح بأقتلاع الانسجة ، يمتنع حصول النزف ؛

٣ ــ عندما ينصب الدم الداخل من جراء وضع تشريحي ؛ او من جراء قطع احد الاوعية الكبيرة التى تفرغ محتوياتها بسهولة في احد الاجواف ... الخ ؛

٤ ــ عند ما يصادف الدم منفذاً غير الجروح ، التي تحول مجرى النزف الخارجي لحسابها ... الخ ؛

٥ ــ عند ما يحدث الرض اختلالاً داخلياً يستوجب توقيف الدوران مباشرةً ، وعليه لا يمكن للدم الوصول الى الجرح الخارجي ويكون كذلك عندما يصاب القلب او الابهر اصابةً وخيمة ، كأن يتمزق او يقتلع ... الخ (بوقائع الدهس ... مثلاً) ؛

٦ ــ عندما يكون الرض مرافقاً لارتجاج دماغي او لصدمة ، تشل حركة الدوران مباشرةً ويمتنع سيلان الدم .

ان القاعدة العامة تقضي بعدم حصول نزف خارجي بالجروح الجلدية التي تحدث بعد الموت ؛ مع هذا يمكن حصوله بصورة استثنائية .

آ ـ عندما يقع الجرح عقب الموت بمدة قصيرة ، يحدث النزف في كل نواحي البدن ؛ وبنسبة ما تكون هذه المدة قريبة من زمن حدوث الموت ، يكون النزف ثابتاً وظاهراً .

ب ـ وعندما يقع الجرح بعد الموت بمدة طويلة ، يحدث النزف في الاقسام الراكدة فقط ، ويكون سيلان الدم جزئياً ، الا اذا كانت الركودة جسيمة والدم مائعاً (وهذه الشرائط تتوافر في الاشخاص المتوفين فجأياً او اختناقاً) ، او ان يصادف الجرح جذعاً وريدياً هاماً مملوءاً بالدم ، وفي هذه الاحوال يسيل الدم الى الخارج دون ان يصادف مانعاً ما . ويلاحظ ايضاً عندما تحدث الجرحة بمحل مائل من البدن ، اى معرض للركودة الدموية ، لا يسيل منها الدم حين وقوع الجرح ، بل يبدأ بالسيلان حينما تتأسس الكباوة الميتية . ويذكر ما شقا مثالاً مفيداً لذلك : هو :

اعدم شخص صلباً ، وانقطع الحبل وسقط الشخص على الارض ؛ ثم اجريت معاينته الطبية ورخص بدفنه دون ان يشاهد ما يدعو للريب ؛ وفي اليوم الثاني جاء ابنه مدعياً بضرب والده على رأسه ، وانه شاهد جرحاً في الناحية القفوية يسيل منه الدم .

النزف الداخلي : ان النزف الداخلي يحدث : في الاجواف المصلية (شغاف

القلب الخارجي ، البلورا ، البريطون) ؛ وفى الانسجة الحشوية ؛ وفي النسج الحجروي ، اي النزف الخلالي العميق او تحت الجلدي .

الانزفة في الاجواف المصلية ــ ان الجروح المحدثة بزمن الحياة، اياً كان نوعها ، عندما تفتح الاوعية الكبيرة والشريانيه خاصةً .

وتمزق الاعضاء الحشوية تحدث : انصباباً دموياً فى الاجواف المصلية . هذا الانصباب لا يحصل بعد الموت ، الا اذا فتح احد الجذوع الوريدية الجسيمة وكان على اتصال مع جوف مصلي؛ كما يحدث بقطع الجذوع الوريدية الصدرية والبطنية عند اجراء عملية فتح الميت من قبل جاهل لا يحسنها . ان هذه الانصبابات تحدث بصورة استثنائية وبمقادير جزئية وتشخيصها سهل؛ فلذلك عندما يشاهد النزف في احد الاجواف المصلية ، وتضايق الاعضاء او تزحزح عن موقعها (القلب والرئتان) لا يمكن التردد بحدوثه في حالة الحياة .

ب ــ النزف الحشوي : ان جروح الاحشاء تحدث انصبابات دموية داخلها وتكون جسيمة بقدر ما يكون العضو الجريح غنياً بالاوعية ؛

وعندما لا يصادف النزف مانعاً ينصب في احد الاجواف المصلية المجاورة، كما يحدث في جروح الكبد فى النسج الحجروي المجاور، او كمحيط الكلية مثلاً . ان الدم المرتشح فى ذات العضو يكون جزئياً او معدوماً احياناً في هذه الاحوال .

ان عنصر التشخيص في هذه الحوادث هو النزف الجوفي او المحيط لنسج

العضو ؛ وان الجروح التي تحدث بعد الموت لا يسيل منها دم او يسيل مقداراً جزئياً . فعليه ، عندما يشاهد انصباب دموي هام في احد الاحشاء ، ذو صلة بجرح في العضو ، يشعر بوقوع الجرح في حال الحياة حتماً .

ث ــ النزف الخلالي العميق : هو لازم غير مفارق لجروح العظام والعضلات واوعية الطبقة الحجرية تحت الجلدية الحادثة بحال الحياة ، الا فى الوقائع التي يرافقها جروح القلب او الابهر ، التي يتعلق الدوران بها مباشرةً ويتأثر آنياً ، او الارتجاج الدماغي ، اللذان يحدثا الموت قبل سيلان النزف .

ولذلك فان النزف الخلالي العميق لا يحدث بعد الموت ، واذا حدث فانما يكون بامتداد لا يذكر .

وعليه ،فان مشاهدة محراق كسرى مملوء بمائع دموي منتشر بدرجة واسعة لجواره ، وتمزق عضلي مع انصباب واسع ، ونزف بريطوني جسيم ، ونزف منتشر بأمتداد غمدوعائي مقطوع اومتمزق، هي من الادلة التى لاتقبل الجدال لحدوث الجروح في حال الحياة .

د ــ النزف تحت الجلدي : ان الانصبابات في النسج الحجروي تحت الجلدي (حدبات دمويه او كدمات) تحدث فى الجروح المتنوعة في حال الحياة ، وان كثرتها واهميتها تحول بأختلاف الجروح .

ان جروح الآلات الواخذة والواخذة القاطعه لاتحدث هـذه الازفه ، الا باحوال استثنائية ،وهي تحدث بوقائع مؤفية احد الاوعية الكبيرة ،وفي النواحى التى يكون فيها النسج رخواً ،اذ يساعد على انتشار الدم بسهولة في محيط الجرح.والوضوض بالعكس سواء اكانت مترافقه بجرح او بدون جرح هي الجروح الخاصه التى من شأنها احداث الانصباب تحت الجلدى ، وتشكيل احد اعراضها الهامه .

تتشكل الكدمات تحت الجلديه بعد الموت من نفسها في النواحي الراكده (كما سيبين في بحث الاختناق) ، او بتأثير الرض؛ وقد اكتشف كريستيسون لأول مرة هذه الكدمات بقضية الامرأة كامبل التي قتلت تتباع في احد المسارح . (اخذ كامبل عصا وضرب بها الاجساد الميته منذ ساعة ونصف ، وساعتين ، وثلاث ساعات ، واربعة ساعات ، فشاهد ان الضربات الشديدة تسبب ظهور آثار ذات لون خارجي ظاهر لايفرق عن الوان الكدمات التي تحصل قبل الموت ،حتى ولو بعدة بساعات متعدده .ان هذا اللون يحصل من انصباب الدم المايع ، بطبقة رفيعة جداً ، تحت الادمه . ويمكن انتشار هـذا الانصباب فى النسج الحجروي تحت الجلدي بنقطة محدودة وتلوين حجابات النسج وعلى كل فلا يوجد بهذا الانصباب علقات دموية . ولا يندمج الدم بطبقات النسج . وعليه فان مشابهة الكدمات الرضية تحت الجلديه الحاصله بعد الموت للكدمات الرضيه الحاصلة قبل الموت تحصر من حيث اللون الخارجي

وتخالف بأوصافها الحقيقية بصورة لاتقبل الشك والتردد .

ب ــ تخثر الدم . ان الدم الخارج من الاوعية بحال الحياة يتخثر قاعدةً ، ولكن الدم المنصب للأجواف المصليه يبقى مايعاً وكذلك الدم المنصب للاجواف البلورائيه يبقى مائماً قسماً ، وفي شغاف القلب الخارجي استثناءً .

ومقابل ذلك فالدم الخارج من الاوعيه بعد الموت لايتخثر ، قاعدةً ، ولكن هذه القاعده ليست مطرده .

وقد ثبت بالتجارب والمشاهدات العديده ، وخاصة بتجارب تايلور على على الاطراف المبتورة حديثاً ، ان الدم المنصب من الاوعيه بعد الموت ، الى الخارج ، او للاجواف الداخلية ، حتي بوقائع الاختناق ، انما يتخثر ؛ وان درجة هذا التخثر تتناسب مع قرب زمن الموت ، فعندما يكون هذا الزمن طويلاً تفقد قابلية التخثر . وان العلقات التي توجد بالتخثر الحادث بعد الموت هي علقات لينه ورخوه وسهلة التفريق ، بنسبة تباعد زمن حدوث الموت عن خروج الدم من الاوعية ؛ ومن جهة اخرى ان الدم المتخثر بعد الموت لايندمج بالانسجة مطلقاً ولا يلتصق بحوافي الجروح .

ويشاهد بجوار الانصبابات الدمويه ارتشاحات مصليه احياناً . وان بعض المؤلفين ومنهم لسر يفسرون هذا الحادث ، بأتحاد النزف الدموى مع النزف اللنفى ، ويستدلون من ذلك على حدوثه بزمن الحياة ؛ ولكن غيرهم من المؤلفين (بالاتوقس ودره وه س) يدعون بأنه ليس هنالك سوي فعل حكمي للتخثر

وانه ليس له اقل قيمة تشخيصية .

ث ـ تكمش الانسجة : ان قابلية التقلص في الانسجة، تجعل حوافي الجروح الجلدية والعضلية متباعدة ، والجروح مفتوحة . وهذه الخاصة تتحول حسب النواحي (اذ تكون في العنق بدرجتها العظمى وفى الجلد المشعر والظهر بدرجتها الصغرى) ، وانواع الجروح ، اذانها في الجروح القاطعه تكون اكثر وضوحاً .

وبالموت تفقد هذه الخاصه ، قابلية التقلص ، ولكن بصورة تدريجيه ؛ فعندما يحدث جرح على جسد ميت ، عقب الموت ، تتقلص الحوافي وتنفتح الجرحة الا انها تكون اقل منها فى زمن الحياة ؛ وهذه الخاصة تتناقص بالنسبة لتباعد زمن الموت حتي تفقد تماماً ، ولا تشاهد بالجروح الواقعة على جسد ميت منذ مده طويله. ومثل ذلك قابلية تقلص العضلات، فانها تدوم بعد الموت وتتناقص تدريجاً ، حتى حدوث الصمل الميتى .

ولهذه الخاصة تطبيقات هامه جداً ، بوقائع التقطيع الجنائي ؛ اذ يشاهد بالجانب المقطوع ، مقطع مستوي متجانس خلافاً لمقطع الجسد ، الذي تشاهد فيه الانسجة المتنوعة متقلصة بدرجات مختلفة .

والخلاصة ، ان اوصاف الجروح التي تحصل بزمن الحياة والتي لاتقبل الشك والريب ، هي ؛

آ ـ انصباب دموى خارجي جسيم ، متدفق من جرحة حوافيها متباعده

وحوافيها وقعرها ملوثان بدم متحثر ؛

ب ـ انصباب دموي جسيم فى جوف مصلي؛ وان عدم تحثر هذا الانصاب فى الاجواف وتحثره بحالة كتلة جسيمه في الشغاف الخارجى ، وتحثرة قسماً فى جوف البلورا ، تعد من الادلة القاطعة ؛

ث ـ انصباب دموى واسع في احد الاحشاء ، وبشبكات الانسجة الحجروية العميقه (المنصف ، اغمدة الاوعية) ، او تحت الجلد .

وعندما تكون الاوصاف الحياتية في الجرح ضعيفة ، والانصباب الدموي ـ العميق او تحت الجلد ـ جزئياً ، ولكن الدم متحثر ومندمج بالانسجة جيداً ، والجرح بمنطقة خارجة عن مناطق الركود ؛ تدل على حصول الجرح بزمن الحياة او بزمن النزع ، او بالدوره القصيره المعقبه للموت بحيث ، لا تكون الانسجة في هذا الدور قد فقدت اوصافها الحياتية ، وان تورد سمي هذا الدور بأسم (دور التردد) بحق .

وعندما تكون هذه الانصبابات بمنطقة راكده ، يجب عدم التسرع بأعطاء النتيجة ، اذ شوهد حصول نزف خارجى مبذول من جرح احدث بعد الموت بمنطقة مائله . فلذلك اذا لم يوجد انصباب دموي خارجي او داخلى جسيم ؛ وتحثر صلب ؛ وملتصق بالانسجة ، وغير قابل الطرد بالتضييق والتعصير والغسل يجب الاحتراز من قبول حصول الجرح بزمن الحياة . ومن ثم يقتضى تدقيق منشأ الجروح ؛ عما اذا كانت جنائيه ، انتحاراً او قضاءً .

تشخيص منشأ الجروح

ان حل هذه القضية لايعود للطبيب وحده، بل يجب ان يتأيد ويكمل بالتحقيق القضائي .

ان عناصر التشخيص تنقسم الى صنفين :١- عامه وهي الادلة التى تستنتج من كافة انواع الجروح ؛ ٢ - وخاصة ؛ وهي الادلة التى تختص لكل من انواع الجروح المختلفة .

آ - العناصر التشخيصيه العامه ؛

ان الجروح المختلفة (جروح الآلات الواخذه ،والواخذه والقاطعة ؛ والناريه والراضه) تحدث عن اسباب مختلفه ، جنائيه ، انتحار ، او قضاء ؛ بنسبة غير متساوية .

ان الجروح بالآلات الواخذه والواخذه والقاطعه ؛ هي خاصةً من منشأ جنائي ، ونادراً من انتحار ، ومن اندر النوادر تحدث قضاءً . والجروح بالآلات الراضه الثقيله كالباطه والمطرقة ، لاتحدث قضاءً ولا انتحاراً،الا بحالات خاصة واستثنائيه للغايه . وان السقوط يحدث قضاءً ، او انتحاراً ، ونادراً من منشأ جنائي . والدهس يحدث انتحاراً . او قضاءً . ولا يوجد دهس جنائي الا بوقائع الدهس المصطنع .

وكل حالة عجيبة وغريبة تشاهد في انتخاب السلاح او في شكل الفعل يجب ان تحول القناعه لجانب الانتحار .

ب ــ العناصر التشخيصيه الخاصه :

١ ــ محل الجرم

٢ ــ الجسد

٣ ــ الظنين

١ ــ محل الجرم : ان عدم الانتظام واللطخات وانطباعات الدم ؛ والاسلحة هي العلائم الواجب تدقيقها بمحل الجرم .

ان عدم الأنتظام في المحل الذى توجد فيه الجثه وتبعثر الاثاث هي من الدلائل الجنائيه ولا تكون فى احوال الانتحار ؛ واللطخات وانطباعات الدم الموضعية تعد من الادلة الجنائيه الهامة . وان مشاهدة هذه الآثار في نقاط متباعدة عن الجسد ، تدل على ان الجرح او احدها ــ (بوقائع الجروح المتعددة) اصاب المغدور بمحل متباعد عن المحل الذي سقط فيه الشخص بضربة الموت. وفي هكذا احوال يجب تدقيق قدرة الشخص الجريح على الانتقال من مكان لآخر بنفسه ، فعندما يكون ممكناً ، يتصور احتمال الانتحار، وبعكس ذلك يقرر حصول نقل الجسد بعد القتل .

ولأنطباعات الايدي والاقدام المدممة المشاهدة بموقع الجرم اهمية خاصة بتثبيت الجرم .

ان وجود السلاح بمحل الجرم يدل على افعال القتل والانتحار بالتساوي ؛ واما فقدانة فيفسر فعل القتل قاعدةً ؛ ولكن لا يمكن نفي الانتحار ؛ اذ يشاهد بوقائع الانتحار ، قدرة المنتحر على الاتيان بافعال متأخرة ، كرمي السلاح او وضعه بشكل يدل على منشأ جنائي ، احياناً .

ان تدقيق محل الجرم ، وضبط الدلائل ، هي من وظائف الضابطة القضائية او القضاء ، وموظفي الادلة القضائية بالاحرى ، اكثر من الطبابة العدلية الخاصة ، غير ان لمعاونة الطبيب العدلي الممارس اهمية عظيمة .

مشاهدة : دعيت لمعاينة صبي بسن السادسة من عمره وجد مقتولاً وملفوفاً بقطعة من الحصير فى احد الازقة غير النافذة : فبمعاينته شاهدته مذبوحاً والدم متحثر ومتيبس على الجسد والثياب ولكن لا اثر له في الارض المرتكز عليها ، ومن ثم دققت هذا الطريق غير النافذ فلم اشاهد به اثراً بتاتاً ، فثبت لي نقل الذبيح بعد القتل لهذا المكان ، وبأثناء التدقيق شوهدت على جسده طبقة غباريه رقيقة بيضاً ، استدل منها على وقوع الجرم بمحل يوجد فيه عمل بناء حجري ؛ فانبث مأمور والشرطه فى الازقة المجاوره للتحرى عن هكذا محلات ، فشاهد احدهم لطخات دمويه في باب احدى الدور ، وبدخول هذه الدار ، شاهدنا عمل بناء وكافة الآثار الجرميه : بحيرة دمويه خاصة للذبح ، وحبل البئر ملوث بالدم ، ولباس الطفل ملوث بالدم المغسول ، وابريق تنك يده ملوثه بالدم ، وباب الدار ملوث بالدم من الداخل . وعليه القي للقبض على

الشخص المشتبه به ..... الذي كان وقتئذ يشتغل بمحل عمله ، واعترف بأرتكابه جرم القتل بعد افتراسه الطفل ، ليستر جريمته الاولى اي هتك عرضه .

مشاهده ـ وجدت امرأة مقتولة بغرفه وبجوارها آثار ثلاث اقدام مدممه ، وواحده منها خاصه بقدم امرأة ، فأخذ انطباع قدم الامرأة ليظهر متماثلاً . فوجهت الشبهه الى امرأة وشخص يقيمان في ذات المكان . واخذ انطباع قدم الامرأة فجاء مطابقاً تماماً وثبت الجرم على هذه الامرأة (تايلور).

مشاهدة : حدث جرم بدار ، وشوهدت انطباعات دمويه تتصل بدار مجاورة لها وبتدقيق هذه الانطباعات المدممه ، جائت مطابقة لانطباع اصابع الجار المقيم بتلك الدار ، وتبين بنتيجة التحقيق ان الجار الظنين ارتكب جريمته وعاد الى داره ماشياً على رؤس اصابع الاقدام ومتكئاً برؤس اصابع يديه على الجدران التي حصلت عليها هذه الانطباعات .

مشاهده : اخبر عن امرأة مذبوحة في دارها ؛ فشوهدت بالكشف آثار دم بغرفة المنامه وبالغرفة المجاوره لها ، متصله بأنطباع اقدام اشتبه من امرها وتبين بالتحقيق انها انطباع اقدام الطبيب الذي دعي للاسعاف حين وقوع الحادث .

مشاهده : وجد شخص مصلوب بغرفة ، وفي الغرفة المجاوره شوهدت خزانة مفتوحة وعليها اثار دمويه ؛ فتبين بالتحقيق والمعاينة ان اثار الدم ، هي مطابقة لاثار انطباع اصابع المغدور ؛ وان المغدور تشبث بالانتحار ذبحاً في

الغرفة الاولى ولما لم يتوفق فتح الخزانه واخذ منها حبلا صلب به نفسه فى الغرفة الثانيه .

مشاهده : شخص انتحر بطعنه موس فى الناحيه القلبيه ومن ثم اغلق الموس ووضعه في جيبه .

مشاهده: وجد شخص مذبوحاً في سريره، ولم يوجد السلاح، وبعد التحرى شوهد السلاح موضوعاً فوق خزانة مجاوره لسرير المغدور وعليها انطباع اصابع مدممه وقطرات دمويه ، وتبين ان هذه الانطباعات هي مطابقة لانطباعات يد المغدور وان المغدور قد انتحر وهو واقف ومن ثم وضع سلاحه على الخزانه وتمدد بسريره ليستقبل الموت مستريحاً .

مشاهده : يذكر حادثة انتحار شخص بسلاح ناري ، القاه بعد الطلق لمسافة بعيده .

٢ ــ معاينة الجسد : ان التدقيقات على الجسد تعود بكليتها للطب العدلي؛ وان الادلة تستخرج من حالة الثياب ، وعلائم الدفاع او الهجوم ، واوصاف الجرح او الجروح الخصوصيه ، وما يشاهد عرضياً على الجسد.

آ ــ حالة الثياب : ان الشخص الذي يصمم الانتحار ، يجلي ثيابه عن الناحيه التى ينتخبها لايقاع الضرب ، ويخلع ثيابه ويرتبها بأنتظام احياناً. وهذه الحالات لاتشاهد بالوقائع الجنائيه .

مشاهده : دعيت للكشف على جسد ..... من اهالي محلة ..... بحلب

البالغ من العمر خمساً وعشرين سنة على التقريب ، فوجدته ممدداً في دهليز داره بنقطة تبعد عن الدار بمسافة ثلاثين خطوة تقريباً ، وصدره مكشوفاً وموضوعاً على الناحية قرب القلبيه قطعة خشبية مستديرة ومثقوبة في وسطها ثقباً ذا قطر يقدر بسانتمترين تقريباً ، مستورة بصباغ اسود الدخان وفي قعرها جرحه ناريه ، والقطعه الخشبيه مثقوبة عدة ثقوب جانبيه ، داخلة فيها خيوط قنب طويله ، محيطه بالبدن بصورة محكمه لتثبيت القطعه الخشبيه بمكانها ، وبجانبه مسدس . فثبت انتحارة .

