

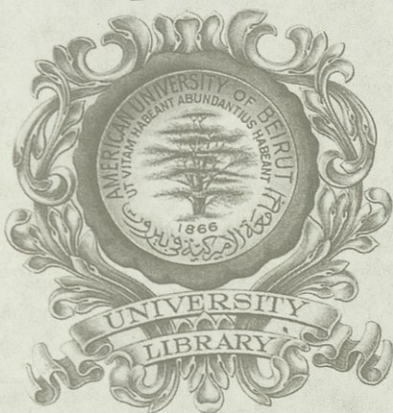
AUB Libraries

RAR-104

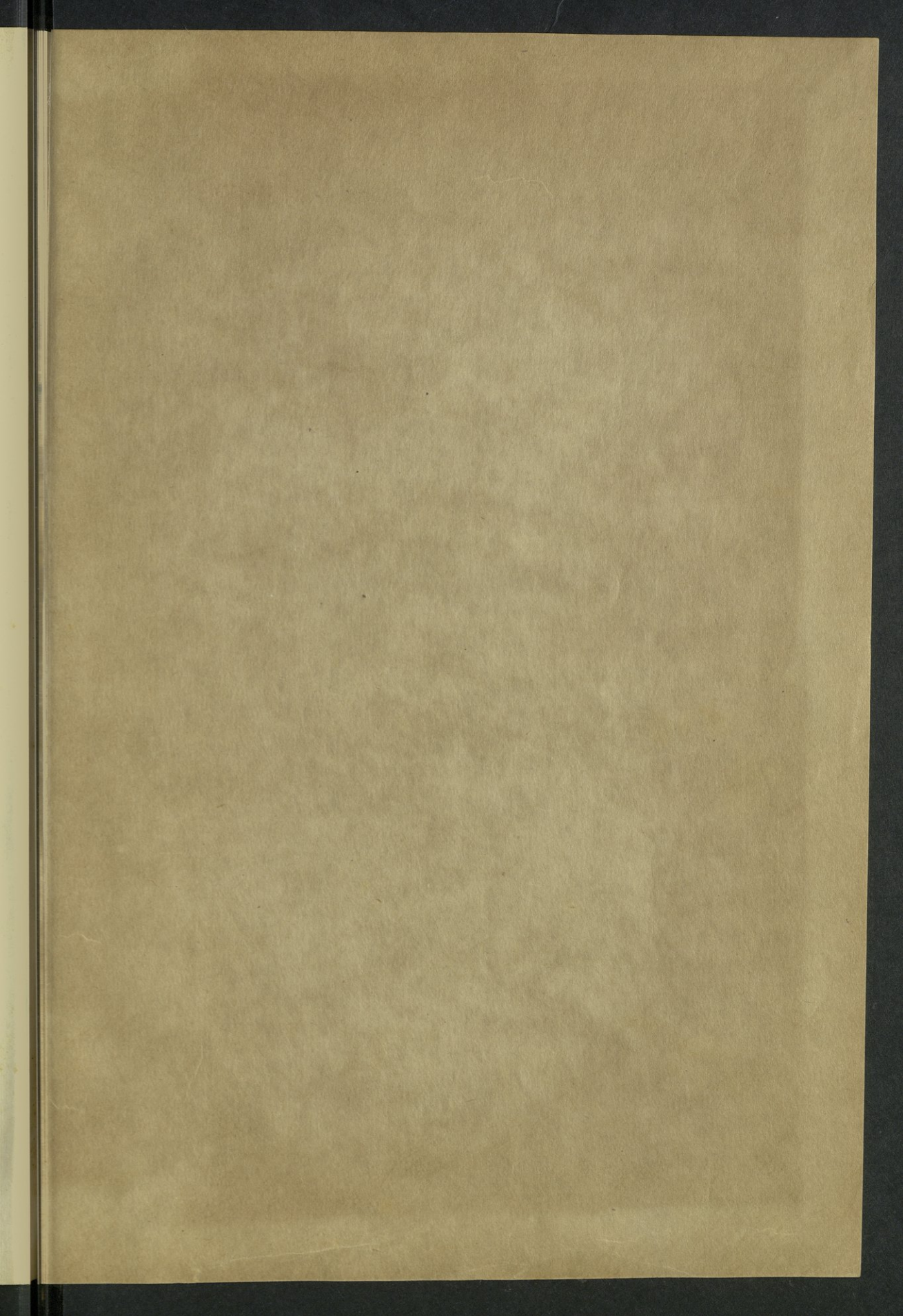
٧١

A.U.B. LIBRARY

AMERICAN  
UNIVERSITY OF  
BEIRUT



A.U.B. LIBRARY



CA  
614.1  
A883 tA  
V.1  
c.1

# الطب الشرعي العملي

تأليف الطبيب الكيماوي



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



المجلد الاول

حقوق التأليف والطبع محفوظة:

١٩٣٤

## المقدمة

استهل كلامي بأسم الله واستعين به واحمده عز وجل على ما وفقني اليه في انفاذ رغائب لي كانت تتوق نفسي لاجراجها للقضاء لتكون معاوناً للطبيب والحاكم والمحامي ولكل ذي علاقة بالقضاء لأعلا شأن العدل عن طريق فن الطب الشرعي . ولا يخفي على كل من له صلة بفن الطب الشرعي ، ان مؤلفاته مدونة على اسس نظرياته الطبيه وان تدريسه في المعاهد لا يمكن ان يتكامل بتطبيقاته العلمية كسائر الشعبات الطبيه من حيث عدم امكان ايجاد الوقائع العلمية المطلوبه رهن الامرابان التدريس ، لذلك فان المتدي بممارسة الطب الشرعي يكون معرضاً لصعوبات هجمة في تنظيم التقارير الطبيه الشرعيه الى درجة تنوق على الصعوبات التي 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 التي 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 - الذي يشير بتمته الى المساده القانونيه الواجب اتباعها - على القضاء تجلي 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

٢٠١ كانون ثاني سنة ١٩٣٤

دوقثور توفيق مصطفي عطار

## الطب الشرعي

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

غاياته — وصف الآفات وتعيين اسباب وميخانيكيات حصولها وانذاراتها ليستير القضاء تأميناً لتطبيق العدالة بتعيين العقوبات .

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

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

### الطب الشرعي 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 التي 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 محتويماً 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 بناءً على طلبات السلطات القضائية والضابطة واعطاء التقارير الطبية العدلية حسب الأصول والقواعد الفنية (المنتخب بحسب القوانين الموضوعه من بين الاطباء العالمين بالطب الشرعي) المحلف امام محاكم الاستئناف على ان يحسن القيام بالأعمال التي يعهد بها اليه بصدق وامانه وان لا يثبت في تقاريره الا الحقيقة . ويمتاز من اتصف بصفاته الهدوء والتأني والمتانة والصبر والحلم والرقه والجرأة وسعة الخلق وعدم التأثر والمجابهة من الوجهة الاخلاقية ، وبالدرس والتنقيب والثبات من الوجهة العلية.

### الخبير بالطب الشرعي

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 لبيان رأيه فيها .

### التقرير الطبي الشرعي

على الطبيب الشرعي او الخبير ان يثبت في تقريره :

- ١ - هوية الشخص او الجسد بصورة مميزة
- ٢ - كافة الآثار المشاهدة (اي الأعراض) مفصلة ومميزة
- ٣ - تفسير هذه الآثار بكل اعتناء وفقاً لفن الطب العدلي
- ٤ - النتيجة التي يستخرجها مع بيان ماهية ومنشأ وشكل وقوع الحادث  
بكل دقة .

وعلى الطبيب الشرعي تدقيق التقارير العطاءة من قبل الأطباء الخبراء  
وبيان ملاحظاته بتفسير الآثار والنتيجة المستخرجة ؛ اذ كثيراً ما يكون  
التفسير ناقصاً او مخطئاً فيه مما تبدل 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 الاختصاص المتمرنين لتدقيق التقارير المذكورة ،

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

### ممارسة الطب الشرعي

الضابطة والسلطات القضائية تطلب من الطبيب الشرعي او من الخبير  
بالأحوال المستعجلة ، تحرير 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 في الجمهورية السورية

قرار ٣١٩ سنة ١٩٢٤

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

مادة = ٢ : يعين الاطباء العدليون بقرار يصدره مدير عدلية الاتحاد بعد استطلاع  
رأي مدير الصحة العام في الدولة التي سيتعاطون بها وظائفهم .

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

مادة — ٤ : على الاطباء العدلين ان يلبوا كل طلب من سلطات القضاء والشرطة  
لأظهار كيفية الموت الذي 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 كتابه  
او شفهيًا ولكن تحتم ان يكون بعبارات تتضمن التصريح ليكون الطبيب الذي وجه اليه

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

مادة — ٦ : يعاقب الطبيب الذي لا يلي الدعوة بالجزاء من ٥ - ٥٠ ليرة سورية .

مادة — ٧ : على الاطباء العدليين كلما طلبتهم المحكمة ان يقوموا بالابحاث الفنية التي يهد فيها اليه ويستشارون كخبراء يخضعون عندئذ للقواعد المتعلقة بالكشوف الطبية .

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

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

المادة — ١٠ : يستوفي الاطباء العدليون من موازنه العدلية راتباً شهرياً قدره ٣٠ ليره سورية تدفع لهم مع بدل غلاء المعيشة .

المادة — ١١ : يعطى فيما عدا ذلك (اي في حال طلبهم من قبل القضاء فقط) البدلات المعينه في التعرفة الآتية :

عن عملية غير عملية التشريح	١٠٠	غرش سوري
= =	= =	٢٠٠
= =	= =	٤٠٠

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

مادة — ١٢ : وفي حالة ذهاب الطبيب الى مكان يبعد عن محل اقامته اكثر من كيلو مترين يتقاضى عن كل كيلو متر ذهاباً ومثله اياباً الأجرة التي تستوفي من

ركاب الدرجة الاولى اذا كان السفر بالسكة الحديدية 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 والتنفقات المعينة في المواد السابقة الي مصارف  
الدعوى ويقوم بدفعها الخصم الذي يحكم بهذه المصاريف .

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

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 أسماء 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  
يمهد فيها اليهم وانهم لا يثبتون في تقاريرهم الا الحقيقة ، واذا دعوا لأداء شهادة ما  
سواء كان لدى المستنطق او لدى المحكمة فاليمين التي اقساموه 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 السورية لدرسه وتمحيصه ، وعند ثبوت ارجحيته التوسل لتأمين شكله القانوني :

المادة - ١ : انشيء في كل منطقة فيها محكمة استئنافه وظائف اطباء عدلين بمدد كاف لتأمين سير الأعمال .

المادة - ٢ : يؤسس في كل من دمشق وحلب دور لعمليات فتح الميت (مورغ) يعهد بإدارتها لاحد الاطباء الشرعيين .

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

المادة - ٤ : تشكل اللجنة الفاحصة من مديري مورغ دمشق وحلب واستاذ الطب الشرعي في المعهد الطبي السورى .

المادة - ٥ : لا يقبل لسلك الطبابة الشرعية الا الاطباء السوريين الذين مارسوا الطب العام خمس سنين او اكثر وتمرنوا على ممارسة الطب الشرعي في مؤسساته الخاصة .

المادة - ٦ : تحدد في قرار الاطباء الشرعيين اراضي اللوا او القضاء التي تتألف منها دائرة وظائفهم

المادة - ٧ : على الاطباء العدلين ان يلبوا كل طلب من السلطات القضائية او الشرطه لاطهار كيفية الموت الذى يكون بحادث فجائي او بأسباب

مجهولة او مشتبه بها وان ينظموا بذلك تقارير فنيه .

المادة - : ان طلب الاطباء غير مجبور بشكل من الاشكال فيجوز ان يكون تحريراً او شفاهياً ولكن يتحتم ان يكون بعبارة تتضمن التصريح ليكون الطبيب الذي وجه اليه هذا الطلب على بينة من ان القاضي يستعمل حقاً من حقوق القضاء .

المادة - ٩ : يعاقب الطبيب الذي لا يلبى الدعوة بالجزاء النقدي من ٥ - ٥٠ ليره سورية .

المادة - ١٠ : على الاطباء العدليين كلما طلبتهم المحكمة ان يقوموا بالابحاث الفنيه التي يعهد بها اليهم ويستشارون في هذه الحال كخبراء ويخضعون عندئذ للقواعد المتعلقة بالكشوف الطبية .

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

المادة - ١٢ : ينظم في كل منطقة بداية 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 ونحت ذات المسؤولية 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 مبدئياً رأيه بشأنها .

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

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

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

عن كل عملية غير 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 - ١٦ : ويعطى للأطباء الخبراء عن كل معاينة ضرب او جرح او فعل شنيع او ازالة بكاره ليرة سورية نهائياً وليرة ونصف سورية ليلاً ويتقاضون عن عمليات فتح الميت نفس الأجر المنصوص عنها بالمادة (١٥)



المادة - ١٧ : وفي حال ذهاب الطبيب العدلي الي الكشف خارج المدينة يكون تابعا لقرار تنقل الموظفين والاطباء الخبراء يتناولون نفس التعويض حسب درجات مناطقهم البدائية والاستثنائية .

المادة - ١٨ : يضاف مبلغ البدلات والنفقات المعينه في المواد السابقة الى مصارف الدعوى ويقوم بدفعها الخصم الذي يحكم عليه بهذه المصاريف .

المادة - ١٩ : تستوفي الغرامات التقديه المنصوص عليها في المواد ١٢،٨ و١٢،٩ للقوانين والانظمة المتخذة بشأن مصارف المحاكمه والجزاء النقدي .

المادة - ٢٠ : ينظم في كل منطقة استثنائية جدول بأسماء الاطباء الاخصائيين الجديرين بأن يساعدوا الاطباء العدليين الموظفين في جميع الاحوال التي تستدعي استطلاع رأي الاخصائيين .

المادة - ٢١ : يعطي للاطباء الاخصائيين اجور عن كل معاينه ليرتين سوريتين .

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

# القسم الاول الاعتداء على الصحة او الحياة

الفصل الاول . معلومات عامه

اجمل واضع القانون ، الاعتداء على الصحة او الحياة ، بتعبير جروح ، ان تعبير الجروح بنظر واضع القانون لا يمتصر على ما يفيد معناه الطبي من الآفات الجراحية فقط بل يشتمل على كل تمديق على الصحة او الحياة من فعل جنائي او عارضى وعلى كل ما ينتج عنها من الآفات الخارجية او الداخليه . فعليه تعم لفظة الجروح كافة الآفات الداخليه والخارجيه حتى الامراض فى اصطلاح الطب العدلي

ان الاحكام القانونيه فى الجروح كما فى غيرها من الاعتداءات تختلف حسب شخصية الجراح وكيفية ايقاع الجرح وماهيته ، وان الشق الهام فى الطب العدلي هو « ماهية الجروح » ، ولشخصية الجراح اهمية بتعيين الاهلية الجزائية ، اذ يشترط لتحديد المسئولية الجزائية ان يكون الفاعل بلغ السن المحدد فى القانون وان يكون حائراً على تمام ملكاته العقلية . كما هو محدد فى 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 يحكم من محكمة الجنحة يسلم الى ابويه او الى وليه او وصيه بموجب سند تعهد يؤخذ منهم او يرسل الى دار الاصلاح لاجل توقيفه وتربيته مدة لا تتجاوز على الاكثر سن رشده والاولاد الذين سلموا بموجب تعهد الى ابويهم او وليمهم او وصيهم اذا ترك لهم السبيل قبل اكالمهم 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 الجنایات المستوجبة عقوبات الاعدام والكورك المؤبد او حبس القلعه مؤبداً او النفي الابدی فانه يحبس اصلاً لنفسه من خمس سنين الى عشر . وان كان من الجرائم المستوجبة عقوبات الكورك وحبس القلعه الموقت او النفي موقتاً فيحبس ايضاً اصلاً 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 جزءاً الاسقاط من الحقوق المدنية يحبس ايضاً اصلاً لنفسه من ستة اشهر الى ثلاث سنين وان كانت الجريمة مستوجبة عقاباً دون العقوبات السابق ذكرها يحبس ايضاً لاجل اصلاح النفس مدة معينة لا تتجاوز ثلث مدة ذلك العقاب وان كانت مستوجبة المجازات التقديه حط نصفها .

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

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

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

والاعتدات التي تشكل جرماً اما ان تصدر عن قصد أو عن غير قصد .

١ — فالاعتدات التي هي عن قصد هي التي تصدر من قبل المعتدي مع علمه بان فعله يشكل جرماً ويرتكبه بقصد مجرد اضرار الشخص المعتدى عليه وذلك يكون في ثلاث صور: تعمداً، تهوراً، اجباراً.

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

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

٣ — الاعتداء معذوراً أو اجباراً هو الذي يقع على الروح والمسكن والعرض والذي لم يصل الى درجة الاجبار لاستعمال وسائل المدافعة المشروعة.

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

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

٢ — والاعتداء بغير تقصير: هو ما لا يشكل جرماً، لان فعله يدخل بقسم الاعتدات التي لا تستلزم الجزاء.

وان الاعتدات التي لا تستلزم الجزاء: اما ان تستلزم تقديم بدل الاضرار اولا تستلزمه. فالاعتدات التي تستلزم التضمين هي:

أ — الاعتدات التي تقع بغير قصد وبلا تقصير.

٢ — الاعتدات التي ترتكب بالجبر والاكراه وذلك عملاً 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 لا تستوجب التضمين فهي:

١ — ما يقع بالضرورة وبالمدافعة المشروعة

٢ — ما يقع وفقاً لامر قانوني.

وبهاتين الحالتين لا يعد ما يقع جرماً عملاً بالمادة ٤٢ من قانون الجزاء ولا تستوجب

الضمان وفقاً للمادة ٩١ من المجلة القائلة (الجواز الشرعي ينافي الضمان... الخ)

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

١ - فالجروح الخفيفة : هي التي لا تقضي 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 تشفى في مدة عشرة ايام او اقل عن غيرها ، اذ في مثل هذه الوقائع تتوقف مباشرة التعميمات القانونية على شكوى المضرور او المجرور خطأ او شفاهماً ( ذيل المادة ١٧٩ من قانون الجزاء ) .

٢ - والجروح الوخيمة تنقسم الى نوعين : الأول ، الجروح التي تقضي الى مرض الجريح بلا سبب آخر او باختلاط به اكثر من عشرين يوماً او تقضي 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 - والجروح المهلكة : هي تلك التي 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 في التطبيقات الطبية العدالة 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 في ذاته خفيفاً يكتسب شكلاً وخيماً اما عن مرض مصاب به الجريح قبل الجرح وخفي على الجراح او عن سوء التداوى .

### الفصل الثالث

#### المواد الخاصة بالجروح من قانون الجزاء

- المادة — ١٦٨ : القتل هو اامة 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 القاوتى لا يسقط الحقوق الشخصية فاذا كان للقتيل ورثة حولت دعواهم بالحقوق الشخصية الى المحكمة الشرعية .  
المادة — ١٧٢ : القاتل الذي يعنى من القصاص والأعدام يجزى بالكورك مؤبداً او مؤقتاً 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 في 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 في الكورك مؤبداً .  
 اذا وقع فعل القتل تهمة او تسهياً او اجراءً لجرم آخر او توثقاً من فرار الفاعل  
 الاصيلي او الفرعي لذلك الجرم او لبقائه بدون عقوبة أعدم القاتل. اذا توفي المصروب او  
 المجروح متأثراً مما يقع اختياراً بدون قصد القتل من الضرب او الجرح الحاصل بالآلة لا  
 تفضي الى تلف النفس فيوضع الفاعل في الكورك مؤقتاً 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 مؤقتاً . 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 فعضاه بذلك  
 عن شغله او امرضه اكثر من عشرين يوماً يحبس من ثلاثة اشهر الى سنتين وتؤخذ منه  
 مصاريف الجراحة ومثل ما كان يكسبه المصروب او المجروح في حال صحته من تجارته واجرته  
 وتعطى للمصروب 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 التقدي 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 مجرد اخافته لا يقصد 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 اربعة اشهر  
 وان احدث الضرب والجرح الاحوال الميئة في المادة ١٧٧ وضع الفاعل في الكورك

لا اقل من خمس سنوات وان كان الفعل قد وقع عن تصور وتصميم فلا اقل من عشرة سنوات وان مات المضرروب والمجروح متأثراً من الضرب او الجرح بألة لا تنفي تلف النفس فالكورك ايضاً لا اقل من عشرة سنوات ؛ واذا كان ماادي الي موت المضرروب من الضرب والجرح بألة لا تنفي الي تلف النفس عن تصور وتصميم وضع الفاعل في الكورك خمسة عشرة سنة .

ذيل المادة — ١٧٩ : اذا كان الفعل المبين في هذه المادة لا يوجب المرض اكثر من عشرة ايام توقفت مباشرة التعقيبات على شكوى المضرروب او المجروح خطأ او شفاهاً ورجوع المضرروب او المجروح حتى اكتساب الحكم الدرجة القطعية عن تعقيب دعوي ضرب وجرح من هذا القبيل يسقط دعوي الحقوق العمومية بها (هكذا عدل في ٩ رمضان سنة ٣٣١ و ٣٠ تموز سنة ٣٢٩) .

المادة — ١٨٢ اذا قتل واحد شخصاً آخر خطأ أو تسبب في قتله عن غير قصد فبعد ان تستوفي منه حقوق ورثة القتل الشرعيه بالمحاكمة 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 خطأ 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 الاعتدآت على الشكل الآتي :

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

٢ — الاعتدآت التي توجب المرض او التعطيل عن العمل اكثر من

عشرة ايام و اقل من عشرين يوماً .

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



عشرين يوماً .

- ٤ - الاعتدآت التي توجب تعطيل عضو او تنتج حصول علة دائمة .  
 ٥ - الاعتدآت التي تؤدي الى القتل تعمداً .  
 ٦ - الاعتدآت التي تؤدي الى القتل قصداً عن غير تعمد .  
 ٧ - الاعتدآت التي تقضي الى موت المضرور او المجرور مما يقع اختياراً من دون قصد القتل من الضرب او الجرح الحاصل بالآلة لا تقضى الى تلف النفس .

٨ - الاعتدآت التي تسبب قتل الشخص عن غير قصد اذا كان القتل قد نشأ عن قلة احتراز او عدم رعاية للنظام .

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

### الفصل الرابع

## التقرير القطعي

ينظم التقرير القطعي عندما تكون حالة الجريح العامة جيدة ، والآثار

الجرحية منحصرة بالغلافات الجلديه والاقسام الرخوة القابلة للشفاء بالتداوي  
الفني او بدونه مع سلامة الصحة دون ان تورث في البدن تعطيلاً ما وتعين  
فيه مدة التداوي مع مدة التعطيل عن العمل ؛ فاذا كانت الآثار الجرحية  
قابلة للشفاء او الزوال بمدة عشرة ايام او اقل فيصار الى تعيين المدة وفي هذه  
الحالة يسقط الحق العام اذا تصالح الطرفان بمقتضى ( ذيل المادة ١٧٩ ) المار  
الذكر . واذا كانت الآثار الجرحية قابلة للشفاء او الزوال بمدة تتجاوز العشرة  
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 العشرة ايام او اقل بين العشرين يوماً وما دون 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 - في أحوال تمزق احد الأوعية الهامة والنزيف الغزير .
- ٢ - في حالات كسور العظام .
- ٣ - ظهور آثار الشلل من جرح وقطع اعصاب الناحية الجرحية او الاوتار العضلية فيها .
- ٤ - هرس وتمزق الاقسام الرخوة بمقياس واسع .
- ٥ - الأنصباب الدموي الداخلي .

---

(١) لما كان تخفيف العقوبة وتشديدها يدوران مع مدق المرض والمطلة عن العمل ، لذلك يجب على الطبيب تعيين مدة العطلة . ولا عبرة لبيان مدة الشفاء فقط وبذلك قرار من محكمة التمييز العثمانية مؤرخ ١٩ آذار سنة ٣٢٩ وقرار صادر من الهيئة العمومية لها مؤرخ ٥ حزيران سنة ٣٢٩

## ٦ - الأتهاب الجرحي .

٧ - 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 عليها 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 المهتدة 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 يحتم  
 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 و كنت كثيراً ما اري الزملاء يستعملون  
 هذه التعابير في غير محالها رأيت من الضروري تفسيرها وتعيين محال

تطبيقها بما يأتي :

العضو - ما كان دون النفس من اجزاء الجسد التي 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 العظمي . وهو اما ان يكون تاماً او غير تام ؛ فاذا كان الكسر متناولاً تمام هيكل العضو ككسر عظم الفخذ في الفخذ وكسر 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 يقضي 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 ، العظام الجداريان ؛ العظم القفوي ، العظام الصدغيان ، ملتصق

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

ان هذه المسألة هي من المضلات الهامة التي صادقتها في غضون ممارستي الطب الشرعي وقد اتاحت لي الفرص ايضاح القضية مراراً امام المحاكم الجنائية وقد تعددت آراء هيئة محكمة التمييز العليا في هذا الصدد ، قعدت ذلك في بعض الحوادث كسراً تاماً واعتبرته في غيرها كسراً غير تام واليك تحليل القضية :

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

مقاومتها، فمثلاً عندما تكون نسبة هذا النقص جسيمة تؤدي بصاحبها الى اخطار التأثيرات الحكيمة 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 يعطل العضو عن ايأاً وظائفه الطبيعية ؛ وذلك اما ان يكون كلياً او جزئياً ؛ فاذا كان التعطيل كلياً ( كالتصاق مفصل الكتف التام او معدومية وظائف اليد الناشي عن قطع او تارها) فيسمى تعطيل العضو ؛ واما اذا كان التعطيل جزئياً ( كتعطيل احدى الأصابع (٢) من اليد او التصاق المفصل غير التام ، او فليج 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 الجزأ بأو وعليه فان الكسر يستوجب العقاب بمقتضى المادة المذكورة ولو شفي العضو تماماً لان الكسر شيء والتعطيل عن العمل شيء آخر .

(٢) ان قراري محكمة التمييز العثمانية المؤرخ لـ ٢٦ نيسان سنة ٣٠٢ و لـ ١ حزيران سنة ٣٢٧ يشترطان في تعطيل الاصبع ان يمنع صاحبها مباشرة صنعته ولكنها قالت بعد ذلك في قرارها المؤرخ لـ ٢٦ حزيران سنة ٣٣٠ ان تعطيل الخنصر والوسطي عن الحركة يعد تعطيل عضو .

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

## العلت الدائمة

قد عرف المؤلف هالويو 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 الكلى او الحنق ؛ او الغانغرهن ... الخ ) .

والعلة ( بانها : سير مرضي معتبر بمجموعه وناتج عن سبب معين . كما لو قيل

(علة الحمي التيفوئيدية) (او علة الديابت ... الخ) .

وقد عرفها الاستاذ سليم باز بقوله [ اما العلة فان يحدث في العضو ما يمنعه عن اتمام وظيفته على وجه الكمال بان يحدث مثلاً في العنق او اليد تقلص يمنعه عن الانحراف لجهة اليمين او الشمال او يمنع الرجل من الانبساط مع قدرة هذه الاعضاء 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 وتجمل 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 مههدداً  
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 الاعضاء ، كتحديد  
حركات العنق من جراء نذبه معيوبة ؛ او تناقص حركات احدى الاطراف  
من جراء قطع بعض الشعبات العصبية ، هو خطأ فادح .

ان مثل هذه التقارير لا تنطبق على قواعد الطب الشرعي 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 مضطرباً لاسداء نصحي الي زملائي الاطباء بأن لا  
 يجازفوا بهذه التعابير عند تحريرهم التقارير الطبية الشرعية وان يقيموا  
 بأحكام فن الطب الشرعي بتثبيت الاعراض واستخراج نتائجها مستمدين  
 حجتهم من كافة الشعبات الطبية الداخلية 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 لا ينبغي للطب الشرعي ان يكون  
 شاذاً عن هذه القاعدة وبالاخري مضرراً بأحد افراد الهيئة الاجتماعية .

## التشويه

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

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

## كلمة الى المشرعين

اني ارى ان تطبيق المادة ١٧٧ على الكسور التي تجبر جبراً طبيعياً يمكن العضو من استعادة وظائفه مثل تطبيقها على الكسور التي تجبر معيه او تحتل معها وظائف العضو ويسبب تناقصها اصراً يستجلب النظر ؛ اذ يكون الحكم ثقيلاً في الشق الاول وخفيفاً بدرجات متتاليه في الشق الثاني . كما ان تطبيق المادة ١٧٨ على الكسور الغير التامة التي تندمل معيه مثل تطبيقها على الكسور

التي تندمل بسيرها الطبيعي لما يستحق التدقيق والتجوير .  
 فتعديل المادتين المذكورتين بذيل يضمن هذه الفروق لهو امر ضروري ،  
 هذا من جهة ومن جهة اخرى فان تطبيق المادة ١٧٨ على الجروح التي  
 تسبب التعطيل عن العمل عشرين يوماً امر جدير بالتأمل . واذ كر 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 الاحكام الى التمسك  
 بالحدود الاصغرية ؛ وهذا لا يتفق مع اساس الغاية المتوخاة من سن العقوبات  
 ولا يضمن سلامة حكمة البارئ عز وجل في فرض العقاب القائله « ولكم  
 في القصاص حياة »

### القسم الثاني

## مطالعات طبيه عدليه

ان تعبير الجروح بلسان الطب العدلي يشتمل على المباحث الآتية :

- ١ — الجروح ( بمعناه الطبي الجراحي )
- ٢ — العوارض الحاصلة من الكهرباء
- ٣ — العوارض الحاصلة من الحرارة المرتفعة او الدانية جداً
- ٤ — الموت المتولد من الحموض (Inanition)
- ٥ — الأختناقات الميخانيكية
- ٦ — التسميات

## البحث الاول - الجروح

- ١ - الجروح الحاصلة من الآلات القاطعة والآلات الواخذة والآلات النارية والآلات الرضية ، وان لهذه الجروح اوصافاً مشتركة يقتضى مطالعتها بحث اجمالي
- ٢ - الحرقات
- ٣ - الجروح المتولدة من الانفلاقات

### الفصل الاول

- الجروح الحاصلة من الآلات القاطعة والآلات الواخذه والاسلحة النارية والآلات الرضية . وتقسم مطالعة هذه الجروح في الطب العدلي الى قسمين :
- أ - المطالعة الخصوصية لكل نوع منفرداً
  - ب - المطالعة العمومية

### ١ - الجروح بالآلات القاطعة

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

### أ - الجروح بالآلات القاطعة الخفيفة او الخاصة

ان هذه الجروح تكون من منشأ : جنائي ، انتحاري وعارضي . وتحدث تفرق اتصال بالانسجة وعلى الاندر ضياع مادي (قطع عيوان 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 متممه لما يكون الحد غير قاطع او غير مشحذ واذا تحركت الآله القاطعه مرات متعددة في نفس الجرح يحصل في اطرافه بروز بعدد تكرار الجرح . ولما يكون تأثير الآله القاطعة منحرفاً تتغير منظره الجوانب ، اذ تكون احداها مبتورة بشكل قلمي والثانية تشكل جرحاً نهايته قليلاً او

كثيراً حاده . ان منظره الجرح الجانبيه ( برو فيل ) 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 الآلة او مقاومة الاقسام المنتسمة بالآلة القاطعة . ان الجروح بالآلة القاطعة لا تفتح الاجواف البدنيه غير انها تنفذ الى انفاصل واذا صادفت الآلة القاطعة العظام توقفت ، فلذلك لا يمكن للآلات القاطعة ان تنفذ الى اعماق بعيدة الابنواحي البدن التي توجد فيها الاقسام ازرخوه 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 الركب والمرفق ( بطرف الانبساط ) وراحة اليد ... الخ  
واما درجة وخامة الجروح القاطعة فهي تختلف حسب عمق الجروح والافات العضوية التي تحدثها ، فمندا تكون سطحية تشفى بسرعة وعندما تكون عميقة يحتمل ان تكون مميته بمحصول التزيف الغزير او بفتح احد الاعضاء الهامه ( الخنجره ، شريان الشزن ) او بمحصول اختلاطات أخرى ( نتانة ) .

ان تشخيص الجروح القاطعه هو سهل جداً ، غير ان الجروح ارضيه بالناحافات التحفيه 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 وروز اطرافها . ولما تصادف الآلة القاطعة التواءً جلدياً يحتمل ان تحدث جريحه زاويوه او بشكل منشاري ( Zigzag ) ، واذا صادفت التوائين جلديين تحدث جريحتين متفرقتين دون ان تمس الألتوات الجلديه . ففي هذه الاحوال يجب الاتباء لتعيين استقامة الجروح وتقديرها .

٢ - الجروح بالآلات القاطعه والرضيه

هذه الجروح تحدث على الاكثر جنائياً ونادراً بقصد الانتحار ، وهذه الآلات تؤثر على العضوية بشفرتها القاطعة وبثقلها ، فنقطع الاقسام الرخوة واحياناً تكسر العظام وتكون عميقة اكثر من الجروح القاطعة وتكون اوصافها مثل اوصاف الجروح القاطعة والجروح الرضية وعلى الاغلب تضارع الجروح الرضية، والجروح الجلدية مستوية ومنظرها الجانبي مثلث الشكل كجروح الآلات القاطعة ، وانتظام اطراف هذه الجروح تابعه لنسبة قاطعية الشفرة القاطعة ووسعتها الجانبية للآلة الجارحة . وعند ما يكون الضرب بوضعية منحرفة بهذه الآلات القاطعة الرضية تحدث شريجات واسعة قليلاً او كثيراً .

### ٣ - الجروح بالآلات الواخذة

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

- ١ - الابرة ، الدبوس ، المسار وما يماثل ذلك من الآلات الواخذة الاسطوانية او الاسطوانية المخروطية .
  - ٢ - الموس ، الخنجر وامثالها من ذوات شفرة او شفرتين من الآلات الواخذة والقاطعة .
  - ٣ - المرء وسيف التعليم (روح) 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 - الجروح الجلدية

آ - للجروح بالآلات الواخذة الاسطوانية او الأسطوانية المخروطية اشكال متعددة تختلف حسب ضيق الآلة الجارحة . فاذا كانت كالأبرة رفيعة جداً ، تفرق الألياف الجلدية وتترك اثرأ خفيفاً ، دالاً على تأثيرها ، واذا كانت الآلة ذات قطر اكبر حجماً

تحدث تفرق اتصال بالألياف الجلدية اكثر عرضاً ، وتشكل جريحات فرجوية متطاولة ذات حواف متقابلة ومتقاربة ، تشابه احياناً شكل Boutonnière عروة حاد الزوايا الانتهاية ، فيتضح من ذلك ان هذه الجروح لا تشابه الآلات التي تحدثها ، بل تشابه جروح الواخذه 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 الكثيفة تحدث فوهات جلدية اقل جسامة من المحور المذكور .

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

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 (الحواف) متباعدة ، فيكفي تمديد الجلد لتقاربها تماماً ، والتقارب التام لا يحصل بالاستقامة واحدة وبالعكس ذلك لا يمكن تأمين حصول الزوايا الحادة لنهايات الجريحه بل تبقي الزوايا منفرجة ، والحلاصة من السهل جداً رؤية تمديد تأثير المحرز بتفريق الألياف الجلدية .

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



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

١ — ان الآلات الكروية والمحروبية توقع جروحاً صغيرة ، تشبه تماماً الجروح التي تحصل من تأثير القمامه (من الاسلحة المعروفة) المسطحة وذات الشفرتين .

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

كما ان الاستاذ لانكر توصل تجاربه الى النتائج المذكورة آنفاً وما عدا ذلك اثبت تبدل شكل الفرجة بشكل مثلث او بشكل رأس السهم عندما تلتقي الآلة الواخذه ذات المساحة الكروية بجهة يوجد فيها حمة الياف ذات استقامة متباعدة .

ب — الجروح بالآلات الواخذه والقاطعة : ان الموس او السكين ذاتي ذروة مشحذة وشفرة غير قاطعة يؤثران كآلة واخذه ويحدثان فرجات جرحية تكون استقامتها تابعة لتفرق الألياف الجلدية ، ولكن عندما تكون الشفرة قاطعة يكون تأثيرها غير ذلك ، وفي الواقع فان الذروة تنفذ وتفرق الياف الجلدية ، غير ان التأثير الاساسي يعود الى الشفرة التي تقطع الانسجة والتأثير القاطع يمتاز على التأثير الواخذ . وقد اثبت ذلك هو فمان برسمه خطأ على جسد الميت ووضع ذروة الموس على الخط ، على ان الشفرة تشكل زاوية 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 حسبها تكون الآلات الواخذه القاطعة ذات حد واحد او حدين .

١ — 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 عروء ، نهاياتها متحدة بزواية حادة وحوافها متقابلة تماماً وفي القسم المتوسط يكون

تفرق الحوافي عظيمًا . وفي هذه الجروح لا يمكن تعيين جهة ظهر الآلة القاطعة . فعندما يكون تأثير الآلة القاطعة بأستقامة مائلة يمكن حصول جريحت ذات حوافٍ متقابلة . فيكون الطرف الواحد بشكلٍ شريحة والثاني يكون محمولاً بفتقٍ شحمي صغيرٍ ولما تصادف الآلة القاطعة التواءً جليدياً بأستقامة مائلة تحصل جريحة بشكلٍ زاوية حادة او بشكلٍ منشاري .

واحياناً بدلاً من ان يكون الجرح خطياً ، ينتهي بخطٍ جرحي صغيرٍ يشكّل 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 الراوية الصغير وعليه فان الضلع الكبير يتشكل من الخط المتولد من ادخال الآلة القاطعة والصغير يدل على انحراف استقامة الآلة القاطعة والزاوية التي تربطه يدل على جهة توجيه استقامة الشفرة القاطعة ويقرب تأثير المقصات لتأثير الامواس ذات الحد الواحد ، وكل صفيحة تحدث جريحة مثثلة 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 بزواوية حادة . ان طول الجروح التي تحصل بالآلات الواخذه والقاطعة تعادل المساحة التي تتحصر بين نقطة نفوذ الآلة الي 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 كالألة الواخذه ونفذ بتفريق الالياف الجلدية فيكون الجرح صغيراً .

ج — جروح الآلات الواخذه ذات الذروة المشحذه والاضلاع الجسميه : وهذه الجروح تختلف حسبها تكون الاضلاع قاطعة او غير قاطعة فعندما تكون قاطعة ، بينما الذروة تفرق الجلد وتحدث فرجه ، فالاضلاع القاطعة تقطع الالياف بأستقامة اضلاعها مثثلة كانت

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

## ٢- جروح الاعضاء العميقة

١- اشكال الجروح : ان الجروح التي تحصل من الآلات الواخذه ( واخذه قاطعه او ذات الاضلاع القاطعة ) في الاعضاء الداخليه تختلف اشكلها بحسب تأثير هذه الآلات سواء براسها او بأضلاعها القاطعه وبحسب مقاومه الانسجه التي تصادفها ، بأن تكون لينه او من العظام . ففي الانسجه الرخوه تحدث - الآلات الواخذه والقاطعه - فرجاً واضحه ، كالجروح الجلديه ؛ وهذه الفرج تكون احياناً واسعة أكثر من الشفرة القاطعة وعندما تكون الآلات المذكورة قاطعة بشدة تقطع بدخولها او بخروجها الانسجه قطعاً واسعاً ، وتارناً تكون هذه الفرج بأستقامه زاويويه ، مما يدل على ميل الشفرة القاطعة عند خروج الآلة ، وهذه الاستقامة ازوايويه تظهر واضحة جداً في بعض الاعضاء كالقلب والكبد والكليه .

كما ان الجروح التي تحدثها هذه الآلات اي الواخذه والقاطعة في الصفاقات والاعشيه المنصليه 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 النسيج اللينى ( الصفاقات ، الاعشيه المنصليه والاعشيه المخاطيه ) كما هو الحال في الجلد ، وتكون استقامة الجريجه 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 واحده 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 بالمعدة ، فالقميص البريطاني يتزق بصورة متوازية لحدبات المعدة ، 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 ، فيوحده فرجة عظمية متطاوله او ثقباً مستديراً او زاوياً حسب الاله المستعمله ويشاهد بكسر عظام القحف احياناً شظايا عظمية في الصفيحة الداخلية او الخارجية ، ونادراً يشاهد تماذي نهايات تفرق الاتصال العظمى بشقوق عظمية .

ب — 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 وتارة 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 الآلة في مسيرها عضواً متحركاً . ان عمق الجرح يختلف طبعاً حسب طول الآلة و احياناً يكون العمق اكثر من طولها وذلك في سطح البدن كالبدن ، لانه قابل الانخفاض فاذا ضرب بالآلة بقوة فانها تحفض جداره وتنفذ الى عمق يزيد طوله بنسبة درجة انخفاض هذا الجدار .

### ٣ — تشخيص الجريحه والآلة الجارحة

يجب الاعتقاد بانه ليس من السهل دائماً تعيين الجروح الحاصله من الآلات الواخذه او الواخذه والقاطعة والثبت من نوع الآلة واوصافها المميزة ( طول وعرض ) حتي 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 ، حتي 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 زاويوي ذو شعبه (احد اضلاع الزاويه) كبيره يستنتج من ذلك بأنها حاصله من آلة واخذه وقاطعه بدلت استقامتها حين خروجها من البدن وذرورة الزاويه تدل على توجيه استقامة الحد القاطع . كما ان الجروح التي تشاهد بأستقامات مختلفه في الطبقات المختلفه من البدن او في احد الاعضاء مما يدل على انها حاصله من آلة واخذه محروطيه او اسطوانيه محروطيه ، في حين ان الآلات الراخذه والقاطعة ، تكون قاطعه اكثر منها واخذه وتحدث جروحاً متساوية في كل طبقة من طبقات البدن . ويكون عمق الجروح مطابقاً للقسم النافذ من الآله ، غير انه في الاقسام اللينة يمكن ان يتجاوز هذا الحد وان عرض الجروح لا يطابق المقطع المستعرض للآله الجارحه كما يتنا ذلك انفصلاً .

### الجروح النارية [ او الجروح بالآلات النارية ]

ان الآلات اي الاسلحة النارية المستعمله متعدده ومتنوعه وهي من حيث الاساس تنقسم الى نوعين : الاسلحة النارية الطويله (الاسلحه النارية الحربية ماوزرو الاسلحة النارية المستعمله للصيد) والاسلحة النارية القصيره (كالسدس) . ولكل من هذه الاجناس انواع متعدده لا يمكن احصاؤها في الطب العدلي . غير انه ينظر الى اختلاف البارود وجنس الرمييه (الرمي) .

### تأثير الاسلحة النارية العامه

ان الاسلحة النارية تؤثر على العضوية بموادل متعدده ، وهذه العوادل تكون منفرده او مجتمعه واهمها الرمي وعلى الاكثر يكون هو المؤثر وحده ، وان هذه العوادل هي البارود ، الحشو والرمي .

١ - البارود : للبارود نوعان اساسيان ، البارود الاسود اي البارود القديم والبارود البيروكسيلية 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 المحرقة والقابلة للاحتراق ، وان الحبوب بأشكالها من حيث هي تكون منتظمة وغير منتظمة . ولما يحترق هذا البارود يبدأ الاشتعال من سطح الحبوب ومن ثم تحترق ، فاذا وقع ذلك في الهواء الطلق ينتشر فيه ، واذا كان بفراغ مغلق ومحكم يشتعل بسرعة ويحدث الانفجار .

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

ان الترقيمات الكيميائية اوجدت ليومنا هذا انواعاً عديدة لهذا البارود كما ان الاختراعات لازالت متواصلة لايجاد انواع جديدة ، ولكن مهما يكن من هذا النوع فان تأثيره على الرمية ينحصر بمحصولات تحلله وهي : الغازات الحاصلة من الانفجار ، والشعلة والحبوب المشتعلة واسود الدخان Noire de fumée . ولكن تأثير هذه العوامل لا يظهر الا بمسافة قصيره وضمن شرائط معينة .

الغازات الانفجارية : ان تأثيرها الشديد عندما تكون ، بحالة كتلات جسيمة ، معلوم جيداً . وليس لها اقل تأثير في الجروح التي تحصل من الآلات النارية المساعدة لانتشار تلك الغازات ، اعني بذلك انها لا تحصل الا عندما يكون الطلق من مسافة قريه جداً او بالتماس او بالاجواف المسدودة .

ان هذا التأثير يشاهد بوضوح تام، بالطلقات النارية، الخالية من المرميات. وان التخريبات التي تحصل منها، هي متناسبة مع رمية البارود وقوة السلاح واستقامة الطلق، ويظن ان التأثير ينحصر بالاستقامة العمودية، وللمقاومة الجلديه تأثير كبير في حصول التخريبات (التزريق)، فعندما يكون الجلد غير مستند على سطح عظمي، ينخفض بسهولة لينجو من تأثير الطلق، فلا يتمزق الجلد بل يصبح اسود بامتداد ساحه يختلف وسعها قليلاً أو كثيراً، وعندما يصادف الطلق الجلد المتركز على سطح عظمي يتمزق الجلد وتمزق الاقسام الرخوة وكثيراً ما تنكسر العظام واذا كان السطح العظمي بعيداً عن الجلد يتمزق هذا بشكل عروة منتظمة كما يتمزق الاقسام الرخوة التي تكون تحته. واذا كان السطح العظمي بعيداً جداً فيحدث في الجلد ثقبوب بشكل يشابه الثقب الذي تحدثه الرمية وتظهر في الاقسام العضليه التي تحته تغيرات هائله ويذكر « هوفان » في هذا الصدد مشاهدة مفيدة جداً وهي :

اطلق شخص طلقاً نارياً خالياً من الرصاص، وهو عبارة عن بارود فقط، على الناحية القلبية، فبمس الجلد بشكل بارشه من ( اي الورق الذي لا يتمزق ) فلم يحدث جرحاً ما، غير ان الغضاريف الضلعيه كسرت وتمزقت بطينات القلب. ان تأثير الغازات الانفجاريه بالطلقات النارية مع الحطوش ليس بحفيف، اذ تحصل من هذا التأثير الثقبوب المعدنيه التي سنبحت عنها فيما بعد والتي تحدث تناثر الحدود والوجه والقحف عندما يكون الطلق اتجاراً بالآلات النارية 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 النارية تخرج شعلة من فوهة نصلة الآلة النارية بشكل مخروطي، طوله جزئي . . واستتج « شارنشتاين » تجاربه بالاسلحة النارية القديمه ان هذ الطول معادل لطول النصلة على التقريب ولكن يكون بالاسلحة النارية الحديثه اقصر من النصلة فلذلك لا تؤثر 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 النارية.

حبوب البارود : ان حبوب البارود غير المحترقة تخرج من فوهة نصلة الآلة النارية بشكل مخروطي ، وبما انها لا تتناز مسافة طويله فهي لا تؤثر 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 ، فكلمها بعدت هذه المسافة يكون القطر اوسع ، واذا كانت الاستقامة منحرفه يكون سطح انتشار البارود على الجسد بشكل نصف دائرة او بشكل البيضي . ان مرأى انطباع البارود على سطح الجلد يتحول حسبها تكون حبويه منتشرة او متجمعه ويتحول لون الانطباع حسب جنس البارود وان الانطباع يكون خاصاً ببارود البيروكسيله ، 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 ازلتها بالغسل وتكون سوداء اللون بالبارود العادي وسراء اللون او خضراء ببارود البيروكسيله .

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

١ - مشاهدة (لافورث لاويت) ، اندحرج شخص بطلق ناري في يسار الصدر فاحترق الجسد والثياب والحائل الحشبي الذي سقط عليه فأصبح الجسد مشويماً ومقدداً كما اضحت الثياب مثل الرماد والحائل محروقا بامتداد اربعة امتار فلا اشتعال كان من الحشو واحترق التبن المفروش على التراب .



٢ — مشاهدة : انتحرت امرأة بندقية صيد ، فنوهدت المنشفه الموضوعه امامها محروقة من اشتعال البارود الموضوع في حوبصة البندقية .

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

٤ — مشاهدة : اطلق عيار نارى 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 الآتية :

من مشاهداتى : اجريت الكشف على شخص اصيب بطلق نارى 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 .

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

آ — الرصاص : كان في القديم يستعمل الرصاص المدور وفي الحال الحاضر يستعمل بشكل اسطوانى مخروطى واسطوانى بيضى وبقاعدته محفوره (مثلومه ) ( Rainure ) او غير محفوره ، ومقطوع الذروة احياناً ومحدد الشكل ومجوف ( évidee ) القاعده .

ان الرصاص القديم معمول من الرصاص الطبيعى ، واما الحديث فهو مصنوع من معدن كرمصاص بندقية (لهبيل) او الرصاص اللين او الصلب الا انه مصفح تصفيحاً تاماً او غير تام بمعدن مايلههور او نحاس او نيكل ويسمى بالرصاص المصفح وما ذلك الا لمنع تبدل شكله عندما يصادف ماتعاً 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 بندقية الغراى (اليونانيه هي بقطر ١١ م.م .

