

AUB Libraries

RAR-104

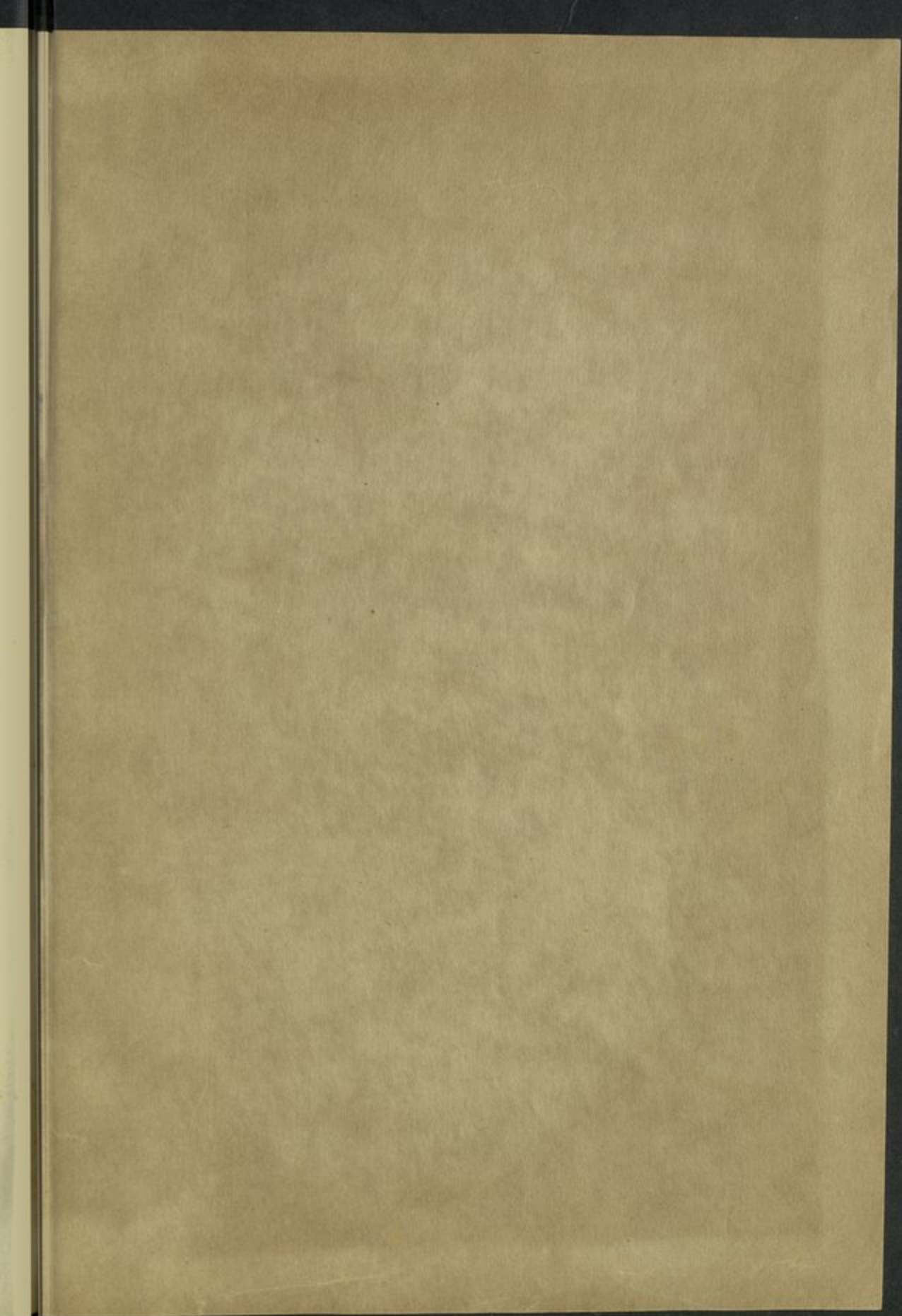
٧١

A.U.P. LIBRARY

AMERICAN  
UNIVERSITY OF  
BEIRUT



A.U.B. LIBRARY



CA  
614.1  
A883tA  
V.1  
c.1

# الطب الشرعي العملي

تأليف الطيب الكبيسي



كيماوي جمارك بيروت ، ورئيس اطباء مستشفيات الأمراض  
الأستانية للجيش الرابع العثماني في دمشق ، والطيب  
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 المبتدي بممارسة الطب الشرعي يكون معرضاً لصعوبات هجمة في تنظيم التقارير الطبيه الشرعيه الى درجة تتوق 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 يتجلى لنا ما لممارسة هذا الفن الجليل من التأثير على سير العدالة ، وعليه

فقد رأيت ان اصدر مؤلفاً في الطب الشرعي بالاستناد الى الوقائع العدلية التي تفتقر الى اراء الاطباء العدليين وشكل تدقيقها واسس استخراج النتائج وتنظيم التقارير الطبية العدلية ، نظراً لما شاهدهه اثناء ممارستي الطب الشرعي في الجمهورية السورية طيلة عشرة اعوام مكنتني من الاطلاع على اكثر من ستين الف واقعة ، وما عرض لي في خلالها من المصاعب الكثيرة التي اتمتحتها 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 اطمناناً راسخاً على صحة احكامهم ، ومن الله التوفيق

٢٠١٠ 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 وميخانيكات 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 المشبه بوقوع الاعتداء عليها وذلك بناء 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 ، لتتوير 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 الفنية 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 انصف بصفاء الهدؤ والتأني والمتانة والصبر والحلم والرقه والجرأة وسعة الخلق وعدم التأثر والمجابهة من الوجهة الاخلاقية ، وبالدرس والتنقيب والثبات من الوجهة العلمية.

### 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 المعطاة من قبل الأطباء الخبراء  
وبيان ملاحظاته بتفسير الآثار والنتيجة المستخرجة ؛ اذ كثيراً ما يكون  
التفسير ناقصاً او مخطئاً فيه مما تبديل 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 المتميزين لتدقيق التقارير المذكورة ،

وكذلك فانه عندما تكون هذه التقارير منظمة حسبها ذكر آنفاً يمكن تنفيذها 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 ٣١٦ 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 اراضي 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 فجائي 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 شفهاً ولكن يحتم ان يكون عبارات 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 الثنية التي يعهد فيها اليه ويستشارون كخبراء يخضعون عندئذ للقواعد المتعلقة بالكشوف الطبية .

مادة — ٧ : للسلطات القضائية او الشرطة اذ اقتضت الحال بلزوم ايضاً كشف مستمجل ان يطلبوا اطباء البلدية الموجودين وفقاً لقانون ١٢ جمادي الأول ١٢٨٧ او اي طبيب سوامم . 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 التعرقة الآتية :

عن عملية غير عملية التشريح ١٠٠ غرش سوري

= = ٢٠٠ = التشريح قبل الدفن

= = ٤٠٠ = التشريح بعد الدفن

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 متراً ذهاباً ومثله اياباً الأجرة التي تستوفي من

ركاب الدرجة الاولى اذا كان السفر بالسكة الحديدية وعشرة غروش اذا كان بغير الوسائط  
التقليية .

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 يسبرزوا  
تأييد لطلبهم شهادة من السلطات الادارية القضائية في المنطقة التي تؤيد سبب الاقامة  
الاضطرارية .

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

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

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

المادة — ١٧ : يجب ان ينظم في كل منطقة جدول بأسماء الاطباء الجديرين بأن  
يساعدوا الأطباء العدليين الموظفين في جميع الأحوال التي تستدعي استطلاع رأي الخبراء  
ولا يدخل في هذا الجدول أسماء الأطباء العدليين الموظفين ، ويعطى 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 بعداد 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 الفاحصه 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 السوري .

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

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 الذي 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 بينه من ان القاضى يستعمل حقاً من حقوق القضاء .

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

المادة - ١٠ : على الاطباء العدلين 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 الشرطه ان تطلب من الاطباء العدلين 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 العدلين جدول بأسماء الاطباء الجديرين بممارسة الطب الشرعي من موظفين وغير موظفين يطلق عليهم اسم خبراء في الطب العدلي ، فيارسون الطب الشرعي ضمن الشروط ونحت ذات المسؤولية المنصوص عليها بحق الاطباء العدلين ، وان التقارير التي ينظها هؤلاء الخبراء ترفع حالاً الى الطبيب

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

المادة - ١٣ : ان عدم رفع التقرير الى الطبيب العدي من قبل الطبيب الحخير او الى السلطات القضائية من قبل الطبيب العدي 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 بكاراة ليرة سورية نهائياً وليرة ونصف سورية ليلاً ويتقاضون عن عمليات فتح الميت نفس الأجرور المنصوص عنها بالمادة (١٥)



المادة - ١٧ : وفي حال ذهاب الطبيب العدلي الي الكشوف 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 التقدي .

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 سورتين .

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 المحكمة فاليمين التي اقسوها كما جاء اعلاه لاتعفيهم من اليمين المفروض اداؤها على الشهود .

## القسم الاول

# الاعتداء على الصحة او الحياة

### الفصل الاول . معلومات عامه

اجل 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 تعد يقع على الصحة او الحياة من فعل جنائي او عارضى وعلى كل ما ينتج عنها من الآفات الخارجية او الداخليه . فعليه تم لفظة الجروح كافة الآفات الداخليه والخارجيه حتى الامراض في اصطلاح الطب العدلي

ان الاحكام القانونية في الجروح كما في غيرها من الاعتداءات تختلف حسب شخصية الجراح وكيفية ايقاع الجرح وماهيته ، وان الشق الهام في الطب العدلي هو « ماهية الجروح » ، ولشخصية الجراح اهمية بتعيين الاهلية الجزائية ، اذ يشترط لتحديد المسؤولية الجزائية ان يكون الفاعل بلغ السن المحدد في القانون وان يكون حائراً على تمام ملكاته العقلية . كما هو محدد في المادتين ٤٠ و ٤١ من قانون الجزاء وهذا نصهما :

المادة - ٤٠ : من لم يكن حين ارتكاب الجريمة قد اتم الثالثة عشرة من عمره يعد محروماً من القوة المعيزة 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 ولهم 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 جزأ 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 التقديرية 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 كيفية ايقاعها اما ان تشكل جرماً يستلزم الجزاء او لا تشكل اي لاعتد جرمًا .

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 والسكن والعرض والذي لم يصل الى درجة الاجبار لاستعمال وسائل المدافعة المشروعة.

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

١ — 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 او لا 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 لاوصاف 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 تشفي في مدة عشرة ايام او اقل عن غيرها ، اذ في مثل هذه الوقائع توقف 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 العدلية تحرير اوصاف الجروح ومواقعها والمدة التي تستغرق لشفائها او المدة التي يتعطل من جراء ذلك فيها عن عمله . وما عدا ذلك يقتضي 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 امانة 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 يجزى بالأعدام .  
 المادة — ١٧١ : الحكم القانوني 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 بحسبكم الوظيفة ، ثانياً اذا وقع مع اجراء التمثيل

والتعذيب او وقع على اكثر من شخص واحد فيوضع الفاعل في الكورك مؤبداً .  
 اذا وقع فعل القتل تهيئة او تسهيلاً او اجراءً لجرم آخر او توثقاً من فرار الفاعل  
 الأصلي 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 بألة 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 فعضله 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 امراضاً 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

لاقل 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 بآلة لانفسي تلف النفس فالكورك ايضاً لا اقل من عشرة سنوات ؛ واذا كان ماادي الي موت المضرروب من الضرب والجرح بآلة لانفسي 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 دعوى ضرب وجرح من هذا القبيل يسقط دعوى الحقوق العمومية بها (هكذا عدل في ٩ رمضان سنة ٣٣١ و ٣٠ تموز سنة ٣٢٩) .

المادة — ١٨٢ اذا قتل واحد شخصاً آخر خطأ او 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 تقضي 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 واضع

القانون على الاطباء وعظم المسؤوليات الملقاة على عاتقهم ، وان يعنى 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 المدد في 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 الى الوقائع الجرحية ومهنة الجريح (١) حتى اذا كانت الآفة الجرحية في ناحية لا تمنعه عن عمله فيعمل بموجبها على ان تذكر مدة الشفاء بالضبط ليطالب الجريح بمصاريفه الدوائية : 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 مدى المرض والمطلبة عن العمل ، لذلك يجب على الطبيب تعيين مدة العطلة . ولا عرة 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 الطيب 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  
 الطيب 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 يقتضي تفريق هذه النقاط ، لان الاحكام الجزائية تختلف في تعيين العقوبات بنسبة تعيين اشكال الكسر ونوعيه ؛ ويوجد في هذا الصدد قضية صعبة الحل وهي : كسر الجمجمة (الرأس) ، اذ من المعلوم ان قبة الجمجمة تتركب من ستة عظام : العظم الجبهي ، العظام الجداريان ؛ العظم القفوي ، العظام الصدغيان ، ملتصق

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

ان هذه المسألة هي من المعضلات 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 عد 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 بالأشوري الجملة العصبية المركزية ، بل ان تأثيرها يكون بالواسطة وهو يبدأ ويزداد بنسبة وسع الضياع الذي يطرأ على المحفظة وبهذه النسبة تناقص

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 اي 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 ايضاً 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 شفى العضو تماماً لان الكسر شيء والتعطيل عن العمل شيء آخر .

(٢) ان قراري محكمة التمييز العثمانيه المؤرخ سا ٢٦ نيسان سنة ٣٠٢ و سا ١ حزيران سنة ٣٢٧ يشترطان في تعطيل الاصبع ان يمنع صاحبها مباشرة صنعته ولكنها قالت بعد ذلك في قرارها المؤرخ سا 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 للزيادة .

## 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 الكلىة او الخناق ؛ 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 بأن 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 مقرر 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 مضطراً لاسداء نصحي الي زملائي الاطباء بأن لا  
 يجازفوا بهذه التعابير عند تحريرهم التقارير الطبية السريعة وان يتقيدوا  
 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 اتفق 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 منحصراً بسوء النظر فقط ولكن كثيراً ما يكون  
 مورثاً او ملازماً لحالات مرضية او تناقص وظائف الاعضاء، فجرح في الحد

او الحبة 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 السمي حسب جسمته . واذكر طبيباً اجري عمليه جراحيه في الناحيه الكفيه لاختلاط نكفي حاصل من سير الحمى الشبه تيفوئديه بصورة مغايرة للفن الجراحي . اذ قطع العصب الوجهي فسبب فليج ملتقي الشفتين من الجهة 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 الحكام الى التمسك  
 بالحدود الاصغرية ؛ وهذا لا يتفق مع اساس الغايه 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 الباحث الآتيه :

- ١ - الجروح ( بمعناه الطبي الجراحي )
- ٢ - العوارض الحاصلة من الكهرباء
- ٣ - العوارض الحاصلة من الحرارة المرتفعة او الدانيه جداً
- ٤ - الموت المتولد من الحموض (Inanition)
- ٥ - الأختناقات الميخانيكيه
- ٦ - التسممات

## 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 المتولده من الانفلاقت

### 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 فصلته) كاللوس العادي ، وموس الحلاقه ، والقطع الزجاجيه وتسمى بالآلات القاطعة الخفيفة او الخاصة ؛ ومنها ما يؤثر بشفرته وثقله كالسيف والناص... الخ ، فتكون تأثيراتها على العضويه قاطعة ورضيه ولذلك قد سمي هذا النوع بالآلات القاطعة الرضية .

### أ - الجروح بالآلات القاطعة الخفيفه او الخاصه

ان هذه الجروح تكون من منشأ : جنائى ، 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 الآله القاطعة وتكون متلمه لما يكون الحد غير قاطع او غير مشحذ واذا تحركت الآله القاطعه مرات متعددة في نفس الجرح يحصل في اطرافه بروز بعدد 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 منظرة الجرح الجسائيه ( برو فيل ) عندما يكون الضرب عمودياً ، تكون مثلثة الشكل فاعدته سطحيه وذروته بعمق الانسجه ، وان عمق الجرح يختلف حسب قاطعية صفيحة الآلة القاطعة والقوة التي تحويها هذه الآلة او مقاومة الاقسام المنقسمة بالآلة القاطعة . ان الجروح بالآلة القاطعة لا تفتح الاجواف البدنيه غير انها تنفذ الى انفصل واذا صادفت الآلة القاطعة العظام توقفت ، فلذلك لا يمكن للآلات القاطعة ان تنفذ الى اعماق بعيدة الابنواحي البدن التي توجد فيها الاقسام ارضوخه او الشبيهة بالرخوة ، كالعنق . ان اعماق الجروح عموماً ، تكون في الاقسام المتوسطة اكثر مما في نهايتها ويتعين مبدأ الجرح بوضوح الجرح وعمقه وتعرف نهايته بسطحية قطع الانسجة ووجود ذنب .

وعرض الجرحه اي تباعد حافتها يختلف حسب استقامة الضرب وناحية الجرح ، ويبلغ هذا العرض اعظمه عندما يكون الضرب عمودياً في الالياف الجلديه ، والعرض يكون قليلاً في جروح اركبه والرفق ( بطرف الانبساط ) وراحة اليد ... الخ  
واما درجة وخامة الجروح القاطعة فهي تختلف حسب عمق الجروح والافات العضوية التي تحدثها ، فعندما تكون سطحية تشفى بسرعة وعندما تكون عميقة يحتمل ان تكون مميته بحصول التزيف الغزير او بفتح احد الاعضاء الهامه ( الخنجره ، شريان الشزن ) او بحصول اختلاطات أخرى ( تنانة ) .

ان تشخيص الجروح القاطعه هو سهل جداً ، غير ان الجروح ارضيه بالناحافات التحقيه 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 الجرحه بتدقيق مبدأها ونهايتها وروز اطرافها . ولما تصادف الآلة القاطعة التواءً جلدياً يحتمل ان تحدث جرحه زاويوه او بشكل منشاري ( Zigzag ) ، واذا صادفت التوائين جلديين تحدث جرحيتين متفرقتين دون ان تمس الأتوات 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 ، فقطع 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 ، الحنجر وامثالها من ذوات شفرة او شفرتين من الآلات الواخذة والقاطعة .
  - ٣ - المرء وسيف التعليم (ريح) 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 أثراً خفيفاً ، دالاً على تأثيرها ، واذا كانت الآلة ذات قطر اكبر حجماً

تحدث تفرق اتصال بالالياف الجلدية اكثر عرضاً ، وتشكل جريحتان 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 جسامه من محور مستعرض الآلة التي احدثت الجرح وبالعكس فان الآلات الكثيفه تحدث فوهات جلدية اقل جسامه 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 تسبق الزوايا منفرجة ، والحلاصة من السهل جداً رؤية تمديد تأثير المخرز بتفريق الألياف الجلدية .

وتبين لفيلهوس ايضاً ان استقامة الجريحتان 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 والكف تكون من الاعلى الى الاسفل ، وفي الصدر تكون الجروح باستقامة متوازية لاستقامة الأضلاع او المسافات التي هي بين الأضلاع او تقارب للوضعية بنسبة قريبها الى القسم الامامي والسفلى من الابط ، وفي جهة الجدار الامامي للبطن تكون الجروح منحرفة ومطابقة لاستقامة الالياف العضلية ،



وفي قسم متوسط البطن تكون بأستقامة عرضية ، وفي الأطراف تكون الجروح متوازية المحور . وقد استخرج فيلهوس من التجارب السالفة الذكر النتائج 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 الي النتائج المذكورة آنفاً وما عدا ذلك اثبت تبدل شكل الفرجة بشكل مثلث او بشكل رأس السهم عندما تلتقي الآلة الواخذه ذات الساحة 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 الي الشفرة التي تقطع الانسجة والتأثير القاطع يمتاز على التأثير الواخذ . وقد اثبت ذلك هو فنان برسمه خطأ على جسد الميت ووضع ذروة الموس على الحظ ، على ان الشفرة تشكل زاوية حادة مع الحظ واستقامة حدها القاطع يتوجه الي يمين او يسار الحظ ، فعندما ينفذ الموس الي الجلد يحصل جرح على الحظ الذي يكون بأستقامة الزاوية الحادة المتشكلة مع الحد القاطع لا على الحظ 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 عروة ، نهاياتها متحدة بزواوية 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 صغير 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 صغير يشكل زاوية مع الخط الجرحي الاساسي ، فهذا الخط الجرحي الصغير يدل على تبديل استقامة الآلة الجارحة حين جذبها وبما ان قطع الجلد يكون بأستقامة الحد القاطع فهذا الحد يحدث ضلع 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 مثلثة الشكل غير حادة الذروة ، وحينما يكون الضرب بشقي المقص تحصل جريحة مضاعفة متاظرة (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 ، متاظرة الحافات ، ونهاياتها تحد بزاوية حادة . ان طول الجروح التي تحصل بالآلات الواخذه والقاطعة تعادل المساحة التي تنحصر بين نقطة نفوذ الآلة الي الجلد وتوقفها ، ولكن اذا كانت الآلة قاطعة شديداً ، فنقطع اليافاً اكثر من امتدادها ، عند دخولها او حين خروجها ، فيكون طول الجرح اكثر من عرضه بنقطة نفوذها . وعندما تكون غير قاطعة تؤثر كآلة الواخذه ونفذ بتفريق الالياف الجلدية فيكون الجرح صغيراً .

ج — جروح الآلات الواخذه ذات الذروة المشحذه والاضلاع المجسمة : 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 مثلثة كانت

او مربعة ، فتحصل جريحة نجمية وتكون اشعتها بعدد الاضلاع ، وعندما تكون الاضلاع غير قاطعه ، بينا الذروة تفرق الالياف الجلديه ، فلاضلاع لايمكن ان تقطع الالياف ايضاً بل تفرقها ميكانيكياً وتحدث جريحة مخروطية 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 مقاومة الانسجه التي تصادفها ، بأن تكون لينه او من العظام . ففي الانسجه الرخوة 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 بأستقامة زاوية ، مما يدل على ميل الشفرة القاطعة عند خروج الآلة ، وهذه الاستقامة ازواوية تظهر واضحة جداً في بعض الاعضاء كالقلب والكبد والكليته .

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

ان الآلات ذات الاضلاع الحادة تحدث جروحاً ضيقة ذات اشعة بعدد الاضلاع . كما ان الآلات الواخذه والمخروطية او الاسطوانية المخروطية تفرق الالياف في الاعضاء ، ذات النسيج اللينى ( الصفاقات ، الاعشيه المصلية والاعشيه المخاطيه ) كما هو الحال في الجلد ، وتكون استقامة الجريحة تابعة لاستقامة تفرق الالياف المذكوره ولهذا فانه عندما تكون الجروح بهذه الآلات نافذه الى طبقات متعدده من العضويه تكون الفرج ( الجروح ) التي تحصل في هذه الطبقات بعضها فوق بعض ، ولا تكون بأستقامة واحدة بل تختلف حسب استقامة تفرق الالياف الحاصله في انسجه تلك الطبقات واكثر منها في العضو نفسه ، عندما يكون جداره متشكلاً من طبقات متعدده وتكون

بأستقامات مختلفة ويكون نفس الجرح الواحد الحاصل بالآلات الواخذه المخروطية او  
المخروطية الاسطوانية شاملاً لكل طبقة من الطبقات بأستقامات مختلفة ، كما يحصل بالمعدة ،  
فالقميص البريطاني يتمزق بصورة متوازية لحدبات المعدة ، والقميص العضلي يكون ولوج  
الآلة فيه مستعرضاً ، والولوج في الغشاء المخاطي بأستقامة ثالثة ، وفي العظام غير اللستيكية  
يكون الجرح مطابقاً تماماً لمقطع الآلة المستعرض ويشاهد ذلك جلياً في القحف ،  
فيوحده فرجة عظمية متطاولة 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 العظمي 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 الداخلية دون  
ان تخرج منها وتارةً يكون المسير ذا فواهتين (دخول وخروج) ، وذلك حينما تنفذ الآلة  
في احد الاعضاء من طرف الى آخر وطوراً يوجد في المسير ثلاث فوهات اثنتان دخوليتان  
والثالثة خروجية ، ويشاهد ذلك عندما تنفذ الآلة في الثدي من طرف الى آخر وتنفذ الى  
جوف الصدر . وفي بعض الاحيان يكون المسير منعكساً اي بشكل خط منكسر وهذا يحصل  
عندما تصادف الآلة في مسيرها عضواً متحركاً . ان عمق الجرح يختلف طبعاً حسب طول  
الآلة و احياناً يكون العمق اكثر من طولها وذلك في سطح البدن كالبلطن ، لانه قابل  
الانخفاض فاذا ضرب بالآلة بقوة فانها تحفض جداره وتنفذ الى عمق يزيد طوله بنسبة  
درجة انخفاض هذا الجدار .