ب ــ علائم المنازعة : ان علائم المنازعة اي الدفاع والمقاومة تختص بوقائع القتل . لان مقاومة المغدور تعرضه لطعنات مختلفة ، في المواقع المتنوعة وخاصة في الترضيضات. وان علائم الشدة والجبر التي تشاهد بجوار الفوهات التنفسية تدل على تشبث القاتل بمحاولته منع المقتول عن الصراخ . وبوقائع القتل بالاسلحة الواخذة والواخذة والقاطعة تشاهد فى جسد المغدور ، جروح الدفاع . وهذه تحدث عن تشبث المغدور بدفع الضرب عن نفسه ومحاولته ضبط الآلة الجارحة ، وتشاهد خاصة في حافة الساعد الوحشية ، وراحة اليدين ووجه راحي الاصابع ، وقطع الاصابع التام تقريباً احياناً .

ومع هذا فان قيمة هذه الجروح بدلائل القتل ليست مطلقة ، بل يمكن حدوثها في افعال الانتحار .

مشاهدة : دعي (پەتەروورنوم) لعند امرأة ، فشاهدها واقفة وشريان

شزنها مفتوح ، وماسكه بيدها سكين سفره ، وبحضوره طعنت ساعدها الايمن عدة طعنات . وتوفيت بعد تسع ساعات . وبعملية فتح الميت شوهد شريان الشزن مفتوحاً بكليته تقريباً ، مع عدة طعنات في الساعدين والمعصمين ، وفي كل جانب مقطع في الالتواء الواقع بين الابهام والسبابه .

مشاهده : شاهد (پوپسه) شخصاً قاصد الانتحار ، ماسكاً سكين جزار من مقبضها باحدى يديه ومن نصلتها القاطعة باليدالاخرى فذبح نفسه واجرى عدة مقاطع فى راحة يده .

ويجب الذكر بانه . عندما يطعن الشخص المقتول وهو بحالة النوم لايوجد اثر لعلائم الدفاع .

ان عدم انتظام الثياب ، وتمزقها ، يشاهد على قبول وقوع المنازعة او فعل القتل بالاحرى .

ث ـ اوصاف الجروح الخاصة . تشكل اهم عناصر التشخيص اليقينة العامة ؛ وهي : موقع الجروح ، واستقامتها وعددها .

آ ـ موقع الجروح : ان جروح القتل ليس لها مواقع محدودة . بل تقع في جميع انحاء البدن (النواحي الامامية والخلفية ، والصدر ، والبطن ، والرأس والاطراف) سواسية . ولكن جروح الانتحار تحدث بمواقع محدودة ، وبعض النواحي تكون مصونة منها ، اي لا يمكن للمنتحر ان يتصل بها ؛

كجروح الاقسام الخلفية من البدن ، ما عدا النقرة، الا بوقائع استثنائيه ،وذلك بالنظر لما يشاهد من الغرائب العجيبة التي تصادف في الانتحار على الاكثر .

ان النواحي المنتخبة للانتحار ، هي المشهورة بموقع المقتل، اعنى الرأس والعنق والناحية قرب القلبية . وان الطلقات النارية توجه للرأس (الصدغين والفم) والى القلب ، والآلات الواخذة والواخذة القاطعة تطعن العنق والقلب .

ان جروح البطن يستبعد ان تكون اثر انتحار ، بل هي نتيجة فعل قتل او قضاء . ومثل ذلك جروح الاطراف ، ما عدا جروح الواخذة والقاطعة في ثنية المرفق والمعصم .

ب استقامة الجروح : ان استقامة الجروح ايضاً تابعه لبعض قواعد عامة . فى افعال القتل تحدث الجروح بكل انواع الاستقامات ؛ ولكن لجروح الانتحار استقامات منتخبة ؛ وان بعض الاستقامات فى مسير الجروح ــ ما عدا الاستثنا آت الخاصة ــ لا تقبل في افتراض الانتحار؛ كالاستقامة الخلفية الامامية . ان الاستقامة في جروح الانتحار تتجه من الامام الى الخلف ،ومن الايمن الى الايسر ومن الاعلى الى الاسفل وبالعكس ، حسب النواحي وحسبما تكون اليد الطاعنة اليمنى او اليسرى .

ج ــ تعدد الجروح ــ ان تعدد الجروح بوقائع الانتحار من قبل الاشخاص المجانين يكتسب اوصافاً خاصة وحتي مميزة ؛ وشاهد ما شقا بحادثه من هذا القبيل ٢٨٥ جرحة سكين .

واذا استثنينا هذه الوقائع ، يشاهد بوقائع الانتحار :

١ ــ ماعدا الجرحه القاتله ، جروح متعدده اقل وخامة من الاولى ؛ مفعوله بذات السلاح او باسلحة مختلفة ، تخيل للناظر كأنها حادثة من تعرض اشخاص عديدين ؛ وهي في الحقيقة ناتجة من طعنات انتحار ؛ متقدمة مباشرةً للطعنة المميتة .

ان تعدد الجروح يكون ذا مغزي مميز ، عندما تمركز فى النواحي المنتخبه للانتحار .

مشاهده ــ يذكر هوفمان حادث انتحار ؛ مجنون طعن نفسه اربع عشرة طعنه في الناحية الاماميه للصدر وخاصة في الناحيه قرب القلبيه ؛ منها اربع جروح نافذه وجرحان في حافة الاضلاع السفليه في الجانب الايسر ؛ مع مقاطع جرحيه متعدده فى وجه المعصم الايسر الانسى .

وشاهد مجنوناً آخر ؛ طعن نفسه اربع طعنات فى الناحيه قرب القلبيه وثلاث مقاطع سطحيه في المعصمين ....الخ .

وبأحوال القتل ، بالعكس ، عندما تكون الجروح متعددة تتوزع عادةً على سطح واسع وغير منتخب .

٢ ــ وعند ترافق عدة جروح قاتلة : يستدل على فعل القتل ، وعلى فعل الانتحار استثناء ، وذلك فى الاشخاص الذين لم يوهن عزمهم بالجرحة الاولى ويتوفقون بتكرار الطعنات القاتلة ، (كما اوضحنا ذلك في بحث امتداد

الحياة) ، من وقوع الانتحار من طلق ناري على الرأس وآخر على القلب، او طعنة سكين في القلب .

٣ــ ان اشتراك الوسائط المميتة المختلفة ، كالصلب ، اوالخنق ، اوالغرق، والتسميم مع الجروح ، هي ، خاصة بأفعال الانتحار ، ما لم تكن هنالك موانع تحول دون اتمام هذه الافعال من قبل المغدور .

د ــ الدلائل الخاصة غير اليقينيه : هي ، وجود السلاح المسبب للموت بيد الشخص ، واكتشاف انطباعات دموية اجنبية فوق الجسد .

وجود السلاح باليد ــ له قيمة مختلفة حسب الوقائع ، ويجب الذكر ان وضعية السلاح باليد تكون احياناً مضادة للجسد والجرح، فيظهر لاول وهلة فعل القتل ، كما شاهد تايلور سكيناً بيد المقتول ظهرها متجه للجسد .

مشاهدة انطباعات دموية ليد غريبة فوق الجسد : لها قيمة كبرى طبعاً كما شاهد يلور انطباع دموي ليد يسرى فوق يد الشخص المذبوح اليسرى؛ فازالت كل شك في فعل القتل .

٣ ــ معاينة الظنين : ان القاتل حين ارتكابه فعل القتل يحتمل ان يجرح من قبل المغدور او يلوث بدم المقتول ؛ ولكن عندما يكون الشخص نائماً او عندما يؤخذ على حين غرة ويطعن من الخلف فلا يجد سبيلاً للدفاع او الحاق اي اذى بالمعتدي .

ان جروح الدفاع الهامة المميزة هي جروح الاظافر وعض الاسنان ،

وتشاهد جروح الاظافر في اليدين والاطراف العلوية ، وجروح العض تتمركز خاصةً في اليدين ، وتأخذ ، هذه الجروح شكلاً مميزاً عندما يكون العض بفك غير منتظم، محروماً من بعض الاسنان . كما حدث فى وقعة مادام كرمبو ، التى تطابق فيها انطباع الفك على انطباع العض المشاهد في الظنين تماماً .

ويذكر ايضاً ترضيض الخصيتين ، بين جروح الدفاع .

ان وجود الدم او عدمه فوق الظنين سبب مناقشات عديدة . ان اشتراط وجود الدم فوق الظنين خطأ فادح ، اذ يمكن للقاتل ان يبدل ثيابه او ان يغسلها ... الخ كما شاهد تايلور بحادث كان القاتل مجرداً من ثيابه حين ارتكابه جرم القتل ، وما عدا ذلك توجد وضعيات مختلفة تجعل القاتل مصوناً من التلوث بدم المقتول ، كما يحدث بوقائع الذبح من الخلف ، ومثلها بوقائع الضروب الرضية الثقيلة ، التي لا تحدث نافورة الدم ، حتى من الامام .

ب ــ الدلائل الخاصة لتشخيص الجروح المختلفة :

١ ــ جروح الآلات القاطعة ، الهامة بنظر التشخيص، هي : الذبح، فصل الرأس ، المقاطع بحذاء الثنايا المفصلية .

الذبح : يحدث انتحاراً او جنائياً ، ولا يكون عرضياً اي قضاء .

١ ــ الانتحار : كثير الوقوع ، والآلة الاساسية هي موس الحلاقه ، ثم يليها السكين وقطعات الزجاج والمقاص ببعض الوقائع . ويجرى الانتحار

ذبحاً بينما المنتحر قائماً او قاعداً ،وامام المرآة احياناً ، وفي حالة التمدد على الظهر اي في وضعية النوم نادراً .

٢ ــ القتل ليس نادراً ، والآلة المستعملة ، هي، موس الحلاقة او السكين عامةً . ان فعل القتل يحدث من الامام واحياناً من الخلف ، وايقاع القتل من الامام لا يتيسر عندما يكون المهاجم يقظاً ومحتاطاً لنفسه ، بل يكون مع الاشخاص النائمين ، او المأخوذين على حين غرة من الخلف ، وبالعكس ان فعل الذبح من الخلف سهل .

وفيما عدا العلائم العامة لتشخيص الجروح ذبحاً او انتحاراً . يذكر بعض علائم مميزه خاصة ، وهي :

١ ــ وضعية الجرح وموقعه : يقال ان المنتحر يجرح نفسه جرحاً متوسطاً بقصد فتح المجاري التنفسية ، واما القاتل فتكون الجروح التي يجرحها جانبية لفتح الاوعية ، ولكن هذا الادعاء مردود من اساسه ؛

٢ ــ استقامة الجرح : ان المنتحر الايمني يحدث جرحة خاصةً منحرفة من الاعلى الاسفل ومن الايسر الى الايمن ، واما القاتل فيحدث جرحاً افقياً ، او منحرفاً من الاسفل الى الاعلى . ولكن عندما يكون القاتل خلف المقتول بأمكانه ان يحدث جرحاً مماثلاً لجرح الانتحار ، بأتجاهه الى الاسفل والايمن ، والجرح المنحرف للأسفل والايسر يمكن احداثه من قبل المنتحر الايسري . وتشاهد ايضاً بوقائع الانتحار جرحة متجهة للأعلى .

والخلاصة يجب العلم ان تعيين مبدأ ونهاية الجرح ، اي استقامته ليست من الامور السهلة ، كما يصعب جداً التفريق بحوادث الذبح بين الانتحار والقتل .

٣ ــ عمق الجرح : ان الجرح النافذ حتي العمود الفقري يحدث فى اغلب الاحتمال بوقائع القتل ، ولكن شوهد في بعض الوقائع عكس ذلك .

٤ ــ عدد الجروح : ان عدد الجروح فى العنق لايعنى شيئاً ، اذ ان الشخص المنتحر بعد ان يحدث الجرح العميق ، بأمكانه ان يكرر الجرح مرات عديدة داخل الجرح نفسه وبأستقامات مختلفة، عندما لا تمس الاوعيه الاساسيه بالجرحة الاولى ؛ ويمكنه ايضاً اجراء عدة جروح سطحيه قبل احداث الجرح الاساسي للذبح ، وان اتحاد جروح الذبح العميقة مع فصل الرأس بوقائع الانتحار تؤيد ذلك .

والخلاصة ان الجرح المنفرد العميق والمميز جيداً، الذي يقسم النسج الامامى للعنق ويفتح الاوعية ، ينتج عن فعل القتل اكثر منه انتحار . وان اتحاد الذبح مع علائم غيره من سوء القصد المتقدمة للانتحار او المتأخرة عنه (طلق ناري ، صلب ، غرق ، والتشبث لقطع الشرايين والثنايا المفصلية) تعد من الادلة المرجحة للانتحار .

٥ ــ كما ان شكل توضع الدم فوق الجسد يهيئ بعض الادلة : اذ عندما يكون الذبح واقعاً في حالة الاضطجاع الخلفى (اي حالة النوم) يسيل الدم

لجانبي العنق والسطوح التي تحتها ؛ وعندما يحدث في حالة قيام المنتحر او قعوده يسيل الدم الى الوجه الامامي من الجسد ؛ مع ذلك فان الانتحار ذبحاً في حالة التمدد على الظهر نادرة .

٦ ــ ويجب التدقيق فى يدى المغدور ، لمعرفة ما اذا كانتا ملوثتين بالدم. فعندما تكون غير ملوثة لا سيما اذا كانت اوصاف الذبح تدل على انه يحتاج لعمليات مكررة ، فتصبح الوقعة مشتبهاً بها ؛ كما انه يجب الذكر ن المذبوح بوقائع القتل يمكن ان يمد يدة لعنقه ليدافع عن نفسه ، فتلوث بالدم ، كماهو الحال في وقائع الانتحار .

٧ ــ قبض السلاح قبضاً محكماً فى اليد : ان قبض السلاح باليد بقوة وبحالة التشنج الميتى ، يعتبر دليلاً قوياً للانتحار ؛ ولكن مشاهدة هذه الوقائع بالاسلحة النارية من النوادر .

ب ــ فصل الرأس : يحدث جنائياً او انتحاراً ، ولكن لا يكون قضاء .

ان تفريق وقائع الجنائية عن وقائع الانتحار دقيق جداً ، ولا يوجد دليل قطعي لتعيين ذلك ، كما انه يشاهد اتحاد جروح الذبح مع جروح فصل الرأس بوقائع الانتحار ؛ مع هذا عندما تكون الجروح واسعة ، يرجح المنشأ الجنائي .

وعندما تشترك جروح فصل الرأس مع غيرها من علائم سوء القصد الخاصة

بالانتحار . تميل الارجحية لجانب الانتحار .

ت ــ قطع الثنايا المقصليه : ان جروح الآلات القاطعة في الثنايا المفصلية تشاهد خاصةً بوقائع الانتحار ، وتندر بوقائع القتل والقضاء. ان هذا الشكل من الانتحار ، معلوم منذ القديم ، ويسمى بفتح الاوردة ؛ وان المنطقة المنتخبة لاجرائه ، هي التوآت المرفق والاورده ، سيان في الجانبين .

ان فعل القتل تحدث نادراً بهذه الاصول . ويذكر هوفمان ان شخصاً فى براغ قتل قسماً من اولاده ذبحاً ، والآخرين بقطع الالتوآت المأبضية ومن ثم انتحر ذبحاً .

ان اشتراك الذبح مع قطع الالتوآت المفصلية يدل بوضوح على الانتحار .

غير انه شوهد وقوع هذا الاشتراك جنائياً ولكن نادراً ؛ كما شوهد بحادثة في (دياز) وهي ، ان شاباً فى التاسعة عشرة من عمره قتل امرأةً عجوزاً ذبحاً ثم جرحها عدة جروح متوازيه في الالتوآت المفصلية .

٢ ــ جروح الآلات القاطعة والراضة : هذه الجروح تحدث عامةً من منشأ جنائي ، ونادراً انتحار ، ولكن لا تحدث قضاء على التقريب ؛ وتوقظ وهلةً فكرة القتل ؛ مع هذا لا يمكن نفي فرضية الانتحار . ان جميع المؤلفين ذكروا بعض وقائع الانتحار ببالطه او ساطور وببعض آلات خاصة كالقدوم .

ويذكر هوفمان عدة مشاهدات بهذا الصدد :

١ ــ حادثة شاونشتاين : عامل طعن نفسه سبع عشرة طعنة ببالطه على جبهته وقمة رأسه و كسر جمجمته .

٢ ــ حادثة هوفمان : امرأة عجوز ، طعنت نفسها بآلة واخذة في الناحية الكبديه ، ثم امسكت ساطور المطبخ وضربت نفسها بحده القاطع وبظهره على جبهتها ورأسها حيث اضاعت شعورها وتوفيت من تقيح الدم .

٣ ــ حادثة فرانق : امرأة مترقية في العمر، ضربت نفسها بحد البالطه القاطع عدة ضربات على رأسها وكان بعضها نافذاً لجوف القحف . والجروح كانت متجاورة ومتوازية .

حادثة ريمبولت : شخص ضرب نفسه عدة مرات على رأسه بحد الساطور القاطع ثم مزق بدنه بعدة جروح ، واختتم عملية انتحاره بالصلب .

حادثة اوليوه : شخص ضرب نفسه عدة ضربات بحد القدوم القاطع منها ٣١ ضربة في الجلد المشعر و١٧ نافذة لجوف القحف ، وانهى انتحاره غرقاً .

ويذكر تورد حادث مجنون ضرب نفسه ببالطة فى مؤخرة رأسه واحدث ثلاثين جرحاً ، وعاش اربعة ايام .

ان تشخيص الانتحار بهذه الوقائع يؤسس على الظروف المحيطة بالحادث وليس على اوصاف الجروح ، وهو تشخيص غير يقيني .

وهذه الظروف ، هي : التشوشات العقلية ؛ وغرابة السلاح احياناً ؛ وتمركز الضروب في الرأس ؛ وعدد الجروح التي تكون قليلة الوخامة بأنفرادها ؛ والخلاصة اشتراك غيرها من اصول التخريب بأنهاء عملية الانتحار اعتيادياً .

٣ ــ جروح الآلات الواخذة والواخذة القاطعة :

تحدث جنائياً او انتحاراً وقضاءً نادراً .

آ ــ ان الآلات ذات الساق الاسطواني او المخروطي ، كالابرة والدبوس والمخرز ، والمسمار تحدث جروح عرضية خفيفة اعتيادياً ، اذا لم يحصل بها اختلاطات . واستعمالها بالوقائع الجنائية نادر جداً ، اذا استثنيت حوادث قتل الوليد .

وان الانتحار بهذه الآلات نادر الوقوع ، ويذكر حادثة الآميرال (و يللنوو) الذي انتحر بأدخال ابرة في قلبه على اثر مغلوبيته في (ترافالغار). وعلى الاكثر ان الانتحار بهذه الآلات ، هو خاص بالمجانين .

ويذكر حادث ابله ادخل خمسة مسامير في جمجمته ، دون ان يحصل اقل تشوش وظيفي .

ويذكر الدكتور (سيزاره) حادثاً غريباً للغاية ، وهو ، بعد ان فشل مجنون بالانتحار بالسكين ، ثقب صدره في الناحية القلبية بقشور خبز يابسه ومتصلبة ومقطوعة بشكل قلمي ، وبأعواد خشبية ، اقتطعها من شجرة في

حديقة المستشفى .

ب ـ ان الآلات الواخذة ذات الاضلاع كالمبرد وسيف التعليم، والبركار والحربة تحدث جروح جنائية او قضائية واهميتها الطبية العدلية محدودة .

ث ـ ان الآلات الواخذة القاطعة كالسكين والموس والخنجر ، هي اهم الآلات الجارحة وتستعمل في الحوادث الجنائية والانتحار ، وتحدث قضاء، وبصرف النظر عن الجروح التي تحدث قضاء ، والتى لا علاقة لها بالطب العدلي ، يوجد فى بعض الظروف الغريبة من الجروح القضائية التى تماثل بالجروح الجنائية ، وتكون ذات اهمية كبرى بنظر الطب العدلي : كحوادث سقوط الشخص على سكين او مقاص .... الخ .

مشاهده ـ يذكر هوفمان حادثة شخص بحالة السكر ، بينما كان يتنازع مع امرأته سقط على الموس الذي كان بيدها تقشر به البطاطه ، ونفذ في الجهة اليسرى من صدره؛ ويذكر هوفمان ، حادثة كومار ، ان طفلاً جرح في رأسه بموس القي على الطاوله ، فقفز منها وجرح الطفل حين دخوله الى الغرفه .

ويذكر ايضاً حادثة طفل يبلغ من العمر ٤ سنوات ، سقط من الكرسي ، وبيده مقاص مفتوح ، فنفذت نهايه المقاص في قلبه .

واذكر حادثاً وهو شاب كان يحمل سكيناً فى وسطه ، وبينما هو يتراكض مع رفاق له مازحاً سقط غمد السكين فى سرواله ولم يشعر بسقوطه ، ثم عسر بحجر فسقط ، وفى سقوطه دخل رأس السكين في فخذه الايمن من الناحيه الانسيه ، فنفذ للوجه الحلمى وقطع الوريد الفخذي ، ولم يلبث ان توفي من نزف الدم .

ان جروح الموس او الخنجر تحدث بالوقائع الجنائية على الاكثر ، ووقائع الانتحار بها نادرة ، اذ يضرب الشخص نفسه في الناحية القلبية ،

ونادراً في البطن ويستعمل احياناً الموس ، كموس الحلاقة بوقائع الانتحار بالذبح ، ونادراً لقطع الاوعية في الثنايا المفصلية .

ان التشخيص بين الجرم والانتحار يستند على نفس الاسس المبينة اعلاه ولا يوجد خلافها ما يستوجب الذكر .