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

ان المرمي حين خروجه من فوهة نصلة الآله الناريه يأتي 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 الابتدائية ( حين خروج المرمي من فوهة النصلة ) عن السرعة الباقية ( التي تتحول في كل آن بنسبة المسير ) ، فالسرعة الابتدائية بالاسلحة النارية الحديثة التي يستعمل فيها بارود البيرو كسيلة عظيمة جداً بالنسبة للاسلحة القديمة في مرمي بندقية له بهل تكون ٧٠٠ متراً في الثانية وفي مسدسات برونينغ ٢٠٠ - ٢٧٠ متراً في الثانية .

ان حركة الدوريه التي تحصل من الدورة الحلزونية (المستديرة) للآله النارية المحصورة لصد المقاومة الهوائية هي ثابتة وانها تدير المرمي بشكل حلزوني (برغي) او بشكل الآله الثاقبة (مقرب) . هذا وان المرمي بمسيره الى الامام لا يكون اتجاه نهايته الامامية للامام دائماً ، بل يكون تابعاً لحركات انقلابية تجعل اصابته ممكنه سواء بقاعدته او بجانبه لا بدروته ان العنصر الاساسي في تأثير المرمي هي قوة ازنده ( القوة الدافعة الدائمة ) ؛ فانها تعادل نصف ما يحصل من ضرب الكتله بمربع السرعة  $\frac{1}{2} \times 2 \times 2 = 2$  ، 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 الزنده تتناقص طبعاً بمسير المرمي بحسب اتباعه للسرعة وان هذه القوة الابتدائية (في ابتداء الطلق) في بندقية له بهل تكون ٣٤٤ كيلو غرام متراً وفي بندقية غرام ٢٥٧ كيلو غرام متراً ، وعن بعد ٢٠٠٠ متراً ، ان القوة المذكوره في بندقية له بهل لا تتجاوز ال ١٩ كيلو غرام متراً . والقوة المذكوره في مسدس سنه ١٨٩٢ تبلغ عن بعد ١٠ مترات الى ١٨ كيلو غرام متراً .

ان المرمي 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 الزنده العظيمة والمصنوعة من المعدن غير القابل تبدل الشكل او المصفحة بمعدن يمنع تبدل شكل نواذ الرصاص . فلذلك يشاهد نفوذ مرمي 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 الزنده 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 العضوية ، 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 النارية القصيرة اكثر منها في الاسلحة النارية الطويلة بسهولة توقفه وتبدل شكله .

ان تغير الأشكال الأساسية بالمرامي هي الجرش (المرس) ، الانعطاف ، والالتواء ، والانقسام الى قطعتين او اكثر بالمرامي الاسطوانية المخروطية وتسطيح الذروة وتلتوي القاعدة .

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

ان تجزؤ الحروطية يحول المرمي الى مرمامي متعددة تضاف تأثيراتها الى بعضها فتزيد هاهنا الجريحة المهلكة .

للمرمي تأثير هام بالواسطة على العضوية ( ما عدا التأثير الذي يحدث رأساً بلا واسطة )

تجب ملاحظته وهو التضيق المائي ، لما يطلق الرمي على اناء فارغ يحدث فيه ثقبين ، ولما يطلق العيار الناري على اناء مملوء بمائع ( بالماء مثلاً ) يتطاير ذلك الاناء ويتقذف المائع خارجاً بشدة ، وشوهد انكسار لوح خشبي ( من خشب الصنوبر ) موضوع فوق الاناء ويحصل ذلك من تأثير التضيق المائي . ان الرمي يعطى الذرات المائعة قسماً من قوته وهذه الذرات بأكتسابها تلك القوة تصبح من العوامل المؤثرة . وان ما يحدث بالاناء المملوء بالمائع يحدث ايضاً بالاعضاء المجوفة المملوءة بالمائع او المحتوية على نسج كثير المائع كالدماع ، وقد شوهد ذلك بطلقات الاسلحة الحربية على الجمجمة كما يحدث بتأثير المواد المتفرقة .

ان التضيق المائي بالاسلحة النارية القصيرة هو اقل تأثيراً يسبب تناص قوة الزنדה (القوة الدائمة) في هذه الاسلحة ، فلا تحدث تحريبات هامة ، الا انها تحدث تكسيراً بجهات متباعدة عن نقطة تأثير الرمي .

الخلاصة: يشاهد بالتطبيقات الطبية العدليه في يومنا هذا نوعان للعيارات النارية ، العيارات النارية المصنوعة من الرصاص العادي المدور عادياً والذي يطلق على الاكثر مع البارود الاسود ، وقوة الزنדה فيه ضئيلة ، ويتغير شكله في العضويه بسهولة ، والعيارات المصنوعة من الرصاص المصفح الذي يطلق على الاكثر مع البارود البيروكسيله والحائز على قوة الزنדה العظيمة والذي يبذل شكله في العضويه بتمهي الصعوبة .

ان العيارات النارية المصفح والمستعملة بالاسلحة الحديثة مع بارود البيروكسيله تنفذ من العضويه بسهولة دون ان تتغير اشكالها وان العيارات النارية 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 وخامة من عيارات الاسلحة النارية الكمامه وذلك بسبب عدم انتظامها .

الخرق : ان الخردق يخرج من فوهة البندقية كتلةً ختمعة ويتفرق بشكل مخروط متباعد ، ويتناقص هذا التباعد ببعض اسلحة Choke - Bored شوكة بورهه .

فحين خروج الخردق من فوهة البندقية يكون بشكل مرمرى وكما بعد عن فوهة النصبه يتظاهر عدده ويزداد تباعد حباته عن بعضها .

### التأثيرات الخصوصية للأسلحة النارية المختلفة

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

أ — الجروح التي تحصل من الاسلحة النارية المحشوة بالرمي

بارصاص	=	=	=	=	٢ —
بدون مرمي	=	=	=	=	٣ —

### الجروح التي تحصل بالاسلحة النارية المحشوة بالرمي

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

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

فيجب مطالعة المباحث الآتية بجروح الاسلحة النارية المحشوة بالرمي :

١ — فوهة الدخول

٢ — مسير المرمي داخل الاعضاء

٣ — فوهة الخروج ( في حالة وجودها )

٤ — الاسئله الطبية العدلية

### فوهة الدخول

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

لا تشاهد له فوهة دخول . وقد شوهد ويشاهد ذلك بالاسلحة النارية القديمة عندما تكون نصلة السلاح ملاصقة ، بلا حائل وبصورة محكمة ، الى سطح الجلد ، فتسقط حينئذ قوة المرمي بسبب توقفه من تأثير العمود الغازي الكائن داخل النصلة وتضييقه 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 في جهة واحدة يشاهد عندما يصادف المرمي احد الثديين المائل فيخترقه وينفذ الى الصدر .

ويجب في فوهة الدخول تدقيقها مع تدقيق محيطها الملاصق :

آ \_ الفوهة : يجب تدقيق شكلها واتساعها

الشكل : ان شكل فوهة الدخول العادي هو الشكل المستدير او الشكل البيضي غير انه عدا هذه الاشكال الاصلية يشاهد فوهات دخول بأشكال مطابقة للاشكال الاصلية ويكون ذلك بحسب مسافة الطلق وقطر وشكل المرمي وحمولة السلاح (حشوه) ، عندما يطلق المرمي الاسطوانى المخروطي الصغير من مسافة بعيدة ، يحدث احياناً جرحاً خطياً يشابه جرح الآلة الواخذه او الواخذه القاطعة ، فالالتباس يكون لاول وهلة قوياً ، بنسبة بعد مسافة الطلق وفقدان العلامات المميزة للبارود حول الجرح ، فتأثير المرمي الاسطوانى المخروطي في هذه الاحوال يشابه تأثير الآلة الواخذه فيفرق الالياف الجلديه بذروته . ولما يكون الطلق من مسافة قريبة ، يتبدل شكل الجرح الاصلي بسهولة ويكون بشكل ممزق ونجمى ، وذلك يحصل خاصة بالاسلحة القوية المحشوة كثيراً وفيما اذا كان الجلد ، بنطقة الاصطدام سائراً للسطح العظمى .

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

### اتساع فوهة الدخول بالنسبة الى المرمي

ان اتساع فوهة الدخول تختلف بحسب مسافة الطلق والمرمي ويقول تورند : ان فوهات

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

١ — ان المرمي الاسطوانى المخروطى فى الاسلحة الحديثة يحدث (على العموم) من مسافة بعيدة فوهة دخولية ذات قطر أصغر من قطر المرمي وفي الواقع فان المرمي يخفض الجلد بشكل اصبع القفاز وتثقب ذرونها الجلد . وتجارب بوش Busch وقيامه بطلقات عديدة ببندقية (شاسبو) على الواح مطاطية (كاجوكيه) شوهده حصول فوهات دخول عديدة يبلغ قطر الواحدة منها ثلث قطر المرمي . فلاجل تقدير قطر المرمي يجب ضم مساحة الدائرة التي لامسها المرمي ، المحيطة بفوهة الدخول على قطر فوهته .

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

ب — المحيط الملاصق لفوهة الدخول — يجب تدقيق :

١ حلقة او شريط الترضيض ( ثابت )

٢ علامم البارود المحتمل وجودها

حلقة او الشريط الترضيض Bande de Contusion : يشاهد حول فوهة الدخول الحاصلة من المرمي الناري حلقة او شريط ضيق جداً يحيط بها لا يتجاوز بضعة ميليمترات ، يابس كالمقوي (ورق الكارتون) — بارشه مينه — قائم 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 البارود غير المحترقة بسطح الجلد) ويشاهد على الاكثر ايضاً حينما يكون الطلق من مسافة بعيدة ، 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 التريض بشكل متباعد عن المركز او نصف هلالى ويكون ناقصاً في قسم من محيط الفوهة .

ان احتمال تكون هذا الشريط من احتراق الجلد غير صحيح ، اذ قد تحقق تكونه من التريض 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 الملاصقة Au Bout touchant للجلد ، اي حينما تكون فوهة الآلة النارية مطبقة بتماس الجلد ، (لانه في مثل هذه الاحوال ينفذ محصول الانفجار وبقايا البارود رأساً مع المرمي الي 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 :

١ — الاحتراق الحاصل من الشعلة

٢ — ( انكروستاسيون Incrustation ) ترصع حبوب البارود غير المحترقة

٣ — ترصع اسود الدخان

آ — الاحتراق الحاصل من الشعلة : ان الشعلة تحرق سطح الجلد حول فوهة الدخول

وهذا الاحتراق يتعين فوق الاجساد الميتة بأبجاده 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 . وبالعاينة الميكروسكوبية تشاهد سمراء اللون Brune ، متكسرة Frisé بصورة غير طبيعية ومستورة بقطيعات خميه وفضايع هوائيه ، وتحترق الثياب الكائنه في هذه المنطقه احتراقاً قليلاً او كثيراً .

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



متقاربه المركز من الفوهة الجلديه ويقدر ماتكون مسافة الطلق قصيره يكون قطر هذه المنطقة صغيراً وحبوب الترصع متراسة 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 بارود البيروكسيه ، وترصع بارود (T) لا تحصل منه حبيبات بل  
يحدث صفيحات صغيرة .

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

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  
البيروكسيه ، 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 ، فيضم على  
تأثير المرمي احياناً تأثير مايجره من اقسام العضوية والقناع العظيمه بصورة خاصة .  
هذا وان مسير المرمي يكون مفقوداً عندما تتطاير الاقسام العضويه بشدة الطلق الناري  
في حال تفرقع الجمجمة مثلاً من اطلاق عيار ناري جسيم تماسه مع الجسد بحيث لايشاهد  
مسير للمرمي ، كما انه لايمكن تعيين فوهة 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 ينزأ المرمي

الى اقسام عديدة في مروره من داخل العضويه . كان السير يكون احياناً مستقيماً ،  
 فينبى عن استقامة الطلق وتارة يوافق استقامة الرمي الاوليه ، الا انه يوضح الانحرافات  
 Deviations الخاصة التي يمر بها الرمي داخل العضويه . ان هذه الانحرافات تحصل خاصة  
 بمصادفة العظام ولهذا لا تشاهد بالرامي الحائزة على قوة الزنده العظميه والقوة الدافعة  
 الدائمة Force vive « والتي تسير مستقيمة دون ان تؤثر عليها الحوائل المانعه (كالعظام)  
 البتة . لكن ، يكون ذلك على الاخص بالاسلحة القديمة الصغيرة القطر والمسدسات  
 العادية الرخيصة الثمن المستعمله على الاكثر في الاتجار والقتل « الافعال الجنائية » .  
 ان الرمي عندما يصادف العظم في مسيره قاما ان يدور حوله ويتابع سيره واما ان يصطدم  
 بالعظم ويقفد مرثداً الى الجهة التي جاء منها ليتخذ منقداً او مسيراً جديداً بشكل زاويه مع  
 الاستقامة الاوليه ، كما يحدث بالقحف لما يثقب من جدرانه بالرمي الناري الذي ينفذ الى  
 الجدار فيصطدم به ويشب منه مرثداً الى الوراء بأستقامة جديده تشكل زاويه مع استقامته  
 الاولى .

وما عدا هذه الانحرافات المحصورة ، تشاهد في بعض الاحيان بمسير الرمي ، انحرافات  
 واسعة ومتواليه تحير منها العقول ، ونضرب مثلاً لذلك بذكرنا المشاهدة التي رواها (ده ورجي)  
 نقلاً عن «ههـن» :

هاجم احد الجنود محلاً يصعد اليه بدرج وبنينا هو يتسلقه ماداً يده اصيب برصاصة نفذت  
 في منتصف عضده فسارت في ذلك العضد من الاسفل الى الاعلى بأمتداد طوله وتمادت  
 بسيرها من علو القسم الخلفي للصدر مارة من العضلات البطنيه فنفذت في اعماق العضلات  
 الاليوبه وصعدت الى القسم الامامي المتوسط من الفخذ المقابل .  
 ان السير يبتدي احياناً من فوهة الدخول مباشرة ، كما هي الحال في الطلقات من  
 المسافات البعيدة التي يكون التأثير فيها منحصراً بالرمي ، ويفترق المسير احياناً عن فوهة  
 الدخول كما يحدث ذلك بالطلقات من المسافات القريبه جداً بجوف انفصالي ، يسمى بتعبير  
 « هوفان » بالثقبه المعدنية التي تتكون من تأثير الغازات الانفجاريه ، التي ترفع الجلد وتمزق  
 فوهة الدخول من الداخل الى الخارج وتفصل حافتها من الاقسام الرخوة التي تحتها بأمتداد

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

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

ان قطر اوسعة المعبر (المسير) لا يكون دائماً متساوياً بكل امتداده ، وان انتظامه متناسب مع درجة قوة نفوذ الرمي وعدم نوقفه وتبدل شكله (كما هو الحال في المرامي الحديثة التي تخترق وتمر بسيطاً) ويكون اتساع المنفذ تدريجياً En S'évasant احياناً ويتسع على الاكثر بتأثير الاجسام الاجنبية التي يجرها الرمي ويجرها معه كالشظايا العظمية وذلك عندما يصادف الرمي سطحاً عظمية مباشرة تحت الجلد .

وتشاهد في المنفذ اي المسير غالباً اجسام اجنبية مختلفة وان قسماً منها يأتي من الخارج كالخشو (الواد التي توضع في الرمي) وقطع الاقشه التي يجرها الرمي من مسافات بعيدة او قريبة ، والاخر من داخل العضوية كالشظايا العظمية .

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

وقد سبق لنا ذكر التضيق وحصوله بتأثير بنديقات الحرب حتي المسدسات الكبيرة وتسببه لتناثر Fracassement وتطاير Éclatement الجمجمة .

ولكن تأثير التضيق المائي يكون بالمسدسات البسيطة بسيطاً جداً ، كانكسار الجمجمة المشاهد خارجاً عن مسير الرمي ، غير ان التكون منه بالنقاط القليلة انقاومة كقبة الحجاج «جوف العين» وانفصال الدروز وروض Point نهايات الفصوص الجبهية او القفويه والصدغين .

ان الرمي بحسب القاعدة يمكن في نهاية المنفذ المسدود ، وسط محراق نزي ، ويشاهد على الاكثر تحت الجلد ، الذي يرتفع سطحه ، وتحت محراق كسر عظمى غير كامل في الجمجمه فيفرق قطع الكسر عنها . الخ ولما يصادف الرمي عظماً او يخترقه يبدل شكاه بصور عديدة ، قل حصولها بالمرامى المصفحة Cuirass الا في الاحوال النادرة .

ان الرمي لا يوجد دائماً بحالة طبيعيه ، فكشفه في الاجساد الميتة كثيراً ما يكون من الامور الصعبة جداً ، و احياناً 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 الحية احد الاوعيه ( فيشكل حمامه ) ، او السقوط بأحدى القنوات المخوفه ( الامعاء ، الطرق التنفسية ، القنوات القريه ) وان يسير داخلها الى مسافات بعيدة . الخ وفي هذه الصور يمكنه الوصول اليه امكنه بعيداً عن النقطة المشتبه بكونها غاية مسيره .

ويجب على الطبيب العدلي ان لا يغرب عن باله ان كشف واستخراج الرمي يؤلف عنصراً هاماً عظيمياً 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 الرمي وحده يعين المسؤولية القانونية .

فوهة الجروح — لا توجد طبعاً لما يكون الرمي باقياً داخل الانسجة وتحصل من تأثير الرمي فقط ، الذي يبدل شكاه على الاكثر عندما يحدثها .

فبالمرامى المخروطيه الاسطوانيه التي لم تغير شكاه ، بمرورها مروراً بسيطاً من الانسجة تكون الفوهة الخروجه بشكل فرجه وتكون هذه الفرجه احياناً طويله جداً ، مما يستدعي الحيرة والوقوع في الاخطاء .

وبالمرامى المنغيرة الاشكال ، تكون فوهة الخروج بأشكال غير منتظمة مختلفه ومتنوعه . اسئلة طبيه عدليه — سنقدم المسافه واستقامة الطلق بهذا البحث ، لاننا سنقدم جميع ماله مساس بتشخيص القتل والاتجار على حده بمبحث خاص وان تشخيص المسافه والاستقامة مبين على ماسرد آتياً من الوصف ، وسنأتي على ذكرها بشكل آخر .

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

١ — الطلق بالتماس (à Bout touchant) اي بالصاق نهاية نصلة الآلة النارية على سطح الجلد ووضعها ماسة على التقريب.

ب — الطلق من مسافة قصيرة وبتعبير بعض المؤلفين (à Bout Portant) (١)  
ت — الطلق من مسافة بعيدة.

فعلي هذا المنوال تسهل قضية تعيين المسافة.

١ — الطلق بالتماس: ان العناصر التشخيصية، هي:

١ — شدة الآفات اي التخريبات

٢ — اوصاف فوهة الدخول

١ — شدة الآفات: ان الآفات العظمية او التخريبات العضوية كتطاير الجمجمة او انسحاق الاقسام الرخوة التي تنبئ بتأثير الغازات الانفجارية لبارود، 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 كبنديقيات الحرب ولا تحصل قطعاً بالاسلحة القصيرة. وما عدا ذلك يمكن ان تتولد هذه الآفات حتى من مسافة بعيدة بالاسلحة الحربية بتأثير الضيق المائي.

٢ — اوصاف فوهة الدخول: ان اوصاف فوهة الدخول الخاصة بالطلق مع التماس

(وانحجة جداً بالاسلحة النارية القصيرة) تحصل من التأثير الداخلي وبالاحرى تحت الجلد للمحصولات الانفجارية (غاز، شعلة) والبقايا غير المحترقة من البارود التي نفذت دفعة واحدة مع المرمي دون ان تنتشر في الخارج وهذه كما صرحنا انفاً الثقب 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 وشمأ فان هذه المسافة تبقى بحكم النظرية.

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

فالدستور النظري للطلق بالتماس بالاسلحة القصيرة يمكن تأسيسه كما يأتي : لا يوجد شيء قطعاً حول فوهة الدخول خارجاً فشكل شيء يكون داخلها .

ب — اطلق من مسافة قصيرة : ان علاماً 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 التي 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 المتجمعة والمكثفه .

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

ويضم على العلام السابقة الاحتراق المحتمل وقوعه بالثياب .

ت — الطلق من مسافة بعيدة : ان الطلق من مسافة بعيدة يتميز بتأثير الرمي وحده

الذي يحدث فوهة دخول مع شريطها الرضى بدون زيادة .

ان الاصطلاحات الطبية العدلية بشأن المسافات وبالاخرى 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 اشارة في مثل هذه الاحوال تكون مفقودة فالعصر الوحيد للتقدير ، هو الفتحة الجلدية ، وليس لهذه وصف تمييزي يتناسب مع مسافة الطلق النسبية . وبالعكس ذلك فانه يمكن في الطلق من مسافة قريبة ، تحري اساس للمحاكمة والتنقيب بتكون الوشم المختلف الاشكال الحاصل من انطباع حموب البارود . فمن المحقق ان وضعيات النصلة المختلفة تطابق شكل الوشم بصفة خاصة . لكن هذا التكون الذي يعين مسافة الطلق لا يمكن تصويره بدهاء وفقاً للمعلومات النظرية والعمومية المبينة آنفاً .

وفي الواقع ان هذا التشكل هو تابع لجنس السلاح والمرمي والمسافة الحقيقية . وان سلاحين نارين قصيرين يحدثان بمسافة واحدة وشمأ مبانياً احدهما للآخر . حتي ان السلاح الواحد عند حشوه بمرامي مختلفة يحدث بمسافة واحدة او شمة مختلفة . والقصد من ذلك انه بوقعة مماثلة لا يمكن تعيين المسافة الا بأخذ السلاح والرامي 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 انضروب فالمسافة التي يحصل بها هذا الوشم هي ذات المسافة المصوب منها الطلق على الواقعة المطلوب تحييصها عدلياً ولا يمكن حل القضية بأصول تخالف ذلك وحينما يكون اجراء التجربة على هذه الصورة غير ممكن ، فعلي الطبيب العدلي آتئذ ان يدلي ببعض الأيضاحات بالنسبة الى التجارب بالاسلحة المختلفة المدرجة بالادبيات الطبية العدلية القديمة والحديثة .

وقد ارتأى المؤلفان ( ساردا ورومانت ) اتخاذ اتساع فوهة الدخول اساساً لتقدير مسافة الطلق وثبت لها 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 تميز عنه بالطلق من مسافة ٥٠ ساآتراً ( اي لما تكون

فوهة الدخول بقطر يعادل قطر المرمى فيتقرر ان مسافة الطلق لا تتجاوز 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 حوافها ممزقة كثيراً من تأثير الطلقات القريبة جداً كانت هذه الفوهة اصغر من قطر المرمى بالمسافات البعيدة ، وتوجد اسباب تعديليه لا تمكنا التثبت والجزم بتقدير مسافة الطلق .

ب — استقامة الطلق : التخريبات الجسمية 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 شاعله 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 منحرفة .

والخلاصة ان استقامة المسير سواء كان مسدوداً او متنبهاً بفوهة خروجية تدل على استقامة 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 الفوهة مزدوجة : فوهتا دخول وخروج فيقتضى ، لاجل تعيين استقامته السير ، الذى يستنتج عند استقامة الطلق ، الثبت من اي الفوهتين هي فوهة 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 — ان فوهة الخروج الحاصلة ، احياناً من الرمي المتبدل الشكل بمسيره او الجار بعض كسارات عظميه تكون اكبر قطراً و اقل انتظاماً من فوهة الدخول لكن هذا الوصف المميز هو غير ثابت ، و احياناً غير مطابق ؛ لان الرمي لا يتبدل شكله تماماً و يجرك الكسارات العظمية دائماً ، لانه يصادف في المرامي ، الاسطوانية المحروطية منها خاصة ان تمر من جانب الى آخر دون ان يتبدل شكلها و تشكل فوهات دخوليته و خروجيه متساوية و منتظمة و في بعض الوقائع تكون فوهة الدخول بطبيعة الحال اكبر من فوهة الخروج .

ب — اوصاف الحافات : يقال ان حافات فوهة الدخول منحرفة الى الداخل و حافات فوهة لمخروج منحرفة الى الخارج ، وهذا الوصف هو نظري اكثر منه حقيقي ،  
ت — وضعية شريط التريض : ان شريط التريض بهيئاته المختلفة الموصوفة فيما سبق ، يفقد نادراً فوهات الدخول بالطلقات من مسافات بعيدة ، ولا يشاهد فوهات الخروج قطعاً ، و عليه فان شاهده في احدى الفوهتين و عدم وجوده في الأخرى تعين الاشخاص .

وما عدا الفوهات الجلدية يوجد علائم اخرى تساعد احياناً على تعيين استقامة السير كما يحصل في وقائع المرامي التي تنفذ في الجمجمه من جانب الى آخر ، فتعين استقامة السير بدون اقل صعوبة بتدقيق اشكال الفوهتين ذات الصفحتين (داخليه و خارجيه) ، وذلك بموجب قانون خاص بلا استثناء . ان الرمي حين مروره في العظام المسطحه (ذات الصفحتين الداخليه و الحاوجيه) يحدث فرجه في الصفحة التي يمر فيها اولاً اصفر اي اقل اتساعاً ، من الفوهة التي تحصل من مروره في الصفحة الثانية ، و بتعبير آخر ، فان مسير الرمي بسمك العظام المسطحه يأخذ شكلاً مخروطياً يتسع تدريجياً اقصادته حسب استقامة الرمي . فعليه و لاجل تعيين استقامة مسير الرمي بمروره من القحف ، يكفي

تعيين استقامته بكل من الفوهات حسب الاوصاف المارة الذكر .  
 فعندما يمر الرمي في احدى العظام ، يواصل سيره جارا الشظايا العظمية التي اقتلعت من  
 العظم الذي مرّ به ويتركها بعد ذلك داخل الانسجة ، فاكتشاف هذه الشظايا بمسير  
 الرمي تبثنا عن الجهة التي اخترقها .

ث — تشخيص السلاح اي الآلة النارية :

ان قضاة التحقيق يوجهون الاسئلة الآتية الى الطبيب العدلي :

- ١ — وجد الرمي وقبض على السلاح ، فهل اطلق هذا الرمي من هذا السلاح ؟
- ٢ — وجد الرمي ولم يوجد السلاح ، فما هو السلاح الذي اطلق منه هذا الرمي  
 حسب اوصافه ؟

فيجب على الطبيب العدلي ، في مثل هذه الاحوال ، عدم اعطاء جواب ماء بالنظر  
 لاطلاعه المحدود غير الكافي في تلك القضايا ، التي تتعلق بالاختصاصيين بعمل الاسلحة او بضابط  
 المدفعية احباب الاختصاص بفن الاسلحة ، فعليهم ان يختموا الرمي او المرامي التي تصادف  
 في فتح الميت وتسليمها الى جهة القضاء .

### ٣ — جروح الآلات النارية المحشوة بالرصاص

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

### ٣ — جروح الاسلحة المحشوة بالبارود

قد تقسم ذكر تأثيراتها العمومية فلا محل لاعادة ذكرها .

## الفصل الثالث

### جروح الآلات الراضه

يحصل الرض في العضوية البشرية من تأثير الاجسام المحدثه ( 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 الرضيع وبمرور الكتل الثقليه فوق الشخص (دهس) وكذلك في احوال اصطدام الشخص بشدة بالكتل الراضه والمتحركة (اصطدام) . والرض المنفعل بأحوال سقوط الاجسام البشرية من محال مرتفعة .

ان الآلات الفاعلة متعددة ولا يمكن احصاؤها بالضبط ، كأعضاء الدفاع والمهجوم البشرية او الحيوانية ومنها : اليدان قبضة اليد ، القدمان ، الاسنان ، النعل ، الخالب .. 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 كمنل ثقيلة يمكن سقوطها فوق الشخص (كتل ترابية او حجرية . قطعة حائط) او مرورها فوق جسده : كالعجلة او السيارة او عربات السكة الحديدية .. الخ والاصطدام يحدث عن التصادم بعريش (عامود) العجلة او السيارة او بصممه «مقدمة ، التامبون» قاطرة السكة الحديدية او بقطعة آلة متحركة . وبالسقوط من مرتفع يرض الجسم بالتراب او بالسواد المقاومة المختلفة التي يصل اليها .

ان الرض ينشأ عن عامل : جنائى او اتحار او عرضى ، بنسبة تختلف باختلاف انواع

الرضوض .

ان الجروح التي تنشأ عن الرضوض تتنوع اشكالها بصورة غير محدودة من السجج البسيطة حتى التخريبات العظمية .

ان بحث الرضوض بالطب العدلي يشتمل على :

آ - الآفات الرضية الاساسية

ب - النماذج السريرية المعتادة ، التي تشكل من اشتراك الآفات الاساسية تحت تأثير الاسباب المختلفة التي تحصل منها ، سليمة او وخيمة .

آ - الآفات الرضية الاساسية

ان الآفات الرضية الانسانية هي : ١ - التسجج الجلدي ؛ ٢ - الانصباب الدموي ؛ ٣ - الانصباب المصلي ؛ ٤ - الجروح الرضية ؛ ٥ - الكسر والحلع ؛ ٦ - قلع وتفثيت الاقسام الرخوة ؛ ٧ - تمزيق الاعضاء الداخلية .

السجج - ان السجج يصادف بالوقائع الرضية الخفيفة منفرداً ويكون العلامة الوحيدة للرض وهو ايضاً يرافق غيره من الآفات الرضية ؛ وهذه الآفات تحول من التغيرات البسيطة كالكدمة (التي تحصل تحت السجج) او الجروح الرضية التي تحدو (تختصر بالسجج الى اعظم التخريبات العضوية ككسور العظام او تمزق الاحشاء الداخلية التي ترافق السجج الجلدي البسيط بوقائع الدهس . واحياناً لا يوجد السجج كسائر آفات الجلد ، بالرغم عن وجود آفات عميقة ومهلكة للغاية كما يشاهد بوقائع السقوط من المرتفع والسجج هو ضياع مادي في البشرة الجلدية وتعرية طبقة القوربون بتأثير الجسم الراض .

ان السجج في حال الحياة بالاشخاص يستتر بافراز مصلي زلالي ونقاط دهوية تشكل طبقة قشرية فوق السجج ، ولكن اذا وقع الموت عاجلاً فلا يحصل النزف ولا الارتشاح المصلي فتبقى طبقة القوربون عارية وتشكل سطح اسمر اصفر او اسمر احمر ويتصلب بشكل البارشه من .

ان للسجج اهمية عظيمة في نظر الطب العدلي لانه :

١ — يشير الى المحل الذي وقعت عليه الشدة (اي الرض)  
 ٢ — يكون دليلاً على استنتاج شكل الآلة الراضة التي حصل منها واطهار الآلة وطبيعة الشدة الخاصة (اي الرض من حيث هو) .

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

ان المطارق المستديرة او المربعة الشكل تولد صفائح صلبة (بارشه مينه) بشكل سطح الآلة المضروب بها ، كما ان دواليب العجلات تحدث بمرورها 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 المجوفة تولد حلقة 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 اراس 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 ناتجة عن السحج ؛ اذ ان بعض الاقسام الجلديه ذات البشمة الرطبه كالصفن ، يمكن ان تيبس دون ان يكون هنالك سحج وان التضييق في بعض الاقسام من الاجساد الميتة يكفي لطرده المايح من تلك الاقسام المضغوط عليها وحصول تيبس الادمه .

٢ — الانصباب الدموي : ان الانصباب الدموي يحصل في الجلد وتحت وبعمق الاطراف او الاعضاء ، فلما يرشح الدم الخارج من الاوعيه ويحتر بشبكات النسيج فالانصباب يسمى كدمه ، ولما يفرق الدم الانسجة ويحصل جوفاً متلثاً بالدم يسمى «ورماً دمويّاً» ، واذا

كان هذا الجوف حاصلًا بالنسج الحجروي التحت الجلدي فيطلق عليه اسم «حديبة دموية» .  
ان الكدمات تكون حسب موقعها سطحية ، او عميقة .

آ — الكدمات السطحية : فالكدمات السطحية تحصل من تمزق الاوعية الجلدية او الاوعية التي هي تحت الجلد والدم المرتشح داخل الانسجة يتخر هنالك وينضم اليها . هذا وان الكدمات تبدو اما منفردة لوحدها او مرافقة لغيرها من الآفات السطحية والخفيفة ( كالحسح الذي يحصل فوق الكدمات ) او العميقة وترافقها ايضاً جروح رضيه محاطة بمنطقة زفية واسعة .

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

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

برضوض الجلد تظهر الكدمات بسرعة زائدة ، واذا كانت الرضوض واصلة للانسج الحجروي التحت الجلدي فظهور الكدمة يكون اكثر تأخرًا ولكن يشخص ذلك بظهور انتباج (ورم) وتحول لون الجلد ، ولما يكون هذا الانتباج بارزاً جداً يشكل حديبة دموية . وفي بادى الامر يكون لون الجلد احمر كلبياً او احمر اسمرًا ، ويبدا راصحاً بنسبة ما يكون الانصباب الدموي قريباً من السطح الخارجى ، ومن ثم فان الكدمه بسيرها المتعاقب تتسع وتسطح ويتبدل لونها فيتحول بالتوالي من الاحمر القاتم البنفسجى الى الاسود ، الى الازرق ، الى الاخضر ، فالى الاصفر ، ويكون اللون بمحيط الكدمة اقل كثافةً من مركزها ، ويبدأ تحول اللون دائماً من محيطها .

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

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

زول تماماً .

د - ان سعة وشدة الكدمة تابع لعوامل متعددة :

الشدة المستعملة (اي القوة المنصرفة) ، وفرة الاوعية بالناحية المرضوة ، وجود سطح مقاوم تحت الرض ، وضع الانسجة التي يحصل بها الانصباب والبنية 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 بحدار البطن بالرغم من وقوع الرض شديد عليه .

ان رخاوة النسيج الحجروي تسهل انتشار الانصباب الدموي الواسع وبالعكس فان كثافة الانسجة تجعله محدوداً ، وعليه فان الكدمة تنتشر بامتداد الصفن والاجفان والشفيتين وفي بعض الاشخاص وفي الاطفال وخاصة في النساء تظهر الكدمات بسهولة ، حتى ان اقل صدمة تولد الازرقاق ، وهذا الاستعداد السهل لحصول الكدمة يوجد في بعض الحالات المرضية كمرض الهموفيلي ( الاستعداد للنزيف ) .

ه - شكل الكدمة : ان شكل الكدمة العام هو الشكل المستدير ، وهذا ينتج اما عن شكل الآلة الراضه المستدير او عن احداثاب سطح الجلد ومحدودية تماس القوة الراضة بمنطقة مستديرة . وعليه فان شكل الكدمة العتاد هو الشكل المستدير مهما كان شكل الآلة الراضة - مستديراً او غير مستدير - ، ولكن ماعدا هذا الشكل المستدير غير المميز يشاهد احياناً ونادراً كدمات ذات شكل معين مطابقاً لشكل الآلة الراضة . ولاجل تثبيت شكل الكدمة الحقيقي يقتضى معاينتها عميق حدودها بما امكن من السرعة اذ يتبدل الشكل الابتدائي بسرعة بالتوسع الكدمه .

### تشخيص الكدمة ومدلولها في الطب الشرعي

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

المنظر 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 بجذاء تلم الصلب ، ويشاهد خاصة في الناحية القصية الامامية والناحية القصية الترقوية الحلمية ، وان اجراء الشق يزيد كافة الشبهات .  
ويجب تفريق الكدمات الرضية في الاشخاص وفوق الاجساد الميتة من الكدمات الذاتية التي تحصل بالاختناق وبامراض الدم (داء الحفر ، مرض بارلوهو ، التسمم الفوسفوري واليرقان الوخيم) وغيرها .

ان اهمية الكدمات بنظر الطب الشرعي كبيرة جداً ، لانها :  
١ — تشير الى النقطة التي وقعت عليها الشدة ، ٢ — تكون منبهة بان الشخص كان حيا حين حصولها فيه ، ٣ — يمكن الاستدلال منها على شكل الآلة المحدثه للرض ؛  
٤ — امكان اشارتها الى طبيعة الشدة ؛ ٥ — امكان الدلالة على تعيين تاريخ الشدة (الرض) .

١ — ان الفقرة الاولى لا تحتاج 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 العلقه الدموية تحت الجلد المنضمه الى صفايح النسج هي دليل لا يقبل التأويل على وقوع الرض في حال الحياة .  
٣ — ان الكدمات تشابه احياناً شكل الآلة الرضاة الحاصله منها وعلى الاخص الآلات الطويله والضيقة التي تلامس الجلد بامتداد مسافة طويله كضرب العصا مثلاً ، والكرباج الخ . على الظهر ، فان الكدمه تشكل خطأً طويلاً وضيقتاً ، وان لب الاصابع يوقع في العنق كدمات مستديرة وميزه ، ويجب العلم بأن هذه المناظر والاشكال المميزه لا تری الا في الايام الاولى وان سير الكدمه يمجها بسرعة .

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



او بعضاً . وان الكدمات التي تشاهد بجوار الاعضاء التناسلية والوجه الانسية للفخذين تدل على التعدي للعرض .

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

وبالنظر لتدقيق (دهورجي) يمكن بصورة عامه اقرار ظهور اللون الازرق في اليوم الثالث والاخضر في اليوم الخامس او السادس والاصفر في اليوم السابع او الثامن ، وزوال اللون تماماً يحصل في اليوم العاشر او الثاني عشر . ويدعي (تورد) بان الكدمة ذات اللون الاحمر الشرايبي (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 واخضرة في اليوم السابع واصفره في اليوم الثامن وتزول في اليوم الرابع عشر على التقريب ان ما ابانه المؤلفون آنفاً ان هو الاعلى وجه التقريب وخاصة (دهورجي) الذي يقول بعلم امكان تعيين تاريخ حصول الكدمات بصورة قطعية بالنسبة الى الوانها ، لان تحول الالوان المتعاقب بالكدمات يتقدم او يتأخر حسب عمقها . هذا وان (م . ويسر) يصرح بانه لا يفكر بأمكان تثبيت تاريخ الكدمة من لونها ، وان امد دوام الكدمة ايضاً مختلف جداً ، فيكون طويلاً بنسبة ما يكون الانصباب الدموي عميقاً وجسيمياً والنسج الحجروي كشيئاً .

ان الكدمة المنحصرة بالجلد تزول بمدة ٤ — ١٠ او ١٢ يوماً ، كما ان الكدمة تحت الجلد تدوم حتى اليوم ٢٥ تقريباً وان كدمات الانسجة المنضمة تدوم حتى الـ ٢٥ يوماً فاكثر . ان الكدمة بالانسجة الرخوة والكثيرة الاوعية تمتص بسرعة اكثر منها بالنسج الضيق ، ويمكن القول بصورة عامه بأن الكدمات بقدر ما يكون وقوعها سريعاً فان زوالها في تلك النسبة سريعاً ، كذلك ان السن لا يخلو من التأثير على الكدمات ، فان ، زوالها يتأخر

بالشيوخ وينتقم بالاطفال ؛ وبأحوال الاشتباه بوجود كدمة صغيرة او قديمة ، لاجل تعيين تاريخ ظهورها ، يقتضى اجراء المعاينه النسجية ، وان الدم بعدما ينصب ويتحتر تحلل الهموغلوبين بنتيجة تغيرات عضويه تطرأ على الكريوأة الحمراء ويتحول الى مادتين صباغيتين احدهما غير حديديه وبشكل بلورات معينه او بشكل حبوب تماثل الاوروبيلين بعينه ويسميه ( فيرخوو ) هما تويدين والثانيه حديديه تكون احياناً سائبه بين الياف النسيج المنظم او محبوسة داخل الكريوأة البيضاء وتسمى (موسيدهرين) وبالقسم المركزي للكدمات الواسعة لايشاهد سوى الهاتويدين ، والصباغ الحديدي يتفرق فوق المستحضر بتعاملاته النسجيه الآتية :

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

وقد دقق « تورك » التحولات التي تحصل يومياً بالمحراقات النزفيه فشاهد في اليوم الثاني عقيب النزف انتفاخ الكريوأة الحمراء وزوال لونها وشاهد في اليوم الثالث ظهور الجرات الآكلة ( فاغوسيت ) وحبسها الكريوأة المتقلصه بقسم من الصباغ وفي اليوم الخامس والسادس شاهدضياع الهموغلوبين وظهور الهموسيدهرين المسمى عند المؤلفين الافرنسيين (الصباغ الترابي Pigment Ocre) الذي هو عبارة عن مائه حمض يكتيم الحديد بشكل الحبوب . ثم انه منذ اليوم السادس لايبقي كريوأة سالمة والصباغ الحديدي يأخذ شكلاً حبوبياً وانحاً ضمن الحجرات المنضمة، والخالصه فانه قرب اليوم الخامس والعشرين شاهد ظهور بلورات الهاتويدين .

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

ان (كونكل) قطع شرايين الارنب دون قطع الجلد فشاهد داخل العقد المجاورة ظهور صباغ حديدي عبارة عن صباغ ترابي Pigment Ocre .

ان الكريوأة البيضاء التي تأخذ الصباغ بمحاء المحراق النزفي تدخل بالطرق اللفافية الى العقد ، فتعطيها اللون الاصفر الثبني . ان هذا اللون المشاهد بالعقد يعد دليلاً في تحري

وتعيين النزف القديم بعد وقوعه بزمن طويل .  
ويجب الذكر منعاً لكل التباس او تشويش بان بلورات الهاتويدن تشكل طبيعياً في الاجساد المنفوخة .

ب — الكدمات العميقة : سنتطرق في هذا البحث الي الكدمات العضية او بين العضية 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 في الاشخاص في حال حياتهم الانتقال الى الطبقات السطحية من الناحية التي توجد فيها ، وما عدا ذلك فبأمكنها الانتقال تبعاً لقانون الجاذبية العام ، ويمكنها اتباع استقامة الانسجة الاقل مقاومة ، حتى انه احياناً تكون هذه الاستقامة مضادة لهذا القانون .

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

ان الرض الواقع على لقمة انسية الفخذ يعقبها كدمة متصاعدة وعلى اللقمة المقابلة للقصبة يعقبها كدمة بالاستقامة المنعكسة وبسمانة الساق تتجه الى جانب المفصل فنتشر متساوية الى الاعلى والاسفل وفوق الالية تتصل بالفخذ وفي الناحية القطنية تمتد الى الحاصرة وكذلك من الظهر وجانبى الصدر تمتد الى الحاصرة ايضاً وفوق الثدي تسبق مستديرة وفي جانبي العنق تمتد الى الامام والاسفل وفي الجهة تصل الي الاجفان وفي قبة القحف تنزل الى النواحي الصدغية او النقرة ، الا انها تجتنب الانسجة الكثيفة والاقبل نفوذاً ، وفي الانصباب العميق في الاطراف وكتل الظهر لا تظهر في الجلد الا متأخرة في

اليوم الرابع او الخامس من الرض فالجلد الذي يبقى سالماً الى هذا الوقت يصبح باللون البنفسجي القاتم Livide او المرمرى Marbré او الاصفر او الازرق ، ولكن من النادر ظهور اللون البنفسجي في المبدأ ، تتضح من ظهور الانصباب العميق على الجلد كيفية بقائه سالماً بأحوال حصول الموت عقيب الرضوض الجسيمه التي تحدث الانصباب العميق وفي هذه الحال لا يمكن اظهارها الا بالشق الاصولي .

وما يجب الاهتمام به ، هو ان دم الانصباب العميق حينما يصادف مانعاً لا يقدر على اقتحام في بمره يجتمع في تلك النقطة ويشكل لمركزاً ثانياً فيتلون الجلد الذي يحاذيه وبهذه الصورة التشكل كقدمه جلديه عن مسافة بعيدة من نقطة تشكل الانصباب العميق ، وعلى تلك الصورة فان الانصباب العميق الكائن بأستواء الفخذ ينتقل الى الجانب الانسى من الركبة ويتلون جلد تلك الناحية دون ان يترك اثر المرمه . ان الكدمات الجلدية الحاصه من الانصباب العميق يمكن ان تبقى مدة طويلة جداً .

ان (هرره دولاتوش) شاهد حادثة دامت الكدمه الجلديه الناشئة عن كسر نهاية عظام عظم العضد فيها ستين يوماً و يروى حادثة اخري ماثلة شوهدت من قبل ( فولان دو بلاي ) .

### الحدبات الدموية ، المجامع الدموية ، الاورام الدموية

ان الدم الانصبابي بدلاً من ان يرتشح داخل الشبكات النجيه التي تحت الجلد ويشكل كدمه ، يمكن تحمعه ضمن حيب تحت الجلد ، يتشكل من انفصال الطبقة الجلدية ، فحينما يكون هذا المجموع بحجم صغير يسمى حبة دموية ، ومثل هذه الآفة يشاهد في الجهة عقيب ضرب او سقوط خفيف الاحمية في تلك الناحية ، ولما يكون جسيماً يشكّل الانصباب مجامع دموية او اوراماً دموية وقد يحصل هذا دائماً من الشدة القوية ، ان الدم المرتشح يمكن ان يتمص ولكن محتمل المكوث في الحيب مدة طويلة جداً .

### الانصباب المصلي تحت الجلد

في حوادث الانصباب الدموي العميق يختلط هذا 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 (موردل لاوالي) في سنة ١٨٣٥؛ ويحصل هذا الانصباب من التأثيرات الرضية الشديدة التي تؤثر بالتماس؛ وفي النوع الثامن من الاحدى عشرة واقعة التي ذكرها موردل لاوالي كان الانصباب ناتجاً عن مرور دواليب العجلات على الاطراف السفلية .

## ٤ - الجروح الرضية

الجروح الرضية تنجم عن سحق ، انفلاق او قلع الانسجة ووصافها الاناسية هي :

- ١ - ان تكون بشكل غير منتظم .
- ٢ - ان تكون ذات حافات غير متساوية ممزقة مخدشة ومنفصلة .
- ٣ - ان يكون قعر الجرح خشناً مسحوقاً و احياناً تبرز شريجات من الانسجة السالمة تكون بشكل لجام او جسر تتشكل على الاكثر من الاوعية السالمة الباقية .
- ان يكون الجلد منفصلاً بمجوار الجرح .
- ٥ - وجود انصباب دموي ينتشر عموماً بمخذاء الجرح .
- ٦ - 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 ومحدودب فينفلق بتأثير الصدمة كما يحدث بالجمجمة خاصة فينشق الجلد بعد الضرب الشديد بمصا 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 الي الخارج حين وقوع الصدمة او السقوط ... الخ على الحافة الحجاجيه . ان موضع واستقامة الجرح ذاته يساعدان على تفريقه من الجرح الحاصل من الخارج الى الداخل بألة قاطعه .

( فأرى من الواجب جلب الانتظار الى الاهتمام بصورة جديده في تفريق الجروح الرضية عن الجروح القاطعة في الرأس ، اذ الخطأ فيها يؤدي حتماً الى تضليل التحقيق ) .  
واضرب لذلك مثلاً : 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 الجمجمة فاذا بكسر خطي مستعرض في الناحية الجدارية الصدغية اليمنى بطول اثني عشر سانتراً يبتدي من قرب الدرز الكائن بين الجداريين متنبياً بالصفحة الصدغية وليس هناك ضياع مادة مافي حافتي الكسر العظمي في الصحائف الداخليه او الخارجيه مما يؤيد حصوله من تفرقع الجمجمة بتأثير الضغط الشديد عليها بأستقامة قطرها المستعرض ؛ وكان المظنون ان القائل اثنان مسلحان احدهما بفاس والاخر بعمود خشبي . وكان الطيب المعين الاول قد بين في تقريره وجود جرح قاطع في الناحية الجدارية اليمنى بطول سبعة سانترات ، لم يذكر استقامته ، ولدي الاستفسار افاد ان هذا الجرح كان متجهماً من الامام الى الخلف معارضاً لاستقامة الكسر العظمي ، فمن ذلك ومن الاوصاف الكسرية الملبنة آنفاً ومن ذكره الانصباب الدموي والكدمات فقد ايقنت ان تشخيصه كان خطأ وان الجرح هو من منشأ رضى وان الآلة هي آلة رضيه تماثل كالعמוד الخشبي والعصا الغليظه... الخ ولا دخل للفاس فيها . )

### ٥ - الكسر والخلع

يمكن حدوث الكسر والخلع في جميع انواع الرضوض . كما انها تحصل ايضاً من تأثير الآلات التي تؤثر بـ سطح 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 وبالاتراف... الخ

### جرح الاقسام الرخوة ، تمزق الاعضاء الداخلية

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

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

### نماذج الرضوض السريرية

ان الآفات الاساسيه للرضوض السالفة الذكر تتحد بصورة مختلفة لتوليد نماذج كثيرة النوع جداً مما يوافق ميخانيكيات الرضوض المختلفة والمتنوعة كثيراً

١ - الجروح الحاصلة من يدي ورجلي الانسان

٢ - الجروح التي تحصل الانسان البشرية او الحيوانيه (عض)

٣ - الجروح التي تحصل من الآلات الرضيه المختلفة

٤ - الاقتلاع الذي توقعه الآلات الصناعيه خاصة

٥ - الدهس والاصطدام

٦ - الجروح التي تحصل من السقوط

وسند بحث بالتتابع عن تأثير اليدين والضرب بالقدم .

