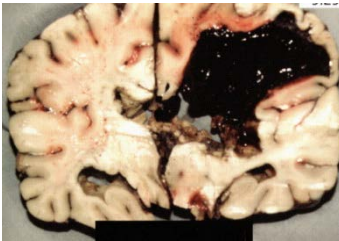


Gheorghe BACIU

CURS DE MEDICINĂ LEGALĂ

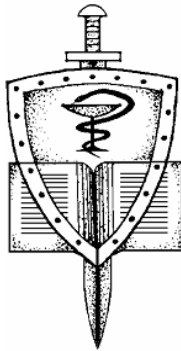


**MINISTERUL EDUCAȚIEI AL REPUBLICII
MOLDOVA**

UNIVERSITATEA DE STUDII EUROPENE

Gheorghe BACIU

**CURS DE MEDICINĂ LEGALĂ
(pentru facultățile de drept)**



Chișinău, 2013

CZU 340.6 (075.8)

B13

Actualul curs de medicină legală este destinat studenților facultăților de drept și colegiilor de profil, cursanților Academiei de Poliție „Ștefan cel Mare”, precum și colaboratorilor organelor de cercetare penală, judecătorilor, avocaților, etc. Include o parte din informații, preluate din edițiile precedente, completate cu date din ultimii ani și adaptate activităților organelor de drept și al medicilor legiști. În el se regăsesc toate compartimentele specifice acestei discipline medicale, sistematizate consecutiv pentru înlesnirea însușirii materialului respectiv, inclusiv și de către viitori medici.

Redactor-consultant pe probleme juridice, profesor universitar:

Iurie Sedlețchi

Redactor tehnic: Elena Harconiță

Procesare computerizată: Anatol Bondarev

Decrierea CIP a Camerei Naționale a Cărții

Baciu, Gheorghe.

Curs de medicină legală (pentru facultățile de drept) /
Gheorghe Baciu ; red.-consultant: Iurie Sedlețchi ; red. tehn.
Elena Harconița. - Ch. : [S.n.], 2013. - 302 p. : tab., fig.
Bibliogr. selectivă: p. 294-297

ISBN 978-9975-100-81-6.

ISBN 978-9975-100-81-6

Moto

*„Omul s-a desprins de zei
dar nu se poate desprinde de
moarte, investigația morții având
aptitudinea de a da sens vieții”*

MALRAUX

PREFAȚĂ

Încă în antichitate organele de drept apelau la cunoștințele medicale pentru stabilirea circumstanțelor unor acțiuni infracționale comise contra persoanei sau aprecierea consecințelor și faptelor de agresiune. În această ordine de idei se poate vorbi că nici una dintre disciplinele medicale nu reflectă într-o măsură mai mare particularitățile moravurilor și obiceiurilor naționale decât medicina legală care exprimă în mod indirect bazele statale ale unei perioade de dezvoltare istorică a țării respective. Reiese că medicina legală dintotdeauna a servit drept mijloc de protecție și de consolidare a ordinii publice. Valoarea probatorie a expertizelor medico-legale devine tot mai semnificativă în condițiile diversificării actelor criminale și creșterii în plan mondial a numărului de calamități naturale, acte de terorism, acțiuni militare, accidente cu multiple victime omenești etc. De aici decurge necesitatea de a cunoaște problemele judiciare ce pot fi rezolvate cu ajutorul expertizei medico-legale.

Actualmente expertiza medico-legală este un procedeu important fără de care normele de drept penal referitoare la infracțiunile comise împotriva sănătății și vieții umane ar fi insuficiente. Nu există preocupare judiciară de anchetă, judecată, apărare, etc., care să nu beneficieze de aportul probator al concluziilor medico-legale. Din aceste considerente cunoașterea posibilităților expertizei medico-legale de către viitorii lucrători ai organelor de drept devine o necesitate profe-

sională inerentă, iar competența lor profesională se reflectă asupra multor probleme cardinale cu caracter socio-juridic.

Manualul de față este alcătuit în conformitate cu curriculum la disciplina de medicină legală pentru facultatea de drept, conține informațiile necesare în privința pregătirii viitorilor specialiști în domeniul jurisprudenței și este adoptat sarcinilor profesionale ce stau în fața acestor activități. Mai amplu sunt tratate acele aspecte specifice cu care mai frecvent se confruntă în activitatea sa ofițerul de urmărire penală sau procurorul, începând cu cercetarea cadavrului la fața locului. Fiecare temă a disciplinei finalizează cu expunerea principalelor probleme (întrebări) ce trebuie soluționate în cadrul expertizei medico-legale.

Este cunoscut, că medicina legală are un evident caracter interdisciplinar, include numeroase noțiuni și cercetări complexe de ordin medico-biologic care necesită cunoștințe vaste în acest domeniu. Fiind conștient de faptul că manualul este predestinat persoanelor care nu sunt pe larg familiarizate cu conținutul disciplinelor medicale, multe informații de ordin pur teoretic au fost excluse, acceptând doar descrierea informațiilor strict necesare și profesional orientate. Tot odată, sperăm că obiectivele cursului de medicină legală va asigura procurorilor și judecătorilor suficiente cunoștințe specifice pentru obținerea unei calificări profesionale mai înalte în cadrul cercetării infracțiunilor comise împotriva sănătății, inviolabilității sexuale și vieții persoanei.

Conținutul cursului de medicină legală a fost selectat în cea mai mare parte după stenogramele prelegerilor ținute de autor în fața studenților facultăților de drept a Universității de Stat din Moldova, Universității de Studii Europene, Universității de Studii Umanistice, Universității de Stat „Alecă Russo” din Bălți, cursanților Academiei de Poliție „Ștefan cel Mare” și Institutului Național al Justiției pe parcursul a peste 40 de ani de activitate pedagogică și completat cu date din literatura contemporană de specialitate. Lucrarea este elaborată în conformitate cu principalele sarcini ale disciplinei,

include elementele de bază privind cele mai importante teme și obiectele cercetate în cadrul serviciului medico-legal. Pentru verificarea însușirii materialului majoritatea capitolelor cursului finalizează cu teste de control.

Rămân în speranța că manualul va fi de folos nu numai pentru studenții universitari care studiază medicina legală, dar și pentru judecători, reprezentanții organelor Ministerului de Interne, ai procuraturii, avocaturii etc. Toate sugestiile și obiecțiile argumentate ce țin de perfecționarea calității cursului dat vor fi luate în considerație cu bunăvoință de autor.

Capitolul 1

MEDICINA LEGALĂ CA OBIECT DE STUDIU

Medicina legală reprezintă o specialitate medicală pluri-disciplinară care utilizează un complex de cunoștințe și metode medico-biologice de investigații pentru rezolvarea problemelor sociale în practica de drept. În calitate de disciplină, medicina legală, pentru prima dată a început să fie studiată de către reprezentanții organelor de drept și, doar mai târziu, de viitorii medici.

Ca ramură medicală de sine stătătoare, medicina legală are tradiții foarte vechi, s-a evidențiat prin particularitățile metodelor și a obiectelor de cercetare. Toate realizările științifice medicale și biologice, sunt adoptate necesităților organelor de drept. O bună parte de probleme specifice se rezolvă numai în cadrul acestei specialități: cercetarea corpurilor delictate de origine biologică; examinarea cazurilor de moarte violentă (spânzurare, înec, electrocutare etc.); aprecierea gradului de gravitate a vătămarilor corporale; expertiza cazurilor de simulație, disimulație etc. Aspectele enumerate și alte probleme de acest gen constituie scopurile de bază ale medicinei legale ca obiect de studiu.

Expertiza medico-legală este un procedeu cu caracter practic, care utilizează datele științifice medico-legale la rezolvarea problemelor de ordin penal și civil cu respectarea normelor legislative.

De competența expertizei medico-legale ține examinarea următoarelor obiecte: 1) persoanele agresate (victimele, bănușii); 2) cadavrele persoanelor decedate prin moarte violentă sau suspexie la aceasta; 3) diferite corpuri delictate și instrumente cu care s-au produs actele infracționale și posedă anumite semne ale acțiunilor criminale sau urme de origine biologică, care vor servi pentru organele de drept în calitate de importante probe; 4) materialele dosarelor penale și civile,

alte documente medicale (fișa de observație clinică, carnetul de adresare în policlinică, procesul-verbal de cercetare a cadavrului la fața locului sau de examinare a corpurilor delictu etc.).

Rolul social și juridic al medicinei legale

Ca specialitate, medicina legală a apărut din necesitățile sociale de a aplica în practica judiciară datele medico-biologice. Această disciplină în mare măsură corelează gândirea juridică cu cea medicală.

Ca știință, medicina legală s-a format odată cu legiferarea tendinței de a solicita părerea unor persoane competente (medici experți) pentru rezolvarea problemelor de drept. Ea reprezintă o știință cu caracter de sinteză care explică proveniența multor fapte criminale.

Autonomia științifică a medicinei legale este menită să creeze medicului legist climatul de neutralitate al activității sale care coincide actelor legislativ-normative în vigoare. Incontestabil este rolul ei în descoperirea infracțiunilor comise împotriva sănătății, demnității și vieții umane, apărând cauzele sociale care generează fenomenul infracțional. Concomitent, medicina legală are un impact direct asupra anumitor probleme ale ocrotirii sănătății, în special, la ameliorarea calității asistenței medicale acordate populației și al activității curativo-profilactice.

Rolul social al medicinei legale se mai manifestă prin contribuția nemijlocită în probarea actelor criminale (omucideri, violuri etc.), iar prin analiza datelor respective se obțin referințe obiective despre situația criminogenă în societate, combaterea manifestărilor agresive. Un rol distinct are cercetarea și expertizarea cazurilor de greșeli (infracțiuni) profesionale medicale sau de comportament inadecvat al personalului medico-sanitar.

În calitate de disciplină medicală de sinteză, medicina legală are tangențe directe cu diverse specialități medicale

(anatomia normală și patologică, traumatologia, pediatria, obstetrica, ginecologia etc.) și nemedicale. Este dependentă de nivelul dezvoltării normelor de drept.

Medicina legală are relații apropiate cu unele discipline juridice, în primul rând cu criminalistica, care studiază modalitățile științifico-tehnice de colectare și cercetare a probelor materiale. Aceste date capătă o importanță deosebită în procesul examinării la fața locului, unde, deseori, este obligatorie asistența medicului legist. Dintre noțiunile de ordin criminalistic pentru expertiza medico-legală prezintă interes de ordin practic urmele lăsate la fața locului (trasologice), datele balistice judiciare și cercetarea diferitelor obiecte care pot servi în calitate de probe materiale.

Posibilitățile și metodele dactiloscopice permit identificarea persoanei care a lăsat amprente digitale sau urme ale picioarelor. În aceste cazuri poate fi stabilit genul, vârsta, talia omului, existența unor particularități specifice, maladii etc. În urmele lăsate pot fi depistate alte semne specifice ce indică caracteristicile obiectului vulnerant sau modul lui de acțiune.

O mare influență asupra medicinei legale exercită dreptul penal și dreptul civil, procesul penal și cel civil. Motivele, ordinea stabilirii și efectuării expertizei medico-legale, obligațiunile, dreptul și responsabilitatea expertului sunt reglementate de Codul Penal (CP) și Codul de Procedură Penală (CPP). Se cere amintită colaborarea medicinei legale cu criminalistica. Mulți ani în urmă expertii medico-legali efectuau unele cercetări, care au fost denumite ulterior expertize medico-criminalistice.

De menționat că etapele de dezvoltare și constituire a medicinei legale sunt legate nemijlocit de procesul științelor medicale și biologice, precum și al științelor juridice. În mare măsură medicina legală a contribuit la dezvoltarea concepției de drept. Însăși denumirea medicinei legale respectă legăturile sale cu dreptul și procesul penal. La baza medicinei legale se află teoria și practica expertizei medico-judiciare. Pentru soluționarea problemelor practice sunt utilizate metode speciale

de cercetare: macro- și microscopică, clinică, radiologică, spectrală, cromatografică, imunoserologică, fotografică etc.

Este stabilit că operativitatea desfășurării cercetării penale se corelează cu timpul efectuării anumitor investigații suplimentare, inclusiv și a celor din cadrul expertizei medico-legale, care, la rândul ei, deseori, influențează conclundența faptului științific în drept. Prin posibilitățile expertizei medico-legale de a stabili adevărul ea devine un mijloc incontestabil de probă pentru realizarea eficientă a normelor de drept.

Una din importante probleme pentru desfășurarea corectă a urmăririi penale și luarea deciziilor judecătorești este stabilirea legăturii dintre cauză și efect. Aprecierea legăturii de cauzalitate în practica medico-legală se face pe un spectru mai mare de informații specifice. Spre exemplu, prin identificarea obiectului vulnerant sau a mijloacelor prin care s-a produs infracțiunea, în calitate de factor etiologic, se poate concretiza modalitatea acțiunii și persoana care a comis crima și astfel să se contribuie la rezolvarea problemelor de ordin juridic. De menționat, că rolul cauzei sau a condițiilor nu poate fi absolutizat în cadrul expertizei medico-legale, deoarece într-un caz factorul determinant al morții poate fi condiția, iar în altul – numai factorul extern (cauza). Deci, medicina legală stabilește legătura de cauzalitate dintre obiectele biologice, iar organele de drept și justiția apreciază cauzalitatea socio-juridică.

Secvențe din istoricul medicinei legale

Istoria mondială a dezvoltării medicinei legale atestă situații firești când unele norme de drept cereau participarea specialiștilor din domeniul medicinei la renovarea diferitelor probleme ce țineau de anchetare preliminară, cercetare penală sau de judecată. Legile egiptene vechi interziceau și pedepseau foarte aspru avortul, iar Cartea Morților considera anumite perversități sexuale drept vicii grave. Relatări cu caracter medico-legal găsim în legislația lui Hammurabi cu 2000 de ani înaintea erei noastre.

Importanța concluziilor medicale pentru judecată este ilustrată convingător în dispozițiile celor 12 table aprobate la Roma (anul 448 î.e.n.), care prevedeau prezența obligatorie a medicului la discutarea dosarelor referitoare la victimele morții violente, aprecierea nașterilor „legitimat”, dreptul de tutelă asupra decedaților etc. Medicul Antistus, fiind invitat la cercetarea cazului de asasinare a lui Iulius Cezar (anul 44 î.e.n.) ar fi afirmat că din cele 23 de plăgi ce i s-au cauzat numai una a fost mortală.

Cel mai vechi document a medicinei legale se consideră tratatul în 5 volume a renumitului procuror Sun-Țzi, apărut în China în 1247. Tratatul includea capitole despre autopsii, traumatisme mortale și nemortale, asfixii, moarte subită.

Primele tratate de medicină legală în Europa țin de perioada Renașterii și sunt legate de numele savanților medici A. Pare și P. Zachias, iar cea mai veche catedră de medicină legală este considerată cea de la Universitatea din Turcu, organizată în 1640 în fosta capitală a Finlandei.

O dezvoltare vertiginoasă a medicinei legale s-a constatat în Germania, fiind condiționată de introducerea Codului Penal al lui Carol al V-lea, care prevedea o aplicare mai amplă a medicinei în dreptul penal. Conform acestui Cod la examinarea anumitor cazuri erau invitați numai medici bine pregătiți.

Datele istorice mondiale atestă că, medicina legală s-a constituit ca știință de sine stătătoare la mijlocul secolului al XVIII-lea, însă procesul ei de formare a avut loc pe parcursul multor secole.

Pe teritoriul ținutul nostru până în anul 1400 funcționau tradițiile medicinei empirice, practicată de către bărbieri, vrăjitoare, descântătoare, babe doftoroaie sau alte persoane anonime. Aportul vrăciului în problemele juridice apare în psaltirea Scheiană (1482), pravila de la Leud (1500) și catehismul lui Coresi (1560).

Printre primele dispoziții cu caracter medico-legal în Țara Moldovei figurează „Pravila lui Vasile Lupu” (Iași, 1646). În acest cod de legi se amintește despre unele forme de experti-

zare în caz de otrăvire, răni etc. Concomitent sunt prevăzute și măsuri de pedeapsă în funcție de condițiile în care a acționat factorul dăunător. Peste 6 ani (1652) după aprobarea Pravilelor lui V. Lupu în țara Românească au apărut Pravilele lui Matei Basarab cu un conținut aproape similar.

După anexarea Basarabiei la Rusia (1812) s-au format noi organe administrative și judiciare, s-a organizat (1813) *Uprava Medicală*, care a funcționat până în anul 1918. În această perioadă se efectua în mod obligatoriu autopsia cadavrelor persoanelor decedate subit. Se practica și examinarea persoanelor pătimite în scopul aprecierii caracterului de leziune corporală. Sunt atestate documente privind examinarea medico-legală a 4 cetățeni din Tighina (Bender), efectuată de doctorul în medicină Iosif Volfingher în februarie 1813.

Pe parcursul secolului XIX au existat trei instanțe ale activității serviciului medico-legal. Prima era reprezentată de medicii de uezd și de poliție, iar în calitatea celei de-a doua instanță servea *Uprava Medicală*. Instanța (a treia) medico-legală supremă era considerată Consiliul Medical, care inspecta upravele medicale și formula concluziile și opiniile asupra expertizelor medico-legale complicate.

În anii 1918–1940 activitatea medico-legală se baza pe legislația în vigoare din România. O contribuție deosebită în dezvoltarea domeniului au adus-o frații Mina și Nicolae Minovici.

Structura și organizarea serviciului medico-legal

După al doilea război mondial asistența medico-legală în R.S.S.M. a fost acordată de către *medicii legiști titulari* pe lângă secțiile de ocrotire a sănătății sau de medicii de alt profil – *experți delegați*. În 1951 se organizează Biroul de expertize medico-legale (B.E.M.L.), al cărui prim conducător și specialist principal al Ministerului Sănătății a fost Petru Areșev (1951–1958). În anii 1958–1987 postul de Specialist principal al M.S. și șef al B.E.M.L. a fost deținut de Petru Maximov, care a fost înlocuit în această funcție de Stanislav Ungureanu (1987–1990), apoi de Ion Cuvșinov (1990–1997).

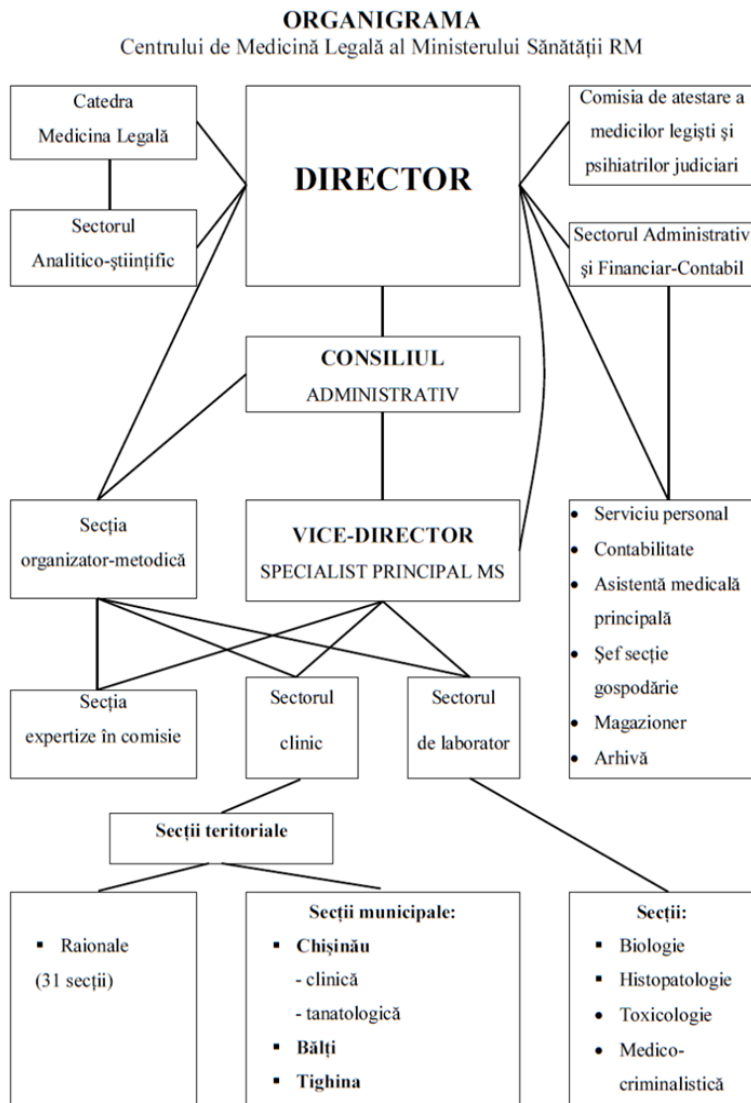
Prin ordinul Ministerului Sănătății a Republicii Moldova din 7.X.1996 (nr. 219) B.E.M.L. este reorganizat în Centrul de Medicină Legală (C.M.L.), în calitate de instituție practico-științifică cu statut republican. Odată cu aceasta s-au introdus anumite modificări în formele de dirijare și control ale activităților medico-legale, s-a schimbat structura organizatorică a serviciului. În perioada anilor 1997–2008 director al CML a fost profesorul universitar Gheorghe Baciu, urmat de conferențiarul Andrei Pădure (2008–2010) și ulterior de conferențiarul Ion Cuvșinov (din 2010).

În Republica Moldova, expertizele medico-legale se efectuează în mai multe subdiviziuni ale C.M.L., unde activează peste 100 de specialiști cu studii superioare – experți judiciari medici legiști, ajutați de persoane cu studii medii speciale. În cadrul C.M.L. există secții medico-legale cu funcțiuni: teritoriale și republicane.

Secțiile medico-legale teritoriale (raionale, orașenești, municipale), de obicei, sunt amplasate în spitalele respective din diferite localități ale republicii. Acolo se prestează toate serviciile specializate de bază (examinarea persoanelor agresate, cercetări pe cadavre și expertize în baza documentelor medicale).

Subdiviziunile cu funcții republicane sunt amplasate în unica clădire a C.M.L. (mun. Chișinău, str. Korolenko, nr.8). În ele se efectuează cercetările materialelor (obiectelor, dosarelor), expediate de către organele de abilitate din toate localitățile republicii. Dintre subdiviziunile cu funcții republicane fac parte: secția de expertize în comisie, în care se efectuează cele mai complicate forme de expertize medico-legale, și secțiile de laborator: investigații biologice, toxico-narcologice, histopatologice și medico-criminalistice. În secțiile de laborator se practică un complex diversificat de cercetări ale corpurilor delictive, cu utilizarea unui echipament specific, iar rezultatele investigațiilor prezintă o probațiune clară în rezolvarea multor probleme specifice.

La momentul actual organigrama serviciului medico-legal din Republica Moldova este prezentată în modul următor



Parte integrantă a serviciului medico-legal din R.M. este Catedra de Medicină legală a U.S.M.F. „Nicolae Testemițanu”, fondată în 1945. Primul șef al catedrei a fost (1945–1949) conferențiera Elena Ciucimariov, care a exercitat și funcția de specialist principal al MS în ramură (1945–1947).

Între anii 1949–1966 catedra a fost condusă de Petru Aреșev care a contribuit nemijlocit la dezvoltarea teoriei și practicei medico-legale în republică, la pregătirea cadrelor didactice și a specialiștilor de calificare înaltă. La inițiativa Domniei Sale a fost organizată (1956) Societatea științifică în ramură, fondată o școală științifică. Împreună cu discipolii săi a studiat problema raportului de cauzalitate dintre traumă și bolile preexistente.

În următorii ani funcția de șef al catedrei a fost deținută de profesorii universitari: Adrian Kurdiumov (1968–1971), Gheorghe Botezatu (1966–1968 și 1974–1995), Gheorghe Baci (1995–2008) și Andrei Pădure (din 2008). Colaboratorii catedrei tradițional au fost antrenați la efectuarea unui mare volum de lucru practic, special, pe cazuri complicate în cadrul expertizelor medico-legale în comisie.

Capitolul 2

BAZELE LEGISLATIVE ȘI PROCESUALE ALE EXPERTIZEI MEDICO-LEGALE

Principiile de organizare și efectuare a expertizei medico-legale sunt stabilite de Legea Ocrotirii sănătății (nr. 411-XIII) adoptată de Parlamentul Republicii Moldova (31.05.1995). Astfel, art.57 stipulează: „Expertiza medico-legală înseamnă activitatea de rezolvare a problemelor cu caracter medical ce apare în timpul anchetei penale sau examinării cauzei în instanța judecătorească. Expertiza medico-legală este efectuată în condițiile legii, în unități medico-sanitare în baza deciziei persoanei care face cercetarea, anchetatorului, procurorului sau în baza deciziei instanței judecătorești. Ministerul Sănătății exercită conducerea metodică a expertizei medico-legale. Persoana are dreptul la asistența medico-legală, prin care se subînțelege prestarea anumitor servicii de către specialiști în domeniul medicinei legale în probleme de protecție a drepturilor și intereselor sale legitime în legătură cu ocrotirea sănătății și cu starea ei fiziologică”.

Legea Ocrotirii sănătății referitoare la „Dreptul la repararea prejudiciului adus sănătății” (art. 19) menționează: „Orice persoană are dreptul la repararea prejudiciului adus sănătății de factorii nocivi generați prin încălcarea regimului antiepidemic, regulilor și normelor sanitar-igienice, de protecție a muncii, de circulație rutieră, precum și de acțiunile rău intenționate ale unor alte persoane. Persoana poate ataca acțiunile și hotărârile nelegitime ale organelor de stat și ale factorilor de decizie care i-au prejudiciat sănătatea. Pacienții, organele de asigurare medicală au dreptul la repararea prejudiciilor aduse de unitățile medico-sanitare prin nerespectarea normelor de tratament medical, prin prescrierea de medicamente contraindicate sau prin aplicarea de tratamente necorespunzătoare, care agravează starea de sănătate, provoacă infirmitatea permanentă, periclitează viața pacientului sau se soldează cu

moartea lui. Dacă îmbolnăvirile și traumele sunt generate de încălcarea regulilor de protecție a muncii, regulilor de circulație rutieră, a ordinii de drept, de abuzul de băuturi alcoolice, de folosirea substanțelor narcotice și toxice, precum și de încălcarea flagrantă a regimului de tratament, organele de asigurare medicală pot percepe, conform legii, persoanelor vinovate costul asistenței medicale”.

În practica judiciară pot fi examinate cazuri ce vizează „dreptul pacientului de a ataca acțiunile personalului medico-sanitar pentru prejudicierea sănătății”. În acest context Legea despre ocrotirea sănătății (art. 36) prevede: „în cazul stării nesatisfăcătoare a sănătății în urma unei asistențe medicale necorespunzătoare, pacientul are dreptul de a cere efectuarea, în modul stabilit, a unei expertize profesionale, precum și repararea prejudiciului moral și material ce i s-a adus”.

Conform C.P.P. expertiza medico-legală se efectuează în mod obligatoriu pentru stabilirea:

1. cauzei morții;
2. gradului de gravitate și a caracterului vătămarilor corporale;
3. vârstei inculpatului, bănuțului (suspectatului) sau victimei în cazurile în care această circumstanță are importanță, dar lipsesc certificatele prin care s-ar putea confirma vârsta persoanei în cauză.

În procesul de cercetare penală și judiciară aplicarea expertizei medico-legale depășește cadrul cazurilor obligatorii indicate mai sus. Aceasta se explică prin faptul că efectuarea expertizei medico-legale este necesară la examinarea tuturor infracțiunilor ce au loc împotriva personalității umane, greșelilor profesionale ale lucrătorilor medicali și multe alte motive.

Regulile de ordonare a expertizei sunt prevăzute de C.P.P. al R.M. Constatând necesitatea efectuării unei expertize, ofițerul de urmărire penală (procurorul) întocmește o ordonanță referitoare la acest caz, în care se arată: motivele de care dispune expertiza, denumirea instituției care urmează s-o efectu-

eze sau numele și prenumele expertului, întrebările asupra cărora trebuie prezentate concluzii, lista de documente sau obiecte ce vor fi puse la dispoziția expertului.

Ofițerul de urmărire penală stabilește identitatea expertului numit, în ce raport se află cu victima, infractorul sau bănuitul. Expertului i se înmânează o copie a ordonanței de efectuare a expertizei și i se explică drepturile și obligațiunile lui.

În calitate de expert poate fi numită orice persoană care posedă cunoștințele necesare pentru a prezenta concluzii în chestiuni din domeniul științei, tehnicii și din alte domenii speciale, ce apar în legătură cu dosarul penal respectiv.

Expertiza, inclusiv cea medico-legală, servește drept dovadă pentru organele de anchetă penală și judecată. Potrivit Codului de Procedură Penală, concluziile experților sunt echivalate cu declarațiile martorilor, victimelor, suspecților, inculpaților, precum și cu probele delictive, procesele verbale de anchetă și alte documente.

Formele expertizei medico-legale

Sunt stabilite câteva forme de organizare a expertizei medico-legale: primară, suplimentară, secundară (contraexpertiza), în comisie și complexă.

Prin expertiza primară se înțelege cercetarea inițială a obiectului și elaborarea concluziilor în baza acesteia.

Dacă persoana juridică, ce a dispus expertiza primară, nu este satisfăcută de concluziile expertului, pentru motivul că acestea nu sunt clare sau complete, ea solicită aceluiași sau altui expert efectuarea unei expertize suplimentare (art.65 al C.P.P.).

În cazurile când concluziile expertului nu sunt întemeiate sau există suspiciuni cu privire la veridicitatea lor, se poate dispune o contraexpertiză unui alt expert sau unei echipe de experți. La expertiza suplimentară și la contraexpertiză poate participa și primul expert.

Expertiza medico-legală în comisie se efectuează în cazurile mai complicate, cu participarea medicilor de diferite specialități. Iar în cadrul expertizelor complexe participă și specialiști din diverse domenii: matematică, fizică, botanică, chimie etc.

Expertizele medico-legale în comisie se efectuează pe baza materialelor de anchetă penală sau dosare judiciare la determinarea gradului de pierdere a capacității de muncă, în cazurile de responsabilitate penală a lucrătorilor medicali pentru infracțiunile profesionale. Ultima categorie de cazuri, primar se examinează doar în cadrul secției expertize medico-legale în comisie, subdiviziune structurală cu funcții republicane a Centrului de Medicină Legală.

În dependență de caz, reprezentantul organelor de drept este obligat să prezinte atât documentele medicale în original, cauza penală, civilă sau materialul de control etc., cât și ordonanța de dispunere a expertizei medico-legale în comisie cu întrebările respective propuse pentru soluționare.

Expertizele în comisie și cea complexă se finalizează cu o concluzie comună semnată de toți specialiștii participanți. În caz de divergențe, fiecare membru al echipei va semna concluziile proprii.

Toate expertizele medico-legale se efectuează numai pe baza deciziilor (ordonanțelor) în scris de către reprezentantul organului de cercetare penală sau prin hotărârea instanței judecătorești.

În conformitate cu bazele procesuale toate formele de examinare și cercetare medico-legală se efectuează ziua, cu excepția celor de urgență. Ofițerul de urmărire penală, procurorul sau alt reprezentant este în drept să asiste, în timpul expertizei medico-legale, mai cu seamă, la autopsia cadavrelor. El nu participă numai la examinarea persoanelor de sex opus când are loc dezbrăcarea acestora. Dacă reprezentantul organelor de drept nu s-a prezentat la timpul stabilit, iar tergiversarea expertizei va influența negativ asupra calității ei, expertiza medico-legală se efectuează în lipsa lui.

Specialistul și expertul medico-legal

Este stabilit că expertiza medico-legală poate fi efectuată numai de persoane cu studii medicale superioare, iar în calitate de expert poate fi invitat fiecare medic, indiferent de faptul ce facultate a absolvit, de specialitatea pe care o profesează sau de postul pe care-l ocupă. Persoanele cu studii medicale medii nu pot fi invitate în calitate de experți.

Experții medico-legali titulari sunt medicii care au ales medicina legală în calitate de specialitate de bază, au pregătire corespunzătoare și continuă să-și perfecționeze cunoștințele în această direcție. Specialiștii respectivi sunt cunoscuți ca experți medico-legali.

Alte categorii de medici, care îndeplinesc funcțiile de experți de la caz la caz, fără specializări în domeniu, se numesc medici-experti delegați. Ambele categorii de specialiști au aceleași drepturi, obligațiuni, forme și grad de responsabilitate.

Expertul medico-legal, participând în toate acțiunile de anchetă, îndeplinește funcțiile nu de expert, dar de specialist în domeniul medicinei. El ajută ofițerul de urmărire penală (procurorul) la depistarea și concretizarea dovezilor, etc.

Obligațiunile, drepturile și responsabilitatea expertului

Expertul judiciar medico-legal este obligat să se prezinte la cererea persoanei care efectuează cercetarea prealabilă, a ofițerului de urmărire penală, procurorului sau instanței de judecată, prezentând argumente și răspunsuri concludente la toate întrebările ce i se adresează. Dacă întrebarea depășește cadrul competenței profesionale al expertului sau dacă materialele ce i s-au pus la dispoziție sunt insuficiente pentru expunerea concluziilor, expertul declară că depunerea acestora este imposibilă.

Conform C.P.P. expertul are dreptul:

1. Să ia act de materialele din dosar în legătură cu obiectul expertizei;

2. Să pretindă să i se pună la dispoziție materialele suplimentare, necesare pentru relatarea concluziilor;

3. Să participe, cu acordul persoanei care efectuează cercetarea penală, a anchetatorului penal sau procurorului, la interogatorii, audieri sau alte acțiuni de anchetă penală;

4. Să adreseze celui interogat, în timpul cercetării penale, anchetei penale și în ședința de judecată, întrebări în legătură cu obiectul expertizei, dar numai cu aprobarea persoanei juridice respective, care efectuează cercetarea penală, a anchetatorului penal sau judecătorului care prezidează ședința de judecată.

5. Medicului expert i se explică drepturile și obligațiile, fiind avertizat de responsabilitatea pe care o poartă pentru concluziile intenționat false sau pentru refuzul de a elabora concluzii. În cazul concluziilor intenționat false el este pedepsit ca pentru o infracțiune penală.

Deoarece expertul, în multe cazuri, ia act de toate materialele acumulate în cadrul anchetei, în cazul divulgării acestora va fi tras la răspundere penală.

Recuzarea expertului

Codul de Procedură Penală al Republicii Moldova prevede că chestiunea recuzării (respingerii) expertului se rezolvă prin ordonanța ofițerului de urmărire penală sau a procurorului, care exercită supravegherea asupra cercetărilor penale sau anchetei penale, sau de către instanța care judecă procesul. Dacă expertul refuză sau se retrage, fără motive întemeiate, de la îndeplinirea obligațiilor sau dacă prezintă conștient concluzii false, se aplică măsurile prevăzute de Codul Penal.

Normele procesuale prevăd cazuri concrete, când expertul este recuzat și nu poate participa la procesul penal:

- personal, direct sau indirect, este interesat în cauză;

- a fost sau se află în dependență de serviciu cu inculpatul, pătimașul, reclamantul sau răspunzătorul civil;
- a efectuat, referitor la chestiunea în cauză, o revizie al cărei material a servit drept bază pentru intentarea dosarului penal;
- vădește incompetență în cazul respectiv.

Dacă medicul legist a mai participat în calitate de specialist la aceeași judecată, aceasta nu poate servi drept motiv pentru a fi recuzat.

Medicul nu poate executa funcția de expert, dacă se cercează problema tratării incorecte a unui bolnav la care el personal a fost medic curant. În aceste cazuri însuși medicul trebuie să pună întrebarea despre destituirea sa din această funcție.

Participarea medicului legist la interogatoriu

Mai frecvent aceste acțiuni se întreprind la cercetarea infracțiunilor comise împotriva vieții și sănătății omului, precum și în cazul infracțiunilor profesionale ale lucrătorilor medicali. Condițiile în care au loc aceste infracțiuni sunt foarte variate, în timp ce a dovedi comiterea lor de către o persoană concretă este dificil. În acest sens sunt oportune întrebările adresate de expertul medico-legal persoanei interogate referitor la timpul instalării morții, poziția victimei în momentul traumei și aprecierea stării sănătății persoanei date, semnele specifice și particularitățile obiectului vulnerant etc. La cercetarea infracțiunilor profesionale ale lucrătorilor medicali, întrebările medicului legist sunt orientate spre concretizarea metodelor de diagnostic a bolii, indicațiile și contraindicațiile de selectare a tratamentului etc.

Asistând la interogatoriu și participând activ, prin întrebările adresate în limita competenței și a cunoștințelor profesionale, medicul legist contribuie la depistarea unor informații prețioase care explică unele momente și aduce noi dovezi referitoare la dosarul cercetat.

Participarea medicului legist la reconstituirea faptei

În scopul verificării sau precizării datelor obținute în urma interogatoriului, cercetării penale și a altor acte judecătorești, instanța are dreptul să numească reconstituirea condițiilor și a împrejurărilor în care au fost comise faptele respective.

La reconstituirea situației și a împrejurărilor faptei se aplică dispozițiile C.P.P. Împreună cu alți participanți la reconstituirea faptei, expertul urmărește procesul de reconstituire și îl ajută pe ofițerul de urmărire penală să fixeze informațiile acestuia în procesul-verbal. Datele procesului de reconstituire pot fi folosite de expert în concluziile sale.

Condițiile, pentru verificarea cărora se admite efectuarea unui experiment de anchetă, sunt foarte variate și depind de caracterul faptei cercetate de dovezile stabilite și necesitatea verificării lor. Aceste aspecte determină participarea unui anumit specialist. Participarea medicului legist la reconstituirea faptei este necesară în caz de moarte violentă (omucidere, sinucidere, accident), viol, perversiuni sexuale cu minorii și alte infracțiuni grave cu producerea unor leziuni corporale complicate.

Procesul de reconstituire a faptei se finalizează cu întocmirea unui proces-verbal în care se notează condițiile simulate, numărul de experimente, desfășurarea lor și rezultatele obținute.

În afara fotografiilor, desenelor, schemelor folosite la reconstituirea faptei, se va mai practica înregistrarea cu video camera, telefon performant etc.

Expertiza medico-legală la cercetarea dosarelor civile

La cercetarea dosarelor civile, expertiza medico-legală se efectuează cu mult mai rar decât la anchetarea preliminară și la examinarea dosarelor penale. Ea este inițiată la cererea judecății sau a procurorului și avocatului. Necesitatea efectuării

expertizei este determinată în timpul pregătirii dosarului pentru examinare sau în cadrul ședinței de judecată.

Expertiza medico-legală este dispusă de judecată în cazurile în care la rezolvarea unor întrebări se cer cunoștințe speciale în domeniul medicinei legale, spre exemplu, la aprecierea gradului de pierdere a capacității de muncă. Expertiza medico-legală poate fi efectuată în judecată sau în afara ei, de exemplu, în spital.

În cazul când materialele prezentate sunt insuficiente pentru a face concluzii sau expertul nu dispune de cunoștințele necesare, el poate renunța la efectuarea expertizei. Concluziile expertului bazate pe complexitatea cercetărilor efectuate și a circumstanțelor faptei sunt apreciate de judecată. Dacă judecata nu este de acord cu concluziile expertului, atunci motivarea este expusă în hotărârea respectivă sau în ședința de judecată.

Participarea medicului legist la ședință de judecată

Este cunoscut că materialele dosarului prezentate la judecată se examinează în cadrul ședinței, în care după diferirea inculpatului judecății, se hotărăște gestiunea cu privire la invitarea experților. La ședință poate asista expertul care a formulat concluzii în cercetarea preliminară, precum și alți specialiști, invitați la cererea judecății, procurorului, avocatului și inculpatului.

În scopul elaborării unei concluzii calificate în ședința de judecată, medicul legist este obligat, cu acceptarea judecătorilor, să studieze dosarul până la începerea cercetării lui în judecată.

În cadrul ședinței de judecată medicul legist se află în altă situație decât în care a fost în perioada de anchetare preliminară, desfășurată în mare măsură în lipsa lui. Spre deosebire de martori, medicul expert are dreptul să asiste la toate ședințele judecătorești, să participe la examinarea circumstanței faptei, poate adresa întrebări inculpatului, pătimașului, marto-

rilor, referitoare la circumstanțele faptei care influențează asupra concluziilor.

După cercetarea tuturor circumstanțelor, medicului legist i se propun în scris întrebările aprobate de judecată. Dacă expertul are nevoie de timp pentru pregătirea răspunsurilor la întrebările puse, după demersul lui judecata va accepta o pauză. Concluziile expertului trebuie să fie bazate pe materialele dosarului și realitățile concrete ale tuturor cercetărilor efectuate, să fie argumentate științific; se cer diferențiate datele obiective de cele aproximative, relative.

De obicei, concluziile expertului se prezintă în scris și se expun la ședința judecătii, fiind anexate la dosar împreună cu întrebările. Expertului i se acordă dreptul de a include în concluziile sale și răspunsuri la întrebări care nu i s-au adresat, dar care țin de competența sa profesională. După expunerea concluziilor, expertului îi pot fi adresate întrebări suplimentare sau i se pretind explicații pe marginea răspunsurilor precedente.

În cazul când la efectuarea expertizei au participat mai mulți specialiști, ei au dreptul de a se consulta unii cu alții. Concluzia este semnată de către toți experții, iar dacă apar divergențe, fiecare în parte prezintă concluziile sale proprii.

Dacă participanții la judecată interpretează greșit concluziile medicului legist, el este obligat să comunice despre aceasta în cadrul ședinței. În cazurile prevăzute de lege, judecata poate, printr-o decizie motivată, să dispună efectuarea unei noi expertize.

Acceptarea sau respingerea concluziilor medico-legale

Este prevăzut, că organele de cercetare penală și de judecată sunt obligate să analizeze și să aprecieze concluziile expertului medico-legal. În primul rând, concluziile sunt verificate și comparate cu conținutul raportului de expertiză medico-legal și după aceasta ele sunt acceptate sau respinse. În al doi-

lea rând, importanța concludentă a expertizei medico-legale se apreciază în raport cu alte date din materialele dosarului. O valoare deosebită pentru aprecierea corectă a concluziei medico-legale prezintă explicațiile suplimentare ale expertului. Ele pot elucida unele noțiuni științifice din domeniul medicinei și biologiei, care conving părțile de corectitudinea concluziei.

Documentarea expertizei medico-legale

În Republica Moldova principalul document al expertizei medico-legale este „Raportul de expertiză medico-legală”. El include trei părți componente: introductivă, descriptivă și finală.

În partea introductivă se indică: când, unde, cine (numele expertului, postul, gradul și titlul științific, vechimea de lucru), la indicația cui s-a efectuat expertiza, ce persoane au asistat, ce materiale sau obiecte au fost prezentate, sunt enumerate întrebările adresate expertizei. După aceasta sunt incluse circumstanțele faptei (preambulul) ce se conțin în ordonanță sau în alte documente prezentate: procesul-verbal al examinării la fața locului, foaia de observație clinică etc. Din aceste documente se extrage numai informația principală care se referă direct la obiectul expertizei.

Partea descriptivă a raportului, după conținut și volum poate fi diferită, în dependență de genul expertizei, caracterul și numărul obiectelor care necesită a fi cercetate. În această parte se descrie detaliat tot ce a fost examinat de expert (cadavru, victimă, haine etc.), metodele de laborator utilizate, mersul cercetărilor efectuate etc.

Partea finală a raportului conține concluziile expertului și răspunsurile la întrebări. În caz de autopsie a cadavrelor, înainte de concluzie este formulat diagnosticul medico-legal. Fiecare răspuns la întrebări trebuie să fie motivat pe baza datelor elucidate și incluse în partea descriptivă.

Concluzia este semnată de medicul legist și confirmată prin ștampilă. La raportul de expertiză medico-legală se aneaează toate fotografiile și schemele întocmite sau alte materiale ilustrative folosite în procesul expertizei. Adesea, examinarea medico-legală a cadavrului sau a persoanei nu se efectuează prin ordonanțe, ci pe baza unei solicitări (trimiteri) în scris din partea organelor de cercetare penală. Aceasta are loc în cazurile în care nu se presupune intentarea unui dosar penal și conform C.P.P. acțiunea nu se califică drept expertiză. Documentul întocmit în urma cercetărilor este numit „Raport de constatare medico-legală”, iar forma de prezentare respectă același model. Dacă examinarea se efectuează la cererea persoanei, se întocmește un „Raport de constatare medico-legală”, care prezintă putere juridică numai dacă este realizat în cadrul unei expertize medico-legale, solicitate oficial de către organele de resort.

În afara documentelor menționate, expertul medico-legal perfectează și alte documente, în primul rând, certificatul medical constatator de deces.

Sugestii metodice

Audienții trebuie să aibă abilități de a:

- identifica obiectele de cercetare medico-legală;
- determina formele de expertize medico-legale;
- analiza conținutul raportului de expertiză medico-legală;
- aplica motivat cazurile de recuzare a expertului;
- respecta cerințele de participare a expertului în ședințele de judecată.

Activități de evaluare

În cadrul unui accident rutier a decedat unul din cei doi aflați în salon. Deținătorul mașinii a rămas în viață, explicând în procesul de urmărire penală că la volan s-a aflat prietenul decedat din motiv că el era în stare de ebrietate. Expertizele

tehnică și medico-legală în repetate rânduri nu au putut stabili cu certitudine cine s-a aflat la volan și a condus mașina în timpul accidentului. Apărătorul decedatului neputând influența pe unul din experți, începuse a înainta plângeri asupra lui în diferite instanțe ierarhic superioare. La una din ședințele judecătii medicul legist a fost citat în calitate de martor, unde avocatul încerca să interogheze expertul în probleme ce nu țin de competența lui profesională.

Apreciați în ce constă abaterile de la legislația procedurală.

Întrebări pentru autocontrol

1. Care sunt sarcinile, cine și cum numește efectuarea expertizei medico-legale?
2. În ce cazuri și cui i se poruncește efectuarea expertizei medico-legale?
3. Care sunt drepturile și obligațiunile medicului legist?
4. Care sunt formele de efectuare și obiectele de cercetare medico-legală?
5. În ce cazuri medicul legist poate fi recuzat, iar concluziile lui respinse?

Capitolul 3

TANATOLOGIE MEDICO-LEGALĂ

În calitate de știință, *tanatologia* studiază procesul de evoluție a morții, fenomenele condiționate de moartea organismului uman și mijloacele de investigații pe cadavru. Noțiunea a fost introdusă pentru prima dată de Ilia Mecinicov.

Tanatologia medico-legală include un spectru mai larg de probleme ce țin de procesul instalării morții, de tehnica de cercetare, restaurare și îmbălsămare a cadavrului, diferențierea originii vitale și cele postmortem a leziunilor corporale, cercetând totodată urmele de violență lăsate pe cadavru etc.

Principalele probleme ale tanatologiei medico-legale sunt: stabilirea corectă a morții reale; estimarea vechimii morții; determinarea cauzei și mecanismului etiopatogenetic al morții, concretizarea circumstanțelor în care a avut loc moartea; aprecierea raportului de cauzalitate între acțiunea agentului traumatic și producerea morții; elaborarea metodelor de conservare a țesuturilor și organelor în scopul transplantării etc.

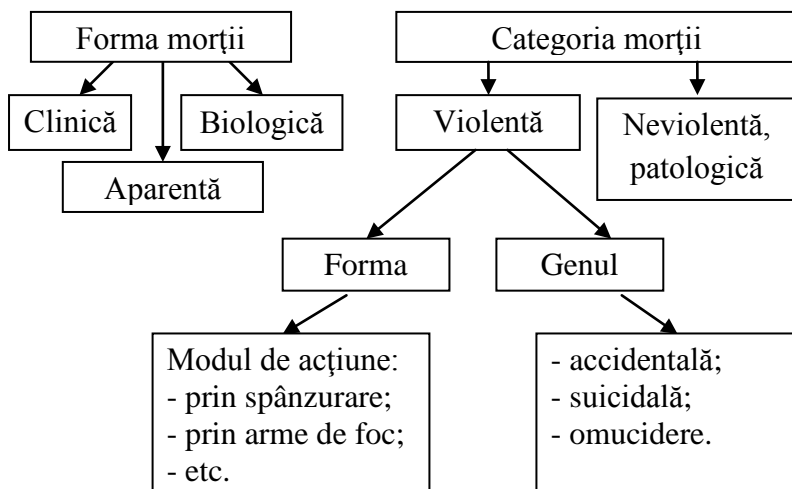
Moartea reprezintă o dereglare integrală și ireversibilă a proceselor vitale ale organismului ce condiționează încetarea activității biologice a tuturor țesuturilor și organelor. Tanatologia clasică consideră că moartea s-a instalat atunci când sunt suprimate respirația, circulația sangvină și activitatea cerebrală. Diagnosticul de moarte cerebrală corespunde practic morții organismului.

Formele și categoriile morții

Instalarea morții este un proces care evoluează, în etape succesive, între viață și moartea reală există stadii intermediare, numite stări terminale (agonice), iar moartea reală are două etape de dezvoltare: clinică și biologică.

Agonia este o etapă de tranziție de la viață la moartea reală. Ea poate decurge câteva ore, câteva minute sau, în general, să lipsească. Agonia poate fi precedată de o fază preagonală.

Perioada de agonie evoluează, de obicei, încet, dispare mobilitatea în articulații, se reduc funcțiile fiziologice, apar tulburări ale sistemelor nervos, circulator și respirator, pielea se acoperă cu sudoare, devine palidă, scade temperatura corpului. Toate formele de simț dispar treptat. Primul dispare văzul, iar ultimul – auzul. Poate apărea urinarea și defecația involuntară. În cazurile în care agonia parcurge vijelios, persoana este excitată, se zvârcolește în pat. La căderea din pat se pot forma leziuni corporale. Persoanele în stare de agonie sunt considerate iresponsabile pentru delictele pe care le-ar comite.



Moartea clinică durează circa 5-8 minute după stoparea funcțiilor sistemelor nervos central, respirator și cardiovascular. În această perioadă este posibilă reanimarea tuturor funcțiilor vitale, deoarece încă n-au survenit alterări ireversibile ale celulelor organismului. Hipotermia (acțiunea temperaturii scăzute) corpului poate prelungi cu mult perioada morții clinice.

Moartea biologică se caracterizează prin încetarea proceselor metabolice celulare, condiționând modificări ireversibi-

le ale organelor vitale. La această etapă acțiunile de reanimare nu sunt eficiente. În unele cazuri moartea biologică se dezvoltă chiar de la început. Spre exemplu, procesele patologice sau leziunile incompatibile cu viața (strivirea capului).

După instalarea morții biologice țesuturile organismului continuă un anumit timp activitatea vitală, dar fără o reciprocitate de reacții. Activitatea proceselor vitale scade progresiv, apoi dispare complet. Mai întâi dispare activitatea vitală a cortexului cerebral, sensibil la insuficiența oxigenului.

Moartea aparentă (falsă) reprezintă o stare când în consecința bolilor sau acțiunii factorilor externi omul bolnav sau traumatizat se află într-o stare de lipotimie profundă, activitatea vitală a organismului scade brusc, respirația și bățile cordului nu se determină, însă activează la un nivel minimal, iar persoana respectivă, la exterior, se aseamănă cu un cadavru. Sunt înregistrate cazuri când oamenii în stare de moarte aparentă erau transferați în morgă, iar acolo „înviau”. În stare de moarte aparentă oamenii se pot afla zeci de ani.

Din punct de vedere socio-juridic se cunosc două categorii de moarte: violentă și neviolentă (patologică).

Prin categoria morții violente se înțelege decesul condiționat de acțiunile agenților externi (mecanici, fizici, chimici, termici) asupra organismului uman.

Moartea violentă include varietățile: forma și genul morții. *Forma* morții violente caracterizează felul de acțiune a factorilor externi asupra organismului, spre exemplu, comprimarea gâtului cu lațul. Sub aspect judiciar există trei *genuri* de moarte violentă: prin omucidere, sinucidere și accidentale. În literatura contemporană se propune și al patrulea gen de moarte violentă – consecințele nefavorabile ale activității medicale. Determinarea genului morții violente nu face parte din competența medicului legist.

Cercetarea cauzelor și circumstanțelor în care s-a produs moartea violentă este obligatorie pentru organele de drept, iar expertiza medico-legală în aceste situații are un rol important,

adesea hotărâtor în stabilirea condițiilor reale în care au avut loc.

Prin categoria *morții neviolente* se înțelege decesul condiționat de diferite boli sau procese patologice. Din această categorie face parte și moartea naturală (fiziologică), cauzată de îmbătrânirea organismului, când funcțiile vitale se sting lent în consecința uzării organelor și țesuturilor. O formă de moarte patologică (neviolentă) este moartea subită care survine la persoane aparent sănătoase, la care evoluția bolii nu presupune o agravare cu consecințe mortale.

În toate cazurile de cercetări pe cadavre se cere de rezolvat, în primul rând: diagnosticul sau constatarea morții reale a subiectului și vechimea (timpul) în care s-a instalat. Aceste fenomene se apreciază și se analizează începând cu examinarea cadavrului la fața locului, iar apoi în procesul cercetării lui în morga medico-legală.

Diagnosticul morții

Diagnosticul morții, în primele 10-20 de minute după survenirea ei, creează anumite dificultăți, mai cu seamă medicilor din echipa de salvare și medicului legist care examinează cadavrul la fața locului în condiții nefavorabile. În primele minute după stoparea activității cardiovasculare se poate determina cu certitudine numai în baza unor metode speciale de investigație: electrocardiografia, radiografia, encefalografia etc., care pot fi efectuate în condiții de staționar. Nu întâmplător, în spital, persoana decedată este expusă într-un salon separat pe un termen de 2 ore, până când apar modificările cadaverice.

Constatarea morții reale, inițial, se bazează pe examinările clinice clasice, care confirmă încetarea definitivă a respirației, circulației sangvine și a activității sistemului nervos central. Stoparea respirației se determină prin absența mișcărilor toraco-abdominale și a suflului bronho-pulmonar. Astfel de probe suplimentare ca: mobilitatea apei dintr-un vas aranjat

pe torace, mișcarea unui fulg de pană sau aburirea oglinzii apropiate de nări și gură – nu prezintă argumentări veridice.

Stoparea activității cardiovasculare se confirmă prin absența pulsului și a bătăilor inimii, scăderea tensiunii arteriale până la zero, venesectia nu este urmată de hemoragie, ligaturarea degetului nu produce cianoză.

Încetarea activității sistemului nervos central se constată prin abolirea tuturor reflexelor (corneene, olfactive, de sensibilitate doloră). O arsură cu flacăra duce la formarea unei vezicule în cazul unei morți aparente. La comprimarea bilaterală a globului ocular pupila se deformează („pupila de pisică”) datorită scăderii tensiunii intraoculare postmortem.

Fenomenele clinice menționate sunt considerate drept semne de orientare ale morții reale. Semne de certitudine a morții ne oferă radiosopia inimii, electrografia, electroencefalografia etc. Dar aceste metode nu pot fi executate în condițiile practicii medico-legale, datorită lipsei posibilităților de activitate pe teren, la fața locului.

Constatarea precoce a morții biologice are în prezent o importanță majoră în legătură cu problemele de transplantare chirurgicală a diferitelor organe și țesuturi de la cadavru unor persoane bolnave. Prevederile legislative referitoare la recoltarea de organe și țesuturi pentru transplant variază de la țară la țară.

Astfel, în Polonia, prelevările se pot face fără permisiunea rudelor; în Suedia legislația permite recoltarea numai de piele, cornee și hipofiză, fără consimțământul familiei; în Belgia, Olanda și Germania prelevarea se poate face numai cu consimțământul rudelor; în Franța prelevarea de piese se poate face numai dacă există consimțământul dat în timpul vieții de către cel decedat.

În România prelevarea de organe și țesuturi de la cadavre se face numai după confirmarea medicală a morții biologice de către o comisie formată din cel puțin doi medici și un medic legist, concluziile acestei comisii fiind consemnate într-un proces verbal. Prelevarea nu are loc dacă persoana decedată

și-a exprimat opoziția scrisă în timpul vieții sau dacă prin aceasta se compromite o autopsie medico-legală. În absența opoziției scrise, formulate de către decedat în timpul vieții, este necesar consimțământul unuia din membrii maturi ai familiei, în ordinea: soț (soție), părinte, copil, frate (soră).

În Republica Moldova problemele ce țin de prelevarea de organe și țesuturi de la cadavre nu sunt soluționate pe deplin și rămân la etapa de legiferare.

Clasificarea modificărilor cadaverice

După instalarea morții biologice în țesuturile și organele cadavrului au loc procese biochimice și fizice nespecifice organismului viu. Consecințele morfologice ale acestor procese se numesc modificări cadaverice care, de asemenea, se referă la semnele de certitudine a morții reale.

Toate modificările cadaverice se împart în precoce, tardive și conservatoare. În cadrul modificărilor enumerate succesiv sau concomitent se instalează un complex de schimbări specifice.

Precoce	Tardive	
	Destructive	Conservatoare
<ul style="list-style-type: none"> • Răcirea cadavrului • Deshidratarea • Lividitățile (petele) cadaverice • Rigiditatea cadaverică • Autoliza postmortem 	<ul style="list-style-type: none"> • Putrefacția • Distrugerea prin insecte și animale 	<ul style="list-style-type: none"> • Mumificarea • Saponificarea • Lignificarea • Pietrificarea etc.