وان التشخيص بين الجرم والعارض يحقق احياناً ، اذ يدعي الظنين بأن المغدور هو الذي القا بنفسه فوق الموس الذي كان يمسكه بيده ماداً اياه الى الامام بقصد الدفاع عن نفسه وجرح بذاته وانه لم يضربه ؛ في الحقيقة ان ذلك ليس بالمستحيل ، ويذكر تارديو حادثة امرأة القت بنفسها بين ولديها ، اللذين كانا يتنازعان وفي ايديهما امواس ، فاصطدمت بأحداها وجرحت . ولكن الوقائع على كل تكذب هكذا ادعاآت بما تظهره من التناقض بأوصاف الحادث ، اذ لا يمكن حصول جرحة عميقة جداً من الاصطدام بالاستلقاء على هذا المنوال : ولاجل نفوذ الآلة الجارحة في البدن يجب سقوط الشخص فوق الآلة الجارحة وهي قائمة .

والخلاصة ، ان تدقيق اوصاف سير الوقائع ، يكفي لتكذيب ادعاآت الظنين بصورة قطعية .

ويذكر (كوب) وقعة طحان ، توضح القضية تماماً :

ان قصاباً قتل طحاناً وادعي القصاب بأن الطحان رمى بنفسه فوق الموس ، وبالتدقيق وجدت الجرحة الخارجية بسيطة . ولكنها نافذة للقلب ومضاعفة بسمك البطين الايسر . وهذا النوع من الجرح يحدثه القصابون ، وذلك بأغمادهم السكين الى قوس الابهر او

القلب وسحبهم اياها دون ان يخرجوها من الفوهة الجلدية وبأغمادها ثانية . وما عدا ذلك فأن القصاب قصير القامة والطحان ضخم البدن ، واستقامة الجرح من الاعلى الى الاسفل ، فاستدل من ذلك ان الجرح وقع حينما كان الطحان قاعداً ، وثبت من اوصافه انه لم يحصل من القاء المغدور نفسه فوق الآلة الجارحة .

٤ ــ جروح الاسلحة النارية : تحدث بالحوادث الجنائية والانتحار ونادراً تقع قضاءً ؛ ويستعمل بوقائع القتل والانتحار المسدس على الاكثر ، وان الانتحار يحدث احياناً بآلات غريبة وبأشكال عجيبة تحير المعقول ؛ واما القضاء فيقع بجميع الآلات النارية القصيرة والطويله .

ان التشخيص لتفريق وقائع الانتحار من القتل يتأسس على :

١ ــ علائم عامة .

٢ ــ علائم خاصة .

آ ــ العلائم العامة ، هي : طبيعة السلاح ــ ان الاسلحة الغير المألوفة والاجهزة الغريبة الانواع ، تدل على الانتحار . يذكر هوفمان ان شخصاً استعمل مفتاحاً جسياً كآلة نارية ؛ وشخصاً آخر ثقب قطعة من ماكينة ليعمل منها مسدساً ؛ وشخصاً ثالثاً استعمل المسدسات الخاصة بألعاب الاولاد الصغار كآلة نارية .

وان الطلقات النارية الخالية من المرمي ، بالمسدسات القديمة ، تدل على الانتحار ؛ لان كثيراً ما ينسي الشخص انشغال ذهنه عن وضع المرمي . ويذكر شخصاً اطلق بذاته على الناحية القرب القلبية طلقاً من مسدس غير

محمول بمرمي ، احدث في الجلد صفحة متيبسة (بارشه مينه) وانكسرت الغضاريف الضلعية ، وتمزقت البطينات القلبية وامتلأ الشغاف الحارجى بنزيف يقدر بنصف ليتره .

موقع الجروح : للأنتحار بالآلات النارية نواحي منتخبة ، فلاجل اليماني الصدغ الايمن واليسارى الصدغ الايسر ، وللجميع الجبهة والناحية القرب القابية والفم . ويحدث الانتحار بغيرها من نواحي البدن ولكن بأقل نسبة . ويجب الذكر ان النواحي المنتخبة للانتحار غير محجوزة عن القتل ، كما ان اياً كان من النواحي لا يستبعد وقوع الانتحار فيه .

يذكر ماشقا وقعة انتحار مع فوهة دخولية فى مؤخرة الرأس ؛ ويذكر هوفمان وقعة انتحار بطلق على الناحية القفوية وذلك امام عدة شهود فى حديقة قهوة .

عدد الجروح : ان تعدد الجروح النارية كما هو فى الآلات الواخذة والقاطعة ... الخ ينفي فكرة الانتحار . ان تعدد الجروح بصورة غريبة تدل على الانتحار ، خاصةً في النواحي المعروف انها مميتة ؛ كحادث (تره لا) ، وهو شخص اطلق من مسدسه في كلا الجانبين من النقرة ؛ وكحادثة هوفمان ، وهي : ضابط اطلق طلقين من مسدس واحد في كلا الصدغين .

ان تعاقب الطلقات الناريه بوقائع الانتحار ممكن ، حتى في النواحي التي يظن بان الطلق الاول يجب ان يمنع وقوع الطلق الثاني ، اعنى على القلب

والقحف . ولكن عندما نلاحظ احتمال امتداد الحياة بالجروح المهلكة ، كما سبق ذكرها يسهل علينا ايضاح هذه الافعال ؛ وما عدا ذلك فان سهولة تكرار الطلقات بالاسلحة الحديثة تساعد على تعدد الطلقات .

ان الاسلحة القديمة التي يجب حشوها بعد كل طلق لاتساعد ، او تكون اقل مساعدة من الاسلحة الحديثة ، على ايقاع الطلقات المميتة متعاقباً فى سياق الانتحار .

ان الامثلة الآتية توضح ذلك : يذكر هوفمان ، شاباً اطلق عياراً نارياً من مسدس على دجال كان يعالجه من مرض حرقة البول ، ثم اطلق على نفسه تسع طلقات فى الناحية القربالقلبية ، منها اربع اخترقت عظم القص والشغاف الخارجى وجدار البطين الايمن الامامي .

ويذكر هوفمان : شخصاً انتحر بطلقين على الناحية القلبية ، اخترق احدهما البطين الايمن والثاني البطين الايسر . ويذكر بروآردول : ضابطاً اطلق على رأسه ثلاث طلقات نارية امام شهود دون ان يسقط . ويذكر بروآردهل : شخصاً انتحر بطلقين ناريين على الجبهه بمسدس صغير ، احدهما نفذ من فوق جذر الانف للقسم العلوي من النصف الايمن للكرة الدماغيه واحدث نزفاً في البطين الجانبي الايمن ، والثاني نفذ من الناحية الصدغيه اليمنى ورض الفص الصدغي ، ويشاهد بوقائع الانتحار ايضاً ، اتحاد جروح القحف مع الجروح القلبيه ... الخ . ويذكر هوفمان : ضابطاً عجوز انتحر بخمسة طلقات

نارية ، الاولى تسطحت في الجبهة ، وتثبتت بالصفحة الخارجيه للعظم الجبهي والثانية نفذت في الوجن الايمن واجتاحت الجوفين الحجاجيين دون ان تفتح الجمجمة ، وقطعت العصبين البصريين وخرجت من الوجن الايسر ، والثلاثة الاخرى اصابت الناحية القرب القلبية واحدها مزق الرئه اليسرى ، والاثنان الآخران مزقا البطين الايسر والابهر .

استقلامة الطلق : تطابق استقامة الآلات القاطعة السابق ذكرها .

قبض السلاح بيد الشخص بعد الموت : ان وجود السلاح بيد الشخص ماسكاً اياه بأحكام، يعد دليلاً للانتحار ؛ ولكن يجب ملاحظة الافتراضات الآتيه ١ ــ عندما يكون الشخص مقتولا برصاص غير رصاص المسدس المقبوض بيده يدل على قتله من طرف آخر وان المسدس كان في يده لاجل الدفاع عن نفسه .

٢ ــ ويتبادر للذهن ان المسدس وضع بيده من قبل القاتل بقصد التمويه بوقوع الانتحار ، ولكن ثبت بالتجارب عدم امكان ذلك ، لان عندما يوضع المسدس بيد المقتول وتطبق يده عليه وينتظر احكام القبض بفعل العمل الميتي ، فان هذا لايجدي نفعاً ، حيث ان المسدس يسقط من اليد بمجرد اهتزاز بسيط ، مع انه عندما يكون الشخص ماسكاً مسدسه ومنتحراً يبقى المسدس بيده ويده منطبقة عليه بأحكام بتأثير التشنج الميتي والفرق شاسع بين الشق الاول والثاني .

ب ــ العلائم الخاصه : ان هذه العلائم ، هي: مسافة الطلق ، الآثار او الجروح التى توجد فى يد الشخص. عندما يكون الطلق من مسافة بعيدة يستبعد احتمال الانتحار ويرجح فعل القتل او وقوع القضاء. وبالطلقات من مسافة قريبة جداً يتصور فعل القتل . وبوقائع الانتحار يحتمل مشاهدة جرح او صباغ البارود الاسود على يد المنتحر. ولكن هذا الصباغ لايشاهد قطعاً فى وقائع المسدسات الصغيرة الحديثة ، بل تشاهد بالمسدسات الكبيره والمتوسطه، فتشكل علامة هامة للانتحار . ويقول ريشتر يجب الحذر من تلقى صباغ خاص يوضع على اليد لتمثيل صباغ البارود بقصد الاغفال وانه شاهد وقعه من هذا القبيل . وان الجروح اما ان تكون ، صغيرة وسحجات بين الابهام والسبابه تحصل من رجعة المسدس المحمول بقوة او ان تكون ، جروح هامة تحدث عن عدم مهارة الشخص بأستعمال السلاح وافراغ حشوه قبل اوانه . ويذكر هوفمان : مشاهدته بحادثة انتحار على الصدغ الايسر ، جرحة مرمى مخروطي في راحة يد المنتحر تشابه الجرح الصدغي .

٥ ــ الرضوض : ان الجروح الرضيه تحدث عامةً عن جرم او قضاءً .

ان تفريق وقائع القتل من الانتحار ممكن؛ ويستند على نواحي الترضيض: السقوط من المرتفع والدهس .

السقوط : ينتج عادةً عن انتحار او قضاء ويكون جنائياً بصورة استثنائية. ان بعض وقائع السقوط التي اشتبه بأمرها ، كانت من الدعاوي الجنائيه

الشهيرة ؛ كحادثة المار كيزة تايوه ، التي حوكمت في فرانسه وانتهت المحاكمه ببراءتها ؛ وقضية المحامى (تورويل)، المتهم بالقاء امرأته في هوة طريق (كول ستلوير انتهت بمحكمة الجنايات فى (پوزه‌ن تيرول) بالحكم على المتهم .

والواقع ، ان تحقيق قضية السقوط البحث هو من خصائص القضاء اكثر منه من الطب العدلي، لان الآفات لاتظهر اقل بينة للتمييز بينهما ، لذلك يعتمد على الظروف المحيطة ، وعلى ذلك صدر الحكم على المحامى (ده‌تورويل) . ولكن عندما تختلط آفات السقوط بغيرها من الآفات ، فالطب العدلي يكشف الستار عن اسرارها ؛ مثال ذلك ، عندما يكون السقوط مصطنعاً لستر الجرم جنائي ، كأن يرمي القاتل الشخص المقتول ، من مرتفع لاخفاء جرم القتل والتمويه بأن الموت نشأ عن السقوط ؛ او عندما يكون السقوط مكملاً لغيره من وسائط القتل المفتعلة .

ففي الشق الاول ، تختلف اوصاف الجروح المحدثة بحال الحياة والمسببة للموت عن اوصاف الجروح الحاصلة من السقوط بعده ، فتسهل وضع التشخيص ؛ وفي الشق الثاني ، ينور القضية وجود جروح حادثة في زمن الحياة ، وغريبة عن جروح السقوط ومميزة لأصول جبر مستقل تماماً .

مشاهدة تايلور : وجدت امرأة بأسفل درج مغارة . وثبت بفتح الميت ان الموت حاصل من كسر في الجمجمة والعمود الفقري من السقوط ، ولكن شوهد على الحائط في اعلا الدرج آثار دم حديثة متوضعة بشكل

يماثل خروج الدم نافراً من شريان منقسم ، وبالتدقيق شوهد جرح في الناحية الصدغية ممزقاً الشريان الصدغي ، فعليه ثبت ان الامرأة جرحت في ذات المحل اولاً ومن ثم القيت للاسفل .

ان الانتحار بالسقوط يكون على الاكثر خاتمة لسلسلة من افعال الانتحار التي تترك اثارها ظاهرة على البدن .

ب ـ دهس :

ان الدهس ، يكون ، عادةً ، قضاءً او انتحاراً . والامر الهام في هذه القضية ، هو اكتشاف ، طبيعة الدهس ، والتحري عما اذا كان مصطنعاً لستر جرم .

ان اكتشاف آفة مميتة غريبة عن الدهس تنور القضية ، ولكن يجب التذكر ان الانتحار بالدهس يكون ، على الاكثر ، متمماً لغيره من افعال الانتحار ؛ وان الآفات الوخيمة ، القحفية او القلبية ، لا تمنع امتداد حياة شخص مدة كافية لذهابه لاكمال الانتحار بتعريضه نفسه للدهس .

غير ان الامر الواجب اجتنابه ، هو قبول آفاة دهسية حاصلة بعد الموت ، كالآفات الحقيقية الحاصلة في قيد الحياة ، التي يفقد بها الانصباب الدموي .

وبعد الانتهاء من تدقيق منشأ الجروح يجب على الطبيب العدلي ان يسائل نفسه الاسئلة الآتيه ويهيئ الاجوبة عليها ، كي لا يقع في مآزق حرجه .

تحرج موقعه العلمي امام القضاء .

البحث

اسئلة طبية عدلية خاصة بفعل القتل

١ — بأي سلاح احدث الجرح؟ واخذ، واخذ قاطع، رضى، او ناري؟ ان تفريق الاسلحة المحدثة للجروح سهل ، الا فى الاحوال الآتية :

تماثل الجروح الراضة فى اللحافات القحفية مع جروح الآلات القاطعة ؛ والجروح النارية البيضية مع جروح الآلات القاطعة .

مشاهدة : دعيت من قبل النيابة العامة ، للذهاب لقرية كفرنبل التابعة لقضاء المعرة لأجراء الكشف على جسد المغدور ..... ، للمرة الثانية،بناء على الاستدعاء المقدم من اب المغدور ، القائل . بأن الكشف الذى جرى عقب الحادث من قبل الاطباء .... و .... ، القائل بان الموت نشأ عن جرح قاطع ، هو مخالف للحقيقة وان ولده ، قد قتل برمي ناري من نوع الماوزر من قبل ناطور ارض القتاء ، وان الموقوفين المتهمين بجرم قتله بآلة قاطعة ، ولده وابناء عمه ، ليسوا بالقاتلين البته ، وعليه يطلب اجراء الكشف ثانياً . فبالكشف شوهدت جريحة نارية بيضية فى ناحية الصدر اليسرى ، وبأجراء عملية فتح الميت استخرج المرمي من سمك العضلة تحت الشوكسية للكتف الايسر متوقفة باصطدامها بالنتوء الغرابي. فلما اخرجت المرمي، الخاص بالماوزر

وسلمته لحاكم القضاء ، تعالى صوت زغاريد النساء وتبدلت الاتراح بالافراح في القرية ، لظهور براءة اخوي وابنى عم القتيل من جرم القتل .

وما عدا ذلك يسئل الطبيب العدلي ، عما اذا كان السلاح المقدم له هو نفس السلاح الذي احدث الجرح المشاهد ، فعندما يكون هذا السلاح موس او سكين ، يجب عليه ان يحترز بأجوبته ، ويتحرى الشروط الآتية : ١ ــ ان وجود لطخات دموية على السلاح المبرز ؛ ٢ ــ نسبة ابعاد الجريحة الى ابعاد السلاح .

آ ــ يذكر (كاسپر) عدم مشاهدته آثار دموية بسلاح ، استعمل بوقعة انتحار مشهورة .

ويفسر ذلك بأن السلاح اغمد واخرج من البدن قبل بدأ النزف .

ولكن يجب تلقي هذه الوقعة كوقعة استثنائية نادرة الوقوع ؛ اذا لم يكن السلاح ممسوحاً ، اذ لا بد للسلاح الجارح ان يتلوث بدم المجروح ، وذلك بنسبة جلائه وشحذه .

ب ــ ان نسبة ابعاد الجرح للآلة الجارحة تدل دلالة تقريبية يجب الحذر معها من الاستهتار بأعطاء النتيجة ، لانه سبق لنا ان ذكرنا ، بان من الممكن احداث جرحة ضيقة او واسعة اقل او اكثر من عرض نصلة الآلة الجارحة وكذلك يمكن ان يزيد عمق الجرح عن طول النصلة في النواحي الرخوة القابلة الانخفاض والتقلص ، كما هي الحالة في جروح لاقاساني الآ رمو

نيكيه ... الخ Plaie en Accodéon de Lacassagne.

غير ان القضية بجروح العظام والصفاقات، اي النسج الغير القابل للانبساط والتقلص ، تكون اكثر وضوحاً والنتيجة اقرب للحقيقة.

ويجب الاعتبار ، بالعاقبة الوخيمة التي فوجئ بها احد الخبراء، حيث صدق على حدوث جرح بسلاح كامل وسالم، بأخراج زروة السلاح المبحوث عنه من خراج تأسس عن الجرح .

مشاهدة ــ اخبر مخفر .... بوجود السيد ..... مقتولاً في جادة الخندق فحضرت لمحل الجرم مع النائب وقاضي التحقيق ، والتحقيقات الاولى لم تأت بنتيجة لمعرفة الفاعل ، فنقل المقتول الى مخبر فتح الميت وبالكشف واجراء عمليه فتح الميت استنتجت ان الآلة القاتلة هي آلة قاطعة ، وان الجرح هو جرح قاطع في الناحية الصدرية ، وبتدقيق اوصاف الجرح ووجود ذيل له وانطباع لحلقة موس كباس ، حصلت لدى القناعة بأن الموس اغمد في الجسد حتى قبضته ، وضبطت طول الجرح (ما عدا الذيل) ، وعرضه ، وعمقه ، الذي انتهى بسمك العضلة القلبية واعلمت القضاء بهذه الابعاد ،

وفي نفس الليلة القي القبض على احد المشتبه بهم ، وهو في داره وبحالة السكر ، ولم يعثر على امارة تدينه وتدحض انكاره ؛

غير انه وجد معه موس يتطبق ابعاده على الابعاد المتقدم ذكرها، فحضرت لمحل التحقيق ودققت الموس فوجدته نظيفاً لامعاً ، ولكن بتدقيق نقطة

اتصال النصلة بالقبضة وجدت آثار دم ؛ و كنت اثناء التدقيق اوجه نظري الى المتهم بين حين وآخر واثبت النظر في عينيه ، فجلبت انظاري التغيرات الحادثة فى ملامحه واطواره وعندما عثرت على آثار الدم واريتها لقاضى التحقيق اكفهر وجهه وصرخ قائلاً اني دافعت عن شرفي ، وذلك بعد اصراره على الانكار القطعي مدة طويلة .

٢ — في اية وضعية كان الجريح حين جرحه ؟

ان استقامة سيلان الدم فوق الجسد والثياب تدل على وضعية الجريح حين جرحه ، كما سبق ذكره ، تكون عمودية عندما يجرح الجريح وهو قائم ، وجانبياً عندما يكون ممدداً بوضعية افقية .

يقول تارديو : عندما تكون الجروح مجتمعة بجانب واحد تدل على ان الجريح كان نائماً حين ضربه .

مشاهدة : سائق عجلة ، موظف في المحافظة ليلاً فى احد المعامل ، وجد مضروباً بأثني عشر ضربة بالطه على الجانب الايسر من رأسه ، وسائق عجلة آخر وجد ميتاً في عجلته ، فى طريق بورجه ، ورأسه متفرقع من ضربات واقعة خاصةً على الجانب الايسر .

مشاهدة : تاجر نبيذ طعن بسكين ، فوق الثنية المغبنية اليمنى بثلاث اصابع ، في وقت كان فيه واقماً على رؤس اصابع قدميه ، وزراعاه مرفوعين في الهواء ، حيث كان منهمكاً بشعل لامبة غاز التنوير ؛ ان جميع الاحشاء البطنية كانت

مجتذبة للاعلى ، بتأثير ترفع الحجاب الحاجز وتوتر البطن ، وعليه بقي الشريان الحرقفي الفخذي مكشوفاً ، فجرح لوحده دون ان تمس الامعاء بتاتاً .

٣ ــ ماهي الوضعية المتقابلة بين المغدور والمتعدي حين وقوع القتل ؟

ان الدلائل في هذه القضية الهامة ، تستخرج من وضعية واستقامته ومسير الجرح .

وضعية الجرح : قاعدةً ، عندما يكون الجرح في القسم الامامي من الجسد يكون الجارح واقفاً خلفه . ولكن يوجد استثناآت لهذه القاعدة .

مشاهدة تارديو : اب استفرش ابنته مدة طويله ، ولما عزم على تركها طعنها ، في آخر معانقه لها ، بسكين في ظهرها مزقت الابهر بنفوذها من انسى عظم الكتف الايسر .

استقامة الجرح ومسيره : ان استقامة الجرح بوقائع الاسلحة القاطعة ، ومسيره بوقائع الاسلحة الواخذة والنارية ، تشعر بكيفيه ايقاع الضرب ، ويستدل منها على وضعية الطرفين المتقابلة .

ولكن يجب ان لايسهى عن البال ، وجوب ملاحظة طول قامة الطرفين القاتل والمقتول .

ان شخصاً قصير القامة جداً بأمكانه ان يوقع جرحه بأستقامة من الاعلى الى الاسفل بشخص طويل القامة ؛ عندما يكون الاول بسويه تعلو سويه الثاني ؛ وذلك عندما يكون المغدور قاعداً او منخياً ، او واقفاً على درجة

بأسفل الدرجة التى يقف عليها المعتدي من سلم صاعد ...الخ .