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

التضييق : ان التضييق يحصل خاصة بلب الاصابع فيحدث كدمات مستديرة تشابه 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 الاكبر في العضدين والساعدين ( وهذا يحدث من قبض لتعدي على عضد المغدور وساعديه ) .

ب - الاقتلاع الذي تحدته اليدان يشاهد خاصة في الاعضاء التناسلية والعيون (قتل او قلع الحصيتين والقضيب ، اقتلاع العيون من الاجواف الجاحية) .

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

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

آ - ان نموذج جروح الاظافر هو السحج الذي اما ان يكون ذا شكل نصف هلالى او غير نموذجى اعني خموشاً بشكل خطى ، او التسحج في الاشخاص بالارتشاح فيشكل قشرة وفي الاجساد الميتة يحف كما ذكر سابقاً .

ان ضرب الاظافر في حالة الدفاع توجه الى وجه ويد المعتدي ، واما ضرب الاظافر في حالة الهجوم فيشاهد في العنق والفوهات التنفسية (الحنق بسد الفوهات التنفسية) خاصة .  
ب - ضرب بالقدم : ان ضرب القدم يحدث السحج ، الكدمات السطحية ، (وبأكثر سهولة من قبضة اليد) والآفات الويليه 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 يلقى 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 تحدد 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 (بروآردل) هذه الحادثة المفيدة : وهي قتل السيده . . . . . ي التي عضت فاتها بيده وان القاتل كان لأزراً بالفرار الى الديار الاجنبية فالتى 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 والاتف والاذن ، وهذا



النوع من العض يرتكبه بعض الرعاع في اوروپا، وقد ذكر (هوفمان) مشاهدة عدة وقائع عض وقلم صيوان الاذن وذلك حينما كان يدرس في (اينسبروك) في المنازعات التي حدثت بين فلاحى وادي التيرول، فكانت حافات الجروح التزفيه 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 العضوض من قبل الرعاع . (ومما يسترعي الاهتمام هو التأثيرات الانتانية التي تحصل من عض الانسان فقد شاهدت حادثي عض احدهما في الاصبع المتوسط من اليد اليسرى في قروي من قضاء ادلب اتجت عوارض التهابيه انتهت ببتنر الاصبع المذكور . والثانية بشخص من بيوت السريان الحشيبه عض بجدبة تينار الكبيره من اليد اليسرى فحصل فلغمون انتشر بامتداد الساعد المذكور، الا انه بالتداوى الدقيق شفى من ذلك) .

عض الحيوانات — يكون في الاحوال المعتادة من الحيوانات الاهليه وخاصة الكلاب والحيل . ان هذا العض يختلف وبالته ، وتترك على الاكثر آثاراً مميزة . وبعض الكلاب تؤثر الانياب : كالات الواخذ الاسطوانيه المخروطية وتترك انطباعاً خاصاً ممتازاً عن بقية الاسنان .

ان (كوتانى) استفاد بقضية جنائية من الانطباعات السنية التي اوقعتها الحيوانات في الجسد العضوض 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 في ركبته فأوقف الجاني وبركبته ثلاث نقاط مثلثة الشكل احدها ذات سحج مع نزف جزئى والاخرى متكدمتان ليس الا وان المتهم اعترف بان الآفات الموجودة بركبته ناشئة عن عض كلب ، لكنه ادعى بان تلك العضات حاصلة من كلب كبير (ترنوو) منذ يومين فأخذت الانطباعات السنية للكلب لولو والكلب المدعى بانه العاض فأثبت كوتانى بان 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 لملك (لولو) لالفك 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 - جروح الآلات الرضية 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 الحجاج (صفايح يابسه بارشهمينه) وكدمات سطحية حتى الكسور وتفتت العظام وعلى الاخص الجمجمة والوجه .

ان الآفات تنحصر بمواقع تأثير الآلة ومع ذلك فانها تكون على الاكثر متعددة بتكرار تأثير الرض ويكون شكل هذه الآفات عادة غير منتظم كالألة التي تحدثها ولا يمكن الاستدلال على شكل الآلة ، ولكن احياناً ما تكون الآلات بشكل معين فالآفات تكون منطبقة الشكل عليها سواء في سطح الجلد (صفيحة بارشهمينه ، كدمه او جريحه) او بالعظام وخاصة بالجمجمة .

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

### ٧ - الاقتلاع

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

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 العانة جداً فعلق من اسفل رداءه ثم من عانته فاقطع جلد الناحية الخلفية والصفن والقضيب كافة ) . ان جروح القلع تدمم 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 الاتحار ، فيلقى الشخص بنفسه تحت دوالب آلة ثقيلة ، او يمدد فوق الحطوط الحديدية لتدهسه عرباتها ... الخ .

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

وبأحوال الدهس والاصطدام يبقى الجسم على الاكثر مضغوطاً بين قوتين :

هما الكتلة الداهسة او الصادمة من جهة والتراب او الحائط من جهة اخرى .

فهذه الكيفية وشدة الصدمة بأحوال الاصطدام التي يكون الجسم فيها غير مستند الى

شئ يتضح معها معظم وخامة الآفات .

ان الآفات هنا هي محدودة ، محصورة بسطح الرض ، غير ان بين آثارها الجلدية القليلة

الاهمية وبين شدتها داخل البدن تضاد ظاهر .

ان جميع المؤلفين اتفقوا على عدم اهمية الآفات الجلدية على الاكثر حتى بالوقائع الوحشية

جداً . وقال تارديو عندما تمر العجلة فوق البدن لا تترك على الاكثر اثاراً خارجية او قد

ترك انطباعاً خفيفاً .

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

( مشاهدته : دعيت لمعاينة امرأة دهست بالقاطره الكمبر بأبيه في ساحة باب الفرع فشاهدتها ممددة على خط الترام الحديدي ولم اشاهد فيها آثار خارجيه سوى 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 بامتداد ستة سانترات والجدار باقياً على التصاقه بالطبقة الجلديه فقط يشابه انقطاعه سلعناً تشريحياً دقيقاً جداً . كما ان الاحشاء البطنييه ( الامعاء ) مقطوعه الى قسمين بمقاطع منتظمة جداً والقسم الموافق للعمود القطني مسحوقه بشكل غبار عظمي وان هذه المسافه كانت مطابقة لعرض خط الترام ، مع انه لم يظهر في الجلد الخارجي اقل تغير . وعلى الأكثر يقتلع بعض الاقسام الكاملة من البدن حتى الرأس كما يشاهد حينما يؤخذ الرأس بين الخطوط الحديديه ودواليب اللوقوموتيف او قاطرات السنكه الحديديه مثلاً .

واحدى هذه الآفات الصريحه والمميزه ، هي انفصال الجلد اذ يصبح مقلو عامن الطبقات التي تحت الجلد بامتداد متسع بمسافة طرف كامل مثلاً ، وهذه الآفة تحصل بالخاصة بمرور دولاب آلة ثقيلة تتماس مع البدن وان الجيب يمتلي من الدم الحاصل من تفتت الاقسام المجروره « واحياناً يحدث ايضاً احد الانصبابات المصلية التي بينها مورده ل لا والي وان هذه الانصبابات تشاهد بأحوال الدهس بمرور الدولاب فوق البدن ووقائع الدهس يكون النزف ، على الاكثر ، جزئياً وهذه الحالة الخصوصية تشاهد في احوال حدوث آفة دماغية جسيمه « تفتت الجمجمة والدماغ » وتقطع او تقتلع القلب والتي تسبب انقطاع الدوران وفي ذلك يتضح بسهولة عدم حدوث النزف

بكثرة وتحديد الجزئي .

## ٩ - السقوط

ان حوادث السقوط قسماً : السقوط الخفيف ، والسقوط من محل مرتفع .  
 آ - 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 صفائح يابسه بارشهمينه » ، كدمات او حدمات 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 باعتبارها آفات حاصلة بدون اسباب .

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

ولهذا النوع بنظر الطب العدلي اهمية 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 شئ 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 خاصة في الجمجمة والحوصلة والعمود الفقري والصدر فالجمجمة اما ان تصطدم رأساً وتنكسر بدون واسطه او تنكسر بتداخل العمود الفقري بالسقوط على الاقدام ، والحوصلة تنكسر بدون واسطه 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 ويليها الطحال ، الدماغ ولكن الرئتين 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 يتدلي بشدة محالاً ترك موقعه الطبيعي ، فيقذف بنفسه الى الاعضاء المجاورة او جدران الاجواف الحشوية 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 الجمجمة كما تحلّي الوقائع المعجبية المنقولة من وير واليك هي :

١ — ان امرأة هي في الشهر الثامن من الحمل التت 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 ، التت بنفسها من الطبقة السادسة ، فتفتتت الجمجمة وانكسرت عدة اضلاع ، غير ان الاحشاء البطنية بقيت سالمة ما عدا الرحم الذي 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 بأعمدة العصب الوركي والاوعية الكبيرة وبالخلايا العضلية وفوق الحجاب الحاجز هي ايضاً نتيجة الارتجاج العمومي . وبأحوال السقوط من محل مرتفع جداً ، فوق تراب رخو او مانع الاستيق كالقماش القوي والمشدود لا يشاهد آفات البتة :

هذا وان وير قد نقل حادثين طريفتين من هذا النوع ؛ منها حادثة شخص السقي

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

## القسم الثالث

### نتائج الجروح العامة والموضعية

ان نتائج الجروح متنوعة كثيراً ، فعلى الطبيب العدلي ان يدرسها جيداً كي يتيسر له اعطاء الاجوبة المقتضية على الاسئلة التي توجه اليه بهذه الوقائع ، ولذلك يقتضى :  
اولاً - فحص الجروح بكل عضو على حده ، وصف الآفات التي تحصل بالعضو بالوسائط الجرحية المختلفة ، تقدير الاخطار الآتية او المستقبلية لتلك الآفات : وفي 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 فيتشكل في هذه الحال آفة متفرقة يجدر بها ان تسمى مرضاً جرحياً ؛

ثانياً : وعدا ذلك فان تأثيرات الجروح لا تنحصر بالآفات الموضعية ، بل يمكن ان تولد حادثات مرضية عامة متنوعة ومنها ما يكون خاصاً بالامراض الجرحية ، والموت الذي يحصل من الجروح يجب تتبعه يبحث خاص .

فعليه يقتضى تضيف نتائج الجروح العامة بثلاثة اشكال :

١ - الجروح والآفات الجرحية الموضعية

٢ - الآفات الجرحية العامة

٣ - الموت من الجروح

### الجروح والآفات الجرحية الموضعية

يقتضى مطالعة الجروح والآفات الجرحية الموضعية بكل من اقسام البدن على حده :

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

آ - جروح المجممه

ان جروح المجممه تحتوي على :

١ - جروح الاقسام الرخوة ٢ - جروح هيكل المجممه ٣ - جروح السحايا

والدماغ .

١ - جروح الاقسام الرخوة : ليس لجروح الاقسام الرخوة اهمية كبيرة بنظر

الطب العدلي ، فيكفي الطبيب العدلي ان يذكر الملاحظات الآتية :

١ - ان الجروح الرضية بالجلد ذي الشعر تعرض بوضوح ظاهر كما سبق ذكره في

مبحثه الخاص يحتمل معه اعتبارها كجروح آلات قاطعة

٢ - ان الانصباب الدموي تحت الجلد يتوسع بسهولة بالنظر الى رخاوة النسيج الحجروي

في هذه الناحية .

٣ - كثيراً ما يصادف في الاجساد الميتة من الجروح الرضية والانصباب الدموي في

الجلد ذي الشعر وينشأ ذلك عن سقوط عارضى يتقدم الموت ، او بالاحري عن سقوط ناشئ

من اصابة المصاب بجرح مميت في عضو غير المجممه ، فيجب الاتباه لذلك واجتناب الخطأ

من اعتبار مثل هذه الآفات كضرب مستقل بذاته مما يشوش سير التحقيق .

٢ - جروح هيكل المجممه - كسور المجممه : ان المجممه تنكسر بتأثير الآلات

الواخذه والآلات القاطعة والراضه والاسلحة النارية والآلات الراضه .

١ - جروح الآلات الواخذه : ان الآلات الواخذه تحدث على العموم كسراً ذا

فرجة بالصفحة العظمية الخارجيه او بسمك العظم ، او فوهات مستديرة او ذات زاوية ،

وان الضياع العظمي يشابه شكل الآلة التي احدثته ، ويشاهد احياناً شظايا عظميه بالصفحة

الداخلية او الخارجيه وفي بعض الاحيان يشاهد تمادي نهاية تفرق الاتصال العظمي بشقوق

كبيرة .

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



سطحياً بالصفحة الخارجية ، فيحصل مقطع عظمي تام بشكل مخروطي لما يكون مستقيماً ، وترافقه شريحة عظمية على الأكثر لما يكون منحرفاً كضرب السيف مثلاً . وعندما تكون الآلة راضة أكثر منها قاطعة ، فإن الآفات العظمية آنثذ تشابه الآفات التي تحصل من الآلات الراضة .

٣ — جروح الآلات النارية : ان الآفات التي تحصل في الجمجمة من عموم الآلات النارية سهلة التفسير والتشخيص . وهي :

١ — كسور غير تامة بلا واسطه .

٢ — كسور تامة او ثقب او ثقب بلا واسطه .

٣ — كسور بالواسطه .

أ — الكسور غير التامة بلا واسطه : هي عبارة عن الكسور المنفردة للصفحة الداخلية الحاصلة من اصطدام المرمي بالجمجمة حال التماس او عن اصطدام حربي ميت بجدار الجمجمة . ان هذه الكسور المنفردة للصفحة الداخلية بتأثير الصدمة الخارجية على الجمجمة لا تحصل بسبب انكسار هذه الصفحة ، بل من التضييق الداخلي ، اذ الكسر لا يحصل بنقطة الاصطدام ، بل بالمحل الذي يحدث فيه تأثير الانسباط .

ب — ان الكسور التامة او الثقوب تظهر بعد اشكال ، فاحياناً يشاهد ثقب صغير بسيط كالذي يحصل من المسدسات الصغيرة ، ولكن الضياع المادى العظمي (اي الثقوب) يترافق عادة مع شقوق شعاعية ممتدة من الثقب ويرافقه على الأكثر أيضاً بانفصال شظايا عظمية يجرها المرمي بامتداد سيره .

ان الثقوب تكون منفردة عندما ينفذ المرمي الى جوف القحف من جهة ويخرج من اخرى ، والثقوب القحفية تكون تابعة لقاعدة مستقرة لاستثناء لها ، وهو انه عندما يتقب احد عظام القحف يظهر في الصفحة العظمية التي يصددها المرمي ، واولا ثقب هو اصغر من الثقب الذي يحصل بالصفحة التي يصطدم بها هذا المرمي ثانياً وعليه فان المسير الذي يتقب العظم هو بشكل مخروطي يشعير بمعبر المرمي ويعقبه بسير توسعه .

ج — الكسور بالواسطه : هي الكسور المنتشرة رأساً من قبة الجمجمة الى قاعدتها حسب

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

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

١ — الكسور ذات المحراق

٢ — الكسور ذات الشعاعات الكبيرة

أ — الكسور ذات المحراق : تشاهد في القاعدة أكثر منها في قبة الجمجمه وان كسور  
القاعدة تحصل بالميكانيكية بالواسطه وهنا يجب ذكر الكسر بالضغط الذي يحدث عقب  
سقوط الشخص على قدميه او يتيهه ، او من سقوط جسم ثقيل على رأسه ، فالكسر آتذ  
يكون حول الثقب القفوي . ان كسور قبة الجمجمه ذات المحراق هامة جداً ، وتعتبر  
دليلاً شبه قاطع على تأثير شدة ضرب محدودة وبلا واسطه ، كتأثير الآلات الرضه  
(مطرقة... الخ) مثلاً على القبة ، فهذه الكسور تكون تامه او غير تامه . ان الكسور  
غير التامه تحدث بصفحة واحدة وخاصة بالصفحة الداخلية حسب الميكانيكية 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 — الكسور غير المنتظمة : تكون احياناً بشكل نجمة و احياناً بشكل مفتت ذي  
قطع متعدده ناشئة عن تفرقع قسم محدود من الجمجمه ونموذج هذا الشكل الاخير يشاهد  
يكسور الصفحة السفلية لعظم الصدغي ، ولا يمكن استنتاج شكل الآلة المحدثة لهذه الكسور  
من اشكالها ، ولكن يوثق من ان الآلة قد أثرت على سطح واسع وفي حالة التفرقع تكون  
الشدة اموضعية عظيمة جداً ، ويجب ان يستثنى من ذلك سائر الوقائع التي يحدث فيها الضرب  
على سطح عظم سهل الانكسار كالعظم الصدغي ، اذ ينكسر بضر ب خفيف .

ب — الكسور الشكليه المنتظمة : تحصل من الآلات الراضه ذات السطح الصغير  
(كالطرقة) او بالآلات ذات السطح الواسع التي تؤثر بقسم من سطحها . و احياناً تشاهد  
في هذه الكسور القطعة العظمية المكسوره مقلوعة اي منفصله عن الاقسام المجاوره ، و احياناً

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 المنتظمة 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 بشكابه للمقصبه Terasse وفي هذا النوع تكون القطعة العظمية 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 المقصبه تحصل بتأثير الآله الراضه المستديره او المربعة او المثلثة . . . الخ (ذات الاضلاع *à Arêtes Marginales* بقوة تأثيرها حال انحرافها بضعها او بأحدى زواياها اولاً ، وبقسم من سطحها فقط على الجمجمه .

وبناءً على ذلك فانه اذا ضرب بأحدى زوايا المطرقة المربعة يحصل كسر مقصي 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 مقصي الشكل تطابق حافته المنخفضة لتأثير البروز . . . الخ .

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

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

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

ان هذه الكسور تشكل من شقوق طويلة متعددة ومتشعبة بمسيرها تمتد من القبة الى قاعدة الجمجمة التي توجد متشققة كلها او قسماً منها بأستقامة مستطيلة او مستعرضة • ان الطبقة المتوسطة هي الموقع المنتخب لهذه الشعاعات الكسرية الكبيرة التي تصيب الصخرة اعتيادياً ، وتحصل بالانتشار او بالانفلاق •

ان هذه الكسور تشأ عن تضيق آني وشديد على الجمجمة بعامل خارجي مختلف ، كضرب بلا واسطه ، اصطدام ••• الخ ، وتكون الشدة قوية وسطح التضيق واسعاً ، فالجمجمة تتفرقع كالبلندق المضغوط بين الاصابع ، والتفرقع لا يبدأ من قطب التضيق من نقطة استوائية ، كما ان الخطاوط الخطوط الكسرية تتجه من جهة نحو قطب التضيق ، 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 اراس تحدث الشعاعات نحو القاعدة احياناً وخاصة بأستقامة مستعرضه واحياناً بأستقامة عمودية ، وان الشدائد التي تطبق على الصدغ تحدث شعاعات مستعرضه تتجه نحو الطبقة المتوسطة لقاعدة الجمجمة خاصة ، وهنالك تسير موازيه لمحور الصخرة ، ولكن يمكن أيضاً اتجاهاها نحو الطبقة الامامية او الخلفية ، والشدائد التي تطبق على الجهة تتشع طولانياً او منحرفة فوق الطبقة المتوسطة ، قاطعاً الصخرة عمودياً

ويصادف أيضاً عندما تكون الشدائد جانبيه ومنحرفة لشعاعات ذات زاوية ، تمر بقاعدة الجمجمة من جانب الى آخر

ان نقطة تطبيق الشدة الاولى تمتاز على الاكثر ، بوجود محراق كسري ، تشعب منه الشعاعات الكسرية ولكن يمكن ان تبقى نقطة تطبيق الشدة سالمة من الافات العظمية

وفي هذه الحال تشخص نقطة تطبيق الشدة بالآفات الموضعية للاقسام الرخوة ( جرح رضي، كدمة تحت او فوق الغشاء الذي هو فوق القحف) .

وان ( كوربر ) قد قام بالتجارب لتثبيت العلام التي تساعد في معاينات الشعاعات الكسرية البسيطة ، على تعيين ، ما اذا كان التضييق وحيد الجانب او ذا الجانبين ، بأجراً التضييق على جانب الرأس عندما يكون موضوعاً على سطح مقاوم يعادل طبيعياً 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 وهناك يحصل التفرق الاتصالي بأعظمه ويتهى بالقاعدة من طرف واحد ، وليس لعلامة كوربر هذه قيمة مطلقة .

ومن نتائج الاستيقية العجيبة في الجمجمه هو ان الحوافي الكسرية ، تعاد الى حالتها آتياً بعد تفرقها ، ويمكنها في هذه الحال الضغط على الاجساد الاجنبية بصورة مطلقه كاشعار التي تدخل بين حافتي الجرح العظمي عند حصوله ، فلهذه الخاصه اهمية كبرى بالكشوف المتأخرة حيث لا يبقى سوى العظام فيثبت بذلك انه حين حصول الكسر يكون قد حصل جرح في الاقسام الرخوة التي تستره .

٣ — جروح السحايا والدماع . ان الآفات والعلام السريرية التي تحصل من جروح السحايا والدماع متعددة ، انما المهم منها بنظر الطب العدلي :

١ — تشريحياً : آ - الرض الدماغي ؛ ب - النزف داخل القحف  
٢ — سريرياً ، آ - ارتجاج الدماغ ، تضييق الدماغ ، التشويش الروحي ، كفاة العلام المتقدمة او المتأخرة ؛ ب - الامراض العقلية Psychoses ، الفالج العام ، التهاب السحايا المتضخمه Pachymeningite ، الاختلاطات الانتانية .

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

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

أحياناً 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 ففي القسم الاول يكون الرض بسبب بلا واسطة وفي القسم الثاني يكون بسبب بالواسطة ويتضح ذلك خاصة من نظرية الصدمة الدماغية الشوكية للمؤلف « دوردت Durets » كما هو الحال بالرجفان الدماغى ، اذ ان الرض الدماغى هو درجة مرتفعة عنه .

ان محاريق الرض تتوضع في القشر الدماغى خاصة والنواحي المتجهة هي الفصوص الامامية ، القرون الوتدية ، والناحية الصدغية الجدارية ، احياناً ومن النادر ان يكون محراق الرض عميقاً في الجسم المخطط ، الجسم الثفنى او المركز البيضى ، واما توضع المحاريق الرضية في المخيخ والبصلة السيسائية والحلبة الخلفية لهو من اندر النواذر .

ان تشخيص الرض الدماغى سهل ، لانه يمتاز بوجود سلسله نقاط حمر ناشئة اما عن توسع وعائى بسيط ، او عن تمزق الاوعيه التشريعية الصغيرة مع خروج علقات صغيرة منتشرة بشكل نقاط حمراء اقل او كثر اهدادها ، بالمادة التشريعية 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 وتفتت المادة التشريعية التي تشكل مادة عجيانية بلون حثالة النيذ من اختلاط المادة الدماغية بالدم ان اتساع تخريب محراق الرض يختلف من صفيحة سطحية حتى فصص بأكماله ( او نصف كرة بتمامها ) .

ان آفات ام الرقيقة تستقر دائماً فوق محراق الرض الدماغى ، وسعة هذه الآفات ووخامتها يتناسبان مع رض المادة الدماغية ، فيوجد اما بضع كدمات جاورسيه واما كدمات قليلة الاتساع او كثيرته 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 الجمجمة بتأثير الآلات الراضه بلا واسطة او من السقوط من محل مرتفع اكثر من الآلات الواخذة والمرامي النارية .

٣ - 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 - النزف الآتي . ٢ - النزف المتأخر .

١ - النزف الآتي : ان النزف الآتي يحصل من يتابع مختلفة : اوعية الجدار ، شرايين واوردة السحايا ، جيوب ام الصلبة ، ووعية ام الرقيقة .

وان النزف لا يحصل من هذه الينابيع بنسبة متساوية ، فييري 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 وواحدة منها نزف اوعية النسيج الإسفنجي بين الصفيحتين . وفي جدول احصاء حديث لذكور بيير فان النتائج تقارب الاولى ، اذ في ٣٥ حادثة تمزقت اوعية السحايا المتوسطة وفي ٣٠ حادثة تمزقت اوعية ام الرقيقة وفي ٩ حادئات تمزقت جيوب ام الصلبة وفي ٣ حادئات تمزقت الاوعية الداخلية للدماغ وفي ٥ حادئات عن التهاب السحايا المتضخمه .

ان النزف داخل القحف ينقسم حسب مواقعه التشرحيه الى :

١ - النزف خارج ام الصلبة

٢ - النزف تحت ام الصلبة او السحائي الخاص

٣ - النزف الدماغي

٤ - النزف البطيني

ولما يكون النزف مبدولاً يتجاوز حدوده الابتدائية ويشغل دفعة واحدة نواحي متعددة

مما ذكرنا آنفاً . وعلى ذلك يمكن للنزف الدماغي ان يمزق المادة العصبية ويحدث انصباباً خارجياً ويصبح نزفاً دماغياً سحائباً وبأمكن النزف السحائي ايضاً ان يحفر محرقاً داخل الجملة العصبية المجاورة . الخ . ولكن يمكن دائماً اكتشاف التوضع الابتدائي .

آ - النزف خارج ام الصلبة : ان منشأ هذا النزف :

١ - جرح الجيوب ، ٢ - جرح او عية السحايا

ان النزف الذي يحصل من جرح الجيوب ( الجيب الطولاني العلوي ، جيوب الجانيه وجمع هروفيلي ، الجيب الكهفي ) ليس لها قيمة طبية عدلية هامة .  
ان النزف الذي يحصل من تمزق او عية 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 الاميه المتوسطه ، وهناك تكون هذه الشعب المتصاعدة فوق الجدار الداخلي لعظام قبة الجمجمة بالانخفاضات المشابهة لورق التين ، وهذا الشكل النزفي يستحق اهتمامنا وبهذه الاحوال يكون النزف فوق ام الصلبة .  
ان موقع الانصباب الدموي يوافق الشعبة المنقسمة ويكون اما صدعياً جدارياً الذي يصادف على الاكثر واما جدارياً قفويماً ، وذلك نادراً ، واما ان يكون جبهياً جدارياً وذلك استثناءً .

ان الورم الدموي المتشكل من الدم المرتشح بين ام الصلبة والعظم يشابه ( فرانجوله ) ، خبز صمن او بفساط ، 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 المساه من قبل جيران مارشان المنطقة القابلة للانفصال 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 - ١٠ سانتراً ارتفاعاً و ٨ - ٩ سانتراً طولاً و ٦ - ٧ سانتراً ثخناً ، وتضييق الورم الدموي يحدث حفرة محدودبه قليلاً في الدماغ ، وان الورم الدموي يتشكل من دم متحشر بقوة ويكون



قابلاً للقلع بشكل كتلة علقية كبيرة ويشاهد دائماً قليل من المايح الدموي . ويشاهد تمزق الشريان السحائي المتوسط بالرضوض التحفية . وعدا ذلك فانه يوجد معه اعتيادياً كسر في الناحية الصدغية الجدارية وهو الذي يوضح اسباب النزف عفوياً ، وقد يشاهد ايضاً ( وان يكن استثناءً ) 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 — النزف السحائي تحت ام الصلبة : ينتج من تمزق او عية 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 مميزة — جروح الاقسام الرخوة ، كسور الجمجمة ، رضوض الدماغ — وتكون اساساً لتشخيص منشأها ، و احياناً يكون اعم 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 .

فعلي 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 ، والتثبيت من عدم وجود سبب عادي للنزف السحائي وآفات في الشرايين السحائية والدماغية ، لامكان وضع تشخيص المنشأ الرضي . وبدون هذه المشاهدات اثبتته فان الطبيب العدلي يحجم عن اعطاء تقريره بالنتيجة .

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

ث - النزف الدماغى والبطينى - يحصل من تمزق اوعية ام الرقيقة سواء بسيرها في  
سطح الدماغ او داخل البطينات . ان النزف الدماغى الرضى يتشكل احيانا من عدة محاريق  
بججم مختلف و احيانا من محراق منفرد بسمك الدماغ والمحراق النزفي يكون تارة بشكل  
متكيس مائع او هلام زهري وطورا يكون بشكل عجيني اسود وذلك عندما تختلط المادة  
الدماغية المتفتتة بالدم .

ان النزف الدماغى يكون معه عادة كسور الجمجمة ولكن يمكن وجوده احيانا دون  
كسر الجمجمة ، وان المشاهدين الآتين المنقولين عن ( كوكل ) يؤيدان ذلك :

اولاها : سقط انسان من علو شاهق ، فلم تنكسر الجمجمة ولكن وجد في المادة  
البيضاء لنصف الكرتين وفي الكتلة العنقيه محاريق نزفيه محدودة وبججم حبة الفاصوليا .  
والثانية : رجل يبلغ من العمر ٢٦ عاماً في حال الصحة الكاملة سقط على الارض زالقاً  
بقدميه على الرصيف المستور بسطح زجاجي ناعم فاصطدم اصطداماً شديداً في الناحية الخلفية  
وتوفى بأقل من عشر ساعات وبفتح الجسد شوهد انتشار نزفي سحائي جهبي ومحراق نزفي  
حديث بججم التفاح بالفص الجهبي الايسر . الا انه لم يشاهد في الناحية الخلفية غير انتشار  
دموي تحت الجلد بججم ربع ريال مجيدي ، كما انه لم يشاهد في الجمجمة جروح ولا تصاب  
في الشرايين .

ان تشخيص المنشأ الرضى بالنزف الدماغى هو سهل عندما يوجد في الجمجمة كسر ومن  
المحتمل حينها تفقد تفصيلات الحادث ان يخطئ الطبيب العدلي بتشخيصه ، اذ يصاب الشخص  
بالنزف الدماغى الآتى فيسقط على الارض عرضاً بتأثير هذا النزف فيتسبب عن هذا السقوط  
كسر في الجمجمة . وفي وقائع النزف الدماغى التي يرافقها كسر الجمجمة يكون تشخيص  
المنشأ الرضى صعباً جداً ، ففي مثل هذه الاحوال يقتضى مراعاة المواد الآتية :

١ العناصر المثبتة لآثار الجبر الخارجي : جرح رضى في الجلد الشعر ، انصباب دموي فوق وتحت القحف والداخل ( النزف السحائي والرضى الدماغى ) فى الجمجمه .

٢ — العناصر المنفيه : فقدان الآفات انشريانيه الدماغيه ، وفقدان الآفات العضويه الكليويه القلبية التى توجد اساسياً بوقائع النزف الدماغى الآتى ، وعلاوة على ذلك يمكن القول بان الحراق الجسمى المنفرد بموضع منتخب يكون غالباً دليلاً على النزف الآتى وان المحارق المتعدده والمتشتره تعد غالباً دليلاً على الرضى .

ويجب ان لا يغرب عن بال الطبيب العدىلى عندما تكون تفاصيل الحادث مفقوده ، انه يحتمل حدوث النزف الآتى الذى يولده السقوط وتكون من نتيجته جروح الاقسام الرخوة .

ب — النزف المتأخر : لا يمكن التردد بإمكان حصول النزف داخل الجمجمه الذى يحصل فى الاشخاص المصابين برضى الجمجمه بعد مرور مدة متحولة ، الشابته بالمعاينة السريره والمبذل القطنى او بعملية فتح الميت . وهذا معروف ومعلوم من القديم غير ان الذى جلب الانظار الى هذه الوقائع هو ( بولنجر ) بمخطره التى صدرت سنة ١٨٩١ بكتاب يوبيل ( فيرهوف ) الذهبى وفى ذلك الوقت ابتكر فكرة النزف داخل القحف المتأخر مما احدث بعض الضججه . وقد اوضح ( بولنجر ) ميخانيكية حصول النزف القحفى المتأخر عن رضى متقدم كما يأتى ، ان الرجفان الدماغى الحاصل من الرضى يحدث حسب نظرية ( دوردت ) رضواً معها انصباب دموي صغير وتمزقات المادة الدماغيه بزمين البطين الرابع وفوق جدران فرجه سيلويوس فيحدث بالمواقع المروضه استحالة تخر من التلين ، فالنسيج الدماغى المنخر لا يحجرى تأثيره الطبيعى على الاوعية وهذه لا يمكنها مقاومة التضيق فتنفجر بنسبة التغير الحاصل قبلاً او الذى يحصل بسير التغير الواقع .

وان تكن فكرة بولنجر قد وجدت مجديها ، غير ان ( لانكرهانس ) قد نفاه ، اذ اثبت عدم صحة نظرية بولنجر بنقطة نظر التشرىح المرضى واحتذى حدوه ( موناكوف ) واخيراً ( اسراييل ) ايضاً الذى يستبعد حصول النزف الدماغى المتأخر دون وقوع رضى حديث وبعض المؤلفين اسند حصول السكتة المتأخرة للتفسيرات 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 دقت جيداً يتضح انها هي النزوف السحائية الحقيقية او النزوف تحت ام الصلبة وقد ذكر ( نه تيمن مارتن وبول ريبير ) بتميجه تدقيقها النزوف الدماغية الرضيه ثلاث عشرة حادثة ثبتت حقيقتها بعملية تنقيب القحف او بعملية فتح الميت ، وظهر لها بأنه في مبدء السكتة المتأخرة يكون مبحث النزوف السحائية « هو الوحيد الذي لا يرب فيه في التأثير الرضى الصحيح » واليك الحادثة الآتية المنقولة عن ( ماير ) كأموزج لذلك .

شخص بالغ من العمر ٤٢ سنة ، سقط على رأسه فأضاع شعوره مدة نصف ساعة بصداع يغيب ويعود بين الآونة والاخرى ومع ذلك فقد تمكن الجريح من مزاوله عمله مدة ثلاثة اسابيع ثم اشتد الصداع وتشوش عقله وضعفت ادراكه العقلية واصيب بسلس البول والانتباض والسنة ( نعاس ) وفي ظرف بضعة ايام - اصيب بفالج النصفي الايسر مع علامة ( بانسكي ) ، ولما اجريت له عملية تنقيب القحف ظهر ورم دموي واسع تحت ام الصلبة ساتراً كافة نصف الكرة الدماغية اليمنى ، وقد توفي من التهاب السحايا الصديديه بعد ثلاثة عشر يوماً .

وغير الانواع التشريحية المصادفة بالمشاهدات المنتشرة هي على رأي ( مارتن وريبير ) :  
النزوف السحائية المشتركة مع النزوف الدماغية . وقد ذكر منها حادثين معتبرين احدهما معزوه الى بولنجر والثانيه الى ميشيل : النزوف الدماغية القشرية ( وهذا النوع نادر ايضاً ) غير ان الحادثة الاساسيه المنقولة عن ( شتاومان ) تثبت حقيقة وجود النزوف الدماغية المركزي خاصة وقد نشر عدة حوادث من هذا النوع منها ما تأيد بالتشخيص السريري ومنها ما ثبت بعملية فتح الميت ، وبأكثرية هذه الوقائع يوجد من العوامل المسببه التي تتساقق بنسبة واسعة مع الرض ، آفات شريانية قديمة ، آفات قلبية وعائية ، آفات كليوية . . . الخ .

الخلاصة — ان النزف الداخل القحف الرضى المتأخر لا ينكر فناً مهما كان نادراً وان

اوثق الحوادث هي العائدة للنزف السحائي وان النزوف الموضعية بغير المواضع التشريحية يلتبس منشأؤها بالعوامل المشاهدة بالنزوف الآتية ويجب تنقيد المنشأ الرضي والتقييد بتثبيته .

وبالتطبيقات العدلية لاجل وضع التشخيص للمنشأ الرضي للنزف المتأخر الداخل القحف يجب اتباع القواعد الآتية :

آ — يجب التيقن من وجود النزف ؛ اعني يجب تثبيته تشريحياً او بعمل آخر لا يمتثل الاشتباه (نتيجة البذل القطعي او ثقيب القحف) وهذا الشرط يكون مفقوداً بعدة وقائع مقبولة على العمياء كحادث نزف دماغي رضي متأخر .

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

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

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

٣ — الارتجاج الدماغي — 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 ، فظنرية ( دوردت ) في فرنسا ونظرية ( كوخ وفيل هنه ) في المانيا هي المعتبرة . ونظرية ( دوردت ) هي ، ان تأثير التضييق الواقع آتياً على سطح القحف من رض شديد يطرد المائع النخاعي الشوكي الكائن في البطينات الجنبية سريعاً عن طريق فرجة سيلويوس التي تتسع وتمزق الى البطين الرابع ، التي تتوتر زيادة عن حدودها فتصاب بافات رضيه قليلة الوخامة او كثيرتها ، فعليه وبما ان القسم

البصلي من البطنين الرابع هو مركز الحياة القلبية والرتويه فان التأثير العنيف الواقع على البطنين الرابع من اصطدام المايح النخاعي الشوكي يشوش الوظائف الحيويه الاساسيه بصورة وخيمه او يعطلها بصورة مؤقتة او يوقفها بصورة قطعيه حسب الوقائع فهذا التعطيل او التوقف هو الارتجاج الدماغى وان نظرية (دورهت) المبنية على تحريات تجاربية ظاهرة اخذت بالاستناد الى افعال تشريحية سريره بشرية متعددة .

وان اساس نظرية (كوخ وفيلههنه) تستند على اهتزاز الزرات رأساً ، فهؤلاء المؤلفون توصلوا الى احداث الاعراض الاساسيه للارتجاج الدماغى دون حصول آفات دماغية بالضرب بالمطرقة على رؤوس الحيوانات وتزيد شدة الضروب تدريجاً . ولهذا فان الارتجاج الدماغى على رأيهم هو نتيجة اصابة المراكز الدماغية الفشرية او العميقة اما بالتهيج او بالفلج .

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

فالارتجاج الدماغى الخفيف يعلم من الاعراض الآتية : 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 دقيقة ، وبعد ذلك يعود الشخص الى سابق حالته ، الا انه يلازمه النسيان عادة ، ولكن لا يوجد غير ذلك شئ من الاعراض المرضيه .

ان الارتجاج الوخيم تظهر معه الاعراض الآتية : يسقط الشخص فاقد الحركات والشعور بحالة الانحلال العضلي ، خاسف الوجه ، متسع الحدقات غير حساسه للتعامل الضيائى ، فاقد الحساسات العامه والخاصه ، مرئخي العاصرات ، ضعيف النفس الى الدرجة المنهايه ، لين النبض وهو قابل الانخفاض وبطىء جداً ( يمكن تنازله الى العشرين ) ان لم تظهر اختلاطات ، فتعود الحسيه والحركة تدريجاً ببطىء وتعود الوظائف العقلية بمنتهى البطىء وعليه فان الشخص يلازمه النسيان والاضطرابات العقلية والصداع الدائم والدوار والحُمول

مدة طويله .

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

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

قد عزى للارتجاج الدماغى 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 ارض المستوجب الارتجاج ، ويجب عدم المبالغة بالاستناد على هذا التأثير الارتجاجي .

٤ - التضييق الدماغى : هو عارض ينتج عن التضييق الذي يحدث من النزوف فوق سطح الدماغ ، وان شكله النموذجى هو النزيف الحاصل من تمزق الشريان السحائى المتوسط والعرض المميزه هو ان علامته السرريه لا يعقبا حدوث الآفات التشريحيه فوراً بل تكون متأخرة لانها لاتظهر الا حينما يكون تضييق الدم المرتشح على الدماغ كافياً وعليه فان كلاً من الانصباب الدموى وانفصال ام الصلبه ومن ثم التضييق يحصل تدريجاً وحينئذ يوجد بين وقوع الرض ومبدأ ظهور العلام السرريه فاصله سائبه ذات اهمية كبرى .

ومدة هذه الفاصله تتراوح بين بضع ساعات الى يوم واحد وقد تمتد الى عدة ايام بصورة استثنائية . ان الرض سواء العقبته علام الارتجاج او لم تعقبه فانها تزول ، ويظن ان الشخص اصيب بصورة خفيفه حينما تظهر اعراض التضييق : الم في الرأس ، قي ، تهيج ، هذيان خفيف ، احمرار احتقانى في الوجه ، بطأة النبض ، وبعدهمده وجيزه يعقب جميع علام الابتاه ، العلام الفلجيه ، ضياع الشعور ، النوم العميق ، السبات ، التنفس الشخيرى Stertoreuse ، توقف البول

والغائط ، سرعة النبض وفي النهاية توقف القلب والتنفس القطعي .

هـ — التوشوشات الروحية : ان التوشوشات الروحية هي : فقدان الحافظه (اي النسيان) فقدان الارادة (اي التحرك غير الاختياري) ، التوشوش العقلي ، التهييج ، الهذيان ، توشوش النوم ... الخ

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

آ — النسيان الرضى : تشاهد حالة النسيان بالرضوض التحفية الوخيمة بالكسر او بدونه ، بيد انها تكون مع الارتجاج الدماغى وضياح الشعور . ويظهر النسيان عقيب الرض او عندما يصاب الشخص بالرض الدماغى عقيب افاقته او عودة شعوره اليه . ويكون النسيان جزئياً ومتخبأ ، فالشخص يفقد حافظته لبعض الوقائع ، وبعض وقائع خاصة ، الحادث الذي اصابه والوقائع التي تقدمت لهذا الحادث او تعاقبت عليه مدة طويلة كانت او قصيرة . لكن يتدر فقدان حافظته لبعض المعلومات والافكار المكتسبة التي تشكل نوعاً من الحولة الذكائية :

ان فقدان ذكرة الحادث وحده يشكل النسيان البسيط ، وفقدان الذاكرة للحادث الذي اصابه وبعض الوقائع التي تتقدمه بمدة قصيره او طويلة ، هي فقدان الذاكرة الماضية واما فقدان الذاكرة في الرض للوقائع التي تلي الحادث فهي 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 الرضى فتكون على الاكثر مفقودة لاجل دائمى . وان الجبريح يطلع على حادثه من افادة حاضري الحادث ، ويكون الشفاء دائماً بطيئاً وتدرجياً .  
ان للنسيان الرضى قيمته الكبرى بالتطبيقات الطبية العدلية .

ب — 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 ، فقد 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 ( كميغن ) سنة ١٨٣٥ الآتية هي مثال نموذجي لهذا الحادث :

١ — ضابط في سنة الثامنة والعشرين من عمره سقط عن جواده اثناء التعليم على جانبه الايمن من الناحية الجدارية اليمنى خاصة ، وقد اعقب هذا السقوط اغماءً خفيفاً فلما عاد الى نفسه امتطي جواده ، وداوم على درس الفروسية ثلاثة ارباع الساعة بصوت منتظمه ولما خرج من ذلك العمل لم يذكر سقوطه ولا ما اجراه عقيب ذلك ، بعد ستة ساعات مرت على هذا الحادث اخذ يترنم بالجملة 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 — تليد 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 كميئه الخاصين وربطها ونزل للتنفس واكل خبزاً وشرب نبيذاً وبعد ذلك اخذ يجرى لوحة رسمه دون ان يمس ماجاورها ثم ذهب الى غرفة المطالعه وبدأ يرسم دوائر بالمداد الصيني وفي هذا الحين كلة الاستاذ قتلك نفسه بعد حيرة بضع دقائق وان ذاكرته الشخصية لم تبدأ الا من هذه اللحظة .

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

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

حينما علمت جميع ماجرى .

٣ — حالة التشنوشات العقلية بعد الجراحة : Psychose Confusionnelle Post Traumatique هي اختطاف الذكاء بدرجة ظاهره جداً، شاهدها عدة مؤلفين عقيب الحودث . ان العرض يمتاز ، ماعدا نسيان الحادث بضياح 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 تتحد وتوجد بدرجات مختلفه حسب الوقائع . ان حالة الجمود الفكري بعد الجرح تحصل ايضاً من الصدمات الروحيه ماعدا الصدمات الحكيمه ، 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 الذكبة العظمية للقديس (مانده) ، فان المفوض الذي استجوب الموما اليه عقيب الحادث كان حاراً 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 العظوى التي سببها ولا المسؤولية الكبرى التي وقع تحت طائلتها ، ولم يكن ذلك تصنعاً منه . فكل سؤال يطرح عليه كان يحس بجهد لا يستجد اذا كرته ، ولكن بدون فائدة وكان يبقى اصماً بدماعه الخامله . وبعد ساعتين ابتدأنا بأستجوابه ثانية فلم يكن ذات الشخص بل اخذ يجيب على اسئلتنا بوضوح وبصوت متأثر ولم يبق بذالك كرته جميع ماجرى بأستجوابه الاول .

٤ — التهيح والهديان — ان التهيح والهديان الشديد العارضى يظهر ان على الاكثر خاصة عقيب الرضوض التي تحدث صدمه روحيه .

٥ — تشوشات النوم — الخلاصه : ان تشوشات النوم هي تقريباً ثابتة وخاصة عقيب الرضوض ذات التأثير الروحي الشديد (مصائب السكة الحديدية) الكابوس ، وحياناً الهديان

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

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

١ — الامراض الروحيه : ان للرضوض القهقيه اهمية عظيمة في ظهور بعض الامراض الروحيه ، تفوق الاهمية التي كانت تسند اليها الى يومنا هذا ، ولما كانت هذه المباحث خارجة عن نطاق بحثنا الطبي العدلي الصرف ، فاننا نكتفي بالبحث عن بعض الحوادث المفيدة فالتحولات العقلية والروحيه التي تصادف على الأكثر في الاشخاص الذين اصابوا برض قحفي وخيم يعتبر كقدمة للتشوشات العميقة هي أكثر وقوعاً من غيرها .

ب — التغيرات العقلية — تحدث تغيرات بالساحة الذكائية بدرجات مختلفة فاذا اصاب الرض القحفي صبياً اعنى ان الشخص الذي تكون ملكاته العقلية لازالت اخذة بالتشكل يمكن ان يحدث ايضاً نمو عقلي ويجعل في الصبي وهناً ، بلاهة ، حمقاً ، او ان يحدث بالنمو العصلي سيراً غير منتظم فيجعل من الصبي شخصاً فاقد الموازنة وغريب الاطوار . اذا اصاب الشخص الكامل برض قحفي ، فلا يكون بالطبع سبباً لتوقف النمو ولكن يمكن حدوث تحولات او استحالة في الحالة العقلية وبعض احوال غير طبيعيه .

وبالساحة الاخلاقية اي الروحيه السجيه « ضلالة الاخلاق » ، الشخص يصير حديد المزاج متهوراً ، صلب الاخلاق ، مقاتلاً ، واما الضلالة الروحيه فيصبح الشخص كسولاً ، كذاباً شريراً ، شريداً ، فاسقاً ، سارقاً وحتى مجنون الاطوار « وضلالة السوق الطبيعي وخاصة الحسيات الشهوانيه يتزايد معها مرض الشهوة التناسلية وانقلاب الحس التناسلي .

ث — الفالج العام : كان القدماء يعتقدون بالمشأ الرضي للفالج العام ، وان المؤلفين ( بللاجر ولاسهك ولونيه ) لم يترددوا بأخذه بعين الاعتبار ، حتي ان المؤلفين الحديثين ( باك ، ماغان ، ريو ، بويسون ، موررست ، كريستيان ) لم يكونوا مترددين بقبول هذا الاعتبار بتدقيقاتهم الاخيرة منذ بضع سنوات .

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

ولكن لا تجب المبالغة في ذلك ، اذ الوقائع المضبوطة بصورة دقيقة والتي ظهر بها الفالج العام عقيب الرض والتي يمكن اسنادها للرضوض القوية بالوقائع التي لم يظهر في الاشخاص المصابين بها اية اشارة لداء الافرنج ، ليست من الوقائع الاستثنائية على الاطلاق وان المؤلفين م. م واللون وش . بول 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 يجد الرض الفالج العام ، فانه يفرق على الاقل 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 الفالج العام هذه تماز بالشكل الآتي كما وقعت :

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

٢ — ان الرض اصاب الجمجمة بأحكام واحداث فيها ارتجاجاً شديداً .

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

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

ج — الالتهاب السحائي المتضخم (ورم دموي ام الصلبة) — ان الرض يعد من الاسباب الاساسيه للالتهاب السحائي المتضخم ويجب اعطاء السبب اهميته في الاطفال خاصة وفي الواقع يظهر جيداً في الاطفال حينما تكون الضربات متكررة على الرأس ويمكن حدوث

الالتهاب السحائي المتضخم اما بالتهاب ام الصلبة رأساً بصورة مزمنة تحت تأثيرها واما ان تكون الضربات المتكررة مولدة لزوف سحائييه صغيرة تكون علامة المبدأ لتشكيل تال للاغشية السحائية الضخمة الكاذبة . وذلك حسب المشاهدات الثابتة قديماً المنطوع عليها مؤخراً .