Modificările cadaverice precoce

Răcirea cadavrului. Scăderea temperaturii corpului poate să înceapă încă din timpul agoniei. Aceasta se explică prin scăderea activității biologice a țesuturilor ce contribuie la întreruperea termogenezei pe cadavru, temperatura egalându-se

eu cea a mediului extern. Temperatura corpului scade în funcție de o serie de factori: temperatura, mișcarea și umiditatea aerului, volumul cadavrului, grosimea stratului de țesut adipos, grosimea îmbrăcămintei, cauza morții etc. Pierderea de căldură post-mortem se realizează prin iradiere, conducție și convecție.

Răcirea cadavrului este mai rapidă pe părțile descoperite și mai lentă la nivelul plicelor cutanate sau pe locurile acoperite de îmbrăcămintă. Mult mai repede se răcește un cadavru expus la temperatură scăzută a mediului extern și un cadavru de volum mic. Într-un mediu cu temperatura de +15–20°C răcirea cadavrului are loc cu un grad pe oră în primele 3-5 ore după moarte, iar mai târziu – cu 2 grade pe oră. Peste 10-12 ore după moarte temperatura intrarectală este circa de +20°C.

Deshidratarea cadavrului. O dată cu încetarea circulației sangvine are loc hipostaza generală și evaporarea apei din straturile superficiale ale țesuturilor, contribuind la deshidratarea (uscarea) cadavrului. Acest proces începe în zonele cu epidermă subțire (buze, scrot) sau în cele traumatizate (excoziații). În aceste locuri pielea se usucă, capătă o culoare galbenă, apoi brună, luând aspect de pergament. Datorită deshidratării cadavrul pierde în greutate. Dacă ochii au rămas deschiși, sclera se usucă, se zbârcește, căpătând o culoare galbenă-cenușie (petele Liarche). Corneea devine opalină. Dinamica de deshidratare a cadavrului depinde de temperatura, mișcarea și umiditatea aerului înconjurător. Valoarea medico-legală a deshidratării este redusă pentru stabilirea vechimii morții.

Lividitățile cadaverice. Peste 2-4 ore după survenirea morții în regiunile inferioare ale corpului apar pete violete, numite lividități (pete) cadaverice, ele se datorează acumulării sângelui în vasele sangvine în consecința gravitației. Pe regiunile pielii, unde se comprimă grație masei corpului sau acțiunii hainelor (cureaua, gulerul), petele cadaverice nu apar. Procesul de apariție a lividităților cadaverice evoluează în trei stadii.

În primul stadiu, de *hipostază*, sângele umple vasele sangvine și petele se întind progresiv și confluează. Hipostaza apare peste 1,5-2 ore și se instalează complet la 12-16 ore de la moarte. La presiune lividitățile dispar, pentru ca să reapară după încetarea acesteia. Dacă se schimbă poziția cadavrului (se întoarce), petele cadaverice dispar peste 1-3 ore și apar din nou în regiunile inferioare ale corpului. Secționarea pielii în regiunea lividităților conduce la ieșirea sângelui din vasele sangvine.

Stadiul al doilea, de *difuziune (stază)*, se instalează după 12-16 ore de la moarte, când se produce o extravazare a plasmei sangvine, care îmbibă țesuturile și durează până la 24-36 ore. La compresiune, pe piele, lividitățile cadaverice devin palide, dar nu dispar complet. La schimbarea poziției corpului petele apar parțial în locuri noi, dar se mențin și în locurile inițiale. La secționarea pielii din vasele sangvine se scurge puțin sânge.

Stadiul al treilea, numit de *imbibiție*, se instalează după 24 ore de la moarte. Țesuturile sunt îmbibate cu plasmă sangvină. Lividitățile nu dispar la presiune și nu se schimbă la modificarea poziției cadavrului.

Factorii care contribuie la instalarea lividităților cadaverice sunt: temperatura înaltă a aerului înconjurător, instalarea rapidă a morții, când în vasele sangvine sângele se află în stare fluidă.

Temperatura scăzută a aerului ambiant încetinește formarea lividităților cadaverice, iar în unele cazuri stopează apariția lor. Spasmarea bruscă a vaselor sangvine în consecința acțiunii temperaturii scăzute sau congelarea pielii persoanelor decedate nu permit sângelui să se scurgă în regiunile inferioare ale corpului.

Petele cadaverice reprezintă cel mai sigur și mai precoce semn de instalare a morții reale. Prin stadiul în care se află și localizarea lor se poate determina timpul trecut de la moarte, poziția corpului în momentul morții și eventualele schimbări

de poziție. Culoarea și intensitatea lor pot indica, în unele cazuri, cauza morții.

La descrierea petelor cadaverice, în locul descoperirii (aflării) cadavrului, medicul legist și anchetatorul penal sunt obligați să descrie corect localizarea lui, caracterul (limitate, imense), dimensiunile, culoarea, se schimbă sau nu la comprimare etc. Dacă lividitățile cadaverice se aseamănă cu echimozele, se fac cercetări suplimentare (secționarea pielii).

Rigiditatea cadaverică. La 30 de minute (până la 2-4 ore) după instalarea morții apare o rigiditate progresivă a musculaturii. Primele semne se manifestă, de obicei, în mușchii masticatori, apoi ai gâtului, membrilor superioare, trunchiului și ai membrilor inferioare. Procesul deplin de formare a rigidității cadaverice decurge până la 24 ore de la moarte.

În evoluția rigidității cadaverice se pot distinge 3 stadii. În primul stadiu (instalarea) rigiditatea se învinge forțat, dar va apărea din nou. Stadiul al doilea (de generalizare) are loc la 14-24 ore de la moarte: rigiditatea este totală, se lasă greu învinsă și nu mai apare din nou. În această perioadă cadavrul este fixat în poziția în care a fost lăsat. Stadiul al treilea (de rezoluție) a rigidității se instalează după 1-2 zile de la moarte, dispare treptat, în aceeași ordine în care a apărut.

Instalarea și rezoluția rigidității cadaverice sunt accelerate în condiții de temperatură înaltă, iar la cea scăzută se observă încetinirea lor. Același fenomen se constată la cadavrele persoanelor cașectice. Rigiditatea se instalează mai rapid, este mai puternică și de lungă durată în cazul morții survenite în urma unor boli convulsionate, intoxicații (stricnină), precum și după o activitate musculară intensă.

Rigiditatea cataleptică (spasmul cadaveric) reprezintă o formă aparte, când instalarea rigidității are loc brusc, fixând persoana în poziția în care este surprinsă în momentul morții. Asemenea cazuri sunt descrise în urma traumatizării trunchiului cerebral.

Rigiditatea cadaverică este un semn sigur de moarte reală, poate indica timpul scurs de la survenirea morții și fixează poziția cadavrului în perioada de instalare a rigidității.

Rigiditatea cadaverică se instalează și la nivelul organelor interne, cuprinzând musculatura diverselor organe.

Autoliza postmortem. Peste un anumit timp după instalarea morții țesuturile (organele) cadavrului se modifică sub acțiunea unor enzime. Spre exemplu, digestia postmortală a stomacului se datorește acțiunii corosive a sucului gastric, se pot produce chiar distrugerii complete ale peretelui gastric, cu revărsarea conținutului în cavitatea peritoneală. Splina se înmoaie până la aspectul unei magme și poate da falsa impresie de splină „septică”, pancreasul, glandele suprarenale, de asemenea, se autolizează rapid după moarte. Unele organe parenchimotoase (ficat, rinichi) iau un aspect intumescențat, turbure, fără desenul caracteristic lor. Printre primele țesuturi care se autolizează este sângele. Acesta îmbibă pereții vaselor sangvine.

Însemnătatea medico-judiciară a modificărilor cadaverice precoce constă în posibilitățile de a se concretiza importante probleme de ordin medico-legal și judiciar:

- servesc semne de certitudine a morții reale;
- indică asupra vechimii decesului;
- pot certifica eventuala schimbare a locului de aflare a persoanei după instalarea morții;
- uneori permite stabilirea cauzei morții;
- permit presupunerea condițiilor în care s-a aflat cadavrul (locul înhumării sau aflării).

Modificările cadaverice tardive destructive

Modificările cadaverice tardive se dezvoltă peste 2-3 zile după instalarea morții și pot să se desfășoare un timp îndelungat. Din modificările cadaverice tardive fac parte: putrefacția, cele conservatoare (mumificarea naturală, saponificarea, lignificarea, înghețarea cadavrului) și altele.

Putrefacția este o modificare cadaverică distructivă, de natură microbiană, care constă în descompunerea substanțelor proteice. Procesul de putrefacție este determinat de mulți factori. Unul dintre aceștia este temperatura mediului ambiant. Mai favorabilă pentru putrefacția cadavrului este temperatura de +20-35°C.

Putrefacția se stopează la temperatura mai mică de 0-1°C și mai mare de 35°C. Aerul umed reține putrefacția. Viteza de putrefacție a cadavrului depinde de proprietățile solului (uscă, umed, dacă conține bacterii etc.) în care a fost înhumat.

Primul semn al putrefacției este reprezentat prin *pata verde de putrefacție* care inițial apare în regiunile inghinale, apoi se răspândește pe tot corpul. Concomitent sângele hemolizat și putrefiat difuzează prin pereții venelor, colorând tegumentul corespunzător rețelei venoase care devine evidentă sub formă de dungi de culoare maro întunecat. *Rețeaua venoasă* de putrefacție apare, în special, pe membre sau în jurul plăgilor. Putrefacția anaerobă conduce la formarea considerabilă de gaze și lichide rău mirositoare. Gazele destind intestinele, stomacul, scrotul, determină pătrunderea conținutului gastric în căile respiratorii sau scurgerea lui la exterior prin orificiile naturale. Bulele de gaze pătrund în sânge, determinându-i un aspect spumos. Acumularea subcutană a gazelor formează flictenele de putrefacție, iar în organe se instalează emfizemul de putrefacție. Sub acțiunea gazului cadavrul se umflă. În condiții obișnuite, de înhumare, scheletizarea unui cadavru are loc circa 7-10 ani.

Distrugerea cadavrelor de către insecte și animale

La distrugerea cadavrului contribuie diferite insecte și larvele lor. Insectele necrofore apar într-o anumită ordine. Pe cadavrele lăsate în timpul verii la aer liber, numai la câteva ore după moarte se pot observa ouă de muște (albastre, verzi). *Musca domestică* nu depune ouă pe cadavre.

Muștele depun ouă în jurul orificiilor naturale (gură, nas, organe genitale) sub formă de grămezi. Peste 10-25 de ore din ouă ies larve care dizolvă proteinele și le asimilează. Muștele pot „scheletiza” un cadavru de adult în circa 4 săptămâni. Prezența pe cadavru a ouălor, larvelor și a muștelor adulte dau posibilitate medicului legist să aprecieze timpul care a trecut de la începutul distrugerii cadavrului de către muște.

La aer liber cadavrele pot fi distruse de furnici și de alte insecte (cărăbuși). În timp de 4-8 săptămâni furnicile pot „scheletiza” deplin cadavrul unui om adult.

Cadavrele pot fi mâncate de câini, pisici, porci, șobolani, șoareci, care distrug țesuturile moi. Lupii, vulpile, șacalii rup părțile moi și oasele cadavrului, mâncând organele interne. Leziunile provocate de animale pe cadavre se caracterizează prin margini festonate, amprente de dinți; lângă cadavre pot fi găsite fragmente osoase, precum și mase fecale ale acestor animale.



Deteriorarea postmortem a cadavrului de animale

În apă cadavrul poate fi mâncat de șobolani de baltă, raci și unii pești de pradă. Mușcăturile peștilor pe pielea cadavrului se aseamănă cu niște adâncituri în formă de pâlnie. Racii pot mânca țesuturile moi până la oase.

Modificări cadaverice tardive conservatoare

În anumite condiții de mediu înconjurător, nefavorabile procesului de putrefacție, se dezvoltă modificări cadaverice conservatoare. În condiții naturale cele mai frecvente procese conservatoare sunt mumificarea și saponificarea, iar mai rar se întâlnesc lignificarea și congelarea cadavrului.

Mumificarea cadavrului se realizează în condiții cu temperatură înaltă, umiditatea scăzută și ventilare bună. Astfel ele pot exista în pământ uscat, nisipos, afânat, precum și în alte locuri, mai cu seamă, în timpul verii. Datorită temperaturii înalte și unei aerisiri bune are loc o deshidratare considerabilă, care stopează procesul de putrefacție. Cadavrul se usucă, pierzând din greutate și volum, pielea devine pergamentată, de o culoare brună-închisă. Cadavrul devine asemănător muștelor, de unde provine și denumirea procesului de conservare. Mumificarea cadavrului poate fi totală sau parțială. Cadavrul unui adult se poate mumifica timp de 2-3 luni, iar cadavrul unui copil – cu mult mai repede.

Saponificarea cadavrului se dezvoltă în mediu umed și lipsit de oxigen. Preponderent se înregistrează la înhumarea cadavrelor în soluri mlăștinoase. Sensul saponificării constă în descompunerea grăsimii în acizi grași și glicerină. Acizii grași, unindu-se cu sărurile de magneziu și calciu, contribuie la saponificarea cadavrului. Țesuturile capătă un aspect galben-albicios. Treptat se instalează procesul de solidificare și țesuturile devin fărâmițoase. Procesul de saponificare începe să se evidențieze peste 2-4 săptămâni. Cadavrul omului adult devine saponificat peste 10 luni, iar al unui nou-născut – peste 3-4 luni. Astfel de cadavre pot fi identificate, iar leziunile corporale păstrează semnele specifice. În organele interne se pot determina procesele patologice.

Lignificarea se înregistrează foarte rar și se dezvoltă la cadavrele aflate timp îndelungat în terenuri turboase, mlăștinoase, cu reacție acidă, care împiedică putrefacția. Pielea devine dură, de o culoare brună. Părul, unghiile și cartilajele se

conservează. Oasele devin moi și flexibile. Cadavrele lignificate pot fi identificate.

Congelarea cadavrelor are loc la temperaturile mai jos de zero grade. Cadavrul se păstrează, fără a suferi modificări de volum și structură, atât timp cât este congelat.

Îmbălsămarea sau conservarea artificială a cadavrelor se practică din antichitate. Cadavrele pot fi conservate în soluții de sare, în naftă etc. Foarte bine se conservează (secole și milenii) cadavrele aflate în gheață. O conservare pe termen scurt se obține ținând cadavrul la temperaturi scăzute (camere-frigidere). Conservarea artificială a cadavrelor cu formol, etanol și alte soluții speciale permit păstrarea lor pe un timp relativ mai lung.

Estimarea vechimii morții

Aprecierea vechimii morții are o importanță mare pentru organele de cercetare penală în ceea ce privește posibilitatea justificării versiunii faptei și stabilirii în timp a infracțiunii comise. Problema în cauză se soluționează de expertiza medico-legală în baza mai multor reacții supravitale, cercetărilor de laborator (biochimice, biofizice, imunologice etc.) a diferitor țesuturi cadaverice, precum și prin modificările cadaverice (precoce, tardive, conservatoare).

Pentru estimarea vechimii morții au fost propuse anumite reacții supravitale, esența cărora constă în excitarea mecanică, electrică și chimică a mușchilor scheletici (striati) și netezi, în special cei pupilari ai ochiului. Reacțiile menționate permit aprecierea timpului morții de la câteva minute până la 24-30 de ore.

În ultimele decenii pentru determinarea timpului morții au fost efectuate mai multe investigații de laborator orientate spre aprecierea dinamicii modificărilor postmortem ai unor componente biochimici, enzimatici din sânge, lichidul pericardiac și alte țesuturi cadaverice în funcție de timpul și cauzele decesului. Sunt obținuți anumiți indici, care se reco-

mandă pentru determinarea vechimii morții la copii și persoane adulte pe parcursul primelor 48 de ore după deces. Majoritatea acestor metode de cercetare nu se utilizează în practica medico-legală deoarece sunt complicate și costisitoare, iar unii indici prezintă suspiciuni.

Pentru stabilirea vechimii morții, în medicina legală continuă să se utilizeze metodele tradiționale, vechi, aprobate de mult timp și completate de unele investigații simple. La baza acestor criterii se află: modificările cadaverice precoce, tardive și conservatoare, dinamica temperaturii rectale, starea de evacuare a conținutului gastrointestinal și a veziculei biliare, ciclul evolutiv al unor insecte, aspectul evolutiv al unor leziuni traumatice etc. Toate aceste date sunt analizate în complex, ținând cont de temperatura aerului ambiant, a oscilațiilor meteorologice și altor factori ce facilitează sau stopează modificările cadaverice.

Diagnosticul cauzei morții

Diagnosticul cauzei morții reprezintă o problemă principală a expertizei medico-legale. El se cere rezolvat în baza criteriilor clinice, morfologice și a cercetărilor complementare.

Tanatogeneza trebuie redată printr-o sinteză a factorilor cauzali și al mecanismelor de acțiune, evidențiind cauzele directe (nemijlocite) și de bază a morții. Se va menționa cauza de bază, care printr-un anumit mecanism de acțiune, conduce la un efect direct, la instalarea morții.

Cauzele directe sunt acelea care au condiționat nemijlocit stările terminale, trecerea de la viață la moarte. Ele determină întreruperea activității respiratorii și cardiace. Țesuturile nu mai primesc oxigenul necesar pentru întreținerea activității organismului și, în consecință, se instalează moartea.

Cauzele de bază (etiologice) ale morții sunt bolile nosologice sau leziunile corporale, care influențează survenirea directă a morții. Spre exemplu, hemoragia cerebrală, în urma bolii hipertentice, provoacă dereglarea activității respira-

torii și servește drept cauză de bază a morții, iar cauza directă este hemoragia cerebrală cu distrugerea țesutului nervos.

Medicul legist, deseori, nu dispune de date cu caracter clinic și de aceea diagnosticul cauzei morții este bazat numai pe datele morfopatologice constatate la necropsie. În practica medico-legală este cunoscut faptul că înlocuirea diagnosticului cauzal (etiologic) al morții cu cauzele directe (complicațiile terminale) ale morții este inadmisibilă, aceasta fiind drept o exprimare incorectă în tanatogeneză.

Probleme de tanatoetică (eutanasia)

Un deosebit interes medico-juridic reprezintă problema morții precoce produsă la dorința persoanei interesate în exterminarea propriei vieți și cunoscută încă din secolul XVII prin noțiunea de *eutanasie*. Aceasta este metoda de provocare de către medic a unei morți nedureroase, la un pacient incurabil, pentru a-i curma o suferință grea, adesea cu dureri insuportabile. Se poate manifesta ca o acțiune sau o inacțiune a medicului în fața unui pacient în stadiul terminal al vieții. Modul de implicare al medicului dă naștere celor două forme de eutanasiie: *activă și pasivă*.

La începutul secolului XX, juristul Binding și psihiatrul Hohe au propus să fie numită drept eutanasiie și lichidarea așa-ziselor „vieți inferioare” – a handicapatilor, lucru care s-a răsfrânt rapid în Germania. Erau uciși nou-născuții cu malformații congenitale, bolnavi alienați mintal, bolnavii cu tuberculoză sau cancer, bătrânii. Mai apoi, acest procedeu a fost aplicat pentru exterminarea în masă a evreilor, țiganilor, slavonilor, a oamenilor inapți pentru muncă în lagărele de concentrare.

Problema eutanasiei s-a evidențiat în ultimele decenii, fapt legat de „Declarația drepturilor omului” conform căreia, dreptul la viață este un drept absolut. Aceasta capătă mai mare actualitate prin problemele economice, sociale, etice și de

drept, legate de întreținerea oamenilor bătrâni și a bolnavilor incurabili, de îngrijirea și vindecarea lor.

Omul are dreptul la viață, la sănătate și la o moarte demnă. Când este vorba despre bolnavi desperați, adesea, apare dilema: o moarte rapidă, nedureroasă și ușoară sau o moarte lentă și chinuitoare? Cum trebuie să procedeze medicul în cazul în care el nu mai poate ușura suferințele bolnavului sau atunci când bolnavul imploră medicul de a-i întrerupe chinurile? Desigur, aceste probleme trebuie rezolvate nu numai din punct de vedere etic, deoarece nu sunt excluse abuzuri și crime.

Principala problemă etică a eutanasiei constă în aprecierea morală a posibilității de a o folosi (pasivă sau activă) în practica medicală. Care este metoda mai convingătoare pentru muribund, rudele lui, cei ce lucrează în domeniul medical, pentru societate? În lume se propun mai multe metode de apreciere a eutanasiei. În Spania, de exemplu în prezent, sunt invocate o serie de argumente care solicită legalizarea eutanasiei ca formă de evitare a posibilelor abuzuri. În Olanda, guvernul a propus recunoașterea eutanasiei și a suicidului asistat la cererea bolnavilor aflați în stări terminale, fapt ce a fost aprobat în parlament.

Suicidul asistat medical este considerat de medicii olandezi drept sinonim cu eutanasia. Pentru ei nu are nici o importanță dacă medicul lasă bolnavului soluția letală, sau i-o injectează el însuși. Aproape toți cei care solicită acest mod de a sfârși viața sunt bolnavii de SIDA sau cancer în stadiul final. Acceptarea legilor privind legiferarea eutanasiei active, oriunde aceasta s-ar limita, va fi o sarcină dificilă.

În ceea ce privește forma pasivă a eutanasiei, aceasta nu a declanșat nici un fel de discuții, fiind practică pretutindeni mai mult sau mai puțin deschis. Nu orice lucrător din domeniul medical este capabil de a îndeplini o astfel de misiune, ca urmare, acceptarea eutanasiei poate permite acestora refuzul acordării ajutorului medical necesar.

Cere menționată și altă problemă legată de stările terminale, anume de responsabilitatea pentru întreruperea unei reanimări a persoanei aflate în comă depășită. Posibilitățile contemporane de a menține viața vegetală în condițiile morții cerebrale, aduc în discuție necesitatea normativelor care prevăd momentul când medicul poate abandona procesul de reanimare. În unele țări, acest lucru se face după ce o echipă de specialiști stabilește diagnosticul de moarte cerebrală, iar în altele – pentru astfel de comportare medicul poartă responsabilitatea penală. Reieșind din aceste considerente, în unele legislații s-a precizat că dacă după 20-60 ore de supraviețuire artificială în comă depășită (cu excepția copiilor, gravidelor, intoxicațiilor, când este nevoie de recoltarea organelor pentru transplant) și subiectul nu își revine, întreruperea reanimării este legitimă și neimputabilă.

Sugestii metodice

Audienții trebuie să poată:

- justifica deosebirea semnelor morții clinice de semnele morții aparente la fața locului;
- integra tactica procurorului cu a altor specialiști la cercetarea accidentelor cu multiple victime omenești;
- redacta sarcinile procurorului la cercetarea cadavrului la fața locului în caz de traume rutiere;
- estima valoarea modificărilor cadaverice la rezolvarea problemelor de ordin judiciar;
- diferenția formele, categoriile și genul morții în aspect medico-juridic;
- estima calitatea cercetării cadavrului la fața locului.

Activități de evaluare

Ofițerul de urmărire penală T. pe timp de iarnă cercetează locul accidentului rutier soldat cu 6 persoane decedate, două dintre care sunt cetățeni străini. În jurul acestor două cadavre zăpada abundent este îmbibată cu sângele scurs din plăgile

capului. În scop de identificare a decedaților s-a prelevat secțiunile de zăpadă îmbibată cu sânge și introdus în sticlule de penicilină bine ermetizate. Corect s-au perfectat ordonanțele de trimitere a obiectelor și s-au expediat pentru cercetări la ADN în laboratorul specializat.

Indicați ce nu s-a făcut corect?

Întrebări pentru autocontrol

1. Ce forme, categorii și moarte violentă sunt cunoscute?
2. Care sunt semnele pe care se bazează stabilirea morții reale?
3. Care sunt modificările cadaverice precoce și valoarea lor medico-judiciară?
4. Care sunt principiile de estimare a vechimii morții?
5. Ce cunoașteți despre aspectul medico-juridic al eutanasi-ei?

Capitolul 4

EXAMINAREA CADAVRULUI LA FAȚA LOCULUI

Cercetarea locului faptei reprezintă o acțiune importantă de anchetă, prevăzută prin lege, efectuată de urgență de către o echipă, condusă de ofițerul de urmărire penală sau procuror, din care adesea face parte și un specialist din ramura medicinei. Mai frecvent medicul este solicitat pentru examinarea cadavrului la fața locului sau a persoanelor în viață, dar poate participa și în cazurile de reconstituire a faptei, la interogatoriu, la percheziție sau prelevarea mostrelor (sânge, fire de păr etc.) pentru cercetarea comparativă a acestor probe etc.

Locul faptei este un sector de teren sau încăpere în limitele cărora s-a produs infracțiunea sau alt eveniment cu caracter penal (omucidere, jaf, viol, sinucidere, accident rutier etc.). Locul unde a fost descoperit cadavrul unei persoane este considerat drept locul faptei. Numai o examinare minuțioasă, întreprinsă la momentul oportun va permite obținerea unor informații prețioase în descoperirea infracțiunii. Evident că o cercetare superficială, întârziată sau necompetentă va contribui la pierderea multor probe care ulterior nu pot fi obținute.

Ofițerul de urmărire penală sau procurorul este în drept să solicite participarea la cercetarea locului faptei nu numai specialiști în domeniul respectiv, dar și pe învinuit, bănuit, partea vătămată. Participarea martorilor este obligatorie, aceștia doar atestă procedeele și rezultatele examinării locului faptei.

Deplasarea medicului-specialist la fața locului și reîntoarcerea lui, crearea condițiilor pentru îndeplinirea obligațiilor prevăzute, transportarea cadavrului la morgă și a corpurilor delictive pentru cercetări de laborator se asigură de către ordonator.

Examinarea exterioară a cadavrului la locul unde acesta a fost depistat se face de orice medic în calitate de specialist. Pentru îndeplinirea acestei funcții, mai frecvent, este antrenat

medicul legist, care în astfel de cazuri nu dispune de drepturile și obligațiunile expertului judiciar. Opiniile și explicațiile acestuia nu pot avea valoarea concluziei, ci doar poartă un caracter consultativ și sunt prezentate în mod verbal. Medicul legist, care a luat parte la examinarea exterioară a cadavrului la fața locului, ulterior, poate participa în procesul dat și în calitate de expert, efectuând necropsia cadavrului și prezentând concluziile sale în scris.

În procesul examinării locului faptei ofițerul de urmărire penală sau procurorul întocmește un proces-verbal, în care se descriu toate acțiunile sale și ale medicului specialist, precum și toate faptele, ce se constată pe parcursul cercetării, în aceeași ordine, în care s-au efectuat constatările. De regulă, cadavrul este examinat în locul unde a fost găsit și numai în cazuri excepționale, în lipsa condițiilor optimale, acesta poate fi transportat în morga medico-legală, unde și se examinează. Informațiile referitoare la cadavru și corpurile delictive de origine biologică sunt dictate de medic ofițerului de urmărire penală pentru a fi incluse în procesul-verbal. Ultimul document este semnat la finele examinării de către toți participanții (ofițer de urmărire penală, criminalist, medic-specialist, martori).

Cercetarea locului faptei, de obicei, se efectuează în două etape consecutive – statică și dinamică.

În stadiul *static* locul faptei se examinează fără a se schimba starea inițială a obiectelor, a corpurilor delictive (arme de foc, cuțite, etc.) și a cadavrului. Detaliat se fixează localizarea tuturor obiectelor, raportul lor reciproc, urmele descoperite etc.

Examinarea locului faptei continuă cu stadiul *dinamic* în cadrul căruia obiectele descoperite pot fi luate în mâni, deplasate, cercetate minuțios etc., grație cărui fapt e posibil un examen multilateral și evidențierea particularităților acestor obiecte sau a careva urme specifice. În anumite situații se admite alterarea etapelor menționate de examinare.

În unele cazuri apare necesitatea în cercetări suplimentare sau repetate. Examinarea *suplimentară* se practică în cazurile când în timpul cercetării primare nu toate obiectele de la fața locului au fost examinate ori au fost cercetate incomplet. Aceasta poate fi și după autopsia cadavrului, în cadrul căreia apar informații noi. De obicei, în procesul cercetării suplimentare se examinează numai unele sectoare ale locului faptei sau anumite obiecte aparte.

Cercetarea *repetată* a locului faptei are loc în cazurile când examinarea primară a fost necalitativă sau efectuată pe timp nefavorabil (ploaie, ninsoare, iluminare insuficientă, etc.). Există și cazuri când locul faptei se cercetează în procesul examinării dosarului în ședința de judecată.

Examenul la fața locului are următoarele obiective principale:

1. Descoperirea, cercetarea, descrierea, păstrarea și prelevarea urmelor prezente pe victime și pe diferite obiecte din apropiere;
2. Aprecierea împrejurărilor în care s-a desfășurat infracțiunea (accidentul), a deplasărilor agresorului și victimei, care au avut loc;
3. Cercetarea minuțioasă a fiecărui element separat, capabil să contribuie la identificarea agresorului și a obiectului vulnerant.

Sarcinile și principiile de cercetare

Examinarea exterioară a cadavrului la fața locului se efectuează într-o anumită consecutivitate:

- a) se descrie localizarea, poziția și atitudinea cadavrului;
- b) se evidențiază obiectele de pe cadavru și din apropierea lui imediată;
- c) se notează hainele și încălțăminte de pe cadavru;
- d) se descriu datele generale despre cadavru și fenomenele cadaverice;
- e) se fixează principalele leziuni corporale exterioare etc.

Sarcinile medicului specialist la examinarea exterioară a cadavrului la fața locului se pot formula în modul următor:

- constatarea morții reale a persoanei;
- aprecierea timpului parcurs de la deces;
- ajutorul consultativ ofițerului de urmărire penală sau procurorului la examinarea cadavrului;
- ajutorul la depistarea, descrierea, fixarea, ridicarea și ambalarea probelor delictive de origine biologică sau obiectele cu urmele acestora, care necesită a fi expediate pentru investigații suplimentare de laborator;
- expunerea opiniei preliminare asupra caracterului, mecanismului și vechimii producerii leziunilor corporale, referitor la obiectul cu care putea fi produsă trauma;
- consultarea reprezentantului organului de drept la întocmirea ordonanței de dispunere a expertizei medico-legale a cadavrului și a corpurilor delictive, precum și la formularea întrebărilor, care necesită rezolvare.

Medicul specialist trebuie să sosească la fața locului înzestrat cu un anumit echipament: o trusă pentru cercetarea modificărilor cadaverice și a unor reacții supravivale, precum și alt instrumentar strict necesar.

Prima sarcină a medicului specialist la fața locului este diagnosticul pozitiv al morții. De obicei decesul omului se constată până la sosirea grupei operative. La cea mai mică îndoială, cu privire la instalarea morții reale, victimei i se acordă ajutorul medical adecvat, inclusiv și spitalizarea ei.

Până la început de examinare cadavrul va rămâne în poziția găsită și se va fotografia în ansamblu și în detaliu, apoi urmele suspecte din jurul cadavrului. La fotografiere se recomandă de prins în imagine o riglă gradată, care ulterior va permite o orientare asupra raporturilor metrice.

După constatarea morții reale se începe examinarea exterioară a cadavrului. În procesul-verbal se fixează toate datele referitoare la circumstanțele faptei, iar datele examenului extern al cadavrului se notează într-o anumită ordine. În mod

obligatoriu se vor descrie modificările și urmele care nu pot fi completate ulterior, inclusiv la cercetarea medico-legală a cadavrului în morgă.

1. Localizarea, poziția și atitudinea cadavrului. Se notează denumirea locului, unde a fost descoperit cadavrul: în pădure, în câmp, în stradă sau locuință, etc. Se descrie denumirea concretă a acestei localități, a străzii, casei, a sectorului, unde se află cadavrul.

Se consemnează *poziția* cadavrului în raport cu obiectele imobile din încăpere (ușă, sobă) sau în aer liber (față de drum, copac, alte obiecte). Se va nota poziția cadavrului față de urmele și obiectele din jur, indicând și distanța dintre acestea. Exemplu: „Cadavrul se află în sufragerie pe podea, orientat cu capul spre fereastră, la 70 cm de acestea, cu picioarele spre ușa de la intrare”.

Se indică *atitudinea* cadavrului, adică raportul dintre părțile anatomice ale corpului. Exemplu: „Cadavrul este culcat pe spate, cu capul înclinat spre umărul drept, membrele superioare fiind întinse de-a lungul trunchiului, iar cele inferioare parțial depărtate și flectate în articulațiile genunchiului”. Unele atitudini sunt caracteristice pentru anumite feluri de moarte: „embrionară” – pentru moartea prin hipotermie generală; „boxerului” sau „scrimmerului” – pentru acțiunea temperaturii înalte.

2. Obiectele de pe cadavru și din apropierea lui. În primul rând se examinează și se descriu numai obiectele cu care au putut fi produse leziunile corporale (o pușcă, un topor sau ciocan, un lanț în jurul gâtului etc.). Obiectele și instrumentele vulnerante vor fi examinate pentru constatarea dacă prin ele s-au putut produce leziuni de tipul celor de pe cadavru. Unele obiecte vulnerante se pot afla chiar în corpul defunctului (un cuțit în canalul unei plăgi înjunghiate, un căluș în cavitatea bucală etc.). Extragerea lor din corpul victimei la fața

locului e strict interzisă. Nu se scot nici lanțurile de pe gât la spânzurat.

Anumite obiecte (un cuțit, pistol, fire de păr etc.) pot fi descoperite în mâinile cadavrului. După o examinare minuțioasă acestea sunt descrise și ridicate pentru o investigație specială. Cu deosebită atenție se examinează și se descriu urmele de sânge, urină, mase vomitive etc. de lângă cadavru, indicând localizarea acestora în raport cu părțile anatomiche ale corpului, culoarea, forma, dimensiunile, alte particularități specifice. Medicul specialist va determina mecanismul producerii urmelor de sânge, stabilind de exemplu dacă acestea au fost provocate prin prelingere sau stropire și care-i orientarea acestora. Delimitarea urmelor de sânge pe suporturile solide este ușoară, iar pe cele poroase, de exemplu pe sol, e dificilă deoarece conturul este vag. Pe zăpadă sângele se păstrează perfect, având culoarea roșie. La dezghețare, marginile petei de sânge devin neclare, ele fuzionează și se măresc.

Medicul specialist va descrie probe materiale, care au o semnificație. În cazul intoxicațiilor se pot găsi mase vomitive și fecale, care eventual pot să conțină toxice. Substanțele, care au putut provoca intoxicația (pulberi, medicamente, lichide), precum și ambalajele lor (fiole etc.) trebuie ridicate și expediate spre cercetare în laboratorul toxicologic.

3. *Hainele și încălțăminte de pe cadavru.* Acestea se examinează atent: din ce stofă sunt confecționate, modelul, coincidența măsurii hainei și a corpului, nivelul de uzură, corespunderea hainelor anotimpului, lipsa unor părți din haine. Se verifică conținutul buzunarelor, prezența în ele a unor obiecte, medicamente, rețete de la medic, etc. Se examinează și se descriu toate urmele specifice pe haine, care pot dispărea la deplasarea cadavrului și transportarea acestuia la morgă. Nu se recomandă dezbrăcarea cadavrului.

O anumită atenție se va acorda și cercetării încălțăminte pe care pot fi depistate impurități (vopsea, var, lut etc.), dar absente la fața locului, fapt care uneori mărturisește că moar-

tea victimei a survenit în alt loc. În cazurile accidentelor rutiere pe talpă pot fi constatate urme de alunecare pe suportul de rulare. Ridicarea amprentelor digitale și plantare, a urmelor de încălțăminte pe diferite obiecte (sol) este sarcina expertului criminalist.

4. *Datele generale despre cadavre.* Se indică particularitățile anatomo-constituționale: sexul, vârsta (la exterior), talia, constituția, nutriția, culoarea tegumentelor și alte semne. Mai detaliat se descriu cadavrele persoanelor neidentificate.

5. *Fenomenele cadaverice.* În primul rând, se vor cerceta semnele cadaverice precoce. Gradul de răcire a cadavrului se poate determina la palpate (cu fața dorsală a mâinii), dar mai binevenită este măsurarea temperaturii rectale cu ajutorul unui termometru special. La palpate se constată răcirea părților descoperite ale corpului (față, mâini) și acoperite de haine (spinare, piept). Se cer evidențiate fenomenele de deshidratare a tegumentelor (petele lui Liarche, petele pergamentoase, etc.

Este important de a descrie localizarea și intensitatea lividităților cadaverice, culoarea acestora până și după digitopresiune sau comprimarea cu dinamometrul. Se va nota caracterul schimbării culorii lividităților cadaverice și timpul necesar pentru restabilirea culorii după încetarea comprimării.

Rigiditatea cadaverică, de obicei, se determină în mușchii masticatori, ai membrilor superioare și inferioare, manifestându-se prin limitarea sau lipsa mișcărilor pasive în articulațiile mandibulare și a membrilor.

La cercetarea fenomenelor cadaverice precoce se va indica timpul examinării (data, ora). Nerespectarea acestei condiții va face imposibilă estimarea ulterioară a datei morții. Uneori este rațională cercetarea fenomenelor cadaverice precoce în dinamică: la începutul examinării, fixându-le în procesul-verbal, și peste 2-3 ore. Acest procedeu poate facilita determinarea timpului trecut după instalarea morții reale.

E necesar de fixat modificările cadaverice tardive și conservatoare (putrefacția, mumificarea, pietrificarea, etc.). Insectele de pe cadavru, nimfele și larvele acestora se recoltează în eprubetele pentru o eventuală examinare entomologică.

6. *Reacțiile supravitale.* Aceste fenomene, ca și modificările cadaverice, servesc drept sursă de informație pentru estimarea vechimii morții. Ele pot fi evidențiate în primele 18-24 ore după moarte. Se recomandă cercetarea reacției musculare la excitarea mecanică și electrică, reacția pupilară la acțiunea agenților chimici (pilocarpină, atropină).

7. *Particularitățile anatomice și lezionale ale cadavrului.* Toate particularitățile anatomo-lezionale se examinează și se descriu în ordinea cranio-caudală. Se evidențiază datele anatomo-constituționale ale capului (părul, starea ochilor, nasului, etc.), gâtului, trunchiului și membrilor, unele semne specifice ale regiunii date, etc. Leziunile corporale se descriu după o schemă anumită (caracterul, localizarea, forma, dimensiunile, aspectul exterior, etc.). O atenție deosebită necesită descrierea urmelor de violență de pe corpul victimei, părțile acoperite de îmbrăcăminte fiind cercetate la fața locului numai în măsura accesibilă. Mai detaliat leziunile corporale vor fi examinate în morgă. La fața locului nu se recomandă de spălat sângele de pe leziuni, de înlăturat firele de păr de lângă plagă sau alte urme, care cer o cercetare mai minuțioasă. Dacă se presupune un viol, după cercetarea organelor genitale, pentru un eventual examen biologic se prelevă conținutul vaginal. De reținut că-i interzis categoric de a schimba aspectul inițial al leziunilor, de a efectua sondarea lor, de a extrage obiectele penetrante din leziune etc. Se admite recoltarea numai a obiectelor (corpurilor străine, particulelor tisulare), care se află aparte de cadavru, pentru a nu le pierde în timpul transportării cadavrului la morgă.

8. *Loja cadavrului (amprenta)*. Aceasta reprezintă sectorul pe care a fost descoperit cadavrul. După ridicarea cadavrului se descrie specificul ei (pat, pământ, zăpadă, etc.), prezența impurităților specifice, a urmelor de sânge, etc., care pot elucida unele aspecte ale circumstanțelor de producere a morții, poziția și atitudinea victimei înaintea decesului etc. Dacă cadavrul se află la aer liber, pe iarba sau pe alte plante, se poate determina aproximativ timpul aflării lui în acest loc – în baza schimbării culorii plantelor vegetale și prezenței insectelor, larvelor. Uneori spre loja cadavrului duc urme de târâire a corpului, având diferite forme, lățime și adâncime. În urmele de târâire pot fi depistate fragmentele de haine, obiectele căzute din buzunarele victimei și agresorului. Alături de aceste urme pot fi găsite amprentele încălțăminteii agresorului.

9. *Circumstanțele negative*. Prin circumstanțe (fenomene) „negative” se are în vedere lipsa acelor urme, semne, obiecte care ar trebui neapărat să fie prezente la fața locului, reieșind din condițiile concrete ale evenimentului, precum și prezența unor urme (semne) neadecvate circumstanțelor date. Exemplu: lipsa urmelor de sânge lângă un cadavru cu imense plăgi pe gât sau absența leziunilor pe haine în prezența leziunilor corporale sub îmbrăcăminte etc.

Examinarea la fața locului în diverse forme de acțiuni violente

La locul faptei pot fi depistate semne și urme caracteristice, anumite circumstanțe sau cauze de moarte. Drept urmare, cercetarea cadavrului la fața locului în funcție de circumstanțele traumei va avea unele particularități.

- **În leziunile prin obiecte contondente și ascuțite:** se menționează caracterul leziunilor corporale și corespunderea lor cu cele de pe haine; medicul prezintă versiunea cu privire la obiectul vulnerant; ținând cont de localizarea și caracterul plăgilor, medicul își expune părerea despre eventuala prezen-

ță a urmelor de sânge pe obiectul vulnerant și pe agresor; în baza caracterului urmelor de sânge se constată posibilă localizare a victimei în momentul agresiunii.

- **În traumele de trafic** (auto, moto, de tractor): se fixează atitudinea și poziția cadavrului în raport cu vehiculul și cu urmele acestuia de pe suprafața de rulare; se menționează starea hainelor (leziuni mecanice și de altă origine, urme de lubrifianți și vopsea, urme de alunecare și târâire, amprente de anvelope și șenile ș.a.); se consemnează specificul leziunilor corporale, localizarea și distanța lor de la talpă; se evidențiază mobilitatea patologică a oaselor, crepitația osoasă, deformarea unor părți anatomice ale corpului, scurtarea membrilor etc.; se caută urme de sânge, țesuturi și organe, fragmente de haine și amprentele acestora pe vehicul.

- **În trauma de tren:** se notează atitudinea și poziția cadavrului (a segmentelor amputate) în raport cu terasamentul și cu șinele, caracterul leziunilor corporale și al hainelor (bandă de comprimare, urmele de târâire, etc.); în prezența impurităților pe cadavru și pe haine (păcură, praf de cărbune, zgură ș.a.); se evidențiază semnele originii vitale a leziunilor corporale (revărsări sangvine la nivelul leziunilor corporale, urme de sânge pe haine și pe terasament).

- **În precipitare:** se consemnează atitudinea și poziția cadavrului, prezența urmelor de sânge și cantitatea aproximativă a sângelui revărsat, particularitățile suprafeței de precipitare și ale obiectelor de sub cadavru și din apropierea lui nemijlocită, starea hainelor (impurități, leziuni, urme de alunecare); se descriu leziunile corporale și eventualele semne de proveniență vitală a acestora.

- **În leziunile prin arme de foc:** se evidențiază leziunile hainelor, prezența proiectilelor (gloanțelor, alicelor) și a impurităților printre straturile de haine; se menționează eventualele leziuni de origine balistică consemnându-le proprietățile lor morfologice (forma, dimensiunile, caracterul marginilor, prezența inelelor de excoriație, metalizare și de ștergere, a inelului de imprimare a țevii, a rupturilor suplimentare în

margini); prezența semnelor acțiunii factorilor secundari ai împușcăturii (depunerilor de funingine, impregnării prin pulbere, pârlirii firelor de păr, ș.a.); se notează localizarea anatomică a leziunilor sus-numite și distanța lor de la talpă, prezența urmelor de sânge pe corpul și hainele victimei; se observă dacă victima e încălțată sau nu.

- **În electrocutări:** examinarea se va efectua cu participarea specialistului electrician pentru asigurarea securității de electrocuție și înlăturarea sursei de acțiune a curentului; se stabilește locul de contact cu sursa de curent și factorii favorizanți electrocutării (haine umede, prezența apei pe suport, umiditate sporită a aerului, etc.); se cercetează starea obiectelor metalice de pe haine (nasturi), încălțăminte (cuie) și corpul victimei (brățare).

- **În asfixiile mecanice:** se menționează edemul și cianoza facială, revărsatele sangvine în conjunctiva ochilor, urmele de fecale, urină și spermă pe hainele și corpul victimei; în cazul morții prin spânzurare sau strangulare cu lațul se notează atitudinea cadavrului, distanța de la plante și de la locul fixării capătului liber al lațului până la suport (podea, sol, etc.), proprietățile lațului (materialul din care-i confecționat, tipul lațului, numărul circularilor, felul și localizarea nodului, corespunderea lațului cu șanțul de imprimare a acestuia) și ale șanțului de spânzurare sau de strangulare (localizarea – în treimea superioară, media sau inferioară a gâtului, orientarea – transversală sau oblic-ascendentă, adâncimea – uniformă pe tot parcursul sau mai adâncă vizavi de nod, continuă sau discontinuă, culoarea și consistența), localizarea lividităților cadaverice; în cazul morții prin sugrumare sau sufocare se descriu leziunile corporale din regiunea gâtului, feței, orificiilor nazo-bucale, starea mucoasei buzelor și a cavității bucale (excoriații, echimoze, plăgi, amprente dentare), prezența corpurilor străine în cavitatea bucală; în compresiunea toraco-abdominală se menționează caracterul și dimensiunile obiectelor prin care s-a realizat compresiunea, prezența amprente-

lor de haine și ale altor obiecte pe pielea victimei, caracterul leziunilor mecanice, prezența „măștii echimotice”.

- **În caz de înec:** se menționează prezența brâului sau a colacului de salvare, a unor obiecte grele legate de corpul victimei sau plasate în buzunarele acesteia (pentru facilitarea submersiei), prezența și starea hainelor (acoperite cu nisip, mâl, plante acvatic, moluște, etc.), a leziunilor corporale, a semnelor de retenție a cadavrului în apă, a „ciupercii înecatului”; se recomandă prelevarea probelor de apă din bazinul în cauză pentru eventual examen al diatomeelor.

- **În intoxicații:** se evidențiază resturile de substanță (pulbere, pastile, soluții) care ar fi putut provoca intoxicația, ambalajul substanței toxice (flacoane, fiole, pachete, etc.); prezența unor rețete sau instrumente prin intermediul cărora au putut fi introduse substanțele toxice (seringi, baloane de cauciuc, sifoane), prezența arsurilor chimice (pe mâini, în regiunea comisurilor bucale), a vărsăturilor; se notează culoarea tegumentelor (galbenă – în intoxicațiile cu toxice hemolitice, roz-vișinie – în intoxicațiile cu oxid de carbon sau cu substanțe cianogene), precum și a lividităților cadaverice (roșii-aprins în intoxicațiile cu oxid de carbon și cu substanțe cianogene, violacei-cenușii sau violacei-brune – în intoxicațiile cu substanțe methemoglobinizante); caracterul rigidității cadaverice (pronunțată – în intoxicațiile cu stricnina, absentă – în intoxicațiile cu amanite); mirosul din cavitatea bucală a cadavrului, prezența urmelor de injecții.

- **În avortul criminal:** se menționează starea hainelor și atitudinea cadavrului; prezența semnelor de graviditate, a leziunilor corporale și a urmelor de sânge în regiunea organelor genitale și a perineului, prezența corpurilor străine în vagin; se precizează dacă în apropierea nemijlocită a cadavrului nu sunt prezente obiecte și substanțe care ar fi putut fi folosite pentru provocarea avortului (balon de cauciuc, clismă, sonde, seringi, soluții de săpun și iod, etc.).

- **În cercetarea pruncilor:** se fixează ambalajul în care a fost găsit pruncul, se notează leziunile corporale de pe cor-

pul pruncului, semnele de îngrijire ale acestuia, starea ombilicului și a orificiilor naturale, prezența placentei și a leziunilor placentare.

În majoritatea cazurilor locul descoperirii cadavrului este și locul instalării morții, iar poziția inițială a victimei după deces nu e schimbată. De menționat, că după producerea leziunilor mortale, un timp oarecare victima e capabilă să efectueze unele mișcări voluntare, inclusiv să se deplaseze în spațiu. Uneori cadavrele sunt deplasate de către agresor, martori sau alte persoane pentru simularea unui accident, a morții prin diferite boli, etc. Despre o simulare poate indica un tablou neobișnuit de demonstrativ al evenimentului, lipsa totală a unor urme, care ar trebui neapărat să fie (circumstanțe negative) și viceversa – prezența urmelor, care n-ar trebui să fie, deoarece acestea nu sunt proprii evenimentului insinuat.

După terminarea cercetărilor la fața locului, cadavrul va fi transportat la morga serviciului medico-legal, unde se va efectua autopsia medico-legală. Medicul specialist semnează procesul-verbal la fața locului, împreună cu anchetatorul penal.

Uneori, la sosirea grupei operative victima sau cadavrul sunt transportate de la fața locului. În aceste cazuri o importanță deosebită are examinarea minuțioasă a urmelor lăsate, în primul rând, a celor de sânge. În condițiile create cercetarea cadavrului se efectuează în conformitate cu regulile în vigoare, dar aceasta se face la locul unde el se află (spital, morgă), întocmindu-se un proces-verbal aparte.

La fața locului pot fi examinate cadavrele persoanelor dezmembrate, scheletate sau numai părți anatomice ale corpului. În astfel de cazuri se cere:

1. Fixarea precisă a poziției și atitudinii fiecărui os, a scheletului în întregime și mai cu seamă a oaselor îngropate în sol. În ultimul caz, înainte de a fi prelevate, de pe oasele găsite se va înlătura cu precauție tot solul și numai apoi se va descrie poziția lor reciprocă.

2. Oasele găsite să fie examinate cu participarea medicului specialist.
3. Toate oasele găsite să fie expediate în laboratorul medico-criminalistic pentru o expertiză prin metode speciale.

Specificul cercetării corpurilor delict la fața locului

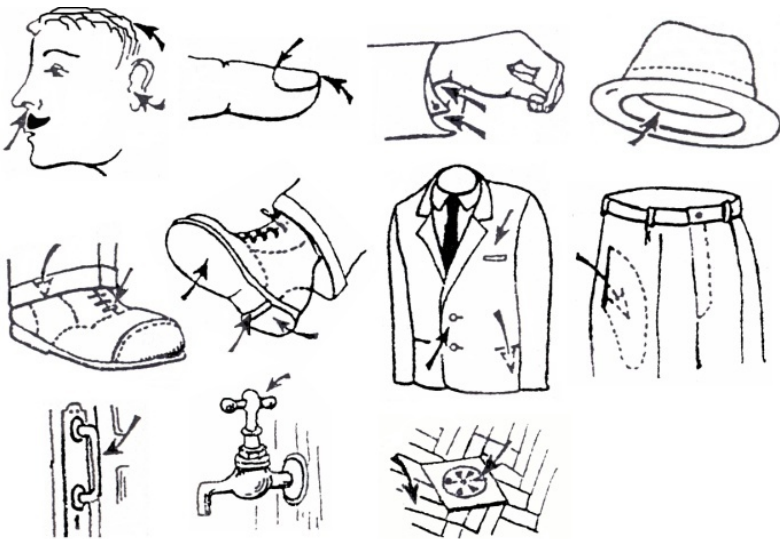
Obiectele care pot constitui corpuri delict trebuie să fie descrise amănunțit în procesele-verbale de cercetare la fața locului, de percheziție, de ridicare a lor, să fie fotografiate, dacă e posibil, și anexate la dosar printr-o ordonanță specială a persoanei, care a efectuat cercetarea penală, a ofițerului de urmărire penală, a procurorului sau printr-o decizie a instanței de judecată.

De menționat, că în medicina legală se studiază obiectele de origine biologică, urmele de pe ele și alte materiale, fapt, care necesită cunoștințe medicale. Drept obiecte de cercetare pot servi părțile anatomice ale corpului și eliminările lui: sângele și urmele lui, sperma, firele de păr, urina, transpiratul, saliva, meconiul, țesuturile moi, oasele, etc.

În majoritatea cazurilor, corpurile delict (firele de păr, sperma, etc.) reprezintă o anumită valoare pentru anchetă sau judecată numai după efectuarea unor cercetări speciale, cum ar fi cele medico-legale, criminalistice, toxicologice, etc. În astfel de cazuri ele pot servi ca mijloace pentru descoperirea infracțiunii, stabilirea împrejurărilor reale ale crimei, identificarea obiectelor vulnerante și a agresorului, determinarea consecutivității producerii leziunilor etc.

Depistarea corpurilor delict de origine biologică pe hainele și corpul persoanei respective, pe obiectele vulnerante, găsite la locul faptei sau unde s-a descoperit cadavrul, necesită o atenție și o rațiune deosebită. O cercetare mai minuțioasă vor cere locurile suspecte din încăperi sau în afara clădirii, unde acestea pot fi deteriorate sau intenționat nimicite de către infractor ori factorii nefavorabili ai mediului ambiant (ploaie, ninsoare, etc.).

Depistarea urmelor de sânge. Urmele de sânge ușor pot fi observate la locul infracțiunii, pe obiectele prin care s-a comis crima, pe hainele, lenjeria și corpul victimei sau a agresorului, dar se vor căuta mai minuțios în locurile camuflate pentru depistare. Examenul macroscopic al petelor de sânge la fața locului are drept scop de a constata localizarea, pentru a le descrie sub aspectul formei, conturului, dimensiunilor, culorii, fapt ce va permite stabilirea modului lor de producere.



Locurile camuflate
unde mai frecvent pot fi depistate urmele de sânge

În funcție de mecanismul de producere și forma lor, urmele de sânge stabilite la fața locului diferă.

Picăturile de sânge care cad de la o înălțime relativ mică (până la 1 m) pe un plan orizontal, vor forma pete rotunde, cu margini netede sau ușor dințate. Diametrul petei va fi de circa 1 cm sau mai mare. Picăturile căzute de la o înălțime de 2-3 m formează pete rotunde cu margini dințate cu mici stropi în jur sub formă de puncte, virgule sau benzi.



Urmele de sânge:

- a) pete produse prin căderea picăturilor de sânge de la înălțimea până la 2 m;
- b) pete produse prin împrôșcare;
- c) prelingeri de sânge; d) amprente; e) ștersături

Dacă picătura de sânge cade pe un plan oblic sau vertical, atunci el se acumulează la capătul inferior al petei. Astfel pata apare piriformă sau sub forma semnului de exclamare, cu extremitatea ascuțită orientată în direcția deplasării sângelui. Petele de sânge vor fi mai lungi când unghiul căderii picăturii de sânge e mai ascuțit. Astfel de pete se produc când victima e în mișcare, capetele ascuțite ale petelor indicând direcția mișcării. Când se scutură mâna însângerată, atunci se produc același forme.

Petele formate prin căderea picăturilor de sânge prezintă indici ale hemoragiei, ale deplasării victimei traumatizate, ale transportării cadavrului, etc.

Petele produse prin *împrôșcare* se formează dintr-un jet arterial. Picăturile de sânge se dispersează sub forma unor

stropi, formând stropituri de sânge primare și secundare, izolate sau confluențe, orientate în jos sau în sensul micșorării în evantai, când jetul este mare. Stropiturile sunt piriforme sau sub forma semnelor de exclamare cu extremitățile ascuțite în sensul deplasării stropilor de sânge. Stropiturile se mai formează prin lovituri aplicate la nivelul unor corpi sau obiecte în sângerat, precum și prin scuturarea bruscă a obiectelor în sângerate.

Prelingerile de sânge se numesc urmele alungite formate prin prelungirea lui pe un plan înclinat sau vertical. La extremitatea inferioară ele sunt puțin îngroșate și mai pronunțate. Prelingerile de sânge pot indica poziția victimei și a obiectelor din jur ulterior rănirii persoanei. Uneori ele ajută la aprecierea consecutivității producerii leziunilor corporale (Exemplu: când prima plagă e produsă în poziția verticală, iar a doua – în poziția culcată a victimei).

Ampretele apar în urma unui contact static al obiectului în sângerat cu un plan. Ele pot reflecta desenul papilar digital, palmar, plantar, forma și dimensiunile obiectului vulnerant și ale leziunilor corporale externe. Ampretele fac parte din grupa celor mai importante probe.

Ștersăturile de sânge se formează în urma unui contact dinamic cu o suprafață în sângerată. Ele au forme nedefinite și provin mai frecvent prin ștergerea obiectelor, a mâinilor, etc. Ștersăturile indică locul contactului primar și direcția deplasării obiectului în sângerat.

Impregnările se produc prin îmbibarea materialelor higroscopice (sol, zăpadă, stofă) cu sânge. Au forme și dimensiuni diverse. Acestea pot indica locul aflării persoanei rănite și a cadavrelor.

Băltoacele de sânge se formează în urma hemoragiilor masive pe suprafețele care nu au proprietăți higroscopice. Băltoacele indică locul unde s-a aflat victima după producerea leziunii corporale. De regulă, sediul băltoacelor mari coincide cu locul, unde s-a instalat moartea victimei.

Spălăturile sunt urme de sânge în apă sau alte lichide. De obicei, se formează după spălarea mâinilor, hainelor, obiectelor vulnerante însângerate.

Depistarea prezenței sângelui în pete la fața locului e posibilă în baza reacțiilor de probabilitate:

- a) *Reacția cu apa oxigenată*. Apa oxigenată, interacționând cu sângele, produce efervescentă și spumă. Pentru efectuarea reacției la fața locului pe petele suspecte de sânge se picură apă oxigenată.
- b) *Reacția cu benzidină (Adler)* este una din cele mai sensibile. Reactivul constă dintr-o soluție saturată de benzidină în acid acetic glacial, la care, în ultimul moment înainte de utilizare, se adaugă câteva picături de apa oxigenată de 3%. Reactivul se picură pe locul suspect. În prezența sângelui reactivul devine albastru-intens, apoi, peste câteva minute, trece în brun și în curând colorația dispare. Reacția are un efect pozitiv și cu oxidazele de origine vegetală, cu rugina și cu produsele activității bacteriene.