مشاهدة تارديو :شخص طويل القامه ؛ تنازع مع آخر قصيرها ؛ وافترقا ؛ ثم نزلا الاول من الدرج ولحق به الثاني وطعنه في عنقه فقطع الشريان السباتي وسبب موته .

ففى وقائع كهذه ؛ يقتضي قياس طول المغدور على الضبط ؛ وتعيين المسافة بين الجرح او الجروح وبين كعب القدم بحكم الضرورة المبرمة ؛ لامكان اعطأ الجواب على الاسئلة .

٤ ــ بأى محل ضرب المقتول : ان الشخص لايسقط فى المحل الذي ضرب فيه ؛ حتي في وقائع الجروح المميتة سريعاً ؛ ان آثار الدم التي تشاهد بنقاط بعيده عن الجسد ؛ على الجدران والاشياء والتراب الخ.... تدل على محل ضرب المغدور والطريق الذى سار به حتي وهنت قواه وسقط .

والمهم من هذه الآثار ، خاصة ؛ اثار الدم الناتجة عن الدفق الشرياني بشكل نافورة على جدار بعيداً عن الجسد...الخ اذ يشاهد على الجدار نقاط مدوره محاطة بذرات رقيقة ، او نقاط بيضية ، قطرها الكبير ، يوافق للقسم الذي تعرض لنا فورة الدفق الشرياني اولاً ،حسبما يصيب الدفق الشرياني الجدار قائما او منحرفاً (ويبر) .

مشاهده : ذهبت لقرية .... ودخلنا مع قاضى التحقيق لدار المدعوه .... المخبر عن قتلها مع ابنتها من قبل ولدها .... فحين دخولنا للغرفة شاهدنا عتبة الغرفه بحالة بحيرة دمويه وبجانبها الام والابنة ممدتين ومتعانقتين وجهاً لوجه

والغرفة واسعة ، (طولها عشرة امتار وعرضها ثمانية امتار) ،وبتدقيق الغرفة شاهدنا فى زاويتها الشمالية فراشاً وعلى الحائط الذي يجاورها ، محراقين لاثار دمويه،اي نقاط بيضية وآثار دمويه على الحصير فى ارض الغرفه بين الفراش والجسدين . وبالكشف وفتح الميت تبين اصابة المغدورتين بجروح قلبيه وابهريه . فثبت عندئذٍ انهما ضربتا وهما فى حالة النوم ، ثم افاقتا وركضتا نحو الباب للفرار فوهنت قواهما بالنقطة التي وجدتا فيها فسقطتا وتعانقتا مودعتين احداهما الاخرى ولفظتا النفس الاخير .

٥ ــ بأي نظام تتابعت الجروح ؟

ان هذه المسئلة صعبه الحل جداً : غير ان القاعدة العامه تقضى ، عند وجود جروح متعددة، درجات تأثيرها مختلفة بأعتبار الجرح الاكثر خطراً اي الجرح المميت،هو الاخير ولكن هذه القاعده غير مطلقة : اذ ان الجرح المميت كما وصفنا آنفاً انهدام قوى الشخص وسقوطه على الارض حالاً ؛ بل يرى متسعاً الوقت لأيقاع غيره من الجروح .

ان الادلة العامة لتتابع الجروح هى :

آ ــ الجروح المتعددة ؛ التي تساعد على حصول النزف بصورة متساويه، فالتي يكون نزفها اكثر من غيره منها هي التي حصلت اولاً ، غير ان يجب التقيد بعدم وقوع في الخطأ ، من تلقي النزف بعد الموت كما لو كان قبل الموت .

مشاهدة ، تاردتو : امرأة اصيبت بعشرين جرحة ، وكلها متمركزة في النقرة على التقريب ، وحصل منها نزف جسيم ، واخيراً ضربت بطعنة في ذات القلب ، ولم ينزف هذا الجرح الا جزئياً ، مع ان القلب وجد فارغاً ، فعليه لا يمكن الاشتباه بان الجرح القلبي احدث بعد الجروح الرقبية .

ب ــ ان الآلة الجارحة عندما تحدث جروحاً متعددة تلتوي وتنكسر زروتها وتتثلم والجروح التي تحدثها ، يكون قسماً منها منتظماً وهي الجروح التى حدثت اولاً عندما كانت الآلة سليمة ؛

والقسم الآخر منها غير منتظم ، وهي الجروح التى حدثت بالتالي بعد ان تثلمت الآلة او كسرت فوق سطح عظمي مثلاً ...

ج ــ ان الجرح الجسيم ، التى تظهر فيه زروة السلاح ، من المحتمل ان يكون الجرح الاخير .

د ــ عندما توجد جريحتان قاطعتان متصالبتان ، تقرب شفتا كليهما ، ويعين تتابع حصولهما ؛ عندما تقرب شفتا الجرح الاول ، تلتصقان بصورة طبيعية ، وتلتصق شفتا الجرح الثاني مع انحراف فى محوره؛ وعندما تقرب شفتا الجرح الثاني لا تتقرب شفتا الجرح الاول .

هـ ــ عندما تنكسر قبة الجمجمة بطلقين ناريين او بضربتين رضيتين الواحدة تلو الاخرى يشاهد شعاعات كسرية عن محراقين كسريين ، وان الشعاعات تكون كاملة بالطلق الاول وغير كاملة بالطلق الثاني ، لان انتشارها يتوقف

بالشعاعات الكسرية الاولى .

و ــ ان جروح النزع الناشئة عن السقوط مثلاً ، انما تحدث بعد الجروح المميتة الحادثة قبلها .

ز ــ ان جروح الدفاع ، تحدث قبل الجرح او الجروح المميتة ، لان قدرة الدفاع تتوقف عند وقوع الجروح المميتة قاعدةً .

٦ ــ هل المتصدون متعددون ؟

ان تعدد الجروح يدل على تعدد المتصدين قاعدةً ، ولكن هذه القاعدة ليست مطلقة .

آ ــ ان احداث جروح متعددة بنفس السلاح من قبل المتصدى ليس من الحوادث الاستثنائية .

وشاهد تايلور حدوث مائة جرح بمقص . كما ان لا يوجد مانع يمنع المعتدي من قتل عدة اشخاص متعاقباً ؛ ومن المشهور وقعة (تروپمان) ، ان القاتل ، قتل الامرأة (كنك) واولادها الستة الواحد تلو الآخر .

مشاهدة ــ ذهبت للكشف فى قضاء كردطاغ على اجساد المدعو .... وامرأته ، وولديه ، فى قرية .... فشاهدت الجميع مضروبين على رؤسهم ضروب متعددة كاسرة جماجمهم ، من قبل خادمهم ، الذي اشتبه بسلوك الامرأة ، فحقد على معلمه لسكوته ، وقتل الجميع ليلاً ، بينما كانوا نائمين في غرفة واحدة .

ب ــ ان الجروح المتعددة المحدثة بأسلحة مختلفة تدل على تعدد المعتدين عامةً ، ولكنها ليست بقاعدة مطلقة . ومثالاً لذلك نسرد قضية مقتل الدوشس پارسلن من قبل زوجها الدوق دوپارسلن سنة ١٨٤٧ : اذ شوهد في الجسد اكثر من ثلاثين جرحاً في الرأس والعنق واليدين ، تظهر بثلاثة انواع مختلفة : ترضيضات في الجبهة ، جروح قاطعة متعددة ، وجروح ذات شريحة ، تماثل ثلاث آلات جارحه ، ويقدر حدوثها من قبل شخصين على الاقل ؛ مع ان القاتل مستعملاً سلاحين فقط ، قبضة المسدس وخنجراً كورسيكياً ، وكان يستعمل الخنجر تارةً بحده القاطع وتارةً بقبضته .

ج ــ عندما تكون الاسلحة المستعملة من نوعين ومن جنس واحد ولكن من ابعاد مختلفة تعد من الادلة القريبة من الثابتة لتعدد المتصدين . ولذلك فأن كشف مرميين او مرامي متعددة في الجسد هو افصح مثالاً لتعدي المعتدين . فعليه على الطبيب العدلي ان يعتني بأخراج المرامي النارية من الجسد بتمامها وبتسليمها الى قاضي التحقيق . ويجب عليه التحفظ من التصريح ، بوقوع الفعل من قبل معتدٍ واحد او معتدين متعددين ؛ لان مهمته تحصر بكشف وتصنيف الجروح حسب منشأها ؛ واما اثبات وقوع فعل الجرم من قبل شخص او اشخاص متعددين فأنما يعود للتحقيق القضائي .

٧ ــ اى جرح سبب الموت ؟

وجد شخص بمحل الجرم ، مصاب بعدة جروح ، وثبت ان المتجاسرين متعددين ، فأي جرح سبب الموت واي من المتجاسرين يجب ان يعد

مسؤلاً ؟

ان اعطاء الجواب يكون سهلاً لملا يتميز احد الجروح بشدة تأثيرة وتفرده بأحداث الموت بصورة ثابتة . ولكن عندما تكون الجروح المميتة متعددة يصعب كثيراً اعطاء الجواب ؛ لان اطلاعاتنا ضئيلة ، على وخامة الجروح النسبية والمطلقة ، وامتداد الحياة الذي يعقبها ، ودرجة حظ الشفاء بالعمليات الجراحية بالوقت الحاضر .

فعلى الطبيب العدلي ان يهيء اجوبته بكل تحفظ وفقاً للقواعد الآتيه :

آ ــ الاطلاع على زمن حصول الجروح المميتة، وتقدم الواحد على الآخر وحدوث الآخر بزمن النزاع ، يمكن تعيين حصة كل منها من التأثير باحداث الموت .

ب ــ ولكن عند عدم امكان الاطلاع على زمن حدوث الجروح ، ووجود كافة الجروح حائزة على التعامل الحياتي ، ينظر الى درجة وخامة تأثير الآفات المشاهدة النسبية بتحصيل الموت السريع ، مثلاً عندما يكون الشخص مصاباً بجرح نافذ في البطن وبجرح آخر مفرقع الجمجمة او ممزق القلب او احد الاوعية الكبيرة ، يحدث الموت طبعاً بأغلب الاحتمال ، ليس من الجرح البطني ــ الذي حسب الظاهر المعتاد يترك مجالاً لامتداد الحياة وحتى للمداخلة الجراحية والشفاء ــ بل من الآفة القحفية او القلبية او الوعائية ، – التي تحدث الموت السريع ، فالاولى اي الآفات القحفية تسبب

الموت بأبطالها وظائف الجملة العصبية المركزية والثانية تسببه من السنزف .

ولكن تثبيت درجة وخامة الآفات يكون صعباً على الاكثر ؛ ومثال ذلك ، ان الآفة الرضية القلبية تقتل بأقل سرعة من ترضيض دماغي جسيم (الذي يبطل وظائف الدماغ دفعة واحدة) على الاكثر ؛ ويقابلها آفات قلبية تستوجب حدوث الموت الآني ؛ فمن يقدم على الجزم بأسناد الموت لاحدى الآفتين ، بشخص توفي من طلق ناري على القلب وآخر على القحف ؟ وبآخر توفي من ضرب سكين اخترق الابهر وضرب آخر اخترق القلب ؟

ان المحاكمات والفرضيات التي تسرد بجانب احدهما ، تقابل بمحاكمات وفرضيات معاكسة بذات القيمة من الجانب الآخر . والاوفق فى هكذا وقائع قبول وجود مسابقة بتسبب الموت بين الآفتين ، وتقبل هذه الرقابة بسهولة بوجود آفتين متساويتي الوخامة او متساويتيها على وجه التقريب، يؤثر بعضها على بعض ، وكل منهما يزيد اخطار الاخرى .

٨ ــ بأي آنٍ اصيب المجروح بمقتل ؟

يلاحظ ويبر ، وجود معرفة ما اذا كان الشخص اجرى بعض الافعال الحياتية ، كالتبول والتغوط مثلاً ، قبل موته في بعض الوقائع ، كما ان معرفة الاغدية المتناولة قبل الموت لها اهميتها العظمى في بعض الاحيان، وهذه قابلة الحل بالمعاينة بالنظر المجرد او بالفحص المجهري .

٩ ـ بأي زمن حصلت الجرحة ؟

ان هذه القضية لا توضع على بساط البحث ، الا بالقضايا التي يكون بها امتداد الحياة واقعاً ؛ والوصول الى نتيجة قطعية صعب جداً .

يمكن للطبيب ان يقرر ، ان الجرحة حديثة (غير متندبة) ، او متندبة حديثاً (ندبة حمراء ... الخ) ، او متندبه مند زمن بعيد (ندبة اوصافها قديمة) .

ولكن تثبيت الزمن اكثر من ذلك صعب جداً في الشقين الاولين واكثر منها في الشق الثالث .

ان الجروح المختلفة لا تلتئم بذات السرعة ، ان التداوي وعدم الاهتمام ، ومداخلة الاختلاطات تؤثر طبعاً على سرعة الشفاء ، وهذه معلومات عامة يعلمها الجميع جيداً .

١٠ ـ هل يمكن الاستدلال على هوية الجاني من الجرح او الجروح ؟

ان الدليل العام الممكن استنتاجه من وضعية واستقامة الجرح بالنسبة الى استعمال اليد اليمنى او اليسرى ، هو تعيين صفة القاتل فيما اذا كان يمانياً او يسارياً .

مشاهدة . (آستلاي كوبر) بوصوله سنة ١٨٠٦ الى (دبتفورد) بوقت ، كان فيه شخص مصاباً بطلق ناري من مسدس ، صدح بالنظر لاستقامة الطلق وانتظام الموقع ، ان الطلق واقع من يد شخص يساري ، ولم يوجد في الجوار سوى شخص واحد يساري وهو صديق للمقتول ، لم يكن مظنوناً به ، وظهر جرمه عقب ذلك .

ان اليساري لما يكون متقابلاً وجها لوجه مع خصمه ، يحدث الجروح بالجانب الايمن من جسده ، والجروح تجه من الايمن الي الايسر ومن الاعلى الى الاسفل ، وان تمرينات التعليم بالسيف على الاشخاص اليساريين تثبت جميع هذه النتائج .

ولكن يجب التحفظ كثيراً باعطاء النتائج ، لان من المعلوم البديهي ان الجروح الواقعة امام او خلف البدن ، لن تستوجب مطلقاً وجود القاتل امام المقتول او خلفه وبتجارب بسيطة يمكن اثبات ان اليد اليمني ، بالوضعية المتقابلة وجهاً لوجه ، تستطيع ايقاع ضربات لا تفرق بشئ عن الضربات التي تحدثها اليد اليسرى والعكس بالعكس ويوجد بعض اشخاص ، كما يقول تورد ذاته ، يستعملون ايديهم اليمني واليسرى وهم من اليساريين الخفيين .

يستدل من تدقيق الجرح او الجروح ، احياناً ، على مهنة القاتل ؛ مثلا ، وجد شخص على الطريق ، مذبوحاً بجرحه مستديره من عنقه ، ولما كان هذا الشكل من الذبح يشابه ذبح الغنم ، اشتبه (تايلور) ، بيد قصاب ، وهذة الشبهة تأيدت بالتحقيق . و كذلك ابنة يهودية وجدت مذبوحة وشرايينها السباتيه من الجانبين مفتوحه ، ولما كان اليهود يذبحون الحيوانات على هذه الصورة ، قرر (م . تارديو) بأن فاعل الجرم قصاب يهودى ، وثبت بالتحقيق ان الفاعل هو قصاب صبي يهودي . و كذلك وجد مولود حديثاً مقطعاً قطعاً ؛ كتقطع اللحم للطبخ ، فاشتبه بوالدة المولود . و كذلك م . ادوارد ، اجرى معاينة بقايا جسد وجدت على ضفاف الرون ، لم يتردد بأعلانه ، بأن تفريق الفقرات بقطع الالتواآت المفصليه بمهارة القصابين يجب ان يجلب النظر الى شخص

من هذه المهنه ، وعلى هذا الطريق سار القضاء واهتدى للفاعل .

ويمكن الاستدلال على مهنة الفاعل من السلاح . مثلا : الحراب الحربية ؛ وآلات الصناعة ، مخرز ، پر كل ، قلم حكاك . مبرد ، مطرقة كسر احجار ... الخ.

الذهاب الى محل الجرم المشهود

ان واضع القانون ينص على وجوب استصحاب قاضى التحقيق خبيراً او اكثر من الاطباء للذهاب لمحل الجرم المشهود ، لكشف سبب الموت ، والماده الرابعة من قرار ٣١٩ ، تلزم الطبيب العدلي بتلبية كل طلب يتلقاه من السلطات القضائية لاظهار كيفية الموت الذي يكون بحادث فجائي او بأسباب مجهولة او مشتبه بها وان يضع تقريره الفنى بذلك . فيرى مما تقدم ان وضع القانون (المتقدم بوضعه) يطلب تعيين سبب الموت ، ولكن واضع القرار (المتأخر بوضعه) يطلب اظهار كيفية وقوع الموت ؛ وشتان بين الطلبين ؛ اذ يترك الاول للتحقيق اكتشاف كافة صفحات الجرم ، الذى كثيراً ما يكتنفه التضليل ، والثاني يضع حجر الزاويه في اساس التحقيق بأصول فنيه لاتقبل التضليل ، فتكون خير معوان للقاضي على تسيير التحقيق بأصح وجوهه .

ولما كانت صحة التحقيق تتوقف على صحة اسسه ؛ فيجب ان يرتكز على مشاهدات ثابته ، لاتقبل التمويه والتضليل ؛ تشاهد في محيط الجرم او الجسد . ان تدقيق الآثار المحيطه بالجرم ؛ يعود لقاضى التحقيق ولموظف الادلة

القضائية ؛ ولكن لمعاونة الطبيب العدلي قيمتها الكبرى .

واما تدقيق الجسد فيعود للطبيب العدلي وحده، لايشاركه به احد البته؛ وهو وحده المسئول عن نتائجه المادية والمعنوية ؛ ويجب ان يجريها كاملة ؛ بقيده الآثار الخارجيه وتوصيفها بأسهاب واجرائه عملية فتح الميت كاملة وتثبيت كافة مشاهداته مفصلاً ؛ وان لايكون متسرعاً بأستدلاله ،وان لايدلي بأي تصريح كان قبل استكماله تدقيقاته وتنظيم تقريره الطبي العدلي . اذكر حادثة، تسرع احد الزملاء على اثر مشاهدته انصباب دموي في الاقسام الرخوة بتصريحه بحضور احد رجال القضاء الذي كان حاضراً الكشف بوجود كسر عظمي مع ان شيئاً من ذلك لا يوجد ؛ فلما اطلع على التقرير النافي لوجود اى كسر كان ، كان عتابه ذا مغزى . ان الاصول المتبع بأجراء عملية فتح الميت. هو ان يكلف الطبيب الخبير او العدلي ذلك ، وان يأذن قاضي التحقيق به ؛ ولكن ذلك لا يعني ان يكون الطبيب العدلي تحت قيادة قاضي التحقيق ، كايعازه اليه بالكف عن اجرائها مثلاً ، اوبالاكتفاء بأجراء قسم منها . واذ حدث شيء مما ذكر ، فعلى الطبيب العدلي ان يوضحه بتقريره وهكذا يتملص من كل مايحتمل حدوثه من المسئولية في المستقبل؛ اذ تكون جميع الآثار قد اندثرت. كحادثة الامرأة التي جاء بها اخوها من دير الزور مثلا . فلولم تجري لها عمليه فتح الميت ، ورخص بدفنها بأعتبار ان الموت حدث بصورة طبيعية . ومضت على ذلك مدة طويلة ، كافية لحدوث التفسخ وزوال الاقسام الرخوة ،واخبر

بان الوفاة كانت عن اثر ضرب . فمن يقدر ان يكشف ذلك ؟

ويشترط واضع القانون ، تحليف الاطباء الخبراء اليمين القانوني . عندمايشرع بالكشف من قبل قاضي التحقيق . ولكن يستثني من هذه اليمين الاطباء العدليون المحلفون امام المحاكم الاستئنافية .

ان الغاية من الذهاب لمحل الحادث ، هي السعي لتعيين ماهيته فيما اذا كان من منشأ جنائي ، انتحار، او قضاء ؛ وتثبيت سبب و كيفية حدوث الموت، وبذل الجهد عند ثبوت المنشأ الجنائي لجمع اقصي ما يمكن من الدلائل لوصف فاعل او فاعلي الجرم ، وتعيين درجات اشتراكهم ، وكيفية اقدامهم على اجراء الفعل .

ولذلك تنقسم هذه التدقيقات الى ثلاثة اقسام .

١ : التدقيق بمحل الجرم

٢ : تدقيق الجسد

٣ : التحقيقات

فالشق الثالث اي التحقيقات لا دخل للطبيب العدلي بها ، وعليه ان لا يتداخل بها بتاتاً. والشق الاول ، قلنا ، اعلاه بان امره يعود لقاضي التحقيق وموظف الادلة القضائية ولكن اشتراك الطبيب العدلي يؤدى لمنافع جسيمه. ولذلك يشترك بتدقيق الاثار الجرمية ، لاستكمال مستنداته في تعيين كيفية حدوث الموت . كما ذكرنا مفصلاً في بحث تعيين منشأ الجروح .

واما الشق الثاني اي الكشف على الجسد الذى يعود بكليته اليه ، فيجرى كما يلي :

١ ــ اما ان لا يشاهد على الجسد آثار جبر وشدة خارجية بتاتاً او ان يشاهد آثار ضئيلة لا تكفى لتفسير حدوث الموت ؛

٢ ــ او ان يشاهد آثار جبر وشدة خارجية هامة .

آ ــ الكشف فى وقائع الموت الآني التي لا تشاهد فيها آثار جبر وشدة خارجية او آثار ضئيلة لا تكفي لتفسير حادث الموت :

في هذه الاحوال ، اما ان يوجد ادعاء بوقوع الموت عقب ضرب او منازعة ؛ او اخبار بسقوط الشخص ميتاً فى قارعة الطريق او بمكان محفوظ كمقهى او حانوت او دار ، او اخبار بوجود الشخص ميتاً في داره او في فندق ، او على قارعة الطريق ، دون اطلاع احد على كيفية موته .