### ٣ — تشخيص الجريح والآلة الجارحة

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

ويجب العلم بأنه يمكن حصول جرح خطي او فرجه على السواء من موس ذي حد واحد  
او حدين ، او من آلة واخذه مخروطية او اسطوانية مخروطية ، 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 آله واخذه وقاطعه بدلت استقامتها حين خروجها من البدن وذروة الزاويه تدل على توجيه استقامة الحد القاطع . كما ان الجروح التي تشاهد بأستقامات مختلفه في الطبقات المختلفه من البدن او في احد الاعضاء مما يدل على انها حاصله من آله واخذه مخروطيه او اسطوانيه مخروطيه ، في حين ان الآلات الراخذه والقاطعة ، تكون قاطعه اكثر منها واخذه وتحديث جروحاً متساوية في كل طبقة من طبقات البدن . ويكون عمق الجروح مطابقاً للقسم النافذ من الآله ، غير انه في الاقسام اللينه يمكن ان يتجاوز هذا الحد وان عرض الجروح لا يطابق المقطع المستعرض للآله الجارحه كما يتنا ذلك انفصلاً .

### الجروح الناريه [ او الجروح بالآلات الناريه ]

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

### تأثير الاسلحة الناريه العامه

ان الاسلحة الناريه تؤثر على العضويه بموامل متعدده ، وهذه العوامل تكون منفرده او مجتمعه واعمها المرمي وعلى الاكثر يكون هو المؤثر وحده ، وان هذه العوامل هي البارود ، الحشو والمرمي .

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

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

ذات حجم وشكل مختلفين . وبالنظر الى عدد هذه الحبوب فانه يوجد منها ثلاثة انواع : عادي ، قوي وقوي جداً . ومن هذه المواد ملح البارود هو العنصر المحرق ، واما الكبريت والفحم فهما من العناصر المحرقة والقابله 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 ، ولذا كان بفرغ مغلق ومحكم يشتعل بسرعة ويحدث الانفجار .

بارود البروكسيلة : 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 ، والشعله والحبوب المشتعله واسود الدخان Noire de fumée . ولكن تأثير هذه العوامل لا يظهر الا بمسافه قصيره وضمن شرائط معينه .

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، الحاليه من المرميات. وان التخريبات التي تحصل منها، هي متناسبه مع رمية البارود وقوة السلاح واستقامة الطلق؛ ويظن ان التأثير ينحصر بالاستقامة العمودية؛ وللمقاومة الجديده تأثير كبير في حصول التخريبات (التمزيق)، فعندما يكون الجلد غير مستند على سطح عظمي، ينخفض بسهولة لينجو من تأثير الطلق، فلا يتمزق الجلد بل يصبح اسود بامتداد ساحه يختلف وسعها قليلاً أو كثيراً، وعندما يصادف الطلق الجلد المرتكز على سطح عظمي يتمزق الجلد وتمزق الاقسام الرخوة وكثيراً ما تكسر 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 مشاعده مفيدة جداً وهي :

اطلق شخص طلقاً نارياً خالياً من الرصاص، وهو عبارة عن بارود فقط، على الناحيه القليه، فبمس الجلد بشكل بارشه، من ( اي الورق الذي لا يتمزق ) فلم يحدث جرحاً ما، غير ان الغضاريف الضلعيه كسرت وتمزقت بطينيات القلب. ان تأثير الغازات الانفجاريه بالطلقات الناريه مع الحُرطوش ليس بضعيف، اذ تحصل من هذا التأثير الثقبوب المعدنيه التي سنبحت عنها فيما بعد والتي تحدث تناثر الحدود والوجه والقحف عندما يكون الطلق اتجاراً بالآلات الناريه الحربيه القويه او المخصوصه للصيد اذا كان الطلق موجهاً الى داخل الفم او على الرأس فيما اذا كانت المسافه قريبه جداً.

الشعلة : لما يحترق البارود داخل الآلة الناريه تخرج شعلة من فوهة نصله الآلة الناريه بشكل مخروطي، طوله جزئي . . واستنتج « شارنشتاين » تجاربه بالاسلحة الناريه القديمه ان هذ الطول معادل لطول النصله على التقريب ولكن يكون بالاسلحة الناريه الحديثه اقصر من النصله فلهذا لا تؤثر الشعلة في السدسات الا من مسافه قريبه جداً. ان تأثير الشعلة على الجلد والشعر والثياب خفيف، غير انها تسبب احياناً حرقات واسعه وتارة حريقاً ولكن في مثل هذه الوقائع يصعب جداً تمييز تأثير الشعلة عن تأثير حشو (دكة) الآلة الناريه .

حبوب البارود : ان حبوب البارود غير المحترقة تخرج من فوهة نضلة الآلة النارية بشكل مخروطي ، وبما انها لا تتناز مسافة طويلة 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 نضلة الآلة النارية عن الجسد ، فكلما بعدت هذه المسافة يكون القطر اوسع ، واذا كانت الاستقامة منحرفة 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 وسدراء 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 القديمة (التي تكون الدكك فيها جسيمه) اكثر منها بالآلات النارية الحديثه (التي تكون الدكك 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 حصر التحقيقات كثيراً وقد شوهد ايضاً ولكن من النواذر احتراق الثياب والاشياء المجاوره للصاب بتأثير الحشو المحترق وفي هذه الوقائع يشترك مع تأثير الحشو تأثير شمعة غازات البارود وهذا امر طبيعي .

١ - مشاهدة ( لافورث لاويت ) ، اندحر 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 ، فسوهدت المنشفه الموضوعه امامها محروقة من اشتعال البارود الموضوع في حوضه 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 مشاهداتي : 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 الكبده 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 ومحدب الشكل ومجوف ( évidee ) القاعده .

ان الرصاص القديم معمول من الرصاص الطبيعى ، واما الحديث فهو مصنوع من معدن كبرصاص بندقية (له بدل) او الرصاص اللين او الصلب الا انه مصفح تصفيحاً تاماً او غير تام بمعدن مايلهمور او نحاس او نيكال ويسمى بالرصاص المصفح وما ذلك الا لمنع تبديل 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، ٧ 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 البيروكسيلة 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) للآلة 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 انقلابيه تجعل اصابته ممكنه سواء بقاعدته او بجانبه لا بذروته ان العنصر الاساسي في تأثير المرمي هي قوة ازنده ( القوة الدافعة الدائمة ) ، فانها تعادل نصف ما يحصل من ضرب الكتلته بمربع السرعة  $\frac{1}{2} k v^2$  ، 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 غراما 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 المرمى حينما يصادف الجسد البشري في سيره ينفذ فيه ويخرج منه دون ان يمكث او يتبدل شكله ، او يظل في البدن فيتبدل شكله او لا يتبدل .

ان قوة المرمى 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 موضوعة على خط مسيرها عن بعد عدة مئات من المترات ويشاهد ايضاً بمرمي السدسات الحديثة المصفح والمحتوي على بارود بيروكسيله بنسبة نقل عن الاولى بسبب تناقص قوة الزنده فيها .

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

ان تغير شكل المرمى 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 الاساسيه بالرامي هي الجرش (المرس) ، الانعطاف ، والاتواء ، والانقسام الى قطعتين او اكثر بالرامي الاسطوانيه المخروطيه وتتسطح الذروة وتلتوي القاعدة .

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

ان تجزؤ الحُرطوشه يحول المرمى الى مرامي متعددة تضاف تأثيراتها الي بعضها فتزيد عاهات الجريحة المهلكة .

للمرمي تأثير هام بالواسطة على العضويه (ماعدا 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 ( بالساء 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 كالدماغ ، وقد شوهد ذلك بطلاقات الاسلحة الحربية على الجمجمة كما يحدث بتأثير المواد المتفرقة .

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

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

ان العيارات النارية المصفح والمستملة بالاسلحة الحديثة مع بارود البيروكسيله تنفذ من العضويه بسهولة دون ان تتغير اشكالها وان العيارات النارية من الرصاص العاري والمستملة بالاسلحة العاديه مع البارود الاسود تتوقف في العضويه وتتغير اشكالها بسهولة ولذلك فان التخريبات التي تحصل بهذه العيارات الاخيره ، ان لم تكن اعظم ، فهي اكثر وخامة من عيارات الاسلحة النارية الكمامه وذلك بسبب عدم انتظامها .

الخرق : ان الخردق يخرج من فوهة البندقيه كتلة متممة ويتفرق بشكل مخروط متباعد ، ويتناقص هذا التباعد ببعض اسلحة Choke - Bored شوكة بورهه .

فحين خروج الخردق من فوهة البندقيه 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 وسنبعث بالتوالي عن الجروح :

أ — الجروح التي تحصل من الاسلحة النارية المحشوة بالرمي

٢ —	=	=	=	=	بارصاص
٣ —	=	=	=	=	بدون رمي

### 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 والرامي لا يتلف مع تأثيرات الاسلحة النارية للبارود والرامي الحديثه ، فضلا عن ذلك فان هذه التأثيرات تختلف باختلاف انواع البارود والرامي والاسلحة النارية .

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

فيجب مطالعة المباحث الآتية بجروح الاسلحة النارية المحشوة بالرمي :

١ — فوهة الدخول

٢ — مسير الرمي داخل الاعضاء

٣ — فوهة الخروج ( في حالة وجودها )

٤ — الاسهال الطيبة العدلية

### فوهة الدخول

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

لاشاهد له فوهة دخول . وقد شوهد ويشاهد ذلك بالاسلحة النارية القديمة عندما تكون فوهة السلاح ملاصقة ، بلا حائل وبصورة محكمة ، الى سطح الجلد ، فنسقط حينئذ قوة الرمي بسبب توقفه من تأثير العمود الغازي الكائن داخل النصله وبتضييقه فيما بين الخرطوشه والجلد واحياناً قد يصطدم الرمي 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 الرمي 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 الرمي وحمولة السلاح (حشوه) ، عندما يطلق الرمي الاسطوانى المخروطي الصغير من مسافة بعيدة ، يحدث احياناً جرحاً خطياً يشابه جرح الآلة الواخذه او الواخذه القاطعة ، فالانتباس يكون لاول وهلة قوياً ، بنسبة بعد مسافة الطلق وفقدان العلامات المميزة للبارود حول الجرح ، فتأثير الرمي 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 ونجمي ، 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 العظمي المقاوم الذي يكون حائلاً دون اتساع انتشارها ، فيتمزق الجلد المحاذي للفوهة التي هي تحت تضييق الغازات المذكورة .

اتساع فوهة الدخول بالنسبة الى المرمي

ان اتساع فوهة الدخول تختلف بحسب مسافة الطلق والرمي ويقول تورد : ان فوهات

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

١ — ان المرمى الاسطوانى المخروطى فى الاسلحة الحديثة يحدث (على العموم) من مسافة بعيدة فوهة دخولية ذات قطر أصغر من قطر المرمى وفى الواقع فان المرمى يخفض الجلد بشكل اصعب القفاز وتنقب ذروتها الجلد . وتجارب بوش Busch وقيامه بطلاقات عديدة ببندقية (شاسبو) على الواح مطاطية (كاوجوكيه) شوهده حصول فوهات دخول عديدة يبلغ قطر الواحدة منها ثلث قطر المرمى . فلاجل تقدير قطر المرمى يجب ضم مساحة الدائرة التى لامسها المرمى ، المحيطة بفوهة الدخول على قطر فوهته .

ولكن عندما يكون الطلق من مسافة قريبه تكون فوهة الدخول واسعة وقطرها يزيد عن قطر المرمى وهذه النسبة (اي ازدياد اتساع فوهة الدخول عن قطر المرمى) تزايد بنسبة قرب مسافة الطلق ، وازدياد قوة (الحشو) اعنى بنسبة ما يكون القطر كبيراً فان فوهة الدخول تكون اوسع . وفى 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 المرمى النارى 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 الذى 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 تخفيفه 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 بالظلمات 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 بمحيطة السطحي ، وتتكون هذه العلامات من :

١ — الاحتراق الحاصل من الشعلة

٢ — ( انكروستايون Incrustation ) ترصع حبوب البارود غير المحترقة

٣ — ترصع اسود الدخان

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

وهذا الاحتراق يتعين فوق الاجساد الميتة بأيجاده منقطه يابسه (بارشه 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 Frisè بصورة غير طبيعية ومستورة بقطيعات خميه وبقايع هوائيه ، وتحترق الثياب الكأنه في هذه المنطقه احتراقاً قليلاً او كثيراً .

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



مقاربه المركز من الفوهة الجلديه ويقدر ماتكون مسافة الطلق قصيره يكون قطر هذه المنطقه صغيراً وحبوب الترصع متراسه ومجتمعة والعكس بالعكس .  
ومنطقه الترصع هذه تفقد بالطلقات المنحرفه شكلها المستدير ، فتصبح نصف هالاليه او بيضيه ،  
ويترصع معظمها امام فوهة الدخول اي فيما بين نصله 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 صغيره .

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 وتكون بالبارود الاسود اكثر منه بالبارود  
البيروكسيه ، وهي بشكل غير منتظم وتكون احياناً متموجه تزال بالفسل .

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

٢ — ان معر او مسير المرامي : يتكون من مسير المرمي داخل الانسجة ، فيضم على  
تأثير المرمي احياناً تأثير مايجره من اقسام العضوية والقلع العظمية 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 يتماسه مع الجسد بحيث لا يشاهد  
مسير للمرمي ، كما انه لا يمكن 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 . كما ان المسير يكون احياناً مستقيماً ،  
 فبني 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 الحوازل المانعه (كالعظام)  
 البتة . لكن ، يكون ذلك على الاخص بالاسلحة القديمة الصغيرة القطر والمسدسات  
 العاديه 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 مرتداً الى الجهة التي جاء منها ليتخذ منعزلاً او مسيراً جديداً بشكل زاويه مع  
 الاستقامة الاوليه ، كما يحدث بالقحف لما يتقرب من جدرانه بالرمي الناري الذي ينفذ الى  
 الجدار فيصطدم به وينشأ منه مرتداً 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 «همن» :

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 بامتداد 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 المسير 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 بامتداد

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

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

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

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

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

وقد سبق لنا ذكر التضيق وحصوله بتأثير بندقيات الحرب حتى المسدسات الكبيرة وتسببه لتأثير Fracassement وتطير Eclatement الجمجمة .

ولكن تأثير التضيق المائي يكون بالمسدسات البسيطة بسيطاً جداً ، كانكسار الجمجمة المشاهد خارجاً عن مسير المرمي ، 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 النفذ المسدود ، وسط محراق نزي ، ويشاهد على الاكثر تحت الجلد ، الذي يرتفع سطحه ، وتحت محراق كسر عظمي غير كامل في الجمجمة فيفرق قطع الكسر عنها . الخ ولما يصادف الرمي عظماً او يخترقه يبدل شكله بصور عديدة ، قل حصولها بالمرامي 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 المخوفة ( الامعاء ، الطرق التنفسية ، القنوات القلبية ) وان يسير داخلها الى مسافات بعيدة ... الخ وفي هذه الصور يمكنه الوصول اليه لكنه بعيد جداً عن النقطة المشتبه بكونها غاية مسيره .

ويجب على الطبيب العدلي ان لا يغرب عن باله ان كشف واستخراج الرمي يؤلف عنصراً هاماً عظيماً في التحقيقات العدليه ويكون الاساس المتبين 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 شكله على الاكثر عندما يحدثها .

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

وبالمرامي المنغبره الاشكال ، تكون فوهة الجروح بأشكال غير منتظمه مختلفه ومتنوعه . اسئلة طبيه عدليه — سنقد المسافه واستقامة الطلق بهذا البحث ، لاننا سنفند جميع ماله مساساً بتشخيص القتل والاتجار على حده بمبحث خاص وان تشخيص المسافه والاستقامة مبين على ما سرد آنفاً 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 كتطائر 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

(واضح جداً بالاسلحة النارية القصيرة) تحصل من التأثير الداخلي وبالاحرى تحت الجلد للمحصولات الانفجارية (غاز ، شعلة) والبقايا غير المحترقة من البارود التي تفذت 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 جبوب 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 الجبوب 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 المرمية (الدكة) في بعض الاحيان .

فالدستور النظري للطلق بالناس بالاسلحة القصيرة يمكن تأسيسه كما يأتي : لا يوجد شيء قطعاً حول فوهة الدخول خارجاً فكل 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 ، ترصع ، 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 المجتمعة والمتكاثفة .

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 الانتباهية ؛ هذا وان الوشم يشكل منطقة واسعة ، وتشاهد فيها حبوب البارود بصورة نادرة ومنتشرة 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 بالتياب .

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

الذي يحدث فوهة دخول مع شريطها الرضى بدون زيادة .

ان الاصطلاحات الطبية العدلية بشأن المسافات والاحرى 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 حبوب البارود . فمن المحقق ان وضعيات النصلة المختلفة تطابق شكل الوشم بصفة خاصة . لكن هذا التكون الذي يعين مسافة الطلق لا يمكن تصويره بدهاءة وفقاً للمعلومات النظرية والعمومية المبينة آنفاً .

وفي الواقع ان هذا التشكل هو تابع لجنس السلاح والمرمي والمسافة الحقيقية . وان سلاحين ناريين قصيرين يحددان بمسافة واحدة وشمماً مابيناً 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 اضرورب 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 الايضاحات 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 تدرز عنه بالطلق من مسافة ٥٠ سانتراً ( 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 يمكننا التثبت والجزم بتقدير مسافة الطلق .

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

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

وبالطلق الموجه بوضعية عمودية يتكون وشم حبوب البارود بشكل مستدير وتكون فوهة الدخول 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 منتهياً 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 المرمي يتبدل الشكل بمسيره او الجار بعض كسارات عظيمة تكون اكبر قطراً و اقل انتظاماً من فوهة الدخول لكن هذا الوصف المميز هو غير ثابت ، و احياناً غير مطابق ؛ لان المرمي لا يتبدل شكله حتماً 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 دخوله و خروجه 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 لمخرج منحرفة الى الخارج ، وهذا الوصف هو نظري اكثر منه حقيقي ،  
ت — وضعية شريط التريض : ان شريط التريض بهيشاته المختلفة الموصوفة فيما سبق ، يفقد نادراً فوهات الدخول بالطلقات من مسافات بعيدة ، ولا يشاهد بفوهات الخروج قطعاً ، و عليه فان شاهذته في احدى الفوهتين و عدم وجوده في الأخرى تعين الاشخاص .

وما عدا الفوهات الجلدية يوجد علاماً 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 المرمي حين مروره في العظام المسطحه (ذات الصفحتين الداخليه و الحواجيه) 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 المرمي بسلك العظام المسطحه يأخذ شكلاً مخروطياً يتسع تدريجياً لتساعدته حسب استقامة المرمي . فعليه و لاجل تعيين استقامة مسير المرمي 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 اقتلعتها من  
 العظم الذي مرّ به ويتركها بعد ذلك داخل الانسجة ، فاكتشاف هذه الشظايا بمسير  
 الرمي تنبئا 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 بضباط  
 المدفعية اصحاب الاختصاص بفن الاسلحة ، فعليه 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 بنديقيات 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 جسيمة يميزه  
 كتفتيت الاقسام الرخوة ، وانفجار الجمجمة ... الخ . وان حبوب الرصاص التي تنتشر  
 داخل الجرح او حوله تساعد على تعيين التشخيص ، واذا كان الطلق من مسافة بعيدة  
 فان حبوب الرصاص تنتشر وتصيب جسم المصاب بها متفرقة بنسبة مساحة اتساعها ، ويزداد  
 اتساعها بازيداد مسافة الطلق ، وكل حبة من الرصاص تؤثر كرمي مستقل ، فالآلات  
 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

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

ان الرض الفاعل يحصل من الضرب بالآلات الراضه وبسقوط الاجسام الراضه على الرضيض وبمرور الكتل 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 كتلة 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 بصمته «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 : جنائي او اتجار او عرضي ، 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 والحلج ؛ ٦ - قلع وتفتيت 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 (تتخصر 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 ويتشكل 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 الرضاة التي حصل منها واظهار 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 وبالفخذين بوقائع التصدي للعقاف . وان مخالب الحيوانات تظهر بشكل خطوط صلبه (بارشه مينه) متوازيه ومجتمعة بفواصل ثابتة .

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

ان المفتاح وما يماثله من الاثايب 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) فنكون 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 تيس دون ان يكون هنالك سحج وان التضيق في بعض الاقسام من الاجساد الميتة يكفي لظرد المسابع من تلك الاقسام المضغوط عليها وحصول تيس الادمه .

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

كان هذا الجوف حاصلًا بالنسج الحجروي التحت الجلدي فيطلق عليه اسم «حذبة 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 يتحتر هنالك وينضم اليها . هذا وان الكدمات تبدو اما منفردة لوحدها او مرافقة لغيرها من الآفات السطحية والخفيفة ( كالسحج الذي يحصل فوق الكدمات ) او العميقة ورافقتها ايضاً جروح رضيه محاطة بمنطقة زرقية 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 الزرف 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 حذبة دموية . وفي بادى الامر يكون لون الجلد احمر كالبيا او احمر اسمرًا ، ويبدو راصحاً بنسبة ما يكون الانصباب الدموي قريباً من السطح الخارجى ، ومن ثم فان الكدمة 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 كثافة من مركزها ، ويبدأ تحول اللون دائماً من محيطها .

وبالطبقات المتحممة (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 ، المتحتر والندج بشبكات الانسجة ، كما ان الكدمة في الاجساد الميتة تتحول بحسب تأثير التفسخ . فالدم المتحتر يجمع وان الكدمة توسع الانسجة المجاورة بطريق الترشح ويتلاشى لونها الى ان

زول تماماً .

د - ان سعة وشدة الكدمة تابع لعوامل متعددة :

الشدة المستعملة (اي القوة المنصرفة) ، وفترة الاوعية بالناحية المرضوضة ، 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 بجدار 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 والشفتين 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 الهوفيلي ( الاستعداد للتريف ) .

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 المعتاد 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 ان يتبدل الشكل الابتدائي بسرعة بأتساع الكدمة .

### تشخيص الكدمة ومدلولها في الطب الشرعي

يجب الاتباه 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 يبرز اللون الازرق كأن به كدمه ويشاهد ذلك في الاشخاص الضعفاء او بجذاء تلم الصلب ، ويشاهد خاصة في الناحية القصية الامامية والناحية القصية الترقوية الحليمية ، 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 بارلوي ، 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 الراضة 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 وضيقاً ، وان لب الاصابع يوقع في العنق كدمات مستديرة ومميزه ، 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 المنتمعة 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 والاوجه الانسية للفخذين تدل على التعدي للعرض .

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

وبالنظر لتدقيق (دهودرجي) 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 (كابلي) 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 واصفراء في اليوم الثامن وتزول في اليوم الرابع عشر على التقريب ان ما ابانه المؤلفون آنفاً ان هو الاعلى وجه التقريب وخاصة (دهودرجي) الذي يقول بعدم 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 لايفكر بأمكان تثبيت تاريخ الكدمة من لونها ، وان امد دوام الكدمة ايضاً مختلف جداً ، فيكون طويلاً بنسبة ما يكون الانصباب الدموي عميقاً وجسيمياً والنسج الحجروي كشيفاً .

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 لايجلو من التأثير على الكدمات ، فان ، زوالها يتأخر

بالشيوخ ويتقدم بالاطفال ؛ وبأحوال الاشتباه بوجود كدمة صغيرة او قديمة ، لاجل تعيين تاريخ ظهورها ، يقتضى اجراء المعاينة النسجية ؛ وان الدم بعدما ينصب ويتحتر تحلل الهموغلوبين بنتيجة تغيرات عضويه تطرأ على الكريواة الحمراء ويحول 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 المنضم او محبوسة داخل الكريواة البيضاء وتسمى (موسيدهرين) وبالقسم المركزي للكدمات الواسعة لايشاهد سوى الهاتويدين ، والصباغ الحديدي يتفرق فوق المستحضر بتعاملاته النسجية الآتية :

يصير اسود بتعامله بالكبريت المائي الآمونيافي ، وازرق بتعامله بالحديد الكيانوس اليوتاسيوم وحامض قنور الماء .