Există și alte reacții de probabilitate, dar și acestea sunt nespecifice. Probe de certitudine pot fi efectuate numai în condiții de laborator.

Depistarea urmelor de spermă. Urmele suspecte de spermă se cercetează în toate infracțiunile sexuale. Ele pot fi descoperite pe hainele, pe lenjeria și corpul victimei și ale agresorului.

Aspectul general al acestor pete constituie doar indici de probabilitate și diferă în funcție de natura substratului. În general, petele de spermă sunt dure (aspre), de culoare alb-gălbuie. Pe substratul de culoare închisă sunt albicioase, pe substratul deschis – sure cu o ușoară nuanță galbenă sau cafenie. Pe lenjerie au un contur neregulat, „în harta geografică”. Pe stofă și pe obiectele dure au aspectul unor solzi albi și

strălucitori, friabili. În razele ultraviolete prezintă o fluorescență alb-albăstruie.

Depistarea firelor de păr. Firele de păr figurează în dosarele penale despre omucidere, furturi, jafuri, accidente rutiere, crime sexuale, etc. Prezența firelor de păr la locul infracțiunii, pe hainele și lenjeria victimei și ale agresorului, în mâinile cadavrelor, pe alte corpuri delictive, constituie probe prețioase în vederea identificării infractorului sau victimei.

Depistarea altor obiecte de origine biologică. Fragmentele de țesuturi și organe se descoperă mai frecvent pe vehicule, pe obiectele prin care au fost produse leziunile corporale, sub unghiile infractorului sau ale victimei etc.

Petele de salivă se examinează pe probe materiale ca murcile de țigară, pe obiectele prin care a fost sugrumată victima, pe plicurile și timbrele poștale.

Petele de urină și de materii fecale pot fi depistate uneori pe hainele și lenjeria victimei și ale inculpatului, în cazul crimelor sexuale.

O cercetare serologică a petelor de sudoare poate fi utilă în vederea aprecierii apartenenței hainelor, lenjeriei, încălțămintei unei persoane concrete.

Secreția glandelor mamare, petelor de lapte și de colostru se examinează mai frecvent în caz de întrerupere precoce a sarcinii și în cazul pruncuciderii. Macroscopic petele de lapte au o culoare cenușie-deschis, conturul fiind regulat și clar.

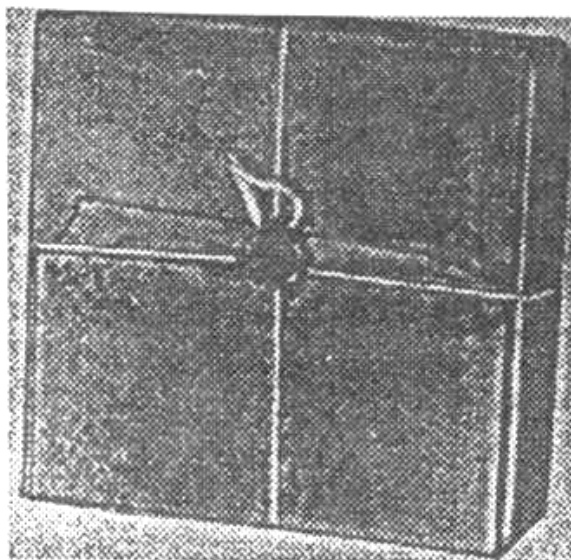
Ridicarea, ambalarea și expedierea corpurilor delictive spre cercetare se efectuează de către ofițerul de urmărire penală, care este obligat să respecte următoarele cerințe în acțiuni:

1. A efectua minuțios examinarea, descrierea și fotografierea corpurilor delictive, până la ridicarea lor.
2. Obiectele mici, cum ar fi cuțitul, toporul, arma de foc, hainele, etc., se ridică integral. Din obiectele mari (mobi-

lă, autovehicul) se ridică numai părțile necesare (dacă e posibil) sau se iau amprente de pe locurile respective.

3. Fiecare corp delict se ridică și se împachetează aparte, după o pregătire corespunzătoare. Obiectele și urmele (petele) umede inițial se usucă la temperatura camerei (+16–18°C), excluzând acțiunea razelor solare directe. Sângele se usucă pe o bucată de tifon.
4. Trebuie protejate corpurile delict și urmele de pe ele de acțiunea substanțelor eterogene, a temperaturii și umidității ridicate etc.

La descrierea corpului delict ridicat se indică neapărat denumirea lui, materialul din care este confecționat, forma și dimensiunile lui, culoarea și prezența diferitelor urme etc. Urmele de pe corpurile delict inițial se examinează vizual, iar apoi cu ajutorul lupei fiind descrise într-o anumită consecutivitate. Nu se recomandă atingerea urmelor găsite cu mâinile, pensa etc.



Modalitatea de ambalare a corpurilor delict

Corpurile delictive se împachetează în starea în care au fost ridicate. Urmele de pe obiectele moi se acoperă cu o peliculă de plastic, postav alb, hârtie curată, care se coase de obiectul purtător de urme. Urmele de pe obiectele dure, la fel, se acoperă cu materialele enumerate, fixându-le cu ața. De regulă, fiecare obiect se împachetează aparte, iar apoi se plasează într-o cutie comună care se sigilează.

Împreună cu corpurile delictive expertului i se expediază: ordonanța despre dispunerea expertizei; copia procesului-verbal despre examinarea locului faptei; copia procesului-verbal despre examinarea și ridicarea corpurilor; originalul sau copia raportului de expertiză medico-legală a victimei, cadavrului; procesele-verbale despre ridicarea probelor materiale.

În ordonanță se menționează circumstanțele faptei, probele materiale, versiunea despre apariția lor, unde și când au fost găsite, cărei persoane îi pot aparține și când au fost ridicate, se enumeră obiectele expediate. Se formulează problemele ce urmează a fi rezolvate de către expert.

Capitolul 5

CERCETAREA MEDICO-LEGALĂ A CADAVRULUI

Noțiuni generale

Autopsia (necropsia) constă în examinarea și deschiderea unui cadavru, în scopul stabilirii cauzei morții și rezolvării altor probleme.

Există autopsie anatomopatologică (prosecturală) și medico-legală, scopul cărora într-un mod oarecare diferă: 1) autopsia medico-legală se efectuează numai la solicitarea organelor de drept, în timp ce autopsia procesuală se efectuează la cererea verbală a administrației instituției medicale; 2) în autopsia prosecturală se studiază doar modificările anatomopatologice din cadrul diferitelor afecțiuni pentru a le confrunța cu diagnosticul clinic, autopsia medico-legală cercetează și urmele de violență de pe cadavru, precizând suplimentar felul morții, cauza medicală a morții – cauza tanatogeneratoare; 3) necropsia medico-legală nu poate fi abandonată din cauza putrefacției avansate sau a altor stări a cadavrului; 4) în autopsia medico-legală se cercetează minuțios fenomenele cadaverice pentru estimarea vechimii morții; 5) spre deosebire de autopsia prosecturală, cea medico-legală presupune cercetarea detaliată a hainelor și a încălțăminteii cadavrului; 6) în autopsia medico-legală e obligatorie deschiderea tuturor cavităților (craniene, toracice, abdominale, iar uneori și a canalului vertebral).

Solicitarea expertizei medico-legale a cadavrului se efectuează în mod obligatoriu în baza unei ordonanțe, emise în scris de către reprezentanții organelor procuraturii, ale Ministerului de Interne sau de instanța judecătorească, atunci când în procesul anchetei apare necesitatea de a stabili cauza morții și de a clarifica un șir de întrebări legate de moartea persoanei. Expertiza cadavrului este reglementată de C.P.P.M. și

de alte documente de ordin legislativ sau departamental, fiind obligatorie în cazurile când se cere stabilirea cauzei morții.

Motivele expertizei medico-legale a cadavrului sunt: moartea violentă, indiferent de locul și timpul survenirii ei; moartea subită; moartea în instituțiile medicale pe parcursul primelor 24 de ore după spitalizare, atunci când nu este stabilit diagnosticul clinic; cadavrelor persoanelor neidentificate (indiferent de cauza, locul și timpul survenirii morții); în caz de înaintare de către rudele decedatului sau de alte persoane, a unor plângeri organelor de anchetă penală în legătură cu o deficiență în asistența medicală (tratament incorect sau inoportun ș.a.) etc.

Sarcinile expertizei medico-legale a cadavrului sunt: stabilirea cauzei morții; depistarea și evidențierea caracterului leziunilor corporale; aprecierea caracterului obiectului vulnerant și a mecanismului de acțiune; estimarea datei morții; constatarea eventualei stări de ebrietate a victimei înainte de moarte etc.

Autopsia cadavrului se efectuează în timpul cel mai apropiat după deces, dar nu mai devreme de 12 ore de la survenirea morții. În scopuri științifice, în caz de prelevare a organelor (țesuturilor) pentru transplantare se admite autopsia și până la 12 ore, dar nu mai devreme de 30 minute de la deces. În ultimele cazuri moartea reală se constată de către o echipă de medici cu concursul medicului legist.

Cercetarea medico-legală a cadavrului se efectuează, de obicei, în morgă de experți titulari calificați și numai în lipsa acestora se invită alți medici experți delegați.

Înainte de a începe autopsia, expertul medico-legal se familiarizează cu informațiile pe care le poate furniza ancheta (procesul-verbal încheiat la fața locului, declarații ale martorilor) sau cu datele clinice din foaia de observație clinică, dacă victima a supraviețuit în spital. Foaia de observație clinică va preciza specificul leziunilor, evaluarea lor, cauza morții, justetea diagnosticului stabilit și a tratamentului efectuat etc. Prezentarea foii de observație clinică expertului medico-legal

ține de prerogativa anchetatorului penal. Ordonanțele de efectuare a expertizei medico-legale conțin date referitoare la victimă: numele și prenumele, vârsta, adresa de la domiciliu, circumstanțele morții și alte date importante. În ordonanțe se formulează clar și precis întrebările la care expertul trebuie să dea răspuns.

Autopsia este precedată de examenul îmbrăcăminte, care are o importanță deosebită când este vorba de un cadavru neidentificat sau când este necesar să se caute urme biologice și urme ale agentului vulnerant. Examinarea hainelor poate da informații prețioase în accidentele rutiere, când se cere de notat rupturile, urmele de pământ sau vopsea, amprentele roților etc. Se vor căuta urmele factorilor suplimentari în tragearea cu armele de foc etc.

Cercetarea medico-legală include examenul extern și examenul intern al cadavrului. Scopul examenului extern constă în verificarea semnelor morții, constatarea și consemnarea caracterelor de violență, de boli locale și generale, de stabilire a caracterelor de identitate cu obiectul vulnerant etc. Examenul intern presupune deschiderea obligatorie a celor 3 cavități mari ale corpului: craniană, toracică și abdominală cu cercetarea organelor interne.

În unele forme de moarte se modifică parțial tehnica autopsiei, se practică anumite procedee specifice ale obiectului cercetat. La necropsia cadavrului medicul legist utilizează o serie de cercetări suplimentare: microscopică, toxicologică, biologică, bacteriologică, medico-criminalistică etc.

Raportul de autopsie medico-legală este documentul care consemnează toate faptele medicale și medico-legale, cercetările suplimentare de laborator. Necropsia și raportul de autopsie medico-legală sunt acte de mare răspundere, de realitatea și exactitatea cărora depinde valoarea probatorie a expertizei efectuate. O autopsie defectuos executată și incompletă sau un raport redactat superficial, cu omisiuni sau greșeli, poate servi drept motiv al unor greșeli de anchetare penală, chiar și de judecată.

După autopsie cadavrul se predă rudelor sau persoanelor care îl vor înhuma în baza prezentării certificatului medical de deces. Conform cerințelor sanitare cadavrul poate fi păstrat la morgă nu mai mult de 72 ore de la deces. Cadavrele persoanelor neidentificate se înhumează de către reprezentanții serviciului stărilor civile la ordonanța organelor care au dispus expertiza (examinarea) medico-legală.

În anumite cazuri este necesară repetarea cercetării cadavrului înhumat sau neînhumat. Pretext pentru reautopsie sînt diferite motive: examinarea necalitativă la prima autopsie, necesitatea aprecierii unor noțiuni legate de date noi, dobândite pe parcursul anchetării penale etc.

Exhumare – procedeu de dezgropare a cadavrului. Această formă de expertiză se realizează numai prin decizia procurorului (anchetatorului penal) în cazuri excepționale și se documentează printr-un proces-verbal special. Raportul de expertiză medico-legală se redactează în același fel ca și cel pentru autopsia obișnuită cu unele date particulare. Acesta conține date asupra cimitirului, identificării mormântului, stării atmosferice a pămîntului, sicriului etc.

În prezența fragmentelor de cadavru, în cazurile de dezmembrări sau ciopârțiri, se va proceda la o examinare amănunțită a părților externe. Fragmentarea cadavrului poate fi urmată de un accident sau se poate datora unei încercări de disimulare a unei crime. Nu întotdeauna este posibilă reconstituirea în întregime a cadavrului sau se pune problema dacă fragmentele găsite aparțin unui singur cadavru. Fragmentele se cer măsurate, descrise, fotografiate și păstrate.

Cercetarea cadavrului în caz de moarte violentă

Victimele prin moarte violentă constituie mai mult de jumătate din numărul total de autopsii medico-legale. În majoritatea cazurilor moartea violentă este condiționată de agenți mecanici. În aceste cazuri expertul medico-legal va rezolva o serie de probleme, adesea foarte complicate, când vor fi soli-

citare consultațiile diferitor specialiști și efectuarea unor cercetări suplimentare.

Dacă cele mai complicate probleme se rezolvă relativ mai ușor în primele zile după survenirea morții violente, apoi în stare de putrefacție avansată a cadavrelor, rezolvarea lor devine dificilă sau imposibilă. În aceste cazuri chiar și cercetările de laborator nu întotdeauna dau posibilitate de a elabora o concluzie satisfăcătoare pentru organele de justiție.

Aprecierea gradului de gravitate a leziunilor corporale pe cadavru se efectuează ca și pe persoanele în viață, în conformitate cu regulamentele în vigoare.

La examinarea persoanelor decedate prin moarte violentă adesea se depistează o serie de boli preexistente. În unele cazuri aceste boli sau defecțiuni anatomice ale corpului pot condiționa o moarte violentă sau influența geneza ei. De aceea, la fața locului, anchetatorul se va interesa și va fixa toate bolile de care a suferit victima în timpul vieții, mai cu seamă cele neuropsihice. Astfel de date, împreună cu rezultatele autopsiei cadavrului, vor ajuta expertului medico-legal la determinarea rolului bolilor preexistente în cauzarea morții violente.

La expertiza morții violente expertul medico-legal va răspunde la un număr mare de întrebări care țin de competența lui:

1. Care este cauza morții?
2. Cât timp a trecut după survenirea morții?
3. Dacă moartea este violentă, care este caracterul agentului de acțiune și particularitățile specifice ale lui?
4. Care este numărul, consecutivitatea și mecanismul de producere a leziunilor? Care este gradul de gravitate a leziunilor corporale?
5. Care este legătura de cauzalitate dintre leziunile corporale constatate și moarte?
6. Leziunile depistate au caractere vitale sau postmortale?

7. De ce boli a suferit persoana în timpul vieții și care este influența lor în condiționarea morții violente?
8. A consumat victima înainte de moarte alcool și în ce cantități? Care este influența lui în geneza și cauza morții?

La ordonarea expertizei medico-legale a cadavrului ofițerul de urmărire penală poate pune și alte întrebări, în dependență de particularitățile traumei, circumstanțele morții etc.

Cercetarea cadavrului în caz de moarte subită

Prin moarte subită înțelegem o moarte neviolentă, provocată de procese patologice din organismul omului într-un timp scurt. Ea survine pe neașteptate, adesea la persoane considerate sănătoase sau la care boala decurgea lent.

De obicei, moartea subită este condiționată de afecțiuni cronice, dar evaluarea lor decurge cu perioade de reconvalescență, când omul se simte sănătos. Aceste boli se acutizează și provoacă moartea subită. Omul poate muri subit și în urma unei boli instalate în scurt timp sau din cauza dereglării funcționale a organismului.

Cadavrele oamenilor, care au decedat subit, devin obiectul examinării medico-legale în scopul excluderii morții violente. Dar adevărata cauză a morții este determinată de expert numai după autopsia cadavrului.

Pentru excluderea sau confirmarea morții violente, este necesară examinarea la fața locului și a cadavrului în locul găsit. Uneori, după asasinarea victimei, localul este curățit, materialele delictive, hainele cadavrului sunt ascunse, după care se comunică instituțiilor medicale sau organelor de anchetă penală despre o moarte neviolentă. Deseori, leziuni produse intenționat pe față și alte părți ale corpului sunt explicate prin „căderea” victimei. Cercetarea cadavrului confirmă acțiunea agentului traumatizant. Dar pot exista și cazuri când în timpul

morții sau a pierderii cunoștinței omul căzând își provoacă leziuni (mai ales pe părțile proeminente ale corpului).

Moartea subită poate surveni și la bolnavii spitalizați, când starea sănătății lor nu prezintă pericol pentru viață. La agravarea stării sănătății pot contribui emoțiile negative (și pozitive), efortul fizic, factorii meteorologici etc. Moartea subită poate coincide cu pregătirea bolnavului pentru operație. De menționat că moartea subită poate surveni drept motiv pentru plângerile rudelor despre o tratare insuficientă sau incorectă a bolnavului, solicitând astfel efectuarea expertizei medico-legale a cadavrului.

Moartea subită poate avea loc la orice vârstă, fiind condiționată de diferite boli și stări patologice.

Bolile cardiovasculare cel mai des provoacă moartea subită la oamenii adulți. Pe primul loc sunt boala hipertonică și ateroscleroza, care contribuie la instalarea infarctului cardiac sau a insuficienței cardiace acute. Moartea poate fi subită la viciile cardiace (înnăscute sau căpătate), miocardite, tumori ale cordului, endocardite, flebite etc.

Bolile organelor respiratorii cauzează moartea subită în majoritatea cazurilor la copii sau bătrâni. Dintre acestea se evidențiază pneumoniile, bronhopneumoniile etc. La oamenii bătrâni aceste boli evoluează fără manifestări evidente sau cu o simptomă redusă.

Bolile sistemului digestiv rareori duc la moarte subită. Se pot evidenția apendicitele nediagnosticate, coma zaharată la diabetici, hemoragii imense la perforarea ulcerului gastric etc. De asemenea, pot cauza moartea subită bolile rinichilor și organelor genitale feminine, bolile contagioase etc.

Autopsia cadavrelor începe cu stabilirea circumstanțelor morții, care pot fi aflate din foile de observație clinică, inscripțiile medicilor în alte documente medicale. Anchetatorul este obligat să clarifice circumstanțele morții: cât timp și cu ce a fost tratat, ce evoluție a avut boala, cât de des se adresa medicului etc.

La autopsie cauza morții subite se determină relativ ușor după modificările stabilite în organele interne. În scop de diagnostic se practică diferite metode de laborator.

Problemele principale înaintate pentru soluționarea expertizei medico-legale în caz de moarte subită:

1. Ce procese patologice s-au stabilit la autopsie și care este cauza morții?
 2. Ce leziuni corporale există pe cadavru, care este mecanismul de producere și timpul formării lor?
 3. Care din factorii externi au contribuit la instalarea morții?
 4. Dacă persoana a consumat băuturi alcoolice înainte de deces și care putea fi gradul de ebrietate?
- Medicului expert îi pot fi puse și alte întrebări.

Cercetarea cadavrelor de nou-născuți

Expertiza medico-legală a cadavrelor de feți și nou-născuți are unele particularități deosebite, ea având drept scop stabilirea sau excluderea existenței unor pruncucideri. Problemele esențiale ce stau în fața medicului sunt: diagnosticul stării de nou-născut; diagnosticul maturității fătului; diagnosticul duratei vieții intrauterine; viabilitatea fătului; estimarea vieții extrauterine; durata vieții extrauterine; estimarea îngrijirilor acordate fătului după naștere; stabilirea cauzei morții fătului.

Diagnosticul stării de nou-născut se efectuează pe baza criteriilor morfofiziologice caracteristice unui nou-născut:

1. Pe tegumentele corpului există urme de sânge matern în lipsa leziunilor pe cadavru;
2. Smegmă embrionară preponderent în regiunile axilare, inghinale, ale gâtului și alte părți;
3. Bosa serosangvină (dispare la 2-3 zile după naștere) este localizată în funcție de prezentație;
4. Cordonul ombilical este lucios, turgescen, de culoare roză, fără linie de demarcare. După moarte cordonul se usucă, devine de culoare cafenie;

5. Placenta nu este detașată de la cordonul ombilical;
6. Prezența meconiului în jurul feselor, anusului și în intestinul gros.

În medicina legală se consideră drept nou-născut copilul care a trăit după naștere nu mai mult de 24 de ore.

Diagnosticul maturității fătului prevede stabilirea gradului de dezvoltare fizică a copilului imediat după naștere. Se consideră că fătul devine matur spre sfârșitul vieții intrauterine (10 luni lunare). Fătul se consideră matur la talia de circa 50 cm, cu o masă între 3-3,5 kg, unghiile de la mâini trec capetele degetelor, iar cele de la picioare ajung până la marginea degetelor, la băieți testiculele se află în scrot, iar la fetețe fanta genitală este închisă și labiile mari le acoperă pe cele mici, există nucleeele de osificare în epifizele oaselor tubulare lungi.

Diagnosticul duratei vieții intrauterine se stabilește după datele antropometrice și alte criterii, caracteristice fătului matur. Determinarea vieții intrauterine se poate face după masa și talia corpului, după punctele de osificare ale oaselor și circumferința capului (24-35 cm). Există alte posibilități pe care le practică medicina legiști la aprecierea vieții intrauterine.

Viabilitatea fătului depinde de dezvoltarea fizică și starea morfo-funcțională a organelor interne. Prin viabilitate se înțelege capacitatea pruncului de a supraviețui în afara organismului matern. Criteriul viabilității în medicina legală servește talia (circa 38 cm) și masa (mai mare de 1000 g) a corpului. Se consideră viabili pruncii născuți la sfârșitul lunii a IX-a calendaristice de graviditate, când talia lor atinge 48-55 cm, iar masa 2800- 3500 g, având toate semnele de maturitate.

Neviabilitatea se întâlnește în prematuritate, malformații congenitale incompatibile cu viața.

Estimarea vieții extrauterine este determinată de instalarea respirației. Respirația extrauterină produce modificări de aspect, culoare, consistență și structură a plămânului.

Plămânul nerespirat este mic, nu umple cavitatea toracică, se află în sinusurile costo-vertebrale. Suprafața lui este nete-

dă, uniformă, cu aspect de organ parenchimos, de culoare cafenie, uneori roșie. La palpate plămânul este lipsit de crepitații, neelastic. Pe secțiune se observă același aspect uniform, lipsit de bule aeriene.

Plămânul respirat umple cavitatea pleurală, acoperind pe margini cordul. Suprafața lui este ușor neregulată, de culoare roză, cu un desen marmorat. La palpate parenchimul pulmonar este elastic, cu crepitații la presiune. Pe secțiune se obține o spumă rozovie.

Examinarea trebuie completată cu docimazia hidrostatică pulmonară (proba lui Galen) și gastrointestinală (proba lui Breslau). Într-un vas cu apă se scufundă organele cavităților toracică și abdominală și, dacă ele rămân la suprafață, aceasta înseamnă că copilul după naștere a trăit (a respirat) un anumit timp, iar dacă se scufundă, copilul s-a născut mort.

Plămânii unui nou-născut mort pot să plutească: în cazul putrefacției, dacă acestui copil i s-a efectuat o respirație artificială după naștere și dacă probele au fost efectuate după dezghețarea cadavrului. Tabloul microscopic ne vine în ajutor la diagnosticarea diferențiată dintre plămânul respirat și nerespirat.

Durata vieții extrauterine se stabilește după modificările pielii, ale cordonului și ale plăgii ombilicale, ale bosesi serosangvine. Imediat după naștere corpul nou-născutului este acoperit cu sânge și cu smegmă embrionară, pielea este roșie timp de câteva zile după naștere. Cordonul ombilical este gelatinos și turgescenț la naștere, începe să se usuce după 24 ore, iar apoi se mumifică și cade. Inelul de demarcare se formează numai dacă copilul a trăit. Cordonul ombilical se desprinde după 5-7 zile, iar peste 2-3 zile după căderea lui plaga ombilicală se închide. Bosa serosangvină se resoarbe peste 2-3 zile. Aerul pătrunde în tubul digestiv în timp de 10-15 minute după naștere, în timp de 6 ore umple intestinul subțire, iar la 12-20 ore aerul umple colonul intestinului gros. Prezența meconiului în colon denotă că copilul nu a putut trăi mai mult de 2 zile.

Nou-născutul lipsit de îngrijirile necesare nu poate supraviețui mult timp. La autopsie se examinează dacă nou-născutul a fost spălat; dacă cordonul ombilical este secționat și ligaturat sau rupt, dacă este înfășat etc.

Cauza morții nou-născutului. Moartea fătului se poate instala intrauterin, în timpul nașterii și după naștere. Moartea fătului poate fi neviolentă (patologică) și violentă.

Moartea intrauterină a fătului, de obicei, este condiționată de bolile cronice sau acute ale mamei. Expertul trebuie să dispună de informație despre evoluarea gravidității. Aceasta este greu de determinat în cazul când mama ascunde graviditatea sau nu se adresează la medic. Uneori mama rămâne necunoscută. În alte cazuri fătul poate muri din cauza malformațiilor congenitale.

Moartea fătului în timpul nașterii poate fi condiționată de diferite patologii: distociei mecanice (vicii de bazin), de insuficiența contracțiilor uterine, de distociei fetale (de prezentație, hidrocefalie, făt voluminos), hipoxie fetală prin dezlipire prematură de placentă, hematom retroplacentar, preeclampsie. La nașterile cu travaliu prelungit poate să se producă aspirarea masivă de lichid amniotic cu expulsia unui făt mort. Traumatismul obstretical se poate confunda cu leziunile produse prin pruncucidere.

După naștere copilul poate muri de pe urma diferitelor boli sau a acțiunii factorilor externi. Moartea poate fi condiționată de leziuni produse conștient și inconștient (căderea la naștere impetuoasă), precum și lăsarea fătului fără îngrijire. Deci pruncuciderea poate fi pasivă și activă.

Pruncuciderea pasivă reprezintă moartea fătului în urma lăsării lui după naștere fără îngrijire: ombilicul neligaturat, neprelucrat, adesea rupt; prezența sângelui și a smegmei embrionare pe corp ne indică că fătul nu a fost spălat, înfășat. Moartea în aceste cazuri poate surveni de la hipotermie.

Metodele **pruncuciderii active** sunt cele mai diverse. Mai frecvent se observă asfixiile mecanice și leziunile corporale

grave. Dintre asfîxiile mecanice pot fi menționate: obturarea orificiilor nazal și bucal cu mîna, materiale moi, hîrtie ume-dă; introducerea în cavitatea bucală a călușului; comprimarea gâtului cu mîinile sau lațul; compresiunea toraco-abdominală; înecarea în diferite vase cu apă etc.

Leziunile corporale pot fi produse cu obiecte contondente sau ascuțite. Caracterul lor nu se deosebește de cele observate la adulți.

Leziunile pe corpul fătului nu întotdeauna indică despre o pruncucidere. Ele pot fi și consecințe ale traumei congenitale; la căderea fătului în timpul nașterii impetuoase (rapide) etc.

Examinarea cadavrului de nou-născut are particularități specifice. O importanță deosebită are informația despre examinarea la fața locului. În locuința presupusei mame sau la locul de naștere a copilului se vor căuta urmele de meconiu, haine însângerate, placenta și alte materiale, care indică despre faptul de naștere.

În afara problemelor expuse mai sus, anchetatorul penal va stabili apartenența fătului unei mame anumite. În acest scop se va determina grupa și tipul sîngelui la făt, factorul Rhesus etc.

Ofițerul de urmărire penală va adresa expertizei medico-legale următoarele întrebări principale:

1. Dacă fătul este nou-născut sau nu?
2. Dacă fătul s-a născut viu sau mort?
3. Care este durata vieții extrauterine?
4. Dacă fătul este matur, care este durata vieții intrauterine?
5. Dacă fătul este viabil și îngrijit?
6. Care este cauza morții?

Cercetarea cadavrelor persoanelor decedate în instituțiile medicale

La cercetarea persoanelor decedate în instituțiile medicale pot asista medicii curanți care dau medicului legist explicații

privitor la cazul examinat. Cercetarea cadavrului se efectuează în conformitate cu regulamentele în vigoare. Suplimentar se descriu modificările morfologice legate de tratamentul efectuat, intervențiile chirurgicale și probele de diagnostic special.

Țesuturile și organele înlăturate chirurgicale se examinează separat.

Expertiza medico-legală a persoanelor decedate în timpul intervenției chirurgicale sau în perioada postoperatorie apropiată poate fi dispusă în cazul deficienței asistenței medicale la solicitarea rudelor. Cauzele morții pot fi cele mai variate, dar decesul subit provoacă suspiciuni privind deficiențele asistenței medicale.

În procesul de necropsie a cadavrului se cercetează minuțios rezultatele tuturor manoperelor chirurgului, se stabilește corectitudinea îndeplinirii lor și gradul influenței intervenției asupra morții. Expertiza medico-legală se efectuează în aceste cazuri în comisie cu participarea specialiștilor respectivi.

În practica medico-legală frecvent se înregistrează complicații în procesul reanimării sau a terapiei intensive. Sunt posibile diferite leziuni corporale (fracturi ale oaselor în timpul masajului cardiac indirect etc.) sau modificări patologice în unele organe (creier etc.) condiționate de o hipoxie în timpul terapiei intensive. Alte stări patologice pot fi o consecință a reacțiilor alergice la introducerea în organism a anumitor medicamente sau intervenții chirurgicale neînsemnate (cateterizarea vaselor sangvine, puncția cordului etc.). Au loc complicații după transfuzia sângelui incompatibil, în timpul căreia pacientul poate deceda chiar în primele ore.

Ofițerul de urmărire penală (procurorul) este obligat să studieze toate documentele medicale în care sunt descrise manipulațiile medicilor, explicațiile suplimentare ale medicilor curanți etc., pentru a le pune la dispoziția expertizei medico-legale.

Identificarea cadavrului

În practica medico-legală adesea este necesară efectuarea expertizei în scopul identificării omului mort. Această necesitate apare mai frecvent când este găsit cadavrul unei persoane necunoscute.

Identificarea persoanei decedate include următoarele etape principale:

1. Determinarea semnelor care caracterizează particularitățile individuale ale cadavrului;
2. Căutarea pe baza datelor obținute a persoanelor dispărute;
3. Depistarea unor caractere particulare care coincid cu cele ale persoanelor dispărute;
4. Determinarea identității dintre cadavrul cercetat și persoana care este căutată.

În practica anchetării penale pentru recunoașterea persoanelor decedate, de obicei, se întrebuițează metoda de identificare (a cadavrului, hainelor de pe el, altor obiecte găsite lângă cadavru), verificarea după registrele penale, anumite forme de expertiză criminalistică (cercetarea comparativă a fotografiilor cadavrului și ale persoanei dispărute). Însă identificarea autentică a cadavrului cu ajutorul metodelor enumerate nu întotdeauna este posibilă, mai cu seamă dacă hainele de pe cadavru sunt standarde sau în general lipsesc, însuși cadavrul se află într-o stare de putrefacție avansată, iar pentru efectuarea expertizei criminalistice nu există materialele necesare. Astfel de cazuri pot avea loc:

- a) la mutilarea cadavrului în consecința leziunilor (traume, combustii etc.);
- b) la dezmembrarea cadavrelor sau mutilarea intenționată în scopul de a împiedica identificarea, însoțite de schimbarea hainelor, a documentelor și a altor obiecte;
- c) la mutilarea cadavrelor în urma modificărilor cadaverice tardive (putrefacția, leziunile și distrugerea țesuturilor de către animale, insecte);
- d) la depistarea numai a oaselor scheletului fără țesuturile moi sau cu păstrarea lor parțială (cadavre scheletate).

Sarcinile principale ale expertului medico-legal la identificarea cadavrului sunt: examinarea cadavrului și a părților dezmembrate pentru determinarea unui complex de semne, care caracterizează persoana necunoscută; ajutorarea anchetatorului în descoperirea și fixarea urmelor ce indică semnele individuale ale persoanei dispărute pentru a dovedi identitatea persoanei.

Cercetările în scopul identificării cadavrului depind de obiectul examinat: un cadavru sau părțile lui dezmembrate. În ultimul caz, identificarea trebuie să fie precedată de rezolvarea altor probleme:

1. Ce părți ale corpului sunt prezente?
2. Sunt prezente părțile corpului unui om sau ale unui animal?
3. Dacă părțile corpului reprezintă preparate anatomice sau amputate în timpul operației.
4. Sunt găsite părțile unui sau ale mai multor cadavre?

Pentru a da răspuns la întrebările enumerate, în afară de cercetarea părților cadavrului în morgă, se practică cercetări suplimentare de laborator (histologice, serologice, radiologice etc.).

Părțile corpului omenesc, care nu sunt preparate anatomice și amputate chirurgical, pot avea diferită origine:

1. Părți ale corpului pierdute în timpul transportării de către persoanele care au acces la serviciul medico-legal, reprezentanții organelor de anchetă penală sau a serviciului anatomopatologic.
2. Anumite părți ale corpului, organe și țesuturi care nu au fost depistate în timpul examinării la fața locului și găsite mai târziu. Astfel de cazuri se înregistrează în accidente rutiere, mai cu seamă feroviar, în timpul exploziilor, când corpul este rupt în bucăți și aruncat la distanțe considerabile. Rareori acestea pot fi părțile corpului pierdute în timpul accidentelor în sfera de muncă (mine etc.).

3. Părți găsite anterior sau ale unui cadavru nedescoperit, duse de animale la o distanță mare de locul aflării cadavrului.
4. Părți ale cadavrului dezmembrat intenționat în scopul de a-l ascunde, în aceste cazuri, de obicei, se găsește un număr diferit de segmente în diferite locuri, fapt ce depinde de metoda dezmembrării și transportării.
5. Osemintele oamenilor decedați în perioada acțiunilor militare, în război.
6. Osemintele înhumărilor din antichitate, găsite în timpul lucrărilor agricole și de construcție. Unele morminte pot fi descoperite de animale sau de torentul apei. Menționăm că mormintele pot servi și ca locuri pentru ascunderea cadavrelor.

La propunerea anchetatorului medicul expert cercetează cadavrul, determină vârsta, sexul, talia și masa lui, conformația corpului și a părților lui, apreciază proprietățile serologice ale organismului.

Dintre caracterele de conformație a corpului se va acorda o deosebită atenție capului. Identificarea persoanei după trăsăturile exterioare se face în baza metodei denumite „portret vorbit”, care reprezintă un sistem de descriere a particularităților externe.

Detaliat se descriu următoarele aspecte: talia corpului (în cm), constituția fizică generală, forma feței, particularitățile frunții, sprâncenelor, forma și culoarea ochilor, aspectul și forma nasului, gurii, buzelor, bărbiei, pavilionului urechii, culoarea pielii, ridurile, culoarea părului, gâtului, specificul dinților, semnele specifice de pe piele etc.

Pe larg se practică metoda de fotografiere și confecționare a măștii postmortale. Dacă țesuturile moi ale capului sunt supuse proceselor de putrefacție sau sunt distruse, se efectuează toaleta și restaurarea lui. Dacă țesuturile moi lipsesc în întregime, se poate încerca restabilirea aspectului feței după craniu.

Restabilirea feței după craniu, de obicei, se practică în scopul cercetărilor de anchetă. După aprecierea feței persoanei pierdute (sau a mai multor persoane) se efectuează identificarea omului mort cu cel dispărut, utilizând și formele de anchetare.

Este foarte important de a înregistra corect particularitățile și starea dinților și maxilarelor: tipul mușcăturii, numărul dinților, dinții care lipsesc, prezența plombelor dentare, a protezelor etc. Sunt cunoscute multe cazuri de identificare a cadavrelor anume după starea și particularitățile dinților.

Dacă este necesară dactiloscopia ornamentelor digitale, medicul legist efectuează un lucru preventiv cu cadavrul. În-săși dactiloscopia este efectuată de organele de poliție sau anchetatorul criminalist. Ornamentele digitale au o importanță mare în identificarea persoanei, deoarece sunt strict individuale și nu se modifică pe parcursul vieții. Tipurile clasice de dermatoglife sunt sub formă de arc, de spirală și în laț. Dintre caracterele utilizate de medicul legist la identificarea cadavrului enumerăm: viciile de dezvoltare a organismului, particularitățile fiziologice ale organismului feminin (ciclul menstrual, graviditatea, perioada după naștere), diferite boli și procese patologice, leziunile traumatice și postoperatorii, bonturile de amputare, tatuajul pielii etc.



Tipurile principale de dermatoglife:

a) în arc; b) în laț; c) spiralate; d) sub forma de „s”

Caracterele particulare ale cadavrului sunt reflectate de medicul legist în raportul de autopsie. Ele se întrebunțează la

căutarea persoanei dispărute fără veste. După aceasta este concepută o nouă etapă de lucru a expertului, dar anchetatorul penal este obligat să colecteze datele necesare.

Această etapă începe cu selectarea informației comparative. Medicul legist acordă anchetatorului penal un ajutor consultativ în această problemă.

Expertului îi sunt prezentate diferite materiale comparative de ordin medical: carnetele individuale ale anumitei grupe de populație; foile de observație clinică din spital; inscripțiile diferitelor registre medicale din ambulatorii, policlinici, spitale, rezultatele analizelor și cercetărilor de laborator, rețete etc. Documentele medicale reprezintă o sursă importantă de informație pentru identificarea persoanei.

Pentru constatarea existenței și a locului de aflare a materialelor necesare se recomandă interogarea rudelor și altor persoane, care cunoșteau persoana dispărută. De reținut că persoanele cointeresate pot da informații incorecte sau pot întreprinde măsuri de lichidare a materialelor necesare. Indiferent de mărturiile rudelor, materialele necesare se vor cere din instituțiile medicale respective. Un interes deosebit prezintă documentele medicale din policlinicile stomatologice și secțiile chirurgicale.

Documentele medicale se pun la dispoziție în original sau se prezintă fotocopiile lor. Radiogramele, de asemenea, se cer în original, nu doar descrierea lor. În unele cazuri se practică interogarea persoanelor care au făcut înscrieri în documentele medicale, spre exemplu, când sunt înscrieri incorecte, insuficiente sau există contradicții cu alte date.

Materialul pentru comparație poate fi obținut la examinarea locuinței unde a trăit persoana dispărută. Pe parcursul examinării pot fi depistate fotografii, documente medicale păstrate acasă, protezele dinților etc.

Pentru a dovedi identitatea persoanei, cercetările medico-legale se efectuează prin compararea tuturor datelor prezentate: radiogramelor, fotografiilor, inscripțiilor medicale, amprentelor, protezelor, hainelor, încălțăminte etc.

Radiogramele sistemului osos sunt strict individuale, prezentate prin diversitatea caracterelor oaselor și prin variabilitatea lor. De obicei, se cercetează radiogramele efectuate în procesul diagnosticului bolii și tratării persoanei respective. Pentru compararea radiogramelor se întrebuițează contururile externe ale oaselor, limitele dintre regiunile cu diferită intensitate, corespunzătoare unei sau altei formațiuni anatomice.

Radiogramele cu procese patologice, semne de fracturi vechi conțin mai multe caractere individuale, deci sunt foarte importante.

Pe fotografiile se văd imaginile diverselor caractere particulare ale corpului omenesc, precum și ale hainelor. Fotografiiile prezentate medicului legist cu imaginea capului (feței) persoanei dispărute în procesul cercetării se compară cu:

- a) exteriorul cadavrului necunoscut, descris în raportul autopsiei medico-legale;
- b) fotografia capului cadavrului necunoscut;
- c) craniul cadavrului;
- d) reproducția capului după craniu și fotografiile lui.

Cercetărilor comparative sunt supuse caracterele respective ale structurii feței (capului), dar o importanță mai mare are evaluarea distincției stabile, dintre care se evidențiază următoarele trei grupe principale:

1. Distincții din cauza diverselor condiții de fotografiere;
2. Distincții determinate de schimbarea exteriorului feței. Dintre acestea fac parte: întrebuițarea substanțelor cosmetice sau schimbarea intenționată a exteriorului, legate de modul acoperirii capului cu pălărie, basma, coafură etc.; schimbarea expresivității mimicii; modificările de vârstă ale proporționalității feței și structurii anumitor părți; procesele patologice sau starea fiziologică a organismului; consecințele traumelor și operațiilor;
3. Distincții condiționate de modificările cadaverice, de leziunile intravitale și postmortale ale țesuturilor moi și ale oaselor.

Cercetarea comparativă a craniului omului mort cu fotografiile persoanei dispărute începe cu compararea lor. Comparării sunt supuse craniul și fotografiile persoanei dispărute. Sunt comparate caracterele generale și detaliile asimetriei feței – craniului, precum și particularitățile structurale ale părților respective. Dacă se vor obține date convingătoare că craniul cercetat nu aparține cadavrului necunoscut, toate cercetările de mai departe sunt stopate. În caz contrar, se efectuează cumularea imaginilor capului persoanei dispărute cu craniul cadavrului, utilizând mai multe metode. În practica medico-legală se utilizează metoda de fotografiere.

Pentru cercetările comparative se folosesc următoarele inscripții din documentele medicale:

- rezultatele examinărilor medicale referitor la talia și masa corpului, perimetrul cutiei toracice;
- datele cu privire la tratarea și protezarea dinților;
- informațiile referitor la traume, operații și consecințele lor; o deosebită importanță capătă utilizarea suturilor cu mătase; agrafele metalice; pivoturilor; plăcilor; protezelor din metal; maselor plastice etc.;
- descrierea bolilor, evoluțiilor și consecința lor, modificările morfologice în diferite organe etc.;
- datele obstetrico-ginecologice, mai ales referitor la graviditate și naștere, dimensiunile bazinului;
- rezultatele analizelor și cercetărilor speciale de laborator.

Amprente, mulajele, protezele, în calitate de materiale pentru comparație, reprezintă imagini de contactare a structurii externe a corpului sau a altui segment. O importanță mai mare au protezele și mulajele dinților și ale maxilarelor, care pot fi găsite la locul de trai al persoanei dispărute. Utilizarea în calitate de material comparativ a hainelor, pălăriilor, încălțăminte și a altor obiecte, care aparțineau persoanei dispărute, include următoarele momente:

a) măsura hainei, încălțăminte, pălăriei depind de dimensiunile capului;

b) pe unele obiecte se pot păstra fire de păr, eliminări ale organismului, pete de sânge;

c) pe încălțăminte purtată timp îndelungat pot fi reliefate detaliile structurale ale piciorului.

În cazuri excepționale se cere efectuată identificarea cadavrelor de persoane necunoscute în baza osemintelor. Expertiza medico-legală a osemintelor presupune depistarea semnelor ce caracterizează persoana în cauză. Pe oase sau oseminte se va aprecia specia, rasa, talia, genul, vârsta, semnele individuale etc.

Sugestii metodice

Audienții trebuie să aibă abilități de a:

- deosebi semnele morții clinice de semnele morții biologice;
- descrie sarcinile procurorului la cercetarea cadavrului la fața locului;
- argumenta motivele cercetării cadavrului exhumat;
- defini întrebările adresate spre rezolvare a expertizei medico-legale la cercetarea urmelor de sânge depistate la fața locului;
- calcula posibilele distrugerii ale cadavrului de către insecte și animale.

Activități de evaluare

La un comisariat de poliție a parvenit un sunet de telefon prin care se comunică că cetățeanul K. s-a împușcat în propriul garaj. Ofițerul de serviciu, împreună cu un stagiar-practicant, s-a deplasat de urgență la fața locului, fără a solicita prezența medicului legist. După ce s-a făcut cunoscut, în ansamblu cu situația, ofițerul de urmărire penală își pregătea locul pentru a perfecta procesul verbal, iar stagiarul în acel timp s-a apropiat de cadavru, a luat de pe banchetă pistolul în mână și după ce fugitiv l-a studiat l-a aranjat la loc. La finisa-

rea lucrărilor ofițerul de urmărire penală a expediat cadavrul în morga medico-legală pentru cercetare, iar pistolul a fost ambalat conform cerințelor și trimis la criminalist pentru cercetări dactiloscopice. Din spusele soției, în acea zi soțul trebuia să aibă discuție cu niște concurenți de afacere, ceea ce deja complica cercetarea cazului. Concomitent rezultatele dactiloscopiei au arătat că în afară de desenul papilar al cetățeanului K. există și altul, care s-a dovedit a fi similar cu cel al stagiatarului.

Determinați greșelile comise care puteau complica cercetarea preliminară a cazului.

Întrebări pentru autocontrol

1. Care sunt principalele sarcini de cercetare a cadavrului la fața locului?
2. Care sunt particularitățile depistării și examinării corpurilor delict de origine biologică la fața locului?
3. În ce constă specificul cazurilor de cercetare a cadavrelor de nou-născut?
4. În ce cazuri medicul legist va cerceta persoanele decedate în spitale?
5. În ce constă specificul de cercetare a evenimentelor cu multiple victime omenești?

Capitolul 6

TRAUMATOLOGIE MEDICO-LEGALĂ GENERALĂ

Frecvența traumatismelor mecanice la momentul dat a crescut considerabil în toată lumea, provocând enorme pierderi materiale și economice, care nu pot fi comparate cu prețul vieților umane.

Multiplii agenți traumatici ai mediului ambiant, acționând asupra corpului uman, pot provoca dereglarea sănătății sau moartea persoanei, fapt care poate deveni obiectul cercetării medico-legale. De aceea, problemele traumatismelor reprezintă cele mai importante preocupări ale expertizei medico-legale, devenind mult mai frecvente în condițiile mecanizării cotidiene.

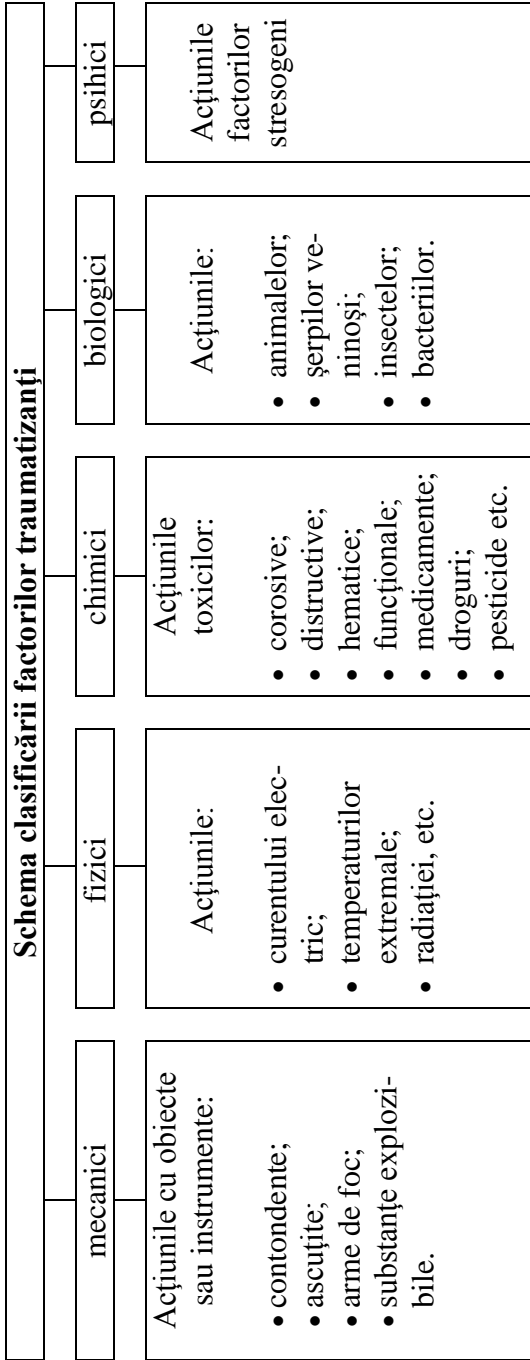
Traumatologia medico-legală este un compartiment foarte important al medicinei legale. Ea studiază mecanismele de producere și caracterul leziunilor, metodele de cercetare și criteriile de apreciere medico-legală a leziunilor mecanice.

Partea generală a traumatologiei medico-legale include informații de ordin comun, ce caracterizează leziunile, agenții traumatici, proprietățile obiectelor vulnerante, mecanismele lor de acțiune, precum și date referitoare la clasificarea leziunilor, principiile de bază de examinare și de apreciere a lor.

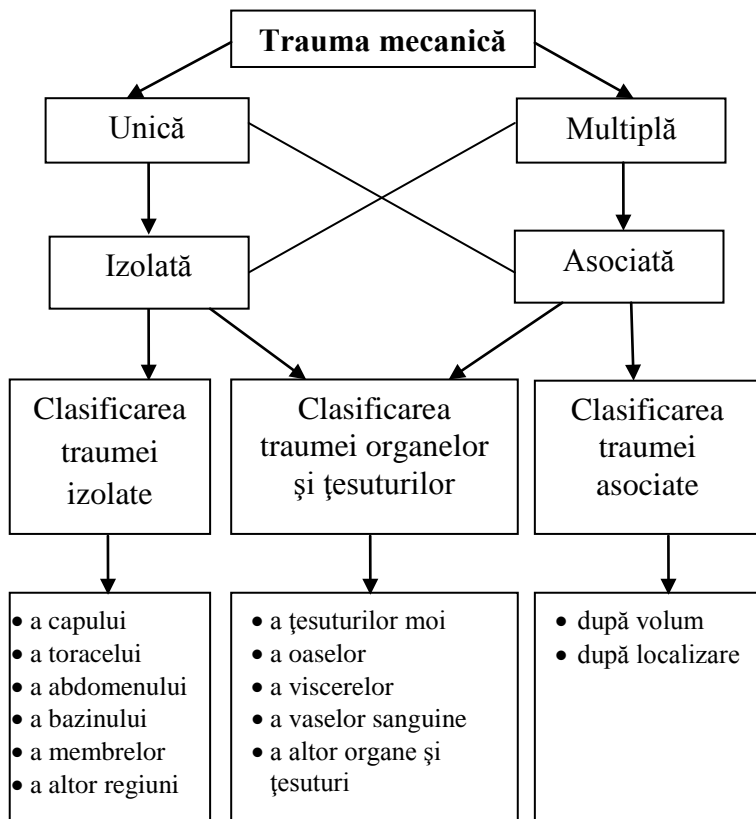
În partea specială se abordează caracteristica medico-legală a leziunilor în funcție de tipul agentului traumatizant, de specificul mecanismelor de acțiune și de circumstanțele concrete de producere a traumelor. De asemenea, sunt prezentate principiile de utilizare a investigațiilor medico-legale complementare și de interpretare a rezultatelor obținute.

Noțiuni de traume și factori traumatizanți

Agenții mediului ambiant, prin care se produc vătămrile și leziunile corporale, se numesc *factori traumatizanți* sau vulneranți, având următoarele clasificare:



Caracterul și particularitățile leziunilor mecanice sunt determinate de specificul acțiunii factorilor traumatici în complex: caracterul obiectului, valoarea energiei cinetice, direcția și unghiul de aplicare a forței, localizarea topografică a acțiunii etc. (schema).



Clasificarea traumei mecanice (după V.L. Popov și coaut.).

Termenul de *traumă* poate fi echivalat cu noțiunea de *leziune*, însă, aceasta se cere diferențiată de *traumatism*, care include totalitatea vătămarilor (leziunilor), obținute în condiții similare de producere (casnic, agrar, militar, industrial etc.).

Agenții mecanici se deosebesc între ei prin mecanismul lor de acțiune asupra corpului uman și efectele morfologice distructive care au loc. Prin *mecanism* de acțiune se subînțelege procesul de interacțiune a agentului traumatizant cu omul, soldat cu formarea leziunilor (vătămarilor) respective.

Din punct de vedere medico-legal, leziunea integrează toate consecințele acțiunilor violente, indiferent de originea provocării lor. Sub aspect juridic, noțiunea de leziune (vătămare) corporală reprezintă o acțiune ilicită, intenționată sau accidentală, soldată cu dereglarea integrității anatomice sau funcționale a țesuturilor și organelor.

Expertiza medico-legală a traumelor mecanice este dispusă de către organele de drept pentru a stabili:

- care dintre agenții mediului ambiant au provocat dereglarea sănătății sau moartea victimei;
- dacă există o legătură de cauzalitate directă între acțiunea agentului traumatic (nociv) și dereglarea sănătății sau deces;
- prin ce se manifestă dereglarea sănătății și care sunt consecințele acțiunii factorului vulnerant;
- care este mecanismul de acțiune al agentului traumatic;
- vitalitatea și vechimea modificărilor stabilite pe cadavru;
- a soluționa alte probleme specifice, care pot elucida circumstanțele traumatizării.

În practica expertizelor medico-legale mai frecvent se înregistrează leziuni corporale prin acțiunea agenților mecanici aflați în mișcare. În alte cazuri în mișcare se află corpul, iar obiectul vulnerant este imobil sau de asemenea se mișcă.

Caracterul, volumul și consecințele leziunilor mecanice depind de forța cinetică și viteza acțiunii obiectului vulnerant, de forma și suprafața acestuia, de particularitățile structurale ale regiunii în care are loc impactul etc. Se poate vorbi despre un polimorfism lezional condiționat de multipli factori și circumstanțe particulare, în care s-a produs trauma. Medicina legală contribuie la rezolvarea multor din aceste probleme,

aduce un aport esențial la interpretarea socio-juridică a cazurilor când traumatismul prezintă o urmare a relațiilor dintre oameni.

În calitate de agenți traumatici mecanici pot fi: a) corpuri *contondente* (boante); b) obiecte cu *vârfuri* sau lame *ascuțite*; c) proiectilele *armelor de foc*.

Dintre agenții menționați, ca factori traumatizanți, considerabil predomină leziunile cauzate prin acțiunea diverselor obiecte contondente, care sunt foarte variate în natură după dimensiuni, formă, relief, masă etc. Toate corpurile contondente produc leziuni corporale numai prin suprafața lor de interacțiune.

Sunt propuse mai multe clasificări ale corpurilor contondente, dar nici una dintre ele nu integrează pe deplin varietățile lor, existente real. Ion Moraru (1967) evidențiază obiecte contondente cu suprafață mică (sub 16 cm pătrați) și cu suprafață mare (peste 16 cm pătrați). Corpurile cu suprafața mică (limitată) pot avea un caracter: a) neregulat (piatră, pumn); b) regulat, cu diferite forme geometrice: sferică, cilindrică (băț), cu muchi și colțuri (ciocan, cărămidă). Obiectele cu suprafața mare pot fi: a) plane (scândura, sol cu suprafața plană); b) neregulate (vehicule, sol cu proeminențe).

A. Muhanov (1974) propune următoarea clasificare a obiectelor contondente: 1) cu suprafața plată considerabilă; 2) cu suprafață plată limitată: dreptunghiulară, alungită, triunghiulară, rotundă etc.; 3) cu suprafața sferică; 4) cu suprafața cilindrică; 5) de formă triunghiulară; 6) cu două sau mai multe muchii.

Consecințele leziunilor produse prin obiectele contondente va depinde în mare măsură de forma, dimensiunile și relieful corpurilor vulnerante, dar nu mai puțin va influența forța, viteza și unghiul de acțiune a lor asupra organismului. Toate elementele menționate modifică mecanismul traumatizării și caracterul morfologic al leziunilor produse.

Mecanismul de producere a leziunilor în traumatismele contondente

Prin mecanism de acțiune se subînțelege procesul de interacțiune a agentului traumatizant cu corpul uman, care se soldează cu formarea leziunilor. Obiectele contondente posedă un mecanism particular de producere a leziunilor corporale și totodată unic pentru multe forme de traumatism.

La producerea leziunilor corporale sub acțiunea unui obiect contondent se deosebesc 4 mecanisme principale: lovirea, compresiunea, extensiunea și fricțiunea.

Lovirea. Prin acest mecanism se subînțelege o acțiune dinamică în care obiectul vulnerant, aflat în mișcare, interacționează într-un timp scurt cu corpul omului. În locul de contactare a obiectului vulnerant cu corpul se formează diferite leziuni, caracterul cărora este determinat de forța și direcția loviturii, de forma și dimensiunile suprafeței de contactare, de proprietățile și grosimea hainelor, de particularitățile structurale anatomice ale regiunii lezate a corpului, precum și de alți factori.

La acțiunea unei forțe moderate se formează numai excoriații și echimoze. La o lovitură considerabilă se formează plăgi contuze, fracturi ale oaselor, rupturi ale organelor interne și alte leziuni. De obicei, loviturile provoacă leziuni primare în locul acțiunii, numite și leziuni directe.

Loviturile unui obiect cu suprafață mare de contactare și cu forță considerabilă, în afara leziunilor primare (locale), provoacă leziuni și în alte regiuni ale corpului (indirecte). În aceste cazuri sunt afectate preponderent organele interne.