ففي الشق الاول يتبادر للذهن الموت بالنهي العصبي ؛ وفى الشق الثاني والثالث يجب التفكير بالموت الفجائي .

الموت بالنهي العصبي

قد ثبت بأن بعض الترضيضات ، وحتى الخفيفة منها ، عند وقوعها على نواحٍ معينة بأمكانها ان تسبب ضياع الشعور الآني ، الذي تعقبه العودة الى الحياة احياناً ، والموت المباشر احياناً اخرى ، دون ان تحدث آفات مادية حقيقية ، او تحدث آفات لا تستحق الذكر ، ودون ان يوجد في الشخص

مرض سابق ،او ان يكون دخلاً لعرض مرضى .

وقد جمع هذه الحوادث المؤلف بروآردهل وصنفها تحت اسم « الموت بالنهي العصبي » الذى يحدث على رأيه ، من تأثير مانع يؤثر على الحادثات الحياتية للتنفس والدوران فيوقفها . والذي ينشأ من تنبيه الاعصاب المحيطية ، حسب نظرية (بروون سكار) الشهيرة.

ان هذا التأثير المانع ينبعث ، من بعض الترضيضات فى الحنجره والبطن، او بعض ترضيصات او تخريش في الاعضاء التناسلية النسائية الداخلية .

ان الموت الآني بالنهي يصيب عادةً الاشخاص السالمين تماما ، ولايظهر بعملية فتح الميت آفة ما ، او تظهر بعض آفات غير ثابتة ومتحولة بين شخص وآخر ، كالأوذيما ، والاحتقان الرئوي، بدرجات متفاوتة،وبعض الكدمات تحت البلورائية .

وكذلك ينبعث هذا التأثير المانع عن تهيج شديد اي عن ترضيض روحي .

١ ــ ترضيضات الحنجره :

ان ترضيضات الحنجرة . الغنية بأعصابها يمكن ان تحدث فلج القلب الانعكاسي احياناً دون ان تترك آثاراً مرئية . وذلك ثابت فيسيولوجياً .

مشاهدة . ان المدعو انطون س .... والمدعو جوزيف ب .... تشاجرا في فندق ، فى ليلة ٢٧ آذار ١٨٨٠ . فقبض ب على س من كتفيه ودفعه لجانب الجدار المقابل من الغرفة على خزانة موضوعه هنالك ؛ ثم عاد وقبض عليه ثانياً والقاه على مقعد موجود في

احدى زوايا الغرفة ؛ واحناه نحو الارض ، بصورة ، اصطدم عنق س بحافة المقعد بوبالختام قبض پ بيديه على رأس س ودفعه مرتين على المقعد فاصطدم عنق س بحافته . وعقب هذه الضروب مباشرةً سقط س .... على الارض وانطفأت حياته ببضع دقائق .

وظهر بالتحقيق ان انطون س ، كان منهمكاً باستعمال المشروبات الروحيه ، ولكن كان مالكاً لصحته التامة قبل الحادث ، ولم يشتك من علة ما البته وبعملية فتح الميت لم يشاهد اقل اثر رضى في الرقبة ولا في العنق . وشوهد في الرئتين زبد مدمم ، والرئة اليمنى ملتصقة ، وفي القصبات مخاط اسمر يميل الابيض .

وعليه صرح الطبيب الخبير بان الموت حدث من فلج القلب ، الناتج عن الارتجاج الدماغي ، المتسبب عن سوء المعاملة المار الذكر . وبالنتيجة طلب الى ماشكا بيان ارائه الطبية العدلية بهذه الوقعة ، فقال لما كانت نتايج عملية فتح الميت منفيه ، وكانت العاقبة السيئة متأسسة عقب الصدمة مباشرةً ، وكانت الحقيقة الفيسيولوجية المقبولة ، بحصول فلج القلب المنعكس ، عقب الرضوض في الحنجرة واضحة ، قرر ، بدون تردد ان موت انطون س كان نتيجة الرضوض الواقعة اعني الصدمة المكررة على العنق ، او الحنجرة ، بحافة المقعد .

ومنذ ذلك الحين حدثت وقائع عدة ، يذكر بروآردهال ، احداها وهي الهامة جداً ، الخاصة بالقس آبيه دولا كوللونج .

مشاهدة :

كان سلوك القس آبيه دولا كوللونج غير مرضى ، فصدر الامر اليه من السلطات الكنائسية بطرد الخليلة التي كان يحويها في مقره . وفي اليوم المقرر لذهابها ، توفيت بظروف غريبة جداً ، ينقلها القس كما يأتي :

« في اليوم نفسه كانت متكدرة وهي عاملة على اعداد كل شيء لمغادرتها مقره . وكنت متأثراً جداً فقلت لها « سوف نكون سعيدين اكثر من ذلك لو كنا مائتين . » فأجابت « نعم ، لو كنا مائتين معاً . » ، فقلت لها مازحاً ، « اهل تريدين ان اجرب ، اذا كان ذلك لا يسوءك ؟ » ، وكنا واقفين ، فقبقبت على عنقها ، وكان الابتسام يعلو شفتيها ؛ وفجيئة اظهرت علائم تألم ، واختلجت يداها ، ولكن دون ان تصرخ ؛ فرفعت يدي حالاً عن

عنقها ، فسقطت على الارض ، فانهضتها وحاولت عبثاً انعاشها ، لانها كانت ماتت . »

ان القضية لم تحل والاطباء لم يجرأوا على قبول اورد افادة القس المومي اليه .

وبالمحاكمة سمعت افادة ضابط صحي قديم ، كشاهد دفاع ، ذكر حادثاً مشابهاً لهذا الحادث تقريباً بنهايته الفجيعة ، اذ قال : « كنا في القشلاق على المائدة ، وكان بيننا الرئيسان ل وس يتمازحان ، وبأثناء المزاح قبض الرئيس ل على عنق الرئيس س وقال له اتريد ان ارفع لك طعم الخبز من فمك » ، فاهتز الرئيس س وسقط على الارض فاقد الشعور وبالتدابير الصحيه استعاد حياته .... الخ .

مشاهدة تارديو — امرأة عجوز كانت تبيع دخان ، فأتى صبي شيطان ليشتري قرطاساً من الدخان ، فبينما هي مشتغلة باستحضاره استوجبت حيرته حركات زلعومها الطالعة النازلة ، فقبض عليها ، كانه يصطاد فرفوراً ، فماتت الامراة حالاً .

ان اهمية ايضاح الموت الآني ، عقب صدمة او ضربة بسيطة او تضييق خفيف على الحنجرة ، عظيمة جداً بنظر القضاء لان القانون لايعده من وقائع القتل ، ويتعدل الوضع القانوني به نحو المتهم ، اذ لايطبق عليه احكام المواد الخاصه بأفعال القتل .

ان الوقائع الثلاث الآتيه تؤيد ذلك :

آ — مشاهدة : السيد .... الكندرجي المتهم بخنق الابنه .... صرح للقضاء بما يأتي :

بينما كنت اعمل بحانوتي ، اتت الابنة .... مع خطيبها ، وبدأت تمازحه بشكل ازعجني فرجوتها السكوت ، فلم تقتنع بل ازدادت في مزاحها ساخرةً مني ومنعتني عن العمل فقبضت عليها من رقبتها بتضييق خفيف وهززتها ، فسقطت ميتة .

وبعملية فتح الميت : لم يشاهد سوى آثار سطحية لاتذكر في العنق ، ولم تشاهد آفات عميقة بتاتاً . مع هذا قرر الخبير فعل الخنق بالاستناد الى بعض آفات داخلية ضئيلة : خروج زبد ابيض من الفم ، احتقان في الرئتين (هو في اغلب الاحتمال من منشأ ميتي) ، كدمات

تحت البلورا ، سفائح انتفاخ الرئه ، فقدان العلفات في القلب .

وعليه سئل برواردهل رأيه ، فقرر : بالاستناد الى فقدان الآفات الموضعية ، وسرعة الموت ، وفقدان كل اثر للمدافعة ، فان الموت حدث بالنهي العصبي الخنجري .

ب ــ مشاهدة : تشاجر اثنان من المجانين ، في مستشفى المجانين ، فدخل المحافظ لتفريقهما ، فما كان من احد المجنونين المتخاصمين ، الا ان هجم على الحارس وقبض على عنقه بيده اليمنى ولف يده اليسرى حول وسطه ، فصرخ الحارس واستمد المعونة من الباقين ، فأسرع احد المرضى حالاً لتخليصه ، وكان الاثنان ساقطين على الارض ، ففرقهما فسعى الحارس للقيام ببعض الحركات ومالبث ان سقط ميتاً .

وبأجراء عملية فتح الميت شوهد زبد ابيض ذات فقاعات هوائيه امام الانف والفم ، نقاط نزفيه في الذقن ، زبد في شريان الشزن والقصبات ، احتقان رئوي كثيف ، ولم يشاهد كدمات تحت البلورا .

ت ــ مشاهدة : اتهم السيد ب ... بجرم خنق زوجته . وتفصيل الحادث ان المتهم تشاجر مع زوجته ، فذهبت الزوجة الى المطبخ وانت بمكنسه وضربت الزوج على عضده الذي رفعه للمدافعة عن رأسه ، وبينما كان ماداً يده لاجتناب ضربة اخرى ، قبض على عنقها بسائق الحدة والغضب ، وبعد بضع دقائع سقط الاثنان على الارض ، ولكن الامرأة بقيت بلا حراك . وعبثاً حاول افاقتها ، لانها توفيت .

وبعملية فتح الميت لم يشاهد سوى آثار سطحية خفيفة في العنق ، واما في اعماق البدن فلم يشاهد آفة ما ، سوى كدمات واسعة تحت البلورا والقلب فارغ من الدم . وعليه تقرر بالنظر لجريان الحادث ، ونتايج فتح الميت النافية لوقوع الخنق ان حصول الموت من النهي العصبي الخنجري محتمل .

ان ترضيضات الخنجرة كثيرة الوقوع ، ولكن حوادث الموت منها نادرة جداً ، وليس لنا اطلاع على تفسير اسباب ذلك .

٢ ــ ترضيضات البطن ، ان الضروب التي تقع على جدار البطن وخاصة

على النواحي الشرسوفيه والحثلية يمكن ان تحدث الموت .

مشاهدة : بينما الصبيان س .... ول .... يتصارعان سقطا على الارض ، احدهما فوق الآخر ، فقال له ها ان ظهرك لامس الارض ، وبقيا مهما رفس س رفيقه على بطنه برجله، فسقط على الارض فاقداً شعوره وتوفي ببضع دقائق .

وثبت بالتحقيق الذي تولاه ماشقا ان المغدور كان يتمتع بصحة تامة قبل الحادث المريع. ونتائج عملية فتح الميت كانت منفية تماماً ، فلم يشاهد آفات موضعية او عميقة او متباعدة. وعليه قرر ماشقا ، بالنظر لصحة الصبي التامة ، وحدوث الموت الآني ، وعدم وجود آفة ما في البدن ، من جهة ؛ ومن جهة اخرى بالنظر لامكان حدوث الموت من الضرب على الناحية الشرسوفية ، بتخريش وتنبيه الضفيرة العصبية ، الهامة جداً ، اللذين ينتقلان بالطريق المنعكس ويسببا توقيف القلب والدوران ؛ او على قول الاخرين ان التخريش يسبب تضيق شرايين الدماغ والنخاع الشوكي ؛ على ان الموت حاصل عن الضربة الواقعة على اسفل البطن .

ان الصدمة التي تقع على الناحية الشرسوفية ، عندما تكون المعدة ممتلئة اهي شد خطراً من التي تقع على المعدة الفارغة ، بتحصيل الغشي والموت الآني .

٣ ــ ترضيضات او تخرشات الاعضاء التناسلية النسائية الداخلية : يذكر حدوث الموت الاني عن عملية المس المهبلي البسيطة، او عن عملية غسل المهبل او عن المس الرحمي .

مشاهدة : ابنة بسن الخامسة عشر من عمرها اصيبت بمرض حرقة البول، وكانت بكارتها سالمة ، فاجريت لها بعض الحقن بحقنة صغيرة من الفوهة البكاريه وبالحقنة الخامسة توفيت آنياً .

ولكن على الاكثر تصادف هذه الحوادث بعمليات اسقاط الجنين الجنائي ،

فتحدث الغشي، وضياع الشعور، والموت الآني .

٤ ــ تخريش الغشاء المخاطي للمجارى التنفسيه العلويه : يحدث الموت الآني عندما يدخل للمجارى التنفسيه جسم اجنبي خارجى او داخلي، عن تخريش الغشأ المخاطي، بالنهي العصبي . ويحدث ايضاً في وقائع الغرق التي يكون الموت فيها عاجلاً .

مشاهدة : متطبب كان قد اشتهر بمعالجة مرض داء البهر بطلاء البلعوم بالمايع الامونياقي وذلك في عهد الملك لويس فليب . ولما كانت الملكة املي مصابة بهذا الداء، حيّ بهذا المتطبب لتطبيق تداويه ؛ فتقدمت امرأة من البلاط لاجراء التجربة عليها فلما طبق عليها التداوي سقطت ميتة آنياً .

وان الموت الآني، الذى يحدث بمبدأ التخدير القلورفورمى، هو من ذات المنشأ طبعاً .

٥ ــ تنبيه المخاط المعدي : يحدث الموت الآني بالاشخاص الذين تكون اجسامهم حاميه من جراء تمرين بدني شديد او ركض مدة طويلة عند تناولهم المشروبات الباردة بينما معدهم فارغة .

مشاهدة : شخص كان يتنازع مع آخر، وبينما هو تعب ومتململ غيظاً، شرب قدحاً من البيرا المبردة، فسقط مغمياً عليه، فاقد الحس والحركة ثم توفي على الاثر .

يقتضى فى جميع هذه الحوادث، اجراء التدقيقات النسجية التشريحية المرضيه بصورة دقيقة جداً .

٦ ــ ترضيضات الحصيتين : ان حس الالم الخاص بضروب الحصية هو

معلوم من القديم وتذكر وقعة شخص تنازع مع امرأة ، ضربته على صفنه فصرخ قائلا « اني مت » وسقط على الارض ميتاً . وبعملية فتح الميت لم تشاهد آفة ما ، تفسر حدوث الموت .

٧ — التهيج ؛ او الترضيض الروحي : ان التأثر او التهيج الشديد يمكن ان يحدث الموت الآني . وان حدوث الموت الآني بوقائع اسقاط الجنين الجنائي اكثر منها فى وقائع العمليات الرحميه لما يؤيد ذلك ؛ اذ ان الرعب في وقائع الزمرة الاولى ، هو اشد هولاً منه في وقائع الزمرة الثانية .

وهذا العامل يؤثر ايضاً على الاشخاص المتقدمين للعملية امام منضدة العمليات الجراحية . وبالاشخاص الذين ترسم على اجسادهم خطوط العملية قبل اجرائها

والخلاصه ، ان فلج القلب من الترضيضات الروحيه هو امر واقع لايقبل الجدال ، ويتسهل حصوله عند وجود آفات خفيفة .

ومهما يكن من الامر فان حوادث الموت بالنهي العصبي نادرة جداً ، واني خلال ممارستى الطب الشرعي طيلة تسعة سنوات على ستون الف وقعه لم اشاهد سوى وقعة واحده ، وهى موت بالنهي العصبي عن ضرب باليد على الناحية الشرسوفيه بشاب يبلغ من العمر عشرين عاماً تقريباً .

٢ — الموت الفجائي

ان وقائع الموت الفجائي ، تشاهد خاصة بسير امراض الجملة الدورانيه ،

[تمزق القلب ، تمزق الشرايين (بلا او مع ام الدم) ؛ آفات القلب والشرايين المزمنه (التهاب الشرياني المزمن ، عدم كفاية الدسام الابهري ، الآفات الولاديه ، التهاب العضلة القلبيه) ؛ آفات الاورده ؛ التهابات شغاف القلب الخارجيه .] ؛ وآفات الطرق التنفسيه [احتقان الرئه ، ذات الرئه ، او ذيمأ الرئه ، الصمامه الرئويه ، ذات الجنب ، والالتصاقات البلورائيه] ؛ وآفات الجملة العصبيه المركزيه [النزف الدماغي ، النزف السحائي ، الصرعة ، الالتهابات السحائيه الحاده ، الخراج والورم الدماغي] ؛ وآفات جهاز الهضم (قرحة معاء الاثنى عشري) ؛ والآفات البطنيه المختلفة (انسداد الامعاء ، القولنج الكبدي الاكياس الكبديه ، آفات البانقرهآس) ، آفات الكليه ومحفظة فوق الكليه

ويذكر فيما عدا ذلك الموت الفجائي الذى يحدث بسير الامراض الحادة كالحمأ التيفوئيدي ؛ والموت الفجائي الذي يحدث بالنساء في حالة النفاس عن اسباب خارجية عن جهاز التناسلي كتمزق حجاب الحاجز او النزف السحائي حين الاجهاض او فلج القلب) ؛ او عن عوارض في الجهاز التناسلي (كتمزق دوالي فى المنطقة التناسلية ، وتمزق اكياس الحمل الخارجية الرحم وفيضان البريطون ، ودخول الهوا فى الاوردة ، والصمامات الرئوية الناشئة عن التهاب الاوردة في الاطراف السفلية «فلغمازيا آلبادولنس») .

ويذكر ايضاً الموت الفجائي الذى يحدث بالاطفال عن ضخامة غدة التيموس

وذات القصات الحادة ، والتهاب الامعاء الحاد ، في سير مرض الاكزما.

ان هذه الاشكال من الموت عندما تحدث بذاتها بسير المرض والشخص في فراش المرض ، او خارجه او سائراً في طريقه ، او قاعداً في مقهى ، او محل آخر ؛ او عندما يحدث جهداً ، كجهد التغوط ، او الجماع ، او السير في الجبال متصاعداً.... الخ؛ او عندما يتعرض لتهيج او تأثير عظيم او عندما يتلقى الاخبار السارة او المكدرة بصورة زائدة ، او عندما يصاب بضربة خفيفة على احدى نواحي البدن كالناحية الصدغية او قرب القلب ... الخ .

ففي الشق الاول والثاني يحدث الموت بذاته وبدون مداخلة عامل حكمي آخر ، وهذا الشكل من الموت يعد موتاً طبيعياً لا دخل للطب العدلي في امره ، الا اذا كان يوجد الادعاء بخطأ في التداوي ارتكبه الطبيب المداوي بأعطائه ادوية يحرم فن التداوي اعطاءها لهكذا مريض؛ فيتداخل القضاء في القضية ويجرى الطبيب العدلي عملية فتح الميت ، ويثبت الآفات المسببة للموت ويبين ملاحظاته في تكون الحادث . واما ادانة الطبيب فتقرر في مجلس صحي يتشكل من كبار رجالات الطب حسب قواعد الآداب وذلك عندما يرى الطبيب العدلي اهمية الحادث واغلاقه ، من حيث عدم تمكنه من اعطاء القرار لوحده ؛ وسنأتي على ذكر ذلك في بحث ادانة الاطباء تفصيلاً .

مشاهدة : دعيت للاشتراك في الكشف على جسد المغدور .... من اهالي قضاء ....

الذي اجريت عملية فتح الميت ولم يتمكن الزملاء من البت في امرها ، حيث يدعي ان الشخص راجع الطبيب .... يوم الخميس واعطاه علاجاً ليومين ، على ان يعيده ثانيه في يوم السبت ، ولما جيء بالمريض يوم السبت محمولاً على ظهر حمار لعيادة الطبيب توفي امام عيادته ، ويسند سبب الموت الى تأثير العلاج الذي اعطاه اياه الطبيب ..... وبفتح الميت شاهد الزملاء الامعاء الرقيقة من بواب المعدة الى مسافة بعيدة منها ممتلئة بمايع دموي استوجب ترددهم ، وبوصولي فتحت الامعاء الاثني عشري وبعد غسله ، فحصته ، فوجدت قرصة واسعة مستديرة (بسعة ربع ريال مجيدي) ونازفة وبقية الامعاء سالمة ، فتبين ان سبب الموت الآني ، هو نزيف المعائي الجسيم من هذه القرحة ، وبتدقيق وصفه الطبيب وجدت تحتوي على بعض المواد المخدرة ، والمعطاة بقصد تخفيف الالم الذى يشتكي منه ، وعليه ولما كان ليس لوصفه الطبيب دخلاً في التسبب لحدوث هذا النزف الآني قررت عدم مسئوليه الطبيب .

واما في وقائع الشق الثالث عندما يدعى حدوث موت الشخص وهو في حالة الصحة الظاهرية ، ووفاته على اثر انفعال وتهيج حدث معه عن منازعة لسانية بقوارص الكلام . او عن اثر رعب اصابه من افعال وحركات شخص آخر وهذه الحوادث تشكل عدداً يذكر بسجل وقائع الطب العدلي .

ففي وقائع كهذه يقتضي اجراء الكشف وفتح الميت وتثبيت كافة الآثار المشاهدة ، وتفسير هذه الآفات واستنتاج ميخانيكية حدوث الموت ، التي تكون على الاغلب عن آفات في الجملة الدورانيه (القلب والشرايين) كالسكتة القلبية او الدماغية ... الخ ، وتارة عن غيرها من الحالات المرضية المارة الذكر ، كالنزف المعدي والصمامة الرئوية ... الخ . فلما كان هذا الشكل من الموت قابلاً ان يحدث من نفسه ، كما انه لا يمكن انكار تأثير

الانفعال والتهيج فكيف يمكن للطبيب العدلي اعطاء القرار في مواقف كهذه. ويجب التذكر عند قبول تأثير التهيج على عاقبة الشخص الفجيعة ، ان القضاء سيعتبر هذا التأثير من الاسباب المعجلة للموت .