ح — الالتهاب الدماغى الشوكى : ان الالتهاب الدماغى الشوكى 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 الدماغى كثيراً ما يدعى انه من المنشأ الجرحى بدون حق ويسند ذلك الى سبب سؤ المعاملة التى تجرى على الولد او الى ضرب على الرأس .

وان عملية فتح الميت والتحليل الجراحي وتدقيق الاحوال السابقة تنور القضية تنويراً عاماً وتهمي الدلائل لوضع التشخيص ، وفي كل حال ومهما تكن الاسباب ، لا يمكن قطعاً قبول ذات السحايا المتقيحة التى لا تكون متصلة بشق عظمى او على الاقل بجرىحه منتهى فى الاقسام الرخوة كالتهاب السحايا من المنشأ الرضى .

### جروح العمود الفقري والنخاع الشوكى

ان الآفات الجرحية التى تحصل فى العمود الفقري والنخاع الشوكى بتأثير الآلات الواخذة والقاطعة والنارية والرضوض هي بحسب تصنيف المؤلفين ( ده جهرين وتوما ) ، كما يأتى :

١ — الآفات التى تحصل عن سحق او قطع او تضيق او ترضيض النخاع بوقائع الكسر او خاع العمود الشوكى ، وجروح الآلات النارية او الواخذة او القاطعة ، التى تؤثر على النخاع رأساً ،

٢ — الآفات التى تحصل ، دون تفرق اتصال الفقرات فى العمود الشوكى او انحرافه ، وعن ارتجاج العمود المذكور ارتجاجاً شديداً ، تسبب حصول آفات نخاعية قليلة او كثيرة الأتساع ، واهم هذه الآفات ، هو النزف النخاعى ، الذى يتميز بطول

استمراره .

٣ — 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 النخاعي هو عنوان هذه الآفات

٤ — العلل النخاعية التي 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 الجراحية .

آ — الرجفان النخاعي : ان الرجفان النخاعي يشابه لرجفان الدماغى ( دون كسر الجمجمه ) ذات الرئة 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 تزلزه الشديد . وتظهر او صافه السريرية بطلع 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 بالمعانيات المجهرية . غير ان شوهه بالفحوص النسجية ، في بعض الوقائع : آفات نزفية خفيفه ، وآفات في المحور الاسطوانى ، ومحراقات تخر او تلين .

٢ — النزف النخاعي الجرحى : يشاهد بصورتين مختلفتين يكون احياناً عن تمزق النخاع الناتج من كسر فقري ، ويسمى النزف النخاعي الجرحى بلا واسطة ، واهمية هذا الشكل ضئيلة في نظر الطب العدي . و احياناً يحصل النزف النخاعى ، من غير وجود آفة نخاعيه بلا واسطه ، وهذا يشكل النزف النخاعى الجرحى الحقيقى . ويذكر بين اسباب هذا الشكل الضروب على العمود الفقري ، والسقوط على الظهر والقدمين والمقعد ، وعند رفع التصديق آتياً عن العملة الذين يمشون بالهوا المضغوط .

ان الآفات التي تشاهد في النخاع : انزفة شعرية ، او محراقات نرفية بحجم حبة الخبز او حبة البندق نادراً ، وتكون منفردة او متعددة ، وقطرها يكون عادة عمودياً ، وتكون في المادة المسنجابية وبجذء عمود كلارك وللقرن الخلفي من المتقي السنجابي .  
ان النرف النخاعي يحصل خاصة في الناحية الرقبية ، ومن ثم في الناحية الظهرية وفي الناحية القطنية نادراً ، فتفتت العناصر العصبية وتتحرب .

اعراضه الآتية او الابتدائية : العلام الفلجية ، اختلال المصبرات ، وضومر العضلات المفلوجة وفي النهاية Dissociation Syringomyelique لتغيرات الحسية .  
وان الوقائع التي لا تنهى بالموت السريع ، تسير للصلاح ولكنه يتوقف هذا بظهور اعراض السيره نفومية 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 تضيق او نرف نخاعي بتأثير الطوارئ الشديدة الخارجية ( Violence )  
ان الامراض النخاعية الجرحية الحقيقية ، او التي يزعم انها حقيقية هي ؛ السل الظهرية والتصلب اللوحي ، التصلب الجانبي الضموي العضلي ، التهاب النسيج الامامي والسيرة نفومية 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 حتي ذلك الحين .

### « جروح العنق »

ان المقصود بهذا البحث من جروح العنق ، هو جروح الطرق التنفسيه والاقسام الرخوة مع تمزق الاوعية العنقيه الكبيرة ؛ واما ترضيحات الحنجرة وشريان الشدن فسنبحث عنها في بحث الحنق  
وان ايقاع هذه الجروح في القسم الامامي للعنق يسمى ( ذبح ) ، ومن النقرة يسمى

## فصل الرأس .

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

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

ان جرحه الذبح ، تمتد احياناً من احدى العضفتين القصيتين الترقويتين الحلميتين الي الاخرى ؛ ونادرةً تكون بوضعية متوسطة تماماً . وتبدأ على الاكثر من احد جانبي العنق فتصل بالحظ المتوسط وتتجاوزه قليلاً او كثيراً ، وتسمى (الوضعية الامامية الجانبية) ؛ و احياناً تبقى جانبيه تماماً .

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

ان عرض الجرح يفوق غيره من ابعاده ، وتفرق اتصال الحوافي يكون عظيماً جداً ، حتى يخيل للنظر ان العنق قد اجثت قطعه من قسمه الامامي ، وعمق الجرح متحولاً ، تقف الآلة القاطعة عند الحنجرة المتعظمة تارةً ، وتقطع احياناً ، اعضاء العنق المتوسطة او عية الحنجرة واوعيه العنق الكبيرة الجانبية — من جانب او من الجانبين — وتارةً تنفذ حتى العمود الفقري ، ، ويشاهد فيها بعض المقاطع السطحية .

من اراجح ان جرح العنق ، لا يكون وحيداً عادةً ؛ ويوصف بثلاثة 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 الحنجرة ( حيث تكون فيها واضحة جداً ) وفوق العمود الفقري ؛ وهذه المقاطع تكون على الاكثر متصالة بأستقامات مختلفة واحياناً متوازية. ويمكن قطع الاوعيه التي لم تقطع بالجرحه الاساسيه بالجروح التاليه .  
ان الذبح يترافق مع فصل الرأس احياناً .

عواقب الذبح: ان الذبح لا ينهي بالموت حتماً ويكون قابلاً للشفاء عندما يكون غير عميق، ويشفي تماماً احياناً ولكن يعقبه على الاكثر آفات وخيمة، كالندبات المعيوبه وضياح الصوت وفلغمون (Fhlegmone) العنق وام الدم وتضييق المرعي وناصور الشزن... الخ.  
ان الموت ذبحاً يحدث بميخاتيكيتين اساسيتين :

٢ — ألنزف : عن قطع الشرايين الكبيرة ( الشرايين السباتيه )، واحياناً عن قطع الشرايين التاليه ( شرايين الدرقيه او الحنجرة ) .

٢ — الاختناق : من دخول الدم للمجاري التنفسيه . وبهذه الحاله نبرز الرئتان منظرأً ميزاً جداً ، فتكون السطوح الرئوية او مغطاهها منقطه بلطخات حمراء قائمه ومتبارزه بالنسبة لمقاطع النسج المجاور الحاسف اللون من فقر الدم ، وبالمجهر تشاهد الحويصلات الملوئه بالدم بجذاء هذه اللطخات . ويحصل الاختناق احياناً من قطع لسان المزمار وسقوطه في الحنجرة . ويذكر في بعض الحوادث ، عن حصول الموت من نفوذ الهواء للأورده العنقيه .

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

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

وبهذه الوقائع تكون الجرحه في النقره ، وشفاتها مفتوحتين ، وموقعها بأرتفاع مختلف وعمقها متحول جداً ، احياناً تكون سطحيه، واحياناً تقطع كافة الانسجه حتي العمود الفقري وتارةً 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 وشفاف القلب الخارجي

جروح شفاف القلب الخارجي : ان جروح الشفاف منفردة هي نادرة جداً .  
ان ترضيحات الناحية القلبية تحدث الكدمات ، الانصباب الدموي ، الالتهاب الشفافي الخارجي اليابس ، وحتى الالتهاب الشفافي الخارجي المتقيح ، مع كافة عواقبها .  
ان الشفاف الخارجي يتمزق من تأثير الترضيحات الجسيمه ، وان الآلات الواخذه والقاطعة والنارية تنقبه .

٢- القلب : ان جروح القلب تحدث بتأثير الآلات الواخذه ، والقاطعة الواخذه والاسلحة النارية ، وتأثير الترضيحات التي تقع على جدار الصدر الامامي .  
وان للجهد تأثيراً هاماً بهذا الصدد ، وله اهمية كبرى بقضايا عوارض العمل .  
ان الجروح القلبية تحدث بالآلات الواخذه والواخذه القاطعة ، ومن منشأ جنائي على الاكثر ، وقضاء او انتحاراً نادراً .

ان الجروح الجنائية تحدث بالموس والخنجر والسيف وكل الآلات المستعملة في احوال الانتحار ، وان الانتحار يكون بالآلات واخذة على الاكثر . وان هذا الشكل من الانتحار يرتكبه المجانين خاصة باذخال ابر او غيرها من الآلات الخاصة كالمبرد وقطعة خشبيه مذبذبة بنهايتها... الخ .

وان الجروح بالاسلحة النارية تحدث من منشأ جنائي ، انتحاري او قضائي . وان الاسلحة المستعملة هي الاسلحة القصيرة (مسدس) على الاكثر ، وحياناً البندقيات الحربية او بندقيات الصيد . وان الناحية القلبية هي الناحية المنتخبة للانتحار وان المسدس هو السلاح الاكثر استعمالاً . وان وقائع الجروح القلبية قضاءً ، هي نادرة جداً .

ان الترضيخ القلبي ينتج عن صدمه تقع على الناحية القريبة من القلب عن منشأ جنائي او قضائي على الاكثر . وبهذه الاحوال تكون الصدمة منفردة احياناً ، ومشاركة

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

### الآفات

آ — المتحصلة عن الجروح القلبية بالآلات الواخذه والواخذه القاطعة ، والنارية :  
ان هذه الجروح تصيب البطينات وخاصة البطين الايمن ( حسب وضعه التشريحي  
المعرض اكثر من بقية اقسام القلب ) ، واما ان تنفذ لجوف القلب او تبقى منحصرة  
بالجدار العضلي . ويشاهد ثقب القلب من جانب لاخر بنصلة قاطعة او بمرمي ناري احياناً  
ومن الجروح الغير النافذه يجب ذكر الجروح النارية التي تحصل من مرور المرمي مماساً  
للعضلة القلبية وحافراً في سمكها قناة خطيه سطحيه .

ان حدوث الجروح القلبية المسارة الذكر منفردة نادرة الوقوع ، بل تشترك بجروح  
الرئيتين والاوعية الكبيره الكائنة في قاعدة القلب ... الخ عامة .

ان الآلات الواخذه المحروطيه تحدث فرجات باستقامات مختلفة ، حسب وضع الياف  
العضله القلبية بالطبقات المختلفة المشكله للجدار القلبي . وان الآلات الواخذه القاطعة تقطع  
الياف العضله القلبية كالجلد . ويشاهد الجرح القلبي بشكل V و Z و L احياناً ،  
تحدث عن انقطاع الالياف القلبية مكرراً ، وذلك من جراً التقلصات المكررة ، ويجب  
الحذر من تلقى هذه الجروح كجروح متعددة .

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

٦ — الرضوض : ان الآفات التي تحصل في القلب من ترضيات جدار الصدر الامامي  
متحوله حداثاً ، ويمكن حدودها دون وجود آفات رضيه في الجلد وفي هيكل القوصرة  
الصدرية .

وان هذه الترضيات تكون بدرجات مختلفة ، ومن البسيطة حتى المهلكة ، وهي :  
كدمات ، نزوف تحت الشغاف الخارجي او الداخلي او في الشغاف الداخلي ؛ تمزق

الشفاف الداخلي ، تمزق الجبول والسويقات والدسامات القلبية ؛ نزوف وتمزقات العضلة القلبية . ان الترضيحات الشديده جداً تمزق وتقتلع اقسام القلب الداخليه ( الجهاز الدسامي) . وان تمزق العضلة القلبية واقتلاعها لا يحدث الا بالترضيحات المهلكة لدرجة تفوق حد التصور .

ان تمزق القلب يحدث احياناً بالواسطه : كثقب بذروة ضلع مكسور في الرضوض الشديده . غير ان هذه الترضيحات تحدث بدقائق رضيه عامه وشديده على الاكثر : كالدهس ، والسقوط من العلو الشاهق... الخ : وتشاهد نادراً بحوادث الترضيحات الموضعي الشديده : كرفسة نعل فرس على الناحية القلبية . ويذكر تمزق البطينات بحادث انتحار من طلق نارى غير نافذ على جدار الصدر الامامي . ويحدث تمزق القلب بجميع الاحوال التي تعرض القلب للتضييق بين عظم القص والعمود الفقري ، كنفجار البالون الممتلي بالماء ، وان الاذينات تمزق باكثر سهولة من البطينات .

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

٣ — الجهد : ان الجهد يؤثر على الاجهزة لوحدها ، فيتمزق او يخلع الدسامات من ارتكازها ، ويمزق الجبول والسويقات . وان ذلك يحدث بأحوال الجهد الشديده ، كالجهد الآتى لرفع مطرقة حداد ، او قطعة خشبيه ثقيله ، او قطع فحم حجري ... او بوقائع صرف الجهود العظيمه لخلع باب ، او لدفع عجله محموله ثقيله في طريق متصاعد ، او بالتسلق السريع على الاعمده .

### ٣ — نتائج جروح العضله القليه العامه

ان عواقب الآفات الجرحيه القليه متحوله جداً ، ولتسهيل مطالعتها يقتضي تقسيمها على الوجه الآتى : الجروح القليه ( جروح الآلات الواخذة والواخذة القاطعه والناربه

الآفات الرضية وآفات الجهد .

أ — الجروح القلبية : ان آفات جروح الآلات الواخذه كالابرة ، ان اخرجت او ابقيت بانسج العضلة القلبية ، يمكن ان تبقى دون ايقاع اي ضرر كان ؛ ولكن الجروح الكبيرة ، كالتى تحصل بالآلات القاطعة والواخذه وخاصة بالرامي النارية تكون اكثر خطورة ، لان هذه الجروح اما ان تنتهى بالموت بلا فاصله بسرعه او متأخراً ، واما ان تشفى بذاتها او بمدخله جراحية (تحت شرائط موافقة قليلاً او كثيراً ، وبغضون مدات مختلفة) ١ — الموت الآتي : اما ان يحدث من تأثير الآفات القلبية الجسيمه (كقطع الدسامات واشتراك البطينات وتخريب النسيج القلبي بمقياس كبير) او من تأثير الغشى القلبي بصورة غير متناسبة مع درجة شدة الآفات .

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

ويتأخر الموت اكثر من الحوادث السابقة ، بأحوال انسداد الجرحه القلبية بتضييق او بعاقة او بقطعة شحم وتمتد الحياة مدة مختلفة ، وباحوال الاختلاطات الانتانية كالتهاب الشغاف الخارجي التقيح وتقيح الدم . الخ . وان الشق الاول هام جداً بنظر الطب العدلي . ٣ — الشفاء : ان الجروح القلبية تشفى من نفسها او بمدخله جراحيه ، غير ان الشق الاول غير مضمون ، ولا يمنع ظهور العواض التالية ، كتضييق النديه بالشفاء الذاتى لسبب عدم كفايتها .

ب — الآفات المتحصلة عن الترضيحات القلبية : ان الترضيحات الخفيفة اما ان تنتهى بالشفاء بلا واسطه ، او ان تحصل افات ابتدائية تكون منشأً للعلل القلبية التى سنبجها فيما بعد . وان الترضيحات التى تصيب القلب المؤف تكون سبباً لتشدد حالته المرضية طبعاً .

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

التهاب الشغاف الداخلي الحاد : قد ثبت بالتجارب الجراحة من قبل المؤلفين روزه نباخ وديسوقويج ونهتهر وايجسلباوم على الحيوانات امكان حصول الالتهاب الشغاف الداخلي الحاد ؛ فعليه لم يبق مانع لقبول حصوله بالانسان ، ويذكر بالتطبيقات وقعه او وقتين .

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 طبيياً عملياً ، وان وقائع الآفات الدسامية من تمزق الجهاز الدسامي الآتي التي تحصل بتأثير الجهد الشديد سهلة التشخيص بالنظر لوضوح صورة ظهورها واعراضها وسيرها وانذاراتها .

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

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

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

وبالشق الاول تعين موءقية القلب من تأثير الرضوض عند ظهور علائم علة قلبية بالاشخاص المالكين لقلب سالم او الذين لا يشك في سلامة قلوبهم ، او عند اختلال المعاوضة بالاشخاص الملعونه معلوليتهم مع محافظة المعاوضة .

ولتشخيص الآلة يقتضي مراعاة الخصوصات الآتية :

تشدد وخامة العلة القلبية وسيرها السريري ، تمزق الجهاز الدسامي ، تنزل العضلة القلبية التي تحل 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 تحتل المعاوضة بآفات الفوهة الخفية ، وان تثبت التمزق الدسامي يكون اما بفتح الميت او بتثبيت الاصغاء لقلبه قبل الترضيض وسلامته ، وبأصغاء القلب عقب الترضيض او بعد فاصلة جزئية وثبوت مؤلفيته بأستماع ازثيرات المرضية ، التي لم تكن موجودة قبلاً . وبغير هذا الشكل يقال من المحتمل حصول التمزق الدسامي ولكن لا يمكن تصديقه بصورة قطعية .

واما اثبات تأسس العلة القلبية بعد الترضيض ببضعة اسابيع او ببضعة اشهر بصورة تدريجية ، يتوقف على ثبوت سلامة القلب قبل الترضيض بالمعاينة الطبية الوثيقة ، وبهذه الصورة يقبل حصول التهاب الشغاف الداخلي الجرحي ، وبخلاف هذا الشكل يقرر امكان حصول شدة وخامة العلة القلبية 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 الاغشية الجنبيه (بلورا) منفردة ، نادرة الوقوع ، وقيمتها الطبية المعدلية ضئيلة . وان ما يحدث من جروح هذه الاغشية لوحدها ، خاصة بالآلات الواخذه والواخذه القاطعة من الانصباب الهوائي (ينوموتوراقس) والانتفاخ تحت الجلد ، والورم الدموي الجنبي وما ينتج عنها من الآفات ، من جراء التقيحات الجنبيه ، تماثل لما يحدث بوقائع مؤفية الجنب والرئة معاً .

ان الجروح الجنبيه الرئوية تحدث بالآلات الوخذه والواخذه القاطعة والرضوض الصدرية ، والهلم من هذه الجروح ، هو الرضوض الصدرية ، واما الآخرين فلاحتاج للأيضاح .

الترضيضات الصدرية : ان الترضيضات الصدرية تسبب لترضيض الرئة وتنشأ عن ذلك الآفات الجراحية الرئوية ، 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 الرئة 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 : تشكل محراقات نزفية تحصل عن تمزق عصينات شريانية ووريدية وانايب قصبية متوسطة الجسامه وانصباب الدم ، تشابه محراقات السكته الرئوية ،

واما في الدرجة الثالثة : فيكون النسيج الرئوي متمزق ومهشم ومسحوق ، ويشاهد بهذه الوقائع انصباب داخل الرئة مختلط مع الهواء الداخل من التصبات بمحراق مسدود او مشترك مع الجنب ( ينوموتوراقس ، همونوموتوراقس ) مترافق مع تمزق الجنب والانتفاح تحت الجلدي .

وبالترضيضات الصدرية البالغة اتصى 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 فتسمى الترضيضات بالواسطه او الغير مستقيمة .

اعراض ترضيض الرئة : هذه الاعراض تختلف باختلاف شدة الرض ووخامة الآفات المتحصلة عنه

وهي مستقلة تماماً عن آفات الاقسام الرخوة والهيكل العظمي ( التي يمكن ان تفقد حتي بأشد الترضيضات الصدرية ) .



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

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

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

٣ — أختلاطات الترضيضات الصدريه : هي، ذات الرئة، ذات الجنب، الغانفرنن الرئوي والتدرن .

ميخانيكية حصول اختلاطات الترضيضات الرئويه : هي بسيطة، اذ الترضيض يوجد محراق نزي، فهذا المحراق يشكل وسط زرعي للجراثيم الموجوده في الرئة والقصبات، حين تمزق النسيج الرئوي، وللجراثيم التي تنفذ للقنوات القصبيه، مع السوائل الاقيسه والفييه او الغبارات الهوائيه، بواسطة الصدمه او ضياع الشعور اللذين يبطلان الافعال المنعكسه الطبيعیه المدافعة للعضويه .

سنبحت هنا عن ذات الرئة وغانفرنن الرئة واما ذات الجنب وسل الرئة فسنتاتي على ذكرها في محل آخر .

آ — ذات الرئة الرضييه — تحصل عقيب ارضوض الصدريه الشديده التي تدوم برهة من الزمن، غير انها تظهر عقيب ارضوض البسيطة احياناً وتكون العرض الوحيد للترضيض . . ولا يشترط كسور الاضلاع لظهورها، ولكن الترضيضات المترافقه مع آفات الهيكل العظمي تسبب ظهورها اكثر من غيرها من الترضيضات .  
ولا تحصل من الترضيضات الخارج الصدريه . وان داء الكحول والاصابة بذات الرئة

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

ب — التشریح المرضي : ان محراق ذات الرئة 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 للرئة المقابلة .

ان الآفات التشریحية المرئية التي تشاهد في آفات التكبد الاحمر على الاكثر ، يعقبها التكبد الاسمر احياناً .

ان ذات الرئة الرضية تترافق حتماً مع ذات الجنب ، و احياناً مع آفات الشغاف القلب الداخلي ، والسحايا ، والشغاف القلب الخارجي ، والمفاصل ... الخ اختلاطاً كما هو الحال في ذات الرئة الطبيعيه .

ث — الاعراض : تظهر ذات الرئة الرضية بعلائم سريريته نموذجيه تارةً وتارةً اخري بغير نموذجيه .

١ — الشكل النموذجي او الطبيعي يتماثل مع ذات الرئة الحادة والواضحة على قدر الامكان .

تشاهد في دوره التي تنقضي بين الترضيض الصدري ومبدأ ذات الرئة اعراض الم الجنب ونفث الدم (بنتيجة الترضيض الصدري ويشكلان الاساس التشریحى لذات الرئة) ، وتبدأ ذات الرئة آنياً بظهور قشعريرة شديده ، وبحصول انحراف المزاج والحراره والسعال تدريجياً ان الفاصله بين الترضيض وظهور المرض قصيره جداً ، لا تتجاوز ٤٨ ساعه عقيب الرض ثباتي الوقائع ، وباليوم الاول ليست نادره . ان الاعراض والاختلاطات والانذار المرضيه بذات الرئة الرضية تشابه عيماً لذات الرئة الاعتياديه . وان التشنجات تكون صديديه ومدمة .

ب — الشكل غير النموذجي : تكون الاعراض السريريته غير متناسبه مع الآفات التشریحية ، فبينما يكون سير ذات الرئة سليماً بشكل خاص مع ترفع حراره خفيف والم وعسر تنفس معتدل وحالة المريض العامه حسنه ، يكون الارتشاح مستولي على فص

بكامله . ويقول بروست ان ذات الرئة الرضية ، غب تأسها ، تشاهد اعراضها بدرجة اخف منها في اعراض ذات الرئة القصية .

د — التشخيص الطبي العدلي : يستند على النقاط الآتية :

١ — يجب ان يكون الترضيض واقعاً على الصدر ، وان يظهر المرض بالرئة الموافقه لجانب الصدر المروض ؛ وان يتوافق محراق المرض مع ناحية المرض .

٢ — يجب ان يكون ظهور المرض عقب الترضيض بفاصله قصيره ، ويقدر ماتكون هذه الفاصله جزئية ، يرجح قبول المنشأ الجرحي . وان ذات الرئة التي تظهر بعد مرور

٥ - ٦ ايام بعد الترضيض لا تقبل وجود اي علاقة كانت مع المرض .

٣ — لا يوجد اعراض مميزة بسير ذات الرئة الجرحية ، عن ذات الرئة الاعتيادية ، غير ان مشاهدة آفات رضيه في الصدر . كدمية ، كسر ضلعي ، نفث الدم بعد الترضيض ، والكدمات الميتية ( التي تشاهد بعملية فتح الميت ) ، تجعل المنشأ الجرحي متحكماً .

ويجب ان لا يسهى عن البسال ، احتمال فقدان كافة علائم الترضيض الصدرية ، بوقائع ترضيض الرئة الحقيقية .

ب — الغانغرون الجرحي : نادر جداً ، ونذكر على سبيل المثال الواقعة 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 وتقيؤ مدمم كرية الرائحة ، وتوفي بعد مدة جرحه بمدة شهر تقريباً .

فتح الميت : شوهدت التصاقات بالاغشية الجنبيه الصدرية الرئوية ، وانصباب جنبي محدود جداً ، وجوف ، مملوء لثصفه بمایع يشابه المایع المتقائي ، بالقسم الرئوي الموافق

لنقطة الترضيض ، وان المایع المستخرج من الجوف مقدار ١٥ - ٢٠ اونس ؛ والجوف مشترك بفتحه ضيقة مع الانصباب الجنبي ومع بعض الاناييب القصية .

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 بالتريض ، ويجب ان تكون الفاصله بين التريض ومبدأ المرض قصيرة ؛ وبنسبة قصر هذه المدة تزيد احتمالات قبول المنشأ الجرحي . غير انه عند امتداد الفاصله مع ظهور علامم صدرية تشعر بوجود محراق رضى رؤوى سائراً للتحويل الى الفانغرن يكون المنشأ الجرحى ثابتاً . واما الفانغرن الذي يظهر بعد شهر من التريض دون ظهور تشوشات صحيه وعلامم رؤويه فلا يتصور له علاقة مع التريض .

### جروح البطن

ان جروح البطن تحدث بالآلات الراضه او القاطعه او الواخذة والاسلحة الناريه : التريضات البطنية : كثيرة الوقوع ، ونكون من منشأ جنائى او قضائى ؛ وهي خفيفه حيناً وشديده حيناً آخر . ان التريضات الخفيفه تكون احياناً خطره ، وخاصة عندما تصادف الناحية الشرسوفيه .

ان التريضات الشديده تولد آفات رضىه بدرجات مختلفه في الاحشاء البطنيه ؛ من تريض بسيط حتى التمزقات والعلقات الحشويه .

ان الآفات الخطره جداً تحدث من الشدء الذي تؤثر بسطح واسع ، كالدهس ، والسقوط من المرتفع ، والمهرس تحت الانقاص ، وسقوط اشياء ثقيله فوق البدن ... الخ . وتحدث من التريضات التي تؤثر على سطح محدود احياناً .

ان تأثير التريضات الجسيمة ، التي تستولي على كافة جدار البطن ، على الاحشاء البطنيه يختلف على الاعضاء ، فالعضو الاكثر تأثراً هو الكبد ومن ثم الطحال وبعده الامعاء والساريقا والمعدة والمثانه والرحم والحول ؛ واما الرحم غير الحمول فلا يصاب بأذى مطلقاً ويجب الذكر ان جلد البطن يمكن ان يبقى سالماً حتى بأشد التريضات المترافقه مع اخطر الآفات العميقه . في الحقيقه ان الجلد الذي لا يستند على سطح مقاوم ، يتهرب بلوينته من تأثير الرض ولا تحصل به اي آفه ، وكافة التأثير الرضى تصيب الاعضاء الكائنه خلف الجلد .

عندما يستولي التريض على الطبقات العضليه فلا بد من حصول انصباب نرفي فيها ؛ ولكن اذا حدث الموت بصوره سريعه ، فالانصباب لا يجمد متسعاً من الوقت للوصول الى تلوين

اللحافات ، التي لم يظهر فيها أثر للشدة (جروح وكمدمات) على الاكثر .  
٢ — جروح الآلات الواخذه والقاطعة والاسلحة النارية :

ان الجروح البطنية بهذه الآلات تحدث على الاكثر من منشأ جنائى ، واهياناً عرضي و نادراً اتحار . وان الجروح الاكثر وقوئاً هي من الآلات الواخذه والقاطعة وتحدث في النواحي الامامية من البطن : المراقين ، الناحية الشرسوفية والناحية الخلفية ، وان استقامة هذه الجروح هي من الاعلى الى الاسفل على الاكثر ، ولكن لتشديد التخريبات وبأمساك الآلة بصورة خاصة تتحول من الاسفل الى الاعلى . ان هذه الجروح اما ان تنفذ لجوف البطن او تبقى منحصرة بسمك الجدار البطنى . ويجب الذكر ان الآلات القصيرة يمكن ان تحدث تخريبات عميقة ، تتجاوز تأثير النصلة الطبيعى كثيراً ، في الحقيقة ان تطبيق الآله على جدار البطن يخفضه ، ويسهل نفوذه الى عمق يفوق طولها .  
ان وخامة الجروح البطنية معلومه جيداً ، وهي اما ان تكون بلا واسطة (نزف) او تالية (انتان ، التهاب الريطون... الخ) ، وان المداخلات الجراحية الحديثة خففت وخامة عواقبها .

١ — ترضيض الكبد: اما ان يحدث ، عن ضرب او اصطدام... الخ ، منحصراً في الناحية الكبدية ، 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 بحدأ الرباط المعلق .

ان الترضيض الكبدى يحدث من الترضيصات الشديده ، غير ان عندما يكون الكبد معلولاً ، فضرره خفيفه تكفي لتمزيقه . وان (تاماسيا) شاهد تمزق الكبد بضرره خفيفه ، بحدأ الحويصل الاكينوقوفى ، على كبد حامل اكينوفوق .

ان الآفات التشرىحيه التي تحصل بالترضيصات الكبدى تلخص كما يلي :

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

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

ب المحرقات النزفيه داخل النسيج الخاص .

ح — اورام دمويه تحت المصليه مترافقة مع انفصال في المحفظة بنقطة الرض .  
ان التمزقات الكبديه الجسيمه تهدد الحياة رأساً ، وتزايد وخامتها بتأثير الآفات الحشويه وغيرها التي ترافقها بوقائع الترضيصات الجسيمه . واما التمزقات الصغيرة فيمكن ان تنتهي بالشفاء ، وتترك محلها ندبات منضمه .

يصاب الكبد احياناً بجروح غريبة الاشكال : مثلاً يشاهد تمزق في القنوات الكبديه او المراربه ، والاختار التي تحدث عن هذه التمزقات لا تحتاج لأيضاح .

ان عواقب الترضيصات الكبديه التي لا تنهي 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 الترضيصات الجسيمه العامه . ان الترضيض ينتج تمزق الطحال . وان تمزق الطحال المريض هو اسهل من تمزق الطحال السليم .

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

ان وقائع تمزق الطحال بنفسه ، اي بلا ضرب ولا جرح ، ممكنه ببعض الحالات المرضيه ، يقتضى تدقيق هذه الحالات بوقائع الطب العدلي . ويذكر ماشقا مشاهدته ، ادعى بها ان تمزق الطحال حدث عن سوء معاملة ، فتبين بعملية فتح الميت وجود اورام وعائيه متعدده في الطحال .

مشاهده — بينما كان شخص ير كض في مدرسته اصطدم بغصن شجرتين افرنجي في

ناحية الطحال . فبسبب تمزق الطحال والنزف اليريطوني والموت . ان تمزقات الطحال ، وان تكن بأن باعماق خفيفه فهي وخيمه بسبب النزف . مع هذا شوهد حدوث الشفاء ببعض الوئع ، ويذكر هوفمان مشاهدة حدوث تمزق الطحال بشخصين توفيا عن كسر القحف بعد ١٠ - ١١ يوم .

### ٣ - ترضيض المعدة :

ان ترضيصات المعدة تحدث عن تأثير تضيق شديد وثابت على الناحية الشرسوفيه ، كمرور دولا ب عجلة ، صدمه آتية ( ضرب عصا ، صدمه 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 التضيق فلا تتأثر من المرض ، ولكن انعدده المملوئه تتعرض بكليتها للرض . وتحققت هذه القضية بالتجربة على الحيوانات ، ان المعدة المملوئه كالدرف المملو بالماء ، تنفجر بتأثير الضرب . ويحصل الترضيض ببعض الوقائع من اصطدام المواد الكائنة في جوف المعدة بجدرانها

### ١ - الآفات الابتدائية : ان الآفات الرضية التي تحصل في المعدة :

#### ١ - تمزقات او جروح الاقصه المختلفه

#### ٢ - 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 - التمزقات : اما ان تكون تامه فيمتدح جوف المعدة ، او تكون قسميه فيتمزق قيص او قيصين من جدارها . وبالشق الاخير ينحصر التمزق بالقديص المصلي او الطبقة المصلية والعظمية او بالطبقة المصلية والمخاطيه . وان الشكل الذي يشاهد على الاكثر وهو الاهم هو تمزقات الطبقة المخاطيه . ان الموقع المنتخب لتمزقات المعدة ، هو حديتها الصغيره .

ب - الانزفه : اما ان تكون جزئية فتشكل كدمة واما ان تكون جسيمه فتشكل انصباباً ، وتكون على الاكثر بالطبقة المخاطية او بين الطبقتين المخاطيه والعظمية ،

المتين تتفرقان بتأثير الترضيض .  
 ان جروح المعدة اذا لم تحصل الموت بصورة آتية ( من الصدمة ) او سريعة ( ثقوب ،  
 التهاب اليريطوان الحاد ) ، اما ان تسير بطريق الشفاء ؛ او تحول وتسير باختلاطات .  
 ان علامت مرضية المعدة ، هي . وجع المعدة ، تقيء المواد الغذائية ، وخاصة القيئات  
 المدمه .

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

ب — تحول واختلاطات الآفات الابتدائية : قرحة ، خراج ، ناسور ، تضيق  
 البواب ، واهمها القرحة .

قرحة المعدة : تتمثل بمرض « كورويهر » ، وتبرز اشكالا سريرية مختلفة ، تنقسم  
 الى صنفين :

١ — الوقائع السريعة السير ، التي تكون سليمة على الاكثر

٢ — الوقائع المزمنة السير

١ — الوقائع السريعة السير : يتأسس المرض عقب الرض وظهور علامته . ان الوجع  
 لا يزول ، وقيء الدم اما ان يدوم او يعود بعد انقطاعه ، 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 تنهي بالموت ليست  
 نادرة .

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



على الأكثر ، وبالموت استثناءً . والواقع ان اكثر الوقائع تغيب عن النظر ولا يعلم مصيرها .

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

فتح الميت : شوهد ثقبه بجذاء الحديدية الصغيرة بحجم برغوت كبير والتهاب اليريطون الحاد .

٣ — تكون المرض : ان صورة تشكل القرحة المعدية الجرحية مجسهاول كما هو في القرحة المعدية المرضية . ومجسهاول ايضاً اسباب انتهاء اكثر الترضيصات المعدية بالشفاء وتحول بعضها للقرحة المعدية .

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

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

آ — الآفات : ان الآفات المتحصلة عن الترضيصات هي :

١ — الآفات الرضية ، ٢ — التمزقات دفعة واحدة

ان الآفات الرضية تحدث عن سحق الأمعاء ، واما التمزقات الآتية فتحصل عندما تتعرض الامعاء للتضيق والانسحاق بين القوة الراضة والقوة المقاومة ( العمود الفقري والحفرة الجرقنمية ) وانفجارها . وذلك بتناقص قطر الامعاء الملوثة بالمائعات وبالغازات لدرجة تستوجب انفجارها .

ان الامعاء الرقيقة معرضة للترضيض اكثر من الماء للغليظ ، والمعاء المستقيم ييبقى

سالمًا لوضعه العميق ، والامعاء الاثني عشري يصاب بنسبة تقل عن المء الصائمى وخاصةً عن المء الدقاقى قرب نهايته .  
ان التمزقات المعائىة اما ان تكون تامة اى ممزقة الاقصة الثلاثة بامتداد كافة محيط الامعاء او بنقطة محدودة ، او تكون منحصرة بقميص واحد .  
ان الآفات الرضية تحدث عن السحاق الاقصة ، والارتفة التى تحصل بتضاعيف فواصلها وانفصالها .

ان الترضيحات السليمة ، كالكدمه السطحية ( والانصباب الدموي المعتدل ) فانها ترمم بسهولة . واما الترضيحات الوخيمة ، كتموت الاقصة او انفصالها الواسع ، والانصباب الدموي الجسيم ، فنتمى بتقرح الانسجة . وان القرحة ( الحشكريشه ) الذى يستولي على جدار المء بتمامه فيترك ثقباً كاملاً عند انفصاله ، وهذه لا ترمم بالتندب ، بل يمكن ان تنهي بتضييق معائى .  
ويضم على هذه الآفات ، آفات المساريقا والسرب ( تمزق واقتلاع ) التى تحدث مترافقة مع الترضيحات المعائىة .

ب — الاعراض : ان الاشكال السريرية مختلفه جداً : سليمة ، وخيمة .  
الشكل السليم : اوجاع بطنية ، انتفاخ البطن ، اسهالات مدمية ، وجميع هذه الاعراض تزول ببضعة ايام .

الاشكال لوخيمة : وهى الاشكال اليريطونية خاصة .  
ان ظهور التهاب اليريطونى المنتشر الحاد رأساً يدل على تمزق الامعاء دفعة واحدة ، وان التهاب اليريطون الحاد انتاخر يدل على الثقب المعائى التالى الحاصل عن سقوط قطعة متقرحة ( خشكريشه ) ، وهذا الاخير هام جداً بنظر الطب العديلى . وان اللوحة السريرية تظهر كما يأتى :  
ترضيض بطنى ، علائم آنية خفيفة او مفقودة ، من ثم ، بينما المريض يظهر بحالة الشفاء والبرء من كل خطر ، تظهر عليه علائم التهاب اليريطون .  
والخلاصة ان الترضيحات البطني ، يحدث احياناً التهاب اليريطون الحاد المنتشر ، دون

ان تشاهد بعملية فتح الميت آفة ما معأيه او معدوية، تفسر حصول هذا الالتهاب اليريطوني الحاد. ولكن الامر الذي لا شك فيه هو ان الترضيض يغير الاوصاف الحياتيه للجدار المعأى، فيساعد على مرور الجراثيم الكامنة في الاجواف الهضمية، بين الاقصه المعأية والتوصل لاحداث اتان في الطبقة المصلية.

كما ان الترضيض البطني يسبب ظهور علائم التهاب اليريطون المزمن الالتصاقى المحدود الذي يحدث او جاعاً دائماً وينتج معلوليه حقيقه. وفي هذه الحالة لا يظهر شئ بالاستقصاء الاصولي، ويشبهه بالتهاض. ولكن المداخلة الجراحية 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 الرضى: ان الرض لا يولد التهاب الذيل الدودي، ولكنه يوقظه او يشدده، ويحدث عقيب ضرب على جدار البطن رأساً، او أثر السقوط من مرتفع وارتجاج البدن.

٣ — جروح المعاء المستقيم: ان جروح معاء المستقيم تشكل مجموعة مستقلة بالامراض المعأية الرضية، وتحدث عن ادخال الاجسام الاجنبية، جنائياً او عرضياً. سنوردها في مبحث التعرض على العرض.

## ز — جروح الجهاز البولي

١ — ترضيض الكلية:

آ — الاسباب العامة: ان ترضيض الكلية يحدث اما من عوامل بلا واسطه او

بالواسطه.

ان العوامل التي هي بلا واسطه تؤثر اما على الناحية القطنيه (ضرب، صدمه، تضيق) او على الناحية الاماميه او الجانبيه من البدن (مرور دولا ب، دهس بكتلة ثقيلة)، او بالتضيق المتقابل من الامام الى الخلف على البدن (السحق بين صمى « تامبون »

عربات السكة الحديدية مثلاً .

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

ان الترضيض الكليوي الناتج عن التقلص العضلي بأحوال الجهد الشديد ، او الانقلاب الآتي الى الخلف ، وان قبله بعض المؤلفين من الألمان ، غير انه لم يزل قيد المناقشات الفنية .

ب — الآفات : صنفها توفيقه الى ثلاث درجات :

١ — الدرجة الاولى : كدمات تحت القشريه

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

٣ — 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 الخلفي ، وتارة يكون التمزق متعدداً . وتنقسم الكليه احياناً الى قسمين متساويين على التقريب . وبدرجة متريقة اكثر من ذلك يحدث سحق الكليه وانقسامها الاربع او خمس قطعاً ؛ وقد تقتلع الكليه بالترضيض العظيمه .

ان الآفات الكليوية الشديده يرافقها انصباب دموي (من تمزق المحفظة) للنسيج الشحمي ؛ ويمكن مشاهدة الاتزفه في النسيج الشحمي دون تمزق الكليه .

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

الاعراض : ان الاعراض المرضية الهامة ، هي :

الكدمة المتباعدة : التي تظهر في نواحي التنيه الغنبيه ، الصفن والحلقة الغبنيه ، من انتشار الانصباب الدموي ؛ وهذه الكدمة تظهر متأخرة طبعاً ، وتشاهد بعد الجرح

بمدة ٦ - ٧ ايام .

الورم القطني : يحدث عن الانصباب الدموي في محيط الكلييه .  
 تبول الدم : ان تبول الدم في ترضيحات الكلييه يماثل نفض الدم في ترضيحات الرئه .  
 وهو عرض ثابت على التقريب ، الا بالترضيحات الخفيفه او الترضيحات الشديده جداً  
 ( اذ تتغير عضوية نسيج الكلييه تماماً ) ؛ وان مقداره يحول 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 الايتياليه المبيته اعلاه .  
 ان الترضيحات الكليويه الجسيمه ، التي يندر انفرادها لوحدها ، تسبب الموت طبعاً ،  
 وان انذار ( عواقب ) تمزق الكلييه المنفرد تكون اكثر سلامه .

الاختلاطات : ان الترضيحات الكليويه التي لا تنهي بالشفاء بصورة كاملة ، تنتج حصول  
 عوارض اختلاطيه متعدده :  
 خراج الكلييه ، التهاب الكلييه والحويضه ، التهاب محيط الكلييه المتقيح ، استسقاء الكلييه ،  
 اكياس الكلييه ... الخ سهله الايضاح والتشخيص .  
 وما عدا هؤلاء تذكر اختلاطات نادره الوقوع ، التهاب الكلييه الجرحي وسقوط  
 الكلييه ، غير انها تحتاج للمناقشه حالاً .

التهاب الكلييه ارضي : ان وجود هذه الآفة لم يتحقق تماماً في الحالة الحاضرة . غير  
 انه من المحقق ، ان الترضيحات الكليويه يحدث بعض تحولات بولية ، ( وذلك ثابت ببعض  
 المشاهدات ) . واعم هذه التحولات ، تبول الزلال العرضي او الدائمي ، منفرداً او مترافقاً  
 مع الاستسقاء العام او التهاب الطبقة الشبكيه او تسمم البول من الاعراض الكليويه التي تحت  
 الحادة او المزمنه .

ولحدوث هذه التحولات يقتضى وجود آفات كليويه طبعاً ، ولكنها غير معلومه تماماً .  
 غير ان الوقائع التي اطلق عليها اسم التهاب الكلييه الجرحي ، تبين انها من وقائع التهاب  
 الكلييه المزمنه المتشدد سيرها بسبب الجرح . لذلك يقتضي بذل اقصى الاهتمام والدقة الزائدة  
 بوضع تشخيص الالتهاب الكلييه الجرحي .

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

٣ - تمزق المثانة : يشاهد نادراً ، بدهس الاشخاص تحت الاقدام عندما تكون المثانة ممتلئة كالكسارى : واما تمزق المثانة المترافق مع كسور الحوصلة يشاهد بكثرة 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 والترضيصات .

جروح الآلات القاطعة : تحدث قضاءً ، اختيارياً ، او جنائياً .  
ان قطع وتخريب الاعضاء التناسليه بصورة اختياريه (اي الأخصاء التام) يحدث من قبل المجانين كما انه يحدث احياناً اتباعاً لعقيدة مذهبيه .

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

٢ - الترضيصات : الاقتلاع الذي يحصل عرضاً بالآلات الصناعيه ، وان الغانغرن القسمى او التام الذي يحدث من ربط القضيب بالاولاد لمنع تبولهم اميلاً في فراشهم او من امرار القضيب بحلقة لمنع الاستمناء باليد يشكل حداً فاصلاً بين الجروح والترضيصات .  
ان ترضيض الاعضاء التناسلية الخارجيه يحدث قضاءً او من منشاء جنائى .  
وان اخف ترضيض في الخصيه يمكن ان يسبب الموت الآتى بالنهي العصبى .  
وان ترضيصات الصفن الوحيمه تحدث اثره واسعه تحت الجلد ، تنتشر للنواحي السفليه من البطن والفخذ .

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

في إحدى الخصيتين او في الخصيتين معاً مع انتباج في الصفن ، وتنتهي هذه الاعراض  
ببضعة اسابيع دون تقيح بالشفاء ، او بضمور الخصيه المميز بصغر حجمه ، اذ تصبح الخصيه  
بمحجم نواة الغنبد

ان هذه العلام ليست من التهاب الخصيه ، بل من سير ونتيجة الترضيض ، وذلك  
بأب بصورة لا تقبل الشك . ويوجد معارضون 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 البروسبات المزمن ، فينتشر الانتان بالطرق التنفسيه او الدرقية الى محراق  
الخصيه بتأثير الترضيض ، كما هو الحال بجروح التهاب الخصيه الدرنيه .

### جروح اعضاء التناسليه النسائية

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

١ — الجروح التي تحصل بقصد اسقاط الجنين

٢ — = = من الافعال التناسليه طوعاً ام كرهاً

٣ — الجروح التي تحصل من الولادة واسقاط الجنين

٤ — = = بقصد جنائي دون ان يكون لها مناسبة بالافعال التناسليه

٥ — الجروح التي تحدث قضاءً

ان القسم الاول سنورده بحيث اسقاط الجنين ، والثاني بحيث التعدييات الاخلاقيه ،  
والثالث بحيث الولادة . وسنورد هنا القسمين الرابع والخامس .

ان الجروح الجنائيه نادره ، واما الجروح التي تحدث قضاءً فتحصل على الاكثر  
من السقوط على الفرج والمهبل فوق اشياء بارزة ، وخاصة بأحوال سقوط الاطفال بوضعية

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

### الآفات الرضية العامة

ان الرض يدعو حصول بعض الانتانات العامة والتشوشات العصبية والتشوشات الاغتنائية . ومن الانتانات — بصرف النظر عن بعضها كالكزاز وتقيح الدم و انتان الدم ... الخ التي ليس لها قيمة طبية عدلية خاصة — يجب ذكر الانتان التدرني (السل) والسرطان . ومن التشوشات العصبية ، يذكر : الاختناق الرحمي ، النوراستهتيا والنوروز الرضي . ومن التشوشات الاغتنائية ، يذكر مرض الدياتيت السكري .

آ — الانتان التدرني الرضي او داء السل الرضي ، يظهر خاصة بموضع الرض ، ونادراً بحالة التدرن العام ، و احياناً يشاهد تعمم السل الموضعي عقب الرض . ان الوقائع الهامة بنظر الطب العدلي ، هي ، وقائع السل الموضعي ( الرئوي ، الجنبي ، الحضيوي والمفصلي من البديهي ان هذا الداء الويل لا يظهر الا بتأثير جرثومه الخاص (باسيل كوخ) ، فعندما يظهر عقب الرض مع تفرق اتصال نسجي اي جروح ، يحتمل ان يدخل الجرثوم من الآله الجارحه الملوثة بهذا الجرثوم ؛ ولكن المرض يظهر على الاغلب من تأثير الجراثيم الموجودة قبلاً في البدن كما هو الحال بالرضوض الغير الجرحيه ، اذ من المعلوم ان جراثيم كوخ كغيرها من الجراثيم توجد بصورة مبدولة في الطرق التنفسيه . فعليه ، ان الرض اما ان يظهر الداء الموجد في العضويه ، بصوره خفيه عن حامله ، واما ان يشدد سير الداء الموجد قبلاً بدرجة لم تزعج حامله ، مؤقتاً 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 نموذجية او بنفث الدم المكرر . وفي الوقائع المتأخرة ، يظهر المرض بعد مرور مدة عن وقوع الترضيض ، وهذه الوقائع تدعو الى الاهتمام والتدقيق الزائدين . وشاهد پوتن ظهور السل الرضي بعد مرور شهرين عن وقوع الرض . ولتشخيص السل الرضي ، يقتضى الاستناد على الاساسات الآتية :

١ — يجب ان يكون الشخص مالمكاً لصحته الكاملة ظاهراً او مثبتاً بالمعينات الطبيه  
٢ — ان يكون موقع الآفة في نفس ناحية نقطة تطبيق الرض ، اي اذا كانت الآفة في الرئة اليمنى يجب ان يكون الرض بجانب الصدر الايمن ، والافضل ان يكون محراق الرض موافقاً لمحراق المرض .