وقد دقق « تورك » التحولات التي تحصل يومياً بالمحرقات التزفيه فشاهد في اليوم الثاني عقيب التزف انتفاخ الكريواة الحمراء وزوال لونها وشاهد في اليوم الثالث ظهور الجرات الآكلة ( فاغوسيت ) وحبسها الكريواة المتقلصة بقسم من الصباغ وفي اليوم الخامس والسادس شاهدضياغ 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 كريواة سالمة والصباغ الحديدي يأخذ شكلاً حبوبياً وانحاً ضمن الحجرات المنضمة، والحلاصه 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 التزف .  
ان (كونكل) قطع شرايين الارنب دون قطع الجلد فشاهد داخل العقد المجاورة ظهور صباغ حديدي عبارة عن صباغ ترابي Pigment Ocre .  
ان الكريواة البيضاء التي تأخذ الصباغ بحذاء المحرق التزفي تدخل بالطرق اللثاوية الى العقد ، فتعطيها اللون الاصفر التبي . ان هذا اللون المشاهد بالعقد يعد دليلاً في تحري

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

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

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

وان (ودلپو) قد وصف انتقال وتباعد هذا الانصباب العميق وصفاً جيداً ، اذ قال  
بما ان الدم المرشح فقط لا يسبب اقل تعامل الهابي ، بل يبقي تلبعا 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 ناشيء عن ان الطبقة الحجرية في حافات  
الحوصلة هي اكثر التصاقا في الاسفل من الاعلى ، وهذه الملاحظة تنطبق على الركبة والكف  
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 وبسبب ان الساق توجه الى جانب المفصل فنتشر  
متساوية الى الاعلى والاسفل وفوق الالية تتصل بالفخذ وفي الناحية القطنية تمتد الى  
الحاصرة وكذلك من الظهر وجانب الصدر تمتد الى الحاصرة ايضاً وفوق الثدي تسبق  
مستديرة وفي جانبي العنق تمتد الى الامام والاسفل وفي الجهة اصل الى الاجفان وفي قبة  
القحف تنزل الى النواحي الصدغية او النقرة ، الا انها تجتنب الانسجة الكثيفة والاقل  
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 ، تنضج 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 الصوزة التمشكل 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 الممره . ان الكدمات الجلدية الحاصلة من الانصباب العميق يمكن ان تبقى مدة طويلة جداً .

ان (هرره دولاتوش) شاهد حادثة دامت الكدمة الجلديه الناشئة عن كسر نهاية عظام عظم العضد فيها ستين يوماً وروى حادثة اخري مماثلة شوهدت من قبل ( فولان دوبلاي ) .

### الحدبات الدموية ، المجامع الدموية ، الاورام الدموية

ان الدم الانصبابي بدلاً من ان يرتشح داخل الشبكات النجيه التي تحت الجلد ويشكل كدمة ، يمكن تحمعه ضمن جيب 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 الاعمية في تلك الناحية ، ولما يكون جسيماً يشكل الانصباب مجامع دموية او اوراماً دموية وقد يحصل هذا دائماً من الشدة القوية ، ان الدم المرتشح يمكن ان يمتص ولكن محتمل المكوث في الجيب 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 مثشكل من انفصال الجلد وقد وصف هذا الانصباب (مورهل لاوالي) في سنة ١٨٣٥؛ ويحصل هذا الانصباب من التأثيرات الرضية الشديدة التي تؤثر بالتماس؛ وفي الومع الثمانى من الاحدى عشرة واقعة التي ذكرها مورهل لا والي كان الانصباب ناتجاً عن مرور دواليب العجلات على الاطراف السفلية .

## ٤ - الجروح الرضية

الجروح الرضية تنجم عن سحق ، انفلاق او قلع الانسجة ووصافها الانسانية هي :  
 آ - ان تكون بشكل غير منتظم .

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

٣ - ان يكون قعر الجرح خشناً مسحوقاً وحياناً 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 وعودب فينقلق بتأثير الصدمة كما يحدث بالجمجمة خاصة فينشق الجلد بعد الضرب الشديد بعضا او غيره ... الخ . فعند ذلك يشابه الجرح جرح آلة قاطعة ، فتشخيص تلك الجرح ليس بمتعسر فيما اذا دقق الجرح باعتناء وعلى الاخص بالعدسة المكبرة فيشاهد حينذاك عدم الانتظام المميز للرض : جسور المواد السالمة، انفصال الحافات والانتشار الدموي فيها .

ويوجد نوع خاص بالجرح الخطي الرضي يحصل بقطع الجلد من الداخل الى الخارج حين وقوع الصدمة او السقوط ... الخ على الحافة الحجاجيه . ان موضع واستقامة الجرح ذاته يساعدان على تفريقه من الجرح الحاصل من الخارج الى الداخل بالآلة 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 ، انا دعينا لتدقيق قضية مقتل شخص توفي على اثر ضرب في رأسه سبب جرحه وكسر عظمه وقد مر على وفاته بضعة شهور ، ففتح قبره واخرجت الججمه فاذا بكسر خطي مستعرض في الناحيه الجداريه الصدغيه اليميني بطول اثني عشر سانتراً يبتدي من قرب الدرز الكأئن بين الجداريين منتهياً بالصفحة الصدغيه وليس هناك ضياع مادة مافي حافتي الكسر العظمي في الصحائف الداخليه او الخارجيّه مما يؤيد حصوله من تفرقع الجمجمه بتأثير الضغط الشديد عليها بأستقامة قطرها المستعرض ؛ وكان المظنون ان القائل أسنان مسلحان احدهما بفاس والاخر بعمود خشبي . وكان الطبيب المعين الاول قد بين في تقريره وجود جرح قاطع في الناحيه الجداريه اليميني 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 الميئنة آتفاً ومن ذكره الانصباب الدموي والكدمات فقد ايقنت ان تشخيصه كان خطأ وان الجرح هو من منشأ رضى وان الآلة هي آلة رضيه تتماثل 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 وبالاطراف ... 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

وسندبحث 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 لمتعدي على عضد المدور وساعديه) .

ب - الاقتلاع الذي تحدته اليدان يشاهد خاصة في الاعضاء التناسلية والعيون (قتل او قلع الحصىتين 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 الويله كالجروح وكسر عظام الوجه والصدر والساقين . الخ  
ان ضرب القدم يحدث اعتيادياً آفات متعددة ومنشرة 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 السنى 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 اوروبا، وقد ذكر (هوفمان) مشاهدة عدة وقائع عض وقلع 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 بمحبة 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 وباله ، وتترك على الاكثر آثاراً مميزة . وبعض الكلاب تؤثر الانياب : كالات الواخذ الاسطوانيه المخروطية وتترك انطباعاً خاصاً ممتازاً عن بقية الاسنان .

ان (كوتاني) 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 وركبته ثلاث نقاط مثلثة الشكل احدها ذات سحج مع نرف جزئي والآخرات متكدمتان ليس الا وان المتهم اعترف بان الآفات الموجودة بركبته ناشئة عن عض كلب ، لكنه ادعى بان تلك العضات حصلت من كلب كبير (ترنوو) منذ يومين فأخذت الانطباعات السنية للكلب لولو والكلب المدعى بأنه العاض فأثبت كوتاني بأن جروح المتهم حصلت من تأثير الناب العلوي والقاطع المجاور والناب السفلي الذي هو في سد الفم يأتي متداخلاً بين الناب العلوي والقاطع المجاور وان وضعية الآفات مطابقة لفك (لولو) لالفك الكلب (ترنوو) .

هذا وان هوثان ذكر حادثة امرأة هاجمها كلب جزار وكلبة صغيرة فوجدت ميتة ومتوارية بالجروح وبعمليه فتح الميت شوهد سائر جلد القحف مقتلاً وشوهدت بجلد العنق الايمن رضوض عديدة وشريحة غير منتظمة مقتلة 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 (صفاقح يابسه بارشمينه) وكدمات سطحية حتى الكسور وتفتتت العظام وعلى الاخص الجمجمة والوجه .

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

وعلى هذا النوال ينتج من ضرب العصا مثلاً كدمات خطية مستقيمة والمطرقة المستديرة او المربعة صفائح باشمينه ، 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 وتقت قطعاً من الطرف او طرفاً كاملاً . حتى ان

الرأس يمكن اقتلاعه ، واحد انواع القلع الغربية 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 تستدعي 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 يمتد فوق الخطوط الحديدية لدهسه 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 الوحيدة

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

ترك انطباعاً خفيفاً .

هذا وان هوفمان 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 واقطاع الاعضاء الداخليه بينها واقطاع القلب هو من الوقائع المميزه ، ويشاهد كسور او تفتت العظام بالجمجمة خاصة .

( مشاهدته : دعيت لمعاينة امرأة دهست بالقاطره الكهربيه في ساحة باب الفرج فشاهدتها ممددة على خط الترام الحديدي ولم اشاهد فيها آثار خارجيه سوى جروح رضيه في الجهة حاصله 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 البطني ( 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 السكة الحديدية مثلاً .

واحدى هذه الآفات الصريحه والمميزه ، هي انفصال الجلد اذ يصبح مقلوعاً من الطبقات التي تحت الجلد بامتداد متسع بمسافة طرف كامل مثلاً ، وهذه الآفة تحصل بالخاصة بمرور دولاب آلة ثقيلة تماس مع البدن وان الجيب يمتلي من الدم الحاصل من تفتت الاقسام المجزوره « 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 جسيمة « تفتت الجمجمة والدماغ » وتقطع او تقتلع القلب والتي تسبب انقطاع الدوران وفي ذلك يتضح بسهولة عدم حدوث النزف

بكثرة وتحديد الجزيئي .

### 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 الويال 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 شيء من السحج ، كدمات ، جروح خفيفة ، بارزه للعيان وقال توردي ( 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 واسطة او تنكسر بتداخل العمود الفقري بالسقوط على الاقدام ، والحوصلة تنكسر بدون واسطة او بتأثير السقوط على الاقدام

ايضاً .

واحياناً يوجد في الهيكل العظمي آفات تدل على كيفية السقوط ، ككسور عظم العقب ، المشط ، عظام الكعب . ان الاعضاء الداخلية المعرضة للآفات السقوط على الاكثر هي ، اولاً الكبد ويليه الطحال ، الدماغ ولكن الرئتين والكليتين ليست مستثناة . ويكون لميخانيكية الارتجاج تأثير هام يتمزق الاعضاء الداخلية . وقد اوضح (وير) تلك الميخانيكية توضحاً جيداً ، عقب الزلزال والارتجاج الشامل كافة البدن ، فان احد الاعضاء يتدلي بشدة محاولاً 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 العجيبة المنقولة من وير واليك هي :

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

٢ — وان امرأة في زمن قرب ميعاد ولادتها ، القت بنفسها من الطبقة السادسة ، ففتنت 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 الميتم جروح خارجية ، بيد ان احد عظمي الفخذ وجد مكسوراً والكبد والرئة ممزقين . ان الكدمات العميقة التي تظهر في الجذع والاطراف خارج النقاط المؤفة حول عظم الفخذ مثلاً بأنعمدة العصب الوركي والاورعية الكبيرة وبالخلايا العضلية وفوق الحجاب الجاجز هي ايضاً نتيجة الارتجاج العمومي . وبأحوال السقوط من محل مرتفع جيداً ، 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 أمتار، 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 فينشك 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 بحث خاص .

فعلية 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 الانتباه 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 تماذي نهاية تفرق الاتصال العظمي بشقوق

كبيرة .

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



سطحياً بالصفحة الخارجية ، فيحصل مقطع عظمي تام بشكل مخروطي لما يكون مستقيماً ، ورافقه شريحة عظمية على الأكثر لما يكون منحرفاً كضرب السيف مثلاً . وعندما تكون الآلة راضة أكثر منها قاطعة ، فإن الآفات العظمية آنئذ 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 ثقوب 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 ورافقه على الأكثر ايضاً 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 يصدمها المرمي ، اولا 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  
التضيق المائي .

٤ — جروح 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

آ — الكسور ذات المحراق : تشاهد في القاعدة اكثر منها في قبة الجمجمه وان كسور  
القاعدة تحصل بالميكانيكية بالواسطه وهنا يجب ذكر الكسر بالضغط الذي يحدث عقيب  
سقوط الشخص على قدميه او يتيه ، 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  
بكسور الصفحة السفلية لعظم الصدغي ، ولا يمكن استنتاج شكل الآلة المحدثة لهذه الكسور  
من اشكلها ، 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 بضراب 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 (هوشان) وهو الكسر المشابه بشكله للمقصبه en Terrasse 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 ، ويقسم من سطحها فقط على الجمجمه .

وبناء 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 الحراق بقبة الجمجمه عندما تكون الشدة المسيبه كافية ، يشاهد شععات متصل بقاعدة الجمجمة حسب الميخانيكية التي سنبينها 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 قاعدة 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 هوشان عدة امثله : مشاهدة بوخز - ضرب بقطعة خشبيه رقيقة احدث كسر الجمجمه الى

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

ان هذه الكسور 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 تنشأ عن تضيق آني وشديد على الجمجمة بعامل خارجي مختلف ، كضرب بلا واسطة ، 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 الخطاوا الخطوط الكسرية تتجه من جهة نحو قطب التضيق ، التي لم تصل اليه دائماً - ومن جهة اخرى نحو القطب المقابل اي نحو القاعدة .

فالطبيب العدلي يجب ان يعلم كقاعدة عمومية ، بأن استقامة الكسور ذات الاشعة مطابقة الي استقامة تطبيق الشدة ، وان الشدائد التي تطبق على قمة اراس تحدث الشعاعات نحو القاعدة احياناً وخاصة بأستقامة مستعرضة وحياناً بأستقامة عمودية ، وان الشدائد التي تطبق على الصدغ تحدث شعاعات مستعرضة تتجه نحو الطبقة المتوسطة لقاعدة الجمجمة خاصة ، وهنالك تسير موازيه لمحور الصخرة ، ولكن يمكن أيضاً اتجاهها نحو الطبقة الامامية او الخلفية ، والشدائد التي تطبق على الجهة تتشمع 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 تبقي نقطة تطبيق الشدة سالمة من الافات العظمية

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

وان ( كوربر ) قد قام بالتجارب لتثبيت العلامم 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 وينتهي 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 اهميه كبرى بالكشوف المتأخرة حيث لا يبقى سوى العظام فيثبت بذلك انه حين حصول الكسر يكون قد حصل جرح في الاقسام الرخوه التي تستره .

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

١ - تشريحياً : آ - الرض الدماغي ؛ ب - التزف داخل القحف

٢ - سريرياً ، آ - ارتجاج الدماغ ، تضييق الدماغ ، التشويش الروحي ، كفاة العلامم المتقدمة او المتأخرة ؛ ب - الامراض العقلية Psychoses ، الفالج العام ، التهاب السحايا المتضخمه Pachymeningite ، الاختلاطات الانسانية .

ولما كانت هذه الآفات والتظاهرات مدرجة في مدونات الطب والجراحه العامه ، 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 ، أحياناً ومن النادر ان يكون محراق الرض عميقاً في الجسم المخطط ، الجسم الثفني او المركز البيضى ، واما توضع المحاريق الرضية في المخيخ والبصلة السيسائية والحلبة الحلقوية لهو من اندر النوادر .

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

وهذه ابسط درجات الرض ، واما الدرجة النهائية منه فهي سحق وتفتت المادة التشريية التي تشكل مادة عجيينية بلون حثالة النييد من اختلاط المادة الدماغية بالدم ان اتساع تخريب محراق الرض يختلف من صفيحة سطحية حتى فـص بأـكمله ( 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 كثيرة مع انصباب دموي بين التلافيف او في احوال تفتت المادة الدماغية « تمزق ام الرقيقة مع انصباب دموي واسع » .  
ان المحاريق الرضية تمتص او تتندب بشكل صفائح حمر او اكياس .

ان الرضوض الدماغية تحصل طبعاً على الاكثر من رضوض 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 ، فيري في جدول احصاء قديم لجيرار مارشان المدون فيه ٥٥ حادثة ، ١٦ منها تمزق الجيوب ، ٣٠ منها تمزق اوعية السحايا المتوسطة ، ٨ منها تمزق اوعية ام الرقيقة وواحدة منها نزف اوعية النسج الإسفنجي بين الصفيحتين . وفي جدول احصاء حديث لدكتور بيري 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 الدماغى ان يمزق المادة العصبية ويحدث انصباباً خارجها ويصبح نزفاً دماغياً سحائباً وبأمكن النزف السحائى ايضاً ان يحفر محرقاً داخل الجملة العصبية المجاوره .٠٠٠ الح . ولكن يمكن دائماً اكتشاف التوضع الابتدائى .

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

١ - جرح الجيوب ، ٢ - جرح او عية السحايا

ان النزف الذى يحصل من جرح الجيوب ( الجيب الطولانى العلوي ، جيوب الجانيه وجمع هروفيلي ، الجيب الكهفي ) ليس لها قيمة طبية عدلية هامة .  
ان النزف الذى يحصل من تمزق او عية السحايا وخاصة الشريان السحائى المتوسط هو ذو قيمة كبيرة بنظر الطب العديلى .

ان تمزق الشريان السحائى المتوسط يحصل اما بحذاء جذعه ، بالتمب المدور الصغير بكسور قاعدة الجمجمة ، او بحذاء الشعب الاماميه المتوسطه ، وهناك تكون هذه الشعب المتصاعدة فوق الجدار الداخلى لعظام قبة الجمجمة بالانخفاضات المشابهة لورق التين ، وهذا الشكل النزفى يستحق اهتمامنا وبهذه الاحوال يكون النزف فوق ام الصلبة .  
ان موقع الانصباب الدموي يوافق الشعبة المنقسمة ويكون اما صدغياً جدارياً الذى 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 وبما يستجلب النظر وجود تشابه كلي بجميع الوقائع المشاهدة الى 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 تحناً ، وبتضييق 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 فإنه 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 الصلبه : ينتج من تمزق او عية ام الرقيقة الرضي وان الدم النزفي يشكل طبقة واسعة قليلاً او كثيراً سارة الام الرقيقة ويرشح في خلاياها يتسرب بين التلافيف .

ان النزف السحائي يحصل خاصة عقب الرضوض الشديدة ويكون معه عادة آفات مميزة — جروح الاقسام الرخوة ، كسور الجمجمة ، رضوض الدماغ — وتكون اساساً لتشخيص منشأها ، وحياناً يكون ام 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 ، فإنه 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 العشاء القحفي ، والتثبت 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 تقريرة بالنتيجة .

والتزف 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  
بحجم مختلف و احيانا من محراق منفرد بسك 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 نصف الكرتين وفي الكتل العقدية محاريق نزفيه محدودة وبحجم 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 وفتح الجسد شوهد انتشار نزفي سحائي جهبي ومحراق نزفي  
حديث بحجم التفاح بالفص الجهبي الايسر . الا انه لم يشاهد في الناحية الخلفية غير انتشار  
دموي تحت الجلد بحجم 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 الآنى 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 يقتضي مراعاة المواد الآتية :

١ العناصر المثبتة لآثار الجبر الخارجي : جرح رضى في الجلد المشعر ، انصباب دموي فوق وتحت القحف والداخل ( النزف السطحي والرضى الدماغى ) فى الجمجمه .  
 ٢ — العناصر المنفيه : فقدان الآفات انشريانيه الدماغيه ، وفقدان الآفات العضويه الكليويه القليه التي توجد اساسياً بوقائع النزف الدماغى الآتى ، وعلاوة على ذلك يمكن القول بان الحراق الجسمى المنفرد بموضع منتخب يكون غالباً دليلاً على النزف الآتى وان الحاريق المتعدده والمتشيرة تعد غالباً دليلاً على الرضى .  
 ويجب ان لا يغرب عن بال الطبيب العدىلى عندما تكون تفاصيل الحوادث مفقوده ، انه يحتمل حدوث النزف الآتى الذي 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 بالمعائنه السريره والبذل القطنى او بعملية فتح الميت . وهذا معروف ومعلوم من القديم غير ان الذى جلب الانظار الى هذه الوقائع هو ( بولنجر ) بمخبرته التى صدرت سنة ١٨٩١ بكتاب بوبيل ( 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 ) رضوضاً معها انصباب دموي صغير وتمزقات المادة الدماغيه بزمين البطين الرابع وفوق جدران فرجه سيلويوس فيحدث بالمواقع المرصوه استحالة تخر من التلين ، فالنسيج الدماغى المنخر لا يحجرى تأثيره الطبيعى على الاوعية وهذه لا يمكنها مقاومة التضيق فتفجر بنسبة التغير الحاصل قبلاً او الذى يحصل بسير التغير الواقع .

وان تكن فكرة بولنجر قد وجدت مبدئياً ، غير ان ( لانكرهانس ) قد نفاها ، اذ اثبت عدم صحة نظرية بولنجر بنقطة نظر التشرح المرضي واحتذى حذوه ( موناكوف ) واخيراً ( اسراييل ) ايضاً الذى يستبعد حصول النزف الدماغى المتأخر دون وقوع رضى حديث وبعض المؤلفين اسند حصول السكتة المتأخرة للتفسيرات الوعائيه لم 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 (هـ تيهن مارتن وبول ريبير) بنتيجة 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) كأمثلة لذلك .

شخص بالغ من العمر ٤٢ سنة ، سقط على رأسه فأضاع شعوره مدة نصف ساعة بصداع غيب و يعود 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 حادثتين معتبرتين احدهما معزوه الى بولنجر والثانية الى ميشيل : النزوف الدماغية القشرية ( وهذا النوع نادر ايضاً) غير ان الحادثة الاساسيه المنقولة عن ( شتاولمان ) 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 تسابق بنسبة واسعة مع الرض ، آفات شريانية قديمة ، آفات قلبية وعائية ، آفات كليوية . . . الخ .

الخلاصة — ان النزوف الداخلة القحف الرضى المتأخر لا ينكر فناً مهما كان نادراً وان

او ثق الحاديات هي العائدة للنزف السحائي وان النزوف الموضعية بغير المواضع التشريحية يلتبس منشأؤها بالعوامل المشاهدة بالنزوف الآتية ويجب تقييد 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 تقييد 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 الفاصلة بين الرض وحملة السكته (وقوع النزف) معقولة فيتحتم بان لا تتجاوز 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 عقب الرضوض القحفيه ، وبالطبع فان الرضوض تتقدم على غيرها من الجروح وهو اما ان يكون منشأ بلا واسطة حينما يكون الرض واقعاً في القحف رأساً بلا واسطة واما ان يكون بالواسطة عندما يكون ارتجاج القحف تالياً عقب السقوط على المقعد والركبتين او القدمين . وايضاح ميخانيكية حصوله اوجب عدة مناقشات ، فنظرية ( دوردت ) في فرنسا ونظرية ( كوخ وفيل هنه ) في المانيا هي المعتبرة . ونظرية ( دوردت ) هي ، ان تأثير الضيق الواقع آتياً على سطح القحف من رض شديد يطرد المائع النخاعي الشوكي الكائن في البطينات الجنبية سريعاً عن طريق فرجة سيلوبوس التي تتسع وتمزق الى البطين الرابع ، التي تتوتر زيادة عن حدودها فتصاب بأفات رضيه قليلة الوخامة او كثيرتها ، فعليه وبما ان القسم

البصري من البطين الرابع هو مركز الحياة القلبية والرتويه فان التأثير العنيف الواقع على البطين الرابع من اصطدام المائع النخاعي الشوكي يشوش الوظائف الحيوية الاساسيه بصورة وخيمه او يعطلها بصورة مؤقتة او يوقفها بصورة قطعية حسب الوقائع فهذا التعطيل او التوقف هو الارتجاج الدماغى وان نظرية (دورهت) المبنية على تحريات تجارية 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 التشريحية او العميقة اما بالتهيج او بالفالج .

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 ذلك 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 الضيائي ، فاقد الحساسات العامه والحاصله ، مرتنجي العاصرات ، ضعيف النفس الى الدرجة المنهايه ، لين النبض وهو قابل الانخفاض وبطئاً جداً ( يمكن تنازله الى العشرين ) ان لم تظهر اختلاطات ، فتعود الحسيه والحركة تدريجاً ببطيء وتعود الوظائف العقلية بمنتهى البطيء ، 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 الرض المستوجب الارتجاج ، ويجب عدم المبالغة بالاستناد على هذا التأثير الارتجاجى .