O contuzionare ușoară a corpului, de regulă, nu provoacă modificări morfologice în organele interne, cu excepția creierului. O contuzionare esențială, de exemplu, lovirea corpului aflat în mișcare (precipitare) provoacă leziuni specifice: hemoragii imense în aparatul de fixare a organelor și țesutul adiacent, sub membranele fibroase și în țesutul organului, apar fisuri și rupturi în organ și în aparatul de fixare. Devin posibile rupturi în mai multe locuri ale organului.

Compresiunea. Acest mecanism presupune aplicarea a două forțe, care acționează centripet asupra corpului din părțile opuse. Mai frecvent în mișcare se află numai o suprafață de comprimare, în timp ce a doua este imobilă. Compresiunea poate avea loc și cu două suprafețe, aflate în mișcare.

Compresiunea constituie principalul mecanism de producere a leziunilor în caz de prăbușire a solului sau a clădirilor, cu obiecte masive și grele, precum și unul din mecanismele traumelor cu trafic rutier.

La compresiunea cu obiecte masive tegumentele corpului, de regulă, rămân intacte sau cu leziuni minimale, rareori, se formează plăgi prin acțiunea fragmentelor osoase. În primul rând, se traumează oasele și organele interne, ceea ce duce la deformarea și schimbarea formei regiunii comprimate a corpului.

Compresiunea de lungă durată a țesuturilor moi, fără consecință mortală, provoacă un complex de simptome, denumit sindromul de compresiune sau toxicoză traumatică. Asemenea condiții de acțiune se înregistrează la aflarea victimei mult timp sub obiecte masive, acoperită de pereți sau pământ în caz de prăbușire.

Extensiunea. Acest mecanism de formare a leziunilor în esența sa este opus compresiei. La extindere forțele de acțiune sunt îndreptate centrifug cu corpul omului. Cele mai specifice leziuni prin extensiune sunt plăgile rupte și smulgerea unei părți a corpului.

Fricțiunea. Dacă obiectul contondent, aflat în mișcare, se atinge de corpul omului sau, invers, corpul se mișcă în raport cu obiectul, se formează leziuni prin fricțiune. Prin aceasta se produc leziuni superficiale: excoriații, plăgi, decolarea pielii. În unele cazuri pot apărea defecțiuni și mai profunde, ajungând până la oase, care, lezându-se, se „șterg”. Astfel de cazuri, de exemplu, au loc la trefilarea corpului cu mijloacele de transport.

Adesea mecanismele de traumatizare se pot combina, fapt ce face dificilă efectuarea expertizei medico-legale.

Leziunile produse prin obiecte contondente

Traumatismele contondente pot fi reprezentate prin următoarele forme de leziuni primare: excoriații (julituri), echimoze (vânătași), plăgi (răni) contuze, fracturi osoase, luxații în articulații, rupturi ale organelor interne, mutilări și dezmembrări ale corpului.

Excoriația. Este o dereglare superficială a integrității pielii sau mucoasei. Mecanismul de producere constă în fricțiunea unui corp dur cu tegumentele, provocând o detașare a epidermului în direcție opusă mișcării.

Dacă excoriația este produsă de un obiect relativ ascuțit (unghie, peniță), astfel de leziune se mai numește zgârietură.

În locul excoriat se formează o crustă (pojghiță), care dispare după aproximativ 7-10 zile, fără a lăsa urmă (cicatrice). Pe cadavrul excoriațiile și eroziunile epidermale se pergamentează, ceea ce le face asemănătoare cu excoriațiile intravitale. Excoriația semnalează acțiunea agentului mecanic. După localizarea și forma ei se apreciază particularitățile traumatizării. Semnificative sunt excoriațiile semilunare de la unghii, de la mușcătura de dinți ș.a.

Echimoza. Leziunea reprezintă un revărsat de sânge în profunzimea țesutului subcutanat sau mucoase, cu păstrarea integrității tegumentelor. Apare, de regulă, în locul de acțiune a agentului vulnerant, unde se rup vasele sangvine și sângele iese sub piele. Evoluția echimozei depinde de mărimea extravazatului. În primele zile ea este roșie, apoi devine albastru-violetă, iar mai târziu cafenie, verzuie și galbenă. Într-un interval de 8-20 de zile echimozele dispar. Rareori echimozele reflectă forma obiectului vulnerant. Mai frecvent ele apar în combinație cu excoriațiile.

Importanța medico-legală a echimozelor, ca și a excoriațiilor, constă în faptul că acestea atestă realitatea traumei, uneori permit aprecierea mecanismului de formare, a timpului scurs de la producere, iar pe cadavru confirmă și caracterul

vital al leziunii. Uneori este necesar a face un diagnostic diferențiat între echimoză și lividitățile cadaverice.

Hematomul reprezintă o acumulare de sânge între țesuturi, fiind consecința unei traume contuzive puternice. La palpare el redă o fluctuație și poate denivela suprafața respectivă.

Plaga contuză reprezintă o leziune în care se distruge integritatea anatomică a pielii sau a mucoaselor. Adesea se distruge și țesuturile mai profunde sau penetrează în cavitatea corpului. Mecanismul de producere a plăgii contuze constă în lovirea sau comprimarea țesuturilor.

Plaga contuză are o formă neregulată, cu marginile zdrențuite, infiltrate cu sânge, strivite, colțurile sunt obtuze neregulate, cu excoriații și echimoze în zonele adiacente. Fundul plăgii contuze conține resturi de țesut devitalizat și punți tisulare care unesc pereții acesteia. Dacă corpul contondent acționează oblic, se produce o decolare, detașare a unei margini a plăgii, care permite a stabili direcția de acțiune a obiectului vulnerant.

În caz că obiectul contondent acționează asupra pielii situate imediat pe un os (craniu, cot), se formează o plagă plesnită, având forma liniară sau stelată condiționată de suprafața și direcția de acțiune a obiectului vulnerant. Plaga plesnită se caracterizează prin margini relativ drepte.

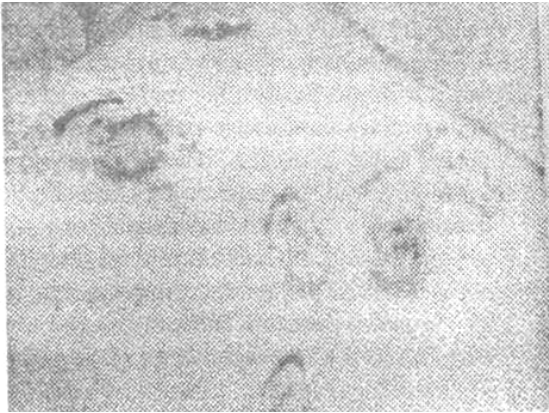


Plagă contuză
(plesnită) pe cap
prin acțiunea unui
obiect contondent

Plaga zdrobită este o variantă mai gravă a plăgii contuze, manifestându-se prin leziuni mai imense.

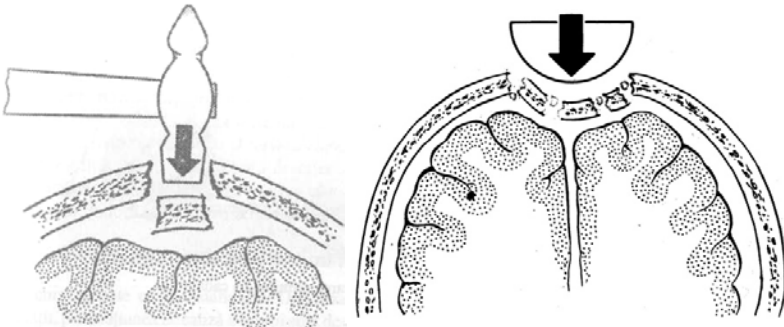
Plăgile contuze se vindecă prin formarea unor cicatrice, după care adesea se pot aprecia mecanismul lor de producere, vechimea și alte particularități de acțiune a obiectului vulnérant.

Plaga mușcată (de om, animal) poate fi cu sau fără pierderea de substanță, uneori cu amprentele dinților.



Leziuni prin comprimarea pielii cu dinții

Fracturile oaselor pot fi închise, când în acest loc pielea rămâne intactă, și cele deschise, când în regiunea traumatizată este dereglată integritatea tegumentelor.



Mecanismul de formare a fracturii orificiale și înfundate a oaselor bolții craniene prin acțiunea unui obiect contondent cu suprafață limitată de contactare (schemă).

După mecanismul de formare deosebim fracturi primare (locale), care apar în locul de acțiune a agentului traumatizant, și fracturi indirecte, care apar la o anumită distanță de locul aplicării forței externe.

Există fracturi cu fisurarea osului, cominutive cu eschile mari și cominutive cu eschile mici. Fracturile cominutive cu eschile sunt condiționate de o forță externă imensă. De obicei, ele se formează la loviturile cu obiecte masive, cu părțile transportului rutier, la precipitare etc.

Fracturile fenestrate (orificiale) se formează prin lovituri considerabile cu un obiect cu suprafața de contactare mică. Adesea forma fracturilor coincide perfect cu suprafața de contactare a instrumentului vulnerant, de exemplu, cu ciocanul.

Luxațiile. Reprezintă o deplasare a capetelor articulate ale oaselor cu schimbarea raportului anatomic dintre ele. Pot fi: complete și incomplete (parțiale). Mai frecvent se înregistrează luxații în articulațiile membrelor (umărului, cotului, soldului, genunchiului).

Leziunile organelor interne pot coincide cu distrugerea tegumentelor și țesuturilor profunde, cu provocarea rănilor penetrante. În aceste cazuri traumatizarea organelor interne apare ca o parte a canalului de rănire și poate avea caracter specific al acțiunii obiectelor contondente.

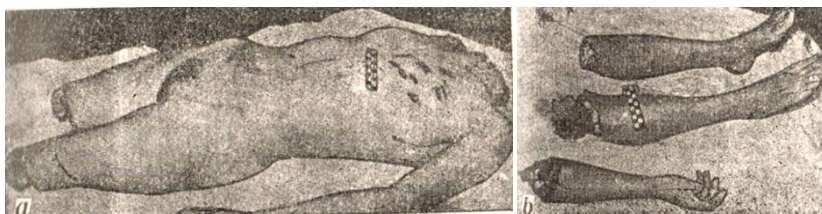
Dacă la acțiunea obiectului vulnerant tegumentele corpului rămân intacte, este vorba de leziuni închise ale organelor interne. La ele se referă hemoragiile, rupturile, strivirea și smulgerea organului respectiv.

În practica medico-legală uneori este necesară diferențierea rupturilor traumatice ale organelor interne de cele formate de sine stătător (patologice). Ultimele se formează în consecința diferitelor procese patologice sau boli.

Strivirea și dezmembrarea corpului. La o compresiune imensă se produce așa numita *strivire* a corpului. Mai frecvent asemenea cazuri se produc în urma accidentelor rutiere, la căderea obiectelor masive peste corp sau persoana nime-

rește între mecanismele diferitelor mașini. Strivirea se caracterizează prin numeroase leziuni ale tuturor țesuturilor și organelor corpului.

Dezmembrarea corpului poate fi provocată cu obiecte despiceătoare. Spre exemplu, dezmembrarea cadavrului de către agresor în scop criminal pentru tănuirea infracțiunii. După caracterul plăgii pe piele, particularitățile marginilor, exteriorul ei și fracturile oaselor medicul legist va determina cu ce obiect și în ce mod a fost dezmembrat corpul.



Dezmembrarea criminală a cadavrului

Schema de descriere a leziunilor corporale

Examinarea și descrierea leziunilor corporale depistate se efectuează după o anumită schemă, care prevede indicarea localizării, formei, dimensiunilor, marginilor, suprafeței și aspectului țesuturilor învecinate (adiacente).

Localizarea. Se indică regiunea anatomică și distanța în centimetri de la punctele sau locurile proeminente și liniile delimitatoare ale corpului. Pentru unele forme de leziuni (cu arma de foc, traumatismele de trafic rutier etc.) se cere indicată și distanța lor de la linia mediană a corpului sau de la suprafața plantară.

Forma leziunii, de obicei, este descrisă liniar sau se compară cu figurile geometrice (rotundă, triunghiulară, ovală, stelară) și cu literele alfabetului. Formele plăgilor se notează până și după apropierea marginilor lor. În mod obligatoriu se consemnează dacă există sau lipsesc defecte ale țesuturilor.

Dimensiunile generale ale leziunii se determină pe două linii reciproc perpendiculare. Plăgile stelare se măsoară cu lungimea fiecărei rupturi din centrul ei.

Caracterul marginilor și colțurilor se determină la toate leziunile. La excoriații și echimoze sunt indicate particularitățile de limitare a lor, la plăgi specificul marginilor (festonate, drepte, neregulate), prezența echimozelor, excoriațiilor și altor proprietăți specifice. Este indicată forma colțurilor (unghiurilor) plăgii.

Suprafața. Este arătată culoarea, relieful, depunerea în straturi. La plăgi se notează conținutul ei, prezența unor corpuri eterogene.

Aspectul țesuturilor adiacente. Se atrage atenția la urmele și direcția petelor de sânge. Prezența altor leziuni și murdării. La rănilor prin armele de foc se descriu urmele împușcăturilor de la o distanță apropiată.

Schema de descriere a leziunilor se recomandă a fi respectată și la completarea documentelor medicale (fișele de observație clinică, carnetele din policlinici). Deseori medicii curanți nu prezintă descrierea completă a leziunilor, a particularităților specifice, limitându-se doar la notarea diagnosticului, ceea ce creează unele dificultăți la expertiza medico-legală ulterioară.

Cauza morții prin leziuni mecanice

În conformitate cu recomandările Organizației Mondiale a Ocrotirii Sănătății, prin noțiunea de cauză a morții sunt desemnate leziunile sau bolile de bază care, separat sau prin complicațiile lor, sunt legate patogenice de ea și provoacă moartea persoanei.

Dacă moartea nu survine din leziuni, ci din complicațiile lor, se cere aprecierea interdependenței dintre leziuni, complicații și moarte. Deci, se determină geneza sau *tanatogeneza*.

Spre exemplu, la o leziune de bază, cum este plaga tăiată a gâtului, tanatogeneza poate fi diferită: moartea provocată de hemoragie, de embolie gazoasă sau asfixie mecanică prin aspirarea sângelui. Complicația leziunii de bază sau a bolii este numită deseori cauza nemijlocită a morții.

Moartea poate să se instaleze în urma leziunilor provocate nemijlocit sau peste un anumit timp prin consecințele lor.

Decesul într-un timp scurt, de obicei, survine din cauza leziunilor incompatibile cu viața, spre exemplu, la dezmembrarea corpului, strivirea capului etc. În alte cazuri, când sunt mai multe leziuni grave, este dificil de a evidenția leziunea mortală și expertul formulează concluzia despre cauza morții după cumulum leziunilor stabilite.

Cele mai frecvente complicații mortale de pe urma leziunilor sunt hemoragiile, șocul traumatic, comprimarea organelor vitale cu sânge sau gaze, emboliile, aspirarea sângelui, insuficiența renală, precum și infecțiile intercurrente.

Hemoragia acută este cea mai frecventă complicație a traumelor mecanice. Hemoragia poate fi externă și internă. Hemoragia letală este considerată cea egală cu pierderea a 40-50% din sângele aflat în organism. Deci pierderea de către un om adult a 2-2,5 litri de sânge provoacă moartea.

Survenirea morții depinde nu numai de cantitatea sângelui pierdut, dar și de viteza hemoragiei. La lezarea vaselor sanguine mari (aorta, artera carotidă) moartea se instalează la o hemoragie acută de circa un litru de sânge, fapt care nu contribuie la apariția anemiei organismului, cât la căderea bruscă a tensiunii sanguine.

La hemoragiile repetate, dar lente, reanimarea omului devine reală chiar la o hemoragie mai masivă, egală cu pierderea a 2,5-3 litri de sânge. Copiii, bolnavii și persoanele cu o rezistență slabă a organismului pot muri la o hemoragie relativ mică.

La autopsia persoanei decedate printr-o hemoragie acută se va atrage atenția la paliditatea tegumentelor. Lividitățile cadaverice se evidențiază puțin, organele interne și mușchii

sunt anemizați. Sub endocardul inimii se formează niște peteșii specifice (petele Minakov) sub forma unor dungi subțiri.

Șocul traumatic reprezintă o stare patologică gravă, condiționată de tulburări acute ale proceselor nervoase de reglare a activităților vitale, care se manifestă prin dereglări hemodinamice, respiratorii și metabolice.

Factorul șocogen cel mai frecvent se manifestă prin senzațiile de durere, cauzate de leziuni mecanice imense. Dar șocul algic poate apărea și la combustii, electrocutare, acțiunea toxicelor corosive etc. Șocul reprezintă în fond o noțiune clinică, de aceea la autopsie nu se înregistrează manifestări morfologice specifice.

Embolia reprezintă o stare patologică acută, condiționată de pătrunderea aerului, particulelor de țesuturi în circuitul sangvin. Embolia aeriană apare la lezarea venelor magistrale ale gâtului, a uterului în timpul avortului criminal etc.

Aspirarea sângelui drept cauză a morții se înregistrează la lezarea vaselor sangvine ale gâtului, la fracturile oaselor bazei craniene etc. Pentru confirmarea morții în consecința aspirării sângelui se va efectua cercetarea histologică a țesutului pulmonar.

Comprimarea organului de importanță vitală cu sânge și aer, ca un mecanism al morții, se întâlnește la comprimarea creierului, a inimii și plămânilor.

În practica medico-legală adesea se înregistrează îmbinarea concomitentă a mai multor cauze de moarte la una și aceeași persoană prin acțiunea diferiților agenți traumatici. Leziunile mecanice pot fi suplimentate de intoxicații, asfixii mecanice, care și separat pot provoca moartea omului. Exemplu pot servi următoarele cazuri.

O narcomană în vârstă, în scop de sinucidere și-a tăiat pielea în 12 locuri din regiunea ambelor antebrățe și gambe. Văzând că plăgile sângerează abundent, dar ea nu moare, a ingerat 200 grame de clorofos. După aceasta i-a scris un bilet fiicei sale, în care indica cauza suicidului și procedeele efectuate, apoi s-a spânzurat la bucătărie.

Un bărbat tânăr, în scop de omucidere, l-a luat de picioare pe fiul său extrafamiliar, de 6 luni de zile și l-a lovit în lipsa mamei de câteva ori cu capul de colțul mesei. Copilul rămânea viu. Peste 2 zile după aceasta el a turnat în sticluta pentru lapte conținutul unui acumulator de la mașină și i-a dat conținutul sa sugă. Spre sfârșitul zilei copilul a decedat. Autopsia medico-legală a cadavrului a stabilit: a) hemoragie masivă în țesuturile moi ale capului și sub meningele creierului, precum și fracturi liniare ale ambelor oase temporale; b) caractere specifice de acțiune a unui toxic corosiv pe traiectul tubului digestiv. Toxicul a fost confirmat prin cercetarea toxicologică. Faptele au fost recunoscute la cercetarea dosarului în ședința Judecătorei Supreme.

Între moarte și traumatism există o legătură de cauzalitate directă sau indirectă. Uneori această legătură este evidentă, alteori moartea survine prin complicații. În cazurile, când după leziunea mecanică și moarte trece un timp mai îndelungat, legătura de cauzalitate este discutabilă, dar poate fi și demonstrată numai prin păstrarea anumitor caractere morfologice traumatice (fracturi etc.).

Determinarea cauzei morții poate fi complicată prin stări sau boli preexistente care agravează evoluția traumatismului sau favorizează dezvoltarea unor complicații. Pot surveni de asemenea boli intercurrente independente de traumatism. Traumatismul poate provoca o stare gravă din cauza existenței unui proces patologic asociat.

Interacțiunea dintre traumatism și *afecțiunile preexistente* prezintă un capitol aparte în traumatologia medico-legală. Aceasta se explică prin faptul, că bolile (viciile, stările funcționale) preexistente complică evoluția normală a proceselor reparatorii sau compensatoric ale organismului, modificând raportul de cauzalitate dintre intensitatea traumatismului și urmările sale asupra organismului. În alte cazuri influențează tanatogeneza sau servesc drept factori favorizanți în provocarea morții violente (accidente, sinucidere, chiar și omucideri). Cele menționate obligă medicul legist ca în astfel de ca-

zuri să fie analizate individual, ținând cont în complex de toate datele medicale clinice, morfologice, de rezultatele cercetărilor de laborator, de anchetare penală și de rezultatele cercetărilor criminalistice.

Cetățeanul M., 42 ani, în drum spre casă, s-a lovit cu suprafața antero-medială a gambei drepte de o țevă metalică. A căzut, dar s-a ridicat și s-a deplasat mai departe. Cadavrul lui a fost depistat la 250 m de locul traumatizării. Pe solul de la țevă și cadavru au fost observate multiple urme de sânge. La examinarea medico-legală a cadavrului s-a depistat îmbibarea stofei pantalonilor și murdărirea pielii piciorului drept cu sânge, cizma fiind împlută cu sânge. Pe suprafața antero-medială a gambei drepte, în treimea superioară, s-a stabilit o plagă contuză. La fundul plăgii s-a observat vena lezată, care era varicos dilatată și avea un diametru de 0,3 cm. Alte leziuni nu au fost constatate. Pe toată suprafața antero-medială a membrului inferior drept, începând cu treimea distală a coapsei, s-au stabilit vene varicos dilatate cu multipli noduli varicoși. La examenul intern al cadavrului s-au pus în evidență semne de hemoragie acută. S-a efectuat coagulograma sângelui: timpul de coagulare – prelungit, timpul protrombinic – redus. Tabloul microscopic al organelor interne corespundea hemoragiei. În baza acestor date, s-a conchis că moartea cetățeanului M. a survenit în rezultatul hemoragiei acute din vena traumatizată a gambei drepte, pe fundalul modificărilor varicoase. Procesele sclerotice ale peretelui venei au împiedicat spasmla sectorului lezat și, în complex cu micșorarea coagulabilității sângelui, au favorizat hemoragia.

Caracterele morfologice vitale

Stabilirea provenienței vitale a leziunilor are o importanță deosebită, deoarece, în ultima instanță, permite soluționarea multor probleme de ordin juridic. Uneori chestiunea în cauză e destul de dificilă întrucât leziunile produse pe cadavru pot prezenta caractere vitale.

Diferențierea leziunilor vitale de cele postmortale e relativ ușoară atunci când de la producerea leziunilor și până la deces a trecut nu mai puțin de câteva ore, dar este foarte dificilă, când acestea au fost provocate în perioada agonală sau imediat după moarte.

Leziunile postmortale au originea accidentală sau voluntară. Cele accidentale pot fi produse de către animalele carnivore sau rozătoare, de către unele insecte, prin manopere de reanimare, în timpul transportării și autopsiei cadavrului etc. Cele voluntare, de regulă, sunt produse pentru disimularea unei crime, cadavrul fiind plasat pe calea ferată, aruncat de la înălțime, spânzurat, înecat etc.

Reacția vitală reprezintă un complex de modificări cu caracter general sau local, care survin în organismul viu drept răspuns la acțiunea unui agent traumatic (mecanic, fizic, chimic). Toate aceste modificări țin de existența circulației sanguine, respirației, digestiei, a secreției și excreției.

Dintre reacțiile **locale** fac parte inflamația, hemoragia și infiltratul hemoragic, coagularea sângelui, retractia țesuturilor, procesele distrofice și necrotice, modificările hemoglobinei și enzimatice etc.

Drept reacții vitale **generale** sunt considerate: aspirațiile pulmonare și ingerarea, embolia (tisulară, grăsă), modificările circulatorii, endocrine, umorale, dismetabolice etc.

Unele dintre semnele vitale denotă numai că victima în momentul agresiunii se află în viață, iar altele—mărturisesc și despre cauza morții sau de modificările posttraumatice mai tardive. Dintre acestea vom evidenția: stropiturile de sânge provenite dintr-o arteră secționată, băltoacele de sânge produse dintr-un vas sangvin lezat, prezența carboxihemoglobinei în sânge și în țesutul muscular în intoxicații cu CO, prezența funinginii în alveolele pulmonare în caz de moarte în focare de incendii, peteșiile subpleurale (Paltauf) și ciuperca înecatului — în înec, peteșiile hemoragice pe mucoasa stomacului (Vișnevski) și a bazinetelor renale (Fabricantov) în moartea

prin hipotermie, peteșiile hemoragice subendocardiale (Minacov) – în cazul morții de hemoragii acute etc.

Inflamația este o manifestare care cu certitudine indică despre un caracter vital al leziunilor. Despre originea vitală mărturisesc toate modificările stabilite la autopsie și cele microscopice.

Hemoragia, în formă de infiltrație hemoragică a țesuturilor traumatizate, este unul dintre cele mai importante semne macroscopice ale reacției vitale locale. Cantități mari de sânge la fața locului, îmbibarea hainelor cu sânge, prezența lui în cantități considerabile în cavitățile corpului (craniană, pericardiacă, pleurală, abdominală), anemizarea organelor interne, peteșiile hemoragice subendocardiale – toate acestea denotă caracterul vital al leziunilor.

În literatura de specialitate se menționează posibilitatea formării revărsatelor sangvine postmortale (primele ore după deces), aducându-se pentru confirmare datele cercetărilor experimentale pe cadavre. Dar revărsările sangvine și echimozele traumatiche postmortale, de regulă, sunt de dimensiuni mici, nu formează cheaguri, numărul de leucocite este mai redus, este absent edemul traumatic. Diagnosticul macroscopic cere confirmat prin cercetări microscopice.

Pentru determinarea originii vitale și a vechimii leziunilor corporale, precum și duratei perioadei postmortale în medicina legală se folosesc diferite metode de cercetare: clinice, histologice, histochimice, biochimice, biofizice etc.

Capacitatea acțiunilor voluntare în leziuni mortale

Chestiunea privind capacitatea de activitate voluntară în cazul leziunilor absolut mortale, este foarte dificilă pentru organele de cercetare penală. Expertul medico-legal este frecvent întrebat dacă a fost capabilă victima cu leziuni absolut mortale să păstreze un anumit timp cunoștința și dacă a putut de sine stătător să se deplaseze la o anumită distanță, să

vorbească, să mărturisească întâmplarea, să cheme în ajutor, să opună rezistență agresorului și chiar să-lucidă. Aceste întâmplări apar în urma analizei celor spuse de martori referitor la unele sau alte acțiuni ale victimei cu leziuni corporale absolut mortale.

Este suspectă posibilitatea păstrării cunoștinței și a mișcărilor active, de obicei, în cazul leziunilor capului cu distrugerea creierului. Mai rar aceste suspiciuni apar în cazul traumatizării cutiei toracice, a cordului, a organelor interne și vaselor sangvine mari.

La rezolvarea acestor probleme se va proceda foarte atent. În practica medico-legală sunt cunoscute cazuri, când persoanele cu leziuni extrem de periculoase pentru viață, până a muri au fost capabile de acțiuni foarte mari. În afară de aprecierea capacităților fizice a victimei, se vor lua în considerație localizarea, caracterul și volumul leziunilor, posibilitatea evoluării șocului traumatic, a pierderii cunoștinței, volumul și viteza hemoragiei, starea de alcoolizare etc.

Depistarea la autopsie a unor astfel de leziuni cum sunt: fractura regiunii toracice sau a celei lombare a coloanei vertebrale, cu distrugerea măduvei spinării, multiple fracturi ale bazinului, fracturile bilaterale ale femurului sau oaselor gambei, este mai mult o dovadă a faptului că victima n-a putut să se deplaseze de sine stătător, ci numai a fost capabilă să se târâie.

Concluzia expertului referitor la deplasarea victimei cu leziuni corporale grave și mortale cere de la anchetatorul penal o decizie de efectuare a unei expertize în comisie cu participarea specialiștilor respectivi (neurochirurghi, traumatologi etc.).

Determinarea autoleziunilor și celor produse de alte persoane

Ajutând ofițerului de urmărire penală să rezolve astfel de probleme, medicul legist numai constată dacă persoana a fost capabilă să-și producă singură leziunile corporale sau ele au

fost provocate de alte persoane. La această întrebare nu se poate răspunde ușor în fiecare caz. Uneori se afirmă categoric că leziunea respectivă nu a putut fi provocată cu propria mână. Se va lua în considerație că orice leziune cauzată de victimă poate fi produsă și de altă persoană, dar nu fiecare leziune produsă de agresor poate fi produsă cu propria sa mână.

Pentru autolezări semnificativ este localizarea accesibilă pentru propria mână, cu excepția cazurilor, când pentru formarea leziunilor nu s-au utilizat diferite posibilități tehnice. În asemenea cazuri se va atrage atenția asupra formei și dimensiunii plăgii. Este dificilă determinarea plăgilor tăiate pe gât, deoarece și în caz de sinucidere ele pot fi imense, pătrunzând până la coloana vertebrală. Rănile tăiate din regiunea antebrațului, de obicei, indică o autoleziune.

Orificiile de intrare ale plăgilor prin arma de foc, provocate de însăși victima, de obicei, se localizează în regiunea temporală dreaptă sau pe partea anterioară a pieptului din stânga. De regulă, aceste răni sunt caracteristice pentru tragera în sprijin sau de la distanță mică. Însă astfel de leziuni pot fi provocate și de alte persoane, cu scopul camuflării unui omor. Sunt descrise cazuri, când arma de foc se află la o distanță mare de cadavrul sinucigașului, iar împușcătura se efectua da la distanță mare cu ajutorul mecanismelor adaptate.

Despre acțiunea unei persoane străine ne vorbește multitudinea leziunilor grave și mortale, situate în diferite regiuni ale corpului. Dintre exemple incontestabile de acțiune a altei persoane pot fi sugrumarea, plăgi despicate penetrante în cavitățile corpului și imense după volum.

Deseori este complicat de a da răspuns la întrebările privind așa-numitele semne de autoapărare și agresiune. La determinarea acestor leziuni se vor lua în considerare caracterul, localizarea, gravitatea lor etc. Rănile tăiate pe palme și pe suprafețele palmare ale degetelor se înregistrează la apucarea obiectului tăietor cu mâinile în timpul luptei și împotrivirii. Despre o împotrivire ne indică leziunile formate cu dinții, excoriațiile, echimozele și plăgile de pe față și partea anteri-

oară a corpului. Unele date le obținem la cercetarea hainelor: ruperea nasturilor, a părților din regiunea anterioară etc. Localizarea, forma, direcția petelor și stropilor de sânge indică poziția victimei în timpul lezării și vorbesc indirect despre o luptă.

Leziuni specifice numai pentru apărare sau numai al acțiunilor de agresiune nu există. De aceea un răspuns categoric în acest sens nu poate fi prezentat.

Identificarea obiectului vulnerant

Una dintre cele mai importante sarcini ale expertizei medico-legale constituie identificarea obiectului vulnerant și aprecierea originii leziunilor stabilite la victime în timpul vieții sau pe cadavre. Această problemă este de mare valoare și pentru organele de cercetare penală în aprecierea circumstanțelor de evoluare a faptei și la descoperirea infracțiunii.

Toate urmele ce caracterizează obiectele vulnerante se împart în *semne de grup* și *semne individuale*. Semnele de grup sunt specifice unui anumit gen sau tip de obiecte, în timp ce semnele individuale sunt caracteristice numai pentru un singur obiect. Instrumentele care formează leziunea se numesc obiecte creatoare de urme, iar cele pe care se formează amprenta – obiecte purtătoare de urme.

Leziunile țesuturilor moi, de regulă, reflectă doar semnele de grup ale obiectelor vulnerante și pot fi folosite numai pentru determinarea apartenenței de grup a obiectului dat. Leziunile oaselor și cartilajelor pot reflecta și semnele individuale ale obiectului vulnerant și, prin urmare, sunt utilizate pentru identificarea exemplarului concret prin care au fost produse leziunile.

Particularitățile exterioare ale obiectelor vulnerante sau ale unor părți ale lor se reflectă sub forma diferitelor urme, mai mult sau mai puțin specifice, depistate pe leziuni și în regiunile adiacente. În medicina legată sunt aprobate trei criterii

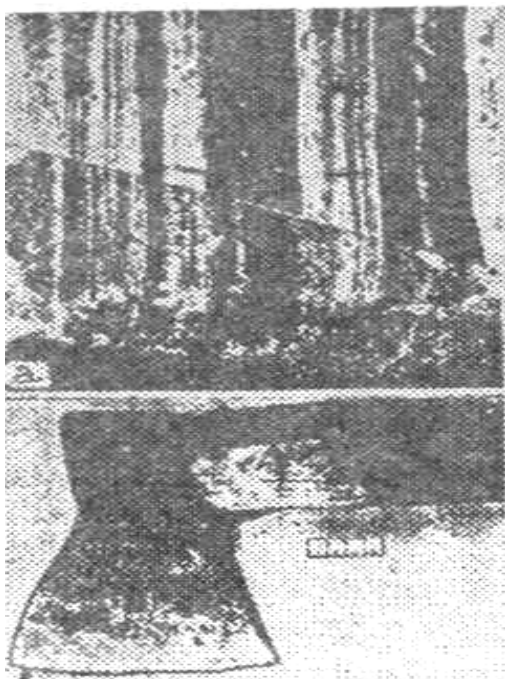
(principii) de bază, conform cărora se efectuează identificarea obiectelor vulnerante:

1. după caracterele morfologice ale leziunilor mecanice de pe corpul victimei (excoriații, plagă tăiată, înțepată, etc.);

2. după specificul urmelor sau a particulelor obiectului vulnerant, rămase în locurile traumatizate (amprentele anvelopelor, etc.);

3. după prezența diferitelor țesuturi ale organismului (sânge, piele, resturi de organe, fire de păr) pe obiectul vulnerant, care coincide cu circumstanțele faptei, particularitățile leziunilor etc.

În afară de cele trei principii enumerate, în scopul identificării obiectului vulnerant se pot utiliza diferite investigații de laborator. Dintre ele vom evidenția: a) metodele trasologică și radiologică; b) metodele stereoscopică și stereografică; c) fotografierea în razele infraroșii direct și cu dispozitive speciale; d) metode chimice etc.



Urme trasologice:
a) pe țesut osos
b) la identificarea
obiectului despăcător.

În majoritatea cazurilor identificarea obiectului vulnerant se bazează pe caracterul leziunilor primare (plăgi contuze, tăiate, înțepate, împușcate etc.). Specificul leziunilor primare face posibilă recunoașterea obiectului vulnerant și rezolvarea problemelor puse de ancheta penală referitor la mecanismul traumei.

Excoriațiile de formă semilunară pe gât indică comprimarea lui cu unghiile degetelor; un obiect contondent alungit (de exemplu, un băț) lasă pe corp o echimoză (excoriație), care reflectă forma lui; un orificiu de intrare a plăgii prin arma de foc mărturisește incontestabil despre o împușcătură; plăgile tăiate sau înțepate, de asemenea, caracterizează instrumentul și particularitățile lui individuale etc.

La identificarea obiectului vulnerant o deosebită importanță le revine fracturilor oaselor, chiar și peste un timp îndelungat după deces.

Aspectul unei leziuni mecanice nu depinde numai de specificul agentului vulnerant, ci și de o serie de factori secundari, cum sunt: intensitatea loviturii, direcția de acțiune, locul impactului etc.

Mult mai exact caracterizează particularitățile obiectului vulnerant urmele specifice lăsate pe corp sau haine. Dintre ele se pot evidenția: urme-imprimări (amprentele roților de mașină), urme traseu (la târârea corpului), lăsate de anumite obiecte vulnerante pe oase și multe altele.

În regiunile traumatizate se pot găsi rămășițele obiectului vulnerant: eschil de sticlă, pojghiță de vopsea de la o mașină, o bucățică de lamă a unui brici, cărămidă, piatră, proiectil, alice etc. Acestea reprezintă materiale obiective, care indică direct asupra unui anumit obiect vulnerant, prin care s-a produs leziunea dată.

La fața locului sau în alte locuri organele de cercetare penală adesea găsesc diferite instrumente suspecte, pe care se află urme asemănătoare cu cele de sânge, resturi de organe interne, fire de păr etc. În scopul confirmării faptului că anume acest obiect a fost folosit de infractor la producerea leziu-

nilor corporale se cere efectuarea unor cercetări de laborator a urmelor depistate.

O anumită contribuție la identificarea obiectelor și formei de agresiune poate aduce și examinarea îmbrăcăminte de pe victimă sau agresor. Pe haine se pot depista diferite urme sau leziuni. Starea hainelor (umede, cu rupturi, corpuri străine aderente, pete cu un miros specific etc.) poate indica despre formele de violență asupra persoanei respective și poate furniza unele date prețioase referitoare la circumstanțele faptei. Uneori pe obiectele vulnerante se pot găsi fibre din hainele victimei etc.

Sugestii metodice

Audienții trebuie să poată:

- reproduce împrejurările de evaluare a cazului de asasinare prin armă de foc în baza concluziilor medico-legale;
- argumenta producerea unei plăgi împușcate în scop suicidal;
- identifica obiectul vulnerant în baza caracterului unei plăgi tăiat-înțepate.

Activități de evaluare

Cetățeanul P., 18 ani cu o plagă pe cap s-a adresat după ajutor medical la chirurgul din localitate, cărui i-a comunicat că a fost lovit de către un necunoscut cu ceva voluminos, posibil cu un topor. După ce plaga a fost prelucrată de medic, cu aplicarea a 5 suturi, pacientul a plecat acasă, eliberându-i un certificat în care se indica diagnosticul „Plagă de topor pe cap”. Suspectatul în cauză a recunoscut ofițerului de urmărire penală că l-a lovit pe cetățeanul P. o singură dată cu o țeavă metalică. Medicul legist din raion a conchis că plaga putea fi produsă cu un obiect ascuțit, calificând-o drept vătămare corporală care nu cauzează prejudiciu sănătății.

Explicați în ce constă greșelile comise de medicul chirurg și medicul legist?

Capitolul 7

TRAUMATOLOGIE MEDICO-LEGALĂ SPECIALĂ

Expertiza medico-legală prezintă organelor de urmărire penală dovezi obiective și științific argumentate prin care se concretizează condițiile reale și mecanismul de producere a leziunilor mecanice. Însă, fiecare formă sau grup identic de traumatism dispun de particularități specifice, determinate de numeroși factori asociați și de caracter al obiectelor vulnerante. De aceea vom face o succintă generalizare asupra aspectului morfopatologic semnificativ pentru o anumită grupă (formă) de acțiune mecanică, ținând cont de mecanismul de producere a leziunilor corporale.

Leziunile produse de omul neînarmat

Leziunile produse de omul neînarmat mai frecvent se înregistrează în condițiile vieții cotidiene și sunt cauzate cu mâinile (unghiile, palma, pumnul), prin comprimarea țesuturilor corpului cu degetele, smulgerea părului, răsucirea mâinilor. Adesea leziunile se produc cu picioarele, genunchii, capul sau prin mușcătură.

Prin comprimarea țesuturilor (pe gât, braț, coapsă) cu degetele se formează echimoze de formă ovală sau rotundă. Pe fundalul echimozelor se pot observa excoriații semilunare, cauzate cu unghiile. La mișcările de lunecare a unghiilor se produc excoriații paralele (zgârieturi). Degetele introduse în orificiile naturale (gură, nas, rect) pot cauza rupturi ale țesuturilor moi. Loviturile cu palma nu lasă semne esențiale. Mai periculoase sunt loviturile cu marginile mâinii pe gât.

Loviturile cu pumnul sunt localizate pe părțile anterioare ale corpului – față, gât, piept unde se depistează echimoze, mai rar – excoriații. Plăgile contuze se formează numai în regiunile unde proiemină oasele. Prin loviturile puternice cu

pumnul se pot fractura oasele nasului, mandibula, dinții, sternul și coastele. În practica medico-legală sunt înregistrate cazuri mortale prin lovituri cu pumnul în regiunile șocogene (gât, abdomen).

Loviturile cu picioarele încălțate pot provoca diferite leziuni, începând cu echimoze și excoriații și terminând cu fracturi ale oaselor sau rupturi ale organelor interne. Leziuni mult mai periculoase se formează atunci când victima este culcată sau când ea este călcată cu picioarele, după cum demonstrează următorul caz.

Un tânăr de 25 de ani în stare de ebrietate s-a dus să se „răfuiască” cu tatăl său, pe care l-a bătut cu mâinile și picioarele în prezența vecinului cu care tatăl cinstea vin în casă. Tatălui i-a luat apărarea vecinul (43 ani). În timpul certei tânărul l-a lovit pe vecin cu pumnul pe cap, din care cauză acesta a căzut. Culcat jos, vecinul a fost lovit de nenumărate ori cu picioarele în diferite locuri ale capului, iar apoi călcat în picioare.

A fost găsit mort la fața locului, de unde a fost transportat pentru cercetarea medico-legală.

La întrebările procurorului în acest caz expertiza medico-legală a dat următorul răspuns:

1. La cercetarea cadavrului au fost depistate: multiple excoriații, echimoze și plăgi contuze pe cap, față, gât, piept, spate, membrele superioare și inferioare, hemoragie masivă (hematom) în cavitățile ventriculelor laterale ale creierului.

2. Leziunile corporale au fost produse într-un interval scurt de timp prin acțiuni repetate cu obiecte contondente și au un caracter vital. Specificul leziunilor nu permite de a identifica obiectul vulnerant, dar nu este exclusă formarea lor prin lovituri produse de un om neînarmat (mâini, picioare).

3. Localizarea și caracterul leziunilor corporale exclud posibilitatea formării lor prin cădere sau precipitare.

4. În timpul traumei victima se afla preponderent în poziție orizontală (culcat), iar o parte din leziuni puteau fi produse când victima se găsea vertical (stând în picioare). Bănuitul a realizat toate loviturile, fiind în poziție verticală.

5. Hematomul cerebral este apreciat ca leziune corporală gravă, periculoasă pentru viață, iar restul leziunilor (excoriații,

echimoze, plăgi contuze) de pe corpul victimei ca fiind vătămări ușoare, cu o dereglare a sănătății de scurtă durată.

6. Moartea persoanei este violentă și s-a produs în consecința imensei hemoragii intracerebrale.

7. În sângele cadavrului a fost depistat alcool etilic în cantitate de 3,4‰, iar în urină – 4,9‰, ceea ce corespunde la persoanele vii unei stări de ebrietate foarte gravă.

8. Hemoragia cerebrală combinată cu starea de ebrietate gravă în mare măsură exclude posibilitatea efectuării unor mișcări considerabile voluntare.

Practica medico-legală atestă, că prin loviturile unui om neînarmat (măinile, picioarele) în anumite condiții pot fi provocate leziuni corporale grave cu consecințe letale.

Prin mușcături se formează leziuni mai specifice. Ele au formă de excoriații sau plăgi relativ superficiale, aranjate în semicerc, care repetă forma și particularitățile dinților. La o comprimare puternică cu dinții pot fi deplin mușcate părțile proeminente ale corpului (vârful nasului, pavilioanele urechii, degetele).

În afara problemelor standarde ce țin de specificarea leziunilor produse prin loviturile omului neînarmat, organele de cercetare penală adesea adresează expertizei medico-legale spre soluționare întrebarea, dacă leziunile depistate nu s-au produs prin căderea sau îmbrâncirea victimei. Răspunsul la această întrebare se cere bazat pe complexul leziunilor constatate, luând în considerație circumstanțele faptei. Nu în toate cazurile se poate da un răspuns concret, deoarece multe semne morfologice ale leziunilor sunt identice pentru ambele forme de acțiuni.

Interes prezintă cazurile de moarte prin lovituri puternice cu pumnul, cu muchia palmei, mai rar cu piciorul, în regiunile șocogene ale corpului. Anchetarea penală și expertiza medico-legală aflându-se în situații dificile în legătură cu lipsa unor leziuni corporale grave, decedarea unui contingent de persoane tinere, circumstanțe suspecte de traumatizare, de regulă, în lipsa martorilor, și survenirea morții în timp scurt

după eveniment („moarte rapidă”). Adesea unele acțiuni criminale cu consecințe nefavorabile pot fi interpretate greșit drept moarte subită (neviolentă), condiționată de o dereglare funcțională de etiologie neidentificată.

În medicină sunt cunoscute mai multe zone șocogene: partea antero-laterală a gâtului (zonele sinocarotide, traiectul nervului vag), regiunea posterioară a gâtului, a plexului ciliar (în proiecția pancreasului), a organelor genitale masculine etc. Printr-o eventuală excitație excesivă (lovitură puternică) se poate provoca o moarte „rapidă” de origine reflectorică – traumatică, mai frecvent, printr-o stopare acută a activității cardiace. Astfel de cazuri sunt cunoscute în practica medico-legală și publicate în literatură, iar numărul lor este în permanentă creștere din contul traumatizărilor în timpul diferitelor conflicte dintre oameni, la practicarea anumitor probe sportive etc.

Leziuni produse de animale

Animalele produc un spectru mai diversificat de leziuni. Ele pot acționa cu coarnele, dinții, ghearele, copitele, precum și cu alte părți ale corpului.

Leziunile produse de animale se caracterizează prin gravitate sporită și divers aspect morfologic.

Plăgile mușcate poartă, de obicei, amprente specifice unei specii. Acțiunii dinților animalelor de pradă se formează imense plăgi smulse, rupte cu defecte masive de țesuturi moi. Leziunile se localizează pe porțiunile mai subțiri ale corpului (antebraț, gambă), pe suprafețele diametral opuse.

Leziunile produse de gheare sunt reprezentate prin excoriații și plăgi liniare, dispuse paralel. Unele animale, la lovirea cu coarnele, provoacă plăgi profunde cu lezarea organelor cavităților toracică și abdominală.

Prin lovirea cu copitele formează imense traume cranio-cerebrale închise și deschise, cu fracturi înfundate, cu lezarea meningelor și creierului. În anumite cazuri se constată leziuni

ale toracelui și abdomenului, provocate în timpul călcării cu picioarele de vitele cornute mari sau de alte animale masive.

Leziuni produse prin cădere și precipitare

Căderea simplă (de pe același plan) este o schimbare bruscă a poziției verticale a corpului și lovirea (izbirea) lui de un plan dur de susținere (sol, podea). În aceste cazuri, căderile pot fi *pasive* – din poziție staționară, când leziunile sunt minimale, și *active* – din mers, alergare sau accelerare a corpului, când leziunile corporale devin mai pronunțate. Starea de ebrietate, un teren lunecos, prezența unor obstacole, pierderea bruscă a echilibrului, în caz de îmbrâncire, măresc considerabil volumul leziunilor.

Căderea simplă poate fi asociată cu rostogolirea (de pe pante înclinate, pe scări) sau când victima cade împreună cu anumite greutateți.

Prin căderi simple de pe același nivel, mai frecvent, se traumatizează părțile proeminente ale corpului, iar leziunile sunt situate, de regulă, pe o singură parte.

Cu mult mai periculoase sunt leziunile formate prin căderea activă (accelerată) pe spate și pe diferite obstacole care se soldează cu fracturarea osului occipital al capului, cu revărsări sangvine în creier, precum și prin formarea altor leziuni grave.

Precipitarea are loc de pe un plan superior, începând cu 1-2 metri (pomi, acoperișuri etc.) până la înălțimi cu mult mai considerabile, când corpul cade sub influența gravitației. În precipitare se evidențiază trei faze succesive:

- a) faza de pierdere a echilibrului prin modificarea spațială a centrului de greutate a corpului față de baza de sprijin;
- b) faza de cădere propriu zisă, în care corpul ia o varietate de poziții succesive datorită contracției diverselor grupe musculare;
- c) faza de aterizare pe plan dur.

Mecanismul de producere al leziunilor poate fi prin acțiune directă asupra regiunilor de interacțiune primară și acțiune indirectă, prin care se formează leziuni secundare, situate în alte regiuni printr-un contact suplimentar. În mecanismul direct, când contactul se face în ax vertical (cădere în picioare, vertex), forța traumatică se transmite imediat prin coloana vertebrală. Mecanismul indirect cuprinde leziuni ce apar la distanță de locul de impact. Aceasta se referă și la efectul de contuzie.

Volumul și gravitatea leziunilor formate prin precipitare depind de mai mulți factori: viteza de cădere, care este condiționată de înălțimea precipitării și masa corpului; de proprietățile terenului de aterizare (zăpadă, sol dur, obstacole sau obiecte proeminente etc.); de regiunea corpului care interacționează inițial cu locul de aterizare (cap, picioare); de grosimea îmbrăcămintei de pe corp; de vârstă etc.

Prin precipitare se produc leziuni grave, adesea fiind mortale, se localizează pe mai multe părți ale corpului, sunt extrem de variate și numeroase, predomină leziunile interne. Precipitățile pot fi accidentale (cu sau fără accelerare), pot servi ca mijloc de sinucidere și cu mult mai rar se înregistrează în caz de omucidere.

În ultimii ani a crescut considerabil numărul de precipitări de pe acoperișurile sau balcoanele clădirilor cu multe etaje. Circumstanțele acestor cazuri adesea rămân neclare anchetatorului penal și necesită un efort mare pentru a dovedi condițiile reale în care s-a produs precipitarea victimei. La cercetarea lor la fața locului și la rezolvarea altor probleme importante pentru anchetă se recomandă o conlucrare pe baze științifice nu numai cu medicii legiști, dar și cu specialiștii din alte domenii ale științelor exacte (matematică, rezistența materialelor, mecanica aplicativă etc.).

Întrebările principale la care poate răspunde expertiza medico-legală în cazuri de cădere și precipitare:

1. Care din leziunile depistate sunt caracteristice pentru căderea sau precipitarea victimei?

2. Care a fost posibila înălțime de cădere a victimei, ținând cont de specificul leziunilor corporale?
3. Care din leziunile depistate sunt primare directe, primare indirecte și secundare?
4. Ce date confirmă o precipitare activă sau pasivă?
5. Dacă toate leziunile corporale s-au produs intravital sau există leziuni formate postmortem prin precipitarea cadavrului.
6. Dacă victima era în stare de ebrietate.
7. Care este cauza morții
8. Ce boli preexistente s-a stabilit la cercetarea cadavrului.

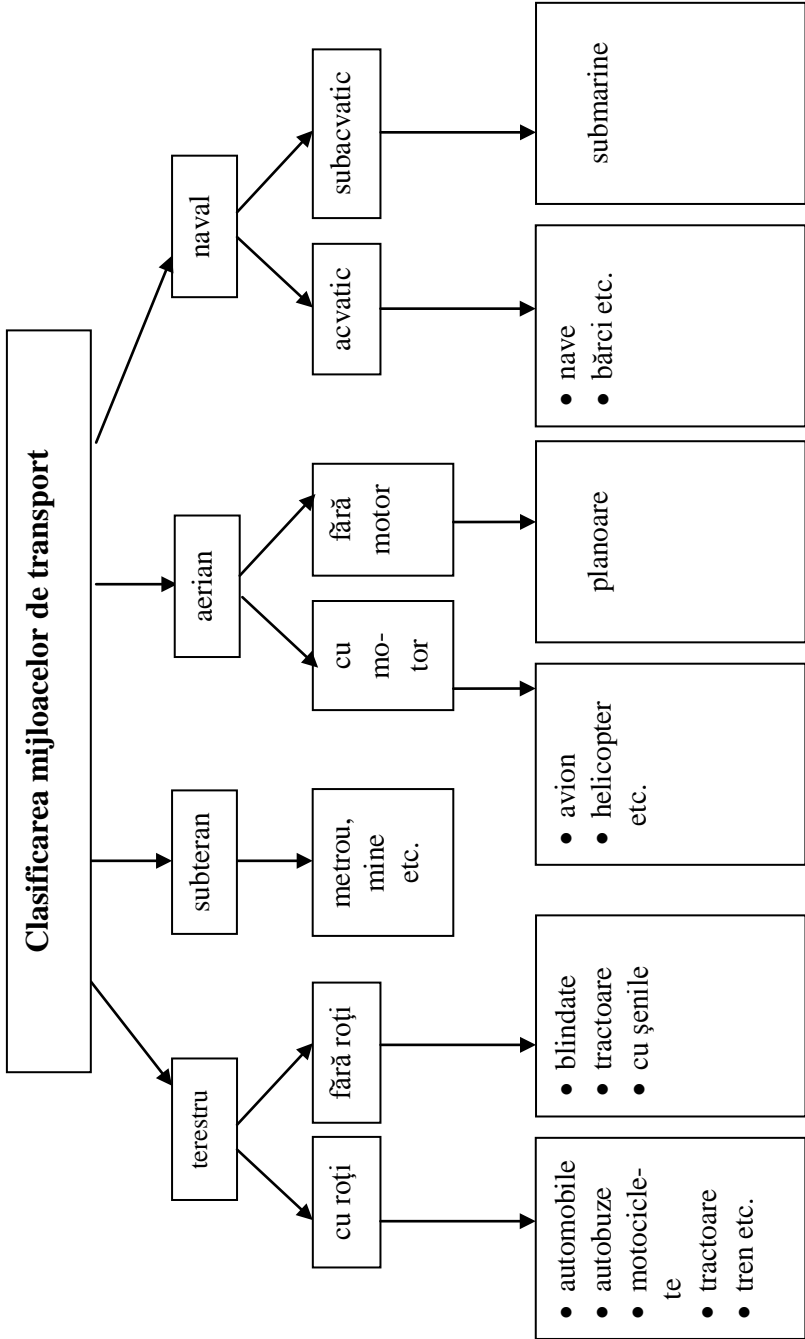
Traumatisme prin mijloace de transport

Noțiunea de traumatism prin mijloace de transport presupune un complex de leziuni mecanice produse prin acțiunea părților și pieselor externe sau interne ale unităților de transport aflate în mișcare, după cum și prin căderea din ele în timpul mersului.

Conform surselor oficiale ale Organizației Mondiale ale Sănătății, la fiecare 3 minute are loc un deces în urma accidentului rutier. În țările cu trafic intens leziunile letale dețin locul 3 printre cauzele de deces, după bolile cardiovasculare și oncologice.

În ultimii 30 de ani, în rezultatul traumatismului cu diverse forme de transport, în Republica Moldova au decedat circa 18 mii de persoane, ceea ce constituie 50% din accidentele letale cauzate de toate tipurile de transport terestru luat în comun. Cele menționate indică asupra faptului că traumele de trafic rutier au devenit o problemă socială foarte serioasă.

Prin traumatism cu mijloacele de transport înțelegem leziunile corporale produse prin acțiunea părților externe sau interne ale automobilului aflat în mișcare, precum și prin căderea victimei din el. Leziunile produse la explozia motorului, la deservirea tehnică sau căderea din automobilul staționat nu se referă la traumatism rutier.



A.A. Solohin afirmă, că concluziile expertale privind traumatismul prin mijloace de transport trebuie să se bazeze nu numai pe informațiile obiective stabilite la examinarea unei persoane sau a unui cadavru, dar și pe rezultatele cercetărilor complementare și pe datele dosarului respectiv (procesul-verbal de descriere a locului faptei, planul-schemă al locului faptei, urmele și deteriorările stabilite la examinarea automobilului etc.).

Traumele produse de automobile

Tipurile de traumatisme auto și variantele lor posibile (după A.A. Solohin)

Nr.	Tipul traumatismului auto	Variantele traumei
1.	Traumă prin ciocnirea automobilului cu pietonul (pietonul, ciclistul, motociclistul)	a) ciocnire cu porțiunea anterioară a automobilului; b) ciocnire cu porțiunea laterală a automobilului; c) ciocnire cu porțiunea posterioară.
2.	Traumă prin căderea pasagerului sau conducătorului din automobil	a) cădere din salonul automobilului; b) cădere din caroseria automobilului (anterior, posterior, lateral); c) cădere de pe scărița automobilului etc.
3.	Traumă prin traversarea cu roțile automobilului	a) traversare completă cu roțile anterioară, posterioară sau cu ambele; b) traversare incompletă cu roata anterioară sau posterioară.
4.	Traumă în salonul automobilului	a) trauma pasagerului de pe bancheta din față; b) trauma pasagerului de pe bancheta din spate.

5.	Traumă prin comprimarea între părțile automobilului și alte obiecte sau obstacole (a pietonului, a pasagerului, a conducătorului auto)	Traumă prin comprimare între: a) două automobile; b) automobil și alte unități de transport; c) automobil și un obstacol imobil; d) automobil și carosabil; e) părțile automobilului; f) părțile automobilului și încărcătura transportată.
6.	Traumă auto combinată	Variante caracteristice diferitor tipuri separate de traumatism auto.

Mecanismul formării leziunilor în funcție de fazele și tipul traumei auto (după A.A. Solohin)

Nr.	Tipul traumei auto	Fazele traumei	Mecanismele de formare a leziunilor
1.	Traumă prin ciocnirea automobilului cu pietonul	1. Ciocnirea automobilului cu corpul; 2. Căderea corpului pe automobil; 3. Bascularea corpului și proiectarea lui pe carosabil; 4. Alunecarea corpului pe carosabil.	1. Lovire cu piesele automobilului; 2. Lovire de piesele automobilului; 3. Lovire de carosabil; 4. Fricțiune de carosabil.
2.	Traumă prin cădere din automobil	1. Ciocnirea corpului de piesele automobilului; 2. Căderea pe carosabil; 3. Alunecarea pe carosabil.	1. Lovire de piesele automobilului; 2. Lovire de carosabil; 3. Fricțiune de carosabil.
3.	Traumă prin traversarea cu roțile auto-	1. Contactul roții cu corpul; 2. Împingerea corpu-	1. Lovire cu roata; 2. Fricțiune de carosabil și de roată;

	mobilului	lui cu roata; 3. Urcarea roții pe corp; 4. Traversarea corpului cu roata.	3. Compresiune și extensiune.
4.	Traumă în salonul automobilului	1. Ciocnirea corpului de piesele salonului; 2. Comprimarea corpului între părțile dislocate ale salonului.	1. Lovire de piesele salonului; 2. Compresiune.
5.	Traumă prin comprimarea între părțile automobilului și alte obiecte sau obstacole	1. Interacțiunea părților automobilului cu corpul; 2. Comprimarea corpului între automobil și diverse obiecte.	1. Lovire cu piesele automobilului; 2. Compresiune.
6.	Traumă auto combinată	Numărul fazelor este determinat de tipurile de combinație a traumei auto.	Mecanismul formării leziunilor este dependent de tipurile de combinație a traumei auto.