٣ — ان تكون المدة الفاصله بين وقوع الرض وظهور المرض معقوله ، ونسبة 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 الحصيه الدرني : من المحتمل ظهور هذه الآفات عقب ترضيحات بسيطة جداً (وثي) ، كما انه يحتمل عدم ظهورها عقب الترضيحات الوخيمه .  
ب — داء السرطان الرضي : يقول الاستاذ (سه غونند) ، 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 : يشهد سير السرطان الموجود في البدن عقيب الرض

مثبت : وهذا الشكل يتصور بثلاث صور :

١ — ان الرض يصيب الشخص وهو بحالة الصحة الظاهره وبجذاً منطقة سالمه ظاهراً .  
يشترط لذلك : ثبوت الرض ، وكفاية شدته وسلامة الناحيه الواقع عليها الرض ، وموافقة محراق الرض لمحراق الآفة ، 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 تتجاوز ٢ — ٣ سنين ؛ واذا تأيد سير المرض غضون هذه المده بوجود او جاع ، تورم ، انصباب دموي ، نواة متصلبه ، تقيحات او ندبات يكون الحادث اقرب الى القناعة ، ولكن لا يشترط ذلك .

٢ — ان الرض يصيب شخصاً مريضاً ببدء السرطان ، بناحية ساله منه ، فيسبب انتقال المرض لهذه الناحيه وذلك يثبت حسب الشروط السابقة الذكر .

٣ — ان الرض يصيب شخصاً غير مصاب ببدء السرطان وقت الحادث ؛ غير انه يكون حاملاً بأحدى نواحي البدن آفات مهيئة للاستحالة السرطانيه مؤخراً ؛ كالندبات القديمه والمجاري الناسوره العظمية او الحشوية ؛ القرحات الجلديه والاندملات القديمه ؛ والاورام الناعمة الوعائية الصباغية .

ويجب العلم ان الآفات المذكورة ، يمكن ان تتحول بذاتها للاستحالة السرطانيه التاليه عندما تكون حادثة عن ترضيحات سابقة . ويذكر مشاهده ، حدثت بها الاستحالة السرطانية بقرحه معدويه من منشأ رضي .

### ( الاختناق الرحمي الرضي )

ان مرض الأختناق الرحمي الرضي يتميز بتظاهراته الموضوعية ، يحدث عادة عوارض خفيفه وموضعيه ، كضربه او صدمه او وخذة بسيطه . وينضم للصدمه الحكميه احياناً الصدمه الروحيه ، كالرعب . وهذا الترضيخ الحفيف يسبب احياناً ، ظهور علامت فليجية او اختلاجية هيستريائية مباشرة او بعد مرور فاصله ، قل او كثر امتدادها ، تسمى بدور المراقبه .

ان الفلج يكون رخواً اي غير متقلص ، ويختصر بقسم من احد الاطراف احياناً ، فيسمى الفلج القطعهوي ، ويكون موافقاً لمحراق الرض ؛ ويستولي احياناً على احد الاطراف ويسمي الفلج الوحيد الطرف وهذا يكون خاصة عضدي ؛ او على نصف البدن الطولاني ويسمي الفلج النصف الطولاني ؛ او على النصف السفلي ويسمي الفلج النصف السفلي . ولهذا الفلج اوصاف مميزة تفرقه عن الفلج العضوي . وان تفرقه من الفلوج الدماغية والنخاعية والناشئيه عن التهابات العصبية ، تستند على عدة علامت تشخيصية :

حالة التغذية بالطرف او الاطراف المفلوجه، التعامل الكهربائي والعصلي والعصبي ،  
حالة الافعال المنعكسة والمصرات . وبذلك يصبح التشخيص سهلاً .  
وان التقلصات كالفلج ، تكون قطعةويه ، وحيدة الطرف ، او نصف طولانية او نصف  
سفلية ، وتصادف اقل عدداً من الفلج .

ويوجد شكل خاص لهذه التقلصات ، اذ تجعل احد المفاصل غير متحركة ومؤله ويسمى  
اللم المفصلي الهيستري ، وان المفصل المنتخب لهذه الآفة هو المفصل الحرقفي الفخذي .  
وان (بريسود) لحص اللوحة السريرية والتشخيص العنصري لهذه التقلصات كما يأتي :  
لا تشاهد قطعاً بالتقلصات الهيستريه علاماً ( الارتجاجات الشبه الصرعية الحقيقه او  
علامة الابهام ) ، فرط انبساط المراكز المنعكسه للنخاع التي تحصل بأحوال استحالة  
الحزمة الاهرامية .

وهذه التقلصات تتميز بشدهتها ، فتكون حالة الصمل العضلي بها تزيد عما تصل اليه  
التقلصات العضويه . وانها تحتاج لارادة استثنائية او مرضيه بالاحرى لضبط فعالية الليف  
العضلي بتلك الدرجه ... بل هي تبلغ ذلك وتتجاوز حد الامكان .

ان المصاب بالفلج النصفي الاعتيادي يسعى لفتح راحه يده وتفریق الاصابع وتخليص  
الابهام ، واما المصاب بالفلج النصفي الهيستري ، فانه يقاچيثك بقوله لالزوم للثبث لفتح يده  
لانه سوف لا يأتي بفائدة . واذا تظاهر بارادته لفتحها ، تراه يلتوي بأطوار غريبه ومضحكه  
على الاكثر ، ويظهر الاشمزاز وتقطب الوجه مع تحسر وانين ، ويطبق يده بأحكام  
متظاهراً ببذل الجهد الزائد لفتحها . فهذا العرض وحده كافياً لنثبث التشخيص التفريقي  
للتقلصات العضويه عن التقلصات الهيستريه .

سابقاً ، كان يضم هذه الاعراض الحركيه (الفلج والتقلص) بعض التشوشات الحسيه  
والعلامه الهيستريه ( تضيق الساحه البصريه ، عسر تميز الالوان وفقدان الفعل المنعكس  
البلعومي ... الخ ) ، غير انه قد ثبت في يومنا هذا ، منذ تدقيقات بانسكي ، ان هذه التشوشات  
الحسيه ( فقدان الحس او تزايد الحسيه القطعهويه ) لم يكونا سوى نتيجه المعانينات 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 لا يمكن  
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 المصنعه 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 آتياً او  
تدريباً ، واحياناً يجري من قبل مجاورة ، على الاكثر ، الطيب ذاته يقوم بهذا التلقين  
بيته في نفس المريض عدم امكان استعماله احد اطرافه وان تأثير الرض في تحصيل مرض  
الاختناق الرحمي الرضي ، هو لاشي او لاشي تقريباً ، والتأثير كله يعود للتلقين . وان  
ما تضمنته هذه الفقرة هو الاساس الواجب اتباعه في تعيين الانذار والتطبيقات القانونية .  
وان ما قيل 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 الجملة العصبية بصورة  
قطعية ، بنتيجة ارتجاج وارتجاج البدن . وينضم اليه تأثير النهيج الذي يرافق اكثر  
الترضيات الجسمية . واما التهيج وحده فلا يكفي لتحصيل النوروز الرضي .  
الاعراض : لوحته السريرية متحولة جداً ، والاعراض التي سنوصفها لاتكامل بالوقائع .  
المنظرة الوجهية ، يجللها اليأس والفتور وجهود النظر وثبات الخطوط الوجهية ، المشي  
يتوافق مع المنظرة الوجهية ، الساقان يتكونان عموديتين ومتفرقتين ، الركبتان صعبة  
الانحناء ، وترفع الرجلين من الارض بصعوبة .  
الاعراض الروحية الاساسية : تغير السجاياء ، 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 ، هيثوس من حالته ، مهمل ، وغير مبال والحفاظة تظهر خلايا وثقوب ، فالشخص ينسى الوقائع حتى القريبة منها ، وما يناط به من عمل... الخ وان هذا النسيان الدائم يجعله في حياته الصناعية والاهلية عرضةً للسخرية على الاكثر ، فتذله ، وتقوى عقيدته بشدة اصابة بملكاته العقلية ، ومن ذلك تحصل النتائج الوخيمة . في الحقيقة ان تناقص الملكات العقلية ينتهي في الاشكال الوخيمة بالعتة التام .

والتعب الروحي يبلغ درجة مترقية ، فلا يقدر الشخص على تثبيت دقته ، ويتهرب من الجهود العقلية .

ان الاروق يتكرر كثيراً ، ويضم اليه تأثير الكابوس الهام . والاوهام التي تنشأ عن ( داء المراق Hypochondrie ) كثيرة ، بحيث يحيل للمصاب به دائماً استحالة شفائه القطعي وضعف القدرة والارادة من الاوصاف الروحية الهامة .

ان الضجر والخوف المرضي المتنوعين يشاهدا بكثرة ، بالاشخاص المصابين بعوارض السكة الحديدية ، وخاصة الخوف يأخذ شكلاً خاصاً يسمى بالخوف من السكة الحديدية .

وما عدا هذه الاعراض الروحية ، تشاهد الاعراض الرأسية والحشوية المختلفة : صداع دوار ، حالة الذهول Étourdissement ، عسرت الهضم ، خفقان ، تسرع القلب ، تناقص الشهوة وعدم الاقتدار... الخ .

وان بعض المؤلفين يكملون اللوحة السريرية بضم بعض التشوشات الحسية - بطلان الحس او تزايد الحسية ( حس وحواس ) - والاوجاع الموضوعية الثابتة والعلامم المحركة - الفلجيه والتقلصيه - العائده للاختناق الرحمي الرضي .

التشخيص : ان تشخيص النوروز الرضي سهل اعتيادياً واعراضه ( كلياً او قسمياً ) وخاصة الاعراض الانخفاضيه لاتتائل بغيره من الامراض ولكن يجب الحذر من التصنع ، فلذلك عندما يدعي المريض باصابته بصداع ودوار واروق ، هذه الاعراض التي لايمكن

تأييدها بالمعاينة الطبيه ، لا تحمل على القناعة بقبول النوروز الرضى بل يعطى القرار بعدم اهميتها او عدم حقيقتها .

السير والانداز : مختلفان :

- ١ — يشفى بمدة غير معينه من تلقاء نفسه وبدون اية مداخله كانت ؛
- ٢ — يدوم ، بتأثير محيط المريض عن غير علمه ، وبأصولات التداوي المختلفه والتنوعه واطالة القضية بالقضاء ، ولما يجرد المريض وينقطع عن التداوي وتحسم القضية بالقضاء ، نزول الاعراض ويشفى .
- ٣ — يقاوم المرض جميع المؤثرات الروحية والطبيه ، ويصل المريض لحالة الغته التام ان هذه الحالة ، وان تكن استثنائية ، الا انها واقعه ، وتذكر لها امثله متعدده . وهذا مما يجعل تثبيت الانذار وتعيين المعاملات العدليه صعباً .

### التبول الغليقوز الرضى والديابت الرضى

ان تبول الغليقوز الرضى ، يحدث عقب الترضيضات الراسيه وخاصه الجروح الوخيمه المرافقه لكسور القحف ، بعد مرور ٨٠ — ١٢ ساعة من قوع الرض وفي حالة ادامة الحياه يزول بمدة ٥ — ٨ ايام .

الديابت الرضى ، يحدث عقب الرضوض القحفية الجسيمه المرافقه لكسر القحف احياناً ، والمرافقه دائماً للارتجاج الدماغى .

- ٢ — الترضيضات الشوكيه ، السقوط على النقرة والظهر والنواحي القطنيه ، الصدمه التى تقع فوق الاقسام المختلفه من العمود الشوكي المرافقه لكسر عظمي او للارتجاج وحده
  - ٣ — الترضيضات الروحيه الجسيمه تؤثر وحدها نادراً .
- وان تأثير الترضيضات المحيطيه ، التى لا تؤثر على الجملة العصبيه المركزيه ، يشكل موضعاً للجدال .

ليس للديابت السكري الرضى دستور تشريحي ثابت ، فاحياناً لا يصادف اقل افة عصبيه مركزيه ، واحياناً توجد آفات ولكنها متحولة بين الوقعه والاخرى .

الاعراض : يوجد نوعان سريريان متفرقان :

١ — غير قابل الرد ويسمى بالديابت المستعجل الحاد الآتي .

٢ — موضع الجدال ويسمى بالديابت المزمن .

الديابت الحاد : يظهر عقب الترضيض بمدة اسبوع او اقل منها بمدة ٢٤ - ٤٨ ساعة .  
يشعر المغدور بظماً شديداً وتزايد كمية البول ، يحل البول فيوجد السكر بمقدار متحول .  
ان الآفة تتأسس وهلة مع كافة اعراضها الرئيسية وتسير بسرعة وتزول ببضعة اشهر  
وحتى ببضعة اسابيع . مع ذلك يذكر برواردول وقعة او وقعتين انتهتا بالموت استثناءً .

الديابت المزمن : كالديابت العادي يسير بصورة مزمنة ويدوم الى النهاية بحالة التوقف  
او يشفي بعد مدة طويلة نسبياً او حقيقياً او ينتهي بالموت باحدي اشكال عواقب الديات المعتاد .  
احياناً يتبدى المرض بشكل حاد ويتأسس عميق الجرح ومن ثم يأخذ شكلاً مزمنياً ،  
ويتبدى احياناً بطيئاً وتدرجاً بصوره خفيه فلا يمكن تعيين مبدأ المرض .

ان الديات المزمن الذي يبدأ بشكل حاد ، هو حقيقي كالديات الحاد ، ولكن يوجد  
احتمال للخطأ ، وهو ان يكون الشخص مصاب بمرض الديات الخفي ، فوقوع الترضيض  
، يشدد سيره ويظهره بعد بضعة ايام .

واما الشكل المزمن الذي يبدأ بطيئاً ، صعب التفسير ، لان احتمال وجود الديات المعتاد  
يعادل احتمال حصول الديات المعتاد المزمن الرضي .

وعليه يقتضي مراعاة النقاط الآتية :

١ — ان يكون الجرح المدعي وقوعه محصلاً آفه وعلى الاقل ارتجاج مادي وروحي  
في المخ والنخاع ؛

٢ — ثبوت عدم اصابة الشخص بالديات قبل المرض ، او على الاقل ان يكون مالكاً  
صحة السامه ؛

٣ — ان لا تكون المدة الفاصله بين وقوع الجرح وظهور المرض طويله .

فعليه ان ادعاء حصول الديات الجرحي بعد سنتين يستوجب الرد غير انه عندما تظهر  
خلال المدة الفاصله الطويله تغيرات عصبية وغيرها ، تثبت دوام تأثير المرض ، وينتهي بظهور  
الديات المزمن ، لا يمكن رد المنشأ الجرحي .

### ٣ - الموت في الجروح

ان الموت في الجروح يحدث احياناً سريعاً وحتى آتياً ، وبعضاً يكون متأخراً ، فاما ان يحدث مباشرةً من تأثير الجرح بلا واسطة او بمدخله عوامل اخرى ، بالواسطة .

آ - الموت السريع بلا واسطة ، يحدث بالاحوال الآتية :

١ - آفات احد اعضاء الحياة الرئيسيه ، التشريحيه أو الوظيفية الوخيمة

٢ - النزف

٣ - الصدمة الجرحية

آ - الموت من اصابة احد اعضاء الحياة الرئيسيه ، ان تخريب اعضاء الحياة الرئيسيه وجروحها الواسعة ، او توقيف وابطال وظائفها ، يؤدي للموت السريع او الآتي . مثلاً تفرقع الجمجمة بمرمي ناري وتخریب البصلة والدماغ ؛ او تمزق الاوعية الدماغية او السحائية من الرضوض والجروح ، كما هو الحال بوقائع السقوط او الدهس او الاصطدام او الضرب بالآلات الرضية او القاطعة الرضية واحداث النزيف الغزير في الدماغ ، تسبب توقيف وابطال الوظائف الحياتية ، كما ان الانصباب الدموي داخل الشغاف الخارجى يوقف القلب ويبطل وظائفه بالتضييق ميكانيكياً ، ومثل ذلك جروح الاوردة التي تسبب دخول الهواء وتوقيف وظائف القلب ؛ جروح الصدر التي 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 الرئيتين ميكانيكياً فيحصل الموت السريع او الآتي مباشرة .

ب - النزيف : ان جروح القلب والاوعية الكبيرة والكبد والطحال والرئتين يسبب حصول النزف الغزير ويولد الموت السريع او الآتي 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 العضوة تحمل



النزف البطني 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 الجرحية المسببه للنزف ، ويشاهد تأخر التفسخ ، والكباوة الميتية والركود الجاذبي  
يكونان بصورة خفيفة ، ويكون لون الجلد والاعشية المخاطية والاحشاء وخاصة الكبد  
وانريتان خاسفاً ، والقلب فارغاً ، وجميع هذه الاعراض ناتجة عن فقر الدم . ومع ذلك  
فيمكن ان تنقد جميع هذه الاعراض ببعض احوال الموت النزفي المحقق .

ث - الموت من الصدمة الجرحية : عندما يحدث الموت بسرعة عقب الجروح ولا يمكن  
تفسيره بالآفات التشريحية الجرحية ، يسند الى الفعل المنعكس الحاصل عن تحرش  
نهايات الاعصاب الحسية المحيطية او الضفيرة السمبائية ، وهذا ما يسمى بالصدمة الجرحية .  
بهذه الحالة يحدث الموت بوقائع الجروح الحسيسة ، ولكن يحدث احياناً عقب ضروب  
مكررة ومؤلمة بعضاً او بصوت . اي مجروح جلديه خفيفه . وهذه الجروح الصغيرة التي  
لا قيمة لها منفردة ، تؤثر بأجمعها على الجملة العصبية المحيطية تأثيراً شديداً وتسبب حصول  
الصدمة الجرحية والموت السريع .

الاعراض السريرية : خسافة الجلد ، واسترد بالافرازات العرقية ، وتبرده ، وتغير  
الخطوط الوجهية ، وخدر الذكاء ، وصغارة النبض مع عدم انتظامه ، والتنفس السطحي  
وتبرد الاطراف وتبزل الحرارة . . الخ .

ان الصدمة ليست بغشي ولا رجفان دماغي . وان عملية فتح الميت لاتعطى سوى النتائج  
المنفمية .

٣ - ادامة الحياة في الجروح الميتة : ان الجروح الميتة لاتحدث الموت المنتظر  
دائماً ، بل تساعد احياناً على ادامة الحياة ، ولائتيان الجروح حين ببعض الافعال بصورة  
غير منتظرة ، ولولم تكن مؤيدة بالمشاهدات والوقائع لعدت غير محتملة . ان هذه الجروح  
تتخصر بالقلب والاوعية الكبيرة والدماغ والعنق والبطن .

١ - جروح القلب : ان سرعة الموت في الجروح القلبية ، تابعة لاوصاف الجرح

التشريحية وطبيعة الآلة الجارحة .

آ — موقع الجرح : ان جروح الاذينات يمته بسرعة تزيد عنها في جروح البطينات ، وان وقائع الجروح النافذة في القلب من جانب الآخر مع الاعضاء المجاورة تحدث الموت بسرعة تزيد عنها في جروح القلب البسيطة .

يذكر تورود ، ٢٤ حادثة لجروح البطين الايمن منفردة منها حادثان انتهتا بالموت بمدة تقل عن ٤٨ ساعة ، وبالوقائع الباقية دامت الحياة من ٢٠ - ٢٨ يوماً ، وذكر ١٢ وقعة لجروح البطين الايسر ، منها ٣ لم تنته بالموت الآتي ، مع ان جروح الاذينات تحدث الموت الآتي ، مع هذا يذكر تورود وقعه جرح اذنين الايسر دامت الحياة بها بضع ساعات .

ب — جروح الآلات الواخذه والواقعة : ان جروح القلب بهذه الآلات تكون اقل وخامسة من جروح الآلات النارية ومن وقائع تمزق القلب بالترضيضات الجسيمه ، وتكون مدة ادامة الحياة اكثر منها في وقائع الجروح النارية 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 والواخذه ، انتهت بالشفاء وحتى الواحدة منها بدون مداخلة جراحيه .

ث — جروح الاسلحة النارية : ان جروح الاسلحة النارية وخيمة وتحدث الموت بسرعة ، اكثر من الآلات الواخذه والواقعة ، بالنظر لشدة الجرح وسعته . ويذكر لوازون ١٠٠ حادث جروح نارية ، ثلاثة منها انتهت بالشفاء وذلك بالمداخلة الجراحيه .

مع هذا الموت الآتي ليس قاعدة مطلقة ، لان بعض الجروح وخاصة جروح المرامي المخروطية الصغيرة ، تساعد المجرّوح بأجراء بعض الحركات ، ولذلك يتمكن المتجرّح 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 جسامه النزف ؛ مع هذا 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 تبقى 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 في الحوادث التي تنحصر بها الجرح بأحدى الرئتين ؛ مع سلامة الاوعية 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 عجيبة .

وان الاتحار بطلقات متعددة على الدماغ ممكن ، لامكان محافظة المنتحر شعوره ، ولو كان الطلق الاول نافذاً في الدماغ كما في جروح القلب . وعليه يمكن المنتحر ان يبدأ بطلق ناري على رأسه ومن ثم يتهي بتطبيق اصول آخر لاتمام الاتحار . وقد شوهد بعض الاشخاص يسرون ويركضون عقب اصابتهم بطلق ناري ميمت على الرأس .

وان وقائع تخريب الدماغ رضاء ، التي تعد اشد وخامة من الجميع ، يمكن ان تساعد احياناً لدوام الحياة بصورة تحير العقول .

جروح البطن : ان مقاومة الاشخاص في وقائع جروح البطن المميته تستوجب الحيرة . ويدعي (بوردي) بان البطن لا تحتوي على اعضاء ، يؤدي تخريبها او تعطيل وظائفها الى الموت المباشر ، غير ان مقاومة البدن للصدمة الحاصلة عن الرضوض الشديدة ، التي تحدث التخريبات العظيمة في الاحشاء البطنية ، تستوجب الحيرة ؛ ومما يستغرب ايضاً ، قيام

بعض المصابين ، بتلك الجروح المميتة ، ببعض الأفعال والحركات المختلفة .

٣ — الموت المتأخر الحاصل عن الاسباب المباشرة :

ينشأ عن عوارض مرضية غير انتانية موضعية ناتجة عن سير الجريح الموضعي ، كآفات الاذينات التذبية ، والقرحة العدوية المتعاقبة لجرح معدوي رضى ، والناسور التخاعي الشوكي (سهرينغومييلي) الحاصل عقب النزف التخاعي ... الخ . ان هذه العوارض تدمج بصنف الآفات الرضية الموضعية المدرجة اعلاه .

الموت من الاسباب غير المباشرة : ان الموت بسبب غير مباشر يعود لتداخل عوامل ينضم تأثيرها على تأثير الجروح ، وهذه العوامل ، هي :

أ — مرض عام ، غير انتاني يحصل من تأثير الرض : داء اللدابات الرضي ، الآفات الروحية او العصبية ( الهذيان المرتعش ، العوارض العصبية الوخيمة الرضية ... الخ ) ؛

ب — انتان عام ، كزاز ، تسمم الدم ، تقيح الدم ، التدرن ؛

ج — انتان موضعي : عادي كالفلنمون ، والحجرة والغانغرين : او خاص ، كالتدرن او عادي ولكنه متفرق جيداً بالسريريات ، كذات الرئة وذات الجنب والتهاب البريطون والتهاب الشغاف الخارجى ، والتهاب السحايا ... الخ

ان الموت بالاسباب غير المباشرة يكون احياناً سريعاً ولكن غير مباشر على كل حال — و احياناً يكون متأخراً .



## القسم الرابع

### التطبيقات الطبية العدلية في وقائع الجروح

يمارس الطب العدلي بوقائع الجروح في الاحوال الآتية :

- ١ - معاينة المجرورين
- ٢ - الكشف على الاجساد الميتة من تأثير الجروح
- ٣ - الادلاء بالتصريحات والايضاحات المطلوبة امام المحاكم
- ٤ - تدقيق التقارير الطبية العدلية المنظمة من قبل الاطباء غير الشرعيين وابدأ الرأي بشأنها .

## الفصل الاول

### معاينة المجرورين

معلومات عامه : ان السلطات القضائية او الضابطه القضائيه ترسل المجرورين الى الطبيب الشرعي او الخبير وتطلب اليه معاينتهم بتحرير خاص او بأوراق معاملة في احوال الجروح الخفيفه او التي يظن انها خفيفه، وذلك حينما الجريح يكون مالكا لشعوره التام وقادراً على السير حال وقوع الجرح او عند المراجعة ، بغية تعيين ماهية الجرم. لذلك لا يمكن تعيين وقت خاص للمعاينات الطبيه

العديلية تسهيلاً لمهمة القضاء في صيانة الحق العام ، فيجب اجراءؤها حين الطلب خشية زوال الآثار الجرحية ، التي تكون احياناً ضئيلة ؛ ولكن عندما تكون الجروح وخيمة او يدعي وخامتها ، تطلب الى الطبيب الشرعي الحضور لمحل الجرم ، او الى المحل الذي نقل اليه الجريح بقصد الاسعاف .  
 بما ان الضابطه القضائيه ، هي التي تبدأ التحقيقات الاولية ، في وقائع الجرائم المشهوده ، وتطلب معاينة المجرورحين ، تحسناً صنعاً ، لو اوضحت بتذكرتها : شكل الادعاء ، ونوع التعدي والآلات التي ادعي وقوع الاعتداء بها ، وعدد المعتدين ، وزمن التعدي ، والنساحيه الواقع عليها الضرب او الجرح ، ووضعية المعتدى عليه حين التعدي... الخ ، مما يساعد الطبيب على اكتشاف التضييع وتثبيت الحقائق .

مثلاً ، لو قيل ان الشخص ..... يدعي بضربه او جرحه من قبل شخص او اشخاص متعددين ( دون ذكر الاسامي ) ، بيد او باله راضه ... ( كعصا او غيرها ) ، او باله قاطعه .... ( كموس او سكين ) ، او بطلق ناري .... ( كمسدس او غيره ) . على الناحيه ... من بدنه ، بينما كان ماشياً او قاعداً ، بتاريخ ..... باليوم ..... والساعه .... ؛ لن يتيسر للمدعي استحصل تقرير طبي عدلي عن آثار جرحية حاصلة قبل ذلك الحين ، ولا بما سيحدثه في جسمه من الآثار الجرحيه بعد طلب المعاينة ، اذ كثيراً ما صادفت تصنيع المدعين

الآثار الجرحية حتى في عيادتي .

كما ان السلطات القضائية تحسن صنفاً ، لو استوضحت جميع مآثره مفيداً  
لتنوير تحقيقها من توصيف الآثار الجرحية وايضاح اشكال حصولها ونوع  
الآلات الواقعة بها الجرح و اوضاع المعتدى عليه والمعتدي او المعتدين المتقابلة  
... الخ عندما تطلب من الطبيب الشرعي معاينة المجرحين ، وبذلك تحصل  
اقصي درجات الاستفادة من قدرة الطب العدلي .

ان المعاينات الطبية العدلية تجرى وفقاً للقواعد الطبية العامة ، وتستفيد من  
كافة الاصولات التشخيصية السريرية الداخلية والخارجية ؛ ولكنه جدير بالذكر  
ان الاعراض المعتبرة بالمعاينات الطبية العدلية ، هي الاعراض المريئة Objectif ،  
ولا عبره للاعراض المروية Subjectif ، التي لم تتأيد بالاعراض المريئة ؛ لانه  
كثيراً ما يتصنع المدعون او المجرحون من اوضاعاً مهلكة ، بغية اغفال  
الطبيب لاستحصال تقرير غير قطعي ؛ يكون وسيلة لتوقيف اخصامهم .  
ان مثال هذه الوقائع هذه الوقائع لاتعد ولا تحصى ، فيجب على الطبيب العدلي  
في مثل هذه الحوادث ان لا يؤخذ بظواهر الامور وان لا يصفى الى محيط  
الجريح ، الذي لا يقل عن الجريح غيرة في السعي لتلقيين الطبيب صحة تأثر  
الجريح وخطوره حالته ؛ بل عليه ان يدقق الآثار الجرحية والنبض والافعال  
المنعكسه ، وان يستعرض امامه كافة اللوحات السريرية ويطبقتها على الجريح ؛  
فيظهر له المصطنع من الحقيقي ، ويجب الحذر كل الحذر من الوقوع بخطأ تكون

عاقبته مسيئة للحق العام .

## البحث الاول

### الجروح الخفيفة

( او تطبيقات المادة ١٧٩ وذيها 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 التداوى التي يجب ان يعرض عنها قانوناً .

ان الجروح الخفيفة ، هي العوارض الجرحية السطحية: السحج والكدمات السطحية والحدبات الدموية والجروح التي ينحصر تأثيرها باللاحقات الجلدية او العضل دون ان تمس احد الاوعية او الاعصاب امامه ، بأنواعها . فالجريح بهذه الاحوال يأتي ماشياً على الاقدام ومالكاً شعوره التام .

ان هذه الآثار سليمة العاقبة ويمكن للطبيب الشرعي تقدير مدة شفاؤها 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 الجسيمة من جراء الاستهتار بتدقيق الآثار الجرحية ؛ والغفلة عن



بعض آثار جرحيه تكون عواقبها وخيمه؛ فينزول موقع الطيب الفني والمعنوي  
واذكر حادث صبي بسن الخامسة عشر من عمره ضرب بحجر على رأسه  
من قبل جاره فراجع المحقر وارسل للمعائنه؛ وبينما هو في عيادتي بانتظار معاينته  
جاء ابوه وجاره واقاربهم وطلبوا اخذ الولد رافضين المعائنه 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 التقيء بدأ ظهور لوحة تضيق الدماغ السريرية.  
كما وانني اريد ان الفت نظر زملاء الى الاعناء 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 التي 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 - ففي الفقرة الاولى؛ تنطبق الجروح على احكام الماده ١٧٨ من قانون

الجزاء، وهذه يجب ان تشفى تماماً دون ان تترك أثراً 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 هذه الجروح؛ هي الآثار الجرحية التي تحصل بالاقسام الرخوة؛ او بالاحشاء بالآلات المختلفة، وتدوم بسيرها او باختلاطها طيلة هذه المدة مثلاً: جرح واسع في الاقسام الرخوة يتقيح ويدوم طيلة هذه المدة ثم يبدأ بالتندب ويلتئم كما ذكر؛ او جرح يمزق بعض الاحشاء كتمزق المعدة او الامعاء، او يحدث اختلاطات التهايه، كذات الرئة او الحمرة؛ ويشفى بالتداوى الطبي او الجرحي.

ويدخل في هذه الفصيلة من الجروح كسور العظام، التي لا تشكل عضواً ككسر احد الاضلاع او احدى العظام المزدوجه في الاعضاء، كمعظم 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 باختلاطات جرحيه ملحوظه قوياً (انتان) آجلاً؛ او آثار جرحيه عميقه، كالنصباب دموى في احد المفاصل او في الطبقات العضليه حيث لا يمكن التكهن بعاقبتها... الخ ينظم التقرير غير القطعي؛ لكي يجنب الوقوع آتياً في ما زق حرجة وليكون

التقرير فنياً ؛ يجدر بالذكر ، ان تدقق الآثار الجرحية وحالة الصحة العامة في وقت الجرح ( لان كثيراً ما يصادف ، ان يكون الجريح مصاباً بمرض خفي سابق يشهد 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 الشفاء والتعطيل عن العمل حسب مهنة الجريح .  
ب - وفي الفقرة الثانية : تنطبق الجروح على احكام المساده ١٧٧ من قانون الجزاء .

وهذه الجروح هي الآثار الجرحية التي تحدث كسراً عظمياً في هيكل احد الاعضاء ككسر عظم العضد في العضد وعظم الفخذ في الفخذ ؛ او قطع احد الاعضاء ؛ كبتر اليد بضربة سيف ؛ او قطع احد الاعصاب الهامة وتسبب فلج العضلات المتعصبه منه ؛ التي 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 شفاؤها ( ما عدا الكسر العظمي لاحد الاعضاء )  
 تصبح تابعة لاحكام المادة ١٧٨ من قانون الجزاء .

ان التطبيقات العدلية لهذا النوع من الجروح دقيقة جداً ، تحتاج لايضاح  
 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 مباشرة عقب الجرح او ان يأتي متأخراً ؛  
 فاذا حصل مباشرة 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 سوء تطبيقاته ، فيجب ايضاً تثبيت ذلك ؛ وعندما يتأسس مؤخراً كالتصاق  
 احدى المفاصل ، او الساد الرضي في العين او عن تضيق عصبي في النسيج  
 الندي ، 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 الحقيقة ان بعض المجروحين يقصدون تعطيل احد اعضاءهم بقصد الانتقام من اخصامهم وكثيراً ما سمعت من المجروحين ، حين تكلفني تطبيق اصولات التداوي المقتضية، 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 الحصىة السلي) وداء السرطان الجرحي ؛ او عصبية ( كأختناق الرحم الجرحي، نوروز الجرحي)؛ او اغتدائية ( كتبول الغليقوز والديابت الجرحي) .  
المعاينة الطيبة العدلية :

قطع العصو : ان وقائع قطع العضو من منشأ جنائي نادرة الوقوع ، وانني لم اشاهد لها مثلاً ؛ ولكن شاهدت وقائع مكررة من منشأ عارضي ، دهباً بدواليب قاطرات الترام الكهربائي او السكة الحديدية ، حيث يبتتر احد الاعضاء من الاطراف العلوية او السفلية ، كبتتر الساعد وبتتر العضد ، وبتتر القدم ، وبتتر الساق، وبتتر الفخذ، ويكون منحصرأً بطرف (من الاطراف العلوية) ، او شاملاً للطرفين ( في الاطراف السفلية) ؛ وما عدا ذلك

تشاهد هذه الوقائع نتيجة جور وعسف ، فتقطع الاعضاء ، وتقلع العيان ... 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 آناً ، 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 يشار كغيره من العاهات الحشوية 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 دماغية بدرجات مختلفة ،

من البسيطة حتى المهلكة .

ان هذه الوقائع ، تكون من منشأ جنائي او قضائي او عارضى . ان كسور الاعضاء من منشأ جنائي تحدث عن ضرب رضى شديد بآلة رضية، او بآلة قاطعة رضية او بطلق عيار نارى .

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 ملائمة حسب وضع الكسر في اطرافه او جذعه وان الكسر يظهر لاول وهلة لناظره بأخرف او انخفاض العضو عن وضعيته الطبيعى .

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 العظمى ، اما بالنظر ( فى الكسور المكشوفة ) واما بالاشعة المجهولة ( فى 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 تتميز بأصاف الآثار  
الجرحية الخارجية ، ووضعية الكسور . فعليه يقتضي تعيين منشأ الكسور  
بالنسبة الى الآثار الجرحية وليس للأدعآت ، 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 فيخذه  
وكسره . فالطبيب المعين الاول في القضاء يصرح في تقريره بعدم مشاهدته آثار جرحيه  
خارجيه بتاتاً ، فاجريت معايينته 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 ذلك ، والعباءة ذات نسج كثيف تمتد الى  
محاذاة الاثنشاء المأبضى اي الركبة . فقررت قائلاً :

لما كان الكسر واقعاً في النقطة الاكثر انحناءً اي الاقل مقاومة للتضييق  
العمودي من عظم الفخذ ، وكان الفخذ يهرب من تأثير الصدمة الخلفية بمساعدة التواء  
الركبة 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) المذكور بتأثيره القوي على وجه الفخذ الخلفي ، لا بد له من احداث تأثير شديد لتوليد الكسر ؛ وكان هذا التأثير الشديد لا بد له ان يحدث تأثيراً خارجياً خاصة بالنظر لضيق سعته ؛ فعليه وبالنظر لما سبق ذكره يستبعد حصول الكسر مباشرة كما يدعى ؛ وبالعكس ، بالنظر لاهـ كان 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 آتياً لاجتناب السقوط ، فيمكن ان ينكسر الفخذ بتأثير هذا الالتواء ) ، وبالنظر لعدم مشاهدة آثار جراحية 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 ، وبمعايته من قبل طبيب القضاء ينظم بحقه تقريراً يتضمن مشاهدته تكدم رضى في نصف الساعد الامين العلوي ممتداً للنصف السفلي من العضد الموافق مع اقتباح وكسر تاماً في عظام الساعد المذكور ويذكر بالنتيجة حصول ذلك من الضرب . وبأثناء المحاكمة في محكمة الجنايات ، يدعي جانب الدفاع ان المتهم لم يضرب الغدور 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 يتططف اوراقها لاطعامها للباعز ، وانه كان رابطاً يده يوم المنازعة . ولما سئل رأى اجريت معاينته بالاشعة المجهولة فشاهدت المحراقات الكسرية في ملتقى الثلث العلوي مع الثلث المتوسط في عظم ازند ، وملتقى الثلث السفلي مع الثلث المتوسط في عظم الكعبرة ؛ وكان الاندمال واقعاً . وعليه سئلت من المحكمة عن افادة الغدور عن ميخانيكية الضرب ونوع الآلة المصروبة بها ، فأجبت ، بان الشخص يفيد ، ان الآلة هي عصا الكلكك اصابته على ظهر ساعده بينما كان رافعاً اياه ، وبرز لي عصا بقطر ٢ — ٥ ، ٢ سانترة وبطول ٧ سانترة 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 هي الحالة بالسقوط على راحة اليد، ومن حيث محاذاة المحراقات الكسرية بأحوال الكسر بلا واسطة كما هي الحالة بالكسر بأصطدام الساعد بيد ما نوهلة تدوير المحرك الامامي في السيارات.

اشكال الكسور: يجب مراجعة البحث الخاص في القسم الثاني.

تصنيف الكسور حسب الاحكام القانونية: ان الماده ١٧٧ من قانون الجزاء تنص على كسر العضو، وعليه فان الكسر الذي يتناول تمام هيكل العضو يسمى كسراً تاماً، والكسر الذي لا يتناول تمام هيكل العضو يسمى كسراً غير تام. وهذا التقسيم سهل التطبيق في الاطراف العلوية والسفلية في العضد والساعد والفخذ والساق؛ ولكنه في الاعضاء ذات العظام المتعددة كمشط اليد والاصابع، واضلاع القوسه 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 يعطل العضو عن ايفاء وظائفه كلياً أو جزئياً، وان ذلك ينشأ عن آفات جرحيه في الاقسام الرخوة او في الهيكل العظمي. مثلاً آفة جرحية نافذة لمفصل الركبه انتهت بالتصاقه تماماً؛ او جرحه قاطعه في 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 ما يزيد  
عن الخمسة سانتترات ؛ او جرحه واخذه نافذه في طبقات كرة العين ،  
تتوي بفقدان الرؤيه ؛ او قطع عصب هام وتعطيل الوظائف العائده للعضلات  
المتعصبه 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 في جروح الرقبه ، الذي يسبب  
بعض الفلج في العضلة المربعة المنحرفه ( لانها تستعين بعصب آخر ايضاً ) ،  
وذلك يسبب تناقص الحركه الرافعه فوق الافقيه للطرف العلوي المذكور ،  
لا يعد تعطيل عضو ؛ بل يعد نقصاً في وظائف العضو . وكذلك قطع وتر احد  
الاصابع ، لا يعد تعطيل عضو ايضاً ، بل يعد نقصاً في وظائف العضو .  
فعليه ان تعطيل العضو الذي يقصده واضع القانون هو خاص بالاعضاء  
الرئيسيه لوظائف الحياه ، ولا يشمل كل جزء من اجزاء الاعضاء ، كقسم  
من الاصبع او كاملها ، او فلج عضلة من جملة عضلات مكلفه بذات الوظيفة  
واما التناقص في وظائف العضو ، فله درجات : جزئية او جسيمه . فيكون  
النقص كضور العضلة المربعة المنحرفه المذكوره اعلاه  $\frac{1}{11}$  من وظائف  
الطرف العلوي الايمن جزئياً ؛ او كالتصاق المفصل الكتف التسم بنسبة  $\frac{4}{11}$

او كنقص في القوي السمعيه عقب التهابات الاذن المتوسط الجرحيه  $\frac{٥}{١٠}$  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 اي حد يجب اعتباره جسيماً ؟

لقد حدد المفسرون حدوداً مختلفة واتفقت اكثرتهم على نسبة  $\frac{٣}{١٠}$  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 هي الحد الاعظم للتعطيل )

حسب تقديرات بروآردول

تقسم درجات التعطيل الى اربعة اصناف				الاعضاء
٤	٣	٢	١	
العامل الصانع	الحرف التي تحتاج للاطراف السفلية	الحرف التي تحتاج للاطراف العلوية	العامل اليومي	
١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	ضياع البصر تماماً
١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	ضياع طرفين من الاربعة اياً كان اتجاهها
٩٠-٧٠	٧٠-٥٠	٨٠-٧٠	٨٠-٧٠	١- الاطراف العلوية
٩٠-٧٠	٦٠-٥٠	٨٠-٧٠	٨٠-٧٠	آ- الطرف العلوي الايمن
٩٠-٧٠	٥٥-٤٥	٧٥-٦٥	٧٥-٦٥	ضياع الطرف بكامله
٥٥-٤٠	٢٥-١٥	٣٥-٢٥	٣٥-٢٥	ضياع كامل القسم تحت المرفقة
٣٥-٢٥	١٥-١٠	٢٥-١٠	١٥-١٠	ضياع اليد
٢٥-١٥	١٠-٥	١٥-١٠	١٥-١٠	ضياع الابهام
٢٥-١٥	١٠-٥	١٠-٥	١٠-٥	ضياع السبابة
٢٠-١٥	١٠-٥	١٠-٥	١٠-٥	ضياع المتوسط
٦٥-٤٠	٣٥-٢٥	٥٠-٤٠	٥٥-٤٠	ضياع البنصر
٤٠-٣٠	٢٥-١٠	٤٠-١٠	٤٠-١٠	ضياع الخنصر
				التصاق مفصل الكتف التام
				التصاق مفصل الكتف الغير التام حسب درجته

٤٥-٣٥	٢٥-١٠	٣٥-٣٠	٤٠-٣٠	التصاق مفصل المرفق التام
٣٥-٢٠	١٠-٠	٣٠-١٠	٣٠-١٠	التصاق مفصل المرفق الغير التام حسب درجاته
٤٥-٣٠	١٥-٥	٣٠-٢٠	٣٥-٢٠	التصاق مفصل المعصم التام
٣٠=١٠	٥=٠	٢٠-٥	٢٠-٥	التصاق مفصل المعصم الغير التام
٨٠=٧٠	٥٠=٤٠	٧٠-٦٠	٧٠=٦٠	ب- الطرف العلوي الايسر
٨٠=٧٠	٥٠=٤٠	٧٠-٦٠	٧٠-٦٠	ضياح الطرف بكامله
٨٠=٧٠	٥٠=٤٠	٦٥-٥٥	٦٥-٥٥	ضياح كامل القسم تحت المرفق
٤٠=٢٥	٢٥=١٠	٢٥-١٥	٢٥-١٥	ضياح اليد
٢٥=١٥	١٥-٥	١٠-٥	١٥-٥	ضياح الابهام
١٥=١٠	٥-٠	١٠-٥	١٠-٥	ضياح السبابة
١٠=٥	٥-٠	٥-٠	١٠-٠	ضياح البنصر
٥٥=٣٥	٢٥-١٠	٤٥-٣٠	٥٠-٤٠	ضياح الخنصر
٣٥=١٠	١٠-٠	٣٠-١٠	٤٠-١٠	التصاق مفصل الكتف التام
٤٠=٢٥	١٥-٥	٣٥-٢٥	٣٥-٢٥	التصاق مفصل الكتف الغير التام حسب درجاته
٢٥=١٠	٥-٠	٢٥-٥	٢٥-٥	التصاق مفصل المرفق التام
٣٠=٢٠	١٠-٥	٢٠-١٥	٢٠-١٥	التصاق مفصل المرفق الغير التام حسب درجاته
٢٠=٥	٥-٠	١٥-٥	١٥-٥	التصاق مفصل المعصم التام
٧٥=٥٠	٩٠-٧٠	٧٥-٤٠	٧٥-٥٠	التصاق مفصل المعصم الغير التام حسب درجاته
٧٠=٥٠	٨٠-٦٠	٧٠-٥٠	٧٠-٥٠	٢- الاطراف السفلية
٦٠=٥٠	٨٠-٦٠	٦٠-٤٠	٦٠-٤٠	ضياح الطرف بتمامه
				ضياح الطرف تحت الركبه
				ضياح القدم

٣٥-٢٥	٦٠-٤٠	٣٠-٢٠	٣٥-٢٥	بتر كفه اصابع القدم
٢٠-١٥	٤٠-٢٠	٢٠-١٠	٢٠=١٥	ضياح ابرهام القدم
٣٥-٢٥	٦٠-٤٥	٣٠-٢٠	٣٥-٢٥	التقصير العظيم لاحد الاطراف
٢٥ لحد	٤٥ لحد	٢٠ لحد	٢٥ لحد	السفلية (اكثر من ٥ ساتمترات)
				التقصير الجري لاحد الاطراف
				السفلية (اقل من ٥ ساتمترات)
				حسب درجاته
				التصاق المفصل الحرقفي
٤٥-٣٠	٨٠-٦٠	٤٥-٣٠	٤٥-٣٠	الفخذي التام
				التصاق المفصل الحرقفي
				الفخذي الغير التام حسب
				درجاته
٣٠-١٠	٦٠-٤٠	٣٠-١٠	٣٠-١٠	التصاق مفصل اركبه التام
٣٠-٢٠	٦٠-٤٠	٣٠-٢٠	٣٠-٢٠	الغير
				التام حسب درجاته
٢٠-١٠	٤٠-٣٠	٢٠-١٠	٢٠-١٠	التصاق مفصل المرفق
				التام
٢٥-١٠	٦٠-٤٠	٢٥-١٠	٢٥-١٠	التصاق مفصل المرفق
				الغير التام حسب درجاته
١٠-٠	٤٠-٣٠	١٠-٠	١٠-٠	ضياح احدى العينين
٤٠-٢٠	٤٠-٢١	٤٠-٢٠	٤٠-٢٠	على ان تكون الثانية سالمة

العلة الدائمة هي مرض وسير معين من منشأ جراحي ، يرافق الحياة ، وينتهي اما بتعطيل وظائف العضو ، المتمركز فيه ، او ينتهي بأطفاء شعلة الحياة مثلاً ذات المفصل الدرني الجرحي ، يمكن ان ينتهي بالتصاق المفصل التام او بتعميم المرض في العضويه والانتهاه بالموت .

ان الشرائط المقتضية لقبول المنشأ الجرحي لعلل كهذه قد بحثناها في القسم الثالث بأسهاب فيجب الرجوع اليها .

مشاهدة : راجعني باستدعاء محول من النياابة الشخص ..... من قرية .... التابعة لقضاء ... مدعياً اصابته بمرض يزعمه « تأسس عقب ضربه من قبل الشخص ... بحجر على خاصرته اليسرى . فلدي معاينته شاهدت محراق درني في الزنه اليسرى مع علامه التهابيه في الجنب بمحاذاة هذا المحراق . ولدى التدقيق تبين ان الشخص اجريت معاينته من قبل طبيب القضاء بتاريخ الضرب المدعى وقوعه ونظم بحقه تقريراً طبيياً يتضمن اصابته بكدمه رضيه في الخاصره اليسرى ، وتبين انه بعد مرور شهر راجع الطبيب ..... الذي شاهد معه ذات الجنب اليابسه بذات المحراق ؛ فعليه تقرر لدي انه مصاب بدأ السل من منشأ رضيه .

مشاهده : ادعت الامرأة ..... بأن زوجها ضرب من قبل الشخص .... على رأسه بمصا قبل شهرين ، وعلى اثر الضرب حصل معه عارض جنوني ، افقده رشده واقدمه في الفراش . ولدى معاينته وجد بحالة السبات ، فجري نقله للمستشفى وتوفي على الأثر . 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 لاعلامه للضرب المزعوم وقوعه تحصيل المرض والموت البتة .

بما ان المراجعات بمحدث العلل الجرحية تأتي متأخرة ، وخاصةً لما يكون سير المرض المدعي به مجهولاً لدى الطبيب العدلي ، فالت في امرها صعب



واحياناً صعب جداً ، ويتطلب تدقيقات وجهود عظيمة .

فيتين مما سبق ما لتطبيقات المادة ١٧٧ من الالهمية ، وما تتطلبه من الدقة والاعتناء ، فعلي الاطباء العدليين ان يعتنوا بكل الاعتناء بتوصيف وتقدير الوقائع وتطبيقاتها ؛ كما ان على انقضاة ان يكونوا حريصين على طلب الايضاحات الضرورية لحل القضايا ، والاعتماد على القديرات المستندة على اسس فنيه ثابتة .