ولما كان تأثير التهيج لا يختلف عن تأثير الجهد بذاته بتحصيل هذه العواقب فما هي العلائم التي تمكننا من التفريق بين هذه المؤثرات؟ فلما كانت هذه العلائم غير موجودة فناً ، حالياً ، فأي طريق يجب سلوكه على الطبيب العدلي في هذه الوقائع ؟ ولما كان بالنظر لما سبق ذكره لا يمكن للطبيب العدلي تثبيت او نفي مداخلة الانفعالات النفسانية وتفريقها عن الجهد ، وجب عليه ان يشير الى ميخانيكية حدوث الموت وفرضيات تحصلها ويترك للقضاء امر البت بتفريق الشكل الواقع واثباته بالتحقيق القضائي ؛ وبذلك يتخلص من اثم لا يجبره الفن على تحمله؛ويجب الذكر ان قضاة التحقيق يسعون بكل مافي وسعهم لحمل الطبيب العدلي على اعطاء نتيجة حاسمة يستندون عليها بتسيير تحقيقهم وتعيين نوع الجرم ، فالحذار من تجاوز حدود الفن حيث تكون العاقبة الفشل والخسران المادي والادبي .

مشاهدة : اخبرت السلطة القضائية بوفاة الشخص.... من اهالي محلة.... عقب منازعته مع القصاب .... اذ سقط على الارض على مسافة عشرين خطوة من حانوت القصاب المذكور ؛ ولدى اجراء عملية فتح الميت شوهد جوف الشغاف القلبي الخارجي مملوءاً بمايع دموي وعلقات دموية ، والقلب مثقوباً من ذروته بثقبه صغيرة بسعة حبة العدس ، وبفتح القلب شوهد صمغ افرنجي بحجم بيضة الحمام في جدار البطين الايسر ، آكلاً الجدار

ومتهيأ بهذه الثقبة ، فقررت ان سبب الموت هو داء الافرنج ، وان العاقبة المشهودة ، هي العاقبة المنتظرة فناً ، ان لم تكن في ذلك اليوم ففي الغد ، وانه يحتمل ان يكون للانفعال دخلاً بتزييد فعالية العضلة القلبية ، فيسيولوجياً ؛ ودرجة هذا التأثير لاحداث الموت ضئيلة بالنسبة لتأثير الآفه المستحكم في تثقيب القلب ، وانني لا يمكنني قبول او رد هذا التأثير الضئيل ، وعلى التحقيق تقوم اسس الاستناد ، لتمحيص الحقيقه .

فالمهم في الحوادث التي هي من هذا القبيل . هي الحالات المرضية التي تكون بحالة المعاوضة فتختل المعاوضه من تأثير التهيج والانفعال ؛ وفي حال ثبوت هذا الشكل والميخانيكية ، تعد من الاسباب المعجلة لحدوث الموت .

٤ — وفي الشق الرابع ، يحدث الموت عقب ضربة خفيفة باليد او بآلة لا تفضي الى تحصيل الموت اعتيادياً كضربة كف براحة اليد على الناحية الصدغية فتسبب النزف الدماغي من جراء تصلب في الشرايين ، او ضربة بقبضة اليد على الناحية الابهرية فتسبب النزف من تمزق ام الدم الكائنة في قوس الابهر ؛ فتعتبر هذه الضربات الخفيفية كسبب معجل لاحداث الموت. ولكن لما كانت هذه الحوادث المميتة ، من الممكن ان تحدث بذاتها ، فيجب على الطبيب ان لا يعتمد الا على الآثار الرضية التي يشاهدها ، ليتخذ منها اساساً لاقرار شكل الموت الطبيعي او الجبري .

مشاهدة : السيد .... من اهالى محلة .... في حلب ، بينما كان يتنازع مع السيد .... في مزروعته ، اصيب بضربه كف براحه اليد على صدغه الايمن من قبل خصمه ، ثم تفارقا على ان يشكو ضاربه ، ولم تمر برهه وجيزة ، حتى ساءت حالته ، وبعد مرور ساعتين توفي. وبالكشف لم يشاهد أثر خارجي للرض ، غير انه بعمليه فتح الميت شوهدت كدمه عميقة في الاقسام الرخوة من الناحية الصدغية اليمنى ، ونزيف دماغي عن تمزق الشريان السحائي

المتوسط الايمن ، وعوارض تصلب الشرايين والضخامة القلبية ؛ فقررت ان سبب الموت هو النزف الدماغي الحادث عن تمزق الشريان السحائي المتوسط الناشئ ، عن صدمة رضية واقعة على الناحية الصدغية اليمنى ، والذي سهل حصوله تصلب الشرايين المصاب به المغدور ؛ ولذلك يعتبر هذا الرض من الاسباب المعجلة للموت .

٢ ـ الكشف في وقائع الموت الآني :

التي يشاهد فيها آثار جبر وشدة خارجية هامة

في هذه الاحوال يكون الادعاء او الاخبار بحدوث الموت جنائياً ، او انتحاراً ، او قضاء .

فعلى الطبيب العدلي ان لا يعير هذا الادعاء او الاخبار اكثر مما يستحقه وان يسعى بكل ما اوتي من قوة لتعيين ماهية الحادث وشكل حدوثه وفقاً للقواعد الفنية ، فكم من الادعاآت والاخبارات كذبها الكشف ، وكم من الجرائم اظهرت بعد اخفائها ؛ وعلى الطبيب العدلي ان يباشر تدقيقاته بمحل الجرم بالاشتراك مع قاضي التحقيق وموظف الادلة القضائية كما سبق ذكره ، ثم يكملها بمخبر فتح الميت ، فيفحص الجسد خارجياً ، ثم يجري عمليه فتح الميت .

آ ـ فحص الجسد خارجاً :

يقيد الآثار الخارجية كما يأتي ؛ سجحات (مواقعها واوصافها)، كدمات (مواقعها واوصافها)، جروح (يفرق انواعها الرضية والقاطعة والواخذة والواخذة القاطعة ، والنارية ، بدقة زائدة ؛ اذ لما يشاهد جرحاً في الجلد

المشعر عليه ان يستعين بالعدسة المكبرة وازالة الاشعار، لتفريق طبيعته الرضية من القاطعة ؛ ولما يشاهد جرحاً قاطعاً في البدن ، عليه ان يدقق نهاياته وعما اذا كان يوجد له ذنب يستدل منه على اصطدام الآلة الجارحة بسطح عظمي او نفوذها لمقبضها وجرها ، او انطباعاً لحلقة نصلة موس ذات كباس ؛ وان يبذل اهتمامه ايضاً لتفريق الجروح القاطعة من الجروح النارية البيضية ؛ ولما يشاهد جروحاً مستديرة يفرق الجروح الحاصلة عن الآلات الواخذة المدورة عن الجروح النارية ويفرق الفوهات النارية الدخولية عن الفوهات الخروجية ، التي ان صادفت صعوبة احياناً تكون سهلةً على الاكثر بوجود شريط الترضيض خاصةً) ، انصبابات دموية ؛ تمزقات الاقسام الرخوة ، وكسور العظام المستورة او المكشوفة .

فمن ذلك تتضح له ماهية الحادث (جنائي ، انتحار او عارضي) على الاكثر.

وبعد اكمال التدقيقات الخارجية كما ذكر يشرع بأجراء عملية فتح الميت .

عملية فتح الميت

تجرى عملية فتح الميت كما يأتي :

١ ــ يحدث شق عمودي من متوسط الشفة السفلا الى الناحية الذقنية ، يمتد من متوسط العنق ، حتى العوكشة القصية ، ثم يحول الى الايسر

والاسفل، حيث يتجه لجانب الصدر الايسر عمودياً ومن وحشى الثدية اليسرى الى المراق الايسر والحاصرة اليسرى ، حتي حذاء القنزعة الحرقفية الامامية العلوية ، ثم يلتوي منحنياً لجانب ارتفاق العانة ، ومنه يتم الشق مقابلا لشق الجانب الايسر ، وعندما يصادف الجرح في مسير الشق يحافظ الجرح ويتم الشق بعيداً عنه . ان الشق الشفوى ، يجري عميقاً لسطح العظم ، وفي العنق يجري الشق في الطبقات الجلديه والنسج الحجروى تحت الجلدي وتحافظ الانسجة العميقة ، وفي جانبى الصدر يجري الشق لسوية الاضلاع ولكن في جدار البطن يجرى سطحياً كالعنق .

٢ : تسليخ واستقصاء اعضاء العنق : يسلخ الجلد من جانبي العنق من الشفة السفلا حتي عظم القص بوضعية عمودية، وزوايا الفك الاسفل جانبياً ، حيث تكشف كافة اعضاء العنق . ينشر الفك الاسفل فوق الخط المتوسط وتسلخ عنه الاقسام الرخوة حتي الزاويه الفكيه ، وتفرق شعبتى العظم . ويقبض على زروة اللسان ويجر الى الامام ، فينكشف الجوف الفمي البلعومي حتي مدخل الحنجره . وعليه تقيد كافة التغيرات الفميه والبلعوميه وما اذا كانت توجد اجسام اجنبية .

ثم يجري استقصاء اعضاء العنق: العضلات، الحزمة الوعائية العصبية الجانبية العدة الدرقية ، الحنجرة ؛ ويقيد مايشاهد من التغيرات .

٣ ــ فتح جوف البطن : يعمق الشق البطني طبقة بعد طبقة حتي البريطون،

فيقبض على الوريقة البريطونية وتجر للاعلى؛ وتفتح عروة بالمقص ، وتدخل شعبة المقص الكالة ويقطع الجدار البطني بحذاء الشق الجلدى بكافة امتداده حتي الحافات الضلعية . ويقتضي رفع الشريحة باليد اليسرى والضغط على الاحشاء البطنيه باليد اليمني ، حين تسيير المقص ، لاجتناب تمزيق الامعاء. ثم ترفع الشريحة وتدقق الاحشاء البطنية بصورة عامة ، يشاهد بها مايحتويه الجوف البريطوني من صديد ودم ومصل... الخ؛ ويدقق ايضاً جوف الحوصله اجمالاً برفع الامعاء . وتفرغ هذه الموايع بأناء ذي درجات قياسيه .

٤ ــ فتح جوف الصدر : تدخل ذروة الموس بالمفصل الترقوي القصي وتدور حول رأس الترقوة ؛ ويجب الانتباه لعدم ادخال الموس عميقاً وفتح المحفظة بقسمها السفلى ، كي لاتمزق الاوعية تحت الترقوية الهامة . ثم يؤخذ مقص الاضلاع وتقص الاضلاع من الجانبين بحذاً الشق الجلدى ، مع رفع الشريحة دائماً لاجتناب تمزيق الرئتين . ثم يطبق المقص المذكور بحذاً الضلع الاول والمفصل القصى الترقوي ، ويقص الضلع المذكور ويفتح المفصل فيتفرق عظم الترقوة من عظم القص . وعندما يشاهد سيلان مايع ما من جوف الصدر حين الفتح يجمع بآنيه خذفيه (Capsule Porcelaine) خاصة توضع في جانبي الصدر . وبعد ذلك ترفع الشريحة باليد اليسرى وتسلخ التصاقات حجاب الحاجز من ارتكازاتها بموس باليد اليمني ، ثم يفرق عظم القص من المنصف الامامي بقحطه بموس من الاسفل الى الاعلى ويجب الانتباه لعدم

تمزيق شغاف القلب الخارجي . وبهذه الصورة تفك الشريحة الصدريه البطنيه وترفع على طاولة اخرى، حيث يجري تدقيقها ، بأجراء مقاطع طولانيه متوازيه عن بعد اصبع او اصبعين على وجهها الداخلي ، نافذة للطبقات العضليه حيث تشاهد الكدمات العميقة والارتشاحات الداخل العضليه عند وجودها .

٥ ــ رفع وفحص الاحشاء الصدريه البطنيه :

آ ــ غب رفع الشريحة الصدريه البطنيه كما سبق ذكره ، تدقق الاحشاء الصدريه البطنيه سطحياً بموقعها (حيث يدقق الوجه الخارجي لشغاف القلب الخارجي ، والمنصف الامامي ، والرئيتان وسطوحها الخارجيه والاجواف البلورائية ، وتقيد الألصاقات عند وجودها ، وتفرق عندما تكون رخوه، ويفرغ الجوف عند وجود السوائل ، وتقاس مقاديرها ، وتثبت طبيعتها .) ثم ترفع كل منها على حدة وتدقق بأمعان ؛ وان رفع الاحشاء المذكوره يجري حسب النظام الآتي :

القلب، الرئيتان ، الكبد ،الطحال ، المعده ، الامعاء ، الكليتان ، ومحفظة فوق الكلية ؛ واعضاء العنق والمنصف ؛ الابهر الصدرى البطني والوريد الاجوف. ويجوز فحص كل عضو على حدة عند رفعه، او تفحص الاعضاء بكاملها بعد استكمال رفعا تماماً .ولكن يجب التذكر بانه من الواجب وضع كل عضو على حدة ، وعدم خلطها مع بعضها ومنع تلوثها بالسوائل العضويه وماء الغسل .

د ـ رفع القلب : تمسك نقطة من الشغاف الخارجي فى حافته الحاذية للحجاب الحاجز ، وترفع قليلاً ، حيث تفتح عروة بمقص ، تدخل منها شعبته الكاله ، ويقص الشغاف بشق عمودي من القاعدة حتي الرتج الابهري . ويدقق حينئذٍ وجه القلب الخارجي ، ويرفع من زروته حيث يدقق الجوف الشغافي ، ويفرغ مايعه ؛ لتعيين ماهية وتثبيت مقداره . ثم يرفع القلب .

ولكن عندما يكون الحادث موتاً فجائياً عن صمامة رئوية (التهاب الاوردة فلغمازيا آلبادولنس) ؛ يحتم فحص القلب بموقعه دون تزحزحه (الذي من شأنه ان يؤدى الى طرد العلقة) : بأجراء شق فى الحافة الوحشية للبطين الايمن وتنفذ شعبة المقص الكاله للجوف البطيني حيث يجرى الشق بأمتداد الحجاب القلبي وينفذ للشريان الرئوى وتفتح شعباته .

رفع القلب ، عندما يكون فارغاً ورخواً ، وذلك يشاهد في الاجساد المتفسخة ، يقبض على زروته ويجر للاعلى والامام ، ويقطع الوريد الاجوف اولاً ، داخل الجوف الشغافى الخارجى ، ثم تقطع بقية الاوعية بأقصى ما يمكن من الارتفاع ، بحذاء الكيس الشغافى .

وبالعكس عندما يكون القلب مملوءاً بالدم ، تربط الاوعية المرسلة والآخذة بأحكام ، ثم تقطع من بين العقدتين المحيطية والمركزية ، ويرفع القلب دون حدوث اقل سيلان دموي . ويفحص القلب ، فيعين وزنه ، وتدقق هذه الدسامات الابهرية ، والشرايين الاكليلية . والعضلة القلبية ،

حيث توضح تغيرات هذه الاقسام ، القسم الاعظم من وقائع الموت الفجائي وتقيد حالة الدم فى اقسام القلب (مائعاً كان او متخثراً ، مبذولاً او جزئياً ... الخ) .

ث ـ الرئتان :

تجرد الرئتان من التصاقاتهما عند وجودها، وترفعان للاعلى،وتوضع رباطات على السرة الرئوية ، وتقص من بين العقدتين ، وترفع المخارج . ولكن بوقائع الغرق ، يقتضى فتح الحنجرة والشريان الشزن قبل رفع الرئتين حيث تدقق اوصافها ومحتوياتها (الزبد القصبي) .

ج ـ الكبد والطحال : يجرد كل من هذه الاعضاء وتوضع رباطات على اربطتها ويقص من بين العقدتين ويرفع على حدة .

د ـ المعدة : تجرد من السرب ، وتوضع اربطة مضاعفة على كل من نهايتيها ، الفوأد والبواب ، وتقص اتصالاتها من بين العقدتين ، ولافراغ محتوياتها توضع احدى نهايتيها داخل اناء ذي درجات قياسية. وتقص العقدة، فتسيل محتوياتها ، فيعين اوصافها ومقدارها .

ذ ـ الامعاء :

يرفع المعاء الغليظ والامعاء الرقيقة كل على حدة ، حيث يوضع رباط مضاعف على المعاء المستقيم ومثله على المعاء الرقيق بحذاء الاعور ، يقص ما بين العقدتين من نهايتيه ، ويقلع من الاعلى الى الاسفل، وبالعكس،ويقتضى

الاهتمام بمحافظة الذيل الدودي .

وترفع الامعاء الرقيقة بتفريقها من المساريقا بضربات رأس الموس بصورة خفيفة .

ويقتضى الاهتمام برفع الاثني عشري ، والبانقرياس من انحناء الاثنى عشري .

وتفحص بهذه الآونة المساريقا (عقداتها) .

وتفرغ محتويات الامعاء ، كالمعدة ، وتغسل بأسالة جريان ماء خفيف داخلها حتى يخرج براقاً ، ثم تفتح الامعاء ، بمخزع خاص (Enterostome) من هذا الارتكاز المساريقي وتفتح اجوافها وتدقق وخاصة صفايح پايرو الاجربة المسدودة .

ر ــ الكليتان ومحفظات فوق الكلية : يقبض على هذه الاعضاء من وجهها الخلفي وتقلع للاعلى الانسى ؛ ويجب تسريح الحالب بذات الوقت حتى مدخله فى المثانة ، ويقطع من هذا الحذاء ، وترفع كافتها دفعة واحدة الى الخارج ؛ فتفحص خارجياً ، وتوزن ، ثم تجرى المقاطع الطولانية المتوسطة فوق حافتها الوحشية ؛ ثم ترفع محفظات فوق الكلية وتفحص كما سبق .

ز ــ اعضاء العنق والصدر العميقة : البلعوم ، المري ، الحنجرة ، شريان الشزن والاوعية المتوسطة الكبيرة .

بعد غسل وتنظيف الاجواف الصدرية والبطنية يقبض على اللسان من زروته

بملقط ويجر الى الامام ، وتقطع السويقات الامامية لشراع الحنك ثم جدار البلعوم الخلفي ، ويداوم على جر اللسان الى الامام ، فيفصل البلعوم ، والمري عن العمود الفقري . بالاستعانة ببعض ضربات برأس الموس بأحتياط زائد ، ويجب السعي للاحتفاظ بالحزمة الوعائية العصبية الرقبية ، وقطعها بضربة واحدة بحذاء منشأها الصدري متساوياً من الجانبين .

ويداوم على تفريق الاعضاء الباقية عن العمود الظهري والقطني ، وتوضع رباطات مضاعفة على الاوعية الحرقفية من الجانبين وتقطع ما بين العقدتين ، وتخرج جملة الاعضاء المتفرقة دفعة واحدة وتوضع على طاولة التشريح ، متجهاً قسمها الخلفي الى الاعلى . ويقتلع اللسان وتجرى فيه شقوق عميقة عمودية لمحوره الكبير ، ويفتح البلعوم والمري حتى عقده الفوأد بأجراء شق طولاني متوسط على الوجه الخلفي . ويفرق القسمين المتوسطين من الحنجرة بجر شديد فيتيسر معاينة وجهها الداخلي بسهولة .

ويفتح الابهر البطني من وجهه الخلفي مبتداءً من احد الشرايين الحرقفية ويداوم الشق على الابهر الصدرى وحتي الجذوع الكبيرة الملتصقة به الجذع العضدى الرأسى ، شريان تحت الترقوة وشريان السباتي الاصلى ؛ وبالختام تفتح الشرايين السباتية الباقية بوضعيتها الطبيعيه بجانبي العمود الفقرى ، ويجب الاحتراز في فتح هذه الاوعية من تمزيق القميص الداخلي الذى يمثل آفات حاصلة بزمن الحياة (الصلب ، الخنق بالحبل) .

س ـ اعضاء الحوصلة :

تدقق اعضاء الحوصلة (الرحم ؛ الزنج البريطوني ، الملحقات ، المثانة) سطحياً في موضعها ، وتقيد المشاهدات ، وتفرغ الانصبابات المرضية او الميتية ، وتفرق المثانة بتسليخ دقيق من الوجه الخلفي لارتفاق العانة . يجرد ارتفاق العانة من الامام ، بأجراء شق عمودى ، بأمتداد بضعة سانتمترات ، على كل من جانبي العانة ، وبتسليخ شريحة جلدية وقلبها الى الاسفل. ويفرق الارتفاق العاني بأجراء شق عمودى من الاعلى الى الاسفل بموس؛ يفرق فخذ المغدور بقوة بقصد ايصال تفريق الارتفاق العاني لحده الاقصي . ثم يؤخذ موس ذو نصلة طويلة وضيقة ويطبق على النهاية السفليه للشق الجانبي الايسر لارتفاق العانة . ويجرى، شق عميق لكافة الاقسام الرخوة حتى الهيكل العظمي .توجه استقامة الشق للوحشي والخلف بشكل قوس ، محيط بالاقسام التناسليه الخارجية والشرج ، ويكمل من الجانب المقابل . لينتهي بالنهايه السفليه للشق الجانبي العاني الايمن . ثم تحول العملية لداخل الحوصلة الصغيره ، فتسلخ كافة الاقسام الرخوة من حذا السطوح العظمية ، على ان يتلاقي الشق الداخلي مع الشق الخارجي . وكذلك تجرد الاعضاء الحوصليه كالاقسام الشرجيه التناسلية الخارجية والحوصلية بجملتها دفعة واحدة بقوة الى الخارج . وتخرج من الفتحة الواسعة المهيئة بعملية خزع الارتفاق العاني وتبعيد شفتية بقوة كما ذكر اعلاه . وعلى ذلك تستحصل الاعضاء التناسلية الداخلية والخارجيه

بوضعها الطبيعي ، دون ان تحول مجاوراتها ، وتدقق بصورة كاملة .