Cea mai frecventă formă de traumatism este ciocnirea vehiculului cu victima. Mecanismul de producere a traumei se va deosebi în funcție de situarea victimei față de mașină (pasager, pieton, șofer), de tipul automobilului etc.

Din punct de vedere juridic aceste traume, în majoritatea cazurilor, sunt accidentale și foarte rar se înregistrează acțiuni de sinucidere sau omucidere.

La cercetarea accidentelor leziunilor de trafic un ajutor considerabil va acorda expertiza medico-legală, mai cu seamă în lipsa martorilor. Examinarea acestor cazuri se va începe cu cercetarea la fața locului, unde se fixează și se ridică toate urmele lăsate, probele delicate de importanță mare și care ulterior pot dispărea.

Expertiza medico-legală a cadavrului începe cu examinarea minuțioasă a hainelor în scopul depistării (sau excluderii)

semnelor specifice: amprentele anvelopelor sau urmele altor părți ale mașinii, prezența urmelor de unsoare, sol etc. Prezența importantă adânciturile de ștergere de pe talpa încălțămîntului. Metodele fizico-criminalistice pot contribui la depistarea unor urme invizibile de pe haine. Metoda de difuzare prin contactare sau spectrofotometrie permite! de a găsi urmele metalice (pe piele, haine).

La necropsie medicul legist examinează, descrie și fixează prin fotografiere (scheme) urmele și leziunile stabilite. În raportul de cercetări medico-legale se notează distanța leziunilor de la nivelul plantelor.

Sunt cunoscute următoarele leziuni și urme produse în traumatismul auto: specifice, caracteristice și necaracteristice. Pot fi și leziuni simulante. Ultimele două grupe de leziuni pot fi observate și în alte forme de traumatism.

Dintre leziunile și urmele *specifice* fac parte amprente pe piele sau haine ale diferitelor piese ale autovehiculului. Adesea ele reflectă forma, relieful, uneori și dimensiunile pieselor ce vin în contactare cu victima în timpul traumatizării. Aceste urme pot fi utilizate de anchetator la identificarea tipului și mărcii mașinii.

Leziunile specifice pot fi reprezentate prin urmele farului și ale obezii sale, ale lanternei de semnalizare și ale buloanelor de fixare, ale radiatorului și căptușelii

lui, amprentele benzii anvelopelor roților, urmele de acțiune a volanului și pedalelor de comandă etc.

Leziunile *caracteristice* se află în dependență de mecanismul producerii traumei (ciocnirea automobilului cu pietonul, călcarea victimei cu roțile etc.).

La *ciocnirea* automobilului cu pietonul se pot stabili următoarele leziuni caracteristice: a) echimoze, excoriații și plăgi contuze ale gambelor sau coapselor dispuse orizontal (formate prin bara de protecție a mașinii); b) fracturi cu eschile triunghiulare ale oaselor tubulare lungi (femur, tibia) situate la nivelul de ciocnire cu bar de protecție a mașinii; c) lezare

unilaterală în regiunile corpului ce au contactat cu părțile mașinii; d) leziuni prin comotie generală a corpului etc.

Acțiunea dinamică (lovirea) a traficului poate avea loc nu numai asupra pietonului ci și asupra persoanelor aflate în mașină în calitate de șofer / pasager. Mai frecvent astfel de condiții de traumatizare se creează în timpul unei coliziuni (ciocniri) a două vehicule sau a unui vehicul cu un obstacol. În aceste cazuri se adaugă acțiunea factorilor cinetici, condiționați de viteza, care provoacă un complex de leziuni la șoferi și pasageri.

Șoferul având membrele ocupate pe sistemele de comandă, este mai puternic lovit și suferă de leziuni particulare: capul se traumatizează prin lovirea de parbriz, toracele se lovește de volan, iar membrele inferioare – de părțile proeminente ale mașinii. Caracterul și volumul lezional va fi diferit, în dependență de faptul, dacă șoferul este sau nu fixat cu centura de siguranță. Concomitent, la viteză de peste 80-90 km în timpul accidentului pot fi provocate leziuni și prin acțiunea centurii de siguranță (fracturi de coaste, rupturi de ficat etc.).

La pasageri leziunile pot fi neînsemnate sau imense, dependente de viteza mașinii, de gradul deformațiilor ce intervin în părțile respective a mașinii, precum și de alte condiții de producere a accidentului. Forma de traumatizare a pasagerilor este comparată cu „o mișcare a pietrei aflate într-o cutie goală”.

Asupra pasagerului din dreapta șoferului se pot produce leziuni prin lovirea capului de parbriz, prin proiectarea lui din mașină etc. Pasagerii din spate pot fi catapultați în scaunele din față sau prin proiectarea lor în exteriorul mașinii, intervenția forțelor cinetice în traumatizarea de trafic (pieton, șofer, pasager) face posibilă producerea anumitor leziuni particulare, fără de impact (indirecte), legate de fenomenul de accelerație sau decelerație bruscă. În astfel de acțiuni, leziunile unor părți ale corpului sau altor organe interne, sunt condiționate de mișcarea prin inerție, mai cu seamă, a segmentelor balansate ale corpului. În primul rând, este vorba despre de-

plasările forțate (acelerație considerabilă) ale capului și a coloanei vertebrale, de consecințele acțiunii asupra acestor formațiuni. Heperflexiunea (deplasarea anterioară) sau hiperextensiunea (deplasarea posterioară) capului contribuie la concentrarea forțelor distructive în anumite locuri ale coloanei vertebrale cu traumatizarea acestor regiuni anatomice.

Traumatizarea șoferilor și a pasagerilor se poate produce și prin răsturnarea și căderea mașinilor de pe maluri abrupte sau locuri înclinate. Leziunile formate în aceste cazuri depind de condițiile în care a avut loc accidentul.

Căderea din caroseria mașinii are loc la o stopare neprevăzută sau la o manevră bruscă într-o parte. Leziunile produse sunt caracteristice pentru o cădere sau precipitare accelerată (activă).

La călcarea victimei cu roțile mașinii se pot depista următoarele leziuni caracteristice:

a) deformarea sau turtirea unor părți ale corpului (cap, torace);

b) echimoze și excoriații sub forma unor benzi pe piele în locul de impact cu un desen specific de amprente, imprimări pe haine sau sol al roților;

c) decolarea pielii cu formarea unor „buzunărașe” între oase și tegumente;

d) amprente reliefului hainelor pe piele;

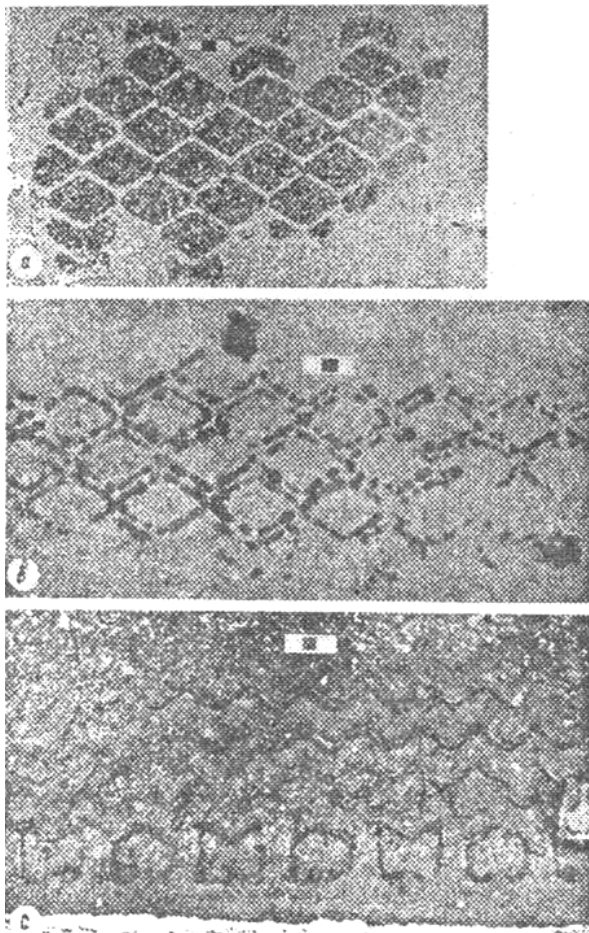
e) fracturi ale apofizelor spinoase ale vertebrelor cu deplasarea fragmentelor în direcția traversării roților;

f) fracturi ale bazinului în formă de „fluture”;

g) deplasarea organelor interne în alte cavități ale corpului etc.

Compresiunea corpului poate fi produsă și în alte condiții de traumatism auto: între două automobile; între automobile și diferite obstacole imobile (perete, copac etc.); între părțile automobilului răsturnat (ușă, caroserie) și sol; în interiorul mașinii printr-o deformare considerabilă a ei în timpul accidentului etc. Caracterul și volumul leziunilor corporale va

depinde de forma compresională, de suprafața impactului, de regiunea corpului supusă comprimării etc. Aspectul lezional poate fi schimbat esențial dacă acțiunea compresională este anticipată de lovire.

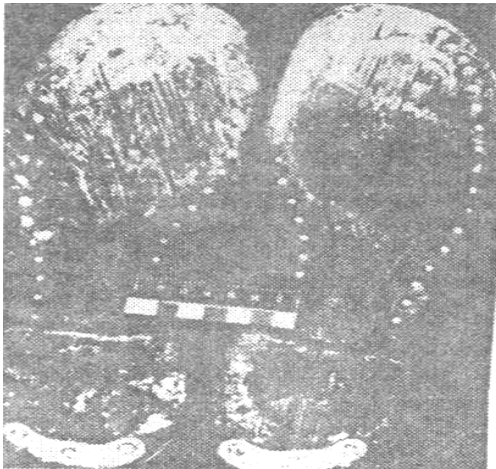


Urmele anvelopelor mașinii pe asfalt:

- a) imagine pozitivă;
- b) preponderent negativ în imagine plană;
- c) negativ în imagine volumetrică.

Acțiunile anchetatorului penal la examinarea cadavrului la fața locului în caz de traumatism auto va depinde de circumstanțele și condițiile concrete în care s-au produs accidentele.

E necesar de fixat toate datele informative din împrejurimea accidentului, de pe mașină și cadavru. O mare valoare prezintă urmele specifice care pe parcurs pot dispărea. O deosebită atenție se va atrage urmelor specifice de pe haine și încălțăminte. Se vor căuta urmele de „ștergere” pe tălpile încălțăminte care se formează prin alunecarea pe sol (asfalt) când pietonul este lovit de mașina ce se mișcă cu o viteză mare.



Urme de ștergere pe talpa încălțăminte, formate la lovirea pietonului cu automobilul

Întrebările principale la care poate da răspuns expertiza medico-legală în caz de traumatism auto:

1. Dacă leziunile constatate pe cadavru (victimă) au putut fi cauzate prin trafic rutier?
2. Ce caracter al leziunilor corporale indică ciocnirea și proiectarea victimei?
3. Ce caracter al leziunilor corporale indică compresiunea victimei cu roțile?
4. Care a fost poziția victimei în timpul ciocnirii sau a călcării cu roțile peste corp?

5. Care a fost consecutivitatea formării leziunilor corporale la victimă?
6. Dacă toate leziunile au caractere intravital?
7. Dacă leziunile corporale au putut fi produse când victima se afla în salonul mașinii?

Expertizei medico-legale pot fi adresate și alte întrebări care elucidează particularitățile accidentului și mecanismul de producere a leziunilor corporale la victimă.

Traume produse de motociclete

Traumele produse de motociclete au loc mai frecvent în timpul cald al anului. Pentru mototraumatism semnificativ este un volum mai redus de leziuni corporale decât în traumatism auto. Victime devin pietonii, șoferii și pasagerii. Mecanismul producerii leziunilor corporale în mare măsură sunt similare cu cele produse de automobile, cu unele particularități morfologice.

În dependență de împrejurările accidentelor, la șoferi și pasageri leziunile se produc în timpul ciocnirii motocicletelor cu alte mașini (obstacole) sau prin cădere în timpul mișcării. La pietoni leziunile, de regulă, se formează prin ciocnire cu motocicleta. Adesea în timpul accidentului motocicleta se răstoarnă, producând traumatizarea șoferului și pasagerului.

La pieton, leziunile primare de regulă, se localizează pe partea inferioară a corpului prin ciocnire, iar după proiectarea și căderea victimei adesea se traumatizează suplimentar și capul. Traumatizarea membrelor inferioare și a capului este caracteristică și pentru șoferi, și pentru pasageri. Volumul și gravitatea leziunilor corporale depind de viteza mișcării motocicletei și de particularitățile planului de rulare. Căștile protectoare micșorează considerabil numărul leziunilor grave ale capului la motocicliști și pasageri.

Tipurile și mecanismele traumei produse de motocicletete

Nr.	Tipul traumei moto	Mecanismul traumei
1.	Ciocnirea motocicletei cu alt mijloc de transport	<ol style="list-style-type: none"> 1. lovirea corpului de piesele altor mijloace de transport; 2. proiectarea corpului pe motocicletă și căderea lui pe carosabil; 3. comprimarea corpului între mijlocul de transport și carosabil.
2.	Cădere din motocicletă	<ol style="list-style-type: none"> 1. lovire de piesele motocicletei; 2. lovire de carosabil; 3. alunecarea corpului pe carosabil.
3.	Ciocnirea motocicletei cu pietonul	<ol style="list-style-type: none"> 1. ciocnirea cu piesele motocicletei; 2. căderea pietonului pe carosabil; 3. alunecarea corpului pe carosabil.
4.	Ciocnirea motocicletei cu obstacole imobile	<ol style="list-style-type: none"> 1. lovire de obstacol; 2. bascularea corpului și căderea pe carosabil.
5.	Traversarea cu roțile motocicletei	<ol style="list-style-type: none"> 1. comprimarea corpului între roată și carosabil; 2. traversarea corpului cu roata.

Întrebările principale la care poate da răspuns expertiza medico-legală în caz de mototraumatism:

1. Dacă leziunile depistate pe cadavru (persoană) sunt caracteristice pentru mototraumatism.

2. Dacă leziunile corporale nu s-au format în urma căderii victimei din motocicletă aflată în mișcare.

3. Dacă există pe corp și haine, semne caracteristice pentru o ciocnire cu proiectarea ulterioară a victimei.

4. Care este consecutivitatea formării leziunilor corporale?

Expertizei medico-legale pot fi adresate spre soluționare și alte întrebări care specifică particularitățile de producere a accidentului respectiv.

Traume produse de tractor

Traumele produse de tractoare se înregistrează mai frecvent în localitățile rurale sau terenurile agricole. Aceste cazuri se pot grupa în traume produse de tractoare cu roți de cauciuc și cu șenile.

Leziunile produse de tractoarele cu roți, în mare măsură, sunt asemănătoare celor provocate de autovehicule, cu excepția particularităților lezionale condiționate de o viteză mai redusă de mișcare. Caracterul teritoriului Republicii Moldova cu multiple povârnișuri contribuie la răsturnarea frecventă a modelelor de tractoare pe roți de cauciuc. În aceste cazuri la tractoriști și pasageri leziunile se produc prin îmbinarea loviturilor și a compresiunii corpului. Uneori moartea survine prin asfixie mecanică în urma compresiunii toraco-abdominale cu diferite părți ale tractorului răsturnat.

Traumele produse de tractoarele cu șenile dispun de particularități evidente, care dau posibilitatea de a determina după caracterul leziunilor mecanismul de acțiune. Leziunile, de regulă, sunt mai imense. Cele mai specifice leziuni corporale se produc prin călcarea victimei cu șenilele. Se formează leziuni incompatibile cu viața. Prin compresiune corpul se deformează, oasele se fracturează cu formarea multiplelor eschile, organele interne sunt strivite, uneori se mutilează și își schimbă localizarea. Pe pielea victimei apar amprente de șenile.

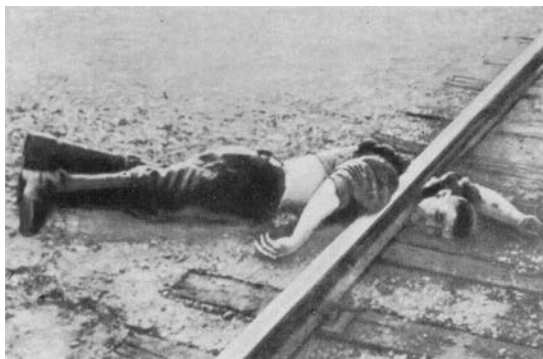
Întrebările principale la care poate da răspuns expertiza medico-legală în cazul traumelor produse de tractor:

1. Dacă leziunile depistate pe cadavru (persoană) sunt caracteristice pentru un accident de tractor și ce fel de model?

2. Dacă există pe corp semne care caracterizează mecanismul traumei: lovitură, compresiune etc.?

Traume produse de tren

Aspectele juridice ale morții în urma accidentelor de tren constituie o condiție primordială la interpretarea datelor expertizei medico-legale. Organele de cercetare vor clarifica multe probleme, pentru a determina cauza și circumstanțele traumei, genul morții, dacă este vorba despre un accident de muncă sau disimularea unei crime prin așezarea cadavrului pe calea ferată. Se atestă catastrofe feroviare prin ciocniri, desprinderi de vagoane cu un număr mare de victime, pot fi surprinse de tren autovehicule la traversarea căilor ferate fără barieră etc.



Decapitarea produsă la traversare cu roțile trenului

Ofițerul de urmărire penală (procurorul) va efectua un examen la fața locului numai cu participarea medicului legist. Autopsia, pe lângă cercetarea leziunilor produse de tren, are ca scop stabilirea caracterului vital al acestora, dacă victima are semne de luptă sau agresiune, care este gradul de ebrietate alcoolică sau găsirea unei alte cauze ce a provocat moartea, în afara celei de tren etc.

Către leziunile tipice, care se produc prin trecerea roților trenului peste corpul victimei, se referă: a) *banda de comprimare*; b) *banda de ștergere*; c) *decapitarea*; d) *divizarea trunchiului*; e) *fracturi imense ale capului cu separarea pielii*

pe față; f) *amputarea membrelor* cu fracturi specifice ale oaselor tabulare lungi etc.

Către leziuni și urme tipice, care se produc prin acțiunea altor părți ale trenului (nu cu roțile), se referă: a) urmele de *târâre a corpului*; b) *dezmembrarea* membrelor; c) *urmele specifice* ale diferitelor substanțe caracteristice pentru tren și calea ferată (cărbune, nisip) pe haine și corp; d) leziuni prin *comprimarea corpului* între tampoanele trenului etc.

La leziunile atipice se referă acelea care sunt formate de tren, dar caracterele cărora pot fi găsite și în alte forme de traumatism cu obiectele contondente.

Întrebările principale la care poate da răspuns expertiza medico-legală în cazul traumatismului produs de tren:

1. Dacă leziunile pe cadavru (persoană) sunt caracteristice pentru traumatismele de tren?

2. Ce caracter ale leziunilor indică asupra unei lovituri cu părțile trenului? Care a fost poziția corpului în timpul traumei?

3. Dacă există semne de trecere a roților peste corpul victimei, cum era situat corpul pe calea ferată?

4. Dacă există semne specifice ce indică târârea corpului pe calea ferată?

5. Dacă pe corp s-au depistat leziuni care nu sunt produse cu părți componente ale trenului?

6. Dacă se poate afirma că leziunile corporale depistate au fost produse postmortem, iar cauza morții a fost condiționată de alte mecanisme?

Traume produse de avion

Pe timp de pace aceste cazuri prezintă, de regulă, accidente. Leziunile formate sunt consecința căderii avionului cu pasagerii și echipajul. În avion moartea poate surveni de pe urma leziunilor corporale, arsurilor, intoxicației, insuficienței de oxigen etc. Expertiza medico-legală este foarte dificilă la identificarea victimelor, acestea fiind carbonizate, dezmem-

brate, fragmentate. Se cere efectuarea examenului toxicologic al echipajului în scopul depistării alcoolului, substanțelor somnifere și tranchilizante. În afara catastrofelor navelor aeriene este posibilă și moartea subită survenită în avion.

Examinarea accidentelor aeriene se va începe cu cercetarea locului faptei în care medicul legist va consulta organele de anchetă referitor la problemele depistării urmelor de origine biologică, în recoltarea probelor pentru cercetările de laborator, în organizarea selectării și transportării la morgă a cadavrelor și osemintelor celor decedați. Cercetarea începe cu întocmirea schemei generale a locului faptei. Cadavrele, osemintele și alte obiecte de origine biologică se marchează și se fotografiază. Nu se recomandă ridicarea documentelor prețioase de pe cadavre. Dezbrăcarea cadavrelor la fața locului este interzisă.

Întrebările principale la care poate răspunde expertiza medico-legală în cazul accidentelor de avion:

1. Dacă leziunile corporale găsite pe cadavru sunt caracteristice pentru accidente de avion?
2. Dacă leziunile corporale s-au format prin lovitură în timpul precipitării victimei în avion?
3. Dacă nu există pe corp leziuni care s-au produs până la căderea pe sol?
4. Care este mecanismul lor de formare ?

Leziunile produse cu obiecte ascuțite

Instrumentele vulnerante, care acționează cu ajutorul tăișului sau a vârfului ascuțit pe care-l posedă, se numesc obiecte tăietoare, înțepătoare, tăietoare-înțepătoare și despicătoare. Plăgile formate poartă denumirea acestor obiecte.

Plaga tăiată. Plăgile tăiate (secționate) se produc cu ajutorul unor instrumente tăietoare: cuțit, brici, lamă, sticlă etc. Mecanismul de formare a lor constă în mișcarea de alunecare și comprimare a instrumentului ascuțit pe corp. Profunzimea

ei depinde de forța de comprimare și ascuțișul instrumentului, iar lungimea plăgii – de distanța mișcării obiectului vulnérant.

Plaga tăiată se caracterizează prin margini perfecte, regulate, direcție liniară, fundul ei este neted, fără punți tisulare, iar colțurile au forma unui unghi ascuțit. În locul inițial plaga este mai profundă decât în punctul final, având în continuare o zgârietură. Firele de păr sunt secționare la același nivel cu pielea.

Prezența de substanțe străine în plagă are o mare importanță criminalistică pentru identificarea instrumentului vulnérant.

Plăgile tăiate mai frecvent se produc ocazional. În scop de sinucidere sunt situate pe părțile anterioare ale antebrațului sau pe gât, accesibile pentru propria sa mână. În caz de omucidere, preponderent, se localizează în regiunea gâtului.

Plaga înțepată. Astfel de plăgi se produc cu instrumente înțepătoare (cui, furcă, șurubelniță) prin îndepărtarea laterală a țesuturilor de la centru la periferie. Plaga înțepată dispune de un orificiu de intrare, un canal, iar uneori și de un orificiu de ieșire (plăgi transfixiante). Specific pentru un orificiu de intrare și ieșire este lipsa diferitelor defecte de țesuturi, marginile lor se aproprie complet. Dacă instrumentul trece prin oase, se formează fractură orificială (fenestrată). Plăgile înțepate, de regulă, sunt ocazionale, dar se produc și cu scop de sinucidere sau omucidere.

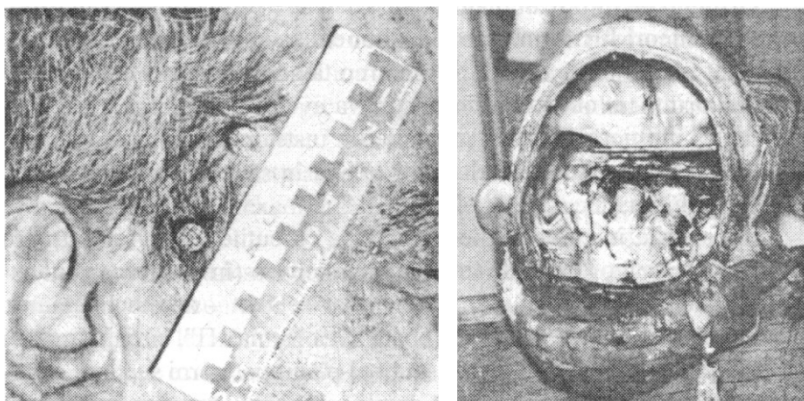
Exemplu poate servi următorul caz.

Un cetățean de 49 ani, în timpul iernii a fost găsit mort într-un sărăieș din vecinătatea casei sale. Capul, fața și hainele erau însângerate și nu se putea observa locul hemoragiei. Cadavrul congelat a fost expedit pentru efectuarea expertizei medico-legale.

La examinarea externă a cadavrului s-a stabilit: printre firele de păr ale regiunii temporale drepte se evidențiază gămăliile a două cuie, care penetrau în cavitatea craniană; echimoze de culoare violetă pe buza inferioară, pe brațul și gamba dreaptă.

La cercetarea internă a capului s-au stabilit două canale ale plăgilor produse de cuie, care lezau meningele, centrul emisferei cerebrale din dreapta, ajungând în talamusul optic pe stânga. În ventriculele cerebrale și pe traiectul canalelor de rănire se găsea o acumulare de sânge înghețat. Pe mucoasa stomacului au fost depistate peteșii hemoragice (petele lui Vișnevski), caracteristice morții prin hipotermie.

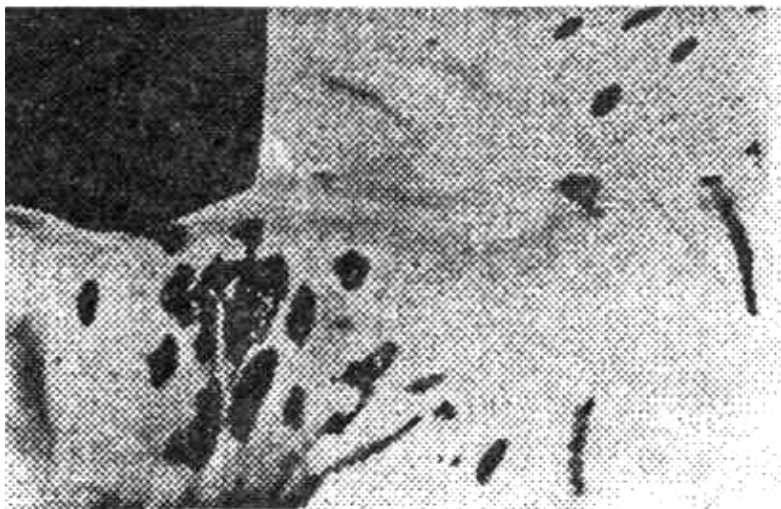
Prin cercetarea de anchetă penală s-a constatat că decedatul, un alcoolic cronic, permanent teroriza familia, crea condiții insuportabile de viață. La 4 ianuarie, în jurul orei 22.00, se afla în curte, se tăvălea pe jos, striga. În stare de furie fiica sa adoptivă i-a bătut cu ciocanul un cui (lungimea lui atingea 15 cm) în cap, iar peste un anumit timp i-a bătut alt cui. În așa stare a fost pus pe o sanie și transportat în sărăieșul vecinei unde a și fost găsit în stare de conelații.



Cuie bătute în cap cu scop criminal

Plaga tăiată-înțepată. Astfel de leziuni se înregistrează mai frecvent. Se produc prin instrumente ascuțite, care servesc deseori ca mijloc de agresiune. Agentul vulnerant (cuțitul etc.) acționează atât prin vârful lui ascuțit, cât și prin una sau două lame tăioase. Dacă instrumentul are două tășuri, leziunea se deosebește de plaga tăiată numai prin profunzime. Unghiurile pot continua cu câte o mică excoriație în formă de „codiță”, în raport cu înclinația instrumentului. Dacă cuțitul are un singur tăiș, plaga va avea un unghi ascuțit, iar cel opus

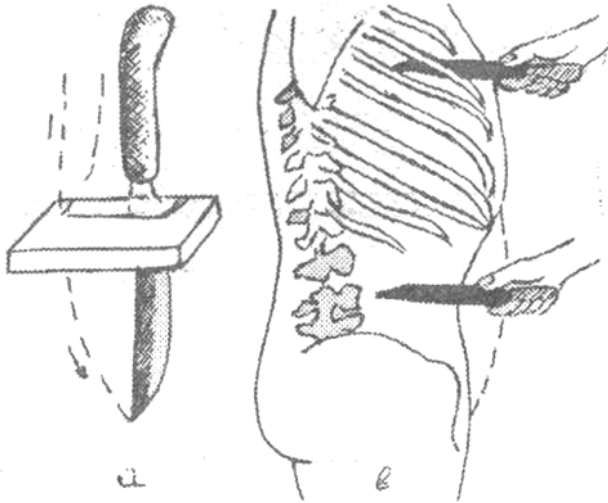
va fi rotunjit. Lungimea plăgii tăiate-înțepate poate corespunde lățimii maximele a cuțitului, dacă el este introdus și scos în plan perpendicular, iar dacă instrumentul este mișcat (tras), lungimea plăgii depășește pe cea maximală a instrumentului vulnerant.



Multiple plăgi tăiate-înțepate pe gât și torace produse în caz de asasinare

Determinarea lungimii canalului de rănire are o importanță mare pentru concluzia referitoare la lungimea posibilă a cuțitului. Lungimea canalului de rănire va depinde de lungimea porțiunii de instrument care a fost introdusă în corp. În unele cazuri lungimea canalului poate indica că lungimea instrumentului nu a fost mai mică decât canalul plăgii. Canalul este mai lung decât partea activă (tăietoare) a instrumentului, de exemplu, prin comprimarea țesuturilor mobile ale abdomenului. O lamă numai de câteva centimetri poate pătrunde până la coloana vertebrală.

Cartilajele și oasele pot păstra forma și unele particularități ale instrumentului vulnerant. Plăgile tăiate-înțepate, de regulă, se produc intenționat cu scopul de omucidere și sunt localizate în regiunile toracică, abdominală, pe spate.



Mecanismul de producere a plăgii tăiate-înțepate mai lungă decât lățimea lamei cuțitului (a); schema raportului dintre lungimea lamei și a canalului de rănire în funcție de regiunea atinsă (b).

Întrebările principale la care poate da răspuns expertiza medico-legală în cazul plăgilor produse cu instrumente ascuțite:

1. Dacă leziunile sunt provocate cu un instrument tăietor, înțepător sau tăietor-înțepător.
2. Care sunt particularitățile specifice ale instrumentului vulnerant: lungimea, lățimea, forma?
3. Dacă se pot utiliza particularitățile leziunilor în scopul identificării obiectului vulnerant. Ar fi putut fi cauzate leziunile stabilite cu instrumentul prezentat?

Leziunile produse prin obiecte despicătoare. Obiectele despicătoare (topor, secure, sapă, bardă etc.) dispun de o masă mai mare și de o pârghie (coada instrumentului) care mărește considerabil forța de acțiune. Plăgile produse de aceste

obiecte se numesc despicate sau spintecate, deoarece adesea se traumatizează și substratul osos (craniul etc.).

Astfel de leziuni sunt provocate mai frecvent cu partea ascuțită a toporului. Forma și alte caractere ale plăgilor produse de el variază în funcție de partea toporului cu care au fost formate, de gradul de ascuțire a lamei, de forța de lovire, de unghiul de acțiune etc.

Marginile plăgii despicate pot fi asemănătoare cu cele ale unei plăgi tăiate, dacă leziunea a fost produsă cu o lamă bine ascuțită a toporului. Unghiurile plăgii pot fi ascuțite dacă se acționează numai cu lama toporului și la o pătrundere incompletă. Prin lovirea cu vârful sau călcâiul lamei un unghi al plăgii va fi ascuțit, iar altul rotunjit sau în formă de „Π”, cu marginile adese excoriate. La lovitura sub un unghi ascuțit o margine a plăgii se suprapune pe cealaltă. Foarte frecvent leziunile sunt imense și asociate cu fracturi osoase. Specifice sunt fracturile fenestrate ale craniului.

Practica medico-legală atestă că loviturile cu instrumentele despicătoare mai frecvent se aplică în regiunea capului în scop de omucidere. Leziunile provocate adesea penetrează în cavitățile corpului și au consecințe foarte grave pentru viață. Cu aceste obiecte se produc dezmembrări ale corpului, lăsând, adesea, urme particulare, după care se poate identifica instrumentul vulnerant.

În urma acțiunilor cu obiectele despicătoare se pot forma imense leziuni ale regiunilor respective care, de obicei, se produc în scop criminal, după cum ne demonstrează următorul caz.

În rezultatul unei cerți, cetățeană Z., în vârstă de 25 ani, a fost lovită de către fostul său soț cu un topor în regiunea capului. Vecinii sosiți la strigătele victimei au spart ușa și au depistat-o însângerată, încercând să se ridice și să spună ceva. Una dintre vecine i-a comprimat capul despicat în două și l-a menținut așa până la sosirea ambulanței. În staționarul municipal nr. 1 din Chișinău, victima a fost imediat fotografiată și operată. Pe față a fost stabilită o plagă masivă, dehiscentă, orientată în direcție verticală, de la nivelul părții piloase a capului până la

bărbie, penetrantă în cavitățile bucală, nazală și craniană. Meningele dur era lezată în două locuri, iar prin aceste leziuni se observa țesutul cerebral al lobului frontal drept hemoragie îmbibată. Pleoapele ochiului drept – secționată, iar globul ocular – strivit. Buzele și maxila – la fel secționată, dinții din față – absenți. Țesuturile moi ale feței pe dreapta – decolate de la corpul mandibulei până la unghiul drept al acesteia. Pe partea piloasă a capului au mai fost stabilite 4 plăgi cu lungimea de circa 3 cm, penetrate până la os, iar pe rebordul mâinii propriu-zise stângi – o plagă cu fractura osului metacarpian V.



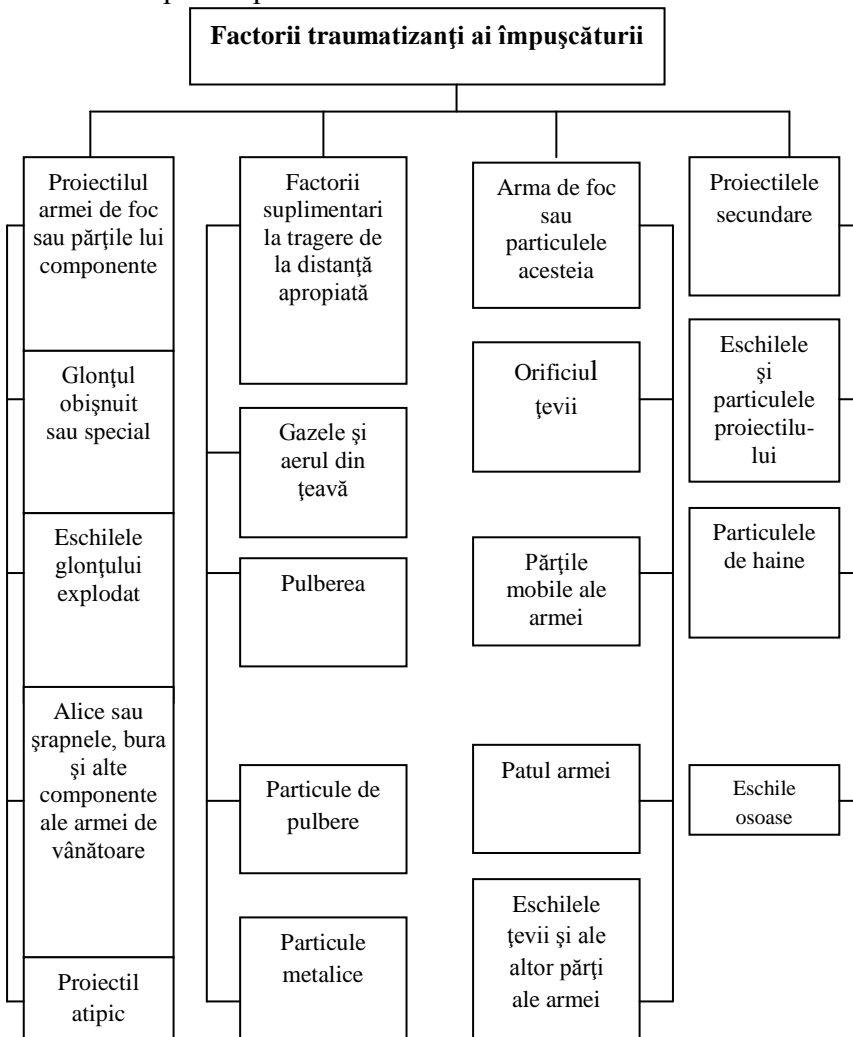
Plagă penetrantă în cavitatea craniană produsă cu toporul și după cicatrizarea ei

Întrebările principale la care poate da răspuns expertiza medico-legală în cazul leziunilor despicate:

1. Dacă leziunea (leziunile) corporală a fost produsă cu un instrument despicător.
2. Care sunt particularitățile instrumentului despicător, pornind de la caracterul leziunilor stabilite pe cadavru (victimă)?
3. Care a fost raportul de poziție al agresorului față de victimă în timpul producerii leziunilor corporale?
4. Dacă a fost victima capabilă să-și provoace singură astfel de leziuni corporale.

Leziunile balistice

Din categoria leziunilor mecanice fac parte cele produse prin armele de foc, prin exploziile obuzelor și substanțelor explozibile. După caracterul lor, o mare parte din leziuni sunt pur mecanice, iar la o altă parte acțiunii mecanice i se asociază cea termică și factorii chimici. Caracterul lezional în mare măsură depinde de factorii traumatizanți (schema) care activează asupra corpului.



Caracterul leziunilor provocate prin împușcare este variat și depinde de:

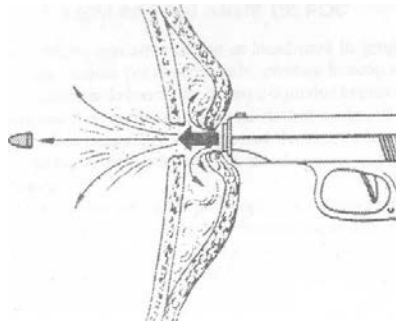
- particularitățile constructive ale armei și ale cartușului;
- distanța din care s-a efectuat împușcătura;
- unghiul de impact al glonțului cu corpul omenesc;
- prezența sau lipsa unui obstacol până a nimeri în corp;
- proprietățile anatomice ale regiunii în care a nimerit proiectilul etc.

Odată cu sporirea utilizării armelor de foc contemporane, are loc „mutația” caracterelor lezionale, fapt ce influențează diagnosticul condițiilor de tragere și identificarea armelor cu care s-a efectuat împușcătura.

În medicina legală condițiile în care a avut loc împușcătura se apreciază în baza caracterului morfologic al plăgilor și al urmelor depistate pe corpul și îmbrăcămintea victimei, condiționate de acțiunea diferitelor factori traumatici ai tragerii.

Din aceste considerente se evidențiază leziuni formate de la trei distanțe de tragere:

1. Leziuni produse prin trageri de la distanțe mari (acționează doar proiectilul).
2. Leziuni produse prin trageri cu țeava apropiată de corp (acționează și factorii suplimentari ai tragerii)
3. Leziuni prin trageri cu țeava lipită (acționează toți factorii traumatici, inclusiv și gura țevii).



Mecanismul de formare a leziunilor prin arma de foc la tragera cu țeava lipită (schema)

Indiferent de distanța tragerii, cele mai informative și prețioase modificări se observă în regiunea *orificiului de intrare* a glontelui, apoi *canalul de rănire* (de trecere a proiectilului) și din *orificiul de ieșire* (în plăgi transfixiante).

Caracteristicile morfologice pentru orificiul de intrare, canal și orificiul de ieșire a glontelui permit a stabili direcția și distanța împușcăturii, locul și unghiul de penetrare a proiectilului în corp, particularitățile constructive ale armei și cartușului etc.

În practica medico-legală se întâlnesc mai frecvent leziuni produse prin armele de foc de mână: de luptă, de sport, de vânatoare, atipice și arme de construcție proprie.

Caracterul leziunilor provocate prin împușcătură este variat și depinde de: particularitățile armei și cartușului, distanța împușcăturii, unghiul de impact al glontelui, prezența sau lipsa unui obstacol, proprietățile regiunii lezate etc. Deci leziunile prin armele de foc depind de factorii traumatizanți care acționează asupra corpului.

Leziunile prin arma de foc pot fi condiționate de țevă, proiectil și factorii secundari ai împușcăturii (flacăra, gaze explozibile, funingine, pulbere).

Mecanismul acțiunii factorilor traumatizanți la etapa inițială a împușcăturii este observat mai bine la tragerea cu țeava lipită.

Proiectilul poate străbate corpul uman, producându-i o plagă transfixiantă, care are un orificiu de intrare, un canal și un orificiu de ieșire, cu particularitățile pe care le reprezintă.

Orificiul de intrare se caracterizează printr-un defect al țesuturilor (pierderea de substanță) la nivelul pielii de formă ovală sau rotundă, cu margini fin dințate, înconjurat de o zonă îngustă (1-3 mm) dezepitelizată, de culoare roșie-întunecată, care se pergamentează după un timp și este numită inelul de excoriație (gulerașul de contuzie). Pe marginea internă a acestui inel se formează altul – inelul de ștergere sau de mânjire, de culoare negricioasă, format prin depunerea unsorii și a fumului vehiculat de proiectil.

Diagnosticul diferențial al orificiilor de intrare și ieșire a glonțului la trageri de la distanță mare

Semne morfologice	Orificiul de intrare	Orificiul de ieșire
Forma orificiului	Rotundă sau ovală, mai rar semilunară sau nedeterminată	Stelată, fisurată, semilunară, mai rar rotundă sau ovală
Defect tisular	Practic permanent	Frecvent lipsește
Dimensiuni	Defectul dermei este mai mic decât diametrul glonțului. Defectul în epidermă este mai des egal	Frecvent mai mare decât ale orificiului de intrare. Mai rar – egale sau mai mici
Inelul de excoriație	De regulă bine se determină	Frecvent lipsește, mai rar este prezent
Inelul de ștergere	Prezent pe piele sau pe haine	Lipsește
Marginile	Frecvent festonate, mai rar netede	De obicei neregulate, adesea răsfrânte în afară

Tot aici se poate observa un inel de metalizare, care se depistează la examenul stereoscopic sau radiologic.

În regiunea orificiului de intrare se pot stabili urmele acțiunii factorilor secundari. Acțiunea flăcării se prezintă sub formă de arsuri de diferite grade, care apar la tragerile până la 3-5 cm. Acțiunea gazelor se proiectează în jurul orificiului de intrare, iar dacă țeava este alipită, acestea pătrund în canal; apare în trageri până la 8-10 cm sub forma unei zone pergamentate a pielii. Acțiunea pulberii contribuie la formarea zonei de tatuaj (impregnare), mai ales cu particulele nearse.



Caracteristica orificiului de intrare a glontelui la tragerea cu țeava lipită din pistol „TT”

Aplicarea țevii direct pe piele duce la formarea inelului de imprimare (ștanț-marcă). Dacă țeava este semilipită, se formează un semiinel de imprimare. Imprimările și urmele acțiunii factorilor traumatizanți ai împușcăturii cu țeava lipită pot fi observate atât pe haine, cât și pe piele.

Proiectilul rupt poate da naștere la două sau mai multe orificii de intrare. Izbindu-se de obiecte dure din buzunarul victimei (monede, ceas), acestea pot leza corpul ca proiectile secundare.

Se va ține cont că uneori orificiile de intrare pot fi ascunse, spre exemplu, la împușcarea în cavități: naturale, axile, sub glandele mamare etc.

Canalul plăgii transfixiante unește orificiul de intrare cu orificiul de ieșire, iar în plăgile oarbe – până în locul unde s-a oprit proiectilul. Aspectul canalului variază în funcție de viteză și forma proiectilului și consistența organului pe care-l străbate. Dacă proiectilul trece printr-un organ cavitătar cu lichid, organul se rupe datorită acțiunii forței hidrodinamice, iar canalul nu poate fi identificat.

Pe oasele plate (craniu, bazin) canalul are forma unui con cu baza mai mare orientat spre orificiul de ieșire.

La o plagă oarbă conținutul canalului (proiectil, particule de haine, nasturi etc.) poate indica asupra producerii leziunii prin arma de foc.

Orificiul de ieșire are o formă stelată sau triunghiulară, fără pierderea de substanță. El poate fi egal, mai mare sau mai mic decât orificiul de intrare. În jurul orificiului de ieșire nu se constată inețele expuse la orificiul de intrare și va lipsi urma factorilor suplimentari. Un singur proiectil poate provoca mai multe orificii de ieșire prin fragmentarea lui. În alte cazuri un proiectil poate realiza mai multe orificii de intrare și ieșire în poziții particulare ale corpului: poate trece prin glandele mamare, mână, braț, membrul inferior îndoit etc., înainte de a atinge corpul victimei.

Tragerea cu țeava lipită presupune unele particularități – în regiunea orificiului de intrare hainele și tegumentele se rup sub acțiunea gazelor explozibile. Pielea respinsă forțat de gaze dinăuntru se lovește de orificiul țevii, ceea ce contribuie la formarea inelului de excoriație (ștanț-marcă). Deci la această distanță asupra corpului acționează țeava, proiectilul și factorii secundari ai împușcării, lăsând urme caracteristice orificiului de intrare.

La împușcătura cu țeava apropiată asupra corpului acționează factorii secundari și proiectilul. Limita acțiunii factorilor secundari este diferită și depinde de particularitățile armei de foc. Gazele explozibile și flacăra pot acționa la o distanță până la 5-10 cm, iar pulberea – până la 25-30 cm. Unele particule mai mari de praf pot fi depistate și la o distanță mai mare (100-150 cm).

La tragerea de la distanță asupra corpului acționează numai proiectilul. Această distanță se determină după particularitățile morfologice ale orificiului de intrare, canalului și orificiului de ieșire.

Numărul și succesiunea împușcăturilor repetate se vor aprecia prin stabilirea leziunilor specifice provocate de fiecare împușcătură aparte; prin stabilirea intensității caracterelor vitale mai evidente pentru prima împușcătură; prin analiza amplasării fracturilor oaselor etc.

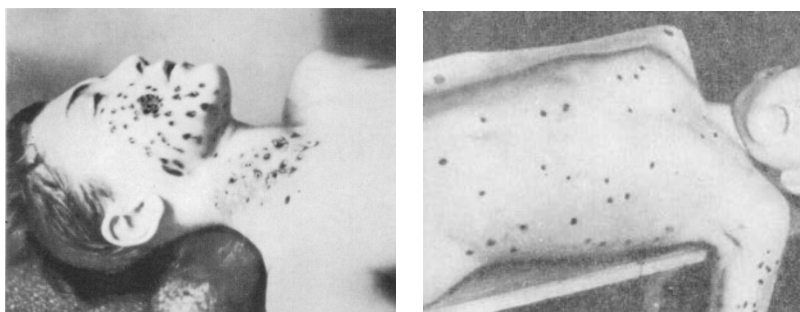
Determinarea numărului și a succesiunii de împușcături repetate este legată de rezolvarea a două probleme principale: a) dacă arma de foc se referă la cele automate; b) dacă leziunile câtorva regiuni ale corpului au fost produse de unul și același proiectil. Multiplele leziuni dintr-o singură împușcătură, de obicei, exclud o rănire ocazională efectuată de victimă.

Leziuni produse prin cartușe oarbe. Există cazuri când se cere de soluționat problema posibilității formării unor leziuni grave sau mortale produse prin împușcături cu cartușe oarbe (de manevră). În loc de glonte în cartușe se introduc bucățele de hârtie. Drept factori traumatizanți devin gazele explozibile, care în trageri de la distanțe foarte mici dispun de o forță distructivă considerabilă. Astfel de accidente adesea au loc pe scenele teatrale la imitarea împușcăturii, considerându-se, că în lipsa gloanțelor această acțiune nu prezintă pericol pentru viață. Nu sunt excluse leziunile periculoase în caz de manevră sau semnalizare în cadrul unor acțiuni militare.

La tragerea cu țeava lipită se pot forma leziuni imense ale țesuturilor moi, rupturi de organe cavitare și fracturi de oase. În profunzimea canalului de rănire se pot depista depuneri de funingine și particule de pulbere. În trageri de la distanțe relativ mai mari de 5-10 centimetri leziunile sunt neînsemnate.

Examinarea acestor cazuri trebuie efectuată cu participarea expertului-criminalist, cu efectuarea cercetărilor complementare de laborator a leziunilor pe cadavru (victimă) și haine.

Leziunile prin armele cu alice. La armele de vânătoare se folosesc ca încărcături alicele, fapt ce explică intrarea a mai multor proiectile prin același orificiu, precum și cu șrapnele (alice de lup), care produc leziuni considerabile. Bura (rondola de carton sau pâslă) de asemenea contribuie la modificarea leziunilor.



Dispersarea alicelor în funcție de distanța tragerii

Plăgile produse de alice, în comparație cu cele de glonte, au următoarele particularități: forma și caracterul orificiilor de intrare se schimbă în funcție de distanța împușcării, ele, de regulă, sunt oarbe: în afara alicelor în canalul de rănire adesea se găsește bura; la o împușcătură apropiată pulberea cu fumul pot provoca aprinderea hainelor, carbonizarea părului, arsuri ale pielii.

La diagnosticarea împușcării cu armele de vânătoare se vor stabili: a) leziunile prin acțiunea compactă a alicelor (până la 1 m); b) leziunile prin acțiunea relativ compactă a alicelor (1-3 m); c) leziunile prin tragerea în afara limitei acțiunii compacte, când leziunile se produc de fiecare alice aparte.

La împușcătura cu țeava alipită orificiul de intrare este de formă ovală, rotundă, stelată, de dimensiuni mari, care întrec diametrul canalului țevii. Se determină lipsa țesuturilor moi prin acțiunea perforativă a alicelor și a gazelor explozibile. Rupturile stelate (3-4) se formează prin acțiunea mecanică a gazelor numai în regiunile, unde în apropiere se află oase. La margini pielea este detașată. Împușcăturile în cap pot cauza leziuni imense.

Împușcătura prin acțiunea compactă a alicelor se caracterizează prin formarea unui orificiu mare de intrare, dimensiunile căruia depășesc 3 cm. Marginile plăgii la o împușcătură de până la 10 cm sunt relativ netede, iar de la o distanță de 20-25 cm sunt ușor ondulate sau festonate. Dacă împușcătura depă-

șește distanța de 50-100 cm, undulațiile marginilor plăgii cresc.

La o împușcătură de la distanțe mai mari de 10 cm, concomitent cu o plagă centrală se formează și plăgi mai mici, produse prin dispersia alicelor. Astfel de leziuni apar la o împușcătură de până la 3-5 cm. Plăgile prin acțiunea unor alice separate sunt asemănătoare cu orificiile de intrare provocate de glonte.

Distanța împușcării prin arme de vânătoare se poate aprecia și prin împușcături experimentale, efectuate din aceeași armă și proiectile, cu care s-au produs leziunile constatate la victimă.

Alicele armelor de vânătoare contemporane sunt amplasate în containere speciale, tabulare, din masă plastică, care se aranjează în cartuș. În timpul împușcării se modifică potențialul balistic și distructiv. Containerul expulzat din țeava armei zboară împreună cu alicele la o distanță de până la 25 m, după ce explodează, iar alicele prelungesc deplasarea. Locul depistării fragmentelor din containerul explodat indică distanța de la care s-a tras. Se va ține cont că dispersarea alicelor începe după distrugerea containerului (la circa 25 m).

Leziuni produse prin rafale automate. Rafalele automate pot fi efectuate din mitraliere, pistoale-mitraliere. În aceste cazuri se cer evidențiate unele particularități: ele pot fi unipolare, multiple, alte ori cu orificiile de intrare situate aproape unul lângă altul. În unele cazuri direcția canalelor de rănire poate coincide, iar în altele canalele sunt dispersate în evantai.

La rafalele scurte (până la 5 împușcături), efectuate de la o distanță foarte apropiată, orificiile de intrare se află unul lângă altul, formând plăgi duble sau triple. În rafalele lungi (până la 10-15 împușcături) dintr-o armă prost fixată orificiile de intrare vor fi dispersate haotic. La tragerile de la distanță îndepărtată, de regulă, victima poate fi atacată de un singur glonț. În cazuri excepționale, armele automate pot da naștere

unui singur orificiu de intrare, prin care au intrat două proiectile, cauzând două canale de împuşcare.

Leziuni produse prin arme de construcție proprie. Astfel de arme, de obicei, sunt confecționate de persoane incompetente, drept țevă fiind utilizate diferite tuburi. În calitate de exploziv se folosesc gămălii de chibrituri, peliculă de fotografie, iar proiectile – diferite obiecte metalice mici. Plăgile, de regulă, vor fi oarbe. Orificiile de intrare pot avea cele mai diverse forme. Armele și proiectilele de confecționare proprie dau naștere la plăgi atipice nestandarde.

Stabilirea identității armei de foc. Aprecierea armei cu care s-a tras este o problemă de interes imediat criminalistic, la rezolvarea căreia contribuie și expertiza medico-legală în colaborare cu organele de anchetă penală. Identitatea armei de foc poate fi stabilită după: 1) rămășițele cartușului, proiectilului, alicelor, burei, particulelor substanțelor explozibile, eschilele și membranele proiectilului; 2) particularitățile leziunii: numărul, dimensiunile, forma orificiilor de intrare pe haine, piele, oase, situarea lor reciprocă, după amprenta țevii, specificul depunerii funinginii și a pulberii, canalului de rănire, proprietățile leziunilor organelor interne.

În procesul autopsiei se recomandă ca glonte și alicele să fie înlăturate cu mâinile, fără a le lua cu pensa sau cu alt instrument metalic, pentru evitarea formării unor leziuni suplimentare pe ele, care vor complica expertiza criminalistică ulterioară. Proiectilul, alicele, bura și alte rămășițe ale cartușului se vor ridica și vor fi trimise la o cercetare specială.

Examinarea la fața locului în caz de împuşcătură. Scopul examinării la fața locului a leziunilor prin arma de foc constă în: căutarea, descoperirea și interpretarea urmelor materiale balistice și criminalistice la locul faptei.

Victima decedată constituie obiectul central de examinare la fața locului. Căutarea urmelor materiale se face în funcție

de examenul efectuat asupra poziției victimei, modul cum s-a produs împușcătura, distanța de la care s-a tras, tipul de armă și munițiile întrebuințate. Corpul victimei se va examina în poziția în care se găsește inițial.

Pe cadavru se va identifica existența orificiului de intrare și de ieșire a proiectilului, raportul dintre aceste orificii și orificiile de pe haine. Dacă arma se găsește în mâna victimei sau în apropierea ei, se va fixa într-o fotografie metrică. Numai după ce au fost fixate toate datele necesare, se poate trece la ridicarea armei și la întoarcerea cadavrului.

Examinarea armei este o problemă ce ține de laboratorul criminalistic, iar ridicarea și transportarea ei – una dintre preocupările ce necesită cea mai mare atenție din partea organelor de cercetare. La locul faptei se face numai un examen sumar al armei vizând depistarea urmelor papilare digitale sau palmare, a urmelor de sânge sau a altor urme ce s-ar afla pe suprafața armei.

În cazul leziunilor transfixiante ale corpului pe obiectele de la fața locului se pot găsi diferite semne de acțiune a proiectilului (alicelor). Este necesară compararea locului unde acestea au fost găsite cu traiectul canalului de rănire a cadavrului, reconstituirea poziției posibile a victimei în timpul împușcăturii și determinarea direcției din care s-a tras.

Expertiza muniției și substanțelor explozibile. Volumul și caracterul leziunilor produse în urma exploziei depind de particularitățile consecutive ale muniției, calitatea, cantitatea, dimensiunile și forma substanței explozibile, distanța de la locul exploziei, prezența obstacolelor, poziția victimei în timpul accidentului etc.

Leziuni cauzate de explozii se înregistrează nu numai pe timp de război, dar și pe timp de pace. În majoritatea lor aceste cazuri sunt accidentale, survenite în urma neglijării regulilor securității, a îndeplinirii incorecte a lucrărilor în mine, la construcția drumuri lor etc. Principalul factor traumatizant

pentru cei ce se află în apropierea locului exploziei îl constituie undele explozibile ale gazelor.

Presiunea considerabilă și temperatura înaltă a gazelor explozibile acționează mecanic, termic și chimic asupra corpului. În aceste cazuri se produc leziuni imense și are loc dezmembrarea corpului, aruncarea lui la distanțe considerabile, aprinderea hainelor și formarea arsurilor pe piele. Pentru explozii sunt caracteristice leziunile grave ale organelor interne.