واذكر تقرير طبيباً 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 الجرحه القاطعة في الناحية الحليمية العنقية اليميني 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 اختلا لوظائف العضلة المربعة المنحرفة ، بتأثيره على الحركات الرافعة للسوية فوق الافقية من الطرف المذكور .

# الجروح المهلكة

( او تطبيقات المادة ١٧٤ من قانون الجزاء )

ان الجروح المهلكة، هي الجروح التي تكون سبباً للموت عاجلاً أو آجلاً، ومباشرة أو بأنضمام سبب آخر اي بالواسطة .

أ- الجروح المميتة عاجلاً ومباشرة هي : الجروح الوخيمة ، لاحد اعضاء الحياة الرئيسية : الدماغ ، البصلة ، القلب ، الرئتين ؛ وجروح الاعضاء الغيبة بالدم كالكبده والطحال والرئتين والصدمه الجرحيه .

ب- الجروح المميتة 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 عقب النزف النخاعي ... الخ .

ج- 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 ، غانغرين ) ، والخاصه ( التدرن ) ، او العاديه ولكنها متفرقة سريراً بوضوح ( ذات الرئه ، ذات الجنب ، التهاب البريطون التهاب الشغاف الخارجي ، التهاب السحايا ... الخ ) ، او مرض عام غير انتاني متولد عن ترضيض : الديبايت الرضي ، الآفات الروحيه والعصبيه ( الهزبان المرتعش والنوروز الرضي الوخيم ... الخ ) .

المعاينة الطبية العدلية :

آ - وقائع الجروح المميتة عاجلاً ومباشرةً : ان ممارسة الطب العدلي بهذه الوقائع دقيق جداً .

١ - تارةً لا تظهر على المغدور علامٌ اخطار الموت السريع ، بل يظن الناظر ان امامه شخصاً مصاباً بجرحه بسيطه ، حتي اذا كان الطبيب العدلي او الخبير ذاهلاً ، نظم بحقه التقرير القطعي ، ثم لا يلبث ان يموت المغدور ، فتبعث القضية على القيل والقال .

مشاهده : اجريت معاينة الشخص ..... من اهالي محلة ..... ونظم بحقه التقرير الطبي العدلي المتضمن شفاؤه بمدة خمسة عشر يوماً ، ولم يلبث ان ساءت حالته وتوفي بعد ٣٦ ساعة . وبعملية فتح الميت شوهد كسر في العظم الصدغي الايمن وعلقة دموية جسيمة فوق السحايا مرافقة للمحراق الكسري ، فعليه تحق ان سبب الموت هو التضييق الدماغي ، الذي ( كما بينا في بحثه الخاص ) تتأخر ظهور اعراضه الخطره حين تأسسه ، فلو كان الطبيب في هذه الواقعة اكثر اهتماماً بتدقيقاته لظهر له وجود الكسر العظمي ، و آثار نفوذ الآلة الكاسرة لجوف الدماغ ، وكان نظم بحقه تقريراً غير قطعياً ، استوجب اهتمام القضاء اكثر مما وقع ، وحفظ الحق العام . وهذه الحادثة تشابه حادث الصبي الذي ذكرته سابقاً .

بما ان فعل القتل هو الحد النهائي للجرائم الجنائية ، فيكون طبعاً اهم القضايا التي يعالجها الطب العدلي ، فلذلك يجب عدم الاغترار بالاحوال الظاهرة التي يمكن ان تكون حسنة حين المعاينة ، وتدقيق الآثار الجرحية بكل اهتمام . اذ كل اثر للذهول من هذا القبيل يكون له تأثيره السيء على الحق العام .

٢ - تارة 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 يتجراها بكل دقة ، اذ يتبين له التصنع والتمارض من الحقيقة ؛ وتفریق هذه الاحوال سهل في اكثر الوقائع .

مشاهدة : دعيت ليلاً لمعاينة شخص .... ، الذي اجريت معاينته من قبل الطبيب ولم يعطي نتيجة بحقه ، فلما دخلت الغرفة شاهدته ممدداً في فراشه وتنفسه شخيري ، والاجفان العلوية منطبجة ومتكدمة ومحوا فيها السائيه خاصة ، وهي في الطرف الايمن اكثر منها في الطرف الايسر والعين اليمنى جاحظة ، فتبادر لذهني حالاً انه مصاب بالتضييق الدماغى ، الذى تأيد وجوده بالاعراض السريرييه ؛ وقد توفي بعد بضعة ساعات ، وبفتح الميت شوهد علقه 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 .

مشاهدة : دعيت لمعاينة الشخص .... المحبر بانه ضرب على خصيلته وسقط فاقد الحركة او لحس قبل اربع ساعات وانه بحالة الاحتضار ؛ اسرعت لمعاينته ، فشاهدته ممدداً في فراشه ، يتنفس تنفساً طبيعياً ، وامعنت النظر بوجهه واجريت معاينته فلم ار عرضاً للغشى وللسبات فجزيت اجلاسه فلم اتمكن لسبب ضخامة جثته وتراخيه ، وعويل النساء الموجودات ؛ على اني ايقنت انه متصنع ، فاردت اثبات ذلك ؛ فحقننه بحقنة اثر في ساعده ، فظهر تجلداً اولاً ولكن لما بدأت بدلكها فقد جلده وسحب ساعده من يدي ، ولم اخرج من الدار الا وكان جالساً يقص علينا شدة تألمه وضربه ، ولكن دون ان يكون هنالك اثر مشهوداً للضرب . وان التصنع من هذا القبيل ليس من الوقائع النادرة .

٣ — وتارةً تكون الآثار الجرحية النزفية بارزة ، فهذه الوقائع لا تترك مجالاً للخطأ بتعيين درجة خطورتها ؛ ولكن الذي يسترعي الدقة بها هو السعي في تعجيل الاسعاف ، وتخليص حياة الجريح من خطر الموت حادق به مشاهده : دعيت لمعاينة الشخص.....الذي سقط في الطريق على أثر جرحه في ساعده الايسر، جرحاً سبب نزفاً غزيراً ، شل حركاته وافقده شعوره ، حتى ظن انه فارق الحياة فبوصولي حالاً ربطت عضده الايسر وشرعت بمعاينته ابتدأياً فشاهدت علقات دموية جسيمة سائرة للساعد المجرّوح ينبع من خلالها سيلان دموي خفيف جداً ، والحركات القلبية خفيفة وضعيفة جداً ، وماهي الا برهة من الزمان ، حتى قوته فنقلته للمستشفى ، حيث اسعفه وشفي تماماً .

ان هذه الجروح لا تحدث الموت الا في دائماً كما يتصور؛ بل تمتد الحياة مدات مختلفة كما بحثنا في مبحث ادامة الحياة بعد الجروح مفصلاً ، لذلك لا نرى لزوماً للعودة اليه .

على اني اکتفي بالتنبيه الى وجوب تدقيق الآثار الجرحية وحالة المريض وتثبيتها بصورة دقيقة ؛ وعدم التسرع بأعطاء النتيجة القطعية ، حتى عندما يحدث الموت تجري عملية فتح الميت وتثبت النتائج بصورة فنية واضحة . وذلك لانه كثيراً ما تكون الجروح متعددة، ويطلب القضاء تعيين الجريحة او الجريحت المسببه للموت، وبعمليات فتح الميت تظهر نتائج معاكسه لما سبق بيانه قبل الموت .

مشاهدة — امرأة اصيبت بعدة جروح من قبل زوجها وسقطت على الارض تنبسط

بدمائها ، فنقلت للمستشفى واستعفت ابتدائياً ، وامتلكت بعض شعورها الا انها لم تقدر على التكلم بسبب قطع شريان الشزن باحدى الجريحت الرقيقة ، بل كانت تعطي الاجوبة بالاشارات بعينها سلباً او ايجاباً على الاسئلة الملقاة عليها من قبل قاضي التحقيق وكان في جسدها عدة جروح ايضاً وتصورنا الخطر كله بجروح ارقبه النازفه ، ولكن توفيت في اليوم الثاني وبعملية فتح الميت شاهدت جوف البطن تمتلي بمائع دموي من اثر جريحة نافذة في الكبد والخلاصة ، ان المجروحين من هذا القبيل تنطقي حياتهم وان تمددت احياناً ويطلب الى الطبيب العدلي تعيين سبب وميخانيكية حصول الموت ، بأجراء الكشف على الاجساد الميتة .

ب - الجروح المميتة آجلاً 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 الأولى 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 ، لا تحيطها حدود التخمين ، كالقرحة العدية ، او ناسور انخاع الشوك فيصار الى اعلام القضاء بالكيفية ، انتظاراً لاجراء الكشف الاخير على الجسد بعد الموت .

ج - الجروح المميتة بلا واسطه : ان ممارسة الطب العدلي بهذه الجروح دقيقة واحياناً صعبة جداً . مثلاً ظهور مرض الكزاز اختلاطاً بجرح بسيط ، من الحوادث الممكنة ولكن الغير القابلة للكشف قبل ظهورها ، فناً ، والحمرة ايضاً كالكزاز من الاختلاطات الملحوظة والغير القابلة للكشف قبل

ظهورها ؛ ان وقائع الكزاز نادره جداً ، وانني شاهدت عشرة وقائع فقط بثلاثين الف وقعة جروح مختلفه ؛ ولكن الحمرة ، 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 المجرور .

والذي يستجاب النظر بهذه الجروح ، هو التهاب البريطون في الجروح البطنية ؛ اذ تظهر فجأة ؛ عقب جروح قاطعة واخذة او واخذة ؛ تظهر في شكلها بسيطه جداً ولا تسبب اقل ازعاج للجريح .

مشاهده — راجعي الشخص .... من اهالي محلة ..... بعد منتصف الليل ، بظاب من مخفر منطقة ، لمعاينته ، وكان مصاباً بجرح واخذ قاطع بطول سانتيمتره في الناحية الشرسوفية لم يظهر اقل ازعاج منه ؛ فبمعاینته لم يتمكن من تعقب سير الجرح ، وذلك بسبب تكمس الانسجة بطبقات جدار البطن بدرجات مختلفة وانحراف سووية الفوهات الجرحية بعضها عن بعض ، كما ان الجريح لم يمكنني من معاينته كما يجب ، لانه كان مستعجلاً للذهاب لاخذ انتقامه بئد من جارحه ، فوضعت تحت المشاهدة اثني عشر ساعة ، ولم تقضي المدة 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 كافة يقتضي ؛ اجراء عملية فتح الميت ، عندما يحدث

الموت وتثبت الآثار الجرحية الاساسية والاختلاطية بصوره مفصلة واضحه  
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 عقب الموت او متأخراً .

فعلية ، 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

في هكذا وقائع يجب على الطبيب العدلي ان يتأكد من حدوث  
الموت اولاً ،

١ - 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 الظاهري : يوصف بفقدان الحركة وفقدان التنفس والدوران ظاهراً .  
يشاهد الموت الظاهري في الاحوال الآتية :

١ = بوقائع الغشي الذي يحدث عن الانزفة الخارجية والداخلية الجسمية ،  
والانصبابات الواسعة في الشغاف القلبي الخارجى والتهيج ... الخ .

٢ - بوقائع الاختناق الميخانيكية او السمية .

٣ = بحوادث ابطال الحس الصناعي .

٤ - بأحوال اصابة الصاعقة والانجماد والرجفان الدماغى ... الخ .

الموت الحقيقى : ان علائم الموت الحقيقى هي : استرخاء المعصرات ، وتوسع  
الحدقات ، وتشكل سحاب زلاىي Toile فوق الطبقة القرنية ، وفقدان  
السهالة او النفطات عقب الحرقفة الجلدية ، وفقدان الضربات القلبية (بالاصغاء) ،  
وتخرية ايكار النفسى . ( يؤخذ ورقة بيضاء ويكتب عليها بمحلول خليت  
الاسرب المعتدلة « ١٠ غرامات بعشرين سانتيمتره مكعب ماء مقطر » الذى  
لا لون له وتوضع امام الفوهات الانفية للشخص . فعندما يكون الموت  
حقيقياً ، تظهر الكتابة بلون اسود ، بتأثير مولد الماء الكبريتى . الذى لا ينتشر  
الا من الاموات .

ان مجموعة هذه العلائم لا تترك مجالاً للتردد بحوث الموت حقيقياً .

مع ذلك عقب هذه العلام الآتية تظهر علام الموت المتأخرة . وهي :  
تبرد الجسد . والكباوة الميتية . والصلل الميتي . وفقدان تقابلية تقلص  
العضلات بتأثير المنبهات المختلفة وانخفاض كرة العين .

ويجب الحذر من الاستهتار بتشخيص الموت ، اذ يؤدي لقتل شخص  
يحتاج الاسعاف ولم يفقد حق الحياة . واذكر حادثة شخص اصيب بجرحه  
قاطع في ساعده الایسر . سببت نزفاً غزيراً . سقط على الاثر فاقد الحس  
والحركة . ودام النزف حتي خيل للناس حوله ان الشخص قد توفي؛ ومن  
ثم حضر موزو الشرطة واعلموني بالقضية . فلما وصلت كانت الناس تترحم  
عليه واقاربه يطلبون استلام الجسد . ولدى معاينته شاهدت بحيرة دموية  
جسيمة تحته وساعده الایسر غاطساً بها جسيت النبض المقابل فلم احسه ،  
اصغيت الى القلب فلم اقتنع ، فربطت عصده الایسر بقطعة من القماش قوياً .  
ووضعت على سلم خشبي شاهدته في الجوار . وامرت بنقله للمستشفى . ونتيجة  
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 - متي حدث الموت ؟ يعين زمن حدوث الموت ، كما يأتي :

آ - اذا كان الجسد محافظاً لحرارته ، ولم يشاهد اثر للكباوة الميتية ولا

للصهل الميتي ، يكون الموت واقعاً حديثاً ، اي منذ مدة وجيزة ؛  
 ب - اذا كان الجسد مضيئاً حرارته اي متبرداً ، وبجمالة ابتداء الصهل ،  
 يكون الموت واقعاً منذ بضعة ساعات ، وعلى كل اقل من يوم ؛  
 ب - اذا كان الجسد متبرداً والصلل زائلاً ، ولكن غير متفسخ ، يكون  
 الموت حادثاً منذ ٣ - 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 المتقدمة والمتأخرة عنه

آ - الجراح الحادثة بعد الموت على الجسد : ان هذه الجروح تحدث  
 عارضةً او عمدًا .

١ - ان الجروح التي تحدث بعد الموت عارضة ، هي :

١ - الجروح التي تحدث في الدورة الفاصله بين الحياة والموت ، والتي  
 يسميها الآلمان (الجروح النزعية) ، حينما يفاجأ الشخص بضياع شعوره آنيًا  
 من اصطدامه بمواضع مختلفة عند سقوطه مغيباً عليه ، وتتركز هذه الجروح

في الرأس ، ونهايات ، الاطراف ، والاقسام المتبارزه من البدن وتشاهد  
صفائح متيبسه (پارشه مينه) في الجبهة والوجه ، والمرفقين ، واليدين ، والقصبتين  
والكعيبين ... الخ ؛ وانصبابات دمويه تحت الجلد في الجلد المشعر بنواح مختلفة  
غيرها ؛ كسور عظمية ايضاً وخاصة في العظام الانفيه والنتوات العزاريه  
.... الخ.

٢ - الجروح التي تحصل حين نقل الشخص من محل لا آخر ، تشاهد على  
الاكثر في الوليد حديثاً ، وتحول على نبجحات خفيفة (بشكل صفائح يابسه)  
حتى الكسور العظمية وخاصة كسور عظام الجمجمة .

٣ - الجروح التي تحصل من صولة الحيوانات وخاصة الفار على الجسد :  
تحدث ضياعاً مادياً جسيماً احياناً ؛ تشخيص هذه الجروح سهل ، عندما يكون  
الفاعل فآراً ، يشاهد اثر اسنانه بمحيط الصياع المادي ، بشكل اكليل نصف  
دائري صغير ومتيبس ؛ وبالا جساد الباقية في الهواء الطلق تشاهد هجمات الجوارح  
والمل .

٢ - الجروح التي تحدث بعد الموت عمداً : تكون من منشأ طبي او جنائي .

١ - الجروح الطيبه : هي ؛ آثار وخدات الابر المحتمنه تحت الجلد (زيت الكافور  
وغيرها) ؛ وآثار الدلك القوي ؛ والفصد ... الخ .

فالابر تحت الجلد . تترك صفيحة مدورة حمراء خاسفة ؛ مع وخذه مبر كزبة

على التقريب ، وبالشق يحسن برأئحه المادة المزرقه الميزه ؛ والدلك يحدث صفحات متيبسه في القسم الامامي من الصدر ، حين اجراء التنفس الصناعي ؛ والقصد يميز جيداً .

٢ - الجروح الجنائيه : هي التي تحدث عن الهجوم على الشخص وجرحه بعد ان يكون مفارق الحياة ؛ او تحدث بالجسد الميت بقصد اخفاً او ستر آثار الجرحية الاصلية .

الاصاف الميزة للجروح المتقدمه للموت والمتأخرة عنه : ان الآثار الجرحية الحادته قبل الموت بمدة من الزمان ، هي : علائم نديه ، التصاق شفتي الجرح بمبايع اللنف المصور ، تقيح .. الخ ؛ وكدمات ذات الوان خضراء او صفراء .  
الجروح الحادته قبل الموت مباشرة : ان تشخيص هذه الجروح من الجروح الحادته بعد الموت دقيق جداً ، ويعتمد بذلك على : ١ - علائم خاصه عرضيه غير ثابتة ؛ ٢ - علائم عامه . تستخدم بكافة الوقائع .

العلائم الخاصه - ان العلائم الخاصه والعرضية الميزة للجروح الحادته في حال الحياة ، هي : الصامات الشحمية التي تشاهد بوقائع الكسور ... الخ ، ولا يمكن حصولها ، بشكل واضح ومبتدل في الاجساد الميتة ؛ الصامات الهوائية ، التي تعقب جروح الجذوع الوريدية في العنق ، والتي لا يمكن حصولها بعد توقف الدوران ؛ وجود الدم في الحويصلات الرئوية ، الذي يشاهد بجروح العنق ، التي تفتح المجاري الهوائية وبوقائع كسور قاعدة الجمجمه مع ضياع الشعور ، ان الدم يشكل

محراقا رثويه مرثيه بالنظر المجرد واحسن منها بالمجهر. ويقال ان كسور العظام بعد الموت اصعب منها قبل حدوثه، وكسر الخنجره ايضاً لا يمكن حدوثه بعد الموت، ومشاهدته تدل حتماً على حدوثه قبل الموت.

٢ - العلام العامه ، هي :

١ - النزف ؛ ٢ - تحثر الدم ؛ ٣ - تكمش حوا في الجروح

آ - النزف : يكون خارجياً ، او داخلياً ، او مختلطاً .

النزف الخارجي : ان النزف الخارجي يحدث بالجروح في حال الحياة عامة ، مهما يكن منشأها ، عندما يوجد جرح جلدي . ان الدم يسيل الى الخارج ويتنشر فوق الاشياء المجاوره وفوق ثياب الجريح والجلد المجاور للجرح ، ويلوث حوا في ومقطع الجرح ؛ ويشاهد بهذه المواضع المختلفه متيبساً ، متحترأ او لا يزال مايعاً احياناً .

ان النزف الخارجي ، تأخذ ببعض الوقائع ، او صافاً تجعل تشخيص فعل الجرح قبل الموت ثابتاً مباشرة ، وهو كذلك عندما يكون الدم منتشراً لمسافة بعيدة فوق الاشياء المجاورة للجسد (حائط ، مفروشات) ، ويشكل اشكالا متنوعه من القطرات الدموية ، ان وضعاً كهذا يكون دليلاً لا يقبل الرد لخروج الدم الشرياني بحالة النفور مدفوعاً بتأثير القلب ، وعليه يعد دليلاً لا يقبل الجدل لوجود الشخص بحال الحياة . وكذلك عندما يكون الدم المنتشر الى الخارج فوق التراب مثلاً ، بشكل مبعثر Trainé يكون دليلاً على حركة الشخص ،

حينما كان يسيل دمه وهو في قيد الحياة ... النخ .

ولكن يحتمل ان يفقد النزف الخارجي بالجروح الحادثة في حال الحياة؛

او ان يحدث دون ان يترك اثرأ .

ويكون فقدانه في الاحوال الآتية :

١ — عندما يحصل الجرح بألة دقيقة للغاية، كما هو في الآلات الواخذة

ذات القطر الصغير للغاية ؛

٢ — عند ما تحصل الجروح بأقتلاع الانسجة ، يتمتع حصول النزف ؛

٣ — عندما ينصب الدم الداخل من جراح وضع تشريحي ؛ او من جراح

قطع احد الاوعية الكبيرة التي تفرغ محتوياتها بسهولة في احد الاجواف

... النخ ؛

٤ — عند ما يصادف الدم منفذاً غير الجروح ، التي تحول مجرى النزف

الخارجي لحسابها ... النخ ؛

٥ — 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 ... النخ

(بوقائع الدهس ... مثلاً) ؛

٦ — عندما يكون الرض مرافقاً لارتجاج دماغي او لصدمة ، تشل

حركة الدوران مباشرةً ويمتنع سيلان الدم .

ان القاعدة العامة تقضى بعدم حصول نزف خارجي بالجروح الجلدية التي تحدث بعد الموت ؛ مع هذا يمكن حصوله بصورة استثنائية .

آ ... عندما يقع الجرح عقب الموت بمدة قصيرة ، يحدث النزف في كل نواحي البدن ؛ ونسبة ما تكون هذه المدة قريبة من زمن حدوث الموت ، يكون النزف ثابتاً وظاهراً .

ب - 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 الشروط تتوافر في الاشخاص المتوفين فجائياً 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 ، اي معرض للركودة الدموية ، لا يسيل منها الدم حين وقوع الجرح ، بل يبدأ بالسيلان حينما تتأسس الكباوة الميتية . ويذكر ما شقاً مثلاً مفيداً لذلك : هو :

اعدم شخص صلباً ، وانقطع الجبل 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 ، الپلورا ، البريطون ) ؛ وفي الانسجة الحشوية ؛ وفي النسيج الجبروي ، اي النزف الحلامي العميق او تحت الجلدي .

الانزفة في الاجواف المصلية — ان الجروح المحدثه بزمن الحياة، اياً كان نوعها ، عندما تفتح الاوعية الكبيرة والشريانيه خاصة .

وتمزق الاعضاء الحشوية تحدث : انصباباً دموياً في 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 ترحزح عن موقعها ( القلب والرئتان ) لا يمكن التردد بحدوثه في حالة الحياة .

ب — النزف الحشوي : ان جروح الاحشاء تحدث انصبابات دموية داخلها وتكون جسيمة بقدر ما يكون العضو الجريح غنياً بالاوعية ؛ وعندما لا يسادف النزف مانعاً ينصب في احد الاجواف المصلية المجاورة ، كما يحدث في جروح الكبد في النسيج الجبروي المجاور ، او كمحيط الكلية مثلاً . ان الدم المـرتشح في ذات العضو يكون جزئياً او معدوماً أحياناً 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 - النزف الخلامي العميق: هو لازم غير مفارق لجروح العظام والعضلات واوعية الطبقة الجبرية تحت الجلدية الحادثة بحال الحياة، الا في الوقائع التي يرافقها جروح القلب او الابهر، التي تتعلق الدوران بها مباشرة ويتأثر آتياً، او الارتجاج الدماغى، اللذان يحدثا الموت قبل سيلان النزف.

ولذلك فان النزف الخلامي العميق لا يحدث بعد الموت، واذا حدث فانهما 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 بامتداد غمدوعائي مقطوع او متمزق، هي من الادلة التي لا تقبل الجدل لحدوث الجروح في حال الحياة.

د - التزف تحت الجلدي: ان الانصبابات في النسيج الجبروي تحت الجلدي (حدمات دمويه او كدمات) تحدث في الجروح المتنوعة في حال الحياة، وان كثرتها واهميتها تتحول باختلاف الجروح.

ان جروح الآلات الواخذه والواخذه القاطعه لا تحدث هذه الازفة ،  
 الا باحوال استثنائية ؛ وهي تحدث بوقائع مؤفية احد الاوعية الكبيرة ، وفي  
 النواحي التي يكون فيها النسج رخواً ، اذ يساعد على انتشار الدم بسهولة في  
 محيط الجرح . والرضوض بالعكس سواءً اكانت مترافقه بجرح او بدون جرح  
 هي الجروح الخاصة التي من شأنها احداث الانصباب تحت الجلدي ، وتشكيل  
 احد اعراضها الهامة .

تشكل 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 نبتاع في احد  
 المسارح . ( اخذ كامبل عصا وضرب بها الاجساد الميتة منذ ساعة ونصف ،  
 وساعتين ، وثلاث ساعات ، واربعة ساعات ، فشاهد ان الضربات الشديدة  
 تسبب ظهور آثار ذات لون خارجي ظاهر لا يفرق عن الوان الكدمات  
 التي تحصل قبل الموت ، حتى ولو بعدة بساعات متعددة . ان هذا اللون يحصل من  
 انصباب الدم المائع ، بطبقة رفيعة جداً ، تحت الادمه . ويمكن انتشار هذا  
 الانصباب في النسج الجروي تحت الجلدي بنقطة محدودة وتلون حجابات  
 النسج وعلى كل فلا يوجد بهذا الانصباب علقات دموية . ولا يندمج الدم  
 بطبقات النسج . وعليه فان مشابهة الكدمات الرضية تحت الجلديه الحاصلة  
 بعد الموت للكدمات الرضية الحاصلة قبل الموت تحصر من حيث اللون الخارجي

وتخالف بأوصافها الحقيقية بصورة لا تقبل الشك والتردد .

ب- تحثر الدم . ان الدم الخارج من الاوعية بحال الحياة يتحثر قاعدة ،  
ولكن الدم المنصب للأجواف المصلية يبقى مائياً وكذا الدم المنصب  
للأجواف البلورية يبقى مائياً قسماً ، وفي شغاف القلب الخارجي استثناءً .  
ومقابل ذلك فالدم الخارج من الاوعية بعد الموت لا يتحثر ، قاعدة ، ولكن  
هذه القاعدة ليست مطرده .

وقد ثبت بالتجارب والمشاهدات العديدة ، وخاصة بتجارب آيلور على  
على الاطراف المتبورة حديثاً ، ان الدم المنصب من الاوعية بعد الموت ، الى  
الخارج ، او للأجواف الداخلية ، حتي بوقائع الاختناق ، انما يتحثر ؛ وان  
درجة هذا التحثر تناسب مع قرب زمن الموت ، فعندما يكون هذا الزمن  
طويلاً تفقد قابلية التحثر . وان العلاقات التي توجد بالتحثر الحادث بعد الموت  
هي علاقات لينه ورخوه وسهولة التفريق ، بنسبة تباعد زمن حدوث الموت عن  
خروج الدم من الاوعية ؛ ومن جهة اخرى ان الدم المتحثر بعد الموت  
لا يندمج بالانسجة مطلقاً ولا يلتصق بجوافي الجروح .

ويشاهد بجوار الانصبابات الدموية ارتشاحات مصلية احياناً . وان بعض  
المؤلفين ومنهم لسر يفسرون هذا الحادث ، بأتحاد النزف الدموي مع النزف  
النفسي ، ويستدلون من ذلك على حدوثه بزمن الحياة ؛ ولكن غيرهم من المؤلفين  
( بالأتوقس ودرهوهس ) يدعون بأنه ليس هنالك سوي فعل حكيمي للتحثر

وانه ليس له اقل قيمة تشخيصية .

ث - تكمش الانسجة : ان قابلية التقلص في الازدجة ، تجعل حوافي الجروح الجلدية والعظمية متباعدة ، والجروح مفتوحة . وهذه الخاصة تتحول حسب النواحي (اذ تكون في العنق بدرجتها العظمي وفي الجلد المشعر والظهر بدرجتها الصغرى ) ، وانواع الجروح ، اذ انها في الجروح القاطعه تكون اكثر وضوحاً .

وبالموت تفقد هذه الخاصه ، قابلية التقلص ، ولكن بصورة تدريجية ؛ فعندما يحدث جرح على جسد ميت ، عقب الموت ، تقلص الحوافي وتفتح الجرحه الا انها تكون اقل منها في زمن الحياة ؛ وهذه الخاصه تتناقص بالنسبة لتباعد زمن الموت حتى تفقد تماماً ، ولا تشاهد بالجروح الواقعة على جسد ميت منذ مده طويله . ومثل ذلك قابلية تقلص العضلات ، فاما تدوم بعد الموت وتتناقص تدريجياً ، حتى حدوث الصل الميتي .

ولهذه الخاصه تطبيقات هامه جداً ، بوقائع التقطيع الجنائي ؛ اذ يشاهد بالجانب المقطوع ، مقطع مستوي متجانس خلافاً لمقطع الجسد ، الذي تشاهد فيه الانسجة المتنوعه متصله بدرجات مختلفه .

والخلاصة ، ان اوصاف الجروح التي تحصل بزمن الحياة والتي لا تقبل الشك والريب ، هي ؛

آ - انصباب دموى خارجي جسيم ، متدفق من جرحه حوافيها متباعده

وحوافها وقعرها ملوثان بدم متحتر؛

ب- انصباب دموي جسيم في جوف مصلي؛ وان عدم تحتر هذا الانصباب في الاجواف وتحتره بحالة كتلة جسيمه في الشغاف الخارجى، وتحتره قسماً في جوف البلورا، تعد من الادلة القاطعة؛

ث- انصباب دموي واسع في احد الاحشاء، وبشبهكات الانسجة الحجرية العميقة ( المنصف، انمدة الاوعية )، او تحت الجلد.

وعندما تكون الاوصاف الحياتية في الجرح ضعيفة، والانصباب الدموي - العميق او تحت الجلد - جزئياً، ولكن الدم متحتر ومنذج بالانسجة جيداً، والجرح بمنطقة خارجة عن مناطق الركود؛ تدل على حصول الجرح بزمن الحياة او بزمن النزح، او بالدوره القصيره المعقبه للموت بحيث، لا تكون الانسجة في هذا الدور قد فقدت اوصافها الحياتية، وان تورده سمي هذا الدور بأسم ( دور التردد ) بحق.

وعندما تكون هذه الانصبابات بمنطقة راكده، يجب عدم التسرع بأعطاء النتيجة، اذ شوهه حصول نرف خارجى مبدول من جرح احدث بعد الموت بمنطقة مائه. فلذلك اذا لم يوجد انصباب دموي خارجى او داخلى جسيم؛ وتحتر 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، اتجاراً او قضاءً.

## تشخيص منشأ الجروح

ان حل هذه القضية لا يعود للطبيب وحده، بل يجب ان يتأيد ويكمل بالتحقيق القضائي .

ان عناصر التشخيص تنقسم الى صنفين : ١- عامه وهي الادلة التي تستنتج من كافة انواع الجروح ؛ ٢ - وخاصة ؛ وهي الادلة التي تختص لكل من انواع الجروح المختلفة .

آ - العناصر التشخيصية العامة ؛

ان الجروح المختلفة (جروح الآلات الواخذه ، والواخذه والقاطعة ؛ والناريه والراضه ) تحدث عن اسباب مختلفة ، جنائيه ، انتحار ، او قضاء ؛ بنسبة غير متساوية .

ان الجروح بالآلات الواخذه والواخذه والقاطعه ؛ هي خاصة من منشأ جنائي ، ونادراً من انتحار ، ومن اندر النواذر تحدث قضاء . والجروح بالآلات الراضه الثقيله كالبطه والمطرقة ، لا تحدث قضاء ولا انتحاراً ، الا بحالات خاصة واستثنائية للغاية . وان السقوط يحدث قضاء ، او انتحاراً ، ونادراً من منشأ جنائي . والدهس يحدث انتحاراً ، او قضاء . 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 - العناصر التشخيصيه الخاصه :

١ - محل الجرم

٢ - الجسد

٣ - الظنين

١ - محل الجرم : ان عدم الانتظام واللطخات وانطباعات الدم ؛ والاسلحة  
هي العلام الواجب تدقيقها بمحل الجرم .

ان عدم الانتظام في المحل الذي توجد فيه الجثه وتبعثر الاثاث هي من  
الدلائل الجنائية ولا تكون في احوال الانتحار ؛ واللطخات وانطباعات الدم  
الموضعية تعد من الادلة الجنائية الهامة . وان مشاهدة هذه الآثار في نقاط  
متباعدة عن الجسد ، تدل على ان الجرح او احدها - ( 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 لاخر بنفسه ، فعندما يكون ممكناً ، يتصور احتمال الانتحار ، وبمعكس  
ذلك يقرر حصول نقل الجسد بعد القتل .

ولا انطباعات 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 لعاونة الطبيب العدلي الممارس اهمية عظيمة .

مشاهدة : دعيت لمعاينة صبي بسن السادسة من عمره وجد مقتولاً  
 وملفوفاً بقطعة من الحصير في احد الازقة غير النافذة : فبمعاینته شاهده  
 مذبحاً والدم متحتر ومتيبس على الجسد والثياب ولكن لا اثر له في الارض  
 المرتكز عليها ، ومن ثم دقت 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 ؛ فانث مأمور والشرطه في الازقة المجاوره للتحري عن هكذا  
 محلات ، فشاهد اقدم 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 المنغسول ، وارباق تنك  
 يده ملوثة بالدم ، وباب الدار ملوث بالدم من الداخل . وعليه التقي للقبض على

الشخص المشتبه به ..... الذي كان وقتئذ يشتغل بمحل عمله ، واعترف  
 بأرتكابه جرم القتل بعد اقتراسه الطفل ، ليستر جريمته الاولى اي هتك عرضه .  
 مشاهده - وجدت امرأة مقتولة بغرفة وبجوارها آثار ثلاث اقدم  
 مدممه ، وواحد منها خاصة بقدم امرأة ، فأخذ انطباع قدم الامرأة لم يظهر  
 مماثلاً . فوجهت الشبهة الى امرأة وشخص يقيان في ذات المكان . واخذ  
 انطباع قدم الامرأة فجاء مطابقاً تماماً وثبت الجرم على هذه الامرأة (تايور).  
 مشاهدة : حدث جرم بدار ، وشوهدت انطباعات دمويه تتصل بدار مجاورة  
 لها وبتدقيق هذه الانطباعات المدممه ، جاءت مطابقة لانطباع اصابع الجار  
 المقيم بتلك الدار ، وتبين بنتيجة التحقيق ان الجار الظنين ارتكب جريمته وعاد  
 الى داره ماشياً على رؤس اصابع الاقدام وملكناً برؤس اصابع يديه على الجدران  
 التي حصلت عليها هذه الانطباعات .

مشاهده : اخبر عن امرأة مذبوحة في دارها ؛ فشوهدت بالكشف آثار دم  
 بغرفة المنامه وبالعرفة المجاوره لها ، متصله بأنطباع اقدام اشتبته من امرها  
 وتبين بالتحقيق انها انطباع اقدام الطيب الذي دعي للاسعاف حين وقوع  
 الحادث .

مشاهده : وجد شخص مصلوب بعرفة ، وفي العرفة المجاوره شوهدت  
 خزانة مفتوحة وعليها اثار دمويه ؛ فتبين بالتحقيق والمعاينة ان اثار الدم . هي  
 مطابقة لاثار انطباع اصابع المغدور ؛ وان المغدور تشبث بالانتجار ذبحاً في

الغرفة الاولى ولما لم يتوقف فتح الخزانة واخذ منها جبلا صلب به نفسه في  
الغرفة الثانية .

مشاهده : شخص اتحر بطعنه موس في الناحية القلبية ومن ثم اغلق الموس  
ووضعه في جيبه .

مشاهده : وجد شخص مذبوحاً في سريره ، ولم يوجد السلاح ، وبعد التحري  
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 اتحر وهو واقف ومن ثم وضع سلاحه على الخزانة  
وتمدد بسريره ليستقبل الموت مستريحاً .

مشاهده : يذكر حادثة انتحار شخص بسلاح ناري ، القاه بعد الطلق  
لمسافة بعيدة .

٢ — معاينة الجسد : ان التدقيقات على الجسد تعود بكليتها للطب العدلي؛  
وان الادلة تستخرج من حالة الثياب ، وعلامم الدفاع او الهجوم ، واوصاف  
الجرح او الجروح الخصوصيه ، وما يشاهد عرضياً على الجسد .

آ — حالة الثياب : ان الشخص الذي يصمم الانتحار ، يجلي ثيابه عن الناحية  
التي ينتخبها لايقاع الضرب ، ويخلع ثيابه ويرتبها بانتظام احياناً . وهذه الحالات  
لاتشاهد بالوقائع الجنائية .

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 القلبية قطعة خشبية مستديرة ومثقوبة في وسطها ثقباً ذا قطر يقدر بساثنين تقريباً ، مستورة بصباغ اسود الدخان وفي قعرها جرحه ناربه ، والقطعه الخشبيه مثقوبة عدة ثقوب جانبية ، داخلة فيها خيوط قنب طويله ، محيطه بالبدن بصورة محكمة لتثبيت القطعه الخشبيه بمكانها ، وبجانبه مسدس . فثبت انتحاره .

ب — 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 النفوهات التنفسية تدل على تشبث القاتل بمحاولته منع المقتول عن الصراخ . وبوقائع القتل بالاسلحة الواخذه والواخذة والقاطعة تشاهد في 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 ( بهتروورنوم ) لعند امرأة ، فشاهاها واقفة وشريان

شزنها مفتوح ، وماسكة بيدها سكين سفره ، وبحضوره طغنت 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 (پوپيه) شخصاً قاصد الانتحار ، ماسكاً سكين جزار  
من مقبضها باحدى يديه ومن نصلتها القاطعة باليد الاخرى فذبح نفسه واجرى  
عدة مقاطع في راحة يده .

ويجب الذكر بانه . عندما يطعن الشخص المقتول وهو بحالة النوم لا يوجد  
اثر لعائم الدفاع .

ان عدم انتظام الثياب ، وتمزقها ، يشاهد على قبول وقوع المنازعة او فعل  
القتل بالاحرى .

ث - اوصاف الجروح الخاصة . تشكل اهم عناصر التشخيص اليقينة  
العامة ؛ وهي : موقع الجروح ، واستقامتها وعددها .

آ - موقع الجروح : ان جروح القتل ليس لها مواقع محددة . بل تقع  
في جميع انحاء البدن ( النواحي الامامية والخلفية ، والصدر ، والبطن ، والرأس  
والاطراف ) سواسية . ولكن جروح الانتحار تحدث بمواقع محددة ،  
وبعض النواحي تكون مصنونة منها ، اي لا يمكن للمتحر ان يتصل بها ؛

بجروح الاقسام الخلفية من البدن ، ما عدا النقرة ، الا بوقائع استثنائية ، وذلك بالنظر لما يشاهد من الغرائب العجيبة التي تصادف في الانتحار على الاكثر . ان النواحي المنتخبة للانتحار ، هي المشهورة بموقع المقتل ، اعني الرأس والعنق والناحية قرب القلبية . وان الطلقات النارية توجه للرأس ( الصدغين والفم ) والى القلب ، والآلات الواخدة والواخدة 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 الواخدة والقاطعة في ثنية المرفق والمعصم .

ب استقامة الجروح : ان استقامة الجروح ايضاً تابعه لبعض قواعد عامة . في افعال القتل تحدث الجروح بكل انواع الاستقامات ؛ وليكن لجروح الانتحار استقامات منتخبة ؛ وان بعض الاستقامات في مسير الجروح — ما عدا الاستثناءات الخاصة — لا تقبل في افتراض الانتحار ؛ كاستقامة 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 اليميني او اليسرى .

ج — تعدد الجروح — ان تعدد الجروح بوقائع الانتحار من قبل الاشخاص المجانين يكنسب او صافاً خاصة وحتى مميزة ؛ وشاهد ما شقا بحادثه من هذا القبيل ٢١٥ جرحه سكين .

وإذا استثنينا هذه الوقائع ، يشاهد بوقائع الانتحار :

١ - ماعدا الجرحه القاتله ، جروح متعدده اقل وخامه من الاولى ؛ مفعوله بذات السلاح او باسلحة مختلفة ، تخيل للناظر كأنها حادثة من تعرض اشخاص عديدين ؛ وهي في الحقيقة ناتجة من طعنات انتحار ؛ متقدمة مباشرة للطعنة الميئة .

ان تعدد الجروح يكون ذا مغزي مميز ، عندما تتركز في النواحي المنتخبة للانتحار .

مشاهده - يذكر هو فإن حدث انتحار ؛ مجنون طعن نفسه اربع عشرة طعنه في الناحية الامامية للصدر وخاصة في الناحية قرب القلبيه ؛ منها اربع جروح نافذه وجرحان في حافة الاضلاع السفليه في الجانب الايسر ؛ مع مقاطع جرحيه متعدده في وجه المعصم الايسر الانسى .

وشاهد مجنوناً آخر ؛ طعن نفسه اربع طعنات في الناحية قرب القلبيه وثلاث مقاطع سطحيه في المعصمين ... الخ .

وبأحوال القتل ، بالعكس ، عندما تكون الجروح متعدده تتوزع عادةً على سطح واسع وغير منتخب .

٢ - وعند ترافق عدة جروح قاتلة : يستدل على فعل القتل ، وعلى فعل الانتحار استثناءً ، وذلك في الاشخاص الذين لم يوهن عزيمتهم بالجرحه الاولى ويتوقفون بتكرار الطعنات القاتلة ، ( كما اوضحنا ذلك في بحث امتداد

الحياة) ، من وقوع الانتحار من طلق نارى على الرأس وآخر على القلب ،  
او طعنة سكين فى القلب .

٣ - ان اشتراك الوسائط المميّنة المختلفة ، كالصلب ، او الخنق ، او الغرق ،  
والتسميم مع الجروح ، هي ، خاصةً بأفعال الانتحار ، ما لم تكن هنالك  
موانع تحول دون اتمام هذه الافعال من قبل المغدور .

د - الدلائل الخاصة غير اليقينية : هي ، وجود السلاح المسبب للموت  
بيد الشخص ، واكتشاف انطباعات دموية اجنبية فوق الجسد .

وجود السلاح باليد - 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 انطباعات دموية ليد يسرى فوق يد الشخص المذبوح اليسرى ؛  
فازالت كل شك فى فعل القتل .

٣ - 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 سيلاً 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  
تتركز خاصة في اليدين ، وتأخذ ، هذه الجروح شكلاً مميزاً عندما يكون  
العض بفك غير منتظم ، محروماً من بعض الاسنان . كما حدث في وقعة مادام  
كرمبو ، التي تطابق فيها انطباع الفك على انطباع العض المشاهد في  
الظنين تماماً .

ويذكر ايضاً ترضيض الحصيتين ، 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  
يفسها ... 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 الحلف ، ومثلها بوقائع الضروب  
الرضية الثقيلة ، التي لا تحدث نافورة الدم ، حتى من الامام .

ب - الدلائل الخاصة لتشخيص الجروح المختلفة :

١ - جروح الآلات القاطعة ، الهامة بنظر التشخيص ، هي : الذبح ، فصل

الرأس ، المقاطع بجذء الثنايا المفصلية .

الذبح : يحدث انتحاراً او جنائياً ، ولا يكون عرضياً اي قضاءً .

١ - 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 المرأة احياناً ، وفي حالة التمدد على الظهر اي في وضعية النوم نادراً .

٢ - القتل ليس نادراً ، والآلة المستعملة ، هي ، موس الحلاقة او السكين عامة . ان فعل القتل يحدث من الامام و احياناً 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 العلام العامة لتشخيص الجروح ذبحاً او انتحاراً . يذكر بعض علام مميزه خاصة ، وهي :

١ - 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 - استقامة الجرح : ان المنتحر الايمن يحدث جرحه 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 بإمكانه ان يحدث جرحاً ممانلاً لجرح الانتحار ، باتجاهه الى الاسفل والايمن ، والجرح المنحرف للأسفل والايسر يمكن احداثه من قبل المنتحر الايسري . وتشاهد ايضاً بوقائع الانتحار جرحه 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 - عمق الجرح : ان الجرح النافذ حتي العمود الفقري يحدث في اغلب الاحتمال بوقائع القتل ، ولكن شوهد في بعض الوقائع عكس ذلك .

٤ - عدد الجروح : ان عدد الجروح في العنق لايعد شيئاً ، اذ ان الشخص المنتحر بعد ان يحدث الجرح العميق ، بإمكانه ان يكرر الجرح مرات عديدة داخل الجرح نفسه وبأستقامات مختلفة، عندما لمس الاوعية الاساسيه بالجرحة الاولى ؛ ويمكنه ايضاً اجراء عدة جروح سطحية قبل احداث الجرح الاساسي للذبح ، وان اتحد جروح الذبح العميقة مع فصل الرأس بوقائع الانتحار تؤيد ذلك .

والخلاصة ان الجرح المنفرد العميق والمميز جيداً، الذي يقسم النسج الامامية للعنق ويفتح الاوعية ، ينتج عن فعل القتل اكثر منه انتحار . وان اتحد الذبح مع علام غيره من سؤ القصد المتقدمة للانتحار او المتأخرة عنه ( طلق ناري ، صلب ، غرق ، والتشبت لقطع الشرايين والثنايا المفصلية ) تعد من الادلة المريحة للانتحار .

٥ - كما ان شكل توضع الدم فوق الجسد يهيء بعض الادلة : اذ عندما يكون الذبح واقعاً في حالة الاضطجاع الخلفي ( اي حالة النوم ) يسيل الدم

لجانبى العنق والسطوح التي تحتها؛ وعندما يحدث في حالة قيام المتحر او  
 قعوده يسيل الدم الى الوجه الامامي من الجسد؛ مع ذلك فان الاتحار ذبحاً  
 في حالة التمدد على الظهر نادرة .

٦ - ويجب التدقيق في يدي 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 يمديدة لعنقه ليدافع عن نفسه ، فتلوث بالدم ، كما هو  
 الحال في وقائع الاتحار .

٧ - قبض السلاح قبضاً محكماً في اليد : ان قبض السلاح باليد بقوة  
 وبجالة التشنج المتي ، يعتبر دليلاً قوياً للاتحار ؛ ولكن مشاهدة هذه الوقائع  
 بالاسلحة النارية من النوادر .

ب - فصل الرأس : يحدث جنائياً او اتحاراً ، ولكن لا يكون  
 قضاءً .

ان تفريق وقائع الجنائية عن وقائع الاتحار دقيق جداً ، ولا يوجد دليل  
 قطعي لتعيين ذلك ، كما انه يشاهد اتحاد جروح الذبح مع جروح فصل الرأس  
 بوقائع الاتحار ؛ مع هذا عندما تكون الجروح واسعة ، يرجح المنشأ  
 الجنائي .

وعندما تشترك جروح فصل الرأس مع غيرهامن علامسؤ القصد الخاصة

بالانتحار . تميل الارجحية لجانب الانتحار .

ت - قطع الشنايا المفصليه : ان جروح الآلات القاطعة في الشنايا المفصلية تشاهد خاصة بوقائع الانتحار ، وتندر بوقائع القتل والقضاء . ان هذا الشكل من الانتحار ، معلوم منذ القديم ، ويسمى بفتح الاوردة ؛ وان المنطقة المنتخبة لاجرائه ، هي التوائت المرفق والاورده ، سيان في الجانبين .  
ان فعل القتل تحدث نادراً بهذه الاصول . ويذكر هوفمان ان شخصاً في براغ قتل قسماً من اولاده ذبحاً ، والآخرين بقطع الالتوائت المأبضية ومن ثم انتحر ذبحاً .

ان اشتراك الذبح مع قطع الالتوائت المفصلية يدل بوضوح على الانتحار .

غير انه شوهد وقوع هذا الاشتراك جنائياً ولكن نادراً ؛ كما شوهد بحادثة في (دياز) وهي ، ان شاباً في التاسعة عشرة من عمره قتل امرأة عجوزاً ذبحاً ثم جرحها عدة جروح متوازية في الالتوائت المفصلية .

٢ - جروح الآلات القاطعة والراضة : هذه الجروح تحدث عامة من منشأ جنائي ، ونادراً انتحار ، ولكن لا تحدث قضاء على التقريب ؛ وتوقظ وهله فكرة القتل ؛ مع هذا لا يمكن نفي فرضية الانتحار . ان جميع المؤلفين ذكروا بعض وقائع الانتحار ببالطه او ساطور وبعض آلات خاصة كالقدوم .

ويذكر هوفمان عدة مشاهدات بهذا الصدد :

١ - حادثة شاونشتاين : عامل طعن نفسه سبع عشرة طعنة ببالطه على جبهته وقمة رأسه وكسر جمجمته .