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 الميزله 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 تدريجياً 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 اعقبته 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 الانتباه ، 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 الاراده (اي التحرك غير الاختياري) ، التوشوش العقلي ، التهيج ، الهذيان ، توشوشات

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 بارضوض 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 ومنتخباً ، فالشخص يفقد حافظته لبعض الوقائع ، ولبعض وقائع خاصة ، الحادث الذي اصابه والوقائع التي تقدمت لهذا الحادث او تعاقبت عليه مدة طويلة كانت او قصيرة . لكن يندر فقدان حافظته لبعض المعلومات والافكار المكتسبة التي تشكل نوعاً من 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 راضى 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 اغمءاً 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 عقب 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 — تلميذ في مكتب الحربية (باريس) سقط عن جواده اثناء التعليم ، وبعد فقدان شعوره بضع دقائق ذهب مع رفاقه للمضجع ، فسار ٥٠٠ متراً وصعد طابقين من البناء ، ووضع سوطه وخلع كفيه الخاصين وربطها ونزل للتنفس واكل خبزاً وشرب نبيذاً وبعد ذلك اخذ يجرى لوحة رسمه دون ان يمس ما جاورها ثم ذهب الى غرفة المطالعه وبدأ يرسم دوائر بالداد الصيني وفي هذا الحين كلمة الاستاذ فتالك 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 .

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

حينما علمت جميع ماجرى .

٣ — حالة التشنوآت العقلية بعد الجرحه : Psychose Confusionnelle Post Traumatique هي اختطاف الذكاء بدرجه 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 الاجتماعيه ، وبفقدان قدرته لمعرفة ابويه واقاربه ، بعدم امكان جمع افكاره لاعطاء جواب صحيح وذلك ناشيء عن الجمود الفكري ويصبح الوجه بحاله البلاهه .

هذه الاعراض المختلفه تتحد وتوجد بدرجات مختلفه حسب الوقائع . ان حالة الجمود الفكري بعد الجرح تحصل ايضاً من الصدمات الروحيه ماعدا الصدمات الحكيميه ، وتشاهد هذه الحاله بالحقيقه في الاشخاص الذين استخرجوا من المهالك العظيمه سالين او بجروح طفيفه جداً . فأحسن نموذج يمكن ذكره لهذا الحادث هو وقعه الميكانيكي ث... محدث الزكبه العظيمه للقديس (مانده) ، فان المفوض الذي استجوب الموما اليه عقيب الحادث كان حاراً من اجوبته غير المرتبطه . ان ث... لم يعلم شيئاً عن وظيفته في شركة الشرق فانه لم يتذكر سنه ولا اسمي ابويه .

فالمفوض وصف بتقريره هذه الحاله الفكريه جيداً بقوله : ان الشخص الذي كان امامنا لم يمكنه اعطاء الايضاحات عن المصيبه العظمى التي سببها ولا المسئولية الكبرى التي وقع تحت طائلتها ، ولم يكن ذلك تصنعاً منه . فكل سؤال يطرح عليه كان يحس بجهد لا يستجداد ذا كرته ، ولكن بدون فائده وكان يبقى اصماً بدماعه الخامله . وبعد ساعتين ابتدأنا بأستجوابه ثانية فلم يكن ذات الشخص بل اخذ يجيب على اسئلتنا بوضوح وبصوت متأثر ولم يبق بذاك كرته جميع ماجرى بأستجوابه الاول .

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

٥ — تشوآت النوم — الخلاصه : ان تشوآت النوم هي تقريباً ثابتة وخاصه عقيب الرضوض ذات التأثير الروحي الشديد (مصائب السكه الحديدية) الكابوس ، واحياناً الهذيان

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 الدماغى :

أ — الامراض الروحيه : ان للرضوض القهقيه اهمية عظمي 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 اكثر 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 ايقاف نمو العقلي ويجعل في الصبي وهناً ، بلاهة ، حقماً ، او ان يحدث بالنمو العصلي سيراً غير منظم 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 الشبوة التناسلية وانقلاب الحس التناسلي .

ث — الفالج العام : كان القدماء يعتقدون بالمشأ الرضي للفالج العام ، وان المؤلفين ( بللارجر ولاسهك ولونيه ) لم يترددوا بأخذه بعين الاعتبار ، حتي ان المؤلفين الحديثين ( بال ، ماغنان ، ريو ، بويسسون ، 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 المعتدين 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 الدماغى الشوكي ، وعند عدم وجود داء الافرنج يبقى عديم التأثير وعليه فانه بنظر التطبيقات توجد وقائع الفالج العام الرضية 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 القحفيه — ولكن بعد مرور مدة بضعة اشهر الى سنتين او ثلاث سنين .

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

ج — الالتهاب السحائى المتضخم (ورم دموى ام الصلبة) — ان الرض يعد من الاسباب الاساسيه للالتهاب السحائى 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 سنائيه 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 فى 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 الجرايى وتدقيق الاحوال السابقة تنور القضية تنويراً عاماً ونهى الدلائل لوضع التشخيص ، وفى كل حال ومهما تكن الاسباب ، لا يمكن قطعاً قبول ذات السحايا المتقيحة التى لا تكون متصلة بشق عظمى او على الاقل بجرحه منتته فى الاقسام الرخوة كالتهاب السحايا من المنشأ الرضى .

### جروح العمود الفقرى والنخاع الشوكى

ان الآفات الجرحية التى تحصل فى العمود الفقرى والنخاع الشوكى بتأثير الآلات الواخذه 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 الواخذه 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 الأقسام ، واعم 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 لايفتاح . 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 الرمة الرضية ( بلا كسر ضامى ) . وان الضرب ، والسقوط الى الخلف او حمل شئ 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 وتنقص الحاسة واختلال المعصرات ... الخ ، وذلك يزول بمدة موقته .

وبفتح الميت لم يشاهد آفة ما ، كما وانه في بعض الوقائع لم يشاهد تغير ما بالمعائشات المجهرية . غير ان شوهه بالفحوص النسجية ، في بعض الوقائع : آفات نزفية خفيفه ، وآفات في المحور الاسطوانى ، ومحراقات نخر 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 العدلى . 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 التضيق 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 السنجابية وبحداء 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 وتخرّب .

اعراضه الآتية او الابتدائية : العلام الفلجية ، اختلال المصبرات ، وضومر العضلات المفلوجة وفي النهاية Dissociation Syringomyelique لتغيرات الحسية .  
وان الوقائع التي لا تنتهي بالموت السريع ، تسير للصالح 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 الجراحية الحقيقية ، او التي يزعم انها حقيقية هي ؛ السلس الظهرية والتصلب اللوحي ، التصلب الجانبي الضموي العضلي ، التهاب النسيج الامامي والسيرة نفومية لي .

ان آراء المؤلفين بخصوص المنشأ الجرحي لهذه الامراض متضاربة ، واتن 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 وشریان الشدن فسنبحث عنها في بحث الحنق  
وان ايقاع هذه الجروح في القسم الامامي للعنق يسمى ( ذبح ) ، ومن التقررة يسمى

## فصل الرأس .

الذبح — ان الذبح يحدث اتحاراً او جنسياً ؛ 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 العضلتين القصبتين الترقويتين الحلميتين الي الاخرى ؛ ونادرةً تكون بوضعية متوسطة تماماً . وتبدأ على الاكثر من احد جانبي العنق فتصل بالخط المتوسط وتتجاوزه قليلاً او كثيراً ، وتسمى (الوضعية الامامية الجانبية) ؛ و احياناً تبقى جانبيه تماماً .

وان استقامة الجرح متحولة جداً ؛ ففي حوادث الاتحار الالمني تكون منحرفة الى الاسفل والايمن ، وبوقائع الاتحار 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 للناظر ان العنق قد اجثت قطعه من قسمه الامامي ، وعمق الجرح متحولاً ، تقف الآلة القاطعة عند الحنجرة المنتظمة 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 اراجع 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 باستنمامات 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 للشفا عندما يكون غير عميق ، ويشفي تماماً احياناً ولكن يعقبه على الاكثر آفات وخيمة ، كالتدبات المعيوبه وضياع الصوت وفلغمون (Fhlegmone) العنق وام الدم وتضييق المري وناصور الشزن... الخ .

ان الموت ذبحاً يحدث بمخاتيكيتين اساسيتين :

١ — الأنزف : 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 منظرأ ميمراً جداً ، فتكون السطوح الرئوية او مغاطعها منقطه بلطخات حمراء قائمه ومتبارزه بالنسبة لمقاطع التسج 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 وتارة تفتح الجوف السبائي وتقطع النخاع .

ان الموت بأحوال الذبح من النقرة غير محتم وعند وقوعه يكون نابع 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 يمزق 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 خشبية 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 قضاء ، 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 المتعرض اكثر من بقية اقسام القلب ) ، واما ان تنفذ لجوف القلب او تبقئ 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 الرئتين والاعوية الكبيره الكائنة في قاعدة القلب ... الخ عامة .

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

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

٦ — الرضوض : ان الآفات التي تحصل في القلب من ترضيات جدار الصدر الامامي متحواله حداً ، 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 الحبول والسويقات والدسامات القلبية ؛ نزوف وتمزقات العضلة القلبية . ان الترضيحات الشديده جداً تمزق وتقتلع اقسام القاب 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 بوقائع رضيه عامه وشديده على الاكثر : كالدهس ، والسقوط من العلو الشاهق... الخ : وتشاهد نادراً بحوادث الترضيحات الموضعي الشديده : كرفسة نمل 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 المتلي 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 ، المتصق 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 الحبول 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 الاعمد .

### 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 والتاريخه

الآفات الرضية وآفات الجهد .

أ - الجروح القلبية : ان آفات جروح الآلات الواخذه كالابرة ، ان اخرجت او ابقيت بنسج 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 ، وبفضون 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 بصوره غير متناسبة مع درجة شدة الآفات .

٢ - الموت المتأخر : اما ان يحدث من الانصباب الدموي في جوف الشغاف الخارجى ، 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 السابقه ، بأحوال انسداد الجرحه القلبية بتضييق او بعاقة او بقطعة شحم وتمتد الحياه مدة ثلثه ، وباحوال الاختلاطات الانتانية كالتهاب الشغاف الخارجى النقيح 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 التاليه ، كتضييق التديه بالشفاء الذاتى لسبب عدم كفايتها .

ب - الآفات المتحصه عن الترضيحات القلبية : ان الترضيحات الخفيفه اما ان تنتهى بالشفاء بلا واسطه ، او ان تحصل افات ابتدائيه تكون منشأه للعلل القلبية التى سنبجها فيما بعد . وان الترضيحات التى تصيب القلب المؤف تكون سبباً لتشدد حالته الرضية طبعاً .

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

التهاب الشغاف الداخلي الحاد : قد ثبت بالتجارب الجراحة من قبل المؤلفين روزه نباخ وديسوقويج ونهتير واينسلباوم 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 عدلياً ، 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 يجدار القلب بالنقطة التي توافق للترضيض الصدري .

٥ — اشتداد العلل القلبية من الجروح : من المعلوم ان الجهد والترضيض يزولان العضلة القلبية وبذلك تحتل المعاوضة المؤمنة بالسعي التماذي بالمعلولين ؛ بالآفات الدسامية وان الترضيض يحدث هجمة حادة لالتهاب الشغاف الداخلي المزمن ، تنضم تأثيراتها وتشد 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 موقعية القلب من تأثير الرضوض عند ظهور علامت علة قلبية بالاشخاص المالكين لقلب سالم او الذين لا يشتبه 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 ؛ تزلزل العضلة القلبية التي تحل المعاوضة ، ويحتمل امكان قبول عجمة التهاب الشغاف الداخلي .  
 واما تشخيص ظهور العلة القلبية رأساً عقب الترضيض ، او تثبيت تأسسها تدريجياً بلاشخاص السليمين ظاهراً تستوجب مراعاة النقاط الآتية :

ففي الشق الاول ، اما ان يتمزق الجهاز الدسامي واما ان تحل المعاوضة بأفات 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 المعدية ضئيلة . وان ما يحدث من جروح هذه الاغشية لوحدها ، خاصة بالآلات الواخذه والواخذه القاطعة من الانصباب الهوائي (بنوموتوراقرس) والانتفاخ تحت الجلد ، والورم الدموي الجنبي وما ينتج عنها من الآفات ، من جراء التقيحات الجنبيه ، تماثل لما يحدث بوقائع مؤفة الجنب والرئة معاً .

ان الجروح الجنبيه الرئوية تحدث بالآلات الوخذه والواخذه القاطعة والرضوض الصدرية ، والهمام من هذه الجروح ، هو الرضوض الصدرية ، واما الآخرين فلا يحتاج 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 زفية تحصل عن تمزق غصينات 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 الثقبات بمحراق مسدود او مشترك مع الجنب ( بنوموتوراقس ، 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 تعليق 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 حتى 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 الترف الداخلي .

واذا امتدت حياة الجريح يشاهد انصباب دوي 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، ويمكن عدم مشاهدته حتى بوقائع التمزقات الحشوية الوخيمه، 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، الغانفرهن 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 الاقفيه والقميه او الغبارات الهوائيه، بواسطة الصدمه او ضياع الشعور اللذين يبطلان الافعال المنعكسه الطبيعیه المدافعة للمعضويه .

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

آ — ذات الرئة الرضيه — تحصل عقيب ارضوض الصدريه الشديده التي تدوم برهة من ائمن، غير انها تظهر عقيب الرضوض البسيطة احياناً وتكون العرض الوحيد للترضيض . . ولا يشترط كسور الاضلاع لظهورها، ولكن الترضيضات المترافقة مع آفات الهيكل العظمي تسبب ظهورها اكثر من غيرها من الترضيضات .  
ولا تحصل من الترضيضات الخارج 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 ، والفواصل ... الخ اختلاطاً كما هو الحال في ذات الرئة الطبيعيه .

ث — الاعراض : تظهر ذات الرئة الرضية بعلام سريره نموذجيه تارةً وتارةً اخرى بغير نموذجيه .

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

تشاهد في دوره التي تنقضي بين الترضيض الصدري ومبدأ ذات الرئة اعراض الم الجنب ونفت الدم (بنتيجة الترضيض الصدري ويشكلان الاساس التشریحی 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؛ تبلي الوقائع ، وباليوم الاول ليست نادره . ان الاعراض والاختلاطات والانذار المرضيه بذات الرئة الرضية تشابه عيناً لذات الرئة الاعتياديه . وان التشنجات تكون صديديه ومدمة .

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

بكامله . ويقول روست 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 الرض .

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 الرض .

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

ويجب ان لايسهى 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 اصاب بجرح من قطعة فحم اصابته على صدره حين المشاجرة ، فأحس بوجع شديد دائم ، وظهر معه نكت الدم ودام بضعة ايام وانقطع عن عمله من اليوم الثاني لحادث الترضيض . وبعد اسبوعين دخل المستشفى وهو خاسف اللون ، ضعيف مع سعال وقيء مدمم كرية الرائحة ، وتوفي بعد مدة جرحه بمدة شهر تقريباً . فتح الميت : شوهدت الصاقات بالاغشية الجنبيه الصدرية الرئوية ، وانصباب جنبي محدود جداً ، وجوف ، مملوء لنصفه بمايع يشابه المسايح المتقاضي ، بالقسم الرئوي الموافق لنقطة الترضيض ، وان المسايح المستخرج من الجوف مقدار ١٥ - ٢٠ اونس ؛ والجوف مشترك بفتحه ضيقة مع الانصباب الجنبي ومع بعض الاناييب القصية .

التشخيص : يستند لتدقيق الوقعة ، ان الشرط الاساسي ، هو وجود ترضيض صدري مع ترضيض رئوي ؛ والشرايط التسالية ، هي تناسب الموقع والزمان . ان موقع المحراق

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

### جروح البطن

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

ان الترضيضات الشديده تولد افات رضىه بدرجات مختلفه في الاحشاء البطنيه ؛ من ترضيض بسيط حتى التمزقات والعلقات الحشويه .

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

ان تأثير الترضيضات الجسيده ، التي تستولي على كافة جدار البطن ، على الاحشاء البطنيه يختلف على الاعضاء ، فالعضو الاكثر تأثراً هو الكبد ومن ثم الطحال وبعده الامعاء والساريقا والمده والمثانه والرحم والحول ؛ واما الرحم غير الحمول فلا يصاب بأذى مطلقاً . ويجب الذكر ان جلد البطن يمكن ان يبقى سالماً حتى بأشد الترضيضات المترافقه مع اخطر الآفات العميقيه . فى 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 الترضيض على الطبقات العضليه فلا بد من حصول انصباب ترفي فيها ؛ ولكن اذا حدث الموت بصوره سريعه ، فالانصباب لا يجمد متسعاً من الوقت للوصول الى تلوين

للحافات ، التي لم يظهر فيها أثر للشدة (جروح وكدمات) على الأكثر .  
٢ — جروح الآلات الواخزة والقاطعة والاسلحة النارية :

ان الجروح البطنيّة بهذه الآلات تحدث على الأكثر من منشأ جنائى ، و احياناً عرضي و نادراً اتحار . وان الجروح الاكثر وقوئاً هي من الآلات الواخزة والقاطعة وتحدث في النواحي الامامية من البطن : المراقين ، الناحية الشرسوفية والناحية الخلفية ؛ وان استقامة هذه الجروح هي من الاعلى الى الاسفل على الأكثر ، ولكن لتشديد التخريبات وبأمسالك الآلة بصورة خاصة تحول 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 البطنيّة معلومه جيداً ، وهي اما ان تكون بلا واسطة (نزف) او نالية (انتان ، التهاب الريطون... الخ) ؛ وان المداخلات الجراحية الحديثة خففت وخامة عواقبها .

١ — ترضيض الكبد: اما ان يحدث ، عن ضرب او اصطدام... الخ ، منحصرأ 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 السفلى ؛ استقامة قدامية خلفيه على الاكثر ، وعمقه متحول ، نارة يكون خفيف جداً و احياناً عميق جداً حتى تفرق الاتصال في النسج

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

ب المحراقات 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 لاتنتهي بالموت ، بل سليمة ، اذ تكون عبارة عن وجع ويرقان سريع الزوال على الاكثر .

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

٢ — ترضيض الطحال :

ان وقائع ترضيض الطحال تصادف بنسبة تقل عن الترضيض الكبدي . وتحدث عن صدمه على ناحية الطحال او بوقائع 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 نسجه 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 واثنيه متعدده في الطحال .

مشاهده — بينما كان شخص ير كض في مدرسته اصطدم بفضن شجرتين افرنجى في

ناحية الطحال . فبسبب تمزق الطحال والنزف البريطوني والموت . ان تمزقات الطحال ، وان تكن بأن باعماق خفيفه فهي وخيمه بسبب النزف . مع هذا شوهد حدوث الشفا ببعض الوثق ، 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 ، صدمة آتية ( ضرب عصا ، صدمة نعل فرس .... وغيره ) ، او اصطدام بجسم صلب حين السقوط من المرتفع مباشرة ، وبالواسطه من رجفان البدن العام حين السقوط من المرتفع او الانصاع او من الانفلاجات ... الخ

ان المعدة الفارغة تهرب بسهولة من التضيق فلا تتأثر من المرض ، ولكن انعمه المملوءه تتعرض بكليتها للرض . وتحققت هذه القضية بالتجربة على الحيوانات ، ان المعدة المملوءه كالدرق المملوء بالناء ، 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 - الاتزفه

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 فينتج جوف المعدة ، او تكون تسميه فيتمزق قيص او قيصين من جدارها . وبالشق الاخير ينحصر التمزق بالقيص المصلي او الطبقة المصلية والعظمية او بالطبقه المصلية والمخاطيه . وان الشكل الذي يشاهد على الاكثر وهو الاصح هو تمزقات الطبقة المخاطيه . ان الموقع المنتخب لتمزقات المعدة ، هو حديتها الصغيره .

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

اللتين تفرقان بتأثير الترضيض .

ان جروح المعدة اذا لم تحصل الموت بصورة آتية ( من الصدمة ) او سريعة ( تنقب ، التهاب اليريطوان الحاد ) ، اما ان تسير بطريق الشفاء ، او تحول وتسير باختلاطات .  
ان علامت ترضيض المعدة ، هي . وجع المعدة ، تقيء المواد الغذائية ، وخاصة القيئات المدمة .

ومن هذه الاعراض في الدم يفقد نادراً ولكن لوجوده قيمة تشخيصيه 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 طويلة او ظهر بعد انقطاعه يعتبر دليلاً على تشكل قرحة في المعدة . وتختلف كميته كثيراً .

ب — تحول واختلاطات الآفات الابتدائية : قرحة ، خراج ، ناسور ، تضيق البواب ، واعمها 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 ارض وظهور علامته . ان الوجع لا يزول ، وفي الدم اما ان يدوم او يعود بعد انقطاعه ، وتظهر الثوبات 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 تأسها — بصورة بطيئة ، كما هو الحال في حوادث قرحة المعدة المرضية . وينتهي سيرها بالشفاء



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

مشاهدة — موظف سكة حديد اصيب بتريض 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 الحديدة الصغيرة بحجم برغوت كبير والتهاب اليريطون الحاد .

٣ — تكون المرض : ان صورة تشكل القرحة المعديه الجرحيه مجسوهول كما هو في القرحة المعديه المرضيه . ومحول ايضاً اسباب انتهاء اكثر التريضات المعديه بالشفاء وتحول بعضها للقرحة المعديه .

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

ان التريض المعائي يحدث من صدمة رضية محدودة على الجدار البطني ( ضرب عصا ، ضربة نعل فرس ... الخ ) ، او بالتضيق عليه ( اردم ، الضيق بين مركبتي سكة حديديه ، او مرور دولاب عجلة فوق البطن ... الخ ) .

آ — الآفات : ان الآفات المتحصلة عن التريضات هي :

١ — الآفات المرضيه ، ٢ — التمزقات دفعة واحدة

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

ان الامعاء الرقيقة معرضة للتريض اكثر من الماء للغليظ ، والماء المستقيم يبتقي

سالمًا لوضعه العميق ، والامعاء الاثني عشري يصاب بنسبة تقل عن المعاء الصائمى وخاصة عن المعاء الدقاقى قرب نهايته .  
ان التمزقات المعائىة اما ان تكون تامة اي ممزقة الاقصة الثلاثة بامتداد كافة محيط الامعاء او بنقطة محدودة ؛ او تكون منحصرة بقميص واحد .  
ان الآفات الرضية تحدث عن انسحاق الاقصة ، والارتفة التي تحصل بتضاعيف فواصلها وانفصالها .

ان الترضيحات السليمة ، كالكدمه السطحية ( والانصباب الدموي المعتدل ) فانها ترمم بسهولة . واما الترضيحات الوخيمة ، كتموت الاقصة وانفصالها الواسع ، والانصباب الدموي الجسيم ، فنتمى بتقرح الانسجة . وان القرحة ( الحشكريشه ) الذي يستولي على جدار المعاء بتامه فيترك ثقباً كاملاً عند انفصاله ، وهذه لا ترمم بالتندب ، بل يمكن ان تنهي بتضييق معائى .  
ويضم على هذه الآفات ، آفات المساريقا والسرب ( تمزق واقتلاع ) التي 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 : وهي الاشكال اليريطونية خاصة .  
ان ظهور التهاب اليريطونى المنتشر الحاد رأساً يدل على تمزق الامعاء دفعة واحدة ؛ وان التهاب اليريطون الحاد متأخر يدل على الثقب المعائى التالي الحاصل عن سقوط قطعة متقرحة ( خشكريشه ) ، وهذا الاخير هام جداً بنظر الطب المعدلي . وان اللوحة السريرية تظهر كما يأتي :  
ترضيض بطني ، علائم آتية خفيفة او مفقودة ، من ثم ، بينا 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 الحياتية للجدار المعأى ، فيساعد على مرور الجراثيم الكامنة في الاجواف الهضمية ، بين الاقصة المعأية والتوصل لاحداث انتان في الطبقة المنصليه .

كما ان الترضيض البطني يسبب ظهور علائم التهاب اليريطون المزمّن الالتصاقى المحدود الذي يحدث اوجاعاً دائماً وينتج معلوليه حقيقة . وفي هذه الحالة لا يظهر شئ بالاستقصاء الاصولي ، ويشبهه بالتهارض . 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 الذليل الدودي الرضى : ان الرضى لا يولد التهاب الذليل 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 واسطة او

بالواسطة .