Întrebările principale la care poate da răspuns expertiza medico-legală în cazul leziunilor prin arma de foc:

1. Dacă leziunile stabilite sunt produse prin arma de foc sau sunt cauzate prin explozie?

2. Dacă este cazul unei împușcături, atunci cu ce fel de proiectil a fost produsă leziunea?

3. Unde sunt localizate orificiul de intrare și cel de ieșire? Care este direcția canalului?

4. Din ce fel de armă s-a efectuat împușcătura?

5. De la ce depărtare s-a tras?

6. Care sunt numărul și succesiunea împușcăturilor?

7. Care a fost poziția victimei în timpul împușcăturii, față de locul de unde s-a tras?

Sugestii metodice

Audenții trebuie să poată:

- formula întrebări pentru soluționarea expertizei medico-legale a traumelor rutiere;
- interpreta mecanismele traumelor feroviare;
- analiza aspectul leziunilor și urmelor produse prin traversarea corpului cu roțile trenului;
- argumenta sarcinile procurorului la cercetarea catastrofelor aeriene;
- formula tactica cercetării cadavrelor în locul catastrofei aeriene.

Activități de evaluare

Un automobil în mare viteză l-a lovit pe un tânăr de 24 ani, aruncându-l la o distanță de 6-7m. În timpul aterizării victima s-a lovit cu capul de un copac. În spital s-a stabilit fractura oaselor bazei craniene și ruptura de ficat. În concluziile expertizei medico-legale se arată că leziunile menționate sunt specifice pentru traumatism auto.

Cât de corect au fost apreciate leziunile nominalizate drept specifice pentru traumatism auto? Argumentați răspunsul.

Capitolul 8

DEREGLAREA SĂNĂTĂȚII ȘI MOARTEA PRIN ACȚIUNEA AGENȚILOR FIZICI

Agenții fizici fac parte dintre factorii mediului ambiant care influențează în mod permanent asupra organismului și sunt: temperatura înaltă sau scăzută, presiunea atmosferică extremală, diversele forme de radiații, sunetul excesiv, curentul electric etc. Agenții fizici pot avea influențe negative asupra organismului, dezechilibrând reacțiile de protecție adaptivă, iar în anumite condiții pot cauza dereglări grave ale sănătății sau produc moartea omului.

Fiecare agent fizic acționează asupra organismului în mod particular, provocând leziuni și modificări morfologice specifice ce țin de patologia medico-legală.

Acțiunea temperaturii înalte

Posibilitățile adaptării organismului uman față de ridicarea temperaturii mediului ambiant este foarte limitată. El va suporta temperatura înaltă în limitele de până la 50-60°C. Un rol important prezintă umiditatea aerului. Temperatura înaltă la un aer uscat este suportată mai ușor, în timp ce umiditatea sporită favorizează apariția stărilor patologice.

Temperatura înaltă poate avea asupra organismului preponderent o acțiune generală, locală sau mixtă.

Acțiunea generală a temperaturii înalte (hipertermia) se poate manifesta prin șocul hipertermic și insolații, iar cea locală prin formarea arsurilor (combustiilor). Pentru medicina legală o importanță mai mare o prezintă consecințele grave.

Șocul hipertermic apare în urma supraîncălzirii organismului și a ridicării temperaturii corpului mai sus de 41-42 grade C°. Mai frecvent se înregistrează la turiști și militari în timpul exercițiilor de marș îndelungat în condiții de tempera-

turi înalte ale mediului ambiant. La o formă gravă de șoc hipertermic moartea poate surveni subit.

Insolația este consecința acțiunii razelor solare asupra sistemului nervos central. Este posibilă la cei care lucrează în aer liber cu capul neprotejat, la sportivi, la cei care adorm la soare. Accidentele mortale în urma insolației sunt rare, mai frecvente sunt înregistrate arsuri de diferite grade.

Arsurile se produc la acțiunea temperaturii mai mari de 45-50°C asupra tegumentelor corpului. Arsurile pot fi provocate de: corpuri incandescente sau încălzite tare; lichide fierbinți; flăcările de gaz sau de altă origine; vapori combustibili și de apă. Arsurile pot fi provocate, de asemenea, de substanțe chimice, de curentul electric, de razele ultraviolete, de emanațiile radioactive. Îmbrăcămintea poate favoriza sau atenua arsurile.

Cele mai frecvente sunt arsurile de origine accidentală și se produc în condiții casnice (opăriri, arsuri cu flăcări de gaze) sau industriale. Arsurile accidentale, mai des, se înregistrează la copiii lăsați fără supraveghere, la persoanele alcoolizate sau obosite, care adorm cu țigara în gură. Omuciderea se înregistrează extrem de rar, în schimb se întâlnește în caz de disimulare a omorului prin arderea cadavrului persoanei suferite prin alte mijloace.

Modificările în locul arsurii variază în dependență de temperatura sursei și durata acțiunii factorului termic. În funcție de profunzimea arsurii se evidențiază patru grade. Arsurile de gradul IV se manifestă prin carbonizare, care se prezintă prin necroza întregului segment, incluzând și osul.

Acțiunea flăcării sau a obiectelor incandescente formează pe corp modificări specifice locale: carbonizarea părului și țesuturilor, dar la o expoziție îndelungată se necrotizează nu numai pielea, dar și mușchii, oasele, provocând desprinderea țesuturilor de la oase.

Diagnosticul arsurilor se face după datele examenului necropsic și ale anchetei penale. Arsurile se cer diferențiate de leziunile locale produse prin temperatură scăzută și prin toxi-

ce corosive. Adesea se recurge la criteriile de diagnostic histopatologic. Examenul hainelor joacă un rol important în diagnosticul etiologic al arsurii.

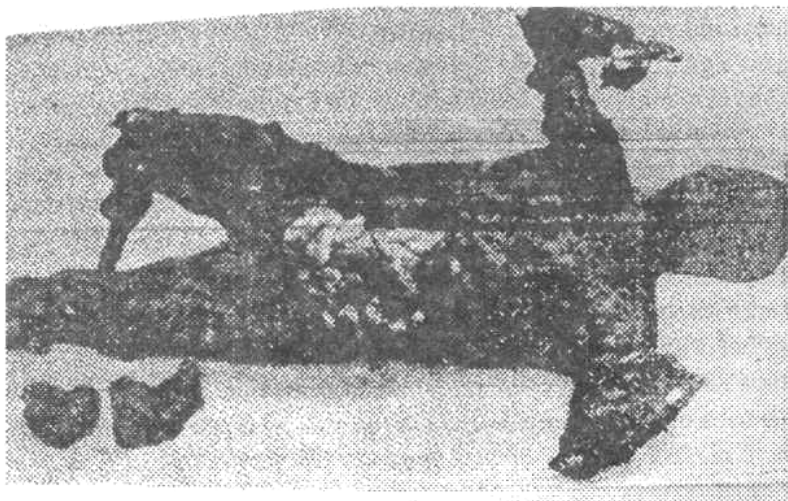


Benzi palide între ridurile cutanate din jurul ochilor și pe față pe fundalul arsurii pielii și depunerea funinginii la acțiunea intravitală a flăcării

Una dintre problemele mai importante ce se cere rezolvată în cadrul autopsiei medico-legale a cadavrelor arse, este stabilirea caracterului vital al arsurii, deoarece există cazuri în care asasinul încearcă să disimuleze crime prin arderea cadavrului victimei. Pentru stabilirea caracterului vital al leziunilor se impune o examinare minuțioasă a arsurilor și efectuarea unor cercetări complementare ale cadavrului.

Examenul zonelor arse reprezintă indicațiile cele mai importante. Aspectul acțiunii intravitale include: o colorație roșie a zonei lezate, prezența flictenelor cu conținut lichid, lezarea mucoasei căilor respiratorii cu depunerea funinginii, care pătrunde până la alveolele bronhice, descoperirea funinginii în stomac. O dovadă importantă de acțiune intravitală a temperaturii înalte mai cu seamă în incendii, este prezența carboxihemoglobinei în sângele victimei. Deseori funinginea lipsește în profunzimea pliurilor cutanate pe față, ce indică indirect o acțiune intravitală a factorului termic. Funinginea poate fi depistată în cavitățile (sinusurile) oaselor frontal și sfenoid.

Carbonizarea cadavrelor. O acțiune îndelungată a flăcării produce modificări esențiale asupra tuturor țesuturilor și organelor cadavrului. Țesuturile moi ale capului devin foarte tari, cu greu se taie. Rigiditatea termică a mușchilor este însoțită de contractarea membrelor în articulații în urma căreia cadavrul capătă o poză specifică de „boxer” sau „florețist”. Extinderea considerabilă a pielii provoacă formarea unor fisuri adânci, asemănătoare cu plăgile tăiate. Carbonizarea țesuturilor moi poate fi atât de exprimată, încât din ele ies oasele arse. Organele interne se micșorează în volum, devin tari, uscate. Oasele devin negre, se fracturează ușor. Mai bine se păstrează părțile corpului care au contactat cu solul, podeaua sau au fost acoperite de haine. De obicei, cadavrele care au fost supuse timp îndelungat acțiunii temperaturii înalte, sunt depistate după incendii, în locurile de catastrofe ale transportului rutier și avioanelor.



Carbonizarea cadavrului în incendiu

La cadavrele carbonizate adesea se pot constata hemoragii subdurale postmortale în craniu. Astfel de „hematoame” au un aspect uscat, de culoare cafenie, fărâmicioasă, care se cer diferențiate de cele intravitale.

Examinarea cadavrelor carbonizate se efectuează foarte greu, este mult mai dificilă stabilirea cauzei morții și aprecierea caracterului intravital al leziunilor. La autopsie expertul medico-legal, în primul rând, se va gândi la o posibilă crimă cu arderea cadavrului în scopul disimulării unei omucideri. Sunt descrise cazuri când pe cadavrele carbonizate se depistau urmele șanțului de strangulare pe gât, leziuni produse prin arma de foc etc.

Identificarea cadavrelor arse uneori este extrem de dificilă, mai cu seamă în cazul când într-un incendiu se produce moartea mai multor persoane. Atunci când victimele au fost găsite decedate la locul catastrofei, expertiza medico-legală trebuie să stabilească succesiunea deceselor. În multe cazuri rezolvarea acestor probleme este dificilă. Probele pe care se bazează expertul sunt: datele de anchetă penală privind desfășurarea evenimentelor și locul unde au fost găsite victimele, intensitatea arsurilor și starea de sănătate a indivizilor, gradul de intoxicație cu oxid de carbon.

Acțiunea de lungă durată a temperaturii înalte produce arderea completă a cadavrelor. Incinerarea cadavrelor cu scopul disimulării crimelor e cunoscută din antichitate. Se consideră că pentru arderea completă a unui cadavru de adult în condiții obișnuite sunt necesare mai mult de 20-40 ore. Un cadavru de adult dezmembrat se poate arde deplin într-o sobă obișnuită timp de 5-7 ore, iar folosirea petrolului îl reduce mai mult. Cadavrul unui nou-născut se poate arde timp de circa 2 ore, lăsând la 1 kg de cenușă fără oase.

La suspiciunea unei arderi criminale a cadavrului, obligatoriu se recurge la cercetarea cenușii din regiunea respectivă. În cenușă se pot găsi diferite obiecte din metal, nasturi, monede, rămășițe de oase. Adesea se păstrează dinții. La cercetarea lor comparativă se poate determina apartenența speciei umane. Prin probe speciale de cercetare se poate diferenția cenușa oaselor de cea formată prin arderea combustibilului.

Întrebările principale la care poate da răspuns expertiza medico-legală în moartea prin acțiunea temperaturii înalte:

1. Dacă moartea a survenit prin acțiunea temperaturii înalte.
2. Care a fost sursa temperaturii înalte: un obiect incandescent, apă fierbinte, aburi etc.?
3. Dacă moartea are o altă origine decât cea prin acțiunea temperaturii înalte, care a fost cauza morții?
4. Dacă se poate admite că a avut loc arderea cadavrului, ce probe indică asupra acestui fapt și în ce condiții a fost realizată arderea lui?
5. Dacă acțiunea temperaturii a avut loc intravital sau după moartea victimei?

Acțiunea temperaturii scăzute

Temperaturile joase, la fel, acționează negativ asupra activității vitale a organismului, provocând dereglări grave ale sănătății sau moartea. Frigul poate acționa izolat asupra unor părți ale corpului sau asupra întregului organism.

Acțiunea locală a temperaturilor scăzute provoacă degerături. În dependență de intensitatea modificărilor deosebit de patru grade de degerături, majoritatea dintre care sunt accidentale. Prezența semnelor de degerătură pe cadavru este o dovadă a survenirii morții prin acțiunea frigului. La persoane vii adesea se cere determinat gradul de gravitate a leziunilor corporale în urma degerăturilor stabilite.

Acțiunea generală a frigului se caracterizează printr-o dereglare a activității întregului organism. În faza inițială de agresiune termică scăzută în organism are loc o reacție de apărare, iar mai târziu, când posibilitățile de adaptare scad, începe coborârea temperaturii corpului și diminuarea activității funcționale vitale.

Evoluarea și consecința acțiunii frigului asupra organismului, în mare măsură, depind de condițiile în care are loc evenimentul. În primul rând, importă umiditatea, viteza vântului și temperatura aerului. Extrem de negativ influențează frigul

asupra persoanelor aflate în apă, când moartea survine cu mult mai repede, din cauza șocului hipotermic.

Esența procesului patologic ce se dezvoltă sub acțiunea temperaturilor scăzute asupra organismului constă în discoordonarea funcționării sistemelor reglatoare fiziologice și ale organelor omului. Declanșarea mecanismului reglator se manifestă prin scăderea temperaturii corpului până la un anumit nivel – nulitatea biologică. Însăși nulitatea biologică reprezintă temperatura critică pentru un organ anumit, după care funcția lui specifică se stopează. Fiecare organ dispune de propriul său nivel de nulitate biologică. Prin aceasta se explică diversitatea rezistenței diferitelor organe la acțiunea frigului.

Gravitatea stării de sănătate a omului sub acțiunea generală a frigului depinde de valorile temperaturii corpului. La temperatura corpului de +30°C apar dereglări din partea sistemelor respirator și cardiovascular, iar la 24-25°C survine moartea. De menționat că moartea prin acțiunea temperaturilor scăzute se produce fără congelarea țesuturilor corpului, prin urmare, îngheață numai corpul omului mort.

În cadrul examinării cadavrului la fața locului se va acorda o deosebită atenție poziției corpului, care poate demonstra o acțiune intravitală a frigului. Semnificativă este „poziția embrionară”: mâinile lipite de piept, picioarele îndoite spre abdomen, trunchiul gârbovit. Această poziție nu este caracteristică pentru persoanele care au fost în stare de ebrietate.

O dovadă a acțiunii frigului asupra omului viu este locul depistării acestuia, unde zăpada sau gheața se topește sub el, lăsând niște adâncituri delimitate, care repetă configurația corpului. Lipsa acestui fenomen poate indica transferarea omului după moarte.

La o acțiune a frigului părțile deschise ale corpului pot avea o culoare roșie, apare aspectul „*pielii de găscă*”. În jurul orificiilor nazale și bucale se pot depista turțuri de gheață.

La cercetarea cadavrului se constată modificări în mucoasa stomacului sub forma unor sufuziuni (*petele Vișnevski*).

Aceste pete au o culoare cafenie, sunt dispuse pe traiectul vaselor mucoasei gastrice, cu dimensiuni mici (0,1-0,3 mm). Numărul lor este variat (până la 100) și se depistează în 85-90% din cazuri. În bazinetul rinichilor de asemenea se pot găsi astfel de pete, analogice cu petele Vișnevski. Dacă cadavrul se găsește mult timp în condiții de temperatură scăzută (mai joasă de 0 grade), țesuturile moi pot îngheța. La congelare volumul creierului se mărește provocând fisurarea oaselor și ruperea pielii de pe cap.

Aceste modificări se pot confunda cu traumatizarea cerebrală intravitală. De menționat că cadavrele congelate pot fi ușor traumatizate în timpul transportării.

Se recomandă ca decongelarea cadavrelor se aibă loc lent, în decursul câtorva zile, la o temperatură obișnuită (+16-20°C), fără a urgenta acest proces prin diferite metode. După decongelare cadavrele sunt supuse foarte repede proceselor de putrefacție, de aceea nu se va întârzia cu efectuarea autopsiei.

Moartea provocată de temperaturile scăzute, de regulă, este accidentală, înregistrându-se mai frecvent la persoanele în stare de ebrietate. Sinuciderea este rară. Omuciderea este pusă în discuție numai în cazul nou-născuților, care au rezistență extrem de scăzută la frig. Moartea poate surveni chiar și la temperaturile pozitive ale aerului.

Principale întrebări la care poate da răspuns expertiza medico-legală în cazul morții prin acțiunea temperaturilor scăzute sunt:

1. Dacă moartea s-a instalat prin acțiunea frigului. Dacă nu, atunci care este cauza morții?
2. Dacă există pe corp semne de agresiune și autoapărare?
3. Dacă decedatul a avut boli preexistente sau defecțiuni anatomice ale corpului care au favorizat sau au condiționat moartea prin hipotermie?
4. Dacă victima a consumat înainte de moarte alcool și în ce cantitate, conform analizelor efectuate?

Electrotrauma

Prin electrotraumă se înțeleg modificările morfo-funcționale din organism sub acțiunea curentului electric. Electrotrauma cu consecințe letale se numește electrocuțiune. Spre deosebire de alți agenți fizici, energia electrică poate acționa prin intermediul altor obiecte, care se află sub tensiune sau chiar la o distanță anumită de sursa electrică.

Electrocuția este posibilă atât prin acțiunea curentului electric tehnic, cât și a celui atmosferic. În practica medico-legală, în majoritatea absolută a cazurilor, se înregistrează acțiuni ale curentului tehnic în condiții casnice sau în mediul industrial.

Curentul electric tehnic, de obicei acționează atunci când corpul atinge doi conductori electrici în care se află o tensiune electrică. Gravitatea electrocutării depinde de tensiunea și frecvența energiei electrice, de durata acțiunii, starea fiziologică a organismului etc.

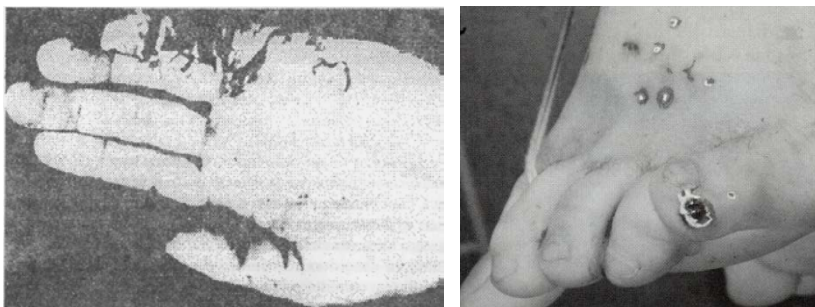
La cercetarea accidentului și executarea expertizei medico-legale se cer luate în considerație condițiile concrete, în care s-a produs electrocutarea: umiditatea aerului, podelei, hainelor. Pielea uscată are o rezistență mai mare decât cea umedă.

Curentul electric acționează asupra organismului local (pe anumite segmente) și integral (acțiunea generală). În funcție de timpul de interacțiune cu corpul, moartea se poate instala: 1) *momentan*, la fața locului; 2) *prolongat*, când victima efectuează un anumit timp mișcările voluntare active; 3) *întârziat*, când starea sănătății victimei se ameliorează, însă sfârșitul este letal; 4) *tardiv*. În majoritatea cazurilor moartea survine la fața locului.

Semnele locale ale electrocutării sunt: *marca electrică*, *epidermoliza*, *edemul electrogen*, *metalizarea pielii*, *arsurile pielii*, *necroza țesuturilor moi* și a oaselor. Pentru expertiza medico-legală și pentru organele de anchetă penală cea mai mare importanță o prezintă marca electrică.

Marca electrică apare în locurile de contact (de intrare și ieșire) cu sursa electrică, prezentând un sector al pielii de culoare cenușie-gălbuie, de formă rotundă, ovală sau alungită, de consistență dură. La exterior, adesea, se aseamănă cu o bătătură uscată a pielii. La nivelul mărcii electrice se pot păstra imprimări pe piele ale conducătorului sau ale altei surse de curent electric de care s-a atins victima. În unele cazuri se formează mărci electrice atipice, care se aseamănă cu excoriații, plăgi contuze. Tocmai în aceste cazuri ele pot fi confundate cu negii sau bătăturile pe mâini. În aproximativ 25-30% din cazuri marca electrică, în general, nu se formează.

Examinarea la fața locului în caz de electrocuțiune adesea prezintă unele dificultăți. Ele sunt legate de particularitățile electrocutării și manifestările care pot simula moartea subită în consecința diferitelor boli.



Marca electrică pe suprafața palmară a degetelor IV-V

Ofițerul de urmărire penală va începe examinarea la fața locului după ce un specialist în domeniul electrotehnicii va stabili și va înlătura sursa de curent, pentru a evita electrocuția membrilor echipei operative. Concomitent acest specialist îi poate ajuta anchetatorului în rezolvarea altor probleme, inclusiv stabilirii cauzei de producere a electrotraumei.

De reținut că, electrocuția poate fi asociată prin căderea victimei de la o înălțime (de pe stâlpi, acoperișuri ale clădirilor etc.). În aceste cazuri se pot produce și leziuni grave sau

mortale, de exemplu, fracturi multiple ale craniului cu distrugerea creierului.

Electrocuțiunea poate fi intenționat ascunsă de persoanele responsabile de securitatea tehnică la întreprinderi. Se pot întâlni cazuri, când leziunile locale specifice (marca electrică) sunt distruse sau marcate prin alte leziuni.

O sarcină de primă importanță la fața locului este constatarea morții. În lipsa semnelor veridice de moarte se va acorda primul ajutor (respirație artificială, masaj cardiac închis) până la sosirea medicului. Toate acțiunile se efectuează la fața locului ținând cont de pericolul electrocutării prin obiectele învecinate sau chiar de la cadavru.

La fața locului ofițerul de urmărire penală (procurorul) va stabili:

1. Sursa electrocutării (conductorul electric sau obiectul, parametrii fizici ai curentului, defectarea și camuflarea aparatelor electrice etc.).
2. Gradul de deteriorare a bandei izolante, a dispozitivelor izolatoare, îngrăditurilor, prezența semnelor proaspete de reparare a lor etc.
3. Condițiile care au contribuit la electrocutare, în primul rând, gradul de umiditate a aerului și obiectelor înconjurătoare, care au devenit conducătoare de electricitate etc.
4. Caracterul de introducere a victimei în circuitul electric: unipolar, bipolar, prin contact direct cu sursa electrică sau indirect prin alte obiecte, lichide etc.
5. Durata contactului și cât de strâns s-a produs.
6. Schimbarea mobilei în alte locuri ale încăperii în așa mod ca să camufleze electrocutarea sau crearea incendiului, ruperea firelor electrice etc.

La examinarea cadavrului, în afară de date generale, medicul expert va stabili: poziția cadavrului, contactului cu firele electrice (obiectul), cu solul, caracterul îmbrăcăminte, proprietățile ei ca izolanț, leziuni pe haine și pe corp etc.

În majoritatea cazurilor electrocuția reprezintă un accident, mai rar se înregistrează acte suicidale sau de omucidere.

Electrocutarea în producție și în condiții casnice are loc din cauza neatenției, neglijenței, lipsei de experiență a victimei, nerespectării mecanismelor de protecție sau deteriorarea aparatelor electrice. La electrocutările în sfera de producție sau industrie sunt necesare materialele cercetării departamentale: actul faptei accidentale, concluzia expertului, regulile asigurării tehnice și instrucțiunile departamentale pentru profesia respectivă.

La tentativele suicidale prin electrocutare mai frecvent recurg persoanele care cunosc bine particularitățile acțiunii curentului electric (electricienii, inginerii). De obicei, din timp se pregătesc diferite instalații speciale.

Cazuri de asasinări prin electrocutare se înregistrează extrem de rar, dar condițiile în care se produc cer de la anchetatorul penal o atenție deosebită. De regulă, persoana vinovată face tot posibilul de a imita un accident sau de a ascunde toate semnele (urmele) legate de acțiunea curentului electric.

Intr-o localitate rurală un bărbat și-a pus scopul de a ucide soția. În acest scop la intrarea în beci a suspendat o sârmă (neizolată) introdusă în circuitul electric, care era aranjată în așa mod ca să corespundă regiunii feței și gâtului soției sale. Seara târziu s-au așezat la masă și după ce s-a terminat vinul a trimis soția în beci după vin. Nebănuind nimic, ea a intrat în beci și și s-a atins cu gâtul de sârmă. Moartea a fost imediată. Până la sosirea anchetatorului penal soțul a deconectat sârma din circuit și a ascuns-o, comunicând că soția a murit subit în beci. La autopsia medico-legală s-a constatat moartea prin electrocutare. Marca electrică avea forma unei dungi situate orizontal pe fața anterioară a gâtului și confirmată histologic. Soțul a fost nevoit să recunoască incriminarea.

Fulgerația reprezintă descărcarea energiei electrice naturale la tensiuni foarte mari. În calea ei scânteia electrică poate atinge oameni, animale, pomi, case, creste muntoase etc. În caz de fulgerație omul decedează foarte repede. Dar sunt cunoscute numeroase cazuri în care victima supraviețuiește, fără a suporta leziuni corporale grave.

Omul poate fi atins de fulgerație la aer liber, în spații închise și în apă. Comună pentru majoritatea circumstanțelor este situarea victimei în timpul fulgerării din apropierea construcțiilor metalice sau a obiectelor înalte (pomi etc.). Există fulgerații prin geamuri, uși, prin intermediul aparatelor electrice.

Importante date pot fi depistate la fața locului. Energia mecanică și termică distruge copaci, case, alte construcții, provoacă incendii, îmbrăcămintea victimei este ruptă în formă de bandele, arsă, carbonizată, iar părțile metalice sunt topite.

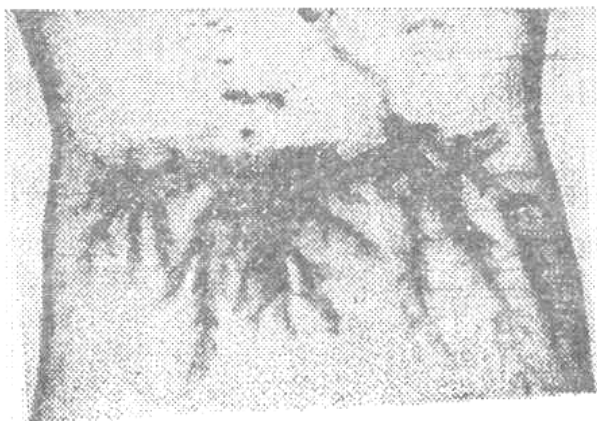


Figura de fulgerație pe pielea abdomenului

Pe piele se formează arsuri, adesea poate fi depistată așa-numita „figură de fulgerație”, în formă de dungi arborate de o culoare roșie sau roză, care se păstrează numai până la 24 ore după producerea ei, apoi devine palidă și dispare. Rareori prin fulgerații se formează plăgi.

Principalele întrebări înaintate pentru soluționarea expertizei medico-legale în caz de electrocuție sunt:

1. Dacă moartea victimei s-a produs prin electrocutare și ce semne specifice confirmă aceasta?
2. Care a fost sursa posibilă de electrocutare și care parte a corpului a contactat nemijlocit cu ea?

3. Dacă nu există alte leziuni corporale, care puteau cauza moartea și care este mecanismul de formare a lor?

Acțiunea radiațiilor ionizante

Din punct de vedere fizic radiațiile ionizate se caracterizează printr-o lungime de undă electromagnetică inferioară. Dacă lungimea lor este mare, ele se numesc raze X sau Roentgen. Astfel de cazuri se înregistrează în timpul avariilor la reactoarele (centralele) nucleare, la încălcarea regulilor de securitate a muncii, în manipulările cu sursele de irradiație ionizantă, în cadrul deficiențelor ale radioterapiei și radioizotopoterapiei în instituțiile medicale etc. Radiațiile ionizante pot avea caracter accidental (tragedia de la Cernobîl), pe timpul acțiunilor militare (cazul Hiroshima și Nagasaki) sau voluntare (asasinarea unor persoane prin intermediul plutonului).

În urma acțiunii radiațiilor ionizate asupra organismului se dezvoltă boala actinică. Ea se poate instala atât la o iradiere externă a organismului, cât și prin pătrunderea diferitelor substanțe radioactive în organism. După caracterul de evoluare boala actinică decurge acut sau cronic, ceea ce depinde de doza și suprafața iradiată.

La cercetarea cadavrelor se stabilesc modificări ale sistemului circulator sangvin, ale organelor hematopoietice, apar ulceratii și focare necrotice în diferite organe. Se înregistrează căderea părului, se inhibă activitatea glandelor sexuale. În formele acute ale bolii actinice moartea este condiționată de tulburări grave ale țesuturilor hematopoietice.

În practica medico-legală, la examinarea persoanelor afectate, se pot întâlni diferite consecințe ale bolii actinice. Se va ține cont de posibilitatea de contactare a cadavrelor cu substanțele radioactive și necesitatea de respectare a securității personale. Pentru cazurile de acțiuni mortale produse prin radiații, necropsia trebuie efectuată în condiții speciale, dacă este posibil, în săli speciale amenajate. Personalul care efec-

tuează autopsia trebuie protejat împotriva radiațiilor și controlat conform normelor de protecție, iar apa de spălare urmează să fie îndepărtată ca apă radioactivă.

În special cere evidențiat că cercetarea medico-legală în astfel de situații se efectuează numai după un control dozimetric al hainelor și cadavrului. Dacă boala actinică s-a instalat în urma radiației interne, e necesară extragerea organelor și țesuturilor cu substanțe radioactive încorporate pentru depistarea acestora.

Ofițerul de urmărire penală (procurorul), în aceste cazuri va adresa expertizei medico-legale întrebări, care au o importanță pentru cercetare: dacă la victimă există dereglări ale sănătății cauzate anume prin acțiunea radiațiilor ionizate; ce consecințe pot avea loc pe viitor la victimă în urma radiației excesive, etc.

Barotrauma

Oscilațiile extremale (scăderea sau creșterea bruscă) a presiunii atmosferice sunt dăunătoare organismului și pot provoca dereglări funcționale grave, inclusiv cu consecințe letale. În astfel de condiții își realizează activitatea profesională scafandrierii, chesonierii, aviatorii, cosmonauții etc.

În unele circumstanțe, care necesită anchetarea penală (accidente), reprezentanții organelor, abilitate cu funcții, instituie efectuarea expertizei medico-legale în scopul aprecierii caracterului leziunilor corporale sau a cauzei morții, condiționate prin variațiile considerabile ale presiunii atmosferice.

Specificul de acțiune a presiunii înalte asupra organismului constă în dereglarea timpurie în activitatea unor țesuturi și organe de importanță vitală. Numai nerespectarea regulilor de securitate și a regimului de coborâre la mari profunzimi ai apei sau în cheson pot provoca complicații serioase și dezvoltarea unei boli specifice la scufundători, acvanauți și chesonieri.

Acțiunea *presiunii barometrice mari* asupra organismului omul o simte mai frecvent la scufundări subacvatice considerabile. În aceste cazuri, la acțiunea presiunii atmosferice, se asociază și cea hidrostatică, care crește pe măsura scufundării în apă.

Ca urmare a diferenței dintre presiunea externă și cea internă se produce *barotraumatism*, care se caracterizează prin lezarea aparatului auditiv și a sistemului respirator. Barotraumatismul cere diferențiat de boala chesonierilor, care se dezvoltă în urma nerespectării regulilor de decompresiei la ridicarea din apă sau în scurt timp după ce gazele dizolvate în sânge formează bule de aer, devenind emboli.

La examinarea victimelor care au decedat prin boala chesonierilor pot fi depistate semnele emboliei gazoase. Expertiza medico-legală se efectuează în complex, cu participarea specialiștilor, în scopul stabilirii condițiilor de avariere, aparatelor deteriorate, componența aerului inspirat etc.

Acțiunea *presiunii atmosferice scăzute* omul o simte în timpul aflării sau lucrului în regiunile de munte sau în timpul zborului în avion etc. În aceste cazuri acțiunea nefavorabilă este condiționată prin scăderea presiunii parțiale a oxigenului în aer (hipoxie), provocând boala de altitudine.

Evoluția bolii de altitudine depinde de viteza urcării în locurile înalte și starea organismului. La apariția ei, în afară de insuficiența oxigenului în aerul inspirat, influențează surmenajul, răcirea organismului, radiațiile ultraviolete etc. În cazuri mortale pot fi depistate semne generale a unui deces instalat rapid, de asfixie. La examinarea cadavrelor găsite în munți nu trebuie exclusă eventualitatea unei morți subite, prin fulgerație, precipitări, șoc termic etc.

Leziunile prin acțiunea aerului comprimat. Aerul comprimat în câteva atmosfere de anumite aparate se practică pentru curățirea pieselor de mașini, la repararea drumurilor etc. În cazul, când omul nimereste în zona acțiunii aerului comprimat se pot forma imense leziuni, adesea, cu consecințe

letale. Astfel de cazuri, de regulă, au un caracter accidental, dar se înregistrează introduceri de aer comprimat în organism în scop criminal. Nimerind în organism prin orificiile naturale aerul comprimat este capabil să rupă țesuturile moi și organele interne, provocând un emfizem (balonare) considerabil al corpului, introducerea intenționată a aerului comprimat în organism poate fi precedată de provocarea altor leziuni corporale.

Aerul comprimat poate fi introdus intenționat în organism și cu aspiratorul de praf, despre ce ne mărturisește următorul caz din practica medico-legală.

Cetățeanul L. de 30 ani a fost găsit în apartament, cu multiple leziuni corporale, cu mâinile și picioarele legate. La fața locului s-a găsit o țeavă metalică de la aspiratorul de praf cu urme de culoare cafenie. Volumul cadavrului era de dimensiuni enorm de mari. În calitate de bănuți în asasinare au fost reținuți doi tineri care au mărturisit că, după un consum considerabil de alcool, folosindu-se de starea de ebrietate a victimei, i-au legat mâinile și picioarele, unul din ei săvârșind apoi un raport sexual anal cu victima. În această stare a fost bătut cu pumnul și picioarele, apoi lovit cu ciocanul pe cap. După aceasta în rect i-a fost introdusă țeava de la aspirator, pompându-i aer până ce a decedat;

La cercetarea cadavrului s-a constatat: mâinile și picioarele sunt legate cu un cablu electric, pantalonii și chiloții lăsați în jos până la genunchi, la compresia digitală pe tegumente rămân adâncituri, se aude crepitație aeriană subcutană, orificiul anal deschis cu eliminări de sânge, organele genitale externe sunt mărite în dimensiuni (umflate), în regiunea occipitală două plăgi contuze, multiple excoriații și echimoze pe trunchi și membre, pneumotorax bilateral, eliminări de bule aeriene din țesuturile moi și organele interne, sânge fluid în cavitatea abdominală (800 ml), rupturi de ficat, ansele intestinale balonate cu aer, rupturi ale rectului, fracturi bilaterale ale coastelor, rupturi ale plămânilor. În sângele cadavrului s-a stabilit alcool etilic în cantitate de 2,1‰

Sugestii metodice

Audienții trebuie să aibă abilități de a:

- explica cauza morții și specificul cercetării cazurilor de incendii cu victime omenești;
- analiza factorii de risc și rolul lor în declanșarea morții prin hipotermie;
- explica efectele de manifestare a acțiunii curentului electric și fulgerației;
- defini specificul cazurilor de barotraumă și a condițiilor în care se produc.

Activități de evaluare

Cum se va proceda cu un cadavru congelat în cazul necesității unei autopsii de urgență?

- a) se va introduce într-o baie cu apă fierbinte;
- b) se aranjează pe o sobă fierbinte;
- c) se așteaptă până se va dezgheța în condițiile unei temperaturi obișnuite;
- d) se ridică temperatura aerului în morgă;
- e) se urgentează decongelarea cu ajutorul diferitelor surse de încălzire (fier de călcat etc.).

Întrebări pentru autocontrol

1. Care sunt factorii traumatizanți și mecanismul de producere a leziunilor prin obiecte contondente?
2. Care este valoarea identificării obiectului vulnerant?
3. Ce reprezintă excoriațiile, echimozele, plăgile și dezmembrarea corpului?
4. Ce se numește traumă produse prin mijloace de transport și care sunt particularitățile lor lezionale ?
5. Ce leziuni include grupul traumatismelor produse prin obiecte (instrumente) ascuțite și în ce constă particularitățile lor?

6. Ce se referă către leziunile balistice și care sunt tipurile lor?
7. Prin ce se deosebesc plăgile împușcate din zona orificiului de intrare și ieșire a glontelui?
8. Care sunt particularitățile lezionale la acțiunea temperaturii înalte și joase?
9. Ce prezintă marca electrică și în ce condiții apare?

Capitolul 9

DEREGLAREA SĂNĂTĂȚII ȘI MOARTEA PRODUSE PRIN ALȚI FACTORI VULNERANȚI

În practica medico-legală nu rareori este necesară determinarea legăturii de cauzalitate dintre dereglarea sănătății sau moartea omului de pe urma acțiunii diversilor factori nocivi – biologici, psihici, surmenaj fizic, privațiune de hrană și apă. Fiecare din factorii enumerați are un mecanism specific de acțiune și provoacă anumite modificări morfologice care sunt luate drept bază la elaborarea concluziilor respective.

Patologia provocată de agenții biologici

Agenții biologici, capabili să producă dereglarea sănătății sau moartea omului, pot avea o acțiune traumatică și netraumatică. Această patologie este condiționată de acțiunea nocivă a unor animale, insecte, bacterii, alergeni de origine biologică, plante și ciuperci otrăvitoare etc., devenind obiectul cercetărilor medico-legale și judiciare datorită consecințelor surprinzătoare și grave pentru sănătatea și viața oamenilor.

Animalele terestre pot produce traumatisme prin mușcare, lovire sau călcare. Mușcăturile animalelor domestice (câini, porci, cai), de obicei, sunt nemortale, în timp ce mușcăturile animalelor sălbatice (lupi) pot fi imense, cu consecințe mortale. Leziunile produse prin lovirea sau călcarea animalelor (cal, taur) sunt cele mai variate după localizare, gravitate și consecința lor.

Șerpii veninoși sunt periculoși pentru om prin mușcăturile lor. Mușcăturile de viperă produc moartea rapidă prin sindrom de incoagulabilitate acută a sângelui, datorită substanțelor toxice (hemolizine, neurotoxine, histamine etc.) din veni-

nul introdus în organism. Veninul scorpionului are aceleași efecte neuro- și hematotoxice. Există și șopârle veninoase.

Insectele (albinele, viespile, furnica roșie) pot prezenta pericol pentru viața omului. Înțepăturile de albine și viespi pot fi letale prin veninul său, care produce o stare de șoc anafilactic. Cu cât mușcătura se localizează mai aproape de cap, cu atât efectele sunt mai grave. În cazul înțepăturilor în gură sau faringe (la insecte ascunse în fructe), se poate produce un edem al glotei cu consecințele letale. Locul înțepăturii se recunoaște prin tumefierea și edemațierea tegumentelor.

Bacteriile pot determina boli infecțioase cu potențial letal. Toxicoinfecțiile alimentare se produc, mai frecvent, prin salmonele și bacili botulinici, au un caracter epidemic și se manifestă printr-o gastroenterocolită acută. Drept surse ale toxicoinfecțiilor servesc produsele alimentare contaminate: ouăle de rață, conservele de pește, cârnațul etc. Diagnosticul pozitiv de toxicoinfecție alimentară se stabilește cu ajutorul cercetărilor bacteriologice de laborator. În aceste cazuri materialul se recoltează în condiții sterile cât mai devreme (primele 12-24 ore după deces), până la apariția putrefacției.

Intoxicații grave pentru viață se pot produce și datorită microtoxinelor conținute în alimente alterate care pot determina patologii hepatice acute sau renale. Diagnosticul medico-legal se impune în toate cazurile în care în mecanismul tanatogenerator sunt implicate microorganismele.

Intoxicații alimentare indirecte pot fi cu produse care conțin adaosuri toxice de origine vegetală sau chimică.

Produsele alimentare pot conține substanțe care declanșează reacții anafilactice la indivizii predispuși. Dintre ele fac parte albușul de ou, carnea de pește, laptele, fructe de pădure etc. După cum s-a menționat, multe medicamente, la fel, provoacă reacții anafilactice. Aceste reacții pot apărea indiferent de calea de administrare a substanțelor cu potențial alergic.

Intoxicații cu plante și fructe

Numărul plantelor și fructelor cu potențial toxic este foarte mare și sunt cunoscute din cele mai vechi timpuri. Omul primitiv s-a găsit într-o ambianță vegetală și animală plină de otrăvuri, pe care le-a descoperit treptat. Ca mijloc sigur de otrăvire se întrebuițau unele extracte de plante toxice, iar săgețile otrăvite cu curare aduceau „moartea zburătoare”.

Dintre cele mai toxice plante, care cresc în condițiile republicii noastre, sunt ciunăfaia (laurul), mătrăguna (beladona) și măselarița. Toate părțile componente ale lor sunt otrăvitoare, conținând diverse glicozide, dintre care principalii fiind, atropina, scopolamina și hiosciamina. Capsulele ciunăfaiei conțin semințe dulci, asemănătoare la exterior cu cele de mac, iar fructele coapte de mătrăgună se asociază cu cireșele. Tocmai fructele și semințele plantelor menționate devin atrăgătoare pentru copii și, fiind confundate cu cele comestibile, ei le consumă în primul rând.

Majoritatea intoxicațiilor cu ciunăfaie, mătrăgună și măselariță au un caracter accidental, cu toate că sunt cunoscute multe cazuri de otrăviri criminale.

Peste un timp scurt după absorbția acestor otrăvuri vegetale apar primele semne de intoxicație: sete, somnolență, vomitări, pupilele se dilată, se dereglează vederea, mai târziu se adaugă euforie, tulburări psihomotorice, halucinații, comportarea devine neadecvată, victima își pierde cunoștința, se instalează o stare de comă profundă, se dereglează activitatea respiratorie și cardiovasculară. Moartea survine printr-un stop cardiac primar spre finele primelor 24 de ore după otrăvire.

Sunt cunoscute și alte plante otrăvitoare care pot servi drept surse de intoxicație gravă. Dintre ele vom menționa cuta (dudăul), brândușa de toamnă (zârna), cânepa indiană (hașișul), aconitul (omagul) degețelul roșu (digitala), olandrul roz etc. Intoxicațiile cu aceste plante foarte rar devin obiectul cercetărilor medico-legale.

Sâmburii unor fructe comestibile (caisele, piersicile, prunele, perele, zarzărele etc.) și migdalele amare conțin glicozidul – amigdalina, care, în tubul gastrointestinal, se descompune în derivații acidului cianhidric, provocând intoxicații periculoase pentru viață.

În caz de moarte prin intoxicații cu plante și fructe otrăvitoare la necropsie nu se depistează careva modificări morfologice specifice. Constante sunt semnele de moarte asfictică (rapidă). Uneori se determină semne caracteristice pentru o gastroenterită, iar în stomac (intestine) se pot depista rămășițele plantelor sau fructelor respective. Pentru stabilirea corectă a diagnosticului o importanță decisivă pot avea informațiile colectate de anchetator și tabloul clinic descris în documentele medicale.

Intoxicații cu ciuperci

Intoxicațiile cu ciuperci se produc, de regulă, prin necunoașterea speciilor comestibile și prin consumarea unor specii necomestibile sau otrăvitoare. Ciupercile otrăvitoare adesea cresc împreună cu cele comestibile, de aceea, deseori pot fi ușor confundate.

Intoxicațiile grave cu ciuperci au o frecvență relativă, având un caracter sezonier. Mai mare pericol pentru viața omului prezintă astfel de ciuperci ca buretele viperei, buretele de primăvară și buretele otrăvitor. Pălăriile lor au o culoare respectiv albă, verzuie și galbenă. Cea mai toxică este ciuperca viperei. Toate trei ciuperci conțin mai multe substanțe toxice (amanitotoxina, amanitahemolizina, amanitina, faloidina), dar consecințele intoxicației sunt determinate mai mult de amanitotoxină, care este termostabilă și nu se inactivizează de sucul gastric. Amanitahemolizina, de asemenea, este un component foarte toxic.

La un interval de latență (6-24 ore) după consumarea ciupercilor menționate, apare greață, vărsături, colici abdomina-

le, diaree abundentă care duce la deshidratarea organismului. Mai târziu la acestea se asociază anurie, depresie, convulsii și stare de comă. Mortalitatea este foarte înaltă, constituind 50-70% din cazuri.

La examenul cadavrului se observă icterizarea tegumentelor, rigiditatea cadaverică este slab pronunțată sau lipsește, în mucoasele și organele interne – multiple revărsări sangvine, semne de gastroenterocolită, în ficat și rinichi se constată modificări morfologice esențiale.

Foarte grave intoxicații produc și alte feluri de ciuperci: zbârciogul gras, buretele panterei (bubos), buretele peștiș (muscarita), ciuperca fibroasă, ciuperca conică, ciuperca tigrată.

Zbârciogul gras are o pălărie încrețită de culoare brună, care adesea se confundă cu zbârciogul comestibil. Zbârciogul gras conține acidul helvelic, care are o acțiune hemolitică. La 4-8 ore după consumare apar tulburări digestive (dureri abdominale, diaree) și neurologice (cefalee, agitație etc.). Mai târziu apar convulsii și stare de comă. Moartea se instalează până la 5 zile după intoxicație. Pe cadavru tegumentele și mucoasele sunt de culoare galbenă.

Buretele panterei și buretele peștiș conțin câteva substanțe toxice (muscarina, muscaridina, pilŃtoxina). Intoxicațiile se manifestă inițial (1-3 ore) prin dereglări gastrointestinale, tahicardie sau bradicardie, tahipnee, midriază sau mioză, la care se asociază stări de agitație, euforie, delir, comă. Moartea se instalează numai în cazuri de intoxicații grave.

Diagnosticul medico-legal al intoxicațiilor cu plante și ciuperci otrăvitoare se bazează pe informațiile din ancheta de urmărire penală, din datele clinice, necropsice, histopatologice și cercetările complementare botanice de laborator. Un anumit ajutor poate prezenta depistarea rămășițelor de plante și ciuperci otrăvitoare în conținutul gastric.

Trauma psihică (stresogenă)

Din antichitate este cunoscut că o acțiune stresogenă și excesivă asupra psihicului poate provoca o dereglare esențială a sănătății sau chiar moartea omului. Reacția organismului în situații complicate cu caracter îngrozitor este considerată drept stare de șoc emoțional. Rolul negativ al traumelor psihice ca factor declanșator a unor stări excepționale pentru sănătate este dovedit științific.

În ultimii ani, organele de drept, tot mai frecvent, adresează expertizei medico-legale spre soluționare întrebarea: dacă trauma psihică, în cazul respectiv, putea contribui la agravarea stării de sănătate sau provoca consecințe grave pentru viața persoanei, inclusiv instalarea morții?

Motivele și condițiile în care se dezvoltă traumele psihice sunt extrem de diversificate, nu rareori ele au un caracter medico-social cu consecințe negative.

Totodată, în practica medicală și judiciară este extrem de dificilă stabilirea influenței factorilor stresogeni asupra stării sănătății sau morții omului. Aceasta se datorează lipsei unor modificări specifice care ar confirma acțiunea lor.

Din punct de vedere tanatogenerator, traumele psihice pot fi examinate sub trei aspecte principale:

- a) influența lor asupra organismului sănătos;
- b) influența decisivă asupra omului bolnav;
- c) factor determinant ce condiționează instalarea morții violente.

Se consideră că o persoană tânără, practic sănătoasă, poate deceda în urma unui șoc emoțional care duce la epuizarea posibilităților adaptive ale organismului. În cazurile date se produce o suprimare a funcțiilor vitale prin dereglările neurovegetative și endocrine acute, care declanșează crize de hipertensiune și ischemie bulbară. Acestea, la rândul lor, generează sincope cardiace și respiratorii. La cele menționate se poate adăuga și comprimarea vaselor coronariene de așa-numite „punțile miocardice” (M. Tașnic), capabile să provoace o ischemie acută a miocardului, inclusiv cu consecințe letale. În

caz, dacă intervenția stresorică este precedată de un surmenaj psiho-emoțional cronic, consecințele ei vor fi mai grave.

Traumele psihice, evident, au o influență mai nefastă asupra organismului bolnav, în primul rând de boli cardiovasculare preexistente. În aceste cazuri factorul psihogen poate provoca o moarte momentană printr-o stopare cardiacă acută, infarct al miocardului sau hemoragie intracerebrală.

Traumele psihice pot favoriza producerea anumitelor forme de moarte violentă (accidente, suicide, omucideri). Astfel, un înec accidental poate fi condiționat de o frică, dezechilibrul psihic sau pierderea cunoștinței în timpul aflării persoanei în apă într-o stare de șoc emoțional. Dacă factorul stresoric provoacă o stare de disperare omul poate recurge la un act suicidal, iar în caz dacă agentul stresogen capătă un aspect de mânie (furie) se poate aștepta la o acțiune agresivă, inclusiv de omucidere.

Dintre cele mai caracteristice modificări morfologice care rezultă din acțiunea factorului stresoric este hiperplazia straturului cortical al suprarenalelor, involuția acută a timusului și a țesutului limfoid. De menționat, că suprimarea timico-limfatică poate provoca o moarte subită și fără acțiunea factorului stresogen.

La expertiza medico-legală a cadavrului rareori se constată careva modificări morfologice incontestabile care ar face posibilă argumentarea rolului etiopatogenetic al traumei psihice în instalarea morții. De aceea se va lua în considerație prezența, durata și intensitatea acțiunii agentului stresant pentru determinarea legăturii de cauzalitate dintre trauma psihică și moarte. Se vor studia toate datele din anamneză, circumstanțele evenimentului, rezultatele autopsiei și a cercetărilor de laborator.

Pentru organele de anchetare penală și judecată concluziile expertizei medico-legale au o probațiune relativă întrucât în ele, de obicei, nu se elucidează răspunsuri categorice care ar dovedi incontestabil legătura de cauzalitate dintre trauma psihică și consecințele letale.

Traumele sportive și surmenajul fizic

Pentru traumatismul sportiv caracteristic este predominanța unor traume neesențiale. Localizarea, volumul și caracterul leziunilor depinde de proba sportivă. Ca obiecte de cercetare medico-legală, de regulă, devin cazurile cu consecințe letale. Acestea mai frecvent se înregistrează în timpul practicării boxului, în gimnastică (prin căderi de pe diverse dispozitive), în timpul înotului, în fotbal etc.

Dacă tactica anchetării penale include rezolvarea anumitor probleme specifice formei de activitate sportivă, apoi expertiza medico-legală este menită de a răspunde la un set de întrebări neordinare, ce vizează cauza morții, caracterul leziunilor depistate, gradul de vătămare corporală, legătura de cauzalitate dintre traumă și moarte sau invaliditate etc.

Uneori, se cere de apreciat raportul de cauzalitate dintre moarte și supraefortul (surmenaj) fizic la persoanele ce practică sportul. Se știe că surmenajul fizic sau practicarea irațională a sportului influențează negativ chiar și asupra organismului sănătos, dar în caz de existență a unei patologii cardiovasculare supraefortul fizic poate provoca o decompensare acută, inclusiv cu consecințe letale.

La cercetarea medico-legală a persoanelor decedate, practic sănătoase, de regulă, se constată semnele morții rapide, fără careva modificări morfologice specifice. Concluziile expertizei medico-legale în aceste cazuri mai frecvent sunt ipotetice. Dacă surmenajul fizic a fost asociat de o anumită patologie se vor depista modificările morfologice respective. În toate cazurile necesită de analizat în complex circumstanțele lui, caracterul și intensitatea surmenajului fizic, starea sănătății până la eveniment și modalitatea instalării morții. Se vor confrunta datele clinice cu rezultatele necropsiei și a cercetărilor complementare de laborator (clinice și patomorfologice).

Privațiunea de hrană și apă

Moartea prin privațiune de hrană și apă poate fi determinată de stări patologice (stricturi esofagiene etc.), de acțiuni criminale intenționate (metode de chinuire), de accidente (în expediții) sau acceptate benevol (greva foamei). Pot exista situații excepționale de lipsă a surselor de hrană, în caz de foamete propriu-zis.

Evoluția și circumstanțele privațiunii de hrană și apă depinde de mai mulți factori: starea de nutriție și de sănătate, de vârstă, temperatura mediului, de faptul dacă este completă sau parțială etc. La o privațiune completă de hrană și apă persoanele adulte pot supraviețui până la 15-17 zile, iar inaniția acută completată cu consum de apă poate dura până 70 de zile. La nou-născuți și sugari acești termeni sunt reduși considerabil. Dereglarea sănătății sau moartea se pot instala de pe urma unei inaniții cronice.

La expertiza medico-legală a cadavrului se constată modificări condiționate de stările de cașexie, de distrofie alimentară, manifestările cărora depind de durata privațiunii. Pentru organele de cercetare penală și expertiza medico-legală un interes mai mare îl prezintă privațiunea de hrană și apă produsă în scopuri criminale, când expertiza medico-legală este menită să prezinte importante probe care ar confirma astfel de situații specifice.

Capitolul 10

ASFIXIILE MECANICE

Noțiunea de asfixie prezintă o stare patologică a organismului, în care, concomitent cu insuficiența de oxigen în sânge și țesuturi, se acumulează bioxid de carbon. Lipsa sau insuficiența de aport în organism a oxigenului din orice cauză determină tulburări grave sau moartea.

Însăși termenul de asfixie nu explică nici etimologic, nici etiopatogenetic definirea stărilor patologice dependente de lipsa sau insuficiența de oxigen. Cuvântul e de origine greacă, ceea ce înseamnă etimologic lipsa pulsului („a” – lipsa, „sphygmos” – puls). Mai adecvat aceste stări patologice exprimă noțiunile de: *anoxie*, *hipoxie* (lipsa totală sau parțială a oxigenului la nivel tisular) sau *anoxemie*, *hipoxemie* (lipsa totală sau parțială a oxigenului în sânge). Prin asfixie mecanică se înțelege starea de anoxie sau anoxemie care apare sub influența agentului mecanic (exterior) și se manifestă printr-o dereglare acută a respirației pulmonare, circulației sangvine și activității sistemului nervos central.

Clasificarea și fiziopatologia asfixiilor

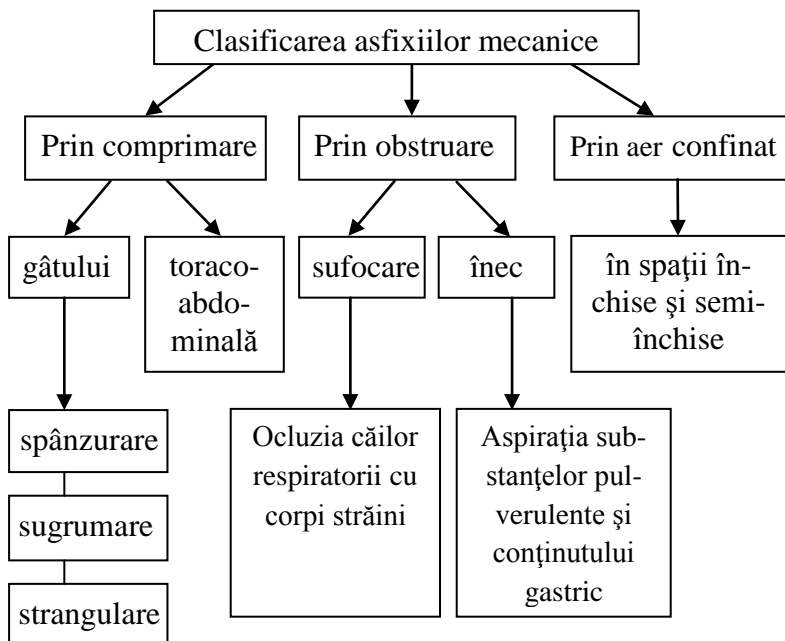
În funcție de patogenia și nivelul de declanșare a procesului anoxic sunt cunoscute următoarele forme de asfixii: de aport, de transport și de utilizare.

În cadrul asfixiilor de *aport* există cauze neviolente (tumori laringiene, pneumonii, astm bronșic etc.) și cauze violente (obturarea orificiilor și căilor respiratorii, comprimarea gâtului și toracoabdominală, lipsa oxigenului din mediu etc.).

În cadrul asfixiilor de *transport*, de asemenea, există cauze neviolente (insuficiență cardiacă, hemoragii netraumatice etc.) și cauze violente, intoxicație cu oxid de carbon etc.).

În cadrul asfixiilor de *utilizare* se includ numai formele violente (intoxicațiile cu derivații acidului cianhidric etc.).

În medicina legală se evidențiază trei forme de asfixii: *patologice, toxice și mecanice*. Asfixiile mecanice, la rândul lor, se împart în modul următor:



Toate manifestările clinice în asfixiile mecanice sunt condiționate de dereglări funcționale ale activității principalelor sisteme vitale. Fiziopatologia procesului de asfixiere decurge după o anumită legitate, evoluând succesiv în mai multe stadii: preasfictic și asfictic.

În stadiul *preasfictic* manifestările clinice au un caracter adoptiv față de insuficiența oxigenului în organism. Toate mecanismele compensatoare se încadrează în evitarea declanșării procesului patologic: esențial se accelerează activitatea funcțională a sistemului respirator, cardiovascular, neuro-humoral etc.

După epuizarea posibilităților compensatoare ale organismului, intervin dereglări respiratorii, corespunzătoare stadiului *asfictic* și care evoluează în câteva faze succesive: *dispnee inspiratorie*; *dispnee expiratorie*; *apnee tranzitorie* (pauză preterminală); *stadiul respirației terminale*; *stoparea definitivă a respirației*. Îndată după stoparea respirației încetează și activitatea cardiacă.