٢ - حادثة هوفمان : امرأة عجوز ، طغنت نفسها بآلة واخذة في الناحية الكبدية ، ثم امسكت ساطور المطبخ وضربت نفسها بجده القاطع وبظهره على جبهتها ورأسها حيث اضاعت شعورها وتوفيت من تقيح الدم .

٣ - حادثة فرانتق : امرأة مترقية في العمر، ضربت نفسها بجده البالطه القاطع عدة ضربات على رأسها وكان بعضها نافذاً لجوف القحف . والجروح كانت متجاورة ومتوازية .

حادثة ريمبولت : شخص ضرب نفسه عدة مرات على رأسه بجده الساطور القاطع ثم صرق بدنة بعدة جروح ، واختتم عملية انتحاره بالصلب .  
حادثة اوليويه : شخص ضرب نفسه عدة ضربات بجده القصدوم القاطع منها ٣١ ضربة في الجلد المشعر و ١٧ نافذة لجوف القحف ، وانهى انتحاره غرقاً .

ويذكر تورد حادث مجنون ضرب نفسه ببالطة في مؤخرة رأسه واحداث 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 ؛  
وتمرکز الضروب في الرأس ؛ وعدد الجروح التي تكون قليلة الوخامة  
بأنفرادها ؛ والخلاصة اشترك غيرها من اصول التخريب بأنهاء عملية الانتحار  
اعتيادياً .

٣ - جروح الآلات الواخذه والواخذه القاطعة :

تحدث جنائياً او انتحاراً وقضاءً نادراً .

آ - ان الآلات ذات الساق الاسطوانية او المخروطية ، كالابرة والدبوس  
والمخز ، 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  
( ويلنوو ) الذي انتحر بأدخال ابرة في قلبه على اثر مغلوبية 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 قلبي ، وبأعواد خشبية ، اقتطعها من شجرة في

حديقة المستشفى .

ب -- ان الآلات الواخذه ذات الاضلاع كالمبرد وسيف التعليم، والبركار والحربة تحدث جروح جنائية او قضائية واهميتها الطبية العدلية محدودة .

ث -- ان الآلات الواخذه القاطعة كالسكين والموس والخنجر ، هي اهم الآلات الجارحة وتستعمل في الحوادث الجنائية والانتحار ، وتحدث قضاءً ، وبصرف النظر عن الجروح التي تحدث قضاءً ، والتي لا علاقة لها بالطب العدلي ، يوجد في بعض الظروف الغريبة من الجروح القضائية التي تماثل بالجروح الجنائية ، وتكون ذات اهمية كبرى بنظر الطب العدلي : كحوادث سقوط الشخص على سكين او مقاص .... الخ .

مشاهده -- 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 كومان ، ان طفلاً جرح في رأسه بموس التي على الطاولة ، فقفز منها وجرح الطفل حين دخوله الى الغرفة .  
ويذكر ايضاً حادثة طفل يبلغ من العمر ٤ سنوات ، سقط من الكرسي ، وبيده مقاص مفتوح ، فنفذت نهايه المقاص في قلبه .

واذ ذكر حادثاً وهو شاب كان يحمل سكيناً في وسطه ، وبينما هو يتراكمض مع رفاق له مازحاً سقط غمد السكين في سرواله ولم يشعر بسقوطه ، ثم عسر بحجر فسقط ، وفي سقوطه دخل رأس السكين في فخذه الايمن من الناحية الانسيه ، فنفذ للوجه الخلفي 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 أحياناً الموس ، كموس الحلاقة بوقائع الانتحار بالذبح ، ونادراً لقطع الاوعية في الشيا المفصليّة .

ان التشخيص بين الجرم والانتحار يستند على نفس الاسس المبينة اعلاه ولا يوجد خلافاً ما يستوجب الذكر .

وان التشخيص بين الجرم والعارض يحقق أحياناً ، 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 يتنازعا وفي ايديها امواس ، فاصطدمت بأحداها وجرحت . ولكن الوقائع على كل تكذب هكذا ادعاءات بما تظهره من التناقض بأوصاف الحادث ، اذ لا يمكن حصول جرح عميقة جداً من الاصطدام بالاستلقاء على هذا النوال : ولاجل نفوذ الآلة الجارحة في البدن يجب سقوط الشخص فوق الآلة الجارحة وهي قائمة .

والخلاصة ، ان تدقيق اوصاف سير الوقائع ، يمكنني لتكذيب ادعاءات الظنين بصورة قطعية .

ويذكر ( كوب ) وقعة طحان ، توضح القضية تماماً :

ان قصاباً قتل طحاناً وادعي القصاب بأن الطحان رمي بنفسه فوق الموس ، وبالتدقيق وجدت الجرحية الخارجية بسيطة . ولكنها نافذة للقلب ومضاعفة بسمك البطين الايسر . وهذا النوع من الجرح يحدثه القصابون ، وذلك بأعمادهم السكين الى قوس الابهر او

القلب وسحبهم اياها دون ان يخرجوها من الفوهة الجلدية وبأغماها 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 الغدور نفسه فوق الآلة الجارحة .

٤ - جروح الاسلحة النارية : تحدث بالحوادث الجنائية والانتحار ونادراً تقع قضاءً ؛ ويستعمل بوقائع القتل والانتحار المسدس على الاكثر ، وان الانتحار يحدث احياناً بالآلات غريبة وبأشكال عجيبة تحير المعقول ؛ واما القضاء فيقع بجميع الآلات النارية القصيرة والطويلة .

ان التشخيص لتفريق وقائع الانتحار من القتل يتأسس على :

١ - علام عامة .

٢ - علام خاصة .

آ - العلام العامة ، هي : طبيعة السلاح - ان الاسلحة الغير المسالوفة 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 الحالية من المرمي ، بالمسدسات القديمة ، تدل على الانتحار ؛ لان كثيراً ما ينسى 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 ( پارشه مينه ) وانكسرت  
الغضاريف الضلعية ، وتمزقت البطينات القلبية وامتلاً الشغاف الخارجى  
بنزيف يقدر بنصف ليتره .

موقع الجروح : للأنتحار بالآلات النارية نواحي منتخبة ، فلاجل اليماني  
الصدغ الايمن واليسارى الصدغ الايسر ، وللجميع الجهة والناحية القرب  
القاية والنم . ويحدث الانتحار بغيرها من نواحي البدن ولكن بأقل نسبة .  
ويجب الذكر ان النواحي المنتخبة للانتحار غير مجوزة عن القتل ، كما ان  
ايا كان من النواحي لا يستبعد وقوع الانتحار فيه .

يذكر ماشقا وقعة انتحار مع فوهة دخولية في مؤخرة الرأس ؛ ويذكر  
هوفنان وقعة انتحار بطلق على الناحية القفوية وذلك امام عدة شهود في  
حديقة قهوة .

عدد الجروح : ان تعدد الجروح النارية كما هو فى الآلات الواخذة والقاطعة  
... الخ يبنى ففكرة الانتحار . ان تعدد الجروح بصورة غريبة تدل على  
الانتحار ، خاصة فى النواحي المعروف انها مميتة ؛ كحادث ( تره لا ) ، وهو شخص  
اطلق من مسدسه فى كلا الجانبين من النقرة ؛ وكحادثة هوفنان ، وهى : ضابط  
اطلق طلقتين من مسدس واحد فى كلا الصدغين .

ان تعاقب الطلقات النارية بوقائع الانتحار ممكن ، حتى فى النواحي التى  
يظن بان الطلق الاول يجب ان يمنع وقوع الطلق الثانى ، اعنى على القلب

والقحف . ولكن عندما نلاحظ احتمال امتداد الحياة بالجروح المهلكة ، كما سبق ذكرها يسهل علينا ايضاح هذه الأفعال ؛ 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 المميته متعاقباً في سياق الانتحار .

ان الامثلة الآتية توضح ذلك : يذكر هوفمان ، شاباً اطلق عياراً نارياً من مسدس على دجال كان يعالجه من مرض حرقه البول ، ثم اطلق على نفسه تسع طلقات في الناحية القرب القلبية ، 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 برواردول : ضابطاً اطلق على رأسه ثلاث طلقات نارية امام شهود دون ان يسقط . ويذكر برواردول : شخصاً انتحر بطلقين ناريين على الجبهة بمسدس صغير ، احدهما نفذ من فوق جذر الانف للقسم العلوي من النصف الايمن للككرة الدماغيه وحدث نزفاً في البطين الجانبي الايمن ، والثاني نفذ من الناحية الصدغيه اليمنى ورض الفص الصدغي ، ويشاهد بوقائع الانتحار ايضاً ، اتحاد جروح القحف مع الجروح القلبية ... الخ . ويذكر هوفمان : ضابطاً عجوز انتحر بخمسة طلقات

نارية ، الاولى تسطحت في الجبهة ، وثبتت بالصفحة الخارجيه للعظم الجبهي  
والثانية نفذت في الوجن الايمن واجتاحت الجوفين الحجاجيين دون ان تفتح  
الجمجمة ، وقطعت العصيين البصريين وخرجت من الوجن الايسر ، والثلاثة  
الاخرى اعابت الناحية القرب القلبية واجدهما مزرق الرئة اليسرى ، والأثنان  
الأخران مزقا البطين الايسر والابهري .

استقامة الطاق : تطابق استقامة الآلات القاطعة السابق ذكرها .

قبض السلاح بيد الشخص بعد الموت : ان وجود انسلاح بيد الشخص  
ماسكاً اياه بأحكام ، يعد دليلاً للانتحار ؛ ولكن يجب ملاحظة الافتراضات  
الآتية ١ - عندما يكون الشخص مقتولاً برصاص غير رصاص المسدس  
المقبوض بيده يد على قتله من طرف آخر وان المسدس كان في يده لاجل  
الدفاع عن نفسه .

٢ - 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 الميقي ، 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 منطبقه عليه بأحكام بتأثير التشنج الميقي والفرق شاسع  
بين الشق الاول والثاني .

ب - العلام المخاصه : ان هذه العلام ، هي : مسافة الطلق ، الآثار او الجروح التي توجد في 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 لا يشاهد قطعاً في وقائع المسدسات الصغيرة الحديثة ، بل تشاهد بالمسدسات الكبيرة والمتوسطة ، فتشكل علامة هامة للانتحار . ويقول ريشتر يجب الحذر من تلقي 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 والسبابة تحصل من رجمة المسدس المحمول بقوة او ان تكون ، جروح هامة تحدث عن عدم مهارة الشخص بأستعمال السلاح وافراغ حشوه قبل او انه . ويذكر هوفمان : مشاهدته بحادثة انتحار على الصدغ اليسر ، جرحه مرمي مخروطي في راحة يد المنتحر تشابه الجرح الصدغي .

ه - الرضوض : ان الجروح الرضية تحدث عامة عن جرم او قضاء .

ان تفريق وقائع القتل من الانتحار ممكن ، ويستند على نواحي الترضيض :

السقوط من المرتفع والدهس .

السقوط : ينتج عادة عن انتحار او قضاء ويكون جنائياً بصورة استثنائية .

ان بعض وقائع السقوط التي اشتبه بأمرها ، كانت من الدعاوي الجنائية

الشهيرة ؛ لحادثة المار كيزة تا يوه ، التي حو كمت في فرانسه و انتهت المحاكمة  
ببراءتها ؛ وقضية المحامي (تورويل) ، المتهم بالقاء امرأته في هوة طريق ( كول ستلوير  
انتهت بمحاكمة الجنايات في (پوزه ن تيرول) بالحكم على المتهم .

والواقع ، ان تحقيق قضية السقوط البحث هو من خصائص القضاء اكثر  
منه من الطب العدلي ، لان الآفات لا تظهر اقل بينة للتمييز بينهما ، لذلك يعتمد  
على الظروف المحيطة ، وعلى ذلك صدر الحكم على المحامي ( ده تورويل) .  
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 لاختفاء جرم القتل  
والتويه بأن الموت نشأ عن السقوط ؛ او عندما يكون السقوط مكملاً لغيره  
من وسائل القتل المقتلة .

ففي الشق الاول ، تختلف اوصاف الجروح المحدثه بحال الحياة والمسببة  
للموت عن اوصاف الجروح الحاصلة من السقوط بعده ، فسهل 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 نافرأ من شريان منقسم ، وبالتدقيق شوهد جرح في الناحية  
الصدغية ممزقاً الشريان الصدغي ، فعليه ثبت ان المرأة جرحت في ذات  
المحل اولاً ومن ثم القيت للاسفل .  
ان الانتحار بالسقوط يكون على الاكثر خاتمة لسلسلة من افعال الانتحار  
التي تتوكل اثارها ظاهرة على البدن .

ب - دهس :  
ان الدهس ، يكون ، عادة ، 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 ، القلبية او القلبية ، لا تمنع امتداد حياة  
شخص مدة كافية لذهابه لا كمال الانتحار بتعريضه نفسه للدهس .

غير ان الامر الواجب اجتنابه ، هو قبول آفة دهسية حاصلة بعد  
الموت ، كالأفات الحقيقية الحاصلة في قيد الحياة ، التي يفقد بها  
الانصباب الدموي .

وبعد الانتهاء من تدقيق منشأ الجروح يجب على الطبيب العدلي ان يسائل  
نفسه الاسئلة الآتية ويهيئ الاجوبة عليها ، كي لا يقع في ما زق حرجه .



تخرج 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 :  
تمائل الجروح الراضة فى المحافات القحفية مع جروح الآلات القاطعة ؛  
والجروح النارية البيضية مع جروح الآلات القاطعة .

مشاهدة : دعيت من قبل النيابة العامة ، للذهاب لقرية كفرنبيل التابعة  
لقضاء المعرة لأجراء الكشف على جسد المردود ..... ، للمرة الثانية، بناء  
على الاستدعاء المقدم من اب المردود ، 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 بمرمي ناري من نوع الماوزر  
من قبل ناطور ارض القماء ، وان الموقوفين المتهمين بجرم قتله بآلة قاطعة ،  
ولده وابناء عمه ، ليسوا بالقائلين البته ، وعليه يطلب اجراء الكشف ثانياً .  
فبالكشف شوهدت جريحة نارية بيضية فى ناحية الصدر اليسرى ، وبأجراء  
عملية فتح الميت استخراج المرمي من سمك العضلة تحت الشوكية للكشف  
الايسر متوقمة باصطدامها بالنتوء الغرابي . فلما اخرجت المرمي ، الحاص بالماوزر

وسلمته لحاكم القضاء ، تعالي صوت زغاريد السناء ونبذت الاتراح بالافراح  
في القرية ، لظهور برائة اخوي وابني عم القنيل من جرم القتل .

وما عدا ذلك يستل الطيب 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 - ان وجود لخطات دموية على السلاح المبرز ؛ ٢ - نسبة ابعاد  
الجريحة الى ابعاد السلاح .

آ - يذكر ( كاسپر ) عدم مشاهدته آثار دموية بسلاح ، استعمل بوقعة  
اتحار مشهورة .

ويفسر ذلك بأن السلاح انعمد 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 المجرور ، وذلك  
بنسبة جلأه وشحذه .

ب - ان نسبة ابعاد الجرح للآلة الجارحة تدل دلالة تقريرية يجب الحذر  
مهما من الاستهتار بأعطاء النتيجة ، لانه سبق لنا ان ذكرنا ، بان من الممكن  
احداث جرحه 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 الآرمو

نيكيه ... الخ Plaie en Accodéon de Lacassagne.

غير ان القضية مجروح 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 زرورة السلاح المبحوث عنه من خراج تأسس عن الجرح .

مشاهدة \_ اخبر مخفر ... بوجود السيد ،... مقتولاً في جادة الخندق  
فحضرت محل الجرم مع النائب وقاضي التحقيق ، والتحقيقات الاولى لم تأت  
بنتيجة لمعرفة الفاعل ، فنقل المقتول الى مخبر فتح الميت وبالكشف واجراً عمليه  
فتح الميت استنتجت ان الآلة القاتلة هي آلة قاطعة ، وان الجرح هو جرح  
قاطع في الناحية الصدرية ، وتدقيق اوصاف الجرح ووجود ذيله وانطباع  
حلقة موس كباس ، حصلت لدى القناعة بأن الموس انعمد في الجسد حتي  
قبضته ، وضبطت طول الجرح ( ما عدا الذيل ) ، وعرضه ، وعمقه ، الذي  
انتهى بسمك العضلة انقلبية واعلمت القضاء بهذه الابعاد ،

وفي نفس الية التي القبض على احد المشتبه بهم ، وهو في داره وبحالة  
السكر ، ولم يثر على امارة تدينه وتدحض انكاره ؛

غير انه وجد معه موس يتطبق ابعاده على الابعاد المتقدم ذكرها، فحضرت  
محل التحقيق ودققت الموس فوجدته نظيفاً لامعاً ، ولكن بتدقيق نقطة

اتصال النصلة بالقبضة وجدت آثار دم ؛ وكنت اثناء التدقيق اوجه نظري الى المتهم بين حين وآخر واثبت النظر في عينيه ، فجلبت انظاري التغيرات الحادثة في ملامحه واطواره وعندما عثرت على آثار الدم واوريتها لقاضي 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 مجمعة بجانب واحد تدل على ان الجريح كان نائماً حين ضربه .

مشاهدة : سائق عجلة ، موظف في المحافظة ليلاً في احد العامل ، وجد مضروباً بأثني عشر ضربة بالظه على الجانب الايسر من رأسه ، وسائق عجلة آخر وجد ميتاً في عجلته ، في طريق بورجه ، ورأسه متفرقع من ضربات واقعة خاصة على الجانب الايسر .

مشاهدة : تاجر نبيذ طعن بسكين ، فوق الثنية المغنية اليميني بثلاث اصابع ، في وقت كان فيه واقماً على رؤس اصابع قدميه ، وزراعه 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 — ماهي الوضعية المتقابلة بين المغدور والمتعدي حين وقوع القتل ؟  
ان الدلائل في هذه القضية الهامة ، تستخرج من وضعية واستقامته ومسير الجرح .

وضعية الجرح : قاعدة ، عندما يكون الجرح في القسم الامامي من الجسد يكون الجرح واقفاً خلفه . ولكن يوجد استثناءات لهذه القاعدة .

مشاهدة تارديو : اب استفرش ابته مدة طويلة ، ولما عزم على تركها طعنها ، في آخر معانقه لها ، بسكين في ظهرها صرقت الابهر بنفوذها من انسى عظم الكتف الايسر .

استقامة الجرح ومسيره : ان استقامة الجرح بوقائع الاسلحة القاطعة ، ومسيره بوقائع الاسلحة الواخذه والنارية ، تسمر بكيفية ايقاع الضرب ، ويستدل منها على وضعية الطرفين المتقابلة .

ولكن يجب ان لايسهى عن البال ، وجوب ملاحظة طول فامة الطرفين القاتل والمقتول .

ان شخصاً قصير القامة جداً بإمكانه ان يوقع جرحه بأستقامة من الاعلى الى الاسفل بشخص طويل القامة ؛ عندما يكون الاول بسويه تعملو سويه الثاني ؛ وذلك عندما يكون المغدور قاعداً او منخياً ، او واقفاً على درجة

بأسفل الدرجة التي يقف عليها المعتدي من سلم صاعد... الخ .  
 مشاهدة تارديو : شخص طويل القامة ؛ تنازع مع آخر قصيرها ؛ وافترقا ؛  
 ثم نزلا الاول من الدرج ولحق به الثاني وطعنه في عنقه فقطع الشريان السباتي  
 وسبب موته .

ففي وقائع كهذه ؛ يقتضى قياس طول المغدور على الضبط ؛ وتعيين المسافة  
 بين الجرح او الجروح وبين كعب القدم بحكم الضرورة المبرمة ؛ لامكان  
 اعطاء الجواب على الاسئلة .

٤- باى محل ضرب المقتول : ان الشخص لايسقط في المحل الذي ضرب  
 فيه ؛ حتي في وقائع الجروح المميتة سريعاً ؛ ان آثار الدم التي تشاهد بنقاط  
 بعيدة عن الجسد ؛ على الجدران والاشياء والتراب الخ... تدل على محل ضرب  
 المغدور والطريق الذي 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  
 قائماً او منحرفاً (ويبر) .

مشاهده : ذهبت لقرية... ودخلنا مع قاضي التحقيق لدار المدعوه...  
 المخبر عن قتلها مع ابنتها من قبل ولدها... فحين دخولنا للغرفة شاهدنا عتبة  
 الغرفة بحالة بحيرة دمويه وبجانبها الام والابنة ممدتين ومتعانتين وجهاً لوجه

والغرفة واسعة ، (طولها عشرة امتار وعرضها ثمانية امتار) ، وبتدقيق الغرفة شاهدنا في زاويتها الشمالية فراشاً وعلى الحائط الذي يجاورها ، محراقين لا تار دمويه، اي نقاط بيضية وآثار دمويه على الحصير في ارض الغرفة بين الفراش والجسدين . وبالكشف وفتح الميت تبين اصابة المغدورتين بجروح قلبيه وابهرية . فثبت عندئذٍ انها ضربتا وهما في حالة النوم ، ثم افانقنا ور كضتا نحو الباب للفرار فوهنت قواهما بالنقطة التي وجدنا فيها فسقطتا وتعانقتا مودعتين احدهما الاخرى ولفظتا النفس الاخير .

٥ -- بأي نظام تتابعت الجروح ؟

ان هذه المسئلة صعبه الحل جداً : غير ان القاعدة العامه تقضى ، عند وجود جروح متعددة، درجات تأثيرها مختلفة باعتبار الجرح الاكثر خطراً اي الجرح المميت، هو الاخير ولكن هذه القاعدة غير مطلقة : اذ ان الجرح المميت كما وصفنا آنفاً انه يهدم قوى الشخص وسقوطه على الارض حالاً ؛ بل يرى متسماً الوقت لا يُقاع غيره من الجروح .

ان الادلة العامة لتتابع الجروح هي :

آ - الجروح المتعددة ؛ التي تساعد على حصول النزف بصورة متساويه ، فالتى يكون نزفها اكثر من غيره منها هي التي حصلت اولاً ، غير ان يجب التقييد بعدم وقوع في الخطأ ، من تلقي النزف بعد الموت كما لو كان قبل الموت .

مشاهدة ، تاردتو : امرأة اصببت بعشرين جرحه ، وكلها متمر كززة في  
الثقرة على التقريب ، وحصل منها نرف جسيم ، واخيراً ضربت بطعنة في  
ذات القلب ، ولم ينرف هذا الجرح الا جزئياً ، مع ان القلب وجد فارغاً ،  
فعلية لا يمكن الاشتباه بان الجرح القلبي احدث بعد الجروح الرقبية .

ب - ان الآلة الجارحة عندما تحدث جروحاً متعددة تلتوي وتشكسر  
زروتها وتتلثم والجروح التي تحدثها ، يكون قسماً منها منتظماً وهي الجروح  
التي حدثت اولاً عندما كانت الآلة سليمة ؛

والقسم الآخر منها غير منتظم ، وهي الجروح التي حدثت بالتالي بعد  
ان ثلثت الآلة او كسرت فوق سطح عظمي مثلاً ...

ج - ان الجرح الجسيم ، التي تظهر فيه زروة السلاح ، من المحتمل ان  
يكون الجرح الاخير .

د - عندما توجد جريحتان قاطعتان متصلبتان ، تقرب شفثا كليهما ، ويعين  
تتابع حصولهما ؛ عندما تقرب شفثا الجرح الاول ، تلتصقان بصورة طبيعية ،  
وتلتصق شفثا الجرح الثاني مع انحراف في محوره ؛ وعندما تقرب شفثا الجرح  
الثاني لا تقرب شفثا الجرح الاول .

هـ - عندما تشكسر قبة الجمجمة بطلقين نارين 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 — ان جروح النزع الناشئة عن السقوط مثلاً ، انما تحدث بعد الجروح المميته الحادثة قبلها .

ز — ان جروح الدفاع ، تحدث قبل الجرح او الجروح المميته ، لان قدرة الدفاع تتوقف عند وقوع الجروح المميته قاعدة .

٦ — هل المتصدون متعددون ؟

ان تعدد الجروح يدل على تعدد المتصددين قاعدة ، ولكن هذه القاعدة ليست مطلقة .

آ — 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 ( ترويمان ) ، ان القاتل ، قتل الامرأة ( كنيك ) واولادها الستة الواحد تلو الآخر .

مشاهدة — ذهبت للكشف في قضاء كردطاغ على اجساد المدعو... وامرأته ، وولديه ، في 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 - ان الجروح المتعددة المحدثه بأسلحة مختلفة تدل على تعدد المعتدين عامة ، ولكنها ليست بقاعدة مطلقة . ومثالاً لذلك أسرد قضية مقتل الدوشس پارسلن من قبل زوجها الدوق دو پارسلن سنة ١٨٤٧ : اذ شوهد في الجسد اكثر من ثلاثين جرحاً في الرأس والعنق واليدين ، تظهر بثلاثة أنواع مختلفة : ترصيصات 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 وخنجرًا كورسيكياً ، وكان يستعمل الخنجر تارةً بحده القاطع وتارةً بقبضته .

ج - عندما تكون الاسلحة المستعملة من نوعين ومن جنس واحد ولكن من ابعاد مختلفة تعد من الادلة القريبة من الثابتة لتعدد المتصددين . ولذلك فأن كشف مرمين او مرامي متعددة في الجسد هو افصح مثلاً لتعدي المعتدين . فعليه على الطبيب العدلى ان يعتني بأخراج المرامي النارية من الجسد بتمامها وتسليمها الى قاضى التحقيق . ويجب عليه التحفظ من التصريح ، بوقوع الفعل من قبل معتد واحد او معتدين متعددين ؛ لان مهمته تحصر بكشف وتصنيف الجروح حسب منشأها ؛ واما اثبات وقوع فعل الجرم من قبل شخص او اشخاص متعددين فأتما يعود للتحقيق القضائى .

٧ - اى جرح سبب الموت ؟

وجد شخص بمحل الجرم ، مصاب بعدة جروح ، وثبت ان المتجاسرين متعددين ، فأى جرح سبب الموت واي من المتجاسرين يجب ان يعد

مسؤولاً؟

ان اعطاء الجواب يكون سهلاً لئلا يميز احد الجروح بشدة تأثيرة  
وتفرده بأحداث الموت بصورة ثابتة . ولكن عندما تكون الجروح المميتة  
متعددة يصعب كثيراً اعطاء الجواب ؛ لان اطلالاتنا ضئيلة ، على وخامة  
الجروح النسبية والمطلقة ، وامتداد الحياة الذي يعقبها ، ودرجة حظ الشفاء  
بالعمليات الجراحية بالوقت الحاضر .

فعلي الطبيب العدلي ان يهيئ اجوبته بكل تحفظ وفقاً للقواعد الآتية :  
أ - الاطلاع على زمن حصول الجروح المميتة ، وتقدم الواحد على الآخر  
وحدوث الآخر بزمن النزاع ، يمكن تعيين حصة كل منها من التأثير  
بأحداث الموت .

ب - 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 - الذي حسب الظاهر المعتاد يترك مجالاً لامتداد الحياة  
وحتى للمداخلة الجراحية والشفاء - 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 تثبت درجة وخامة الآفات يكون صعباً على الأكثر؛ ومثال  
ذلك ، ان الآفة الرضية القلبية تقتل بأقل سرعة من ترضيض دماغي جسيم  
( الذي يبطل وظائف الدماغ دفعة واحدة ) على الأكثر ؛ ويقابلها آفات  
قلبية تستوجب حدوث الموت الآتي ؛ فمن يقدم على الجزم بأسناد الموت  
لاحدى الآفتين ، بشخص توفي من طلق نارياً على القلب وآخر على  
القحف ؟ وبآخر توفي من ضرب سكين اخترق الابهر وضرب آخر اخترق  
القلب ؟

ان المحاكات والفرضيات التي تسرد بجانب احدهما ، تقابل بمحاكمات  
وفرضيات معاكسة بذات القيمة من الجانب الآخر . والافوق في 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 - بأي آن اصيب المجرع بمقتل ؟

يلاحظ ويبر ، وجود معرفة ما اذا كان الشخص اجري بعض الافعال  
الحياتية ، كالتبول والتغوط مثلاً ، قبل موته في بعض الوقائع ، كما ان معرفة  
الاغدية المتناولة قبل الموت لها اهميتها العظمي في بعض الاحيان ، وهذه قابلة  
الحل بالمعاينة بالنظر المجرد او بالفحص المجهرى .

٩ - بأي زمن حصلت الجرحه ؟

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 الجرحه حديثة ( غير متندبة ) ، او متندبة حديثاً ( ندبة حمراء ... الخ ) ، او متندبة منذ زمن بعيد ( ندبة اوصافها قديمة ) .

ولكن تثبت 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 - 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 القتال فيما اذا كان يمانياً او يسارياً .

مشاهدة . ( استلاي كووبر ) بوضوله سنة ١٨٠٦ الي ( ديتفورد ) بوقت ، كان فيه شخص مصاباً بطلق ناري من مسدس ، صدح بالنظر لاستقامة الطلق وانتظام الموضع ، ان الطلق واقع من يد شخص يساري ، ولم يوجد في الجوار سوى شخص واحد يساري وهو اصدق 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 تنحى من الايمن الى 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 اليميني ، بالوضعية المتقابلة وجهاً لوجه ، تستطيع ايقاع ضربات لا تفرق بشيء عن الضربات التي تحدثها اليد اليسرى والعكس بالعكس ويوجد بعض اشخاص ، كما يقول تورد ذاته ، يستعملون ايديهم اليميني واليسرى وهم من اليساريين الخفيين .

يستدل من تدقيق الجرح او الجروح ، احياناً ، على مهنة القاتل ؛ مثلاً ، وجد شخص على الطريق ، مذبوحاً بجرحه مستديره من عنقه ، ولما كان هذا الشكل من الذبح يشابه ذبح الغنم ، اشتبهه (تايلور) ، بيد قصاب ، وهذه الشبهة تأيدت بالتحقيق . وكذلك ابنة يهودية وجدت مذبوحة وشرائها السباتيه من الجانبين مفتوحة ، ولما كان اليهود يذبحون الحيوانات على هذه الصورة ، قرر ( م . تارديو ) بأن فاعل الجرم قصاب يهودي ، وثبت بالتحقيق ان الفاعل هو قصاب صبي يهودي . وكذلك وجد مولود حديثاً مقطعاً قطعاً ؛ كقطع اللحم للطبخ ، فاشتبهه بوالدة المولود . وكذلك م . ادوارد ، اجري معاينة بقايا جسد وجدت على ضفاف الرون ، لم يتردد بأعلانه ، بأن تفريق الفقرات بقطع الالتواءات المفصليه بمهارة القصابين يجب ان يجاب النظر الى شخص

من هذه المهنة ، وعلى هذا الطريق سار القضاء واهتدى للفاعل .  
ويمكن الاستدلال على مهنة الفاعل من السلاح . مثلاً : الحراب الحربية ؛  
وآلات الصناعة ، مخرز ، بـر 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 ، والمادة  
الرابعة من قرار ٣١٩ ، تلزم الطبيب العدلي بتلبية كل طلب يتلقاه من السلطات  
القضائية لاطهار كيفية الموت الذي يكون بمحادث 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 الطليين ؛ اذ يترك  
الاول للتحقيق اكتشاف كافة صفحات الجرم ، الذى كثيراً ما يكتفه  
التضليل ، والثاني يضع حجر الزاوية في اساس التحقيق بأصول فنيه لا تقبل التضليل  
، فتكون خير معوان للقاضي على تسيير التحقيق بأصح وجوهه .

ولما كانت صحة التحقيق تتوقف على صحة اسسه ؛ فيجب ان يرتكز على  
مشاهدات ثابتة ، لا تقبل التمويه والتضليل ؛ تشهد في محيط الجرم او الجسد .  
ان تدقيق الآثار المحيطة بالجرم ؛ يعود لقاضى التحقيق ولموظف الادلة

القضائية ؛ ولكن لمعاونة الطبيب العدلي قيمتها الكبرى .  
واما تدقيق الجسد فيعود للطبيب العدلي وحده ، لا يشاركه به احد البتة ؛  
وهو وحده المسئول عن نتائج المادية والمعنوية ؛ ويجب ان يجريها كاملة ؛  
بقيدته الاثار الخارجية وتوصيتها بأسباب واجرائه عملية فتح الميت كاملة وتثبيت  
كافة مشاهداته مفصلاً ؛ وان لا يكون متسرعاً بأستدلاله ، وان لا يبدلي بأي  
تصريح كان قبل استكمال تدقيقه وتنظيم تقريره الطبي العدلي . اذ ذكر حادثة ،  
تسرع احد الزملاء على اثر مشاهدته انصباب دموي في الاقسام الرخوة  
بتصريحه بحضور احد رجال القضاء الذي كان حاضراً للكشف بوجود كسر  
عظمي مع ان شيئاً من ذلك لا يوجد ؛ فلما اطلع على التقرير النافي لوجود اي  
كسر كان ، كان عتابه ذا مغزى . ان الاصول المتبع بأجراء عملية فتح الميت .  
هو ان يكلف الطبيب الجير او العدلي ذلك ، وان يأذن قاضي التحقيق به ؛  
ولكن ذلك لا يعني ان يكون الطبيب العدلي تحت قيادة قاضي التحقيق ،  
كايما رآه اليه بالكف عن اجرائها مثلاً ، او بالاكتفاء بأجراء قسم منها . واذا  
حدث شيء مما ذكر ، فعلى الطبيب العدلي ان يوضحه بتقريره وهكذا يتملص من  
كل ما يحتمل حدوثه من المسؤولية في المستقبل ؛ اذ تكون جميع الاثار قد اندثرت .  
حادثة الامراة التي جاء بها اخوها من دير الزور مثلاً . فلولم تجري لها عملية  
فتح الميت ، ورخص بدقتها باعتبار 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 . تخليف الاطباء الخبراء اليمين القانوني . عندما يشرع  
بالكشف من قبل قاضي التحقيق . ولكن يستثنى من هذه اليمين الاطباء  
المدليون 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 اقصى ما يمكن من الدلائل لوصف  
فاعل او فاعلي الجرم ، وتعيين درجات اشتراكهم ، و كيفية اقدامهم على  
اجراء الفعل .

ولذلك تنقسم هذه التدقيقات الى ثلاثة اقسام .

١ : التدقيق بمحل الجرم

٢ : تدقيق الجسد

٣ : التدقيقات

فالشق الثالث اي النحقيقات 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 يؤدي لمنافع جسيمة .  
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 الذي يعود بكليته اليه ،  
فيجري كما يلي :

١ - اما ان لا يشاهد على الجسد آثار جبر وشدة خارجية بتاتاً او ان  
يشاهد آثار ضئيلة لا تكفي لتفسير حدوث الموت ؛

٢ - او ان يشاهد آثار جبر وشدة خارجية هامة .

آ - الكشف في 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 في قارعة الطريق او بمكان محفوظ  
كقهى 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 بالتهمة العصبي ؛ وفي الشق الثاني  
والثالث يجب التفكير بالموت الفجائي .

### الموت بالتهمة العصبي

قد ثبت بأن بعض الترضيصات ، وحتى الخفيفة منها ، عند وقوعها على  
نواح معينة بأماكنها 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 مرضي .

وقد جمع هذه الحوادث المؤلف برواردل وصنفها تحت اسم « الموت بالتهري العصبي » الذي يحدث على رأيه ، من تأثير مانع يؤثر على الحادثات الحياتية للتنفس والدوران فيوقهها . والذي ينشأ من تتيه الاعصاب المحيطة ، حسب نظرية ( بروون سكار ) الشهيرة .

ان هذا التأثير المانع ينبعث ، من بعض الترضيصات في الخنجره والبطن ، او بعض ترضيصات او تخريش في الاعضاء التناسلية النسائية الداخلية .

ان الموت الآتي بالتهري يصيب عادة الاشخاص السالمين تماما ، ولايظهر بعملية فتح الميت آفة ما ، او تظهر بعض آفات غير ثابتة ومتجولة بين شخص وآخر ، كالأوذما ، والاحتقان الرئوي ، بدرجات متفاوتة ، وبعض الكدمات تحت البلورائية .

وكذلك ينبعث هذا التأثير المانع عن تهيج شديد اي عن ترضيض روحي .

#### ١ - ترضيصات الخنجره :

ان ترضيصات الخنجره . الغنية بأعصابها يمكن ان تحدث فليج القلب الاتعكاسي احيانا دون ان تترك آثاراً مرئية . وذلك ثابت فيسيولوجياً .  
مشاهدة . ان المدعو انطون س . . . . والمدعو جوزيف ب . . . . تشاجرا في فندق ، في 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 والقاء على مقعد موجود في

احدى زوايا الغرفة ، واحناه نحو الارض ، بصورة ، اسطدم عنق س بحافة المقعد ، وبالحمام . قبض ب يديه على رأس س ودفعه مرتين على المقعد فاصطدم عنق س بحافته . وعقب هذه الضروب مباشرة سقط س . . . . على الارض وانطفت حياته ببضع دقائق .  
وظهر بالتحقيق ان انطون س ، كان منهكاً باستعمال المشروبات الروحية ، ولكن كان مالكا لصحته التامة قبل الحادث ، ولم يشك من علة ما البته وبمعملية فتح الميت لم يشاهد اقل اثر رضى في الرقبة ولا في العنق . وشوهد في الرئين زبد مدمم ، والرئة اليمنى ملتصقة ، وفي القصبات مخاط اسمر يميل الابيض .

وعليه صرح الطبيب الخبير بان الموت حدث من فلج القلب ، الناتج عن الارتجاج الدماغى ، المتسبب عن سؤ المعاملة المار الذكسر . وبالنتيجة طلب الى ماشكا بيان اراه الطبية العدلية بهذه الواقعة ، فقال لما كانت نتائج عملية فتح الميت منفيه ، وكانت العاقبة السيئة متأسة عقب الصدمة مباشرة ، 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 لحين 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 الخلية التي كاجوئها في مقره . وفي اليوم المقرر لذهابها ، توفيت بظروف غريبة جداً ، يتقلها القس كما يأتي :

« في اليوم نفسه كانت متكدره وهي عاملة على اعداد كل شيء لغادرتها 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 تريدان ان اجرب ، اذا كان ذلك لا يسونك ؟ » ، وكنا واقفين ، فقبقت على عنقها ، وكان الابتسام يعنو شفيتها ، وخفيشة اظهرت علام تالم ، واختلجت يداها ، ولكن دون ان تصرخ ، فرفعت يدي حالاً عن

عنقها ، فسقطت على الارض ؛ فانقضت وحاولت عبثاً انعاشها ، لانها كانت مائتة .  
 ان القضية لم تحل والاطباء لم يجروا على قبول اورد افادة القس المومي اليه .  
 وبالمحاكمة سمعت افادة ضابط محمي قديم ، كشاهد دفاع ، ذكر حادثاً مشابهاً لهذا  
 الحادث تقريباً بنهايته الفجيعة ، اذ قال : « كنا في القشلاق على المائدة ، وكذا بيننا  
 الرئيسان ل وس يمازحان ، وبثناء المزاح قبض الرئيس ل على عنق الرئيس س وقال له  
 تريد ان ارفع لك طعم الحبز من فك » ، فاهتز الرئيس س وسقط على الارض فاقد الشعور  
 وبالتدابير الصحيه استعاد حياته .... الخ .

مشاهدة تارديو — امرأة عجوز كانت تبع دخان ، فأتى صبي شيطان ليشتري قرطاساً من  
 الدخان ، فبينما هي مشغولة باستحضاره استوجبت حيرته حركات زلومها الطالمة النازلة ،  
 فقبض عليها ، كانه يصطاد فرفوراً ، فماتت الامراة حالاً .

ان اهمية ايضاح الموت الآتي ، عقب صدمة او ضربة بسيطة او تضيق  
 خفيف على الحنجرة ، عظيمة جداً بنظر القضاء لان القانون لا يمدد من وقائع  
 القتل ، ويتعدل الوضع القانوني به نحو المتهم ، اذ لا يطبق عليه احكام المواد  
 الخاصة بأفعال القتل .

ان الوقائع الثلاث الآتية تؤيد ذلك :

آ — مشاهدة: السيد... الكندرجي المتهم بخنق الابنة... صرح للقضاء بما يأتي :  
 بينما كنت اعمل بحانوتي ، انت الابنة... مع خطيها ، وبدأت تمازحه بشكل ازعجي  
 فرجوتها السكوت ، فلم تقتنع بل ازدادت في مزاحها ساخرةً مني ومنعتني عن العمل  
 فقبضت عليها من رقبتها بتضييق خفيف وهزتها ، فسقطت ميتة .

وبعملية فتح الميت : لم يشاهد سوى آثار سطحية لاتذكر في العنق ، ولم تشاهد آفات  
 عميقة بتاتاً . مع هذا قرر الحبير 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 ، صفائح انتفاخ الرئة ، فقدان العلفات في القلب .  
وعليه سئل بروردهل رأيه ، فقرر : بالاستناد الى فقدان الآفات المرضية ، وسرعة

الموت ، وفقدان كل أثر للمدافعة ، فان الموت حدث بالنهي العصبي الخنجري .  
ب — 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 اليمني ولف يده اليسرى حول وسطه ، فصرخ الحارس واستمد المعونة من الباقين ، فأسرع احد المرضى حالاً لتخليصه ، وكان الاثنان ساقطين على الارض ، ففرقها فسمي الحارس للقيام ببعض الحركات ومالبت ان سقط ميتاً .

وبأجراء عملية فتح الميت شوهد زبد ابيض ذات فقاعات هوائية امام الانف والفم ، نقاط نرفيسه في الذقن ، زبد في شريان الشزن والقصات ، احتقان رئوي كثيف ، ولم يشاهد كدمات تحت البلورا .

ت — مشاهدة : اتهم السيد ب... بجرم خنق زوجته ، وتفصيل الحوادث ان التهم 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 دقائق سقط الاثنان على الارض ، ولكن الامراء بقيت بلا حراك . وبعثاً 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 ، ونتائج فتح الميت النافية لوقوع الخنق ان حصول الموت من النهي العصبي الخنجري محتمل .

ان ترضيصات الخنجرة كثيرة الوقوع ، ولكن حوادث الموت منها نادرة جداً ، وليس لنا اطلاع على تفسير اسباب ذلك .

٢ — ترضيصات البطن ، ان الضروب التي تقع على جدار البطن وخاصة

على النواحي الشرسوفية والحثلية يمكن ان تحدث الموت .

مشاهدة : بينا الصبيان س .... ول .... يتصارعان سقطا على الارض ، احدهما فوق الآخر ، فقال له ها ان ظهرك لامس الارض ، وبقيا مها رفس س رفيقه على بطنه برجله ، فسقط على الارض فاقدأ شعوره وتوفي ببضع دقائق .

وثبت بالتعقيق الذي تولد ماشقا ان الغدور كان يتمتع بصحة تامة قبل الحادث المريع . ونتائج عملية فتح الميت كانت منفية تماما ، فلم يشاهد آفات موضعية او عميقة او متباعدة . وعليه قرر ماشقا ، بالنظر لصحة الصبي التامة ، وحدث الموت الآتي ، وعدم وجود آفة ما في البدن ، من جهة ؛ ومن جهة اخرى بالنظر لامكان حدوث الموت من الضرب على الناحية الشرسوفية ، بتخریش وتآبيه الضفيرة العصبية ، الهامة جداً ، اللذين ينتقلان بالطريق المنعكس ويسببا توقيف القلب والدوران ؛ او على قول الاخرين ان التخریش 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 خطرأمن التي تقع على المعدة الفارغة ، بتحصيل الغشي والموت الآتي .

٣ — ترضيحات او تخرشات الاعضاء التناسلية النسائية الداخلية : يذكر حدوث الموت الانبي عن عملية المس المهبل 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 آنيآ .

ولكن على الاكثر تصادف هذه الحوادث بعمليات اسقاط الجنين الجنائي ،

فتحدث الغشي، وضياع الشعور، والموت الآتي .

٤ - تخريش الغشاء المخاطي للمجاري التنفسية العلوية : يحدث الموت الآتي عندما يدخل للمجاري التنفسية جسم اجنبي خارجي او داخلي، عن تخريش الغشاء المخاطي، بالنهي العصبي . ويحدث ايضاً في وقائع الغرق التي يكون الموت فيها عاجلاً .

مشاهدة : متطبب كان قد اشترى بمعالجة مرض داء البهر بطلاء البلعوم بالمائع الامونياقي وذلك في عهد الملك لويس فليب . ولما كانت الملصقة املية مصابة بهذا الداء، حي بهذا المتطبب لتطبيق تداويه، فتقدمت امرأة من البلاط لاجراء التجربة عليها فلما طبق عليها التداوي سقطت ميتة آنياً .

وان الموت الآتي، الذي يحدث بمبدأ التخدير القلورفورمي، هو من ذات المنشأ طبيعياً .

٥ - تذبذب المخاط المعدي : يحدث الموت الآتي بالاشخاص الذين تكون اجسامهم حاميه من جرأ تمرين بدني شديد او ركض مدة طويلة عند تناولهم المشروبات الباردة بينما معدم فارغة .

مشاهدة : شخص كان يتنازع مع آخر، وبينما هو تعب ويمتلي غيظاً، شرب قدحاً من البيرا المبردة، فسقط مغمياً عليه، فاقد الحس والحركة ثم توفي على الاثر .  
يقتضى في جميع هذه الحوادث، اجراء التدقيقات النسجية التشريحية المرضيه بصورة دقيقة جداً .

٦ - ترضيحات الخصيتين : ان حس الالم الخاص بضروب الحصية هو



معلوم من القديم وتذكر وقعة شخص تنازع مع امرأة ، ضربته على صفته  
فصرخ قائلاً « اني مت » وسقط على الارض ميتاً . وبعملية فتح الميت لم  
تشاهد آفة ماء ، تفسر حدوث الموت .

٧ -- التهييج ؛ او الترضيض الروحي : ان التأثير او التهييج الشديد يمكن  
ان يحدث الموت الآتي . وان حدوث الموت الآتي بوقائع اسقاط الجنين الجنائي  
اكثرت منها في وقائع العمليات الرحيمه لما يؤيد ذلك ؛ اذ ان الرعب في وقائع  
الزمره الاولى ، هو اشد هولاً منه في وقائع الزمره الثانية .

وهذا العامل يؤثر ايضاً على الاشخاص المتقدمين للعملية امام منضدة العمليات  
الجراحية . وبالأشخاص الذين ترسم على اجسادهم خطوط العملية قبل اجرائها  
والخلاصه ، ان فليج القلب من الترضيصات الروحيه هو امر واقع لا يقبل  
الجدال ، ويتسهل حصوله عند وجود آفات خفيفة .

ومهما يكن من الامر فان حوادث الموت بالتهبي العصبي نادرة جداً ،  
واتي خلال ممارستي الطب الشرعي طيلة تسعة سنوات على ستون الف وقعه  
لم اشاهد سوى وقعة واحده ، وهي موت بالتهبي 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  
المزمنة ( التهاب الشرياني المزمن ، عدم كفاية الدسام الابهرى ، الآفات  
الولادية ، التهاب العضلة القلبية ) ؛ آفات الاورده ؛ التهابات شغاف القلب  
الخارجيه . ] ؛ وآفات الطرق التنفسيه [ احتقان الرئه ، ذات الرئه ، او ذيباً  
الرئه ، الصمامه الرئويه ، ذات الجنب ، والاتصاقات البلورائيه ] ؛ وآفات  
الجملة العصبية المركزيه [ النزف الدماغى ، النزف السحائى ، الصرعة ، التهابات  
السحائيه الحاده ، الحراج والورم الدماغى ] ؛ وآفات جهاز الهضم (قرحة معاء  
الاثني عشري) ؛ والآفات البطنيه المختلفه ( انسداد الامعاء ، القولنج الكبدي  
الاكياس الكبديه ، آفات البانقره آس ) ، آفات الكليه ومحفظه فوق الكليه  
ويذكر فيما عدا ذلك الموت الفجائى الذى يحدث بسير الامراض الحادة  
كالحمى التيفوئيدى ؛ والموت الفجائى الذى يحدث بالنساء في حالة النفاس  
عن اسباب خارجيه عن جهاز التناسلي كتمزق حجاب الحاجر او النزف  
السحائى حين الاجهاض او فليج القلب ) ؛ او عن عوارض في الجهاز  
التناسلي ( كتمزق دوالي في المنطقه التناسليه ، وتمزق اكياس الحمل  
الخارجيه الرحم وفيضان البريطون ، ودخول الهواء في الاورده ،  
والصمامات الرئويه الناشئة عن التهاب الاورده في الاطراف السفليه «فلغازيا  
آلبادولنس» .