ان العوامل التي هي بلا واسطة تؤثر اما على الناحية القطبية (ضرب ، صدمه ، تضيق) او على الناحية الامامية او الجانبية من البدن (مرور دولاب ، دهس بكتلة ثقيلة) ، او بالتضيق المتقابل من الامام الى الخلف على البدن (السحق بين صمئق « تامبون »

عربات السكة الحديدية مثلاً .

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

ان الترضيض السكليوي الناتج عن التقلص العضلي بأحوال الجهد الشديد ، او الانقلاب الآتي الى الخلف ، وان قبله بعض المؤلفين من الآلمان ، 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 الحويضة والحالب .

٣ — الدرجة الثالثة : تمزق المحفظة ونسيج الكليه الخاص وتغير عضويته . ويكون التمزق بشكل نجمي وذا شعبات عديدة ؛ ويكون عادة منفرداً ويقسم الكليه من جانب

لاخر ، وذلك فوق القسم المتوسط في الوجه الامامي او الخلفي ، وتارة يكون التمزق متعدداً . وتنقسم الكليه احياناً الى قسمين متساويين على التقريب . وبدرجة مترقية 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 ايتيليايه (تخر واستحالة الانابيب المعوجة الشحمية) وقد شوهد ذلك في عمليات فتح الميت ، ببعض الاجساد الميتة عن ترضيضات خارج الكليه .

الاعراض : ان الاعراض الموضوعية الهامة ، هي :

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

بمدة ٦ - ٧ ايام .

الورم القطني : يحدث عن الانصباب الدموي في محيط الكليه .  
تبول الدم : ان تبول الدم في ترضيحات الكليه يماثل نفض الدم في ترضيحات الرئه .  
وهو عرض ثابت على التقريب ، الا بالترضيحات الخفيفه او الترضيحات الشديده جداً  
( اذ تتغير عضوية نسيج الكليه تماماً ) ؛ وان مقداره يحول حسب الوقائع ، ويظهر عقب  
الحادث اعتيادياً ، ولكن يمكن ان يتأخر لمانع تشرحي ، كما انه يمكن ان يدوم اياماً عديده .  
وما عدا تبول الدم يشاهد تبول الزلال ، وافراغ الاسطوانات الشفافه والحبيبيه بدرجه  
تناسب مع الآفات الايتياليه المبيته اعلاه .  
ان الترضيحات الكليويه الجسيمه ، التي يندر انفرادها لوحدها ، تسبب الموت طبعاً ،  
وان انداز ( عواقب ) تمزق الكليه المنفرد تكون اكثر سلامه .  
الاختلاطات : ان الترضيحات الكليويه التي لا تنهي بالشفاء بصورة كاملة ، تنتج حصول  
عوارض اختلاطيه متعدده :  
خراج الكليه ، التهاب الكليه والحويضه ، التهاب محيط الكليه المتقيح ، استسقاء الكليه ،  
اكياس الكليه ... الخ سهله الايضاح والتشخيص .  
وما عدا هؤلاء تذكر اختلاطات نادره الوقوع ، التهاب الكليه الجرحي وسقوط  
الكليه ، غير انها تحتاج للمناقشة حالاً .  
التهاب الكليه ارضي : ان وجود هذه الآفة لم يتحقق تماماً في الحاله الحاضره . غير  
انه من المحقق ، ان الترضيحات الكليويه يحدث بعض تحولات بولية ، ( وذلك ثابت ببعض  
المشاهدات ) . واعم هذه التحولات ، تبول ازالال العرضي او الدائمي ، منفرداً او مترافقاً  
مع الاستسقاء العام او التهاب الطبقة الشبكيه او تسمم البول من الاعراض الكليويه التي تحت  
الحياة او الزمنه .  
ولحدوث هذه التحولات يقتضى وجود آفات كليويه طبعاً ، ولكنها غير معلومه تماماً .  
غير ان الوقائع التي اطلق عليها اسم التهاب الكليه الجرحي ، تبين انها من وقائع التهاب  
الكليه الزمنه المتشدد سيرها بسبب الجرح . لذلك يقتضي بذل اقصى الاهتمام والدقة الزائدة  
بوضع تشخيص الالتهاب الكليه 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 الترضيخ اظهر سقوط الكلية الذي كان خفياً ، لذلك الجين .

٣ - تمزق المثانة : يشاهد نادراً ، بدهس الاشخاص تحت الاقدام عندما تكون المثانة ممتلئة كالمسكاري : 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 والترضيخات .

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 - الترضيخات : الاقتلاع الذي يحصل عرضاً بالآلات الصناعيه ، وان الغانقرن القسمى او التام الذي يحدث من ربط القضيب بالاولاد لمنع تبولهم ايلاً في فراشهم او من امراض القضيب بحلقة لمنع الاستمناء باليد يشكل حداً فاصلاً بين الجروح والترضيخات .  
ان ترضيخ الاعضاء التناسلية الخارجيه يحدث قضاءً او من منشاء جنائى .  
وان اخف ترضيخ في الخصيه يمكن ان يسبب الموت الآتى بالنهي العصى .  
وان ترضيخات الصفن الوخيمة تحدث انزفه واسعه تحت الجلد ، تنتشر للنواحي السفلية من البطن والفخذ .

التهاب الخصيه الجرحى : عقب ترضيخ الصفن تحصل آلام شديدة 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  
نابت 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  
الخطفي او التهاب البروسبات المنزمن ، فينتشر الانتان بالطرق اللنفائية او الدفقية 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 التعديات الاخلاقية ،  
والثالث بحيث الولادة . وسنورد هنا القسمين الرابع والخامس .

ان الجروح الجنائية نادره ، واما الجروح التي تحدث قضاءً فتحصل على الاكثر  
من السقوط على الفرج والمهبل فوق اثناء بارزته ، وخاصة بأحوال سقوط الاطفال بوضعية

تباعد الساقين المائلة لوضعية التأهب لركب الحيوان . وان وخامة هذه الجروح تحدث عن الانزفة ، ككزف الناحية البظرية مثلاً 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 الرحيمي ، النوراستهنا 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 ، واحياناً 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 الجارحة 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 الموجو في العضويه ، بصوره خفيه عن حامله ، واما ان يشدد سير الداء الموجود قبلاً بدرجة لم تزعج حامله ، مؤقتاً او بصورة دائمه ، او ان يكون الداء موجوداً في الدورة الدموية او بتقطعة مجاورة للرض ، فتتوضع الجراثيم بموقع الرض ، ويظهر المرض الذي لم يكن وجوده ثابتاً قبلاً سرريباً .

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 الزائد . وشاهد يوتن ظهور السل الرضي بعد مرور شهرين عن وقوع الرض . ولتشخيص السل الرضي ، يقتضى الاستناد على الاساس الآتية :

١ — يجب ان يكون الشخص مالمالكاً 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 ، وبنسبة تباعد الاعراض المرضيه عن زمن الرض تضعف احتمالات تأثير الرض .

ذات الجنب الرضي : يحدث بمحراق الرض كالسل الرئوي الرضي وتشخيصها تابع لنفس القواعد المذكورة اعلاه .

التهاب المفصل الدرني والتهاب الحصيه الدرني : من المحتمل ظهور هذه الآفات عقب ترضيحات بسيطة جداً ( وئي ) ، كما انه يمتثل 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 .

موقف : يكون السرطان موجوداً في البدن ولكن غير مسترع نظر حامله ، فلا يظهر الا بعد العارض الرضي ؛

مشدد : يشتد سير السرطان الموجود في البدن عقيب الرض

مثبت : وهذا الشكل يتصور بثلاث صور :

١ — ان الرض يصيب الشخص وهو بحالة الصحة الظاهره وبجداً 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 المدة يجب لا تتجاوز ٢ — ٣ سنين ؛ واذا تأيد سير المرض غضون هذه المدة 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 بداء السرطان ، بناحية ساله منه ، فيسبب انتقال المرض لهذه الناحية وذلك يثبت حسب الشروط السابقة الذكر .

٣ — ان الرض يصيب شخصاً غير مصاب بداء السرطان وقت الحادث ؛ غير انه يكون حاملاً بأحدى نواحي البدن آفات مهيئة للاستحالة السرطانية مؤخراً ؛ كالندبات القديمة والمجاري الناسورة العظمية او الحشوية ، القرحات الجلديه والاندملات القديمة ؛ والاورام الناعمة الوعائية الصباغية .

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

### ( الاختناق الرحمي الرضي )

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

ان الفلج يكون رخواً اي غير متقلص ، ويحصر بقسم من احد الاطراف احياناً ، فيسمى الفلج القطعهوي ، ويكون موافقاً لمخراق 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 الفلج الدماغية والنخاعية والناشئة عن التهابات العصبية ، تستند على عدة علام تشخيصية :

حالة التغذية بالطرف او الاطراف المفلوجه، التعامل الكهربائي والعصلي والعصبي ،  
حالة الافعال المنعكسة والمصرات . وبذلك يصبح التشخيص سهلاً .  
وان التقلصات كالفلج ، تكون قطعة وية ، 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  
الام المفصلي الهبستري ، وان المفصل المنتخب لهذه الآفة هو المفصل الحرقفي الفخذي .  
وان (بريسود) لحص اللوحة السريرية والتشخيص العنصري لهذه التقلصات كما يأتي :  
لا تشاهد قطعاً بالتقلصات الهبستريه علاماً ( الارتجاجات الشبه الصرعية الحقيقيه او  
علامة الابهام ) ، فرط انتباه المراكز المنعكسه للنخاع التي تحصل بأحوال استحالة  
الحزمة الاهرامية .

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

ان المصاب بالفلج النصفى الاعتيادي يسمي لفتح راحه يده وتفریق الاصابع وتخليص  
الابهام ، واما المصاب بالفلج النصفى الهبستري ، فانه يفاجئك بقوله لالزوم للتثبيت لفتح يده  
لانه سوف لا يأتي بفائدة . واذا تظاهر بإرادته لفتحها ، تراه يلتوي بأطوار غريبه ومضحكة  
على الاكثر ، ويظهر الاشمزاز وتقطب الوجه مع تحسر وانين ، ويطبق يده بأحكام  
متظاهراً ببذل الجهد الزائد لفتحها . فهذا العرض وحده كافياً لتثبيت التشخيص التفريقي  
للتقلصات العضويه عن التقلصات الهبستريه .

سابقاً ، كان يضم هذه الاعراض الحركيه (الفلج والتقلص) بعض التشوشات الحسيه  
والعلامه الهبستريه ( 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 القطعه وية ) لم يكونا سوى نتيجة المعاينات الطبيه  
المكررة ؛ تلقن المرضى والطبيب نفسه هو الذي يقوم بالتقنين . وعندما تعلم طرق عدم

تحصيلها ، لا تصادف .  
وان الاعراض الحركية ذاتها تحدث عن تصنع او تلقين . وان العرض الذي لا يمكن  
تصنعه ، فهو ليس من منشأ الهبستريا . ولا يوجد علامة تساعد على التفريق بين الفلج المصنع  
والفلج الهبستري الحقيقي . ان الاستاذ بريسود كان يحصل بتلاميذه فلج الكنف الاختناق  
الرحمي حينما يريد .  
فلذلك يقتضي اخراج كافة الفلوج المصطنعه اختيارياً من جدول اختناق الرحم الرضي  
فتبقى الفلوج الغير المصطنعة ، ولكن هذه ايضاً ليست حقيقية لانها تحصل اما عن تصنع غير  
اختياري او عن تلقين . وهذا التلقين يحدث احياناً من قبل المريض نفسه لنفسه آتياً او  
تدريباً ، و احياناً يجري من قبل مجاورة ، على الاكثر ، الطبيب 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 التهيج الذي يرافق اكثر  
الترضيضات الجسميه . واما التهيج وحده فلا يكفي لتحصيل النوروز الرضي .  
الاعراض : لوحته السريرية متحولة جداً ، والاعراض التي سنوصفها لا تكامل بالوقائع .  
المنظره الوجهية ، يجللها اليأس والفتور وجمود النظر وثبات الخطوط الوجهية ، المشي  
يتوافق مع المنظره الوجهيه ، الساقان تكونان 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 ، يئوس 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 بملكانه العقلية ، ومن ذلك تحصل النتائج الوخيمة . في الحقيقة ان تناقص الملكات العقلية ينتهي في الاشكال الوخيمة بالعنة التام .

والتعب الروحي يبلغ درجة مترقيه ، فلا يقدر الشخص على تثبيت دقته ، ويشهرب من الجهود العقلية .

ان الارق 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 النوعين يشاهدا بكثرة ، بالاشخاص المصابين بعارض 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 لاتماثل بغيره من الامراض ولكن يجب الحذر من التصنع ، فلذلك عندما يدعي المريض باصابته بصداع ودوار وارق ، هذه الاعراض التي لايمكن

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

السير والاذنار : مختلفان :

- ١ — يشفى بمدة غير معينه من تلقاء نفسه وبدون اية مداخلة كانت ؛
- ٢ — يدوم ، بتأثير محيط المريض عن غير علمه ، وبأصولات التداوي المختلفة 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 واقعة ، وتذكر لها امثلة متعددة . وهذا مما يجعل تثبيت الاذنار وتعيين المعاملات العدليه صعباً .

### التبول الغليقوز الرضى والديابت الرضى

ان تبول الغليقوز الرضى ، يحدث عقب الترضيصات الرأسية وخاصة الجروح الوخيمه المرافقة لكسور القحف ، بعد مرور ٨٠ — ١٢ ساعة من قوع الرض وفي حالة ادمه الحياة يزول بمدة ٥ — ٨ ايام .

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

٢ — الترضيصات الشوكيه ، السقوط على النقرة والظهر والنواحي القطنيه ، الصدمه التى تقع فوق الاقسام المختلفة من العمود الشوكي المرافقة لكسر عظمي او للارتجاج وحده

٣ — الترضيصات الروحيه الجسيمه تؤثر وحدها نادراً .  
وان تأثير الترضيصات المحيطيه ، التى لا تؤثر على الجملة العصبية المركزيه ، يشكل موضعاً للجدال .

ليس للديابت السكرى الرضى دستور تشريحي ثابت ، فاحياناً لا يصادف اقل افة عصبية مركزيه ، واحياناً توجد آفات ولكنها متحولة بين الوقعة 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 بظلمة شديد وتزايد كمية البول ، يحال البول فيوجد السكر بمقدار متحول . ان الآفة تتأسس وهلة مع كافة اعراضها الرئيسية وتسير بسرعة وتزول ببضعة اشهر وحتى ببضعة اسابيع . مع ذلك يذكر برواردول وقعة او وقعتين انتهتا بالموت استثناءً .

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

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

واما الشكل المزمن الذي يبدأ بطيئاً ، صعب التفسير ، لان احتمال وجود الديابطس المعتاد يعادل احتمال حصول الديابطس 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 بالديابت قبل المرض ، او على الاقل ان يكون مالكاً صحته التامة ؛

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

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

### ٣ - الموت في الجروح

ان الموت في الجروح يحدث احيانا سريعا وحتى آتيا ، وبعضا يكون متأخرا ، فاما ان يحدث مباشرة من تأثير الجرح بلا واسطة او بمدخله عوامل اخرى ، بالواسطة .

آ - الموت السريع بلا واسطة ، يحدث بالاحوال الآتية :

١ - آفات احد اعضاء الحياة الرئيسيه ، التشنجيه 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 الخارجي يوقف القلب ويبطل وظائفه بالتنسيق ميخانيكياً ؛ 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 ميخانيكياً 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 أكثر من تحملها النزف الحاد. والغشي يحدد النزف أحياناً  
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  
واثريتان 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 الجسيمه، ولكن يحدث أحياناً عقب ضروب  
مكررة ومؤلمة بعضاً او بصوت. اي بجروح 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، وسرود بالافرازات العرقية، وتبرده، وتغير  
الخطوط الوجهية، وخدر الذكاء، وصغارة النبض مع عدم انتظامه، والتنفس السطحي  
وتبرد الاطراف وتبزل الحرارة... الخ.

ان الصدمة ليست بفشي ولا رجفان دماغي. وان عملية فتح الميت لاتعطي سوى النتائج  
المنفية.

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

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 لآخر مع الاعضاء المجاورة تحدث الموت بسرعة تزيد عنها في جروح القلب البسيطة .

يذكر توردي ، 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 توردي وقعة جرح اذنين الايسر دامت الحياة بها بضع ساعات .

ب — جروح الآلات الواخذه والواخذه القاطعة : ان جروح القلب بهذه الآلات تكون اقل وخامة من جروح الآلات النارية ومن وقائع تمزق القلب بالترضيضات الجسيمه ، وتكون مدة اقامة 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 وقعة من ٩٠ جروح القلب بالآلات القاطعة 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 والواخذه القاطعة ، 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 المجروح بأجراء بعض الحركات ، ولذلك يتمكن الناجون من اجراء الطلقات المكرره على الناحية القلبية .

تمزق القلب ، ان تمزق القلب يحدث الموت باقصر مدة ، ولا يمكن تصور اقامة الحياة بتاتاً بلاشخاص المصابين بأقتلاع قسم من القلب او كله ، مع هذا يشاهد دوام

الحياة أحياناً مع وقوع التمزقات القلبية الصغيرة والجزئية .

ب : جروح الاوعية الكبيرة : ان الموت يحدث بسرعة لسبب جسامه النزف ؛ مع هذا يشاهد أحياناً من الجريح وقوع بعض الحركات الغريبة ، ودوام الحياة بصورة عجيبة ؛ وهذا يحدث عن تقلص الجريحه او انسدادها بعلقه .... الخ .

ح : جروح العنق : ان جروح الذبح تحدث السوت الآتي ، 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 الآتي 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 يتمي بتطبيق اصول آخر لاتمام الاتحار . وقد شوهد بعض الاشخاص يسرون ويركضون عقب اصابتهم بطلق ناري مميت على الرأس .

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

جروح البطن : ان مقاومة الاشخاص في وقائع جروح البطن المميتة تستوجب الحيرة . ويدعي (بورد) 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 التخاطمي الشوكي (سيهريغوميه لي) الحاصل عقب النزف التخاطمي ... 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 ، والحمة والغانفرون : او خاص ، كالتدرن او عادي ولكنه متفرق جيداً بالسريريات ، كذات الرئة وذات الجنب والتهاب البريطون والتهاب الشفاف الخارجي ، والتهاب السحايا ... الخ

ان الموت بالاسباب غير المباشرة يكون احياناً سريعاً — ولكنه 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 المجروحين
- 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 المجروحين

معلومات عامة : ان السلطات القضائية او الضابطه القضائيه ترسل المجروحين 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 الطبيّة

المدلية تسهيلاً لمهمة القضاء في صيانة الحق العام ، فيجب اجراؤها 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 ، تحسن صنعا ، لو اوضحت بتذكرتها : شكل الادعاء ، ونوع التعدي والآلات التي ادعي وقوع الاعتداء بها ، وعدد المعتدين ، وزمن التعدي ، والناسحيه 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 حاصله 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 واوضاع المعتدى عليه والمعتدي او المعتدين المتقابلة  
... الخ عندما تطلب من الطبيب الشرعي معاينة المجرحين ، وبذلك تحصل  
اقصي درجات الاستفاده من قدرة الطب العدلي .

ان المعاينات الطبية العدلية تجرى وفقاً للقواعد الطبية العامة ، وتستفيد من  
كافة الاصولات التشخيصية السريرية الداخليه والخارجيه ؛ ولكنه جدير بالذكر  
ان الاعراض المعتبره بالمعاينات الطبيه العدليه ، هي الاعراض المريئه Objectif ،  
ولا عبره للاعراض المروية Subjectif ، التي لم تتأيد بالاعراض المريئه ؛ لانه  
كثيراً ما يتصنع المدعون او المجرحون من اوضاعاً مهلکه ، 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 غيره في السعي لتلقيين الطبيب صحة تأثر  
الجريح وخطوره حالته ؛ بل عليه ان يدقق الآثار الجرحيه والنبض والافعال  
المنعكسه ، وان يستعرض امامه كافة اللوحات السريره 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 الاتباه 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 والحدمات الدموية والجروح التي ينحصر تأثيرها بالالحافات الجلديه او العضل دون ان تمس احد الاوعية او الاعصاب الهامة ، 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 الجسيمه 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 بدأً ظهور لوحه تضيق الدماغ السريرية.  
 كما وانني اريد ان الفت نظر الزملاء الى الاعناء بتقدير مدة التعطيل التي  
 تكون اقل من عشرة ايام او اكثر، حيث يسقط الحق العام فيما دون العشرة  
 ايام، ويثبت في ما فوقها.

## 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 باختلاطاتها طيلة هذه المدة مثلاً: جرح واسع في الاقسام الرخوة يتقيح ويدوم طيلة هذه المدة ثم يبدأ بالتدب ويلتئم كما ذكر؛ او جرح يمزق بعض الاحشاء كتمزق المعدة او الامعاء، او يحدث اختلاطات التهايبه، 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 الطيبة العدلية: في مثل هذه الوقائع التي يشاهد فيها اصابة الجريح بنزف يهدد حياته عاجلاً؛ او يمزق 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 وتطيل 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 المدلية لهذا النوع من الجروح دقيقة جداً ، تحتاج لإيضاح 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 الخصية السلي) وداء السرطان الجرحي ؛ او عصبية ( كأختناق الرحم الجرحي، نوروز الجرحي)؛ او اغتدائية ( كتيبول الغليقوز والديابت الجرحي) .  
المعاينة الطيبة العدلية :

قطع العصو : ان وقائع قطع العضو من منشأ جنائي نادرة الوقوع ، وانني لم اشاهد لها مثالا ؛ ولكن شاهدت وقائع مكررة من منشأ عارضي ، دهنساً 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 العينان ... الخ .

وفي الازمنة القديمة كانت تقع هذه الاعمال من منشأ تشريعي ، كما هو في الشريعة الاسلامية قصاصاً في الاحوال الجرمية ، مثلاً تقطع يد السارقين ويقطع عضو المجرم ، مقابل عضواً قطعه لآخر .

وتشاهد هذه الوقائع في حروب اهل البادية ( غزو ) ؛ وتشاهد ايضاً بالجروح الانفلاقية حيث تتأثر 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 الجاذبية 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 ناري .

وان الكسور من منشأ قضائي تحدث بوقائع الدهس وعوارض الآلات الميخانيكية ؛ واما الكسور العارضية فانها تحدث من سقوط الشخص بنفسه ؛ ولكن الكسور الحاصلة عن اسقاط الشخص من قبل آخر تعود للمنشأ الجنائي .

المعاينة الطبية العادية : ان الشخص يأخذ وضعية ملائمة حسب وضع الكسر في اطرافه او جذعه وان الكسر يظهر لاول وهلة لناظره بأخفاف او انخفاض العضو عن وضعيته الطبيعى .

ان الكسور يرقها 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 الجراحية الخارجية ووضعية الكسر العظمي ، اما بالنظر ( في الكسور المكشوفة ) واما بالاشعة المجهولة ( في الكسور المستورة ) .

ان الكسور العارضية ليس لها قيمة طبية عدلية ؛ وقيمة الكسور القضائية

الطبية العدلية ضئيلة ولكن للكسور الجنائية قيمتها الكبرى بنظر الطب العدلي ؛ وعليها يدور محور المادة ١٧٧ من قانون الجزاء .