În procesul de dezvoltare a asfixiilor au loc considerabile dereglări ale activității cardiovasculare, integrate funcțional cu cele respiratorii. În cazul prezenței unor boli cardiovasculare sau la excitațiile puternice ale zonelor reflexogene procesul de asfixie poate fi întrerupt în orice stadiu datorită stopării primare al activității cardiace. În aceste situații caracterele asfixiei se manifestă minimal sau în genere nu se dezvoltă.

Orice formă de asfixie este însoțită de dereglări grave ale sistemului nervos central. Cunoștința dispăre spre sfârșitul primului sau începutul celui de al doilea minut, iar la strangularea gâtului cu lațul – și mai repede. La o evaluare lentă a asfixiei pierderea cunoștinței este precedată de dereglarea vederii, auzului, dispăre sensibilitatea la durere.

Semnificativă pentru starea de asfixie este dereglarea precoce a activității musculare (adinamia), dezorientarea și tulburarea coordonării mișcărilor, în urma cărora deplasările active devin imposibile. Mărirea excitabilității mușchilor netezi ai intestinului și vezicii urinare, concomitent cu relaxarea sfincterelor, cauzează eliminarea involuntară a maselor fecale și a urinei. Tot din această cauză are loc eliminarea spermei la bărbați.

Starea de asfixie duce la moarte în timp de câteva minute (5-7). Reanimarea persoanelor, care au suportat o stare de asfixie, în principiu, este posibilă, însă se realizează rar. În majoritatea cazurilor persoanele reanimate după o perioadă scurtă de timp decedază în urma dereglărilor ireversibile ale sistemului nervos central sau a pneumoniei. În caz de supraviețuire, după tentativele asfixice, vor rămâne tulburări psihice sau nervoase.

Modificările morfologice condiționate de asfixii

În cazul morții prin asfixie se produc două categorii de modificări morfologice: generale și particulare.

Modificările generale sunt comune tuturor tipurilor de asfixie și se datorează tulburărilor hemodinamice condiționate de insuficiența acută de oxigen. Ele sunt nespecifice pentru o anumită formă de asfixie, întrucât le putem constata și în alte cazuri de moarte rapidă (insuficiența cardiovasculară acută, electrocutare, insult cerebral). În același timp, există cazuri când la moartea prin asfixie mecanică aceste manifestări generale pe cadavru nu se constată. Deci, ar fi cazul să nu se vorbească despre semnele generale ale asfixiei, ci despre manifestările morții survenite rapid. Semnele generale ale morții rapide se împart în: externe și interne.

Dintre semnele *generale externe* ale asfixiei fac parte: 1) echimoze punctiforme subconjunctivale; 2) cianozarea (învi-nețirea) feței; 3) lividități cadaverice abundente de culoare violet-închis intensă; 4) urme de defecare, urinare și ejaculare involuntară a spermei.

Dintre semnele *generale interne* ale asfixiei fac parte: 1) sânge fluid de culoare roș-închisă; 2) supraumplerea cu sânge și dilatarea cavităților cardiace din dreapta; 3) staza generalizată a organelor interne; 4) anemia splinei; 5) echimoze punctiforme subpleurale și subepicardiale (petele Tardieu).

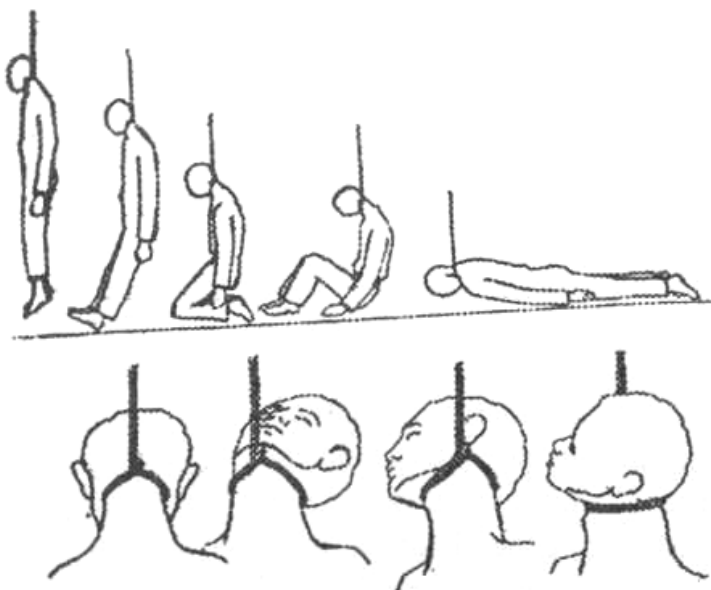
Deși există mai multe semne generale asfictice, nici unul dintre ele nu este stabil și specific pentru asfixiile mecanice. De aceea la diagnosticarea morții prin asfixie mecanică, trebuie să se ia în considerație un complex al semnelor generale și particulare, specifice unei forme separate de asfixie. În afara de aceasta, în fiecare caz concret se cere a exclude posibilitatea morții și din alte cauze, ținând cont de datele anchetării penale referitor la circumstanțele faptei.

Modificările morfologice particulare sunt caracteristice pentru o anumită formă de asfixie (spânzurare, înec etc.), fiind puse la baza diagnosticului medico-legal al cauzei morții.

Această categorie de modificări morfologice vor fi elucidate în cadrul descrierii fiecărei forme de asfixie aparte.

Spânzurarea

Prin spânzurare se subînțelege forma de asfixie mecanică realizată prin compresiunea gâtului cu lațul, acționat de greutatea propriului corp sau a unei părți a lui. Spânzurarea poate avea loc în poziție verticală – stând în picioare, pe genunchi, pe șezute sau orizontală – culcat.



Schema principalelor poziții ale corpului și situarea lațului pe gât în caz de spânzurare clasică.

Lațurile pot fi confecționate din materiale variate. După structura lor pot fi deosebite lațuri dure (sârmă, lanț), lațuri semidure (frânghie, cabluri electrice) și lațuri moi (cearșaf, brâie etc.).

Lațurile pot fi fixe și culante. *Lațurile fixe*, înnodate, au un perimetru fix, care nu se poate micșora. În cazul *lațurilor cu-*

lante, printr-o alunecare, cercul format se poate micșora progresiv. În dependență de numărul cercurilor deosebit lațuri unice, duble, triple și multiple. După felul legăturii (nodului) uneori se poate stabili profesia agresorului sau sinucigașului (marinar, medic etc.).

Poziția nodului la spânzurare este un element important și poate fi diferită, în cazul când nodul este situat posterior, spânzurarea este numită tipică, iar dacă nodul se află anterior – atipică. Nodul poate fi situat și lateral – în dreapta sau în stânga.

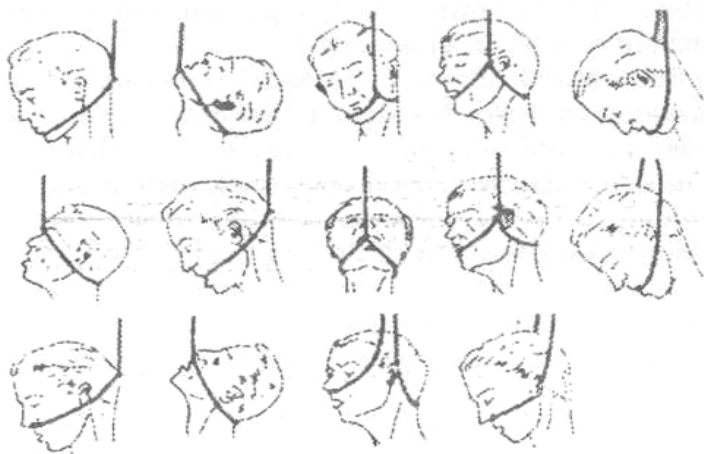
În geneza morții prin spânzurare intervin trei factori principali: întreruperea deplină sau parțială de trecere a aerului în plămâni; comprimarea vaselor sangvine și comprimarea nervilor (vag, simpatic) pe gât.

Întreruperea trecerii aerului în plămâni se datorează tamponadei glotei prin împingerea rădăcinii limbii pe faringele posterior. Comprimarea vaselor sangvine, în special al venelor pe gât provoacă insuficiența acută de oxigen în sistemul nervos central, având un rol important în geneza morții. Comprimarea nervilor pe gât capătă importanță la realizarea morții, mai cu seamă în cazul bolilor cardiovasculare, când se produce o asfixie întreruptă. Moartea în urma spânzurării survine rapid.

Există spânzurări cu poziția atipică a lațului, când se comprimă numai formațiunile vasculare, traheea rămânând ne-comprimată. În acest caz moartea se realizează printr-o anoxie de transport a oxigenului spre creier cu producerea acelu-rași efecte hemodinamice.

Sunt descrise și spânzurări mortale, când lațul nu comprimă nici căile respiratorii, nici vasele sangvine mari, dar numai partea posterioară a gâtului și alte regiuni ale capului. Se consideră că în aceste cazuri are loc un mecanism reflexogen de moarte. Într-adevăr, sectorul între apofiza mastoidiană și lobul pavilionului urechii este o zonă reflexogenă periculoasă pentru viață. De aceea, în comprimările acestor zone poate interveni un mecanism reflexogen de moarte. Există cazuri de

spânzurări prin comprimarea gâtului pe o creangă bifurcată a copacului, între scândurile gardului, între ușa și cabina mașinii. Ca obiect de comprimare poate servi speteaza scaunului, traversa mesei sau a scaunului la o situare neconvenabilă a capului, greutatea căruia este suficientă pentru evoluarea asfixiei.



Poziții atipice a lațului fără comprimarea părții anterioare a gâtului

Șanțul (amprenta) de spânzurare este semnul cel mai evident și specific. Sectorul comprimat are un caracter pergamentat, de culoare gălbuie-violacee, care păstrează, întocmai ca un mulaj, forma, dimensiunile și structura lațului.

De obicei, direcția șanțului de spânzurare este oblică, punctul cel mai înalt fiind în zona nodului. Direcția șanțului poate fi orizontală sau aproape orizontală la spânzurările în poziția culcată. Poziția șanțului, mai frecvent, este superioară (în raport cu cartilajul tiroid) în spânzurările complete. Lățimea șanțului depinde de grosimea lațului. Lațurile confecționate dintr-un material rezistent și subțire lasă șanțuri înguste. Adâncimea șanțului de spânzurare este în funcție de grosimea și de forța de compresiune. Lațurile dure vor lăsa șanțuri pu-

ternic pergamentate și expresive, iar cele moi – puțin expresive, adesea cu greu sunt observate. În unele cazuri un șanț îngust de spânzurare poate fi ascuns în profunzimea pliului cutanat de la gât.

Dintre cele mai importante probleme, rezolvate la cercetarea unui cadavru în urma spânzurării, este determinarea caracterului intravital sau postmortem al șanțului de spânzurare. Prezența șanțului de spânzurare încă nu demonstrează că moartea s-a produs prin spânzurare, deoarece cadavru a putut fi spânzurat cu scop de simulare și de formare a șanțului de spânzurare.

Către caracterele vitale ale spânzurării se referă: hemoragiile în straturile superficiale ale pielii din regiunile șanțului de spânzurare; hemoragiile în stratul hipodermal și în mușchi; hemoragiile și rupturile fibrelor musculare din regiunea gâtului și a centurii scapulare; fracturile cartilajelor laringiene cu hemoragii în țesuturile adiacente. Hemoragiile în țesuturile moi de pe traiectul șanțului de spânzurare și rupturile orizontale ale intimei arterei carotidiene comune servesc drept caractere relativ obiective, întrucât ele se pot forma și în primele ore după spânzurarea cadavrului.

Circumstanțele de producere. Spânzurarea, în majoritatea cazurilor, este un act de sinucidere. Foarte rar se înregistrează cazuri de omucidere – crimă care se produce mai frecvent asupra unor persoane ce nu se pot împotrivi (copii, bolnavi, ebrietate accentuată). Se pot produce însă și spânzurări accidentale, mai ales la copii, la bătrâni sau la persoane în stare de ebrietate, precum ne mărturisește următorul caz.

Un cetățean de 74 de ani locuia singur în casa proprie. În jurul orei 23 (8 mai) a fost văzut umblând prin ogradă în stare de ebrietate. A doua zi, aproximativ la ora 7 a fost găsit de feciorul său suspendat de gard cu gâtul strâns între ștachete, picioarele fiind îndoite în genunchi. Înălțimea gardului era de 110 cm, iar distanța între șipi era suficientă pentru trecerea gâtului unui om. La examinarea externă a cadavrului s-a constatat o adâncitură (șanț) întreruptă pe fața antero-laterală a gâtului sub aspectul unor echimoze-excoriații, situată oblic. Pe traiectul șanțului s-au

depistat hemoragii în țesuturile subcutanate. S-a concluzionat că moartea a fost cauzată de asfixie mecanică prin strangularea gâtului între scânduri sub presiunea masei corpului. Prin anchetarea penală s-a constatat că decedatul, fiind în stare de ebrietate, a nimerit ocazional cu gâtul între ștachetele gardului.



Spânzurare accidentală cu comprimarea gâtului între ștachetele gardului

Expertiza medico-legală va rezolva în caz de spânzurare următoarele probleme: stabilirea morții prin spânzurare; stabilirea formei agentului producător; furnizarea unor elemente privind circumstanțele de producere etc.

Stabilirea morții prin spânzurare se bazează pe semnele stabilite la autopsia cadavrului: șanțul de spânzurare situat oblic, mai frecvent în partea superioară a gâtului; repartizarea tipică a lividităților cadaverice în regiunile inferioare ale mâinilor, gambelor, picioarelor, la bărbați pe penis; prezența unor leziuni în țesuturile moi și cartilajele laringiene pe traiecul șanțului de spânzurare; semnele general asfictice.

Caracterul agentului producător în spânzurare se stabilește după specificul șanțului de spânzurare (relieful, culoarea, lățimea, adâncimea amprente, particularitățile specifice ale amprente), localizarea amprente produsă de nodul lațului etc.

Furnizarea unor elemente suplimentare ce caracterizează circumstanțele spânzurării prezintă pentru organele de anchetă un interes deosebit. Pe tegumentele cadavrului, în afara șanțului de spânzurare, se pot depista diferite leziuni, produse prin lovirea corpului în perioada de convulsii. Toate leziunile se cer diferențiate de eventualele traumatizări de până la moarte, care pot servi drept semne de agresiune și autoapărare, fiind ocazionale, fără atribuție directă la spânzurare.

Examinarea cadavrului la fața locului poate elucidă unele aspecte importante pentru anchetare. La locul faptei se va examina poziția cadavrului (atârnat liber, semiatârnat, șezând, culcat), învecinarea lui cu diferite obiecte, de care și-ar fi putut lovi corpul în timpul convulsiilor; locul și metoda de fixare a lațului; materialul din care este confecționat lațul; câte cercuri are lațul, situarea nodului pe gât. Se acordă o deosebită atenție felului cum este legat nodul. Dacă la fața locului de pe gât se scoate lațul, se va păstra intact nodul, pentru o cercetare suplimentară. Se va analiza posibilitatea accesului victimei la punctul de fixare a lațului. Apoi se vor cerceta eventualele semne de violență pe cadavru (echimoze, excoriații, plăgi) și se va aprecia mecanismul lor de producere față de caracteristica locului faptei. În sfârșit, se va acorda atenție hainelor, stării lor, dacă nu sunt pe ele urme de sânge sau alte substanțe specifice. Împreună cu cadavrul la morgă se expediază și lațul.

Strangularea cu lațul

Strangularea se realizează prin compresiunea gâtului cu un laț care se strânge progresiv. Lațul poate fi strâns cu mâinile (străine sau proprii) sau prin alte metode, cum ar fi rotirea unui băț care s-a introdus între laț și tegumente. Lațurile la fel pot fi dure, semidure și moi.

Geneza morții prin strangulare cu lațul are multe aspecte comune cu spânzurarea, cu excepția unei comprimări mai puternice a nervilor gâtului și stoparea primară a cordului.

Șanțul de strangulare are o serie de caracteristici care-l diferențiază de șanțul de spânzurare. Amplasarea șanțului față de cartilajul tiroidian poate fi la orice nivel (mai sus sau mai jos); se află orizontal și încercuiește deplin perimetrul; șanțul de strangulare pe tot parcursul are o adâncime uniformă, iar dacă sub laț se află unele obiecte moi, șanțul devine neuniform exprimat sau întrerupt. La o compresiune puternică cu lațul în țesuturile moi și mușchi pe traiectul șanțului de strangulare se formează hemoragii. Mult mai frecvent decât în spânzurare se fracturează cartilajele laringiene.

În strangularea cu lațul mult mai des se pot constata urme de acțiuni violente situate pe diferite locuri ale corpului, care adesea pot fi confundate cu leziunile de autoapărare. Există cazuri când victima este ucisă prin strangularea cu lațul apoi cu același laț este spânzurată. Aceasta duce la formarea a două șanțuri, unul – circular, situat orizontal, iar altul situat oblic, capetele căruia sunt orientate spre nod. Între ambele șanțuri pielea poate fi excoriată în consecința alunecării lațului. Dacă între strangulările cu lațul și spânzurare a trecut puțin timp, ambele șanțuri aproape că nu se deosebesc după aspectul lor exterior.

Strangularea cu lațul se produce mai frecvent prin omucidere decât cu scopul de sinucidere. Examinarea la fața locului se va efectua minuțios. O problemă dificilă a anchetei penale, care apare relativ frecvent în practica medico-legală, este strangularea cu lațul, urmată de spânzurare în scop de disimulare. În aceste cazuri minuțios se examinează leziunile corporale, care pot indica specificul agresiunii sau al autoapărării.

Întrebările principale la care poate da răspuns expertiza medico-legală în cazurile de moarte prin spânzurare și strangulare cu lațul:

1. Dacă moartea victimei a survenit prin comprimarea gâtului cu lațul.
2. Dacă lațul a fost strâns prin acțiunea masei corpului, a unei părți a lui prin spânzurare sau a fost strâns cu mâinile (strangularea cu lațul).

3. Dacă există pe corp semne, care indică că lațul a fost strâns pe gât după survenirea morții victimei.
4. Care sunt leziunile corporale ce ar indica asupra unei agresiuni sau acțiuni de autoapărare?
5. Din ce material a fost confecționat lațul, ținând cont de particularitățile șanțului pe gât?

Sugrumarea

Sugrumarea sau strangularea cu mâna este o formă de asfixie mecanică realizată prin compresiunea gâtului cu mâna. Sinuciderea prin autostrangulare manuală este imposibilă, deoarece o dată cu pierderea cunoștinței sunt suprimate forța musculară și compresiunea. Sugrumarea este efectuată totdeauna de către o altă persoană.

În sugrumare în prim-plan se află leziuni pe gât sub formă de excoriații semilunare și echimoze care se datorează acțiunii compresive exercitate cu unghiile și degetele. După poziția lor se poate aprecia dacă s-a acționat cu ambele mâini sau numai cu una, cu dreapta sau cu stânga. Aceste leziuni pot lipsi dacă compresiunea se exercită prin intermediul unor materiale moi (bucăți de postav, cearceafuri, fulare etc.). Ca semn specific pot servi fracturile osului hioid și ale cartilajelor laringiene.

Sugrumarea, de obicei, se combină cu producerea altor leziuni corporale în procesul agresiunii și autoapărării – multiple echimoze, excoriații, fracturi ale coastelor, chiar și rupturi ale organelor interne. Asemenea leziuni lipsesc la bătrâni, copii, bolnavi, care nu pot opune rezistență agresorului.

În aceste cazuri este strict necesară examinarea locului faptei, a poziției în care este găsită victima.

În sarcina expertizei medico-legală mai frecvent intră soluționarea următoarelor întrebări:

1. Dacă moartea victimei a survenit prin sugrumare?

2. Dacă există sau nu semne ce indică asupra acțiunii unei mâini și care anume, sau comprimarea a fost efectuată cu ambele mâini?
3. Care semne de pe corp caracterizează agresiunea sau autoapărarea?

Sufocarea

Reprezintă o formă de asfixie mecanică prin astuparea orificiilor respiratorii superioare (nazal, bucal). Sufocarea se produce de cele mai multe ori cu mâna, direct sau prin intermediul unor obiecte moi (pernă, plapumă). În alte cazuri sufocarea este produsă de pământ, nisip, gunoște și alte obiecte, uneori se asociază cu compresiunea toraco-abdominală în timpul unor accidente cu consecințe mortale. În aceste cazuri în cavitatea bucală sau nazală se pot depista mici resturi din materiale cu care s-a produs sufocarea (firișoare de lână, pe-ne, nisip etc.).

În cazul sufocării cu materiale moi (pernă plapumă etc.) leziunile stabilite pe cadavru sunt foarte discrete sau pot lipsi. Drept exemplu poate servi următoarea crimă.

Pentru expertiza medico-legală a fost expediat cadavrul unui băiețel în vârstă de 3,5 ani. Din ordonanță urma că copilul a decedat la domiciliu (cămin) în prezența mamei. Examinarea la fața locului n-a consemnat semne de violență pe corp. Din datele preliminară reieșea că moartea a survenit subit. Printr-o cercetare minuțioasă a cadavrului semne de leziuni corporale și procese patologice ale organelor interne nu s-au stabilit. S-au constatat numai semnele generale asfixice. Medicul legist a fost pus într-o situație dificilă la diagnosticul morții.

Numai la eliberarea certificatului de deces mama copilului a fost nevoită să recunoască asasinarea prin sufocare. În timp ce copilul dormea mama i-a comprimat fața cu perna până la dispariția semnelor de viață. Cauza acestei crime a servit dorința „prietenului” care a promis să se căsătorească cu dânsa numai dacă va dispărea copilul altui tată.

Sunt descrise sufocări criminale și accidentale cu pelicule de material plastic care produc moartea prin hipoxie în lipsa totală a leziunilor corporale. Sunt constatate și sufocări mortale prin alipirea hârtiei umede de fața nou-născutului. În timpul somnului la copiii mici nasul și gura pot fi acoperite cu sânul sau alte părți ale corpului matern. Aceste cazuri sunt unele dintre cele mai complicate pentru expertiza medico-legală prin lipsa semnelor specifice de moarte. Determinarea justă a cauzei morții în mare măsură depinde de datele culese de organele de anchetă penală.

Prin sufocare moartea poate fi produsă la comprimarea orificiilor respiratorii externe cu palma. În aceste cazuri pe pielea regiunii feței adesea apar diferite excoriații, zgârieturi, echimoze. Caracteristice sunt plăgile superficiale pe mucoasa buzelor și obrazilor, care se traumează prin compresiunea acestor formațiuni pe dinți.

Comprimarea toraco-abdominală

Este o formă specifică de asfixie mecanică care se dezvoltă prin comprimarea toracelui și a abdomenului, astfel încât se împiedică excursiile respiratorii. Pentru aceasta este necesar o greutate de aproximativ 40–80 kg repartizată pe toată suprafața toracelui și a abdomenului. La nou-născuți comprimarea toraco-abdominală cu consecințe mortale poate fi realizată numai de câteva kg sau chiar o înfășare strânsă.

Comprimarea toraco-abdominală mai frecvent se înregistrează la prăbușirea minelor, surprinderea corpului de maluri surpate, ziduri dărâmate, în seisme, de către avalanșe de zăpadă etc. În condițiile Republicii Moldova adesea se produc accidente prin răsturnarea autovehiculelor cu compresiunea ulterioară a victimei.

Este cunoscut că la comprimarea toraco-abdominală moartea survine prin două mecanisme: prin asfixie mecanică și prin imense leziuni ale corpului, care cauzează moartea. Ultima categorie de cazuri se referă la traumatologia medico-legală.

Diagnosticul asfixiei mecanice prin comprimarea toraco-abdominală se bazează pe următoarele caractere: cianoza intensă a feței, exoftalmie, masca echimotică, edem pulmonar de culoare roșie-deschisă (de culoarea carminului), amprentele hainelor sau ale altor obiecte pe corp, prezența nisipului și altor materiale, în dependență de condițiile comprimării.

„Masca echimotică” reprezintă echimoze punctiforme pe față, gât, mai ales pe locul comprimării, care era considerat până nu demult o manifestare specifică pentru compresiunea toraco-abdominală numai pe viu. Autorul acestui manual a dovedit experimental (pe cadavre) că fenomenul dat se formează și la o compresiune postmortală a toracelui în primele 24 ore după decesul persoanelor adulte și până la 48 ore - la copii.

Organele de urmărire penală trebuie să țină cont de posibilitatea apariției măștii echimotice post-mortem, pentru a evita comiterea unor greșeli, legate de simularea unui accident prin comprimarea toraco-abdominală.

Întrebările principale la care poate da răspuns expertiza medico-legală în caz de compresiune toraco-abdominală:

1. Dacă moartea este cauzată de asfixie mecanică prin compresiunea toraco-abdominală.
2. Cu ce obiect (obiecte) s-a produs compresiunea toraco-abdominală și cât timp a trecut după aceasta?
3. Dacă comprimarea toracoabdominală n-a fost însoțită de provocarea altor leziuni corporale și care este gradul lor de gravitate.
4. Dacă pe corpul victimei există semne, care ar indica asupra unei agresiuni sau unui act de autoapărare.
5. Dacă victima are masca echimotică, când s-a format aceasta – pe viu sau după deces?

Obturația căilor respiratorii cu corpuri străine

Această formă de asfixie mecanică se caracterizează prin pătrunderea (ocluzia) unor corpuri străine în căile respiratorii, obturându-le la diferit nivel. Mai frecvent, căile respiratorii sunt obturate cu bucăți de carne, cârnaț și alte produse alimentare. Astfel de cazuri se întâmplă în timpul mâncării în grabă, asociată pe neașteptate cu anumite emoții. De asemenea pot fi aspirate grăunțoase, fasole etc. Copiii pot aspira diferite monede, nasturi, alte obiecte mici, care pătrund adânc, până la nivelul bronhiilor.

Această formă de asfixie se produce prin obstrucția căilor respiratorii cu mase vomitive în stare de ebrietate, în timpul pierderii cunoștinței etc.

Prezența corpurilor străine, a maselor vomitive în căile respiratorii înlesnește diagnosticarea cauzei morții. De menționat că conținutul stomacului poate pătrunde în căile respiratorii și după moartea omului, fiind împins de gazele de putrefacție. El, de asemenea, poate nimeri în căile respiratorii în timpul procedurilor de reanimare a omului.

Înecul

Înecul (submersia) constituie o formă de asfixie mecanică prin ocluzia căilor și cavităților respiratorii cu un lichid (apă, ulei, petrol etc.).

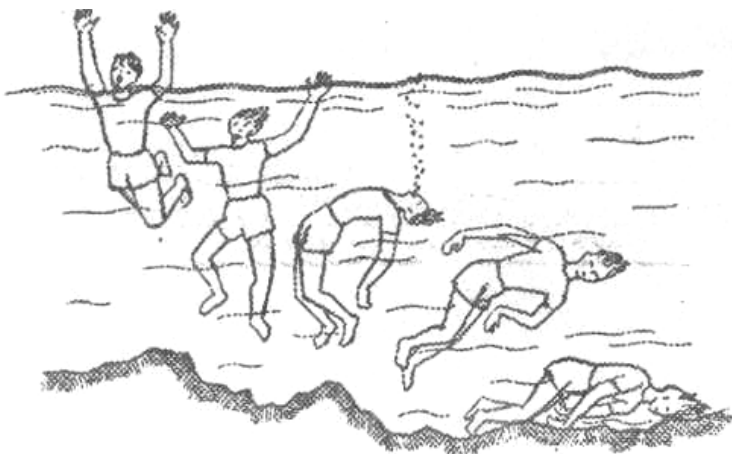
Pentru aceasta este suficient ca orificiile respiratorii să se găsească într-un mediu lichid, în care să se efectueze respirația. Spre exemplu, o persoană în stare de ebrietate sau fără cunoștință cade cu capul într-o băltoacă.

În dependență de caracterul tanatogenetic al înecului se evidențiază patru mecanisme de moarte:

1. Tip aspirativ – se caracterizează prin pătrunderea lichidului în organism prin căile respiratorii;
2. Tip spastic – se însoțește cu spasmarea glotei datorită excitației mucoasei căilor respiratorii, fără pătrunderea lichidului în organism;

3. Tip reflector – condiționat de diferiți factori endo- și exogeni care provoacă o stopare momentană a activității cardiace și respiratorii, fără pătrunderea lichidului în organism;
4. Tip mixt – în care se îmbină toate variantele tanatogenetice menționate.

În tipul aspirativ de înec se înregistrează câteva faze consecutive. După cufundarea în apă, în mod reflex, respirația se stopează pe timp scurt. În faza dispneei inspiratorii apa pătrunde activ în căile respiratorii, provocând tusea.



Fazele procesului de înecare, tip aspirativ (schemă)

Mucusul eliminat în căile respiratorii se amestecă cu apa și aerul aflat în interiorul plămânilor, formând o masă spumoasă de culoare albă-surie, care astupă căile respiratorii. În timp scurt dispneea inspiratorie este înlocuită de cea expiratorie, persoana își pierde cunoștința, apa pătrunde ușor în plămâni. Moartea survine peste 5-6 minute.

Procesele fiziopatologice ale morții prin înec de tip aspirativ se deosebesc în funcție de caracterul mediului acvatic: apă dulce sau sărată. Dacă înecul are loc în apă dulce, ea

ușor trece în circulația sangvină și în timp de câteva minute este în stare să dilueze considerabil sângele. Aceasta se explică prin faptul că concentrația osmotică a apei dulce este mai mică decât a sângelui, producând hemodiluție, hipervolemie și hemoliză. Dacă înecul are loc în apă sărată, invers, se observă alte fenomene. Lichidele sângelui sunt atrase înspre plămâni, producând hemoconcentrația și hipovolemia sângelui.

În înecul de tip aspirativ se constată următoarele modificări principale cu caracter vital:

1. ciuperca înecatului care reprezintă o masă spumoasă albăsurie, densă și stabilă (până la 18-20 ore după deces), care apare la nivelul orificiilor respiratorii și în profunzimea lor;
2. emfizemul hidro-aerian pulmonar acut, cu amprentele coastelor pe suprafața externă a plămânilor;
3. echimozele subpleurale (petele Paltauf), de dimensiuni relativ mari, de culoare albastră-roșietică (în 55-90% cazuri);
4. prezența apei în tubul digestiv, în cantități mari și specifice apei în care s-a produs înecarea.

În tipurile spastic și reflector de moarte prin înece modificările morfologice menționate lipsesc, fiind prezentate doar prin semnele generale de moarte rapidă (asfictică).

Caracterul vital al tuturor formelor de înece până nu demult se aprecia după prezența lichidului din mediul unde s-a produs înecarea în cavitatea (sinusul) osului sfenoid. Obligatoriu se recomandă deschiderea pe cadavru al cavităților osului sfenoid și osului temporal (urechea internă) pentru determinarea în ele a lichidului (apei) respectiv.

Iu.S. Isaev (1989) a dovedit că în cavitatea osului sfenoid se determină (100%) lichid din mediul îneccării numai în cazurile de moarte prin spasmarea glotei, în timp ce în forma aspirativă de înece – nu se depistează niciodată.



Ciuperca înecatului în caz de înec, forma aspirativă.

Diagnosticul morții prin înec poate fi argumentat prin alte date morfologice: prezența transsudatului în cavitățile pleurale și abdominale; rupturile septurilor alveolelor pulmonare; dilatarea părții drepte a cordului etc.

În acest scop sunt propuse și o serie de probe complementare de laborator: a) aprecierea punctului crioscopic al sângelui – în atricul drept crește, iar în atricul stâng scade la înec în apă sărată și invers în apa dulce; b) la înec în apa poluantă se pot depista unele substanțe chimice (coloranți, fenol etc.); c) determinarea planctonului acvatic, a diatomeelor și a unor protozoare (fito- și zooplancton) în organele cu circulație terminală (măduva oaselor, rinichi, splina). Valoarea acestor probe de laborator nu este absolută.

Circumstanțele înecării. Înecarea, de obicei, reprezintă un caz accidental, mai cu seamă la persoanele în stare de ebrietate. Cu mult mai rar se înregistrează acte suicidale. În aceste cazuri sinucigașul recurge la diferite modalități: își leagă mâinile, picioarele, își fixează diferite greutatea pe corp. Rareori se înregistrează cazuri când înecarea este folosită ca metodă de omucidere. Ca să nu apară la suprafața apei persoanele înecate sunt legate cu greutatea considerabile.

Semnele de retenție a cadavrului în apă

Aceste modificări depind de timpul aflării cadavrului în apă, de temperatura și caracterul apei (sărată, de ploaie), precum și de alte condiții, indiferent de cauza morții.

La retenția cadavrului în apă se pot produce următoarele modificări:

- aspectul „pielii de gâscă”, pielea devine palidă;
- macerarea pielii, care apare pe palme și tălpi. În funcție de timpul cât s-a aflat cadavrul în apă se dezvoltă: la 3-6 ore pielea pe palme și tălpi devine albă, la 3-5 zile – „mâna de spălătoare”, la 10-15 zile - începutul detașării pielii de pe palme și plante ca o mănușă („mănușa morții”). La o lună pielea se detașează treptat în lambouri de pe tot corpul;
- „Mănușile morții” în caz de retenție a cadavrului în apă;
- Detașarea (10 zile) și căderea (20 zile) părului;
- Depunerea algelor pe corpul cadavrului, care începe la 10—12 zile.



„Mănușile morții” în caz de retenție a cadavrului în apă

Despre retenția cadavrului în apă ne indică și umiditatea îmbrăcămintei de pe el. Atât timp cât cadavrul se află sub apă, procesele de putrefacție se dezvoltă lent, mai cu seamă în timpul iernii. Cu apariția cadavrului la suprafața apei, procesele distructive se activează considerabil. Dacă aceasta are loc vara, peste câteva ore după ieșirea la suprafața apei, cadavrul devine „gigant” din contul gazelor de putrefacție.

Traumatizarea cadavrului în apă

Leziunile depistate pe cadavrul scos din apă pot avea caractere intravitale. Ultimele pot fi formate prin căderi ocazionale sau sărituri în apă, cu lovirea de fund sau de diferite obiecte din apă. La cufundări, în locuri de mică adâncime, prin lovirea cu capul de fund, se pot produce fracturi ale segmentului cervical a coloanei vertebrale.

Leziunile intravitale la înotători se pot produce și de vapoare. În aceste accidente leziunile de obicei sunt voluminoase, adesea corpul este dezmembrat.

Leziunile postmortale se formează mai frecvent când cadavrul este dus de torentul apei curgătoare, timp în care se lovește de diferite obstacole, maluri de piatră. Astfel de leziuni se produc în urma lovirii de către vapoare mari, luntri cu motor sau de diferite animale acvatice.

Moartea în apă

În afara morții prin înecare, în apă se poate produce o moarte subită: printr-o insuficiență cardiovasculară acută, infarct, ischemia cordului și alte dereglări acute ale organismului. Există cazuri, când se dereglează acut starea sănătății printr-o incapacitate de acțiune care condiționează înecarea. A stabili cauza principală a morții – înecarea sau o boală acută – uneori devine imposibil. În aceste cazuri este vorba despre concurența cauzelor morții.

Problemele principale rezolvate de expertiză medico-legală în caz de înec:

1. Dacă moartea victimei a fost produsă prin înecare?
2. Dacă moartea nu s-a produs prin înecare, atunci care este cauza principală a morții?
3. Ce leziuni corporale există pe cadavru și dacă ele nu constituie semne de agresiune și autoapărare?
4. Dacă leziunile depistate au caracter vital?
5. Cât timp cadavrul s-a găsit în apă ?

Asfixii prin aer confinat

În practica medico-legală sunt înregistrate cazuri de moarte prin aer confinat (redus de oxigen). Aceasta reprezintă o formă specifică de asfixie, în lipsa de acțiune a factorului mecanic asupra sistemului respirator al omului.

Insuficiența cantității de oxigen în aerul inspirat se creează în condițiile spațiilor închise și semiînchise: fântâni părăsite, gropi pentru siloz, lăzi închise ermetic, frigider vechi, diferite beciuri, amfore și încăperi pentru păstrarea vinului etc. În unele cazuri moartea survine din cauza insuficienței oxigenului și acumulării gazelor inerte (azot, heliu) în spațiile respective. În alte cazuri concentrația redusă a oxigenului se îmbină cu formarea unor gaze toxice (hidrogen sulfurat etc.), care prezintă pericol pentru viață.

De menționat predominarea accidentelor din domeniul vinificației, atât în condițiile gospodăriilor particulare, cât și în cele de stat. Se evidențiază decesul concomitent al mai multor persoane. De obicei, moartea survine într-un timp foarte scurt, iar victimei nu i se poate acorda ajutor, din cauza pericolului existent și pentru viața celor care doresc să facă acest lucru.

De atenționat că reprezentantul organului de drept trebuie să fie foarte prudent la examinarea locului unde s-a produs astfel de moarte. Se va interzice coborârea în fântâni părăsite, încăperi pentru păstrarea vinului sau în beciuri particulare în

timpul fermentației vinului. Se cere de analizat tactica și succesiunea acțiunilor întreprinse. Pentru dovedirea obiectivă a morții prin aer confinat anchetatorul va organiza prelevarea probei de aer din încăperile (spațiile) respective la fața locului.

Sugestii metodice

Audienții trebuie să poată:

- diferența sugrumarea de strangulare cu lațul în aspect medico-legal;
- interpreta diferența dintre înec, moartea în apă și retenția cadavrului în apă;
- estima specificul cercetării cazurilor de moarte în spații închise și semiînchise;
- aprecia dereglarea sănătății și instalarea morții în asfixiile mecanice;
- formula întrebările adresate spre soluționarea expertizei medico-legale în caz de spânzurare și strangulare a gâtului cu lațul.

Activități de evaluare

Un om de afaceri a fost găsit decedat în biroul său la serviciu cu o funie în jurul gâtului, iar alt capăt era legat de geam, corpul era deplin suspendat cu picioarele la 30 cm de la podea. La cercetarea cadavrului în morgă s-a depistat: două șanțuri de spânzurare, unul circular neîntrerupt situat orizontal la nivelul mediu al gâtului, iar altul – situat oblic pe părțile antero-laterale ale gâtului, culoarea pielii pe ambele șanțuri era identică, cu elemente de amprente a funiei mai pronunțate pe șanțul de spânzurare situat oblic; în regiunea ambelor brațe s-au depistat câte două echimoze de formă ovală, situate pe părțile opuse, la nivelul segmentelor medii. După secționarea țesuturilor moi, pe traiectul șanțurilor de spânzurare s-au stabilit hemoragii în țesutul subcutan, mai bine pronunțate în

regiunea șanțului situat orizontal. Coarnele osului hioid erau fracturate cu hemoragii în jurul lor.

Analizați posibilele circumstanțe (versiuni) în care a derulat evenimentul și care este cauza morții?

Test I. În ce caz sugrumarea poate fi realizată cu mâinile proprii?

1. în stare de ebrietate;
2. când pe mâini sunt îmbrăcate mănuși;
3. în poziție culcat pe spate;
4. când comprimarea se realizează prin pernă;
5. când se comprimă cu ambele mâini;
6. în nici una din condițiile menționate.

Test II. Determinați care va fi modalitatea de scos persoana decedată din beciul unde se fermentează vinul?

1. Îl scoate procurorul ajutat de medic legist;
2. Procurorul ordonează la doi tineri prezenți la fața locului să scoată cadavrul afară;
3. Leagă cadavrul de mâini cu o funie și îl trag afară;
4. Solicită de la comisariatul de poliție ajutor;
5. Solicită ajutor de la departamentul stări excepționale;
6. Solicită să vină în ajutor cu sfaturi medicii igieniști.

Întrebări pentru autocontrol

1. Prin ce se manifestă starea de asfixie și care sunt formele ei?
2. Ce reprezintă strangularea gâtului, formele de strangulare și semnele specifice?
3. Ce reprezintă sugrumarea și sufocarea, prin ce se deosebesc formele de acțiune?
4. Prin ce se deosebește înecul de retenție a cadavrului în apă?
5. În ce constă riscul pentru viață pentru grupa operativă la extragerea cadavrelor din spații închise?

Capitolul 11

TOXICOLOGIE MEDICO-LEGALĂ

Noțiuni generale

Toxicologia este știința care studiază substanțele toxice și acțiunea lor asupra organismului. Toxicologia medico-legală este o ramură independentă a toxicologiei, cu sarcini și metode de cercetări specifice, studiind toxicele și intoxicațiile în aspectul problemelor ce stau în fața organelor de drept.

Substanțele toxice reprezintă o sursă frecventă de agresiune și moarte violentă, care au constituit pe parcursul anilor o preocupare constantă a medicinei legale. Inițial, toxicologia era limitată la otrăvirile intenționate cu un caracter aproape exclusiv medico-legal. În prezent, datorită numărului considerabil de substanțe toxice și lărgirea zonei de aplicație, toxicologia a depășit cadrul medico-legal. Treptat ea s-a divizat în specialități separate – toxicologia industrială, militară, agricolă, alimentară etc.

Prin substanță toxică se înțelege orice compus chimic exogen, care fiind introdus în organism în cantități relativ mici, prin proprietățile sale fizico-chimice, condițiile de administrare și acțiune, provoacă o dereglare a sănătății sau moartea. Starea de boală condiționată de toxic se numește intoxicație.

Consecințele intoxicațiilor depind de mai mulți factori; de structura chimică a toxicului, de afinitatea sa pentru anumite țesuturi și organe, de cantitatea utilizată, de concentrație, timpul de acțiune, căile de introducere, sensibilitatea organismelor față de toxic, de vârstă etc.

Toxicele pot pătrunde în organism prin diferite căi: respiratorii, digestivă, transcutană, transmucoase. Un toxic manifestă activitatea sa prin orice cale de introducere în organism (substanțele fosfororganice), iar altul – numai pe o anumită cale. Administrarea toxicului pe cale respiratorie și parenterală (prin injecții) fiind mai gravă decât calea digestivă sau re-

dată. Unele toxice se inactivează complet dacă pătrund pe cale bucală (veninul de șarpe) sau își reduc considerabil din activitate (adrenalina). Calea digestivă de introducere a toxicului în organism este cea mai frecvent întâlnită în practică.

Pe cale respiratorie pătrund numai toxicele gazoase și volatile, care nimeresc fără transformare imediat în circulația sângelui. Substanțele administrate prin injecții (subcutane, intramusculare, intravenoase) au efect mai rapid.

Efectul substanțelor toxice are o dependență de factorii mediului înconjurător. Temperatura înaltă sau scăzută, umiditatea mărită a aerului, oscilațiile presiunii atmosferice accelerează și majorează efectul toxic.

Administrarea concomitentă a câtorva substanțe toxice pot exercita asupra organismului diverse forme de acțiuni: independentă, sinergică sau antagonică. În caz de sinergism, substanțele toxice își măresc reciproc toxicitatea, iar la o acțiune antagonică – dimpotrivă, își reduc toxicitatea.

Reacția organismului față de toxic are un caracter individual, care depinde de vârstă, gen, starea sănătății etc. Unele persoane au o hipersensibilitate față de anumite substanțe, care se manifestă printr-o idiosincrazie (intoleranță) sau formă de reacție alergică. În anumite cazuri se observă o stare de obișnuință față de toxic, mai cu seamă prin administrarea continuă de doze mici și crescânde.

Eliminarea substanțelor toxice din organism se realizează pe diferite căi, preponderent prin rinichi și intestine. Ele pot fi eliminate și prin piele sau plămâni (alcoolul, eterul, benzina). La femei substanțele toxice pot fi eliminate prin glandele mamare. Aceasta are o importanță în cazurile, când femeia alăptează copilul și poate avea loc intoxicarea lui.

Eliminându-se din organism, substanțele toxice pot acționa asupra țesuturilor cu care contactează, afectând organele respective. Astfel, în intoxicațiile cu preparatele mercurului se observă lezarea rinichilor (nefroză), al intestinului gros (colită ulcerosă), a gingiilor (stomatică).

Circumstanțele intoxicațiilor

Cele mai răspândite sunt intoxicațiile accidentale. Intoxicații cu scop de sinucidere se înregistrează mai rar și mult mai rar au loc omuciderile. Intoxicațiile ocazionale (accidentale), în majoritatea cazurilor, se produc în mediul casnic și ceva mai rar în condiții de producție (industrie, agricultură).

Examinarea locului și a împrejurărilor, în care s-a produs intoxicația, se va face cât mai repede și mai minuțios. Corpurile delictive vor fi examinate, ambalate și sigilate, iar apoi expediate pentru examen toxicologic.

Corpurile delictive pot fi reprezentate prin diferite instalații tehnice defectate (sursele emanării substanțelor toxice), mase vomitive, substanțe sau resturi de toxic, medicamente, cutii sau flacoane goale care au conținut medicamente, recipiente din care victima a putut ingera toxicul. Corpurile delictive se pot găsi la diferite distanțe de victimă, ascunse în sobe, dulapuri sau aruncate în afara clădirii.

Ofițerul de urmărire penală va preciza profesia victimei, comportarea și deprinderile intoxicatului, date concrete privind împrejurarea în care a fost văzută victima ultima dată. Importante devin aspectele care pot duce la prezumția unei sinucideri prin intoxicație (tentative precedente, declarații) sau unei crime (diferite conflicte). Multe date importante pot fi găsite în foile de observație clinică, dacă între intoxicație și deces a existat un interval de supraviețuire.

Expertiza intoxicațiilor

Din punct de vedere medico-legal intoxicații cu consecințe letale fac parte din moartea violentă, care necesită examinări speciale pentru completarea explicațiilor date. Chiar și în cazuri nemortale de intoxicație va fi nevoie deseori de o expertiză toxicologică pentru interpretarea faptelor și stabilirea corectă a diagnosticului.

La cercetarea cadavrului, în caz de intoxicație, modificările stabilite depind, în primul rând, de specificul toxicului care a condiționat intoxicația. În unele cazuri se stabilesc modificări specifice ce caracterizează acțiunea unui anumit toxic, iar în altele, toxicul nu lasă în organe și țesături caractere specifice. Datele obținute în urma autopsiei orientează în mare măsură cercetările toxicologice într-o direcție concretă.

Diagnosticul unei intoxicații se bazează pe un complex de date obținute de anchetă, tabloul clinic în caz de supraviețuire, la examenul extern (semne cadaverice, leziuni specifice) și intern (leziuni la poarta de intrare, mirosul, culoarea și aspectul conținutului gastric) al cadavrului, precum și rezultatele analizei toxicologice.

Rezultatele cercetărilor toxicologice de laborator nu întotdeauna pot fi puse la baza concluziilor expertului medico-legal. În primul rând, toxicul nu poate fi depistat, deși moartea s-a produs în urma intoxicației. Uneori prin examenul toxicologic se determină substanțe toxice, care n-au servit ca sursă de intoxicație, iar în organism au nimerit intravital în calitate de medicamente.

În doze foarte mici unele toxice pot pătrunde în organism în procesul activității (în agricultură, industrie) sau cu produsele alimentare.

Rezultatele negative ale cercetărilor toxicologice la o intoxicație evidentă pot fi condiționate prin faptul că unele substanțe se elimină ușor sau se inactivează în organism, iar altele – în cadavru. Uneori toxicul nu poate fi determinat, deoarece moartea s-a produs după o perioadă mai lungă de timp de la intoxicație. Pentru o serie de substanțe toxice n-au fost stabilite metode de apreciere a lor. În alte cazuri, în afara cercetărilor toxicologice, se pot utiliza metode biologice, botanice, bacteriologice, spectrografice pentru a determina originea intoxicațiilor.

Clasificarea toxicelor

Grupa	Reprezentanții	Mecanismul de acțiune	Principalele semne și modificări
I Corosive (caustice)	<ul style="list-style-type: none"> * acizi * baze * derivații lor 	<ul style="list-style-type: none"> * preponderent local * coagulează și distrug elementele proteice 	<ul style="list-style-type: none"> * dureri insuportabile * necrotizarea țesuturilor în locul contactului * acizii – cu cruste relativ dure * bazele – necrotizare de consistență moale
II Destructive	<ul style="list-style-type: none"> * metalele grele (plumb, mercur) * metaloizii (arsenicul) * etc. 	<ul style="list-style-type: none"> * locală și postrezorbțivă * afectează organele de eliminare a toxicului * puternic toxic neuroparalitic * se cumulează în păr, unghii, oase 	<ul style="list-style-type: none"> * modificări destructive a organelor parenchimatose * unele săruri atacă organele hematopoetice și sângele * evaluarea clinică asemănătoare toxicoinfecțiilor alimentare * modificări ale tubului digestiv
III Hematice	<ul style="list-style-type: none"> * monoxid de carbon * substanțe methemoglobinizante * etc. 	<ul style="list-style-type: none"> * formează carboxihemoglobina * blochează transmiterea oxigenului la țesuturi * blochează formarea oxihemoglobinei 	<ul style="list-style-type: none"> * pierderea bruscă a cunoștinței * tegumentele, sângele și țesuturile de culoare roșie aprinsă * tegumentele dispun culoare surie * sângele și țesuturile devin roșietice-cafenii
IV Funcționale	<ul style="list-style-type: none"> * cianhidrele * alcool etilic * etc. 	<ul style="list-style-type: none"> * blochează enzimele citocromoxidaza * cauzează anoxie celulară * inhibează activitatea sistemului nervos și reglarea organelor vitale 	<ul style="list-style-type: none"> * moarte momentană * miros de migdal amar * culoarea roșietică a tegumentelor * semne specifice lipsesc * diagnosticul morții se bazează pe concentrația alcoolemiei

Numărul mare al substanțelor toxice, variata lor acțiune și origine, fac dificilă o clasificare unitară. Există mai multe clasificări: după structura lor chimică, după domeniul de utilizare, după modificările morfopatologice, din punct de vedere socio-juridic etc.

În practica medico-legală toxicele se clasifică după mecanismul lor de acțiune și specificul modificărilor anatomopatologice.

Relativitatea acestei clasificări este evidentă și se explică prin faptul că chiar și toxicele preponderent „locale” acționează neapărat asupra întregului organism. Unele toxice nu se încadrează în clasificarea dată, fiind situate separat, spre exemplu, pesticidele, intoxicațiile alimentare etc.

Sub aspect juridic intoxicațiile se clasifică în cele *intenționate* și *accidentale* (neintenționate). Cele intenționate cuprind sinuciderile, omuciderile, toxicomaniile. Cele accidentale includ, în special, domeniile profesional, terapeutic, alimentar.

Toxicele corosive

Din această grupă fac parte acizii și bazele sau unele săruri ale lor. Unii autori adaugă aici și fenolul cu derivații lui, din cauza asemănării leziunilor locale.

Cele mai frecvente sunt intoxicațiile cu acizii acetic, sulfuric, azotic și clorhidric, iar din bazele alcaline – cu hidroxidul de sodiu, hidroxidul de potasiu și hidroxidul de amoniu.

Imediat după ingerarea toxicului corosiv apar dureri puternice pe traiectul faringelui, esofagului, stomacului. Deglutiția devine dificilă. Apar vărsături cu porțiuni de mucoase necotizate. Starea generală se poate agrava rapid, moartea poate să survină în primele ore, prin șoc toxic sau edem al glotei.

La autopsie modificările anatomopatologice variază în funcție de agentul corosiv și de faza de intoxicație. La exterior se observă urme de arsuri chimice pe buze și pielea din jurul gurii, urme de prelingere a toxicului pe piept și abdo-

men; unele semne pot fi observate și pe hainele victimei. Răspândirea arsurilor pe mai multe regiuni ale corpului poate indica o impunere și împotrivire a victimei. Cercetarea internă a cadavrului va evidenția modificări caracteristice toxicului respectiv.

Conținutul gastric va trebui recoltat pe loc, din cauza friabilității peretelui stomacal. Ulcerațiile și chiar perforațiile se pot produce și după moarte, dacă a rămas suficientă substanță corosivă care va condiționa distrugerea.

Toxicele distructive

Din această grupă de toxice fac parte sărurile metalelor grele (toxicele metalice) și ale metaloizilor (arsenicului). Este caracteristic faptul că toxicitatea lor se manifestă când se găsesc sub formă de derivați și nu în stare pură elementară, cu excepția plumbului și mercurului.

În practica medico-legală, mai frecvent, se înregistrează intoxicații cu derivați arsenicali și de mercur.

Intoxicațiile cu arsenic au reprezentat pe parcursul istoriei unul dintre cele mai bogate și interesante capitole ale toxicologiei. Comparativ cu trecutul, otrăvirile criminale și sinuciderele sunt foarte rare.

Diagnosticarea unei intoxicații cu arsenic poate fi dificilă, deoarece adesea ea poate fi confundată atât cu toxicoinfecțiile alimentare, cu intoxicațiile cu pesticide, ciuperci otrăvitoare, cât și cu gastroenteritele acute. Toxicul mult timp se păstrează în țesuturile cadavrului și poate fi determinat prin cercetări toxicologice.

Intoxicațiile cu mercur și derivatele lui au fost cunoscute în trecut în urma utilizării extinse în scop terapeutic. Cele mai multe intoxicații sunt accidentale.

Se consideră că mercurul metalic nu este toxic decât sub formă de vapori fiind ușor absorbit prin plămâni. Pătruns în

organism, mercurul va afecta organele de acumulare și eliminare: peretele intestinal, rinichii, ficatul, mucoasa buco-gingivală. Compușii absorbiți pe cale cutanată sau respiratorie au drept urmare, în mod obișnuit, o forma de intoxicație cronică.

Toxicele hematice

Substanțele toxice hematice sunt foarte variate. Din această grupă fac parte intoxicațiile cu oxid de carbon, cu substanțe methemoglobinizante și altele.

Monoxidul de carbon are o mare afinitate pentru hemoglobină, cu care formează un compus foarte durabil, carboxihemoglobină. El ușor înlocuiește oxigenul și va bloca hemoglobina care sub formă de carboxihemoglobină devine incapabilă să mai vehiculeze oxigen la nivel tisular. Gradul de intoxicație se exprimă în procente de carboxihemoglobină față de hemoglobina totală din sânge.

Un semn specific la moartea prin intoxicație cu oxid de carbon este culoarea roșie-roză a tegumentelor, mușchilor și a organelor interne. Despre persoanele moarte prin intoxicație cu oxid de carbon în popor se spune că „seamănă cu un om viu”.

Diagnosticul morții prin intoxicație cu monoxid de carbon se bazează, în afara tabloului clinic și morfologic, pe concentrația carboxihemoglobinei în sânge.

La fața locului se va atrage atenția la mirosul specific de fum și prezența lui în încăperi, precum și la alte fenomene care pot indica asupra unui incendiu. Dacă accidentul are loc în încăperi închise (locuințe, garaje), se recomandă de luat probe de aer pentru analiza componenței lui. Se va lua în considerație dacă căhla este închisă, nu există crăpături în sobe etc. În unele cazuri fumul poate nimeri în locuințe și din alte locuri.

Toxicele funcționale

În calitate de toxice funcționale sunt substanțele care produc caractere clinice specifice, fără a lăsa modificări morfologice caracteristice în organe. Toxicele funcționale se pot diviza în trei grupe principale: cu acțiune generală, cu acțiune cerebrospinală și cu acțiune neuro-cardiacă.

Din această grupă fac parte: acidul cianhidric și compușii săi, dioxidul de carbon, hidrogenul sulfurat, alcool etilic și derivatele lui, medicamentele etc.

În practica medico-legală mai frecvent se examinează intoxicațiile cu *alcool etilic* și *derivații* lui, atât pe persoane cât și pe cadavre. Importanța intoxicațiilor cu alcool etilic poate fi tratată în mod diferit:

a) ca intoxicație separată, când se cere apreciat gradul de alcoolizare sau cauza morții;

b) poate servi ca factor care determină comportarea sau acțiunea individului aflat în stare de ebrietate;

c) poate influența tanatogeneza morții violente sau neviolente.

Evoluția intoxicației depinde de mai multe condiții: doza întrebuințată, gradul de tărie și proprietățile băuturii, în cât timp se consumă, cu ce mâncare asociată a fost introdus în organism etc.

Resorbția alcoolului etilic se produce prin mucoasa stomacului (20%) și porțiunile inițiale ale intestinului subțire (80%). Concentrația maximă a alcoolului în sânge se stabilește aproximativ peste 45-90 minute după introducerea lui. O alimentație abundentă și grasă reține absorbția alcoolului.

Eliminarea alcoolului din organism începe odată cu pătrunderea lui în sânge și se prelungește până la eliminarea deplină. Cea mai mare parte a alcoolului este distrusă în organism prin oxidare, iar alta este excretată în exterior prin rinichi, plămâni și piele.

Doza alcoolului etilic, care poate condiționa intoxicație, este foarte variabilă pentru diferite persoane. Se consideră că

7 g de alcool pur la 1 kg din masa corpului prezintă o doză letală.

Tabloul clinic depinde de doza alcoolului introdus în organism. Concentrația alcoolului etilic în sânge, exprimată în grame la masa corpului (‰), este pusă la baza diagnosticului intoxicațiilor.

Pentru practica medico-legală este recomandat următorul raport dintre nivelul concentrației în sânge și gradul de ebrietate: mai mică de 0,3‰ nu influențează asupra activității funcționale a organismului; 0,5-1,5‰ grad ușor de ebrietate; 1,5-2,5‰ grad mediu de ebrietate; 2,5-3,0‰ – ebrietate gravă; 3,0-5,0‰ – intoxicație gravă cu posibile consecințe letale, 5,0-6,0‰ – intoxicație mortală.