وبهذا الفحص يجب الاطلاع اولاً على حالة الاعضاء التناسلية الخارجيه. ثم تفتح المثانة من القسم العلوي ويستقصى جوفها ؛ ثم يفتح المهبل ، بشق على الخط المتوسط ، بمقص ، من الجلقة الفرجية حتى العنق . ويدقق الغشاء المخاطى المهبلي ، وعند اللزوم تؤخذ عينات من الافرازات للمعاينة المجهرية . ويقاس الرحم خارجاً من العنق حتى قعره ، وايضاً يقاس قطره الاكبر مستعرضاً . وتدخل احدى شعبتى المقص في جوف العنق ، ويشق العنق فوق شفته الامامية ، ثم يشق الجدار الامامي للعنق، دون اخراج المقص،باستقامتين متباعدتين ، احداهما باتجاه منفذ النفير الايمن والثانيه باتجاه منفذ النفير الايسر ، فتظهر شريحه مثلثة فى الجدار الامامى للرحم ، وبرفعها يدقق الغشاء المخاطي للرحم ؛ اذ تحرى آثار ارتكاز مشيمي ... الخ . ثم يقاس الجوف الرحمي من العنق حتى قعره ، عرضه الاعظمي ، وسمك جدرانه . ثم تؤخذ عدة مقاطع من الجدار الرحمي اذا كانت المصلحة تقضي ذلك (التهاب الاوردة ... الخ) .

والاعضاء الملحقة للرحم يجرى فحصها كالرحم . فالمبيض يعاين خارجاً لتحري الندبات ، ثم يقسم الى قسمين بحذاء محوريه الكبيرين. ويجب تحري وقيد الاجسام الصفراء .

وبالختام تجرى معاينه المعاء المستقيم .

وبالذكور، تدقق اعضاء الحوصلة الصغيرة، كما هو مذكور اعلاه، والحويصلات المنوية والبروستات ... الخ .

ولكن يجب تجريد الحصيتين والحبل قبل العملية، حيث يعرقل بقاؤهما رفع واخراج الاعضاء الحوصلية بالجملة . ولذلك يجب التحرى على الحبل في محل مروره فوق القوس العاني ، وتجريده وضبطه وسحب الحصية الى خارج الصغن من الاسفل الى الاعلى .

وبالوقائع الجارية يكتفي بفتح المثانة ومعاينة الحصيتين المخرجتين من الصغن مع الحبل كما ذكر .

ويجب جمع البول وقياسه وفحصه بكافة الوقائع .

٦ ــ فتح جوف القحف : يبدأ بأجراء الشق فوق الجلد المشعر من القسم الخلفي لاحدى الاذنين حتي الاذن الاخرى ، وتسلخ الشريحات وتكشف قبة القحف تماماً من فوق القوس الحاجبي حتى القسم السفلي من الحدبة القفوية الظاهرة ؛ وتقيد كافة الآثار المشاهدة في الوجه الداخلي للجلد المشعر (جروح ، كدمات ... الخ) ، ويدقق سطح السمحاق وتقيد الآفات التى تشاهد عليه (انزفة ، كدمات ... الخ) وينظف سطح السمحاق جيداً ، لتأمين مشاهدة الآفات تحت السمحاقية ، وبحالة مشاهدة انصباب دموي او كدمة تحته يجب اجراء الشق في هذ الناحية واستكمال الاستقصاء على الضبط ، وعندما توجد كسور فى القبة تكون فكرة ابتدائية

حول الكسر .

ثم يباشر بنشر القحف بحذاء الشق الجلدي بمنشار خاص وتفرق بعض الاتصالات الباقية بالزميل والمطرقة وترفع قبة القحف بعكفة يد المطرقة . هذه الاصول هي الاصول المعقوله ولكن يجب الاحتراز من تمزيق ام الصلبة والدماغ ، لصعوبة التحقيق فيها ، وخاصة بالايدي غير الممارسة جيداً ، او عند عدم وجود معاون .

فلذلك ترجح الاصول المتبعة في دور مخابر فتح الميت في باريس ، وهي نشر القحف والدماغ معاً في وقت واحد بواسطة منشار خاص ضيق الصفحة ، بحيث يكون مقطع افقي للقحف والدماغ ، يظهر كافة التغيرات بوضوح .

اصول العملية : توضع قطعة خشبية قصيرة غليظة Billot تحت العنق ، ويقف الطبيب في الجانب الايسر من الرأس ، فيمسك بيسراه بقوة الجلد المشعر بشكل يؤمن تثبيت الرأس ، ويأخذ بيمناه منشار قصاب ذا صفحة مرتفعة متينة وضيقة فيرسم به خط النشر في القسم الامامي والمتوسط من الجبهة في نقطة تعلو الخط الحاجبي جزئياً ثم ينشر محيط الجمجمة ، بحيث تفصل قبتها دفعة واحدة . ان الصعوبة في هذه الاصول هي تثبيت الرأس . وبوجود معاون لا يبقى اثر لهذه الصعوبة .

وكثيراً ما يحدث ان المنشار يتوقف ابان النشر عن الحركة ، تفرق

حوافي المقطع العظمي الامامية بواسطة ملقط . ثم تقلب قطعة القبة القحفية المفصولة للاسفل والخلف على الناحية القفوية مع القطعتين الدماغيين النصف الكرويتين ، ثم يقطع لسين ام الصلبة المتصل بالناحيه القفوية وترفع قبة القحف مع محتوياتها ، وتخرج القطعتان الدماغيتان النصف الكرويتين من القبة بفصلهما عنها بواسطة اصبعي اليد المتوسطة والسبابة بتريقهما في جانبي مشول المخ ، وتوضعان على قطع خاصة من الفلين . ثم يفحص وجه ام الصلبة الداخلي فى قطعة القبة المفصولة ، ويفتح الجيب الطولاني العلوي ، وتقتلع ام الصلبة ويفحص وجهها العلوى ، ثم يفحص وجه القبة الداخلي ، ويقتلع السمحاق من وجه القحف الخارجي حيث يفحص بدوره ؛ ويجب قيد سمك العظم .

ويخرج ما بقي فى القحف من الاقسام الدماغية والمخيخ مع المخ المستطيل والحدبة الحلقوية ، حسب الاصول المعروفة ؛ حيث يرفع الشطر الآخر من نصف الكرتين الدماغيتين من الاسفل الى الاعلى ومن الامام الى الخلف ، وتقطع الاعصاب القحفية والاوعية ؛ وتقطع خيمه المخيخ والبصلة السيسائية من قاعدتها . ثم تقتلع ام الصلبة من قاعدة الجمجمه حيث تحرى فيها الكسور . ثم تفحص الاقسام الدماغية المستخرجة اولاً واخيراً ، بأجراء الشقوق العمودية المنحرفة جزئياً ، على الدماغ ، حسب الاصولات المعروفه .

وغب اكمال العملية كما ذكر اعلاه ، وقيد المشاهدات المرئية على الجسد ، يطلب قاضى التحقيق من الطبيب العدلي الادلاء بنتيجة مشاهداته ، لينظم

ضبطاً في الحادث ، يتخذ اساساً لسير التحقيق . ان اقرار النتيجة بتعيين كيفية حدوث الموت ، اي تعيين طبيعة الحادث (جنائي ، انتحاري او قضاءً) ، وان كان سهلاً احياناً ، فهو صعب وصعب جداً في الاحيان الاخرى ؛ فلذلك يجب التبصر عند اقرار النتيجة .

ثم ينظم التقرير الطبي العدلي كما يأتي :

يبدأ بتثبت هوية الشخص ، ثم يعدد الآثار الخارجية ، ويعقبها بسرد الآثار الداخلية ، وتفسير ما يستدل من هذه الآثار ، ثم يدون النتيجة.

ان اهم اقسام التقرير الطبي العدلي ، هي : الهوية والآثار المشاهدة في الجسد خارجاً وداخلاً ؛ وما عدا ذلك فأي تقصير او خطأ يقع فيما يدون من الاجتهاد في الاستنتاج يمكن تلافيه في كل زمان ومكان ، الا ان اقل اهمال او خطأ في تدوين الآثار والاوصاف المشاهدة يشوش القضية ويستحيل تلافيه فيختل التقرير ويختل معه التحقيق .

الكشف المتأخر على الاجساد الميتة

بضع ساعات او بضعة ايام

اتينا فيما سبق على ذكر علائم انقطاع الحياة وتشخيص العلائم الميتية المتأخرة ، وطريقة تخمين زمن حدوث الموت .

الا اني اخصص هذا الفصل لسرد علائم الكباوة الميتية والصمل الميتي

والتشنج الميتي لما لها من الاهمية .

الكباوة الميتية : ان المايع الدموي يتجه بعد الموت للاقسام السطحية والعميقة المنحطة من البدن تحت تأثير الجاذبية الارضية .

وتنشأ عن ذلك الكباوة الميتية في اللحافات الجلدية ، والركودة الدموية في الاحشاء الداخلية .

ان الكباوة الميتية تظهر بشكل لطخات مدورة او مخططة ، فتتحدد مؤخراً وتشكل صفايح واسعة ، يمكن ان تغطي بعض اقسام الجسد بكاملها ، بلون متحول ، من الاحمر الفاهي ، الى الازرق القاتم فالاسود ؛ بمدة تتراوح بين ٤ ــ ٧ ساعات بعد الموت ؛ وتصل الى اقصى حدها بعد ١٢ ــ ١٥ ساعة منذ حدوث الموت ؛ وان موقعها يتحول حسب وضعية الجسد عند حدوث الموت ، فعندما يكون الجسد بوضعية قائمة ، كوقائع الصلب ، تشاهد الكباوة في الاقسام السفلية من البدن ، وعندما يكون بوضعية التمدد المختلفة تشاهد في الاقسام المنحطة الامامية او الجانبيه او الخلفية من البدن ؛ وعندما تحول وضعية الجسد بعد الموت بمدة ١١ ــ ١٢ ساعة ، تظهر الكباوة في الاقسام المنحطة حسب الوضعية الحديثة مع بقاء اثار الكباوة القديمة ولكن هذه الآثار الحديثة لاتظهر بعد انقضاء ٢٣ ــ ٢٨ ساعة على الموت.

الصمل الميتي : هو صمل العضلات بعد الموت ، اذ تتقلص العضلات فتتقصر وتتصلب ؛ ويستولى الصمل على الجملة العضلية بصورة تدريجية وغير منتظمة ؛

ويبدأ خلال ساعتين او ثلاث ساعات بعد الموت ، ويدوم الى ٧٠ ــ ٧٥ ساعة بعد الموت ؛ يتحول زمن مبدأ وانتهاء الصمل وشدته ، بنسبة قوة العضلات عند حدوث الموت . وفي احوال حدوث الموت من الامراض الاختلاجية (الكزاز . التسمم الاستريكيني) يكون الصمل متقدماً . شديداً واكثر ثباتاً .

التشنج الميتى : يحدث عن دوام التقلصات الحياتية وثباتها بعد الموت بدون فاصلة . خلافاً للصمل الميتي الذي يتأسس بعد انحلال العضلات فى حالة الموت بمدة وجيزة ومتحولة كما سبق ذكره ؛ ويكون التشنج الميتى عاماً او منحصراً بأحد اقسام البدن ؛ وان التشنج العام يحدث فى ساحات القتال ، وفي حوادث الجروح النارية والانفلاقيه خاصة ؛ والتشنج الموضعي يحدث في حوادث الانتحار اذ يبقى المنتحر قابضاً على سلاحه . ويحدث ايضاً فى الاحوال المرضية الاختلاجية كالكزاز والتسمم الاستريكنيني .

فعليه . يجب علينا ، عندما نقابل الجسدان نبدأ بتدقيق الكباوة الميتية ومواقعها ولونها ؛ والصمل الميتي . والاهتمام بتفريق الصمل من التشنج الميتي .

والحذر من تلقي صنايح الكباوات الميتية ؛ ككدمات رضيه ، فيكون الخطأ فادحاً ، اذ يضل التحقيق ويخلق جرم من حادثة طبيعية . فلذلك يقتضي عند الاشتباه ، اجراء الشقوق الجلديه بحيث يسهل التميز بين الكباوة الميتية والكدمات الرضية ؛ لان الكدمات (كما وصفناها فى مبحثها الخاص في

القسم الثاني) هي نتيجة انصباب دموي في الانسجة الجلدية والنسج الحجروي تحتها .

مشاهدة : دعيت للاشتراك بكشف طبي ثان على جسد ..... من قرية .... التابعة لقضاء ..... الذي جرى الكشف عليه للمرة الاولى قبلاً ، فشاهدت ان الطبيب الكاشف مثبت صفحات الكباوة الميتية ، ككدمات رضية في تقريره ، وجاعل لهذه الكدمات علاقة بالاسباب المرضية المحدثة للموت ، وبذلك اكتسبت القضية شكلاً جنائياً استوجب توقيف اشخاص عديدين بين ظنين بالتعدي وظنين بالشهادة الكاذبة ، فكان ذلك حيفاً على الحق العام ، وظلماً للموقوفين .

مشاهدة : سبق لطبيب قضاء .... ان عاين امرأة مدعية بضربها على بطنها قبل موتها بأسبوع واثبت في تقريره عدم مشاهدته آثاراً خارجية للضرب ، ولما توفيت بعد اسبوع اجرى الكشف بعد الموت بمدة عشرة ساعات ، واثبت في تقريره مشاهدته كدمات رضية متعددة جعلها اساساً لاسباب الموت الحشوية ، ولم تكن تلك الكدمات المزعومة في الحقيقة سوى صفحات الكباوة المنتشرة على سطح البدن ، وقد نسي تقريره الاول الذي ضمنه انه لم يشاهد اثراً للضرب .

ويجب الانتباه للتشنج الميتي العام او الموضعي وللصمل المتقدم ، اذ يكون عرضاً قيماً للاستدلال على التسمم الاستريكيني وتشخيص وقائع الانتحار .

ويجب الحذر ايضاً من تلقي لطخات التفسخ الزرقاء ككدمات ، كما ينبغي الحذر من تلقي التحولات اللونية التي تنشأ عن تحلل الانسجة الرخوة ككدمات ؛ لان الكدمات الحقيقية تتحلل بحادث التفسخ ولا يعود بالامكان مشاهدتها سطحياً او تشخيصها عميقاً .

الكشف على الاجساد الميتة بعد مدة طويلة

اسابيع ؛ شهور ، او سنين

ان الجسد الميت يتغير لونه بعد مداة تختلف باختلاف الموسم وطبيعة التربة الجئولوجيه ، فيسود وتظهر عليه فقاقيع مصلية ، وتنسلخ البشرة الجلدية ، ويسقط الشعر ، وتحلل الانسجة ، ثم تميع وتذوب تحت تأثير العوامل الجراثيمية الداخلية والحشرات الخارجية . وتأثير المحيط الحكمي ، اذ تحدث صفحات التفسخ المختلفة على التوالي ؛ وسنخصص بحثاً خاصاً لتفصيلها .

فعليه لايمكن ان يأتي الكشف بعد مرور اسابيع على الموت اى بعد التفسخ بالفوائد التي تجني قبل حدوثه؛ وتتضائل هذه الفائدة بنسبة درجة رقي التفسخ وانحصار الآفات بالاقسام الرخوة ،ولكن الآفات العظمية يمكن مشاهدتها حتي بعد سنين طويلة . واذكر حادثاً، هو ان الشخص.....من اهالي قضاء .....ادعي بأن والده قتل من قبل ..... بطلق نارى فى رأسه قبل تسع سنين، بينما كان هو (اى المدعي)صغيراً ، وان اهالي القرية اتفقوا حينذاك على اخفاء الجريمة؛فبأجراً الكشف تبين وجود محراق كسرى الجمجمة ، اثبت صدق مدعاه .

الفصل الثاني

الادلاء بالتصريحات والايضاحات المطلوبه امام المحاكم

بما ان قضية التحقيق تبقي مكتومة في دورها الاستنطاقي وعليه يبني الظن

والاتهام ولا يطلع الظنين او المتهم ، على تفصيل الحادث الافي المحاكم ، وهنالك فقط يملك حق الدفاع عن نفسه ؛ لاسيما وامر الدفاع فى الجرائم الجنائيه محتم ويتطلب وجود محام يتولي امر الدفاع عن المتهم ؛ حتى في احوال عدم تشبث المتهم بتوكيل محام ، فالمحكمة توجد له وكيلاً مسخراً يقوم بأمر الدفاع عنه . وبما ان واضع القانون يسمح للوكيل بأن يدافع بكافة الوسائل المؤدية لاقناع المحكمة ببرائة موكلة وتخليصه من الجرم المغرو اليه ، فيعمل على تهديم كل الاسس التي يستند عليها الاتهام ، واهمها التقرير الطبي العدلي ؛ ليزلزل عقيدة الحكام في صحة الاتهام او لايجاد التردد على الاقل في صحته وفي هذا كفاية للحيلولة دون صدور الحكم . فلذلك يجب على الطبيب العدلي حينما يجابه هكذا مواقف ، ان يكون متيناً مفكراً ، متأنياً واثقاً من اجوبته ان لايخرج عن النطاق الذي يحدده له فن الطب العدلي . وعليه عندما توجه اسئلة لايمكنه حلها او الاجابة عليها آنياً ، ان يطلب الى المحكمة تأجيل الاستجواب للتدقيق والمطالعة . ومراجعة كافة المدونات الطبيه والطبيه العدليه ، واعطاء اصح المعلومات الفنية للمحكمة .

مثال : دعيت لمحكمة الجنايات في حلب وسئلت عما اذا كان يمكن التفريق بين الجروح النارية الحاصلة عن طلقات الآلات الناريه الحربية الطويلة (الماوزر) من الجروح الناريه الحاصلة عن الرصاص المدور المقذوف من الآلات الناريه الخاصة بالصيد ؛ فأجبت بأن لكل من جروح الآلات

الحربية والصيد اوصافاً تميزها ، وعليه لا يعسر تفريقها عامة . فأمر الرئيس بقرائة التقرير الطبي الاول الذى يصف الجروح وصفاً غير واف ، دون ان يشير الى نوع الآلة النارية ، ثم تقرير آخر معطي من قبل هيئة طبية ، يصرح بعدم امكان تفريق نوع الآلة النارية ، حربية كانت ام خاصة بالصيد ، فى الجروح النارية ؛ فلما كان التقرير الاول ناقصاً والتقرير الثاني مخطئاً ؛ وكان خطأه مما يفضي الى الحكم على الشخص الحامل بندقية الصيد اسوةً بالشخص الحامل البندقية الحربية ، بجرم القتل ؛ وسيكون هذا الحكم من جرائم الطب العدلي ، من جراً اخطأ ممارسته ، وهو براء من هذه الاخطاء طلبت من المحكمة قرائه ضبط الدعوى والتقارير الطبيه : فتبين ان المغدور هو جم من قبل شخصين ، ابني عم ، احدهما يحمل بندقية حربية والآخر بندقية صيد واطلقا عليه حشوهما عن مسافة تزيد عن الخمسين متراً ، فاصيب بجرحة ناريه فوهة دخولها من تحت الثدية اليمني بقطر سانتمتر واحد ، وفوهة خروجها من ايمن العمود الفقري بقطر ثلاث سانتمترات كاسرة للاضلاع ومفتتاً لعظم الكتف الايمن ؛ وان قائد الدرك افاد ان الجريحة جريحة بندقية حربية ؛ ثم بناء على طلب احد المحامين ، سئلت المحكمة الهيئة الطبية وافادة هذه عدم امكان التفريق بين الآلات النارية على الوجه المشروح وعليه طلب المحامي الآخر الاستيضاح منى ، ودعيت للمحكمة كما ذكر .

فعليه اجبت بمطالعة مطولة معدداً تأثير البروت والمرامي المدوره الخاصة

بالبندقيات الحربية ، على البدن ، وانتهيت بالقول : ان توصيف الفوهات الجرحية والدخولية خاصةً وان يكن ناقصاً، غير انه بالنظر لضعف قوة البارود الاسود المستعمل في بندقيات الصيد ؛ وسهولة تبدل اشكال المرامى الرصاصية لمعراة وتوقف سيرها في العضوية ؛ وعدم قدرتها على الخروج من البدن وخاصة من المسافات البعيدة ؛ وعلى العكس فان اتفاق الاوصاف الجرحية مع جروح الآلات الحربية من حيث قوة البارود البيروكسيله وقدرة المرامي المصفحة (كما سبق ذكره في بحث الجروح النارية مفصلاً) ؛ لما لايساعد على اسناد منشأ هذه الجروح لآلة نارية من نوع آلات الصيد بل يجزم بمنشأها عن بندقية حربيه .

مثال — دعيت لمحكمة الجنايات للايضاح عن قضية شخص قتل بطلقين ناريين على صدره احدهما اخترق الرئه اليسرى والقلب والثاني اخترق الرئه اليمني ؛ (وذلك مصرح به فى التقرير الطبي ، بالنظر لمواقع الفوهات الدخولية والخروجية للطلقات المذكورة ، دون اجراء عملية فتح الميت وتثبت اوصاف التخريبات الناشئه عنها) ؛ فيما اذا كانت حياة المغدور تنطفى بعد الطلق الاول ويصبح الطلق الثاني مصوباً لجثة هامدة ؛ اذ يجب فى هذه الحالة توجيه مسئولية القتل على الطالق الاول ونجاة الطالق الثاني من مسئولية جرم القتل؛ وان التحقيق يفيد ان الشخص سقط بعد ان اصيب بالطلق الاول ، وان الطلق الثاني اصابه وهو ممدد ، وان المهاجمين كانو اثنين والطالق الاول فار والطالق

الثاني موجود فى المحكمة . وعليه ، اجبت :

لئن كان تحديد الآفات كما ذكر بالنسبة للفوهات الخارجية امراً لايقره وكان من الواجب المحتم اجراء عملية فتح الميت وتثبيت التخريبات الحاصلة عن كل من الطلقين بصورة واضحة ، الا انه بالنظر لمرور مدة طويلة على القتل ، وضرورة الاكتفاء بما ذكر ، قروت : ان ما ذكر فى بحث امتداد الحياة فى الجروح النارية المهلكة ومنها القلبية لا يساعدنا على قبول فرضية وقوع الطلق الثاني على جثة هامدة ، وان التعاقب الطلقات على التوالي بفواصل جزئية لما يحمل على اشتراك الطالقين بمسؤلية جرم القتل باعتبار ان كلاً منهما قاتل على حده .