ان الكسور العارضية تحدث من سقوط الشخص بنفسه ، من ارتفاع بدنه او من محل مرتفع ، او من الدهس ، او العوارض الميخانيكية بالآلات الصناعية ، وهذه سهلة التفريق ، من اوصاف الآثار الجرحية الخارجية ، التي ترافقها على الاكثر ، من الكسور الجنائية ، التي تتميز بأصاف الآثار الجرحية الخارجية ، ووضعية الكسور . فعليه يقتضي تعيين منشأ الكسور بالنسبة الى الآثار الجرحية وليس للأدعاءات ، 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 الغليظة اي الغير القاطعه على فخذه وكسره . فالطبيب المعين الاول في القضاء يصرح في تقريره بعدم مشاهدته آثار جرحيه خارجيه بتاتاً ، فاجريت معاينته بالاشعة المجهولة وتبين ان الكسر واقع في القسم المتوسط من الفخذ بمحاذاة انحنائه الاعظمي ؛ ولدى الاستفسار افاد المغدور انه كان يوم وقوع الجرم لابساً نفس العباءة التي كان مرتديها اذ ذلك ، والعباءة ذات نسج كثيف تمتد الى محاذاة الانثناء 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 اشد قوة ؛ وكان ظهر الآلة القاطعة الرادة (السيف) المذكور بتأثيره القوي على وجه الفخذ الخفي ، لا بد له من احداث تأثير شديد لتوليد الكسر ؛ وكان هذا التأثير الشديد لا بد له ان يحدث تأثيراً خارجياً خاصة بالنظر لضيق سعتة ؛ فعليه وبالنظر لما سبق ذكره يستبعد حصول الكسر مباشرة كما يدعى ؛ وبالعكس ، بالنظر لانه 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 ، وبمعاينته 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 . وبأنشاء المحاكاة في محكمة الجنايات ، بدعي جانب الدفاع ان المتهم لم يضرب الغدور ولم يتصل به بتاتاً وان المنازعة بينهما كانت منحصرة بتوارص الكلام فقط وان يده مكسورة قبل بضعة ايام اثر سقوطه من اعلى شجرة ، بينما كان يتطلف اوراقها لاطعامها للماعز ، وانه كان رابطاً يده يوم المنازعة . ولما سئل رأى اجريت معاينته بالاشعة المجهولة فشاهدت المحرقات الكسرية في ملتقى الثلث العلوي مع الثلث المتوسط في عظم ازند ، وملتقى الثلث السفلي مع الثلث المتوسط في عظم الكعبرة ؛ وكان الاندمال واقماً . وعليه سئلت من المحكمة عن افادة الغدور عن ميخانيكية الضرب ونوع الآلة المضرور بها ، فأجبت ، بان الشخص يفيد ، ان الآلة هي عصا للكلب اصابته على ظهر ساعده بينما كان رافعاً اياه ، وبرز لي عصا بقطر ٢ — ٢ ، ٥ سانتيمتر وبطول ٧ سانتيمتر تقريباً ، تماثل الآلة الجرميه . فعسلي ذلك قررت « بالنظر لمواقع الكسر يرجح ان يكون الكسر من منشأ سقوط » ، من

حيث توافق المحرقات الكسرية للنقاط الاكثر استعداداً للالتواء من العظمين، كما هي الحالة بالسقوط على راحة اليد، ومن حيث محاذاة المحرقات الكسرية بأحوال الكسر بلا واسطة كما هي الحالة بالكسر بأصطدام الساعد بيد ما نولة 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 والفتخ 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 يتمطل 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 مايزيد عن الخمسة سانتترات ؛ او جرحه واخذه نافذه في طبقات كرة العين ، تنهي 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 الشعبة 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 جسيمة . فيكون النقص كضور العضلة المربعة المنحرفه المذكوره اعلاه  $\frac{1}{11}$  من وظائف الطرف العلوي الايمن جزئياً ؛ او كالتصاق المفصل الكتف التسم بنسبة  $\frac{1}{11}$

او كنقص في القوي السمعيه عقب التهابات الاذن المتوسط الجرحيه  $\frac{٥}{١١}$   
جسماً .

فعندما يكون النقص جزئياً فلا يمد تعطيل عضو ويخرج عن نطاق احكام  
الماده ١٧٧ من قانون الجزاء ؛ ولكن عندما يكون النقص جسماً فيعد  
تعطيل عضو . وبالتطبيقات تصادف في تحديد حدود النقص الجزئي او الجسيم  
صعوبة كلية ؛ فالى اي حد يمكن عده جزئياً ومن اي حد يجب اعتباره  
جسماً ؟

لقد حدد المفسرون حدوداً مختلفة واتفقت اكثرهم على نسبة  $\frac{٣}{١١}$   
فا فوق لتقرير تعطيل العضو ، ولكنني 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	ضياغ البصر تماما
١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	ضياغ طرفين من الاربعة ايا كان اتحادها
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	ضياغ الطرف بكامله
٥٥-٤٠	٢٥-١٥	٣٥-٢٥	٣٥-٢٥	ضياغ كامل القسم تحت المرفقة
٣٥-٢٥	١٥-١٠	٢٥-١٠	١٥-١٠	ضياغ اليد
٢٥-١٥	١٠-٥	١٥-١٠	١٥-١٠	ضياغ الابهام
٢٥-١٥	١٠-٥	١٠-٥	١٠-٥	ضياغ السبابة
٢٠-١٥	١٠-٥	١٠-٥	١٠-٥	ضياغ المتوسط
٦٥-٤٠	٣٥-٢٥	٥٠-٤٠	٥٥-٤٠	ضياغ البنصر
٤٠-٣٠	٢٥-١٠	٤٠-١٠	٤٠-١٠	ضياغ الخنصر
				التصاق مفصل الكتف التام
				التصاق مفصل الكتف الغير التام حسب درجاته

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

٣٥-٢٥	٦٠-٤٠	٣٠-٢٠	٣٥-٢٥	بتر كافة اصابع القدم
٢٠-١٥	٤٠-٢٠	٢٠-١٠	٢٠-١٥	ضياح ابهام القدم
٣٥-٢٥	٦٠-٤٥	٣٠-٢٠	٣٥-٢٥	التقصير العظيم لاحد الاطراف السفلية (اكثر من ٥ سانتيمترات)
٢٥ لحد	٤٥ لحد	٢٠ لحد	٢٥ لحد	التقصير الجرجي لاحد الاطراف السفلية (اقل من ٥ سانتيمترات)
				حسب درجاته
٤٥-٣٠	٨٠-٦٠	٤٥-٣٠	٤٥-٣٠	التصاق المفصل الحرقفي الفخذي التام
				التصاق المفصل الحرقفي الفخذي الغير التام حسب
٣٠-١٠	٦٠-٤٠	٣٠-١٠	٣٠-١٠	درجاته
٣٠-٢٠	٦٠-٤٠	٣٠-٢٠	٣٠-٢٠	التصاق مفصل اركبه التام = = = الغير
٢٠-١٠	٤٠-٣٠	٢٠-١٠	٢٠-١٠	التام حسب درجاته
٢٥-١٠	٦٠-٤٠	٢٥-١٠	٢٥-١٠	التصاق مفصل المرفق التام
١٠-٠	٤٠-٣٠	١٠-٠	١٠-٠	التصاق مفصل المرفق الغير التام حسب درجاته
٤٠-٢٠	٤٠-٢١	٤٠-٢٠	٤٠-٢٠	ضياح احدى العينين 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 يتهي 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 الثيابة 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 رضوي .

مشاهده : ادعت الامراة ..... بأن زوجها ضرب من قبل الشخص .... على رأسه بمصا قبل شهرين ، وعلى اثر الضرب حصل معه عارض جنوني ، افقده رشده واقعدته 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 المدعى 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 انقضاء ان يكونوا حريصين على طلب الايضاحات الضرورية لحل القضايا ، والاعتماد على التقديرات 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 المعلولة 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 ؛ وتعتبر 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 الماده ١٧٤ من قانون الجزاء )

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

آ - 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 تتهي 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 ( فلعمون ، 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 ومباشرة : ان ممارسة الطب العدلي بهذه الوقائع دقيق جداً .

١ - تارة لا تظهر على المغدور علامٌ اخطار الموت السريع ، بل يظن الناظر ان امامه شخصاً مصاباً بجرحه بسيطه ، حتي اذا كان الطبيب العدلي او الحبير 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 . وبعمية فتح الميت شوهد كسر في العظم الصدغي الايمن وعلقة دموية جسيمة فوق السحايا مرافقة للمحراق الكسري ، فعليه تحتمق 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 الحاة 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 المعايينه ، وتدقيق الآثار الجرحيه بكل اهتمام اذ كل اثر للذهول من هذا القيل يكون له تأثيره السيء على الحق العام .

٢ - تارةً يشاهد المغدور ممدداً في فراشه فاقد الحركة دون ان تكون على جسده آثار جرميه ظاهره ؛ ويدعي انه سقط فاقد الحركة عقب ضربة اصابته على رأسه او بطنه ... الخ . فيجب على الطبيب العدلي ان يضع نصب عينيه كافة علائم الغشى واعراض السبات وان يتجراها بكل دقة ، اذ يتبين له التصنع والتمارض من الحقيقة ؛ وتقريب 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 وتفسه شخيراً ، والاجفان العلوية منطبجة ومتكدمة وبحوافها 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 السريره ، 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 خصبته 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 ؛ فحقنته 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 تأله وضربه ، ولكن دون ان يكون هنالك اثر مشهوداً للضرب . وان التصنع من هذا القبيل ليس من الوقائع النادره .

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 ابتدائياً فشاهدت علقات دموية جسيمة سائرة للساعد المروح 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 منفصلاً ، لذلك لا نرى لزوماً للعودة اليه .

على اني اکتفي بالتنبية 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 المسببة للموت، وبعمليات فتح الميت تظهر نتائج معاكسه لما سبق بيانه قبل الموت .

مشاهدة - امرأة اصيبت بعدة جروح من قبل زوجها وسقطت على الارض تنحبط

بدمائها ، فنقلت للمستشفى واستعفت ابتدئياً ، وامتلكت بعض شعورها الا انها لم تقدر على التكلم بسبب قطع شريان الشزن باحدى الجريحتين الرقبية ، بل كانت تعطي الاجوبة بالاشارة 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 متلي 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 بعلاًم جرحيه وخيمه حين حدوثها وتمتد بها الحياه مدات مختلفه تنتهي بالموت كما فصلنا ذلك بمبحث امتداد الحياه . فعليه يجب تثبيت الآثار الجرحيه الأولى بالمعاينه الاولى ووضع الجريح تحت المشاهده (معاينه ثانية) طيلة مدة تحول صفحاته المرضيه الجرحيه ، حتي اذا استقرت حاله على شكل تكون مدة تمديد الحياه معه ، لا تحيطها حدود التخمين ، كالترحه 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 ، والحمة 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 الجرهم ، 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 ، بظلمة من مخفر منطقة ، لمعاينته ، وكان مصاباً بجرح واخذ قاطع بطول سانتيمتره في الناحية الشرسوفية لم يظهر اقل ازعاج منه ؛ فبمعاينته لم اتمكن من تعقب سير الجرح ، وذلك بسبب تكتمش الانسجة بطبقات جدار البطن بدرجات مختلفة وانحراف سوية الفوهات الجرحية بعضها عن بعض ، كما ان الجريح لم يمكنني من معاينته كما يجب ، لانه كان مستعجلاً للذهاب لاخذ انتقامه بئد من جارحه ، فوضعت تحت المشاهدة اثني عشر ساعة ، ولم تنقضي 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 الأساسية والاختلاطية بصوره مفصلة واضحة وتفسير تطوراتها المرضية واستنتاج سبب الموت وشكل حدوثه .

### الكشف على الاجساد الميتة

تدعو السلطات القضائية الطيب 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 طويلة تبلغ الاشهر او السنين .

### الكشف عقب حدوث الموت حالاً

في هكذا وقائع يجب على الطيب 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 الازفة الخارجية والداخلية الجسيمة،

والانصبابات الواسعة في الشغاف القلبي الخارجي والتهيج .... الخ .

٢ - بوقائع الاختناق الميخانيكية او السمية .

٣ = بحوادث ابطال الحس الصناعي .

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

الموت الحقيقي : ان علائم الموت الحقيقي هي : استرخاء المعصرات، وتوسع

الخدقات ، وتشكل سحاب زلالي Toile فوق الطبقة القرنية ، وفقدان

السهالة او النفطات عقب الحرقه الجلدية ، وفقدان الضربات القلبية (بالاصغاء)،

وتحربة ايكار النفسى . ( يؤخذ ورقة بيضاء ويكتب عليها بمحلول خليت

الاسرب المعدلة « ١٠ غرامات بعشرين سائمترة 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 ينفشر

الا من الاموات .

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

مع ذلك عقب هذه العلام الآتية تظهر علام الموت المتأخرة . وهي :  
تبرد الجسد . والكباوة الميتية . والصل الميتي . وفقدان مقابلية 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 الأثر فاقد الحس  
والحركة . ودام النزف حتي خيل للناس حوله ان الشخص قد توفي؛ ومن  
ثم حضر موظو الشرطة واعلموني بالقضية . فلما وصلت كانت الناس تترحم  
عليه واقاربه يطلبون استلام الجسد . ولدى معاينته شاهدت بحيرة دموية  
جسيمة تحته وساعده 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

للصعل الميتي ، يكون الموت واقعاً حديثاً ، اي منذ مدة وجيزة ؛  
 ب - اذا كان الجسد مضيعاً حرارته اي متبرداً ، وبحالة ابتداء الصعل ،  
 يكون الموت واقعاً منذ بضعه ساعات ، وعلى كل اقل من يوم ؛  
 ب - اذا كان الجسد متبرداً والصعل 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 الحادثه بعد الموت على الجسد : ان هذه الجروح تحدث  
 عارضةً او عمداً .

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

١ - الجروح التي تحدث في الدورة الفاصله بين الحياة والموت ، والتي  
 يسميها الآمان (الجروح النزعيه ) ، حينما يفاجأ الشخص بضياع شعوره آناً  
 من اصطدامه بموضع 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 انصاع المادي ، بشكل اكليل نصف  
دائري صغير ومتيبس ؛ وبالا جساد الباقية في الهواء الطلق تشاهد هجمات الجراح  
والممل .

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

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

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

على التقريب ، وبالشق يحس برأحه المساده المزرقه الميزه ؛ والدلك يحدث صفحات متيبسه في القسم الامامي من الصدر ، حين اجراء التنفس الصناعي ؛ والقصد يتميز 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 : علامٌ نديبه ، التصاق شفقي الجرح بمبايع النصف 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 - علامٌ خاصه عرضيه غير ثابتة ؛ ٢ - علامٌ عامه . تستخدم بكافة الوقائع .

العلامٌ الخاصه - ان العلامٌ 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 الجذرع الوريديه 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

محراقات رؤيه 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 ، متحترأً او لا يزال مائعاً 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 اشكالاً 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 أثراً .  
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  
مباشرة ، وعليه لا يمكن للدم الوصول الى الجرح الخارجي ويكون كذلك  
عندما يصاب القلب او الابهر اصابة وخيمة ، كأن يتمزق او يقتلع ... النخ  
(بوقائع الدهس ... مثلاً) ؛

٦ - عندما يكون الرض مرافقاً لارتجاج دماغي او لصدمة ، تشل  
حركة الدوران مباشرة ويتمتع 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 ، اى 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 ، البلورا ، البريطون ) ؛ وفي الانسجة الحشوية ؛ وفي النسج  
 الجبروي ، اي النزف الحثالي 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 ، وتضيق 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 بالوعية ؛  
 وعندما لا يسادف النزف مانعاً ينصب في احد الاجواف المصلية المجاورة ،  
 كما يحدث في جروح الكبد في النسج الجبروي المجاور ، او كمحيط الكلى مثلاً . ان  
 الدم المرشح 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 الحجرية 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 فانه 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 الحجروي 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 بالمكس سواء 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 ثباع 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 رقيقة 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 مائعاً وكذلك الدم المنصب  
للأجواف البلورائية يبقى مائعاً قسماً ، وفي شغاف القلب الخارجي استثناء .  
ومقابل ذلك فالدم الخارج من الاوعية بعد الموت لا يتحثر ، قاعدة ، ولكن  
هذه القاعدة ليست مطرده .

وقد ثبت بالتجارب والمشاهدات العديدة ، وخاصة بتجارب بايلور على  
على الاطراف المتبورة حديثاً ، ان الدم المنصب من الاوعية بعد الموت ، الى  
الخارج ، او للأجواف الداخلية ، حتى بوقائع الاختناق ، أما 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 والعضلية متباعدة ، والجروح مفتوحة . وهذه الخاصة تتحول حسب النواحي (اذ تكون في العنق بدرجةها العظمي وفي الجلد المشعر والظهر بدرجةها الصغرى ) ، وانواع الجروح ، اذ انها في الجروح القاطمة 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 وتناقص 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

وحوافيها وقرعها ملوثان بدم متحتر؛

ب- انصباب دموي جسيم في جوف مصلي؛ وان عدم تحتر هذا الانصباب في الاجواف وتحتره بحالة كتلة جسيمه في الشفاف 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 وندج بالانسجة جيداً، والجرح بمنطقة خارجة عن مناطق الركود؛ تدل على حصول الجرح بزمن الحياة او بزمن النزاع، 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 شوهده 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، اتحاراً 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 لا آخر بنفسه ، فعندما يكون ممكناً ، يتصور احتمال الانتحار ، وبعكس  
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 قاعدة ؛ ولكن لا يمكن نفي الانتحار ؛ اذ  
يشاهد بوقائع الانتحار ، قدرة المنتحر على الاتيان بافعال متأخرة ، كرمي  
السلاح او وضعه بشكل يدل على منشأ جنائي ، احياناً .

ان تدقيق محل الجرم ، وضبط الدلائل ، هي من وظائف الضابطة القضائية  
او القضاء ، وموظفي الادلة القضائية بالاحرى ، اكثر من الطبابة  
العدلية الخاصة ، غير ان لمعاونة الطبيب العدلي الممارس اهمية عظيمة .

مشاهدة : دعيت لمعاينة صبي بسن السادسة من عمره وجد مقتولاً  
وملفوفاً بقطعة من الحصير في احد الازقة غير النافذة : فبمعاینته شاهده  
مذبوحاً والدم متحتر ومتيبس على الجسد والثياب ولكن لا اثر له في الارض  
المرتکز عليها ، ومن ثم دقت هذا الطريق غير النافذ فلم اشاهد به اثرًا 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 احد هم لطخات دمويه في باب احدى الدور ، وبدخول هذه  
الدار ، شاهدنا عمل بناء وكافة الآثار الجرميه : بحيرة دمويه خاصة للذبيح ،  
وحبل البئر ملوث بالدم ، ولباس الطفل ملوث بالدم المنسول ، وارباق تنك  
يده ملوثة بالدم ، وباب الدار ملوث بالدم من الداخل . وعليه الي للقبض على

الشخص المشتبه به ..... الذي كان وقتئذ يشتغل بمحل عمله ، واعترف بأرتكابه جرم القتل بعد اقتراسه الطفل ، ليسترجعته الاولى اي هتك عرضه . مشاهده - وجدت امرأة مقتولة بغرفة وبجوارها آثار ثلاث اقدام مدممة ، وواحدة منها خاصة بقدم امرأة ، فأخذ انطباع قدم الامراة لم يظهر مماثلاً . فوجهت الشبهه الى امرأة وشخص يقيمان في ذات المكان . واخذ انطباع قدم الامراة فجاء مطابقاً تماماً وثبت الجرم على هذه الامراة (تايلور). مشاهدة : حدث جرم بدار ، وشوهدت انطباعات دمويه تتصل بدار مجاورة لها وبتدقيق هذه الانطباعات المدممة ، 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 اشتهبه من امرها وتبين بالتحقيق انها انطباع اقدام الطيب الذي دعي للاسعاف حين وقوع الحادث .

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

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

مشاهده : شخص اتحر بطعنه موسى 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 .

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

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 الاتحار .

مشاهدة : دعي ( بهتروورنوم ) لغند امرأة ، فشاهاها واقفة وشريان

شزنها مفتوح ، وماسكه 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 قاصداً الانتحار ، ماسكاً سكين جزار  
من مقبضها باحدى يديه ومن نصلها 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 .

أ - 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 للانتحار 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 ، اعنى الرأس والعنق والناحية قرب القلبية . وان الطلقات النارية توجه للرأس ( الصدغين والقم ) والى القلب ، والآلات الواخذه والواخذه 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 الواخذه 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 الاستثنآت 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 يكتسب اوصافاً خاصة وحتى مميزة ؛ وشاهد ما شقا بحادثه من هذا القبيل ٢٨٥ 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 المميتة .

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

مشاهده - يذكر هو فنان حادث 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 ، بالمعكس ، عندما تكون الجروح متعدده تتوزع عادة 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 المميّة 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 انطباع دموي 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 ويطنن 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 قضاء .

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 التأثمين ، او المأخوذين على حين غرة من الخلف ، وبالعكس ان فعل الذبح من الخلف سهل .

وفيما عدا العلامم العامة لتشخيص الجروح ذبحاً او انتحاراً . يذكر بعض علامم مميزة خاصة ، وهي :

١ - وضعية الجرح وموقعه : يقال ان المنتحر يجرح نفسه جرحاً متوسطاً بقصد فتح المجاري التنفسية ، واما القتال 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 القتال فيحدث جرحاً افقياً ، او منحرفاً من الاسفل الى الاعلى . ولكن عندما يكون القتال 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 مرار عديدة داخل الجرح نفسه وبأستقامات مختلفة، عندما لمس الاوعية الاساسيه بالجرحة الاولى ؛ ويمكنه أيضاً 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 الامامي للعنق ويفتح الاوعية ، ينتج عن فعل القتل اكثر منه انتحار . وان اتحد الذبح مع علام غيره من سوء 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 ذبجاً  
 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 الذبج تدل على انه يحتاج  
 لعمليات مكررة ، فتصبح الوقعة مشتبهاً بها ؛ كما انه يجب الذكر ن المذبوح  
 بوقائع القتل يمكن ان يمد يده 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 قريباً 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 الذبج 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 الأرجحية لجانب الانتحار .

ت - قطع الشنايا المفصليہ : ان جروح الآلات القاطعة في الشنايا المفصليہ 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 ، سيات 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 المفصليہ 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 المفصليہ .

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 بحده القاطع وبظهره على جبهتها ورأسها حيث اضاعت شعورها وتوفيت من تقيح الدم .

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

حادثة ريمبولت : شخص ضرب نفسه عدة مرات على رأسه بحد الساطور القاطع ثم صرق بدنة بعدة جروح ، واختتم عملية انتحاره بالصلب .  
حادثة اوليويه : شخص ضرب نفسه عدة ضربات بحد 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 ؛ و غرابة السلاح احياناً ؛  
و تمرکز الضروب في الرأس ؛ و عدد الجروح التي تكون قليلة الوخامة  
بأنفرادها ؛ و الخلاصة اشتراك غيرها من اصول التخريب بأنهاء عملية الانتحار  
اعتيادياً .

٣ - جروح الآلات الواخذه و الواخذه القاطعة :

تحدث جنائياً او انتحاراً و قضاءً نادراً .

آ - ان الآلات ذات الساق الاسطوانية او المخروطية ، كالابرة و الدبوس  
و المحرز ، و المسامير تحدث جروح عرضية خفيفة اعتيادياً ، اذا لم يحصل بها  
اختلاطات . و استعمالها بالوقائع الجنائية نادر جداً ، اذا استثنت حوادث  
قتل الوليد .

وان الانتحار بهذه الآلات نادر الوقوع ، و يذكر حادثة الآميرال  
( ويلنوو ) الذي انتحر بأدخال ابرة في قلبه على اثر مغلوبية في ( ترافالغار ) .  
و على الاكثر ان الانتحار بهذه الآلات ، هو خاص بالمجانين .

و يذكر حادث ابله ادخل خمسة مسامير في جمجمته ، دون ان يحصل  
اقل تشوش وظيفي .

و يذكر الدكتور ( سيزاره ) حادثاً غريباً للغاية ، وهو ، بعد ان فشل  
مجنون بالانتحار بالسكين ، ثقب صدره في الناحية القلبية بقشور خبز يابسه  
و متصلة و مقطوعة بشكل قلبي ، و بأعواد 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 يتراكم 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 الحلمي 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 يضره ؛ 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 ، يكفي 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 الجرح الخارجية بسيطة . ولكنها نافذة للقلب ومضاعفة بسمك البطن الايسر . وهذا النوع من الجرح يحدّه القصابون ، وذلك بأغمد السكين الى قوس الاهر او

القلب وسحبهم اياها دون ان يخرجوها من الفوهة الجلدية وبأغمارها 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 المألوفة والاجهزة الغريبة الانواع ، تدل على الانتحار . يذكر هوفمان ان شخصاً استعمل مفتاحاً جسيماً كآلة نارية ؛ وشخصاً آخر ثقب قطعة من ماكينه 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 صدمة متبسة ( پارشه مينه ) وانكسرت  
الغضاريف الضلعية ، وتمزقت البطينات القلبية وامتلاء الشغاف الخارجى  
بنزيف يقدر بنصف ليتره .

موقع الجروح : للأنتحار بالآلات النارية نواحي منتخبة ، فلاجل اليماني  
الصدغ الايمن واليسارى الصدغ الايسر ، وللجميع الجهة والناحية القرب  
القالية 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  
هوفمان وقعة انتحار بطلق على الناحية القفوية وذلك امام عدة شهود في  
حديقة قهوة .