ويذكر ايضاً الموت الفجائى الذى يحدث بالاطفال عن ضخامة غدة التيموس

و ذات القصص الحادة ، والتهاب الامعاء الحاد ، في سير مرض الاكزهما .  
 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 ، بجهد التغوط ، او الجماع ، او السير  
 في الجبال متصاعداً.... الخ؛ او عندما يتعرض لتهيج او تأثير عظيم او عندما يتلقى  
 الاخبار السارة او المكدره 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 حتمي  
 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 اداة الطبيب فتقرر في  
 مجال 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 اداة 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 واعطاء علاجاً ليومين ، على ان يعيده ثانياً 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 ..... وفتح الميت شاهد الزملاء الامعاء الرقيقة من بواب المعدة الى مسافة بعيدة منها ممتلئة بمسحوق دهوي استوجب تردهم ، وبوصولي فتحت الامعاء الاثني عشري وبعد غسله ، فحوصته ، فوجدت قرصة واسعة مستديرة ( بسعة ربع ريال مجيدي ) ونازقة وبقية الامعاء سالمة ، فبين ان سبب الموت الآتي ، هو زيف المعائي الجسم من هذه القرحة ، وبتدقيق وصفه الطبيب وجدت تحتوي على بعض المواد المخدرة ، والمعطاة بقصد تخفيف الالم الذي يشكي منه ، وعليه ولما كان ليس لوصفه الطبيب دخلاً في التسبب لحدوث هذا الترف الآتي قررت عدم مسؤليه 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 الدورانية ( القلب والشرابين ) 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 المواقف فما هي العلامات التي تمكنا من التفريق بين هذه المؤثرات؟ فلما كانت هذه العلامات غير موجودة فناً ، حالياً ، فأى 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 يخلص من اثم لا يجبره الفن على تحمله؛ ويجب الذكر ان قضاة التحقيق يسمعون بكل ما في وسعهم لجل الطبيب العدلي على اعطاء نتيجة حاسمة يستندون عليها بتسيير تحقيقهم وتعيين نوع الجرم ، فالحدار من تجاوز حدود الفن حيث تكون العاقبة الفشل والحسران المادي والادبي .

مشاهدة : اخبرت السلطة القضاية 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 الشفاف القلي الخارجي مملوءاً بمائع دموي وعلقات دموية ، والقلب مثقوباً من ذروته بنقبة صغيرة بسعة حبة المدس ، وفتح القلب شوهد صمغ افرنجي بحجم بيضة الحمام في جدار البطين الايسر ، آكل الجدار

ومتهيأ بهذه الثقة ، فقرر ان سبب الموت هو داء الافرنج ، وان العاقبة المشرودة هي العاقبة المنتظرة فناً ، ان لم تكن في ذلك اليوم في الغد ، وانه يحتمل ان يكون للانفعال دخلاً بزيادة فعالية العضلة القلبية ، فسيولوجياً ، ودرجة هذا التأثير لاحداث الموت ضئيلة بالنسبة لتأثير الآفة المستحکم في تنقيب القلب ، وانني لا يمكنني قبول او رد هذا التأثير الضئيل ، وعلى التحقيق تقوم اسس الاستناد ، لتحخيص الحقيقة .

فالمهم في الحوادث التي هي من هذا القبيل . هي الحالات المرضية التي تكون بحالة المعاوضة فتختل المعاوضة 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 بألة 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 الخفيفة 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 مزوعته ، اصيب بضربه كف براحة اليد على صدغه الايمن من قبل خصمه ، ثم تفارقا على ان يشكو ضاربه ، ولم تمر برهة وجيزة ، حتي ساءت حالته ، وبعد مرور ساعتين توفي . وبالكشف لم يشاهد أثر خارجي للرض ، غير انه بعملية 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 الدماغى الحادث عن تمزق الشريان السحائى 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 - الكشف في وقائع الموت الآتى :

التي يشاهد فيها آثار جبر وشدة خارجية هامة في هذه الاحوال يكون الادعاء او الاخبار بحدوث الموت جنائياً ، او اتحاراً ، او قضاءً .

فعلى الطبيب العدلى ان لا يعير هذا الادعاء او الاخبار اكثر مما يستحقه وان يسمى بكل ما اوتي من قوة لتعيين ماهية الحادث وشكل حدوثه وفقاً للقواعد الفنية ، فكم من الادعاءات والابخارات كذبها الكشف ، وكم من الجرائم اظهرت بعد اخفائها ؛ وعلى الطبيب العدلى ان يباشر تدقيقاته بمحل الجرم بالاشتراك مع قاضى التحقيق وموظف الادلة القضائية كما سبق ذكره ، ثم يكملها بمخبر فتح الميت ، فيفحص الجسد خارجياً ، ثم يجرى عليه فتح الميت .

## آ - 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 فى الجلد

المشعر عليه ان يستعين بالعدسة المكبرة وازالة الاشعار، لتفريق طبيعته الرضية من القاطعة؛ ولما يشاهد جرحاً قاطعاً في البدن، عليه ان يدقق نهاياته وعمما اذا كان يوجد له ذنب يستدل منه على اصطدام الآلة الجارحة بسطح عظمي او نفوذها لمقبضها وجرحها، او انطباعاً لخلقة نصلة موسى ذات كباس؛ وان يبذل اهتمامه ايضاً لتفريق الجروح القاطعة من الجروح النارية البيضية؛ ولما يشاهد جروحاً مستديرة يفرق الجروح الحاصلة عن الآلات الواخذه المدورة عن الجروح النارية ويفرق الفوهات النارية الدخولية عن الفوهات الخرجية، التي ان صادفت صعوبة احياناً تكون سهلة على الاكثر بوجود شريط الترضيض خاصة، انصبابات دموية؛ تمزقات الاقسام الرخوة، وكسور العظام المستورة او المكشوفة.

فمن ذلك تتضح له ماهية الحادث (جنائي، اتحار او عارضى) على الاكثر. وبعد اكمال التدقيقات الخارجية كما ذكر يشرع بأجراء عملية فتح الميت.

### عملية فتح الميت

تجرى عملية فتح الميت كما يأتي:

١ - يحدث شق عمودي من متوسط الشفة السفلا الى الناحية الذقنية، يمتد من متوسط العنق، حتى العوكشة القصية، ثم يحول الى الایسر



والاسفل، حيث يتجه لجانب الصدر الايسر عمودياً ومن وحشى الشدية اليسرى الى المراق الايسر والحاصرة اليسرى ، حتى حذاء القنزعة الحرقفية الامامية العلوية ، ثم يلتوي منحنيًا لجانب ارتفاق العانة ، ومنه يتم الشق مقابلاً لشق الجانب الايسر ، وعندما يصادف لرح في مسير الشق يحافظ الجرح ويتم الشق بعيداً عنه . ان الشق الشفوي ، يجري عميقاً اسطح العظم ، وفي العنق يجري الشق في الطبقات الجلديه والنسج الحجروي تحت الجلدي وتحافظ الانسجة العميقة ، وفي جاني الصدر يجري الشق لسوية الاضلاع ولكن في جدار البطن يجري سطحياً كالعنق .

٢ : تسليخ واستقصاء اعضاء العنق : يساخ الجلد من جاني العنق من الشفة السفلا حتى عظم القص بوضعية عمودية، وزوايا الفك الاسفل جانبياً ، حيث تكشف كافة اعضاء العنق ، ينشر الفك الاسفل فوق الخط المتوسط وتسليخ عنه الاقسام الرخوة حتى الزاوية الفكيه ، وتفرق شعبي العظم . ويقبض على زروة اللسان ويجر الى الامام ، فينكشف الجوف الفمي البلعومي حتى مدخل الحنجرة . 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 \_ فتح جوف البطن : يعمق الشق البطني طبقة بعد طبقة حتى البريطون،

فيقبض على الوريدية البريطانية وتجر للاعلى؛ وتفتح عروة بالمقص ، وتدخل شعبة المقص الكالة ويقطع الجدار البطني بجذاء الشق الجلدي بكافة امتداده حتي الحافات الضلعية . ويقتضي رفع الشريحة باليد اليسرى والضغط على الاحشاء البطنية باليد اليمنى ، حين تسيير المقص ، لاجتناب تمزيق الامعاء . ثم ترفع الشريحة وتدقق الاحشاء البطنية بصورة عامة ، يشاهد بها ما يحتويه الجوف البريطاني من صديد ودم ومصل... الخ؛ ويدقق ايضاً جوف الحوصله اجمالاً برفع الامعاء . وتفرغ هذه الموايع بأناء ذي درجات قياسيه .

٤ - فتح جوف الصدر : تدخل ذروة الموس بالمفصل الترقوي القصي وتدور حول رأس الترقوة ؛ ويجب الاتباه لعدم ادخال الموس عميقاً وفتح المحفظة بقسمها السفلي ، كي لا تمزق الاوعية تحت الترقوية الهامة . ثم يؤخذ مقص الاضلاع ويقص الاضلاع من الجانبين بجذاً الشق الجلدي ، مع رفع الشريحة دائماً لاجتناب تمزيق الرئتين . ثم يطبق المقص المذكور بجذاً الضلع الاول والمفصل القصي الترقوي ، ويقص الضلع المذكور ويفتح المفصل فينترق 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 باليسد اليمني ، ثم يفرق عظم القص من المنصف الامامي بقحطه بموس من الاسفل الى الاعلى ويجب الاتباه لعدم

تمزيق شعاف القلب الخارجي . وبهذه الصورة تفك الشريحة الصدرية  
البطنية وترفع على طاولة اخري ، حيث يجري تدقيقها ، بأجراء مقاطع طولانية  
متوازية عن بعد اصبع او اصبعين على وجهها الداخلي ، نافذة للطبقات العضلية  
حيث تشاهد الكدمات العميقة والارتشاحات الداخل العضلية عند وجودها .  
٥ - رفع وفحص الاحشاء الصدرية البطنية :

آ - غب رفع الشريحة الصدرية البطنية كما سبق ذكره ، تدقق الاحشاء  
الصدرية البطنية سطحياً بموقعها ( حيث يدقق الوجه الخارجي لشعاف القلب  
الخارجي ، والمنصف الامامي ، والريتان وسطوحها الخارجية والاجواف  
البلورائية ، وتقيد الاثصابات 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 ، الريتان ، الكبد ، الطحال ، المعدة ، الامعاء ، الكليتان ، ومحفظة  
فوق الكلية ؛ واعضاء العنق والمنصف ؛ الابهر الصدري البطني والوريد  
الاجوف . ويجوز فحص كل عضو على حدة عند رفعه ، او تفحص الاعضاء  
بكاملا بعد استكمال رفعها تماماً . ولكن يجب التذكير بانها من الواجب وضع  
كل عضو على حدة ، وعدم خلطها مع بعضها ومنع تلوثها بالسوائل العضوية  
وماء الغسل .

د - رفع القلب : تمسك نقطة من الشغاف الخارجي في حافته المحاذية للحجاب الحاجز ، وترفع قليلاً ، حيث تفتح عروبة بمقص ، تدخل منها شعبته الكاله ، ويقص الشغاف بشق عمودي من القاعدة حتي الرنج الابهري . ويدقق حينئذ 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 فغمازيا آلبادولنس) ؛ يحتم فحص القلب بموقعه دون ترزحه ( الذي من شأنه ان يؤدي الى طرد العلقه ) : بأجراء شق في الحافة الوحشية للبطين الايمن وتنفذ شعبة المقص الكاله للجوف البطيني حيث يجري الشق بامتداد الحجاب القلبي وينفذ للشريان الرئوي وتفتح شعباته .

رفع القلب ، عندما يكون فارغاً ورخوياً ، وذلك يشاهد في الاجساد المتفسخة ، يقبض على زروته ويجر للاعلى والامام ، ويقطع الوريد الاجوف اولاً ، داخل الجوف الشغافي الخارجي ، ثم تقطع بقية الاوعية بأقصى ما يمكن من الارتفاع ، بجذاء الكيس الشغافي .

وبالعكس عندما يكون القاب مملوءاً بالدم ، تربط الاوعية المرسله والآخذة بأحكام ، ثم تقطع من بين العقدين 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 وتفيد حالة الدم في اقسام القلب ( مائعاً كان او متحترماً ، مبدولاً او جزئياً ... الخ ) .

ث - الرئتان :

تجرد الرئتان من التصاقاتها عند وجودها، وترفعان للاعلى، وتوضع رباطات على السرة الرئوية ، وتقص من بين العقدتين ، وترفع الخارج . وليكن بوقائع الغرق ، يقتضى فتح الحنجرة والشريان الشزن قبل رفع الرئتين حيث تدقق اوصافها ومحتوياتها ( الزبد القصبي ) .

ج - الكبد والطحال : يجرد كل من هذه الاعضاء وتوضع رباطات على اربطتها ويقص من بين العقدتين ويرفع على حدة .

د - المعدة : تجرد من السرب ، وتوضع اربطة مضاعفة على كل من نهايتها ، الفؤاد والبواب ، وتقص اتصالاتها من بين العقدتين ، ولا فراغ محتوياتها توضع احدى نهايتها داخل اناء ذي درجات قياسية . وتقص العقدة ، فتسيل محتوياتها ، فيعين اوصافها ومقدارها .

ذ - الامعاء :

يرفع المعاء الغليظ والامعاء الرقيقة كل على حدة ، حيث يوضع رباط مضاعف على المعاء المستقيم ومثله على المعاء الرقيق بجذاء الاعور ، يقص ما بين العقدتين من نهايته ، 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 ، والبانقره آس من الخناء الاثني عشري .

وتفحص بهذه الآونة المساريقا (عقداتها) .

وتفرغ محتويات الامعاء ، كالمعدة ، وتغسل بأسالة جريان ماء خفيف داخلها حتى يخرج براقاً ، ثم تفتح الامعاء ، بمخزغ خاص (Enterostome) من هذا الارتكاز المساريقي وتفتح اجوافها وتدقق وخاصة صفايح پايرو الاجربة المسدودة .

ر — 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 كاقها دفعة واحدة الى الخارج ؛ فتفحص خارجياً ، وتوزن ، ثم تجرى المقاطع الطولانية المتوسطة فوق حاقها الوحشية ؛ ثم ترفع محفظات فوق الكلية وتفحص كما سبق .

ز — اعضاء العنق والصدر العميقة : البلعوم ، المري ، الخنجرة ، شريان الشزن والاوعية المتوسطة الكبيرة .

بعد غسل وتنظيف الاجواف الصدرية والبطنية يقبض على اللسان من زروته

بملقط ويجر الى الامام ، وتقطع السويقات الامامية لسراع الخنك ثم جدار البلعوم الخلفي ، ويداوم على جر اللسان الى الامام ، فيفصل البلعوم ، والمري عن العمود الفقري ، بالاستعانة ببعض ضربات برأس الموس بأحياط 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 الحرقمية من الجانبين وتقطع ما بين العقدتين ، وتخرج جملة الاعضاء المنفرقة دفعة واحدة وتوضع على طاولة التشريح ، متجهاً قسمها الخلفي الى الاعلى . ويقتلع اللسان وتجري فيه شقوق عميقة عمودية لمحوره الكبير ، ويفتح البلعوم والمري حتي عقده الفؤاد بأجراء شق طولاني متوسط على الوجه الخلفي . ويفرق القسمين المتوسطين من الخنجره بجر شديد فيتيسر معاينة وجهها الداخلي بسهولة .

ويفتح الابهر البطني من وجهه الخلفي مبدءاً من احد الشرايين الحرقمية ويداوم الشق على الابهر الصدري وحتى الجذوع الكبيرة الملتصقة به الجذع العضدي الرأسي ، شريان تحت الترقوة وشريان السباتي الاصلى ؛ وبالختام تفتح الشرايين السباتية الباقية بوضعيتها الطبيعية بجانب العمود الفقري ، ويجب الاحتراز في فتح هذه الاوعية من تمزيق القميص الداخلي الذي يمثل آفات حاصلة بزمن الحياة ( الصلب ، الخنق بالحبل ) .

س - اعضاء الحوصلة :

تدقق اعضاء الحوصلة (الرحم ؛ الرحم البريطاني ، الملحقات ، المثانة) سطحياً في موضعها ، وتفيد المشاهدات ، وتفرغ الانصبابات المرضية او الميتية ، وتفرق المثانة بتسليخ دقيق من الوجه الخلفي لارتفاق العانة . بمجرد ارتفاق العانة من الامام ، بأجراء شق عمودي ، بامتداد بضعة سانتترات ، على كل من جانبي العانة ، وتسليخ شريحة جلدية وقلبها الى الاسفل . ويفرق الارتفاق العاني بأجراء شق عمودي من الاعلى الى الاسفل بموس ؛ يفرق فخذ المغدور بقوة بقصد ايصال تفریق 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 للوحشى والخلف بشكل قوس ، محيط بالاقسام التناسلية الخارجية والشرح ، ويكمل من الجانب المقابل . لينتهي بالنهاية السفليه للشق الجانبي العاني الايمن . ثم تحول العملية لداخل الحوصلة الصغيره ، فتسلخ كافة الاقسام الرخوة من هذا السطوح العظمية ، على ان يتلاقى الشق الداخلي مع الشق الخارجي . وكذلك تجرد الاعضاء الحوصليه كالاقسام الشرجية التناسلية الخارجية والحوصلية بجملةها دفعة واحدة بقوة الى الخارج . وتخرج من الفتحة الواسعة الهيئة بعملية خزع الارتفاق العاني وتبعيد شفوية بقوة كما ذكر اعلاه . وعلى ذلك تستحصل الاعضاء التناسلية الداخلية والخارجية



بوضعها الطبيعي ، دون ان تتحول مجاوراتها ، وتدقق بصورة كاملة .  
ويهذا الفحص يجب الاطلاع اولاً على حالة الاعضاء التناسلية الخارجية .  
ثم تفتح المثانة من القسم العلوي ويستقصى جوفها ؛ ثم يفتح المهبل ، بشق  
على الخط المتوسط ، بمقص ، من الحلقة الفرجية حتى العنق . ويدقق الغشاء  
المخاطي المهبل ، وعند اللزوم تؤخذ عينات من الافرازات للمعاينة المجهرية .  
ويقاس الرحم خارجاً من العنق حتى قعره ، وايضاً يقاس قطره الاكبر  
مستعرضاً . وتدخل احدي شعبي المقص في جوف العنق ، ويشق العنق فوق  
شفته الامامية ، ثم يشق الجدار الامامي للعنق ، دون اخراج المقص ، باستقامتين  
متباعدتين ، احدهما باتجاه منفذ النفير الايمن والثانية باتجاه منفذ النفير  
الايسر ، فتظهر شريجه مثلثة في الجدار الامامي للرحم ، ويرفعها 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 . فالبيض يعاين خارجاً  
لتجري الندبات ، ثم يقسم الى قسمين بجذء محوريه الكبيرين . ويجب تجري  
وقيد الاجسام الصفراء .

وبالحتم تجري معاينه الماء المستقيم .

وبالذكور، تدقق اعضاء الحوصلة الصغيرة، كما هو مذكور اعلاه، والحواملات  
المنوية والبروستات ... الخ .

ولكن يجب تجريد الخصيتين 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  
الصغف من الاسفل الى الاعلى .

وبالوقائع الجارية يكتبني بفتح المثانة ومعاينة الخصيتين المخرجتين من الصغف  
مع الحبل كما ذكر .

ويجب جمع البول وقياسه وفحصه بكافة الوقائع .

٦ - فتح جوف القحف : يبدأ بأجراء الشق فوق الجلد المشعر من القسم  
الخلفي لاحدى الاذنين حتى الاذن الاخرى ، وتسلخ الشريجات 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 السمحان وتقيد الآفات التي  
تشاهد عليه ( انزفة ، كدمات .. الخ ) وينظف سطح السمحان 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 في القبة تكون فمكرة 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 المعقولة ولكن يجب الاحتراز من تمزيق ام الصلبة والدماغ ، لصعوبة التحقيق فيهما ، 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 الطيب في الجانب الايسر من الرأس ، فيمسك بيسراه بقوة الجلد المشعر بشكل يؤمن تثبيت الرأس ، ويأخذ يميناه منشار قصاب ذا صفحة مرتفعة متينة وضيقة فيرسم به خط النشر في القسم الامامي والمتوسط من الجبهة في نقطة تعلو الحط الحاجبي جزئياً ثم ينشر محيط الجمجمة ، بحيث تفصل قبتها دفعة واحدة . ان الصعوبة في هذه الاصول هي تثبيت الرأس . ووجود معاون لا يبقى اثر لهذه الصعوبة .

و كثيراً ما يحدث ان المنشار يتوقف ابان النشر عن الحركة ، تفرق

حوافى 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 بالناحية القفوية وترفع قبة القحف مع محتوياتها ، وتخرج القطعتان الدماغيتان النصف الكرويتين من القبة بفصلها عنها بواسطة اصبعي اليد المتوسطة والسبابة بتزليقهما في جاني مشول المنح ، وتوضعان على قطع خاصة من الفلين . ثم يفحص وجه ام الصلبة الداخلي في 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 في القحف من الاقسام الدماغية والمخيخ مع المنح المستطيل والحدبة الخلفية ، حسب الاصول المعروفة ؛ حيث يرفع الشطر الآخر من نصف الكرتين الدماغيتين من الاسفل الى الاعلى ومن الامام الى الخلف ، وتقطع الاعصاب القحفية والاعوية ؛ 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 المعروفة .

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 ، اتحاري او قضاء ) ، 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 بتثبيت 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 فأى تقصير او خطأ يقع فيما يدون من الاجتهاد في الأستنتاج يمكن تلافيه في كل زمان ومكان ، الا ان اقل اهمال او خطأ في تدوين الآثار والوصاف 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 .

الاتي اخصص هذا الفصل لسرد علائم الكبابة الميتية والصلل الميتي

والتشنج الميتي لما لها من الالهية .

الكباوة الميتية : ان المايح 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 ، فتحدد مؤخراً وتشكل صفايح واسعة ، يمكن ان تغطي بعض اقسام الجسد بكاملها ، بلون متحول ، من الاحمر الفاهي ، الى الازرق القاتم فالاسود ؛ بمدة تراوح بين ٤ - ٧ ساعات بعد الموت ؛ وتصل الى اقصى حدها بعد ١٢ - 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 الجانبية او الخلفية من البدن ؛ وعندما تتحول وضعية الجسد بعد الموت بمدة ١١ - ١٢ ساعة ، تظهر الكباوة في الاقسام المنحطة حسب الوضعية الحديثة مع بقاء اثار الكباوة القديمة ولكن هذه الآثار الحديثة لا تظهر بعد انقضاء ٢٣ - ٢٨ ساعة على الموت .  
الصمل الميتي : هو صمل العضلات بعد الموت ، اذ تقلص العضلات فتتقصر وتصلب ؛ ويستولى الصمل على الجملة العضلية بصورة تدريجية وغير منتظمة ؛

ويبدأ خلال ساعتين او ثلاث ساعات بعد الموت ، ويدوم الى ٧٠ - ٧٥ ساعة بعد الموت ؛ يتحول زمن مبدأ وانتهاء الصملى وشدته ، بنسبة قوة العضلات عند حدوث الموت . وفي احوال حدوث الموت من الامراض الاختلاجية ( الكزاز . التسمم الاستريكينى ) يكون الصملى متقدماً . شديداً واكثر ثباتاً .

التشنج الميتى : يحدث عن دوام التقلصات الحياتية وثباتها بعد الموت بدون فاصلة . خلافاً للصملى الميتى الذى يتأسس بعد انحلال العضلات فى حالة الموت بمدة وجيزة ومتحركة كما سبق ذكره ؛ ويكون التشنج الميتى عاماً او منحصراً بأحد اقسام البدن ؛ وان التشنج العام يحدث فى ساحات القتال ، وفى حوادث الجروح النارية والانفلاقية خاصة ؛ والتشنج الموضعى يحدث فى حوادث الاتجار اذ يبقى المنتحرق ابضاً على سلاحه . ويحدث ايضاً فى الاحوال المرضية الاختلاجية كالكزاز والتسمم الاستريكينى .

فعليه . يجب علينا ، عندما نقابل الجسدان نبداً بتدقيق الكباوة الميتية ومواقعها ولونها ؛ والصملى الميتى . والاهتمام بتفريق الصملى من التشنج الميتى . والحذر من تلقي صنمايح الكباوات الميتية ؛ ككدمات رضيه ، فىكون الخطأ فادحاً ، اذ يضل التحقيق ويخلق جرم من حادثة طبيعية . فلذلك يقتضى عند الاشتباه ، اجراء الشقوق الجلديه بحيث يسهل التمييز بين الكباوة الميتية . والكدمات الرضية ؛ لان الكدمات ( كما وصفناها فى مبحثها الخاص فى

القسم الثاني) هي نتيجة انصباب دموي في الانسجة الجلدية والنسيج الحجروي تحتها .

ملاحظة : 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 .

ملاحظة : سبق لطبيب قضاء .... ان عين امرأة مدعية بضربها على بطنها قبل موتها بأسبوع واثبت في تقريره عدم مشاهدته آثاراً خارجية للضرب ، ولما توفيت بعد اسبوع اجري 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 أثراً للضرب .

ويجب الانتباه للتشنج الميتي العام او الموضعي وللصل المتقدم ، اذ يكون عرضاً قيمياً للاستدلال على التسمم الاستريكينيني وتشخيص وقائع الأنتحار .

ويجب الحذر ايضاً من تلقي لطخات التفخ الزرقاء ككدمات ، كما ينبغي الحذر من تلقي التحولات اللونية التي تنشأ عن تحلل الانسجة الرخوة ككدمات ؛ لان الكدمات الحقيقية تتحلل بمحادث النفسخ ولا يعود بالامكان مشاهدتها سطحياً او تشخيصها عميقاً .



## الكشف على الاجساد الميتة بعد مدة طويلة

اسبوع ؛ شهر ، او سنين

ان الجسد الميت يتغير لونه بعد مدة تختلف باختلاف الموسم وطبيعة التربة الجئولوجيه ، فيسود وتظهر عليه فقاقيع مصلية ، وتسلخ البشرة الجلدية ، ويسقط الشعر ، وتحلل الانسجة ، ثم تميمع وتذوب تحت تأثير العوامل الجراثيمية الداخلية والحشرات الخارجية ، وتأثير المحيط الحكي ، اذ تحدث صفحات التفسخ المختلفة على التوالي ؛ وسنخصص بحثاً خاصاً لتفصيلها .

فعليه لا يمكن ان يأتي الكشف بعد مرور اسابيع على الموت اى بعد التفسخ بالفوائد التي تجني قبل حدوثه ؛ وتضائل هذه الفائدة بنسبة درجة رقي التفسخ وانحصار الآفات بالاقسام الرخوة ، ولكن الآفات العظمية يمكن مشاهدتها حتى بعد سنين طويلة . واذ كرحادثاً ، 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 تبقى مكتومة في دورها الاستنطاقى وعليه يبني الظن

والإتهام ولا يطلع الظنين او المتهم ، على تفصيل الحادث الا في المحاكم ، وهناك فقط يملك حق الدفاع عن نفسه ؛ لاسيما وامر الدفاع في الجرائم الجنائية 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 لاقتناع المحكمة ببرائة موكله وتخليصه من الجرم المغرو اليه ، فيعمل على تهديم كل الاسس التي يستند عليها الاتهام ، واهمها التقرير الطبي العدلي ؛ ليزلزل عقيدة المحاكم في صحة الاتهام او لايجاد التردد على الاقل في صحته وفي هذا كفاية للحيولة دون صدور الحكم . فلذلك يجب على الطبيب العدلي حينما يجابه هكذا مواقف ، ان يكون متيناً مفكراً ، متأنياً واثقاً من اجوبته ان لا يخرج عن النطاق الذي يحدده له فن الطب العدلي . وعليه عندما توجه اسئلة لا يمكنه حلها او الاجابة عليها آتياً ، ان يطالب الى المحكمة تأجيل الاستجواب للتدقيق والمطالعة . ومراجعة كافة المدونات الطبية والطبية العدليه ، واعطاء اصح المعلومات الفنية للمحكمة .

مثال : دعيت لمحكمة الجنائيات في حلب وسئلت عما اذا كان يمكن التفريق بين الجروح النارية الحاصلة عن طلقات الآلات النارية الحربية الطويلة ( الماوزر ) من الجروح النارية الحاصلة عن الرصاص المدور المقذوف من الآلات النارية الخاصة بالصيد ؛ فأجبت بأن لكل من جروح الآلات

الحربية والصيد اوصافاً تميزها ، وعليه لا يعسر تفريقها عامة . فأمر الرئيس  
 بقرأة التقرير الطبي الاول الذي 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 ، في  
 الجروح النارية ؛ فلما كان التقرير الاول ناقصاً والتقرير الثاني مخطئاً ؛ وكان  
 خطأه مما يفضي الى الحكم على الشخص الحامل ببندقية الصيد اسوة بالشخص  
 الحامل ببندقية الحربية ، بجرم القتل ؛ وسيكون هذا الحكم من جرائم الطب  
 العدلي ، من جرأ اخطأ ممارسته ، وهو براء من هذه الاخطاء طلبت من  
 المحكمة قرأه ضبط الدعوى والتقارير الطبية : فتبين ان المغدور هوجم من  
 قبل شخصين ، ابني عم ، احدهما يحمل ببندقية حربية والآخر ببندقية صيد  
 واطلقا عليه حشوها عن مسافة تزيد عن الخمسين متراً ، فاصيب بجرحه ناريه  
 فوهة دخولها من تحت الشدية اليمنى بقطر سانتتر واحد ، وفوهة خروجها من  
 ايمن العمود الفقري بقطر ثلاث سانتترات كاسرة للاضلاع ومفتتاً لعظم  
 الكتف الايمن ؛ وان قائد الدرك افاد ان الجريحة جريحة ببندقية حربية ؛  
 ثم نبأ على طلب احد المحامين ، سئلت المحكمة الهيئة الطبية وافادة هذه  
 عدم امكان التفريق بين الآلات النارية على الوجه المشروح وعليه طلب  
 المحامي الآخر الاستيضاح مني ، ودعيت للمحكمة كما ذكر .  
 فعليه اجبت بمطالعة مطولة معدداً تأثير البهروت والمرامي المدوره الخاصة

بالبنديقيات الحربية ، على البدن ، وانتهيت بالقول : ان توصيف الفوهات الجرحية والدخولية خاصة وان يكن ناقصاً ، غير انه بالنظر لضعف قوة البارود الاسود المستعمل في بنديقيات الصيد ؛ وسهولة تبدل اشكال المرامي الرصاصية لمعراة وتوقف سيرها في العضوية ؛ وعدم قدرتها على الخروج من البدن وخاصة من المسافات البعيدة ؛ وعلى المكس فان اتفاق الاوصاف الجرحية مع جروح الآلات الحربية من حيث قوة البارود البيروكسيه وقدره المرامي المصفحة ( كما سبق ذكره في بحث الجروح النارية مفصلاً ) ؛ اما لايساعد على اسناد منشأ هذه الجروح لآلة نارية من نوع آلات الصيد بل يحزم بمنشأها عن بنديقية حربية .

مثال - دعيت لمحكمة الجنائيات للايضاح عن قضية شخص قتل بطلقين ناريين على صدره احدهما اخترق الرئة اليسرى والقلب والثاني اخترق الرئة اليمنى ؛ (وذلك مصرح به في التقرير الطبي ، بالنظر لمواقع الفوهات الدخولية والخروجية للطلقات المذكورة ، دون اجراء عملية فتح الميت وتثبت اوصاف التخريبات الناشئة عنها) ؛ فيما اذا كانت حياة المغدور تنطفي بعد الطلق الاول ويصبح الطلق الثاني مصوباً لجثة هامدة ؛ اذ يجب في هذه الحالة توجيه مسؤولية القتل على الطالق الاول ونجاة الطالق الثاني من مسؤولية جرم القتل ؛ وان التحقيق يقيد ان الشخص سقط بعد ان اصيب بالطلق الاول ، وان الطلق الثاني اصابه وهو ممدد ، وان المهاجمين كانوا اثنين والطلق الاول فار والطلق

الثاني موجود في المحكمة . وعليه ، اجبت :

لئن كان تحديد الآفات كما ذكر بالنسبة للفوهات الخارجية امراً لا يقره 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 في بحث امتداد الحياة في الجروح النارية المهلكة ومنها القلبية لا يساعدها على قبول فرضية وقوع الطلق الثاني على جثة هامدة ، وان التعاقب الطلقات على التوالي بفواصل جزئية لما يحتمل على اشتراك الطالقين بمسؤولية جرم القتل باعتبار ان كلا منها قاتل على حده .

مثال : دعيت لمحكمة الجنابات لتوضيح القضية الآتية : ان الشخص ... الموجود في المحكمة ؛ المتهم بقتل اخيه .... بضربة سكين في ظهره ، نفذت لجوف الصدر ومزقت الرئة وسيبت نزفاً داخلياً ، تقيح وانتج الموت باختلاطاته .

وبالمحكمة ادعى وكيل الدفاع بأن موكله لم يضرب اخاه ، بل تشاجر معه لساناً ، ثم اغتاز منه المقتول وقصد الخروج من الغرفة ، فزلقت رجله ، وسقط على صرة حشيش كبيرة ، كان ضمنها سكيناً نفذ في صدره وسبب جرحه ؛ واهل القميل يؤيدون صحة هذا الادعاء ، فلما سئلت رأيي ، طلبت من المدعي ان يصف الصرة ، فأفاد انها عبارة عن جرسف مملوء بتمام سمعته

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 سانتراً وعرضها سانتراً وبطول عشرة سانتترات 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 الكشيفة التي تبلغ حسب تعريف الصرة ارتفاعاً لا يقل عن الستين سانتراً ، 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 في الجسد ان يكون مرتكزاً على مسند ثابت ؛ وبما ان طبقات الحشيش رخوة ولا تشكل مسنداً ثابتاً ، وبما ان استقامة الجرح المعروفة بالتقرير تتوافق مع اوصاف الضرب بالموس طعناً من الخلف ، وبما ان طول الجرح 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 القاب ، المبني على اقرار المغدور قبل الموت ، غير صحيح وان شهادات الشهود كاذبة ، لان المغدور لما طعن لم يراه احد وان الطعنة التي اصاب بها لا تترك له مجالاً للتكلم بل تقتله حالاً ، وطلب استشهاد الطيب

بذلك ، فأجابة الطبيب بالايجاب ادت الى تسريح المتهم ، والحكم على الشهود  
بمجرم الشهادة الكاذبة مع ان هذا خطأ فادح ، لا يتفق مع ما اوردناه في  
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 الصحيفة ١٥٦ ، هي من ابرز الامثلة .  
والخلاصة ، ان سير المحاكمة يخلق من المدعيات الواردة والغير الواردة  
اشكالا 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  
رثما يستكمل مطالعته في المدونات الطبية الخاصة ؛ واهم الصفاة التي يجب ان  
يتحلي بها الطبيب العدلي هي عدم الاعتماد على المحاكمات البسيطة ، اذ كثيراً  
ما تكون مخطئة ، وفي الحادث التالي مثال على ذلك ، وهو :

دعت المحكمة بعض الاطباء للاستنارة برأيهم في قضية طلق ناري اصيب  
به شخص في اصبعه للثبث مما اذا كان الطلق موجهاً بقصد القتل ، فتمايزت

آراؤهم مما دعى الحاكم الي الاستفسار منهم مما اذا كانت هذه الآراء مستمدة من فن الطب الشرعي ، فأجابوا بأن لا اضطلاع لهم في هذا الفن وانما هم يستمدون هذه الآراء من اجتهادهم ، لذلك لم ير الحاكم لآراءهم هذه قيمتها الفنية فصرّهم ولم يقم لها وزناً .

## الفصل الرابع

### تدقيق التقارير الطبية العدلية

ان كافة التقارير الطبية العدلية المنظمة من قبل الاطباء غير العدلين يقتضى رفعها الى الطبيب الشرعي في منطقتهم لابداء رأيه بشأنها حسب منطوق المادام 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 عدلين كأئمة 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 تنسب اليها الواقعة المراد تدقيقها ، لاعطاء الرأي الفني بخصوص لحادث لمساعدة الطبيب العدلي في اكمال 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 نتائج مؤلمة ، وكم من تقرير وصف فيها فيها التعطيل الجزئي بعلّة دائمة والكسر التام بكسر غير تام ، والموت الطبيعي بقتل جنائي . . . . . وسار القضاء بها سيراً يتنافى مع الغاية المنشودة من ايجاده في المجتمع .

ان تصديق التقارير يرتكز على اساسين :

١ - الاصول

٢ - القواعد الفنية

آ - الاصول : ان تنظيم التقارير الطبية العدلية من حيث الاصول يجب ان يستكمل الشروط الآتية :

١ - هوية الشخص ، وخاصة عندما يكون الشخص غير معروف بصورة علنية؛

٢ - الآثار الجرحية الخارجية ، بصووة مفصلة وواضحة دون اهمال احدها مهما كانت اهميته ضدلية ؛

٣ - تصنيف وتفسير ، ماهية وشكل تكون هذه الآثار ، ومدلولها الطبي العدلي ؛

٤ - النتيجة . التي 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 خطأ او اهمال او عن سوءنية ، فانه  
يستلزم العتاب .

ان مفتاح الطب العدلي هو معرفة الرؤية، ان الطبيب الممارس للطب العدلي  
تجلى كل قابليته بمعرفته رؤيته للآثار . فاذا اكل ذلك يكون لديه الاستعداد  
الكافي لمتابعة السير في مضمار مهنته ؛ وان الاخطأ بالتفسير وبانتيجة ايضاً قابلة  
التصحيح انما عرضت : وتعد خطأ بالاجتهاد : وان العتاب يها يتوقف على  
ثبوت سوء 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 تكوينه . وعندما  
تشاهد جروح خارجية اعقبها الموت عاجلاً او آجلاً : يقتضى 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 منحصرأ بذكر النتائج 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 في 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  
الملا ، بأن التقارير التي لا يصادق عليها من قبل طبيب شرعي اخصائي يجب  
ان تعتبر لاغية ، حسبما اشترط واضع القانون .

مثال . انا الموقع بذيله ادناه الطبيب المقيم في .... قد عاينت اليد اليمنى للدعو .....  
من قرية .... التابعة لقضاء .... والبالغ من العمر ستون عاماً فوجدت اثر التآم جرح  
افقي مجروح بألة قاطعة بطول خمسة سانتترات 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 المذكورين حركتها وحاسيتها بالكلية .

وان حركات اليد اليمنى معطلة بصورة غير قابلة للتداوي بوجه من الوجوه وبيانا  
لواقعة الحال قد اعطيت هذا التقرير س ١٤ تشرين ثاني سنة ١٩٢٥ الامضاء .....

ابرز هذا التقرير للقضاء وعليه ظن واتهم المدعي عليه بجرم جنائي ، اى

تعطيل عضو ، وسيدت القضية لمحكمة الجنايات ، وبالجملة الجارية ، فاجى المنذور المحكمة بأدعائه بأنه شفى من التعطيل وانه تصالح مع خصمه ولم يبق له ثمة دعوى ، طالباً اخلاء سبيله ، وعليه ترددت المحكمة ودعتني للاستفسار عن هذه القضية . فعاينت يد الشخص ولم اشاهد بها عطلاً وانه بحالته الطبيعية كما يدعي ؛ ولما عرض على التقرير لم اتمالك اظهار عجبى من سير هذه الدعوى بناء على هكذا تقرير لا يتفق مع الفن البتة .

### تدقيقاتي

#### أ - 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 تصطمم بها ذروة الآلة القاطعة بنسج كثيف اي عظمي ، او عندما تنفذ حتى 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 ، استدلت منها على اوصاف الآلة الجارحة وكان ذلك سبباً لاكتشاف المجرم ؛ كما ذكرت في المشاهدة المدرجة

في الصحيفة ٢١٤ .

## ب - زاوية الطلق Angle de Tire

قلنا في مبحث الجروح النارية ان لاستقامة الطلق ، اهميته الكبرى بتعيين وضعية المعتدى والمعتدى عليه حين وقوع التعدي ، ولكن في بعض الوقائع مع تعدد الاشخاص المعتدين وتجانس السلاح تكون اسقامة الطلق واحدة . فأيهم القاتل ؟ وبعبارة اصح ايهم هو الذي اصاب المغدور بطلقه ؟ في هكذا وقائع كان التحقيق وحده الذي يسعى لحل القضية ، ولكن الحقيقة كانت تظل مبهمه او مستورة في اكثر الوقائع ، وتوزع مسؤولية 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 رجال الدرك تفاجئهم من ذروة الجبل وتصوب بنادقها اليهم ، بأستقامة تجعل السيارة معرضة لذات الطلقات ، فتعطلت السيارة واصيب ركبها بجروح مختلفة ، ادت الى قتل ثلاث من الركاب وجرح احد هم وسائق السيارة ؛ وقد توفق رجال الدرك بالقبض على اثنين من انشقياء وفر رفاقهم

وقد ادعى الاشقياء انهم لم يطلقوا على السيارة ، وان طلقات الدرك هي التي اصابت راكبيها .

فسميت مع قاضي التحقيق لتخطيط مصور للمنطقة ، وعينا فيها مواقع كل من الاشقياء ورجال الدرك ، بالنسبة الى موقف السيارة ، حسب افاداتهم ، وحسب مواقع غلافات الخراطيش التي وجدناها على الارض ، ثم اجريت الكشف على الاجساد ، وعينت استقامة الطلقات ، فاذا هي جميعها بأستقامة واحدة تقريباً ، من اليمين الايسر ومن الاعلى الى الاسفل ، ولما كان ميل الارتفاع في مواقع رجال الدرك والاشقياء يختلف اختلافاً ظاهراً فكرت في ايجاد طريقة لاستنتاج دليل لتعيين نسبة هذا الميل في استقامات الجروح ، فأدخلت قطعة من السلك من احدى فوهات الدخول واخرجهما من فوهة الخروج ؛ وذلك في الاقسام البدنية الرخوة التي 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 البركز ومقياس الزوايا فوجدتها متساوية كما يقتضيه الفن الهندسي ، ثم عيننا 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 توقعها عن السير ،  
حسب الاشارة المعطاة من قبلهم .

مشاهده \_ حدث بمحلة .... بحلب شجار اشترك فيه جمع غفير في قارعة  
الطريق والسطوح المشرفة عليها ، وتدخل رجال الشرطة ، واستعملت في هذه  
المشاجرة الاسلحة النارية المختلفة ، فجرح عدة اشخاص من الجانبين وسقط قتيل .  
من هو القاتل ؟

ان التحقيق الابتدائي ، لم يأت الا بنتائج مشوشة ومبهمة جداً ، فأشرت  
على قاضي التحقيق بتعقيب نفس الطريقة التي طبقتها في الحادث المار الذكر ،  
فرسنا المخطط وثبتنا وضعيات كافة الامكنة المجاورة ، ودرجات ارتفاعها  
ثم عينت استقامة الطلق وزاويته فبين ان الطلق صادر من السوية الارضية  
من قبل شخص يقل طوله عن طول المغدور ، وبتعميق التحقيق قد تأيدت  
هذه النتيجة .

مشاهدة : حدثت مشاجرة في موقع .... واصيب احد المتشاجرين بطلق  
عيار ناري من مسدس في اسفل الوجه الوحشي من فخذ الايمن ، فوهة دخوله  
من متوسط ملتقى الثلث المتوسط مع الثلث السفلي من الوجه المذكور ، وفوهة  
خروجه من اسفل هذا الوجه ، وخلف فوهة الدخول وعلية فإن سير الطلق  
من الاعلى الى الاسفل ومن الامام الى الخلف بوضعية عمودية . فرسنت خطأ

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 ؛ وتعميق 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 وطلما 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 .

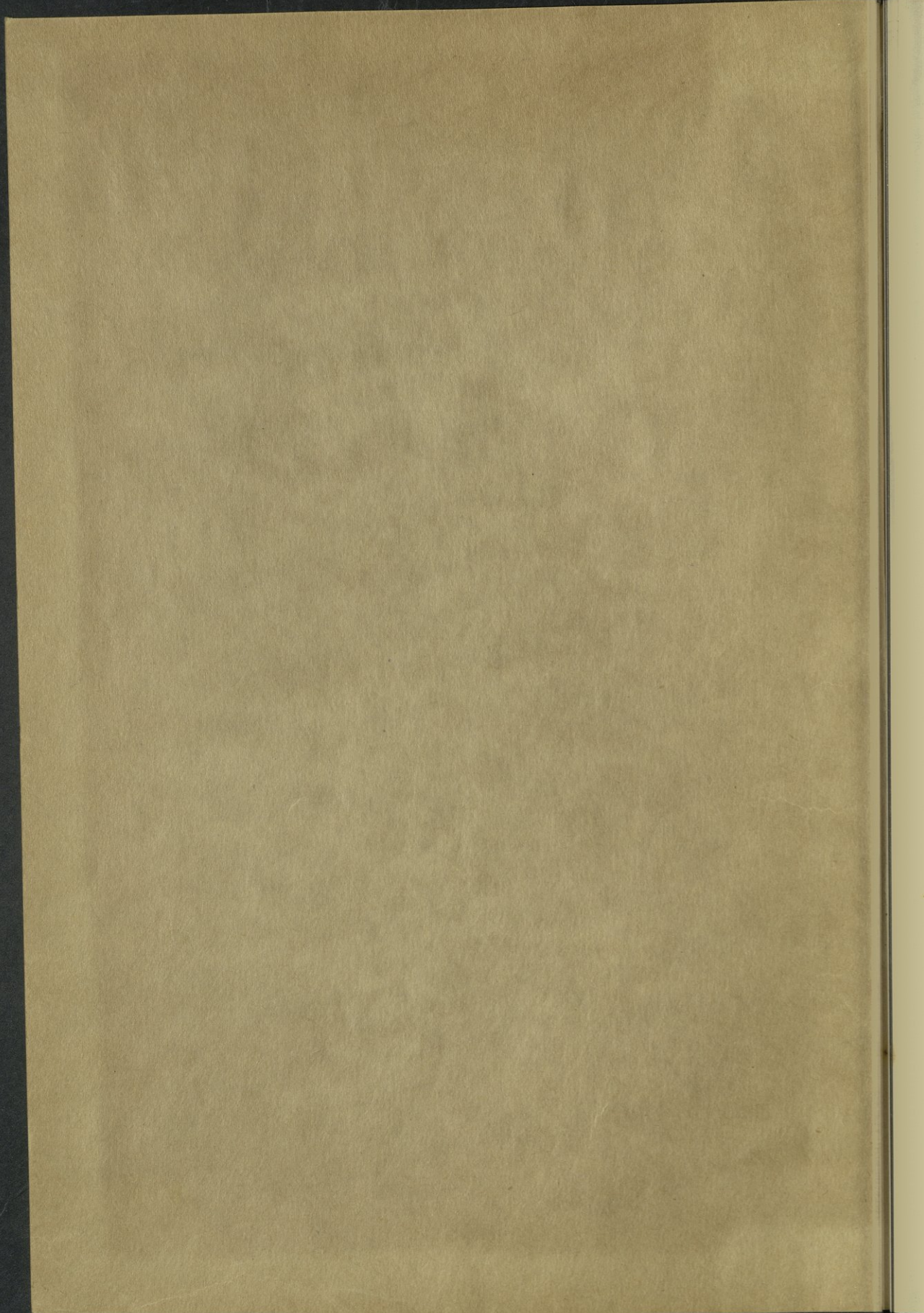
ما من احد يجهل ان حضرة صاحب المعالي الاستاذ عطا بك الايوبي وزير العدلية السورية الحالي ، هو صاحب فكرة ايجاد الطب العدلي في البلاد السورية وانه هو الذي ابرز هذه الفكرة الى حيز الوجود ابان توليه زمام وزارة العدل في عهد الاتحاد السوري ، اذ احدث وظائف الطب العدلي في



بلاد الاتحاد وسن لها قوانينها الرشيدة التي ما تزال قبلة هذا الفن في ربوعنا.  
ومما لا ريب فيه ان لمعالية القدر المعلا والفضل الاكبر في فسخ المجال  
الذين مارسوا هذا الفن من الاطباء ممارسةً عمليةً ، جعلت منهم رجالاً لا  
يقلون رسوخاً وتضلماً فيه عن زملائهم في اقطار العالم الباقية ، وليس كتابي  
هذا في موضوع الطب العدلي الا احدى ثمرات ذلك الغرس الطيب  
اتقدم به الى ابناء بلادي معترفاً بفضل المسبب الاول الاستاذ عطا بك .  
ولئن نوهت بفضل المحدث فلا يسعني الا الا اوجه كلمة عتب بريئة الى  
معالي الاستاذ الشيخ سليمان افندي الجوخدار الذي شاء ان يستعمل معول  
التهديم في بناء الطب الشرعى الذي شيده سلفه والذي يعتبر في مقدمة الاسس  
الاجتماعية التي يرتكز عليها بنيان العدالة ونشر لواها الخفاق  
على البلاد .







A.J.B. LIBRARY

A. U. B. LIBRARY

AMERICAN UNIVERSITY OF BEIRUT LIBRARIES



00490461

AUB Libraries