مثال : دعيت لمحكمة الجنايات لتوضيح القضية الآتية : ان الشخص .... الموجود فى المحكمة ؛ المتهم بقتل اخيه ..... بضربة سكين في ظهره ،نفذت لجوف الصدر ومزقت الرئة وسببت نزفاً داخلياً ، تقيح وانتج الموت باختلاطاته .

وبالمحكمة ادعى وكيل الدفاع بأن موكله لم يضرب اخاه ، بل تشاجر معه لساناً ، ثم اغتاظ منه المقتول وقصد الخروج من الغرفة ، فزلقت رجله ، وسقط على صرة حشيش كبيرة ، كان ضمنها سكيناً نفذ في صدره وسبب جرحه ؛ واهل القتيل يؤيدون صحة هذا الادعاء ، فلما سئلت رأيي ، طلبت من المدعي ان يصف الصرة ، فأفاد انها عبارة عن جرشف مملوء بتمام سعته

ومربوط بعقد اطرافه الاربعة ، والحشيش متكاثف داخله ، وان الموس الخاص بقطع هذا النوع من الحشيش ، هو ذو نصلة متصلة وثابتة بالمقبض وان النصلة تبلغ طول ١٢ سانتمتراً وعرضها سانتمتران وبطول عشرة سانتمترات على التقريب ، بقي سهواً داخل للصرة . فعليه قررت :

بما ان اصابة الموس ونفوذه للجسد تتوقف على وجوده قائماً (كما سبق ذكره في البحث الخاص) ، وبما ان طبقات الحشيش الكثيفة التي تبلغ حسب تعريف الصرة ارتفاعاً لا يقل عن الستين سانتمتراً ، فعند قبول فرضية وجود الموس بوضع قائم ، وان كانت ضعيفة الاحتمال ، مع قبول فرضية السقوط على الظهر من انزلاق القدم ، دفعة واحدة مما يصعب تحقيقه ، وبما انه يشترط لنفوذ الموس فى الجسد ان يكون مرتكزاً على مسند ثابت ؛ وبما ان طبقات الحشيش رخوة ولا تشكل مسنداً ثابتاً ، وبما ان استقامة الجرح المعرفة بالتقرير تتوافق مع اوصاف الضرب بالموس طعناً من الخلف ، وبما ان طول الجرحة الخارجي يفوق عرض الموس ، فيصبح قبول ادعاء هذا الافتراض الذي جاء متأخراً غير معقول .

مثال : ادعى وكيل الدفاع ان الاتهام المتهم به موكله بقتله الشخص .... بطعنة موس في القلب ، المبني على اقرار المغدور قبل الموت ، غير صحيح وان شهادات الشهود كاذبة ، لان المغدور لما طعن لم يره احد وان الطعنة التي اصيب بها لا تترك له مجالاً للتكلم بل تقتله حالاً ، وطلب استشهاد الطبيب

بذلك ، فأجابة الطبيب بالايجاب ادت الى تسريح المتهم ، والحكم على الشهود بجرم الشهادة الكاذبة مع ان هذا خطأ فادح ، لا يتفق مع ما اوردناه فى مبحث ادامة الحياة .

وقد تسئل المحكمة عن امكان التكلم بوقائع جروح الدماغ و كسور الجمجمة واذكر قضية وجه فيها السؤال الى بعض الاطباء وكانت الاجوبة متضاربة والغريب ان آراء هؤلاء الاطباء انفسهم قد تضاربت في نفس هذا الحادث في اوقات مختلفة .

مثال : ان المشاهدة الواردة في الصحيفه ١٥٦ ، هي من ابرز الامثلة .

والخلاصة ، ان سير المحاكمة يخلق من المدعيات الواردة والغير الواردة اشكالاً مختلفة ، فيجب على الطبيب العدلي ، ان لا يتسرع ، وان لا ينفعل وان يحافظ على متانته وان يتلقى كافة الاسئلة برحابة صدر ، وان يمحصها جيداً ، ثم يعطي اجوبته وهو واثق من صحتها كل الوثوق ، وعندما يشعر بضعف في معلوماته بذاك البحث ، فليس ثمة ما يمنعه من طلب تأجيل البحث ريثما يستكمل مطالعاته في المدونات الطبية الخاصة ؛ واهم الصفاة التي يجب ان يتحلى بها الطبيب العدلي هي عدم الاعتماد على المحاكمات البسيطة ، اذ كثيراً ما تكون مخطئة ، وفى الحادث التالي مثال على ذلك ، وهو :

دعت المحكمة بعض الاطباء للاستنارة برأيهم فى قضية طلق ناري اصيب به شخص فى اصبعه للتثبت مما اذا كان الطلق موجهاً بقصد القتل ، فتباينت

آراؤهم مما دعى الحاكم الى الاستفسار منهم عما اذا كانت هذه الآراء مستمدة من فن الطب الشرعي ، فأجابوا بأن لا اضطلاح لهم في هذا الفن وانما هم يستمدون هذه الاراء من اجتهادهم ، لذلك لم ير الحاكم لآرائهم هذه قيمتها الفنية فصرفهم ولم يقم لها وزناً .

الفصل الرابع

تدقيق التقارير الطبية العدلية

ان كافة التقارير الطبية العدلية المنظمة من قبل الاطباء غير العدليين يقتضى رفعها الى الطبيب الشرعي في منطقتهم لابداء رأيه بشأنها حسب منطوق المادة الثامنة من القرار ٣١٩ سنة ١٩٢٤ ، وعدم اجراء ذلك يعد نقصاً قانونياً يستلزم نقض الحكم ؛ ولا فرق بين التقارير المنظمة من قبل طبيب غير عدلي او من قبل هيئة اطباء غير عدليين كائنة ما كانت صفاتهم ان لم يكن في عدادهم طبيب المنطقة العدلي ، وان اجتهاد المحاكم بتشكيل هيئات صحية من قبل اطباء لا يوجد بينهم طبيب عدلي ، هو خطأ قانوني فادح ، كما انه نقص فني من الاساس ، لان الطب العدلي هو فرع مستقل ، ونقصه يؤثر في اساس تطور القضايا ، وان الهيئات الصحية تشكل من ارباب الاختصاص بفروع الطب التي تنتسب اليها الوقعة المراد تدقيقها ، لاعطاء الرأي الفني بخصوص الحادث لمساعدة الطبيب العدلي فى اكماله مهمته وفقاً للمادة ١٧ من القرار السابق الذكر .

وان النتيجة الحاسمة تعطى من قبل الطبيب العدلي صاحب الصلاحية والمسئول مباشرة امام القضاء ، وكل ما عدا ذلك يسبب سير القضاء على غير هدى ويولد نتايج مؤلمة ، وكم من تقرير وصف فيها فيها التعطيل الجزئي بعلة دائمة والكسر التام بكسر غير تام ، والموت الطبيعى بقتل جنائي .... ، وسار القضاء بها سيراً يتنافي مع الغاية المنشودة من ايجاده في المجتمع .

ان تصديق التقارير يرتكز على اساسين :

١ ــ الاصول

٢ ــ القواعد الفنيه

آ ــ الاصول : ان تنظيم التقارير الطبية العدلية من حيث الاصول يجب ان يستكمل الشروط الآتية :

١ ــ هوية الشخص ، وخاصة عندما يكون الشخص غير معروف بصورة علنية؛

٢ ــ الآثار الجرحية الخارجية ، بصووة مفصلة وواضحة دون اهمال احدها مهما كانت اهميته ضئيلة ؛

٣ ــ تصنيف وتفسير ، ماهية وشكل تكون هذه الآثار ، ومدلولها الطبي العدلي ؛

٤ ــ النتيجة . التى يستخرجها الطبيب العدلي .

والشرط الثاني من هذه الشروط هو بيت القصيد في التقرير الطبي العدلي،

اذ عليه يرتكز التقرير ، وان اهمال الآثار الخارجية او قسم منها، يعد كتماً للآثار الجرمية ، فسواء حدث ذلك من خطا او اهمال او عن سوءنية ، فانه يستلزم العتاب .

ان مفتاح الطب العدلي هو معرفة الرؤية، ان الطبيب الممارس للطب العدلي تتجلى كل قابليته بمعرفته رؤيته للآثار . فاذا اكمل ذلك يكون لديه الاستعداد الكافي لمتابعة السير في مضمار مهنته ؛ وان الاخطأ بالتفسير وبالنتيجة ايضاً قابلة التصحيح انما عرضت : وتعد خطاء بالاجتهاد : وان العتاب بها يتوقف على ثبوت سؤ النية .

ب القواعد الفنية : هي القواعد الواجب اتباعها بتفسير الآثار الجرحية الخارجية والداخلية ، واستخراج النتائج، وذلك بالاستناد على كافة الفروع الطبية التي يكون لها دخل بالقضية . مثلاً ، عندما يشاهد في عاقبة الجرح فلج بأحدى النواحي : ويدعى انه ناشئ عن الجرح يقتضي تثبيت ذلك بفحص الاعصاب بالجريانات الكهربائية ، لاثبات منشأه وشكل تكونه . وعندما تشاهد جروح خارجية اعقبها الموت عاجلاً او آجلاً : يقتضي اجراء عملية فتح الميت وتثبيت التغيرات التشريحية ، لتفسير سبب الموت ، فيما اذا كان يعود للجرح مباشرةً او ، او لاختلاط حدث عنه . وان الاستدلال من الآثار الخارجية والتفسير بالاجتهاد ، هو خطأ عظيم لا يجيزه الطب العدلي البتة .

وان التقارير الطبية العدلية التي لا تتضمن الاعراض الكاملة ، تعد ناقصة

وان كل نتيجة لا تستند على اعراض كاملة لا تعتبر ولا يجوز العمل بها وكم من تقرير صادفته منحصراً بذكر النتايج كالقول مثلاً « شاهدنا اصابة المغدور بمرض .... الناتج عن جريحته .... الخ » فهذا لا يجوز بتاتاً .

والخلاصة ، يقتضي ان يكون التقرير الطبي العدلي مستوفياً شرائطه المذكورة ، فيكون تقريراً ضافياً ، يمكن مناقشته فى كل زمان ومكان؛ اذ يصادف تصادم الآراء بوقائع تحتاج للتدقيق بعيداً عن مكان الجرم، فتكامل توصيف الاعراض هو الذي يساعد على اتمام مهمة المميز او المميزين للقضية وان ممارستي الطب الشرعي مدة طويلة ،اوجدت لدى القناعة ؛ بان اعلن على الملأ ، بأن التقارير التي لا يصادق عليها من قبل طبيب شرعي اخصائي يجب ان تعتبر لاغيه ، حسبما اشترط واضع القانون .

مثال . انا الموقع بذيله ادناه الطبيب المقيم في .... قد عاينت اليد اليمنى للمدعو ..... من قرية .... التابعة لقضاء .... والبالغ من العمر ستون عاماً فوجدت اثر التآم جرح افقي مجروح بآلة قاطعة بطول خمسة سانتمترات واقع في القسم العلوي من مشط اليد تحت الخنصر والبنصر .

ولدي معاينة اليد المذكورة ،«بأشعة رونتكن» تبين بأن الاوتار الباسطة للخنصر والبنصر هم مقطوعين ومنفصلين وكذلك الاعصاب المحركة والحساسة هم مقطوعين ايضاً ولهذا السبب قد فقدت الاصبعين المذكورتين حركتها وحاسيتها بالكلية .

وان حركات اليد اليمنى معطلة بصورة غير قابلة التداوي بوجه من الوجوه وبياناً لواقعة الحال قد اعطيت هذا التقرير في ١٤ تشرين ثاني سنة ٩٢٥ الامضاء .....

ابرز هذا التقرير للقضاء وعليه ظن واتهم المدعي عليه بجرم جنائي ، اى

تعطيل عضو ، وسيقت القضية لمحكمة الجنايات ، وبالمحاكمة الجارية ، فاجىء المغدور المحكمة بأدعائه بأنه شفى من التعطيل وانه تصالح مع خصمه ولم يبق له ثمة دعوي ، طالباً اخلاء سبيله ، وعليه ترددت المحكمة ودعتني للاستفسار عن هذه القضيه . فعاينت يد الشخص ولم اشاهد بها عطلاً وانه بحالته الطبيعية كما يدعي ؛ ولما عرض على التقرير لم اتمالك اظهار عجبي من سير هذه الدعوى بناء على هكذا تقرير لا يتفق مع الفن البتة .

تدقيقاتي

آ ـ تكون ذنب الجرحة القاطعة

ان المدونات الطبية العدلية تشير الى وجود الذنب في الجروح القاطعة كدليل لتشخيص نهاية الجرحة ، ولكنها لم تعين الظروف التي تتكون بها ؛ وبتدقيقاتي تبين لي ان ذنب الجرحة لا يحدث الا بالوقائع التي تصطدم بها ذروة الآلة القاطعة بنسج كثيف اي عظمي ، او عندما تنفذ حتي مقبضها في الاقسام الرخوة ، اذ يضطر الضارب لاستعمال القوة في اخراجها الامر الذي يسبب لانحراف في سير الآلة عن استقامة الجرحة الاساسية ، فيتشكل الذنب .

وقد استفدت من ذلك في وقائع عدة ، استدللت منها على اوصاف الآلة الجارحة وكان ذلك سبباً لاكتشاف المجرم ؛ كما ذكرت في المشاهدة المدرجة في الصحيفة ٢١٤ .

ب – زاويه الطلق Angle de Tire

قلنا في مبحث الجروح النارية ان لاستقامة الطلق ، اهميته الكبري بتعيين وضعية المعتدى والمعتدى عليه حين وقوع التعدي ، ولكن فى بعض الوقائع مع تعدد الاشخاص المعتدين وتجانس السلاح تكون استقامة الطلق واحدة . فأيهم القاتل ؟ وبعبارة اصح أيهم هو الذي اصاب المغدور بطلقه؟ في هكذا وقائع كان التحقيق وحده الذي يسعي لحل القضية،ولكن الحقيقة كانت تظل مبهمة او مستورة فى اكثر الوقائع ، وتوزع مسؤلية الجرم على كافة المعتدين على السواء. فصادفت قضية ، هامة جداً ، اضطرتني التفكير ملياً وبالنتيجة توفقت لحل القضية بتعيين زاوية الطلق ، ونسبتها لمواقع كل من المعتدين ، فأتيح لنا تعيين مصدر المرمي الذي اصاب المغدور واليك البيان :

مشاهدة : حدث ان سيارة كانت آتية من قضاء .... ولما وصلت الى نقطه واقعة في سفح جبل ، تعرض لها قطاع الطريق من اسفل سفح الجبل ، حيث كان موقعهم في سوية تعلو سوية الطريق بضعة امتار ، وبدأوا بأطلاق النار عليها ، واذ برجال الدرك تفاجئهم من ذروة الجبل وتصوب بنادقها اليهم ، بأستقامة تجعل السيارة معرضة لذات الطلقات ، فتعطلت السيارة واصيب ركابها بجروح مختلفة ، ادت الى قتل ثلاث من الركاب وجرح احدهم وسائق السيارة ؛ وقد توفق رجال الدرك بالقبض على اثنين من اشقياء وفر رفاقهم

وقد ادعى الاشقياء انهم لم يطلقوا على السيارة ، وان طلقات الدرك هي التي اصابت راكبيها .

فسعيت مع قاضي التحقيق لتخطيط مصور للمنطقة، وعينا فيها مواقع كل من الاشقياء ورجال الدرك ، بالنسبة الي موقف السيارة ، حسب افاداتهم ، وحسب مواقع غلافات الخراطيش التى وجدناها على الارض ، ثم اجريت الكشف على الاجساد ، وعينت استقامة الطلقات ،فاذا هي جميعها بأستقامة واحدة تقريباً ، من الايمن الايسر ومن الاعلى الي الاسفل ، ولما كان ميل الارتفاع في مواقع رجال الدرك والاشقياء يختلف اختلافا ظاهراً فكرت في ايجاد طريقة لاستنتاج دليل لتعيين نسبة هذا الميل فى استقامات الجروح، فأدخلت قطعة من السلك من احدى فوهات الدخول واخرجتهامن فوهة الخروج ؛ وذلك فى الاقسام البدنية الرخوة التى لا يصادف فيها المرمي ما يغير استقامته ، ورسمت خطين متوازيين على الجسد احدهما مار من متوسط فوهة الدخول والآخر من متوسط فوهة الخروج ؛ وعينت الزاوية المكونة بين نهاية السلك مع الخطين المتوازيين بواسطة البركار ومقياس الزوايا فوجدتها متساوية كما يقتضيه الفن الهندسي ، ثم عينا درجات الارتفاع في مواقع رجال الدرك والاشقياء على سفح الجبل ، فوجدنا ان ميل هذه الزوايا يتوافق مع مواقع الاشقياء ويختلف اختلافاً كبيراً عن مواقع رجال الدرك وبالتحقيق تبين ان الدرك بمفاجئتهم الاشقياء على اثر صدى الطلقات النارية التي اطلقوها

على السيارة ، اطلقوا طلقاتهم لسوية علوية خشية اصابة السيارة ، واعترف الاشقياء بأنهم هم الذين فاجئوا السيارة بطلقاتهم ، لعدم توقفها عن السير ، حسب الاشارة المعطاة من قبلهم .

مشاهده ــ حدث بمحلة .... بحلب شجار اشترك فيه جمع غفير في قارعة الطريق والسطوح المشرفة عليها ، وتدخل رجال الشرطة ، واستعملت في هذه المشاجرة الاسلحه النارية المختلفة ، فجرح عدة اشخاص من الجانبين وسقط قتيل.

من هو القاتل ؟

ان التحقيق الابتدائي ، لم يأت الا بنتايج مشوشة ومبهمة جداً ، فأشرت على قاضي التحقيق بتعقيب نفس الطريقة التي طبقتها في الحادث المار الذكر ، فرسمنا المخطط وثبتنا وضعيات كافة الامكنة المجاورة ، ودرجات ارتفاعها ثم عينت استقامة الطلق وزاويته فتبين ان الطلق صادر من السوية الارضية من قبل شخص يقل طوله عن طول المغدور ، وبتعميق التحقيق قد تأيدت هذه النتيجه .

مشاهدة : حدثت مشاجرة في موقع ..... واصيب احد المتشاجرين بطلق عيار ناري من مسدس في اسفل الوجه الوحشي من فخذه الايمن ، فوهة دخوله من متوسط ملتقى الثلث المتوسط مع الثلث السفلي من الوجه المذكور ، وفوهة خروجه من اسفل هذا الوجه ، وخلف فوهة الدخول وعلية فأن سير الطلق من الاعلى الى الاسفل ومن الامام الى الخلف بوضعية عمودية . فرسمت خطاً

بين متوسط الفوهتين ، وخطاً شاقولياً من متوسط فوهة الدخول ، وعينت الزاوية المتكونة بين الخط الشاقولي وخط بين الفوهتين . وبتطبيق الوضعية تبين ان الطلق صادر من قبل المجروح نفسه ، ويصعب جداً وقوعه على هذا الشكل من يد الغير ؛ وبتعميق التحقيق واعتراف الجريح توضحت النتيجة المذكورة اعلاه ، بالرغم عن ان الادعاء والتحقيق الاولي كانا يدينا خصمه .

كلمة ختامية بريئة

يجدر بي قبل ان اختتم صفحات هذا الكتاب ان انوه بعاطفة طالما اختلجت النفس بها وطالما حاولت انتهاز الفرص للاعراب عنها . فأما وقد سنحت الفرصة المنشودة فلا نذحة عن انتهازها والاعراب عن هذه العاطفة بكلمات وجيزة بالنظر لضيق المجال مع اعتقادي بأن تصوير هذه المشاعر بالدقة والامانة انما يتطلب مجالاً فسيحاً لا يمكن ان تفيه هذه السطور الضئيلة حقه من الشرح والاسهاب .

ما من احد يجهل ان حضرة صاحب المعالي الاستاذ عطا بك الايوبي وزير العدلية السورية الحالي ، هو صاحب فكرة ايجاد الطب العدلي في البلاد السورية وانه هو الذي ابرز هذه الفكرة الى حيز الوجود ابان توليه زمام وزارة العدل في عهد الاتحاد السوري ، اذ احدث وظائف الطب العدلي في

بلاد الاتحاد وسن لها قوانينها الرشيدة التي ما تزال قبلة هذا الفن في ربوعنا. ومما لا ريب فيه ان لمعالية القدح المعلا والفضل الاكبر في فسح المجال للذين مارسوا هذا الفن من الاطباء ممارسةً عمليةً ، جعلت منهم رجالاً لا يقلون رسوخاً وتضلعاً فيه عن زملائهم في اقطار العالم الباقية ، وليس كتابي هذا فى موضوع الطب العدلي الا احدى ثمرات ذلك الغرس الطيب اتقدم به الى ابناء بلادى معترفاً بفضل المسبب الاول الاستاذ عطا بك .

ولئن نوهت بفضل المحدث فلا يسعني الا الا اوجه كلمة عتب بريئة الى معالي الاستاذ الشيخ سليمان افندى الجوخدار الذى شاء ان يستعمل معول التهديم في بناء الطب الشرعى الذي شيده سلفه والذي يعتبر في مقدمة الاسس الاجتماعية التي يرتكز عليها بنيان العدالة ونشر لوائها الخفاق على البلاد .

A.U.B. LIBRARY

A.U.B. LIBRARY

AMERICAN UNIVERSITY OF BEIRUT LIBRARIES
00490461

AUB Libraries