عدد الجروح : ان تعدد الجروح النارية كما هو في الآلات الواخذة والقاطعة  
... الخ يبنى ففكرة الانتحار . ان تعدد الجروح بصورة غريبة تدل على  
الانتحار ، خاصة في النواحي المعروف انها مميتة ؛ كحادث ( ترهلا ) ، وهو شخص  
اطلق من مسدسه في كلا الجانبين من النقرة ؛ وكحادثة هوفمان ، وهي ضابط  
اطلق طلقتين من مسدس واحد في كلا الصدغين .

ان تعاقب الطلقات النارية بوقائع الانتحار ممكن ، حتى في النواحي التي  
يظن بان الطلق الاول يجب ان يمنع وقوع الطلق الثاني ، اعنى على القلب

والقحف . ولكن عندما نلاحظ احتمال امتداد الحياة بالجروح المهلكة ، كما سبق ذكرها يسهل علينا ايضاح هذه الافعال ؛ وما عدا ذلك فان سهولة تكرار الطلقات بالاسلحة الحديثة تساعد على تعدد الطلقات .

ان الاسلحة القديمة التي يجب حشوها بعد كل طلق لاتساعد ، او تكون اقل مساعدة من الاسلحة الحديثة ، على ايقاع الطلقات 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 والشفاف الخارجى وجدار البطين الايمن الامامى .

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 الصدغى ، ويشاهد بوقائع الانتحار ايضاً ، اتحاد جروح القحف مع الجروح القلبيه ... الخ . ويذكر هوفمان : ضابطاً عجوز انتحر بخمسة طلقات

نارية ، الاولى تسطحت في الجبهة ، وتثبت 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 اصابت الناحية القرب القلبية واجدهما مزرق الرئة اليسرى ، والاثنان  
الآخران 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 الترمويه  
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 - العلامُ الخاصه : ان هذه العلامُ ، 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 تلقى صباغ خاص يوضع على اليد لتمثيل صباغ البارود بقصد الاغفال وانه شاهد وقعه من هذا القليل . 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 اوانه . ويذكر هوفمان : مشاهدته بحادثة انتحار على الصدغ اليسر ، جرحه مرمى 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 اشبهه 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 (بوزه 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 بينها ، 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 ، فنسهل 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 تتترك اثارها ظاهرة على البدن .

ب - دهس : *Dehsh* .

ان الدهس ، يكون ، عادة ، قضاء او انتحاراً . والامر الهام في هذه القضية ،  
هو اكتشاف ، طبيعة الدهس ، والتحري عما اذا كان مصطنعاً لستر  
جرم .

ان اكتشاف آفة مميتة غريبة عن الدهس تنور القضية ، ولكن يجب  
التذكر ان الانتحار بالدهس يكون ، على الاكثر ، متمماً لغيره من افعال  
الانتحار ؛ وان الآفات الوخيمة ، القحفية او القلبية ، لا تمنع امتداد حياة  
شخص مدة كافية لذهابه لا كمال الانتحار بتعريضه نفسه للدهس .

غير ان الامر الواجب اجتنابه ، هو قبول آفة دهسية حاصلة بعد  
الموت ، كالات الحقيمية 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 نارى؟  
ان تفريق الاسلحة المحدثة للجروح سهل ، الا فى الاحوال الآتية :  
تمائل الجروح الراضة فى المحافات القحضية 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 المغدور ..... ، للمرة الثانية، بنساء  
على الاستدعاء المقدم من اب المغدور ، القائل ، بأن الكشف الذى جرى  
عقب الحادث من قبل الاطباء ..... و ..... ، القائل بان الموت نشأ عن جرح  
قاطع ، هو مخالف للحقيقة وان ولده ، قد قتل بمرمى نارى من نوع الماوزر  
من قبل ناطور ارض القماء ، وان الموقوفين المتهمين بجرم قتله بآلة قاطعة ،  
ولديه وابناء عمه ، ليسوا بالقائلين البته ، وعليه يطلب اجراء الكشف ثانياً .  
فبالكشف شوهدت جريحة نارية بيضية فى ناحية الصدر اليسرى ، وبأجراء  
عملية فتح الميت استخراج المرمى من سمك العضلة تحت الشوكية للكشف  
الايسر متوقفة باصطدامها بالنتوء الغرايى . فلما اخرجت المرمى ، الحاص بالماوزر

وسلمته لحاكم القضاء ، تعالي صوت زغاريد السناء ونبذت الاتراح بالافراح  
في القرية ، لظهور برائة اخوي وابني عم القتل 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 انمذ واخرج من البدن قبل بدأ النزف .  
ولكن يجب تلقي هذه الوقعة كوقعة استثنائية نادرة الوقوع ؛ اذا لم يكن  
السلاح ممسوحاً ، اذا لا بد للسلاح الجارح ان يتلوث بدم المجرور ، وذلك  
بنسبة جلانه 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 للانخفاض والتقلص ، كما هي الحالة في جروح لاقاساني الآرمو

نيكيه ... الخ Plaie en Accodéon de Lacassagne .

غير ان القضية بجروح العظام والصفاقات، اي النسج الغير القابل للانبساط والتقلص ، تكون اكثر وضوحاً والنتيجة اقرب للحقيقة .

ويجب الاعتبار ، بالعاقبة الوخيمة التي فوجئ بها احد الخبراء ، حيث صدق على حدوث جرح بسلاح كامل وسالم ، بأخراج 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 ، وبدقيق 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 اللية التي القبض على احد المشتبه بهم ، وهو في داره وبحالة  
السكر ، ولم يعثر على اماراة 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 أثناء 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  
الحرقي 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 مزقت الابهر بنفوذها من  
انسي عظم الكتف الايسر .

استقامة الجرح ومسيره : ان استقامة الجرح بوقائع الاسلحة القاطعة ، ومسيره  
بوقائع الاسلحة الواخذة 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 ؛ واقترقا ؛  
 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 قاضى 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 عندئذ انها ضربتا وهما في حالة النوم ، ثم افاتقا ور كضتا نحو الباب للفرار فوهنت قواهما بالنقطة التي وجدنا فيها فسقطنا 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 يهدام 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 اصبحت بعشرين جرحه ، وكلها متمر كززة في النقرة على التقريب ، وحصل منها نرف جسيم ، واخيراً ضربت بطعنة في ذات القلب ، ولم ينزف هذا الجرح الا جزئياً ، مع ان القلب وجد فارغاً ، فعليه لا يمكن الاشتباه بان الجرح القلبي احدث بعد الجروح الرقية .

ب - ان الآلة الجارحة عندما تحدث جروحاً متعددة تتوي وتشكر 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 ثلمت 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 متصابتان ، تقرب شفتا كليهما ، ويعين تابع حصولهما ؛ عندما تقرب شفتا الجرح الاول ، تلتصقان بصورة طبيعية ، وتلتصق شفتا الجرح الثاني مع انحراف في محوره؛ وعندما تقرب شفتا الجرح الثاني لا تقرب شفتا الجرح الاول .

هـ - عندما تشكر قبة الجمجمة بطلقين نارين او بضربتين رضيتين الواحدة تلو الاخرى يشاهد شعاكات كسرية عن محراقين كسريين ، وان الشعاكات تكون كاملة بالطلق الاول وغير كاملة بالطلق الثاني ، لان انتشارها يتوقف



بالشعاعات الكسرية الاولى .

و — ان جروح النزاع 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 الامراة ( 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 الامراة ، فحقد على معلمه لسكوته ، وقتل الجميع ليلاً ، بينما كانوا نائمين في غرفة واحدة .

ب - ان الجروح المتعددة المحدثة بأسلحة مختلفة تدل على تعدد المعتدين عامة ، ولكنها ليست بقاعدة مطلقة . ومثالاً لذلك أسرد قضية مقتل الدوشس پارسلن من قبل زوجها الدوق دوپارسلن سنة ١٨٤٧ : اذ شوهد في الجسد اكثر من ثلاثين جرحاً في الرأس والعنق واليدين ، تظهر بثلاثة أنواع مختلفة : ترضيحات 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 وخنجرأ كورسيكياً ، وكان يستعمل الخنجر تارةً بجده 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 مثالا لتعدي المعتدين . فعليه على الطبيب العدلى ان يعتني بأخراج المرامي النارية من الجسد بتامها وبسليمها 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 القضائي .

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 تأشيرته وتفرده بأحداث الموت بصورة ثابتة . ولكن عندما تكون الجروح المميتة متعددة يصعب كثيراً اعطاء الجواب ؛ لان اطلاعاتنا ضئيلة ، على وخامة الجروح النسبية والمطلقة ، وامتداد الحياة الذي يعقبها ، ودرجة حظ الشفاء بالعمليات الجراحية بالوقت الحاضر .

فعل الطيب العدلي ان يهيئ اجوبته بكل تحفظ وفقاً للقواعد الآتية :  
 آ - الاطلاع على زمن حصول الجروح المميتة، وتقدم الواحد على الآخر وحدث 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 حاضرة 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 البطنى - 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 ناراي على القلب وآخر على  
العحف ؟ 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 منها يزيد اخطار الاخرى .

#### ٨ - بأي آن اصيب المجرور 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 الجرحة ؟

ان هذه القضية لا توضع على بساط البحث ، الا بالقضايا التي يكون بها امتداد الحياة واقعاً ، والوصول الى نتيجة قطعية صعب جداً .

يمكن للطبيب ان يقرر ، ان الجرحة حديثة ( غير متندبة ) ، او متندبة حديثاً ( ندبة حمراء ... الخ ) ، او 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 . ( آستلاي كوبر ) بوضوله سنة ١٨٠٦ الى ( 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 اليسر 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 القتال امام المقتول او خلفه وتجارب 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 تورذاته ، يستعملون ايديهم اليميني واليسرى وهم من اليساريين الخفيين .

يستدل من تدقيق الجرح او الجروح ، احياناً ، على مهنة القتال ؛ مثلاً ، وجد شخص على الطريق ، مذبوحاً بجرحه مستديره من عنقه ، ولما كان هذا الشكل من الذبح يشابه ذبح الغنم ، اشتمه (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 ، فاشتمه بوالدة المولود . وكذلك م . ادوارد ، اجري معاينة بقايا جسد وجدت على ضفاف الرون ، لم يتردد بأعلانه ، بأن تفريق الفقرات بقطع الالتواءات المفصلية بمهارة القضاين 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 ، بر 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 مشتبها 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 يكتفئه  
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 لما ونة الطيب العدلي قيمتها الكبرى .  
واما تدقيق الجسد فيعود للطيب العدلي وحده ، لا يشاركه به احد البتة ؛  
وهو وحده المسئول عن نتائج المادية والمعنوية ؛ ويجب ان يجريها كاملة ؛  
بقيدته الاثار الخارجيه وتوصيتها بأسباب واجرائه عملية فتح الميث كاملة وتثبت  
كافة مشاهداته منفصلاً ؛ وان لا يكون متسرعاً بأستدلالة ، وان لا يدلي بأي  
تصريح كان قبل استكمال تدقيقاته 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 الميث .  
هو ان يكلف الطيب الخبير او العدلي ذلك ، وان يأذن قاضي التحقيق به ؛  
ولكن ذلك لا يعني ان يكون الطيب العدلي تحت قيادة قاضي التحقيق ،  
كايما رة اليه بالكف عن اجرائها مثلاً ، او بالاكتفاء بأجراء قسم منها . واذ  
حدث شيء مما ذكر ، فعلى الطيب 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 . فلوم تجري لها عملية  
فتح الميث ، 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 . تحليف 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 السمي 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 التحقيقات لا دخل للطبيب العدلي بها ، وعليه ان لا  
يتدخل 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 الآتي 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 قارة الطريق او بمكان محفوظ  
كتمهى او حانوت او دار ، او اخبار بوجود الشخص ميتاً في داره او في  
فندق ، او على قارة 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 الخنيفة منها ، عند وقوعها على  
نواح معينة بإمكانها ان تسبب ضياع الشعور الآتي ، 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 بالتهبي العصبي » الذي يحدث على رأيه ، من تأثير مانع يؤثر على الحادثات الحياتية للتنفس والدوران فيوقفها . 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 بالتهبي يصيب عادة الاشخاص السالمين تماما ، ولايظهر بعملية فتح الميت آفة ما ، او تظهر بعض آفات غير ثابتة ومتجولة بين شخص وآخر ، كالأوذيم ، 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 الانعكاسي 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 ؛ واحتناه نحو الارض ، بصورة ، اسطدم عنق س بحافة المقعد بوبالحمام . قبض ب يديه على رأس س ودفعه مرتين على المقعد فاصطدم عنق س بحافته . وعقب هذه الضروب مباشرة سقط س .... على الارض وانطقت 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 القصات غشاط اسمر يميل الابيض .

وعليه صرح الطبيب الحبير بان الموت حدث من فلج القلب ، الناتج عن الارتجاج الدماغى ، المتسبب عن سؤ المعاملة اثار الذكسر . وبالنتيجة طلب الى ماشكا بيان اراءه 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 كان يحويها في مقره . وفي اليوم المقرر لذهابها ، توفيت بظروف غريبة جداً ، ينقلها 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 . » ، فقات لها مازحاً ، « اهل تريدان ان اجرب ، اذا كان ذلك لا يسوءك ؟ » ، وكنا واقفين ، فقبقت على عنقها ، وكان الابتسام يملو شففتها ؛ وخيئة اظهرت علام تألم ، 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 ، وبانثناء المزاح قبض الرئيس ل على عنق الرئيس س وقال له  
 اريد ان ارفع لك طعم الحبز من فكك ، 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 زلعمها الطالعة النازلة ،  
 فقبض عليها ، كانه يصطاد فرفوراً ، فانت المرأة حالاً .

ان اهمية ايضاح الموت الآتي ، عقب صدمة او ضربة بسيطة او تضيق  
 خفيف على الحنجرة ، عظيمة جداً بنظر القضاء لان القانون لا يعده 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 الابنه... صرح للقضاء بما يأتي :  
 بينما كنت اعمل بخانوتي ، انت الابنة... مع خطيها ، وبدأت تمازحه بشكل ازعجني  
 فرجوتها السكوت ، فلم تقتنع بل ازدادت في مزاحها ساخرة مني ومنعتني عن العمل  
 فقبضت عليها من رقبته 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 ، سفائح انتفاخ الرئة ، فقدان العلفات في القلب .  
وعليه سئل بـروارد هل 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 اليمنى 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 .

وبمالية 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 التساقية لوقوع الخنق ان حصول الموت من النهي العصبي الخنجري عمتم .

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 ، وبقيما مها رفس س رفيقه على بطنه برجله ، فسقط على الارض فاقدأ شعوره وتوفي ببضع دقائق .

وثبت بالتشقيق الذي تولاه 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 ، وحدوث الموت الآتي ، وعدم وجود آفة ما في البدن ، من جهة ؛ ومن جهة اخرى بالنظر لامكان حدوث الموت من الضرب على الناحية الشرسوفية ، بتخرش وتنبه الضفيرة العصبية ، الهامة جداً ، اللذين ينتقلان بالطريق المتعكس ويسببا توقيف القلب والدوران ؛ او على قول الاخرين ان التخرش يسبب تضيق شرايين الدماغ والنخاع الشوكي ؛ على ان الموت حاصل عن الضربة الواقعة على اسفل البطن .

ان الصدمة التي تقع على الناحية الشرسوفية ، عندما تكون المعدة ممتلئة اهي شد خطراً من التي تقع على المعدة النارعة ، 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 آنياً .

ولكن على الاكثر تصادف هذه الحوادث بعمليات اسقاط الجنين الجنائي ،

فتحدث الفشي، وضياع الشمور، 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 الفرق التي يكون الموت فيها عاجلاً .

مشاهدة : متطبب كان قد اشتهر بمعالجة مرض داء البهر بطلاء البلعوم بالمائع الامونياقي وذلك في عهد الملك لويس فليب . ولما كانت الملصكة املية مصابة بهذا الداء، حي بهذا المتطبب لتطبيق تداويه، فقدمت 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 طبعاً .

٥ - تذبذب المخاط المعدي : يحدث الموت الآتي بالاشخاص الذين تكون اجسامهم حاميه من جراً تمرين بدني شديد او ركض مدة طويلة عند تناولهم المشروبات الباردة بينما معدم فارغة .

مشاهدة : شخص كان يتنازع مع آخر، وبينما هو تعب ويمتلئ غيظاً، شرب قدحاً من البيرا المبردة، فسقط مغدياً عليه، فاقد الحس والحركة ثم توفي على الاثر .  
يقتضى في جميع هذه الحوادث، اجراء التدقيقات النسجية التشريحية المرضيه بصورة دقيقة جداً .

٦ - ترضيحات الحصيتين : ان حس الام الحاص 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  
اكثر منها في وقائع العمليات الرحمية لما يؤيد ذلك ؛ اذ ان الرعب في وقائع  
الزمرة الاولى ، هو اشد هولاً منه في وقائع الزمرة الثانية .

وهذا العامل يؤثر ايضاً على الاشخاص المتقدمين للعملية امام منضدة العمليات  
الجراحية . وبالأشخاص الذين ترسم على اجسادهم خطوط العملية قبل اجرائها  
والخلاصه ، ان فلج القلب من الترضيصات الروحية هو امر واقع لا يقبل  
الجدال ، ويتسهل حصوله عند وجود آفات خفيفة .

ومها يمكن من الامرفان حوادث الموت بالتهبي العصبي نادرة جداً ،  
واتي خلال ممارستي الطب الشرعي طيلة تسعة سنوات على ستون الف وقعه  
لم اشاهد سوى وقعة واحدة ، وهي موت بالتهبي العصبي عن ضرب باليد  
على الناحية الشرسوفية بشاب يبلغ من العمر عشرين عاماً تقريباً .

## ٢- الموت الفجائي

ان وقائع الموت الفجائي ، تشهد خاصة بسير امراض الجملة الدورانية ،

[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 ذيمأ  
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 البطنييه 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  
كالحما 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 ، كجهد النفوط ، 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 ادانة الطبيب فتقرر في  
 مجالس صحي يتشكل من كبار رجالات الطب حسب قواعد الآداب وذلك  
 عندما يرى الطبيب العدلي اهمية الحادث واغلاقه ، من حيث عدم تمكنه من  
 اعطاء القرار لوحده ؛ وسنأتي على ذكر ذلك في بحث ادانة الاطباء  
 تفصيلاً .

مشاهدة : دعيت للاشتراك في الكشف على جسد المغدور .... من اهالي قضاء ....

الذي اجريت عملية فتح الميت ولم يتمكن الزملاء من البت في امرها ، حيث يدعي ان الشخص راجع الطبيب .... يوم الخميس واعطاه علاجاً ليومين ، على ان يعيده 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 المدة الى مسافة بعيدة منها ممتلئة بمسحوق دهوي استوجب تردهم ، وبوصولي فتحت الامعاء الاثني عشري وبعد غسله ، فحصته ، 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 المحدرة ، والمعطاة بقصد تخفيف الالم الذي يشكي منه ، وعليه ولما كان ليس لوصفه الطبيب دخلاً في التسبب لحدوث هذا النزف الآتي قررت عدم مسئولية 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 العلامم التي تمكنا من التفريق بين هذه المؤثرات؟ فلما كانت هذه العلامم 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 يتخلص من امم لا يجبره الفن على تحمله؛ ويجب الذكر ان قضاة التحقيق يسمون بكل ما في وسعهم لجل الطبيب العدلي على اعطاء نتيجة حاسمة يستندون عليها بتسيير تحقيقهم وتعيين نوع الجرم ، فالحذار من تجاوز حدود الفن حيث تكون العاقبة الفشل والحسران المادي والادبي .

مشاهدة : اخبرت السلطة القضاية بوفاة الشخص.... من اهالي محلة.... عقب منازعتة مع القصاب.... اذ سقط على الارض على مسافة عشرين خطوة من حانوت القصاب المذكور ؛ ولدى اجراء عملية فتح الميت شوهد جوف الشغاف القلي الخارجي مملوءاً بمائع دموي وعلقات دموية ، والقلب مثقوباً من ذروته بنقبه صغيرة بسعة حبة العدس ، وفتح القلب شوهد صنع 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 ، لتحجيص 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 ، تمد من الاسباب المعجلة لحدوث الموت .

٤ - وفي الشق الرابع ، يحدث الموت عقب ضربة خفيفة باليد او بألة لا تقضي الى تحصيل الموت اعتيادياً كضربة كف براحة اليد على الناحية الصدغية فتسبب النزف الدماغى 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 مزروعاته ، اصيب بضربة كف براحه اليد على صدغه الايمن من قبل خصمه ، ثم تفارقا على ان يشكو ضاربه ، ولم تمر برهه وجيزة ، حتى ساءت حالته ، وبعد مرور ساعتين توفي . وبالكشف لم يشاهد أثر خارجي للرض ، غير انه بعملية فتح الميت شوهدت كدمه عميقة في الاقسام الرخوة من الناحية الصدغية اليمنى ، وتزيف دماغى عن تمزق الشريان السحائى

المتوسط الايمن ، وعوارض تصلب الشرايين والضحامة 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 المضارب 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 قضاء .

فعلى الطبيب العدلى ان لا يعبر 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 خارجياً :

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 انطبعاً حلقة نصلة موس 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 صموية احياناً تكون سهلةً على الاكثر بوجود شريط الترضيض خاصةً، انصبابات دموية؛ تمزقات الاقسام الرخوة، وكسور العظام المستورة او المكشوفة.

فمن ذلك تتضح له ماهية الحادث (جنائي، 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 الثديية اليسرى الى المراق الايسر والحاصرة اليسرى ، حتى حذاء القنزعة الحرقمية الامامية العلوية ، ثم يلتوي منحنيًا لجانب ارتفاق العانة ، ومنه يتم الشق مقابلاً لشق الجانب الايسر ، وعندما يصادف لجرح في مسير الشق يحافظ الجرح ويتم الشق بعيداً عنه . ان الشق الشفوي ، يجري عميقاً لسطح 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 : يسالخ 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 الدرقيه ، الحنجرة ؛ ويقيد ما يشاهد 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 بحذاء الشق الجلدي بكافة امتداده حتي الحافات الضلعية . ويقتضي رفع الشريحة باليد اليسرى والضغط على الاحشاء البطني 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 بحذاء الشق الجلدي ، مع رفع الشريحة دائماً لاجتناب تمزيق الرئتين . ثم يطبق المقص المذكور بحذاء 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 بقطعه 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 ، وتفيد الأضغاط 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 بكاملها بعد استكمال رفعها تماماً . ولكن يجب التذكّر بأنه 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 الرئج الابهرى . ويدقق حينئذ وجه القلب الخارجي ، ويرفع من زروته حيث يدقق الجوف الشغافى ، ويفرغ مايعه ؛ لتعيين ماهية وتثبيت مقداره . ثم يرفع القلب . ولكن عندما يكون الحادث موتاً فجائياً عن صمامة رئوية (التهاب الاوردة فلغمازيا آلبادولنس) ؛ يحتم فحص القلب بموقعه دون ترزحه ( الذي من شأنه ان يؤدى الى طرد العلقه ) : بأجراء شق فى الحافة الوحشية للبطين الايمن وتنفذ شعبة المقص الكاله للجوف البطينى حيث يجرى الشق بامتداد الحجاب القلبي وينفذ للشريان الرئوى وتفتح شعباته .

رفع القلب ، عندما يكون فارغاً ورخوياً ، وذلك يشاهد فى الاجساد المتفسخة ، يقبض على زروته ويجر للاعلى والامام ، ويقطع الوريد الاجوف اولاً ، داخل الجوف الشغافى الخارجى ، ثم تقطع بقية الاوعية بأقصى ما يمكن من الارتفاع ، بجذاء الكيس الشغافى .

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 متحترقاً ، 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 . ولكن بوقائع العرق ، 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 ، فنسبل 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 بحداء 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 انحاء 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 پارو الاجربة المسدودة .

ر — الكيتان 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 الخلفى ، ويداوم على جر اللسان الى الامام ، فيفصل البلعوم ، والمرى  
 عن العمود الفقري ، بالاستعانة ببعض ضربات برأس الموس بأحياط زائد ،  
 ويجب السعي للاحتفاظ بالحزمة الوعائية العصبية الرقبية ، وقطعها بضربة واحدة  
 بخذاء منشأها الصدري متساوياً من الجانبين .

ويداوم على تفريق الاعضاء الباقية عن العمود الظهري والتطني ، وتوضع  
 رباطات مضاعفة على الاوعية الحرقمية من الجانبين وتقطع ما بين العقدتين ،  
 وتخرج جملة الاعضاء المنفرقة دفعة واحدة وتوضع على طاولة التشريح ،  
 متجهاً قسمها الخلفى الى الاعلى . ويقتلع اللسان وتجري فيه شقوق عميقة عمودية  
 لمحوره الكبير ، ويفتح البلعوم والمرى حتى عقده الفؤاد بأجراء شق طولاني  
 متوسط على الوجه الخلفى . ويفرق القسمين المتوسطين من الخنجره بجر شديد  
 فيتيسر معاينة وجهها الداخلي بسهولة .

ويفتح الابهر البطني من وجهه الخلفى مبدءاً من احد الشرايين الحرقمية  
 ويداوم الشق على الابهر الصدري وحتى الجذوع الكبيرة الملتصقة به الجذع  
 العضدى الرأسى ، شريان تحت الترقوة وشريان السباتى الاصلى ؛ وبالختام  
 تفتح الشرايين السباتية الباقية بوضعيتها الطبيعية بجانبى العمود الفقري ، ويجب  
 الاحتراز في فتح هذه الاوعية من تمزيق القميص الداخلي الذى يمثل آفات  
 حاصلة بزمن الحياة ( الصلب ، الخنق بالجل ) .

س - اعضاء الحوصلة :

تدقق اعضاء الحوصلة (الرحم ؛ الرئج 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 ، وبتسليخ شريحة جلدية وقلبها الى الاسفل . ويفرق الارتفاق العاني بأجراء شق عمودي من الاعلى الى الاسفل بموس ؛ يفرق فخذ المغدور بقوة بقصد ائصال 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 التناسليه الخارجيه والشرح ، ويكمل من الجانب المقابل . لينتهي بالنهايه السفليه للشق الجانبي العاني الايمن . ثم تحول العملية لداخل الحوصلة الصغيره ، فتسلخ كافة الاقسام الرخوة من هذا السطوح العظمية ، على ان يتلاقي الشق الداخلي مع الشق الخارجي . وكذلك تجرد الاعضاء الحوصليه كالاقسام الشرحيه التناسلية الخارجيه والحوصلية بجمتها دفعة واحدة بقوة الى الخارج . وتخرج من الفتحة الواسعة المهية بعملية خزع الارتفاق العاني وتبديد شفتية بقوة كما ذكر اعلاه . وعلى ذلك تستحصل الاعضاء التناسلية الداخلية والخارجيه



بوضعها الطبيعي ، دون ان تتحول مجاوراتها ، وتدقق بصورة كاملة .  
 وبهذا 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 شريحيه 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 .  
 وبالحنام تجرى معاينه الماء المستقيم .

وبالذكور، تدقق اعضاء الحوصلة الصغيرة، كما هو مذكور اعلاه، والحوصلات  
المنوية والبروستات ... الخ .

ولكن يجب تجريد الخصيتين والحبل قبل العملية، حيث يعرقل بقاؤها  
رفع واخراج الاعضاء الحوصلية بالجملة . ولذلك يجب التحرى على الحبل في  
محل مروره فوق القوس العاني، وتجريده وضبطه وسحب الحصىة الى خارج  
الصغنى من الاسفل الى الاعلى .

وبالوقائع الجارية يكتبني بفتح المثانة ومعاينة الخصيتين المخرجتين من الصغنى  
مع الحبل كما ذكر .

ويجب جمع البول وقياسه وفحصه بكافة الوقائع .

٦ - فتح جوف القحف : يبدأ بأجراء الشق فوق الجلد المشعر من القسم  
الخلفى 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 الداخلى 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 بمكفة يد المطرقة . هذه الاصول هي الاصول المعقولة ولكن يجب الاحتراز من تمزيق ام الصلبة والدماغ ، لصعوبة التحقيق فيها ، وخاصة بالايدي غير الممارسة جيداً ، او عند عدم وجود معاون .

فلذلك ترجح الاصول المتبعة في دور مخابر فتح الميت في باريس ، وهي نشر القحف والدماغ معاً في وقت واحد بواسطة منشار خاص ضيق الصفحة ، بحيث يكون مقطع افقي للقحف والدماغ ، يظهر كافة التغيرات بوضوح .

اصول العملية : توضع قطعة خشبية قصيرة غليظة Billot تحت العنق ، ويقف 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 . وبوجود 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 بتزليقها 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 العلوي ، 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 والحذبة الحلقوية ، 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 الجمجمة 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 الطيب 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 الاستنتاج 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 .

الا اني اخصص هذا الفصل لسرد علائم الكباوة الميتية والصل 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 مؤخرآ 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 اقصي 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 الجانبيه 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 .  
الصلل الميتي : هو صلل العضلات بعد الموت ، اذ تقلص العضلات فتتقصر وتتصلب ؛ ويستولى الصلل 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 الصمّل وشدته ، بنسبة قوة العضلات عند حدوث الموت . وفي احوال حدوث الموت من الامراض الاختلاجية ( الكزاز . التسمم الاستريكينيني ) يكون الصمّل متقدماً . شديداً واكثر ثباتاً .

التشنج الميتي : يحدث عن دوام التقلصات الحياتية وثباتها بعد الموت بدون فاصلة . خلافاً للصمّل الميتي الذي يتأسس بعد انحلال العضلات في حالة الموت بمدة وجيزة ومتحركة كما سبق ذكره ؛ ويكون التشنج الميتي عاماً او منحصراً بأحد اقسام البدن ؛ وان التشنج العام يحدث في ساحات القتال ، وفي حوادث الجروح النارية والانفلاقيه خاصة ؛ والتشنج الموضعي يحدث في حوادث الاتجار اذ يبقي المتحرقات بضعاً على سلاحه . ويحدث ايضاً في الاحوال المرضية الاختلاجية كالكزاز والتسمم الاستريكينيني .

فعليه . يجب علينا ، عندما نقابل الجسد ان نبدأ بتدقيق الكباوة الميتية ومواقعها ولونها ؛ والصمّل الميتي . والاهتمام بتفريق الصمّل من التشنج الميتي . والحذر من تلقي صنایح الكباوات الميتية ؛ ككدمات رضيه ، فيكون الخطأ فادحاً ، اذ يضل التحقيق ويخلق جرم من حادثة طبيعية . فلذلك يقتضي عند الاشتباه ، اجراء الشقوق الجلديه بحيث يسهل التمييز بين الكباوة الميتية . والكدمات الرضية ؛ لان الكدمات ( كما وصفناها في مبحثها الخاص في

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 عاين 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 اثرأ للضرب .

ويجب الانتباه للتشنج الميتي العام او الموضعي وللصعل المتقدم ، اذ يكون عرضاً قيمياً للاستدلال على التسمم الاستريكينيني وتشخيص وقائع الأنتحار .

ويجب الحذر ايضاً من تلقي لطخات التفخخ الزرقاء ككدمات ، كما ينبغي الحذر من تلقي التحولات اللونية التي تنشأ عن تحلل الانسجة الرخوة ككدمات ؛ لان الكدمات الحقيقية تتحلل بمحادث التفخخ 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 تميم 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 ؛ وتتضائل 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 ..... بطلاق 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

الادلة بالتصريحات والايضاحات المطلبه به امام المحاكم بما ان قضية التحقيق تبقى مكتومة في دورها الاستنطاقى وعليه يبني الظن

والإتهام ولا يطلع الظنين أو 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 ببراءة موكله وتخليصه من الجرم المفروض 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 للحيلولة 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 يطلب الى المحكمة تأجيل الاستجواب للتدقيق والمطالعة . ومراجعة كافة المدونات الطبية والطبية العدليه ، واعطاء اصح المعلومات الفنية للمحكمة .

مثال : دعيت لمحكمة الجنايات في حلب وسئلت عما اذا كان يمكن التفريق بين الجروح النارية الحاصلة عن طلقات الآلات النارية الحربية الطويلة ( الملوزر ) من الجروح النارية الحاصلة عن الرصاص المدور المقذوف من الآلات النارية الحاصلة بالصيد ؛ فأجبت بأن لكل من جروح الآلات

الحربية والصيد اوصافاً تميزها ، وعليه لا يعسر تفريقها عامة . فأمر الرئيس بقرأة التقرير الطبي الاول الذى يصف الجروح وصفاً غير واف ، دون ان يشير الى نوع الآلة النارية ، ثم تقرير آخر معطي من قبل هيئة طبية ، يصرح بعدم امكان تفریق نوع الآلة النارية ، حربية كانت ام خاصة بالصيد ، فى الجروح النارية ؛ فلما كان التقرير الاول ناقصاً والتقرير الثانى 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 الطبيه : فبين ان المفدور هوجم من قبل شخصين ، ابني عم ، احدهما يحمل ببندقية حربية والآخر ببندقية صيد واطلقا عليه حشوها عن مسافة تزيد عن الخمسين متراً ، فاصيب بجرحه ناربه فوهة دخولها من تحت الثدية اليمنى بقطر سانتيمتر واحد ، وفوهة خروجها من ايمن العمود الفقري بقطر ثلاث سانتيمترات كاسرة للاضلاع ومفتتاً لعظم الكتف الايمن ؛ وان قائد الدرك افاد ان الجريحة جريحة ببندقية حربية ؛ ثم بناء على طلب احد المحامين ، سئلت المحكمة الهيئة الطبية وافادة هذه عدم امكان التفریق بين الآلات النارية على الوجه المشروح وعليه طلب المحامي الآخر الاستيضاح منى ، ودعيت للمحكمة كما ذكر .

فعلية اجبت بمطالعة مطولة معدداً تأثير البهروت والمرامي المدوره الخاصة

بالبنديقات الحريضة ، على البدن ، وانتهيت بالقول : ان توصيف الفوهات الجرحية والدخولية خاصة وان يكن ناقصاً ، غير انه بالنظر لضعف قوة البارود الاسود المستعمل في بنديقات 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 يجزم بمنشأها عن بنديقة حرييه .

مثال - دعت لمحكمة الجنائيات للايضاح عن قضية شخص قتل بطلقين ناريين على صدره احدهما اخترق الرئة اليسرى والقلب والثاني اخترق الرئة اليميني ؛ (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 تنظفي 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 يساعدنا على قبول فرضية وقوع الطلق الثاني على جثة هامدة ، وان التعاقب الطلقات على التوالي بفواصل جزئية لما يحمل 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 القتل يؤيدون صحة هذا الادعاء ، فلما سئلت رأيي ، طلبت من المدعي ان يصف الصرة ، فأفاد انها عبارة عن جرسف مملوء بتمام سمته

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 سانتتران وبطول عشرة سانتترات على التقريب ، يتي سهواً داخل للصرة . فعليه قررت :

بما ان اصابة الموس ونفوذه للجسد تتوقف على وجوده قائماً ( كما سبق ذكره في البحث الخاص ) ، وبما ان طبقات الحشيش الكثيفة التي تبلغ حسب تعريف الصرة ارتفاعاً لا يقل عن الستين سانتتراً ، 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 الجرحه 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 يره احد وان الطعنة التي اصاب بها لا تترك له مجالاً للتكلم بل تقتله حالاً ، وطلب استشهاد الطيب

بذلك ، فأجابة الطيب بالايجاب ادت الى تسريح المتهم ، والحكم على الشهود  
بجرم 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 الطيب العدلي ، ان لا يتسرع ، وان لا يفعل  
وان يحافظ على متانته وان يتلقى كافة الاسئلة برحابة صدر ، وان يمحسها  
جيداً ، ثم يعطي اجوبته وهو واثق من صحتها كل الوثوق ، وعندما يشعر  
بضعف في معلوماته بذلك البحث ، فليس ثمة ما يمنعه من طلب تأجيل البحث  
رثما يستكمل مطالعته في المدونات الطبية الخاصة ؛ واهم الصفاة التي يجب ان  
يتحلي بها الطيب 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 ، فتباينت

آراؤهم مما دعى الحاكم الى الاستفسار منهم مما اذا كانت هذه الآراء مستمدة من فن الطب الشرعي ، فأجابوا بأن لا اضطلاع لهم في هذا الفن وإنما 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 يعدّ 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 الطيمى 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 الطيب 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 ايما 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  
مباشرة 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 منحصرأً 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 سانتيمترات واقع في القسم العلوي من مشط اليد تحت  
الخنصر والبنصر .

ولدي معاينة اليد المذكورة ، « بأشعة رونتجن » تبين بأن الاوتار الباسطة للخنصر والبنصر  
هم مقطوعين ومنفصلين وكذلك الاعصاب المحركة والحساسة هم مقطوعين ايضاً ولهذا  
السبب قد فقدت الاصبعين المذكورين حركتهما وحاسيتهما بالكلية .

وان حركات اليد اليمنى معطلة بصورة غير قابلة للتداوي بوجه من الوجوه وبيئناً  
لواقعة الحال قد اعطيت هذا التقرير س ١٤ تشرين ثاني سنة ١٩٢٥ الامضاء .....

ابرز هذا التقرير للقضاء وعليه ظن واتهم المدعي عليه بجرم جنائي ، اي

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

#### آ - تكون ذنب الجرحة القاطعة

ان المدونات الطبية العدلية تشير الى وجود الذنب في الجروح القاطعة كدليل لتشخيص نهاية الجرحة ، ولكنها لم تعين الظروف التي تتكون بها ؛ وبتدقيقاتي تبين لي ان ذنب الجرحة لا يحدث الا بالوقائع التي تصطدم بها ذرورة 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 استقامة الطلق واحدة . فأيهم القاتل ؟ وبعبارة اصح ايهم هو الذي اصاب المغدور بطلقه ؟ في هكذا وقائع كان التحقيق وحده الذي يسمي 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 توقفت 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 ، واذا رجال الدرك تفاجئهم من ذروة الجبل وتصوب بنادقها اليهم ، بأستقامة تجعل السيارة معرضة لذات الطلقات ، فتعطلت السيارة واصيب ركابها بجروح مختلفة ، ادت الى قتل ثلاث من الركاب وجرح احدهم وسائق السيارة ؛ وقد توقف رجال الدرك بالقبض على اثنين من انشياء وفر رفاقهم

وقد ادعى الاشقياء انهم لم يطلقوا على السيارة ، وان طلقات الدرك هي التي اصابنا 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 الكشوف 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 واخرجتها 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 البركاز 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 توقفها 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 بتعميق نفس الطريقة التي طبقها في الحادث المار الذكر ،  
فرسمنا 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 المدور ، وبعميق 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 . فرسمت 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 ؛ وبتعميق التحقيق واعتراف الجريح توضحت النتيجة المذكورة اعلاه ، بالرغم عن ان الادعاء والتحقيق الاولي كانا يدينا خصمه .

### كلمة ختامية بريئة

يجدر بي قبل ان اختتم صفحات هذا الكتاب ان انوه بعاطفة طالما اختلجت النفس بها وطالما حاولت انتهاز الفرص للاعراب عنها . فأمأ 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 .

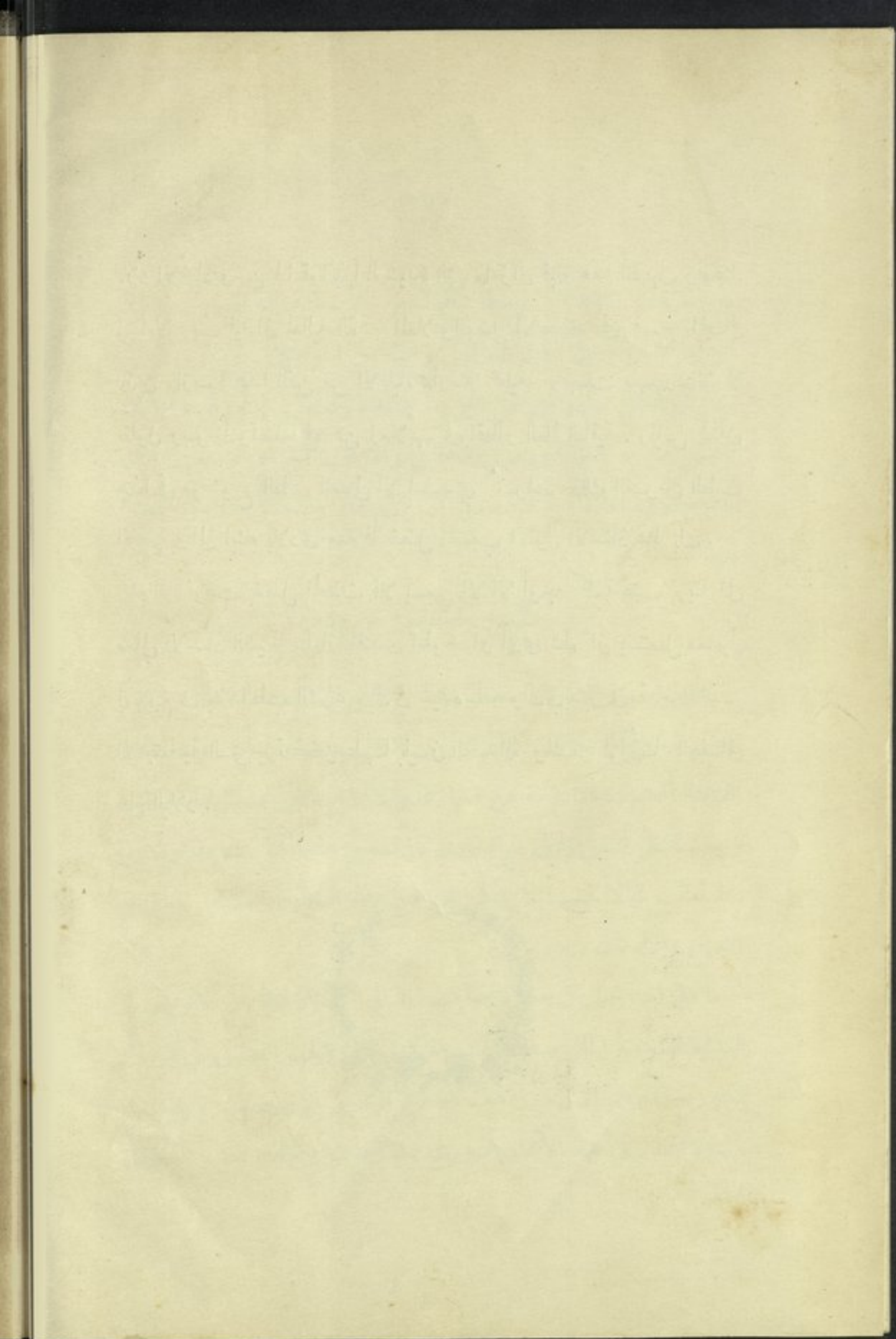
ما من احد يجهل ان حضرة صاحب المعالي الاستاذ عطا بك الايوبي وزير العدلية السورية الحالي ، هو صاحب فكرة ايجاد الطب المعدلي في البلاد السورية وانه هو الذي ابرز هذه الفكرة الى حيز الوجود ابان توليه زمام وزارة العدل في عهد الاتحاد السوري ، اذ احدث وظائف الطب المعدلي في

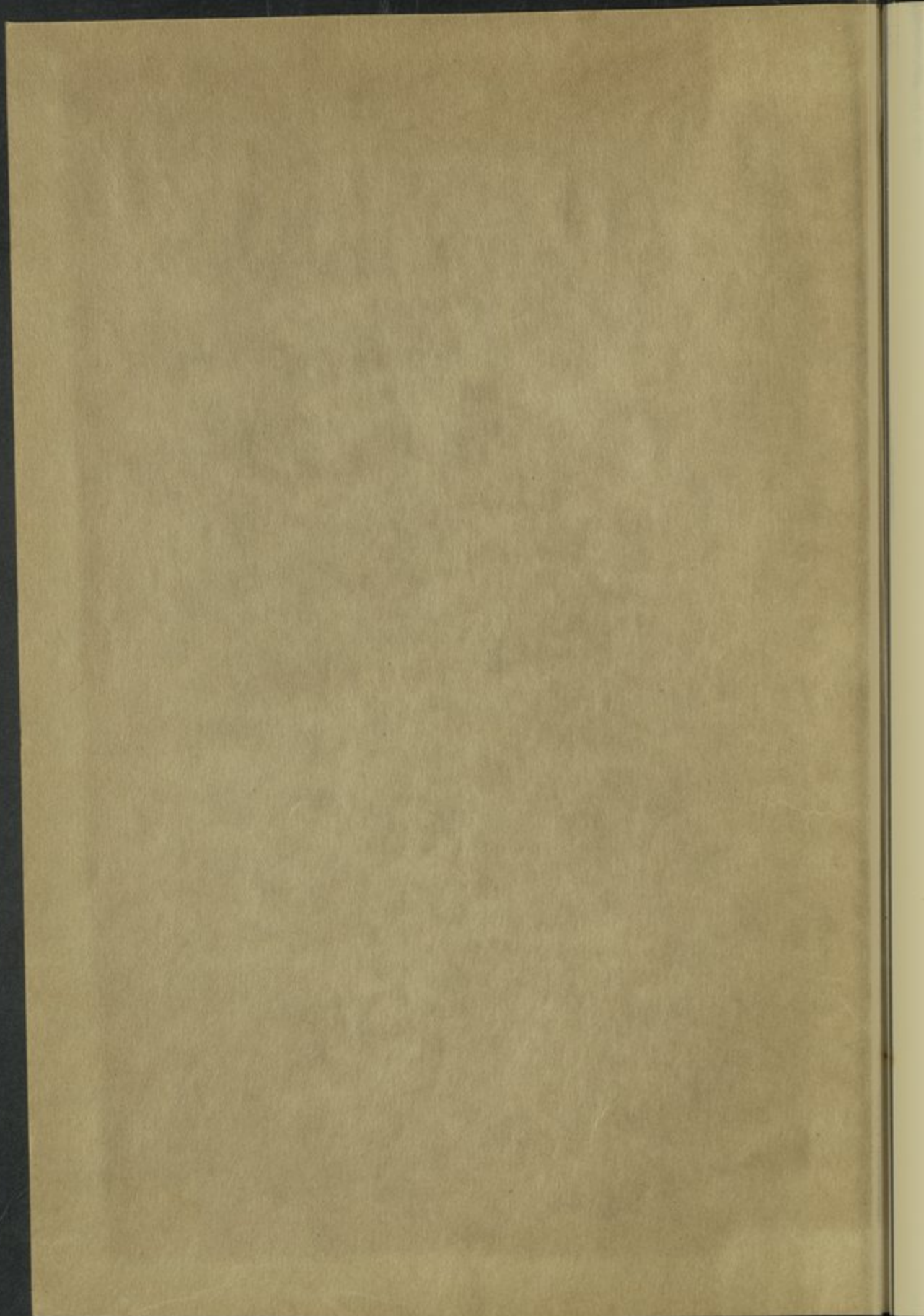


بلاد الاتحاد وسن لها قوانينها الرشيدة التي ما تزال قبلة هذا الفن في ربوعنا. ومما لا ريب فيه ان لمعالية القدر المعلا والفضل الاكبر في فسخ المجال للذين مارسوا هذا الفن من الاطباء ممارسة عملية ، جعلت منهم رجالاً لا يقلون رسوخاً وتضلماً فيه عن زملائهم في اقطار العالم الباقية ، وليس كتابي هذا في موضوع الطب العدلي الا احدى ثمرات ذلك الفرس الطيب اتقدم به الى ابناء بلادي معترفاً بفضل المسبب الاول الاستاذ عطا بك .

ولئن نوهت بفضل المحدث فلا يسعني الا الاوجه كلمة عتب بريئة الى معالي الاستاذ الشيخ سليمان افندي الجوخدار الذي شاء ان يستعمل معول التهديم في بناء الطب الشرعي الذي شيده سلفه والذي يعتبر في مقدمة الاسس الاجتماعية التي يرتكز عليها بنيان العدالة ونشر لواها الخفاق على البلاد .



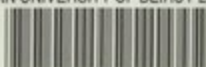




A.J.B. LIBRARY

AMERICAN UNIVERSITY OF BEIRUT LIBRARIES  
A.U.B. LIBRARY

AMERICAN UNIVERSITY OF BEIRUT LIBRARIES



00490461

AUB Libraries