Expertiza *gradului de ebrietate* se efectuează mai frecvent în cazul diferitelor infracțiuni, mai cu seamă, în accidentele rutiere. De regulă, expertiza stării de ebrietate este efectuată de către medicii narcologi, neuropatologi sau psihiatri, iar în lipsa lor de către alți specialiști, cu semnarea obligatorie a unui document special. La baza examinării este pusă cercetarea clinică și determinarea cantitativă (mai rar calitativă) a probei colorimetrice și așa-numitele indicatoare tubulare. Rezultatele acestor probe nu sunt strict specifice, de aceea se recurge la stabilirea cantitativă a alcoolului în sânge.

Derivații alcoolului (surogații) mai sunt numiți echivalentele lichidelor tehnice, dintre care fac parte alcoolul metilic, butilic, propilic, amilic, etilenglicolul, tricloretilenul, acetona, tetraetilul de plumb etc.

Aceste lichide adesea se întrebuițează în scopul obținerii unui efect de ebrietate sau se utilizează ocazional. O mare importanță pentru practica medico-legală reprezintă intoxicațiile cu alcool metilic, etilenglicol și tetraetil de plumb.

Alcoolul metilic (metanolul) are o întrebuițare largă în industrie, având calități asemănătoare cu alcoolul etilic. De la absorbția toxicului până la apariția primelor semne și simptome se scurge o perioadă de latență care durează de la 40

min. până la 72 ore. De obicei, efectul de ebrietate lipsește. Doza letală e de 30-100 ml. Pentru persoanele care supraviețuiesc este caracteristică dereglarea văzului și auzului. La autopsie se stabilesc semnele asfictice generale.

Etilenglicolul (antigel) se întrebuițează pentru răcirea motoarelor la avioane și autovehicule în timp de iarnă, întrucât îngheață cu greu. Peste câteva ore după ingerarea lui apar semnele de intoxicație, după care adesea urmează moartea. Doza letală e de 250-500 ml. În afara semnelor asfictice generale, la autopsie se stabilesc modificări morfologice considerabile din partea rinichilor și ficatului.

Intoxicațiile cu medicamente

Pe parcursul mai multor decenii organele de drept sunt antrenate la cercetarea cazurilor de intoxicații grave cu diferite medicamente. Intoxicațiile sunt foarte variate și toate medicamentele practic pot deveni astfel de surse. Cele mai periculoase sunt intoxicațiile cu somnifere. Supradozarea acestor preparate produc un somn profund, dereglarea respirației, micșorarea tensiunii arteriale. Moartea se produce printr-o stare de asfixie. Caractere morfologice specifice nu se constată. Dacă moartea survine în primele ore de la intoxicație, se pot găsi resturi de tablete în stomac, iar mucoasa gastrică poate prezenta o hiperemie. Diagnosticul este completat de datele clinice și examenul toxicologic al conținutului gastric, sângelui și altor organe interne.

În ultimii ani a crescut considerabil numărul de intoxicații cu preparatele tranchilizante, care au o largă utilizare în psihiatrie. Aspectele clinice și morfologice sunt asemănătoare cu cele ale intoxicațiilor cu somnifere.

Preparatele medicamentoase, în unele condiții, pot provoca intoxicații cu dereglarea sănătății sau survenirea morții. La acestea se referă: intoxicațiile la domiciliu printr-o supradozare accidentală, intenționată sau prin neglijență, reacțiile or-

ganismului la administrarea câtorva medicamente incompatibile la interacțiunea lor, manifestările secundare de acțiune a medicamentelor, în special prin reacțiile alergice.

Sursele și condițiile de apariție a acestor intoxicații la copii și la adulți se deosebesc. În primul rând, aceasta se exprimă prin scopurile folosirii și originea medicamentelor ce cauzează intoxicațiile. Pentru copii sunt caracteristice intoxicațiile ocazionale, în mediul familiei. Adeseori ei întrebuințează preparate psihotrope, spasmolitice și cu acțiune asupra vaselor sangvine. Medicamentele, de regulă, sunt destinate pentru tratamentul celor adulți, dar sunt lăsate în locuri accesibile copiilor. Majoritatea preparatelor care îi atrag pe copii sunt cele împachetate în ambalaje originale, în formă de drajeuri multicolore, dulci la gust. Ele sunt luate drept vitamine și consumate în număr mare.

Un pericol aparte prezintă interacțiunea negativă a câtorva medicamente introduse concomitent, întâmplător sau intenționat în organism. Astfel de complicații se înregistrează deseori în procesul de tratare a diferitelor boli cu mai multe medicamente.

La intoxicațiile cu medicamente, în condiții casnice, se va ține cont de posibilitatea întrebuințării intenționate a lor. Acestea urmează s-o demonstreze ancheta penală pe baza materialelor obținute în complex, după rezultatele examinării la fața locului, inclusiv examinarea cadavrului și analizele toxicologice efectuate.

În practică curativ-medicală se întâlnesc cazuri când organismul nu suportă anumite medicamente. Astfel de stare este cunoscută sub denumirea de *alergie*. În prezent aceste afecțiuni sunt foarte frecvente, variate și au tendință spre creștere. Chiar și administrarea în cantități obișnuite sau foarte mici a medicamentului poate cauza o *reacție alergică fulgerătoare*, însoțită uneori de moartea rapidă. În legătură cu aceasta se fac presupuneri neîntemeiate privind supradozarea medicamentelor toxice, încălcarea regulilor de executare a injecțiilor

etc. Din acest motiv rudele ajung chiar uneori să ceară inițierea unei anchete penale asupra cauzei morții.

O problemă aparte reprezintă complicațiile și consecințele grave condiționate de administrarea incorectă sau supradozarea medicamentelor în condiții de staționar, policlinică sau ambulatoriu. Nu se exclud cazurile de administrare intenționată a unor medicamente la cererea bolnavului (eutanasie). În astfel de cazuri organele de urmărire penală solicită expertizei medico-legale rezolvarea mai multor probleme specifice.

1. Dacă dereglarea sănătății sau moartea s-a produs prin supradozarea unui medicament și anume care?

2. Dacă medicamentul administrat corespunde diagnosticului stabilit. O greșeală de diagnostic condiționează eroarea normei terapeutice.

3. Dacă n-a fost introdus în organism ocazional un alt medicament, necorespunzător bolii respective. Deseori, administrarea se face de către persoane care nu au aptitudinea și calificarea în acest sens și când responsabilitatea revine celui ce delegă atribuțiile sale altei persoane.

4. Dacă s-au respectat indicațiile administrării medicamentului, așa cum sunt prevăzute de regulamentele în vigoare.

5. Dacă nu a avut loc un accident de intoleranță (alergie) față de medicamentul respectiv. O valoare mare în acest sens o are cercetarea din anamneză a diferitor reacții alergice antecedente la pacient la aceleași sau la alte medicamente.

Intoxicațiile cu droguri

La momentul actual toxicomania prezintă o problemă stringentă, de importanță socială mare în majoritatea țărilor lumii, devenind alarmantă prin amploarea ei. Nu întâmplător, în cadrul ONU funcționează o comisie specială pentru stupefiante cu sarcini de combatere al viciului respectiv, considerând toxicomania ca „un inamic al omenirii”.

Noțiunea de toxicomanie prevede consumul permanent al unei substanțe sau drog, persoana devenind dependentă de toxicul respectiv. Administrarea constantă de doze în permanentă creștere contribuie la obișnuința organismului cu drogul respectiv fără manifestări toxice. Cu timpul subiectul dat suportă doze mai mari, care, în cazul unei persoane neobișnuite cu ele, îi provoacă o intoxicație gravă sau chiar moartea. Consumul de lungă durată a unei sau a mai multor substanțe drogante ridică considerabil toleranța lui și, concomitent, provoacă instalarea toxicomaniei.

Drogarea este o acțiune voluntară. Poate să se înceapă din curiozitate sau disperare, pentru obținerea unor senzații deosebite, a unei supraactivități psihice și fizice, pentru a suprima foamea etc. Se înregistrează drogarea și în scop agresiv (la comiterea violului, jafului, omuciderii).

Drogurile se introduc în organism pe diferite căi, dar mai frecvent prin injecții (subcutante, intravenoase, intramusculare). La început, injecțiile se fac de alte persoane (mai rar de medic), iar mai apoi în acest procedeu se antrenează însuși drogantul.

În unele cazuri este necesară examinarea locului unde s-a comis fapta. Organele de urmărire penală și medicul legist vor cerceta minuțios resturile de substanțe și corpurile delictive (seringi, tamponane de vată etc.) care sunt suspecte în acest sens. Se vor culege informațiile cu caracter medical, toxicologic, date referitoare la activitatea profesională a persoanei respective, rămășițe de toxic pe haine.

Diagnosticul drogurilor se bazează pe complexul informațiilor acumulate a investigațiilor de laborator, iar în caz de moarte se iau în considerație datele necropsiei. În cadrul investigațiilor de laborator pot fi cercetate corpurile delictive (seringi, fiole etc.), materialul biologic (urină, sânge) sau cadaveric. În cadrul Centrului de Medicină Legală (Chișinău) funcționează secția toxico-narcologică, specializată în examinarea persoanelor suspecte în toxicomanii la solicitarea organelor de urmărire penală.

Intoxicațiile cu pesticide

Substanțele toxice care se folosesc pentru combaterea vătămătorilor și a agenților patologici ai culturilor agricole, precum și pentru distrugerea buruienilor, poartă denumirea de pesticide. Ele se folosesc pe larg și pe loturile de lângă casă.

Majoritatea pesticidelor reprezintă substanțe biologice foarte active, toxice, provocând intoxicații mortale chiar și în doze mici. Sunt periculoși pentru viața omului mai cu seamă derivații fosfororganici.

Dacă intoxicațiile ocazionale și suicidale cu diferite pesticide se întâlnesc frecvent, apoi în scopuri de omucidere ele se practică foarte rar. Exemplu poate servi următorul caz:

La solicitarea reprezentantului poliției dintr-un centru raional la expertiza medico-legală din or. Chișinău a fost examinat cadavrul unei femei de 39 de ani. La acest moment rudele au explicat că moartea a survenit subit, iar ordonanța nu conținea nimic despre circumstanțele evenimentului. La cercetarea primară a cadavrului a fost diagnosticată moartea de pe urma aterosclerozei asociată cu pancreonecroză.

Peste 15 zile la procuratura din localitate s-a prezentat fiica răposatei (14 ani) care a comunicat că tatăl său, fiind în stare de ebrietate, în prezența celor 7 copii, a impus-o prin amenințare pe mama să bea un pahar de otravă (rămășițele au fost prezentate la expertiză). În această situație mama a sărutat copilul mai mic, și-a luat rămas bun de la ceilalți și a băut conținutul paharului propus de soțul înfuriat. Peste câteva minute mama a început să vomiteze, vorbea despre dureri mari în burtă, cerea ajutor, iar la 10-12 ore după aceasta a decedat la domiciliul.

La o lună după decesul femeii procuratura a intentat un dosar penal împotriva soțului. A fost efectuată cercetarea repetată a cadavrului exhumat pentru a stabili dacă moartea a fost cauzată de intoxicație. Analizele toxicologice ale organelor interne au arătat prezența fosfidului de zinc, care a coincis cu conținutul urmelor de pe pereții interni ai paharului, prezentat de fiica răposatei spre cercetare.

Ulterior a fost dovedită participarea soțului în omuciderea soției, care a fost judecat la 15 ani de închisoare.

Principalele întrebări la care poate da răspuns expertiza medico-legală în caz de intoxicații:

1. Dacă moartea a survenit în urma intoxicației?
2. Dacă moartea este cauzată de intoxicație, cu ce toxic și cum a fost el introdus în organism?
3. Ce doză de toxic a fost întrebuițată și în cât timp a murit victima după intoxicație?
4. Dacă nu este exclus că toxicul a pătruns în organism după moarte?

Evident, față de expertiza medico-legală, spre soluționare, pot fi adresate cele mai variate întrebări, în funcție de circumstanțele concrete în care a avut loc intoxicația.

Sugestii metodice

Audienții trebuie să poată:

- estima acțiunile la cercetarea cazurilor de intoxicații cu droguri;
- justifica tactica procurorului la cercetarea intoxicațiilor alimentare în locurile publice;
- integra acțiunile procurorului și medicului igienist în caz de intoxicații cu pesticide și intoxicații alimentare în masă.

Întrebări pentru autocontrol

1. Ce cunoașteți despre substanțele toxice și intoxicații?
2. Enumerați condițiile care influențează asupra toxicității substanțelor otrăvitoare.
3. Care este raportul dintre gravitatea stării de ebrietate și concentrația etanolului în sânge?
4. Prin ce se deosebește toxicitatea etanolului și surogații lui?
5. Ce întrebări vor fi adresate expertizelor medico-legale și toxicologice în caz de suspecție de intoxicație letală?

Capitolul 12

EXPERTIZA MEDICO-LEGALĂ A PERSOANELOR

Codul de procedură penală din Republica Moldova prevede efectuarea expertizei medico-legale obligatorii în problemele ce țin de cercetarea infracțiunilor comise împotriva vieții și sănătății omului. Prin decizia organelor de urmărire penală sau hotărârea judecătorească, mai frecvent, se examinează victimele și, ceva mai rar, suspecții în comiterea infracțiunilor, a acuzaților și altor persoane.

Motivele și formele expertizei medico-legale a persoanelor în viață sunt orientate spre rezolvarea următoarelor probleme:

1. determinarea prezenței, a caracterului și gradului de vătămare corporală;
2. aprecierea gradului de pierdere a capacității generale și profesionale de muncă;
3. examinarea stării de sănătate, de simulare, de agravare, provocarea bolilor artificiale și automutilării;
4. alte tipuri de expertize: stabilirea vârstei, stării de ebrietate, excluderea paternității și maternității etc.

De obicei examinarea persoanelor, are loc în ambulatorii, policlinici, și mai rar în staționare și alte locuri accesibile pentru acest scop. Suspectatul în comiterea infracțiunii este examinat numai în prezența reprezentantului organului de urmărire penală. Scopul acestei expertize constă în depistarea leziunilor corporale care consemnează infracțiunea. În astfel de cazuri expertul îi ajută ofițerului de urmărire penală la cercetarea hainelor și expedierea lor pentru o investigație criminalistică.

Examinarea victimelor la domiciliu se admite prin decizia reprezentantului organului de urmărire penală și numai în ca-

zuri excepționale. În unele cazuri pătimașii pot fi examinați în biroul ofițerului de urmărire penală, în incinta judecătoriei sau în locurile de detenție.

La fața locului ofițerul de urmărire penală e în drept să efectueze examinarea corporală a infractorului, suspectatului, martorului sau victimei pentru a constata dacă pe corpul lor există urme de infracțiuni sau semne particulare. Aceasta se face dacă nu este nevoie de o expertiză medico-legală. Ofițerul de urmărire penală (procurorul) întocmește ordonanța de efectuare a examinării corporale. Ordonanța cu privire la efectuarea examinării corporale este obligatorie pentru persoana căreia i s-a eliberat. Examinarea corporală se face în prezența martorilor asistenți, iar, la necesitate, și cu participarea medicului. Nu sunt permise în procesul examinării corporale acte care înjosesc demnitatea persoanei examinate sau îi primejduiesc sănătatea.

Orice expertiză medico-legală a persoanei se deosebește prin particularități specifice, dar pentru toate formele de examinări există o anumită succesiune: familiarizarea cu preambulul faptelor, studierea documentelor medicale, luarea anamnezei, examenul medical al persoanei, realizarea metodelor specifice de investigație, elaborarea concluziilor și redactarea documentului respectiv.

Aprecierea gradului de gravitate a vătămării corporale

În scopul aprecierii gradului de gravitate a vătămării corporale expertiza medico-legală este cel mai frecvent solicitată de organele de urmărire penală și judecată. Examinarea persoanei este anticipată de identificarea acesteia în baza buletinului de identitate.

Noțiuni generale

Aprecierea medico-legală a gravității vătămării integrității corporale sau a sănătății se efectuează în conformitate cu prevederile Codului Penal, Codului de Procedură Penală, Codului Civil ale Republicii Moldova, prezentului Regulament și a altor acte normative.

Prin vătămare corporale se înțelege prejudiciul cauzat sănătății prin dereglarea integrității anatomice a organelor și țesuturilor sau a funcțiilor acestora, provocate de acțiunea diferiților agenți externi: mecanici, fizici, chimici, biologici, psihici.

Expertiza medico-legală a gravității leziunii corporale se efectuează numai în baza ordonanței în scris emisă de către ofițerul de urmărire penală, a procurorului sau hotărârii instanței judecătorești iar examinările medico-legale a persoanelor se efectuează la solicitarea în scris a organelor de drept (procuratura, poliția, instanța de judecată), precum și la cererea persoanei interesate.

În cazurile examinărilor medico-legale la cererea persoanei și constatării vătămărilor corporale evaluate cu calificativul grave sau medii, medicul legist este obligat să informeze organele de resort.

În cazul efectuării expertizei medico-legale a gravității vătămării corporale se întocmește „Raport de expertiză medico-legală”, iar în caz de examinare medico-legală la solicitarea organelor de drept sau la cererea persoanei vătămate – „Raport de constatare medico-legală”.

Expertiza medico-legală a gravității vătămării corporale este efectuată de către medicul legist în formă de examinare medicală a persoanei, în conformitate cu prezentul Regulament, alte instrucțiuni și indicații metodice în vigoare. În mod obligatoriu se identifică persoana respectivă în baza buletinului de identitate sau a altui document (pașaport etc.), datele acestora înregistrându-se în „Raportul” respectiv.

Se admite efectuarea expertizei fără examinarea persoanei, în baza documentelor medicale autentice: fișa medicală a

bolnavului de staționar, fișa medicală a bolnavului de ambulator etc. Documentele medicale se prezintă în original și trebuie să conțină suficiente informații concludente cu privire la caracterul traumei, evoluția clinică, precum și alte informații necesare pentru obiectivizarea și argumentarea concluziilor. Din documentele medicale se extrag toate informațiile referitoare la caracterul lezional, evaluarea clinică a traumei (maladiei), rezultatele investigațiilor instrumentale și de laborator, intervențiilor chirurgicale și altor date importante, necesare pentru obiectivizarea expertizei.

În cazurile necesare medicul legist recurge la consultațiile specialiștilor din sistemul medico-sanitar, inclusiv cu spitalizarea persoanei și efectuarea investigațiilor clinice și paraclinice. Dacă documentele necesare nu sânt prezentate medicului legist, el are dreptul să se adreseze persoanei care a dispus expertiza cu un demers privind solicitarea materialelor respective.

Conducătorii instituțiilor medico-sanitare de stat sânt obligați să contribuie, iar medicii specialiști să acorde consultațiile necesare, să efectueze examinările clinice și paraclinice la solicitarea medicului legist.

Agravarea stării sănătății victimei (a persoanei) din cauza deficiențelor în acordarea asistenței medicale de pe urma leziunilor corporale se apreciază în comisie cu participarea specialiștilor din domeniul respectiv.

Determinarea și evaluarea deficiențelor în intervențiile medicale se efectuează numai în cadrul expertizei medico-legale în comisie.

Aprecierea gravității vătămării corporale la persoanele cu maladii preexistente, particularități individuale ale organismului, deficiențe în acordarea asistenței medicale, stări de simulare, agravare, maladii artificiale, în caz de adresare tardivă după ajutor medical se va efectua numai în baza consecințelor posttraumatice. În asemenea cazuri medicul legist va determina și va indica influența traumei asupra evoluției bolii

(acutizarea bolii, influența asupra tanatogeniei, etc.), inclusiv cu participarea specialiștilor de profil.

În caz de diversitate a vechimii leziunilor corporale se apreciază gravitatea fiecărei leziuni aparte.

La lezarea unui segment al corpului, defectat anatomo-funcțional parțial sau total anterior, se apreciază numai consecințele traumei.

În caz de deces, medicul legist este obligat să aprecieze gravitatea vătămării corporale și raportul de cauzalitate dintre traumă și moarte.

Gravitatea vătămării corporale nu se apreciază dacă:

- diagnosticul leziunii sau bolii (stării patologice) la persoana agresată nu este stabilit cu certitudine (tabloul clinic are un caracter neclar, investigațiile clinice și de laborator au fost insuficiente ș.a.);
- leziunile sau urmele pe corpul bolnavului au fost produse în cadrul acțiunilor medicale (intervenții chirurgicale, injecții etc.), cu excepția cazurilor de acțiuni neglijente;
- consecința neprimejdioasă pentru viață a vătămării corporale la moment este neclară;
- persoana în cauză refuză investigațiile suplimentare necesare sau nu se prezintă la examinarea repetată.

În aceste cazuri medicul legist, în concluziile sale indică cauzele, care nu permit aprecierea gravității vătămării corporale, menționează care materiale sânt necesare suplimentar pentru soluționarea problemei date (documentele medicale, datele investigațiilor de laborator, etc.), precum și apreciază termenul examinării repetate.

Imposibilitatea aprecierii gradului gravității vătămării corporale nu eliberează medicul legist de rezolvarea altor probleme puse spre soluționare expertizei medico-legale.

Prezentarea unor concluzii prealabile, ipotetice, cu privire la gravitatea vătămării corporale, se interzice.

Stabilirea stării (bolii) de narcomanie, toxicomanie, infec-tare premeditată cu SIDA sau alte boli venerice, se efectuează în comisie cu concursul specialiștilor respectivi.

„Raportul de expertiză” se eliberează persoanei care a dispus expertiza concretă sau altor colaboratori ai organelor de resort numai la prezentarea legitimației. Documentul poate fi eliberat altor colaboratori ai organelor de resort, sau persoanei examinate la prezentarea procurii eliberate de persoana care a numit expertiza și legitimației de serviciu sau buletinului de identitate, contra semnăturii în registrul de evidență a expertizelor și examinărilor medico-legale pe persoane.

Aprecierea gradului de gravitate al vătămării corporale se efectuează în baza criteriilor stabilite pentru fiecare grad de gravitate.

Pentru determinarea gradului de gravitate a vătămării corporale este suficientă prezența unuia din semnele calificative. În caz de asociere a câtorva criterii calificative gravitatea vătămării se apreciază după acel semn, care corespunde unei vătămări mai grave, cu excepția criteriului incapacității de muncă, când ea este determinată prin sumarea procentelor. Gradul vătămărilor corporale se apreciază separat în cazurile când aceasta este indicat în ordonanță.

Volumul incapacității permanente de muncă se apreciază în conformitate cu actele normative în vigoare. Expertiza medico-legală în baza acestui criteriu se efectuează numai după definitivizarea consecințelor vătămării corporale, confirmate prin date obiective.

Gradul de gravitate al vătămărilor corporale după criteriul dereglării sănătății se determină conform timpului necesar pentru restabilirea sănătății în funcție de volumul și caracterul lezional, care se apreciază în zile.

Sunt stabilite următoarele grade de gravitate a vătămărilor corporale:

- *vătămări grave;*
- *vătămări medii;*
- *vătămări ușoare;*
- *vătămări neînsemnate.*

Gradul de gravitate	Vătămări corporale grave	Vătămări corporale medii	Vătămări corporale ușoare	Vătămări corporale nînsemnate
Criteriile				
Pericol pentru viață	+	-	-	-
Consecințele nepericuloase pentru viață				
<ul style="list-style-type: none"> a) pierderea organului, vederii, auzului, graiului, capacității de reproducere; b) îtreruperea sarcinii c) desfigurarea ireparabilă a feței și a regiunilor adiacente d) infirmitatea psihică 	+	-	-	-
Pierderea capacității de muncă	nu mai puțin de 1/3 (33%)	mai puțin de 1/3 (33%) dar mai mult de 10%	mai puțin de 10%	-
Durata dereglării sănătății	-	de lungă durată (mai mult de 21 de zile)	De scurtă durată (nu mai mult de 21 și nu mai puțin de 6 zile)	mai puțin de 6 zile

Vătămări grave a integrității corporale și a sănătății

Vătămrile corporale grave pot fi calificate numai în baza următoarelor criterii: prezența pericolului pentru viață; anumite consecințe posttraumatice, neprimejdioase pentru viață – pierderea anatomică a unui organ sau a funcției lui; întreruperea posttraumatică a sarcinii; desfigurarea ireparabilă a feței; infirmitatea psihică postagresională; incapacitatea generală de muncă cu caracter permanent, în volum considerabil, dar nu mai mic de 33%.

Drept periculoase pentru viață sânt considerate vătămrile corporale, care prezintă pericol iminent-imediat, tardiv sau potențial, ca leziunea să determine moartea, indiferent dacă acest pericol a fost înlăturat printr-un tratament medical sau datorită reacției individuale a organismului.

Vătămări corporale grave, periculoase pentru viață, se consideră:

Fracturile deschise ale craniului, inclusiv fără lezarea creierului și a membranelor meningiene.

Fracturile închise ale oaselor bolții sau bazei craniului, cu excepția oaselor scheletului facial și fisurilor izolate ale lamelei externe a bolții craniului.

Contuzia cerebrală gravă cu sau fără compresia creierului, contuzia cerebrală medie însoțită de semne obiective de afectare bulbară.

Toate formele diagnosticului clinic „Comoție cerebrală, contuzie cerebrală” se expertizează în baza unei Instrucțiuni speciale, aprobate de către Ministerul Sănătății.

Hemoragiile intracraniene: hematom extra- sau subdural, hemoragii subarahnoidiene sau intracerebrale – atunci când ele sunt asociate cu dereglări periculoase pentru viață, obiectivate prin semnele neurologice și neurochirurgicale respective.

Leziunile penetrante ale coloanei vertebrale, inclusiv și cele fără lezarea măduvei spinale.

Fracturo-luxațiile și fracturile corpurilor sau ambelor arcuri ale vertebrelor cervicale, precum și fracturile unilaterale ale arcurilor vertebrelor cervicale I sau II, fractura apofizei odontoide a vertebrei cervicale II, inclusiv și cele fără dereglarea funcției măduvei spinale.

Luxațiile și subluxațiile vertebrelor cervicale asociate cu dereglări periculoase pentru viață, obiectivizate prin semne neurologice corespunzătoare.

Leziunile închise ale regiunii cervicale a măduvei spinării însoțite de șoc spinal sau alte dereglări periculoase pentru viață.

Fracturile și fracturo-luxația unei sau a câtorva vertebre toracice sau lombare, leziunile închise ale segmentelor toracice, lombare sau sacrale ale măduvei spinării asociate cu un șoc spinal confirmat clinic sau cu dereglarea funcțiilor organelor bazinului.

Leziunile penetrante ale faringelui, laringelui, traheii, esofagului (din partea tegumentelor sau a mucoasei).

Fracturile închise ale cartilajelor laringiene sau a traheii cu lezarea mucoasei, asociate cu un șoc grav sau dacă sânt însoțite de o stare primejdioasă pentru viața victimei.

Fracturile închise ale osului hioid, lezarea glandelor tiroidă și paratiroidă, însoțite de dereglarea respirației cu semnele unei hipoxii cerebrale profunde sau alte stări primejdioase pentru viață.

Leziunile cutiei toracice penetrante în cavitățile pleurale, pericardică, cu sau fără lezarea organelor interne.

Emfizemul subcutan localizat, constatat în cazul leziunilor toracelui, nu poate fi considerat drept semn cert al leziunilor penetrante atunci când lipsesc fenomenele hemo-pneumotoracelui, iar comunicarea canalului de rănire cu cavitata pleurală este suspectă.

Leziunile abdomenului penetrante în cavitatea peritoneală cu sau fără lezarea organelor interne; plăgile deschise ale organelor spațiului retroperitoneal (rinichilor, suprarenalelor,

pancreasului, etc.); leziunile penetrante ale vezicii urinare, vaginului, segmentului superior și mediu al rectului.

Leziunile închise ale vaselor magistrale și ale organelor cavității toracice, abdominale și bazinului, ale organelor spațiului retroperitoneal, ale diafragmului, prostatei, ureterelor, inclusiv și rupturile subcapsulare ale organelor, confirmate obiectiv prin semnele periculoase pentru viață.

Fracturile deschise ale oaselor tubulare lungi (humerus, femur și tibia), leziunile deschise ale articulațiilor coxofemorale și genunchiului; fracturile închise ale osului femural la nivelul canalului medular.

Fracturile închise complete ale femurului la nivelul capului, colului, trohanterelor, condililor și epicondilelor (fără implicarea canalului medular), fracturile închise marginale, se califică după criteriul duratei dereglării sănătății sau incapacității permanente de muncă.

Gravitatea vătămării corporale în cazul fracturilor deschise ale radiusului, ulnei și fibulei, a fracturilor închise ale articulațiilor mari (scapulo-humerală, a cotului, carpo-radială, talocrurală) se apreciază în funcție de pericolul pentru viață sau de gradul incapacității permanente de muncă.

Fracturile oaselor bazinului asociate cu un șoc grav sau cu ruptura porțiunii membranoase a uretrei.

Leziunile însoțite de un șoc grav (grad III-IV) sau de o hemoragie abundentă internă sau externă ce antrenează un colaps; de o embolie grasă ori gazoasă clinic confirmată; de o toxicoză traumatică cu fenomene de insuficiență renală acută, precum și alte stări periculoase pentru viață.

Lezarea unui vas sangvin mare: aorta, arterele carotidiene, subclaviculare, axilare, brahiale, cubitale, iliace, femurale, poplitee, precum și a venelor ce le însoțesc.

Aprecierea gravității vătămării corporale în cazul lezării altor vase sangvine periferice se efectuează în mod individual în funcție de pericolul care-l prezintă pentru viață.

Arsurile termice de gradul III și IV cu lezarea a mai mult de 15% din suprafața corpului; arsurile de gradul III a peste

20% din suprafața corpului; arsurile de gradul II cu antrenarea a mai mult de 30% din suprafața corpului, precum și arsurile cu o suprafață mai mică, dar asociate cu un șoc grav; arsurile căilor respiratorii cu fenomene de edem și strictură a glotei.

Barotrauma, electrocuția, hipotermia, stările hipertermice (insolația, șocul hipertermic) și arsurile chimice (prin acizi concentrați, baze alcaline, diverse substanțe cauterizante) care au generat pe lângă modificările locale și manifestări patologice generale, periculoase pentru viață.

Compresia organelor gâtului, precum și alte genuri de afixie mecanică, asociate cu un complex pronunțat de fenomene periculoase pentru viață (dereglarea circulației sangvine cerebrale, pierderea cunoștinței, amnezia etc.), confirmate prin date obiective.

Stări periculoase pentru viață condiționate de acțiuni traumatiche în regiunile șocogene – plexul sinocarotid al gâtului, ciliar, organele genitale masculine etc.

Vătămări corporale grave calificate în baza consecințelor neprimejdioase pentru viață:

- *Pierderea anatomică a unui organ sau funcției lui.*
- *Pierderea vederii* – prin aceasta se subînțelege orbirea completă stabilă la ambii ochi sau o așa stare când are loc diminuarea acuității vederii până la enumerarea degetelor la o distanță de doi metri și mai puțin (acuitatea vederii 0,04 dioptrii și mai mică).

Pierderea vederii la un singur ochi are drept consecință o incapacitate permanentă de muncă mai mult de 1/3 (o treime), grație cărui fapt face parte din vătămrile grave.

Gradul de gravitate a vătămării în cazul lezării unui ochi orb ce impune enucleația acestuia se apreciază în funcție de durata dereglării sănătății.

- *Pierderea auzului* – prin pierderea auzului se înțelege surditatea completă sau o așa stare ireversibilă când

victima nu percepe vorbirea obișnuită la o distanță de 3-5 cm de la pavilionul urechii.

Pierderea auzului numai la o ureche antrenează o incapacitate permanentă de muncă mai puțin de 1/3 (o treime) și face parte din vătămări de grad mediu.

- *Pierderea graiului* – pierderea capacității de a-și exprima gândurile prin sunete articulate, recepționate clar. Această stare poate fi condiționată de pierderea limbii, de afecțiuni anatomo-funcționale ale coardelor vocale sau de origine nervoasă (a centrelor respective din sistemul nervos central).
- *Pierderea mâinii sau a piciorului*, adică detașarea lor de la trunchi sau pierderea funcțiilor acestora (paralizia sau o altă stare care exclude funcționarea lor).

Prin pierderea anatomică a mâinii se înțelege detașarea completă de la trunchi a mâinii mai sus de articulația radio-carpiană, iar a piciorului la nivelul articulației talo-crurale; celelalte cazuri trebuie considerate drept o pierdere a unei părți a membrului, având drept criteriu de calificare incapacitatea permanentă de muncă.

- *Pierderea capacității de reproducere* – constă în pierderea capacității de coabitare, fecundare, concepere și naștere.
- *Înteruperea sarcinii*. Întreruperea sarcinii face parte din vătămările corporale grave, dacă nu este consecință a particularităților individuale ale organismului (uter infantil, plasmoză, devieri anatomice ale bazinului etc.) și dacă se află în legătură cauzală directă cu trauma.

Expertiza medico-legală în astfel de cazuri se efectuează împreună cu medicul obstretician-ginecolog.

- *Desfigurarea ireparabilă a feței și a regiunilor adiacente* (pavilioanele urechilor, regiunile anterioare și

antero-laterale ale gâtului). Medicul legist nu califică leziunea feței și a regiunilor adiacente drept desfigurare (sluțire), deoarece aceasta, fiind o noțiune cu caracter nemedical, nu ține de competența medicinei. Expertul apreciază numai caracterul leziunii și gradul de gravitate al vătămării corporale în conformitate cu prevederile prezentului Regulament, constatând doar, dacă acestea sunt sau nu reparabile.

Prin leziune reparabilă se înțelege o micșorare considerabilă a gradului de pronunțare a modificărilor morfologice (a cicatricei, deformației, a dereglării mimicii etc.) pe parcursul timpului sau sub influența mijloacelor de tratament conservativ, nechirurgical. Dacă însă pentru înlăturarea leziunii ori a consecințelor acesteia este necesară o intervenție chirurgicală (o operație cosmetică), leziunea este considerată ireparabilă.

- *Infirmitatea psihică postagresională* (boala psihică) se stabilește în cadrul expertizei psihiatrice cu concursul medicului legist în conformitate cu Regulamentul respectiv, ținându-se cont de legătura de cauzalitate dintre traumă și dereglarea psihică.
- *Pierderea stabilă a capacității generale de muncă în volum considerabil*. Orice vătămare a integrității corporale sau a sănătății, care a condiționat o incapacitate stabilă de muncă în volum considerabil, dar nu mai mic de 33%, se califică drept vătămare gravă.

Pierderea deplină a capacității profesionale de muncă se stabilește în conformitate cu Regulamentul în vigoare numai la necesitate, prin ordonanța organelor de urmărire penală sau hotărârea instanței de judecată.

La invalizi incapacitatea generală și permanentă de muncă, generată de vătămarea corporală, se apreciază ca și la persoanele practic sănătoase, indiferent de invaliditate și grupa acesteia.

La copii incapacitatea de muncă se apreciază similar ca la persoanele adulte, conform prezentului Regulament.

Vătămări corporale medii

Criteriile de calificare ale vătămarilor corporale medii sânt:

- a) lipsa pericolului pentru viață;
- b) lipsa tuturor consecințelor, prevăzute de prezentul Regulament, cu referință la vătămarile corporale grave;
- c) dereglarea sănătății de lungă durată;
- d) incapacitatea permanentă însemnată de muncă.

Medicul legist, constatând caracterul și durata bolii sau a dereglării sănătății cauzate de vătămarea corporală, reiese din datele medicale obiective, inclusiv concretizate în cadrul efectuării expertizei.

Printr-o dereglare a sănătății de lungă durată se subînțeleg consecințele determinate nemijlocit de vătămarea (maladii, dereglări de funcții etc.), care au o durată de peste 3 (trei) săptămâni (mai mult de 21 zile).

Printr-o incapacitate permanentă și însemnată de muncă trebuie înțeleasă o incapacitate generală de muncă în volum mai mare de 10%, dar până la 33% (o treime) inclusiv.

Vătămări corporale ușoare

Criteriile de calificare a vătămarilor corporale ușoare sânt:

- a) Dereglarea sănătății de scurtă durată
- b) Incapacitatea stabilă și neesențială de muncă

Dereglarea sănătății de scurtă durată este determinată nemijlocit de leziunea corporală și durează mai mult de 6 zile, dar nu mai mult de 21 zile (trei săptămâni).

Prin incapacitatea permanentă și neînsemnată de muncă se înțelege o incapacitate generală de muncă în volum de până la 10% inclusiv.

Vătămări neînsemnate

Din vătămarile neînsemnate fac parte leziunile ce nu generează o dereglare a sănătății mai mult de 6 zile sau o incapacitate permanentă de muncă.

Bătăile, chinuirea și torturarea

Bătăile, chinuirea și torturarea reprezintă un gen specific de acțiune asupra organismului.

Bătăile se caracterizează prin aplicarea loviturilor multiple și repetate. Dacă în urma bătăilor sânt provocate vătămări corporale și a sănătății, gravitatea acestora este apreciată în conformitate cu prevederile prezentului Regulament. În cazurile când în urma bătăilor n-au fost depistate vătămări corporale și a sănătății, medicul legist, în Raportul de expertiză medico-legală (Raportul de examinare medico-legală), notează acuzele persoanei examinate, iar în concluzii indică că semne obiective de vătămări corporale și a sănătății n-au fost depistate.

Chinuirea reprezintă acțiuni care provoacă victimei suferințe prin privațiunea de hrană, băutură sau căldură, ori prin plasarea sau abandonarea victimei în condiții nocive pentru viață.

Torturarea se manifestă prin acțiuni care produc dureri perseverente, repetate sau îndelungate (prin pișcături, biciuiri, prin împunsături cu obiecte înțepătoare, prin cauterizări cu agenți termici sau chimici etc.).

Constatarea acțiunilor de tipul bătăilor, chinuirii sau torturii sunt de competența organelor de urmărire penală și instanței de judecată. Medicul legist are obligațiunea numai de a constata prezența, caracterul și vechimea vătămarilor corporale și a sănătății generate de anumite acțiuni menționate, agentul vulnerant și semnele modului de producere a vătămarilor în baza datelor medicale.

Expertiza capacității de muncă

Capacitatea de muncă prevede raportul dintre capacitatea persoanei de a munci și cerințele societății față de rezultatul ei. Capacitatea de muncă poate fi generală, profesională și specială.

Capacitatea generală de muncă reprezintă posibilitatea omului de a efectua o muncă necalificată. *Capacitatea profesională* de muncă include capacitatea omului de a activa conform profesiei sale. *Capacitatea specială* de muncă prevede posibilitatea omului de activitate într-o anumită specialitate.

Incapacitatea de muncă reprezintă o pierdere a capacității de muncă și poate fi permanentă și temporară, completă sau parțială.

Determinarea incapacității temporare de muncă ține de competența medicilor curanți care o legalizează prin eliberarea unui certificat de boală.

Stabilirea incapacității permanente de muncă e în competența comisiei de expertiză medicală a capacității de muncă, a comisiei de expertiză medicală și asigurare și a comisiei de expertiză medico-legală.

Expertiza medico-legală a incapacității de muncă se efectuează în procesele penale și civile.

Expertiza stării sănătății

Determinarea stării sănătății în practica medico-legală, expertiza gradului de sănătate se efectuează în următoarele cazuri: la neprezentarea persoanei la anchetă sau judecată din motiv de boală, autenticitatea căreia este dubioasă; la recruții care se sustrag de la obligațiile serviciului militar prin pretextul unei boli etc.

În aceste cazuri, adesea, este necesară participarea în efectuarea expertizei a mai multor specialiști, de aceea ea se va face de o comisie stabilită. Dacă pătimașul necesită o examinare clinică, el este spitalizat.

În procesul expertizei medicii pot fi induși în eroare de către persoana examinată privind starea sănătății acesteia, fraudele manifestându-se prin simularea bolii, agravare, disimulare, prin boli artificiale sau automutilare.

Simularea reprezintă o boală inexistentă. De obicei, simulanții sunt persoane sănătoase care prin diverse metode și posibilități imită unele semne obiective sau subiective ale unei boli fără a dăuna sănătății. Spre exemplu, se recurge la ridicarea temperaturii corpului prin lovituri cu unghiile degetelor pe capătul termometrului; simularea unei hemoragii prin lezarea mucoasei regiunii respective etc. Adesea se simulează existența bolilor sistemului nervos (iscio-radiculită, diurez nocturn). Determinarea simulării unor boli psihice ține de competența expertului de psihiatrie legală.

Disimularea, dimpotrivă, reprezintă tănuirea existenței unor boli. Acestea sunt acțiuni intenționate, întreprinse în scopul obținerii unor avantaje. Disimulanții adesea recurg la persoane substituite. Spre exemplu, pentru camuflarea unui proces patologic în plămâni cercetarea radiologică este făcută altei persoane.

Agravarea reprezintă o exagerare, o agravare a bolii sau traumei existente. De obicei, aceasta se referă la caracterile subiective ale bolii (traumei). Agravarea se înregistrează mai frecvent decât simularea. Agravantul urmărește un scop concret de profit, spre exemplu, la o spitalizare sau tratare în ambulatoriu timp mai îndelungat. Dacă scopul a fost atins, agravantul în scurt timp se însănătoșește.

Bolile artificiale. Există mai multe metode de provocare a bolilor artificiale. Dar sensul principal al lor constă într-o adevărată dereglare a sănătății, deseori cu o evoluție gravă, cu caractere și manifestări stabile care necesită un tratament. Cel mai frecvent se recurge la bolile artificiale ale pielii și ale țe-

suturilor subcutanate moi, ale organului vizual, auditiv etc. În acest scop asupra organismului se acționează cu agenții mecanici, termici, chimici, fizici.

Bolile artificiale ale pielii și țesuturilor subcutanate se înregistrează sub formă de dermatite, ulcerații, abcese, flegmoane, tumori etc., localizarea tipică a lor fiind pe membrele superioare și cele inferioare. Dermatitele pot fi cauzate prin fricțiunea pielii, aplicarea compreselor cu gaz, tutun, baze etc., precum și prin acțiuni termice. Edemul se provoacă prin ligatura membrului (cu o fimie, ață) pe un anumit timp sau prin lovituri multiple cu obiecte contondente.

Ulcerațiile pielii se provoacă mai frecvent cu substanțe chimice (baze, acizi) sau cu plante otrăvitoare (tutun, piciorul-cocoșului). Ele se aplică pe un timp îndelungat, provocând mortificarea țesuturilor moi și formarea ulcerățiilor.

Abcesele și flegmoanele artificiale se formează după introducerea în țesuturile subcutanate moi a unei infecții sau a substanțelor chimice. Se dezvoltă un proces purulent. La incizia flegmoanelor se simte mirosul substanței introduse.

Tumorile artificiale se produc prin introducerea sub piele a parafinei vaselinei, grăsimilor. Adesea aceste tumori sunt considerate maligne. Diagnosticul lor se efectuează pe baza cercetărilor histologice.

Bolile artificiale ale ochilor pot fi provocate prin presiunea sau introducerea după pleoape a tutunului, varului, piperului negru etc. Se dezvoltă o conjunctivită acută. Adesea se traumatizează corneea. Diagnosticul acestor stări se efectuează în condiții de staționar.

Bolile artificiale ale organului auditiv se pot provoca prin introducerea în canalul auditiv extern a corpurilor străine (sârmulițe, ținte etc.) cu lezarea timpanului.

Prin *automutilare* se înțelege autocauzarea intenționată a leziunilor corporale în scop de profit. Rareori mutilarea poate fi realizată de altă persoană (la rugămintă). Prezența leziunilor, metoda exercitării și consecințele lor pentru sănătate sunt determinate de medicul legist, iar intenția – de anchetatorul

penal sau judecată. Persoana traumatizată va dovedi că a fost jertfa unei agresiuni, accident de producție sau la domiciliu. Sunt posibile automutilări în scopul de a se eschiva de la serviciul militar.

Cel mai frecvent, automutilările sunt cauzate cu instrumente despicătoare (topor, bardă). De regulă, se amputează degetele mâinilor sau a picioarelor. Este important a determina prin câte lovituri s-au produs leziunile. Prezența semnelor de mai multe lovituri exclude acțiunile accidentale. În cazul leziunilor intenționate degetele mâinilor sunt îndreptate și puse pe o bază de susținere tare, iar linia de amputare a lor va fi dreaptă. Reconstituirea condițiilor de producere a leziunilor cu instrumente despicătoare are o mare importanță pentru expertiza medico-legală și pentru organele de anchetă penală.

Automutilările produse cu obiecte ascuțite (cuțit, brici) se întâlnesc mai rar. Aceste leziuni sunt localizate, de regulă, în regiunile accesibile și rar reprezintă pericol pentru viață. Persoana va dovedi că leziunile au fost produse de agresor.

Se înregistrează automutilări produse prin arme de foc. Aceste leziuni, de asemenea, nu sunt periculoase pentru viață și sunt situate în regiunile accesibile pentru automutilare. Expertul medico-legal va stabili distanța de la care s-a tras, direcția, prezența unor obstacole în calea împușcării, se vor compara datele obținute cu mărturișirile examinatului referitor la circumstanțele împușcării. De obicei, autoleziunile sunt explicate ca un accident, agresiune sau tentativa de sinucidere.

La expertiza medico-legală a autoleziunilor mecanice sunt inadmisibile concluziile făcute în pripă. Numai după cercetări minuțioase, efectuarea experimentului de anchetă, expertizei balistice și altor acțiuni se vor face concluziile definitive.

Expertiza vârstei

În practica medico-legală adesea necesită de apreciat sau de confirmat vârsta unei persoane: cu caracter de identificare, de concretizare a vârstei de recrutare sau pensionare, la exa-

minarea cadavrelor dezmembrate sau neidentificate, în stabilirea vârstei suspectatului în crimă, a victimei sau inculpatului etc.

În anumite cazuri astfel de expertize au importanță pentru cercetarea dosarului sau pronunțarea sentinței. Este stabilit, că persoanele până la 14 ani nu sunt supuse urmării penale, la vârsta de 14-16 ani ele devin pasibile de răspundere penală numai pentru unele infracțiuni grave (art. 10 a C.P.P.), iar de la 16 ani infractorul poartă răspundere penală pentru toate crimele comise. Începând cu 18 ani se aplică pe deplin acuzațiile prevăzute pentru persoanele adulte.

Expertiza vârstei se efectuează în baza datelor antropometrice, antroposcopice și altor modificări anatomo-fiziologice ale organismului. Cu cât omul este mai tânăr, cu atât mai ușor și mai corect se apreciază vârsta, în acest scop se utilizează o serie de indici ai modificărilor țesuturilor, organelor și a funcțiilor fiziologice, care parvin cu vârsta. De menționat, că toate modificările de vârstă depind în mare măsură de multipli factori externi și interni (individuali). La nou-născut vârsta se determină cu o precizie de până la o lună, la copii și adolescenți cu o variabilitate de 1-2 ani, la persoanele adulte oscilațiile admisibile constituie până la 5 ani, iar la oameni peste 55 de ani vârsta se apreciază cu o precizie foarte redusă – circa 10 ani.

Unele semne, după care se determină vârsta, sunt mai constante, cu o probațiune relativ înaltă, în timp ce altele sunt foarte variabile și individuale.

Relativitatea corespunderii vârstei biologice cu cea reală este influențată și prin faptul, că până la 25 de ani organismul uman prelungește să crească, iar dimensiunile și proporționalitatea unor segmente (organe) ale corpului se schimbă. Alte semne se modifică în funcție de particularitățile activității fiziologice a organismului. Anumite schimbări intervin odată cu procesele de involuție, cum sunt: culoarea și elasticitatea pielii, apariția ridurilor cutanate, ștergerea dinților, încărunțirea părului etc.

O mare valoare pentru determinarea medico-legală a vârstei au procesul de modificare a dinților și scheletului osos, fiind cu mult mai stabile și informative. Pentru aprecierea vârstei omului în medicina legală se utilizează un complex de semne anatomo-funcționale, tabele informative, investigații radiologice etc. Rezultatele expertizei medico-legale a vârstei sunt calificate drept aproximative, orientative.

Expertiza filiației

Expertiza medico-legală a filiației se efectuează pentru determinarea paternității, a mamei care a născut copilul și în cazurile de schimbare a copiilor. Filiația față de mamă rezultă însăși din faptul nașterii și se dovedește prin certificatul de naștere a copilului. Filiația față de tată cuprinde tăgada paternității și stabilirea paternității copilului născut în afara căsătoriei.

Expertiza medico-legală se efectuează adesea în scopul aprecierii posibilității sau imposibilității provenienței copilului de la tatăl presupus, ținând cont de factorii ereditari (genetici) ai sângelui. Expertiza poate fi efectuată și pentru determinarea capacității de fecundare a bărbatului, dacă el afirmă că este incapabil de a fi tată. Rareori se cere apreciat termenul gravidității și timpul concepției, dacă presupusul tată dovedește că a lipsit în acest răstimp din localitatea unde trăiește mama și copilul.

Pentru rezolvarea acestor probleme se utilizează expertiza serologică, bazată pe studiul și corelarea genetică a caracterelor moștenite de copil de la părinți în cadrul sistemelor sangvine stabile. Grupele sangvine sunt marcheri genetici de un real folos pentru expertiza serologică, datorită faptului că sunt stabile în cursul vieții, se transmit ereditar după anumite legi bine cunoscute și verificate.

Examinarea serologică constă în determinarea mai multor sisteme cu element de moștenire ce pot fi împărțite în trei categorii: 1) după grupele eritrocitare – sistemul ABO sau subgrupele; grupele MN; factorii Rhesus, Duffy, Kidd etc; 2)

după grupele serice – haptoglobine, transferine, fosfotaza alcalină, pseudocolinesteraza serică etc.; 3) după alți factori – secretor sau nesecretor etc.

Folosind toate sistemele serologice, se poate exclude un număr mare din bărbații fals învinuiți, dar procentul teoretic de excludere este mult mai mare față de procentajul real obținut în expertize. Aceasta se datorește, în primul rând, numărului sistemelor folosite în practica medico-legală.

În cadrul expertizei filiației se folosesc și alte metode de examinare (antropologică, eridobiologică). Examenul antropologic se face printr-un studiu detaliat al caracterelor somatice și al trăsăturilor fizionomice pe care le are copilul comparativ cu părinții. Se studiază: ovalul feței, forma bărbiței, a nasului, a urechilor, culoarea părului, a ochilor, pigmentația etc. Examenul eridobiologic include compararea complexului desenelor papilare (palmare și plantare) ale copilului cu cele ale părinților.

De mare perspectivă pentru expertiza filiației prezintă dactiloscopia genomică. Cel mai frecvent se folosește metoda reacției de polimerizare în lanț (PCR) și metoda polimorfismului lungimii fragmentelor de restricție (RGLPS) prin care paternitatea se determină cu o precizie mare (până la 100%).

Întrebări pentru autocontrol

1. Care sunt criteriile de apreciere a gravității vătămării corporale?
2. Ce leziuni se referă la categoria vătămări corporale grave?
3. Care din leziuni se referă la vătămări corporale grad mediu?
4. Ce reprezintă noțiunile de bătaie, chinuire și torturare?
5. Ce reprezintă noțiunile de simulare, agravare, disimulare și automutilare (schilodire)?

Capitolul 13

PROBLEME DE OBSTETRICĂ ȘI SEXOLOGIE MEDICO-LEGALĂ

Expertiza obstetrico-ginecologică se efectuează pentru rezolvarea unor probleme ce țin de concepție, graviditate, naștere și avort recent sau a altor stări și infracțiuni sexuale, la solicitarea organelor de drept, în conformitate cu regulamentele stabilite. Aceste forme de expertize se exercită de medici legiști cu o pregătire specială sau de o comisie cu participarea specialiștilor din domeniul obstetricii și ginecologiei, urologiei, venerologiei etc. În cazul infracțiunilor sexuale, în afara victimei, se examinează și suspectatul de infracțiune.

Expertiza stărilor sexuale

În cadrul expertizei medico-legale a stării sexuale se determină: genul, maturitatea sexuală, semnele virginității, capacitatea sexuală, starea de graviditate, avort și naștere recente.

Determinarea genului. Această formă de expertiză medico-legală se efectuează relativ rar. Drept motiv servesc aprecierea incorectă a genului în timpul nașterii, în cazul recrutării tinerilor în serviciul militar, în dosarele de divorț, perversiuni (aberații) sexuale, infracțiuni sexuale etc. Necesitatea aprecierii genului uneori este determinată de faptul că la unele persoane sunt exprimate semnele sexuale și masculine, și feminine. Astfel de stare se numește hermafroditism (ambigen). Există hermafroditism *adevărat* și *fals* (pseudohermafroditism).

Stabilirea genului în aceste cazuri prezintă dificultăți. De aceea, în afară de examinarea externă a persoanei, se vor efectua și unele cercetări clinice, cu determinarea hormonilor și a cromatinei sexuale, cu o analiză cromosomică. În aceste

cazuri, concomitent cu aprecierea genului veritabil, expertiza medico-legală va aprecia și capacitatea de coabitare și procreare.

Stabilirea maturării sexuale. Prin maturare (maturație) sexuală se înțelege o așa dezvoltare a organismului uman, când activitatea sexuală reprezintă o normă fiziologică, fără a provoca unele dereglări ale sănătății și nu dăunează dezvoltării ulterioare a organismului în creștere.

Maturizarea sexuală include în sine funcții sexuale concrete. La femei aceste funcții sunt reprezentate prin capacitatea de coabitare (copulare), de concepere (procreare), de a purta sarcina timpul convenit și de naștere pe căi naturale. Capacitatea de a hrăni și îngriji copilul nu se referă direct la semnele de maturizare sexuală. La bărbați funcțiile sexuale se manifestă prin capacitatea de copulare și de fecundare.

Femeile sunt capabile de a realiza un raport sexual și de a concepe și până la atingerea maturității sexuale depline.

La fete maturarea sexuală se instalează timp de câțiva ani. Ea începe cu vârsta de 10-12 ani și se finalizează spre 18 ani. Către 11-12 ani apare menstruația. Concomitent se instalează și semnele sexuale secundare: crește părul în regiunile axilare și pe pubis, se măresc în volum glandele mamare, etc. Capacitatea de a purta sarcina este determinată de dezvoltarea normală a uterului, iar nașterea fiziologică – de dimensiunile bazinului feminin, care corespund celor normale la vârsta de 16-18 ani.

Dacă fata a avut o viață sexuală mai îndelungată, în fața expertizei medico-legale se pune întrebarea dacă persoana dată a atins nivelul maturizării sexuale spre începutul vieții sexuale. De reținut că viața sexuală, precum și graviditatea, accelerează procesul de maturizare sexuală.

Băieții devin capabili de a avea un raport sexual de la vârsta de 14-15 ani, spermatozoizii însă încep să se maturizeze mai târziu cu 1-2 ani. Dezvoltarea deplină a organismului bărbătesc se finalizează spre 17-18 ani. Expertiza medico-

legală a maturității sexuale la băieți e cu mult mai rar solicitată decât la fete.

La aprecierea maturității sexuale se întâlnesc unele dificultăți, condiționate de varietățile (3-6 ani) procesului de maturare, de apariție a semnelor specifice, de factorii genetici și constituționali etc. În Republica Moldova expertiza maturității sexuale se efectuează numai în cazuri excepționale, deoarece codul penal prevede răspunderea penală pentru raportul sexual avut cu persoanele care n-au atins vârsta de 16 ani. Necesitatea acestor expertize poate fi dictată de infracțiuni sexuale, precum și la solicitarea organelor de înregistrare a stării civile cu prilejul căsătoriei (în caz de graviditate a femeilor de 14-16 ani sau a nașterii copilului).

Constatarea virginității. De obicei, virginitatea se apreciază numai la persoane de sex feminin. Drept motive pentru astfel de expertize servesc violul sau tentativa de viol, sexualitatea aberantă etc.

Unicul semn al virginității este himenul intact. Distrugerea anatomică a himenului este numită *deflorare*. Lezarea himenului cu degetele sau prin intervenții chirurgicale nu se referă la deflorare.

Himenul este situat între vestibulul vaginal și vagin. Forma, grosimea, rezistența și elasticitatea lui variază mult. La examinarea himenului medicul legist va nota forma, lățimea, grosimea și caracterul marginii libere a himenului, prezența semnelor proaspete sau vechi de deflorare. Rupturile himenului sunt descrise în raport cu cifrele de pe cadranul ceasului. La unele femei particularitățile anatomice ale himenului permit un raport sexual normal fără a-1 rupe.

În funcție de timpul scurs de la deflorare distingem: o deflorare recentă (până la 7-8 zile sau maximal 10-14 zile de la producerea ei); o deflorare veche (mai mult de 12-14 zile); o deflorare care nu prezintă nici un semn recent.

În primele zile după deflorare marginile rupte ale himenului sângerează. După vindecare, în locurile rupte rămân cica-

trice, care pot fi evidențiate peste 10-20 zile după deflorare. La trei săptămâni după raportul sexual determinarea timpului în care s-a produs deflorarea devine imposibilă. De aceea în cazul infracțiunilor sexuale se recomandă examinarea la timp a leziunilor himenului și particularităților lui anatomice și fiziologice.

Determinarea capacității sexuale. Capacitatea sexuală se determină mai frecvent în legătură cu diferite infracțiuni sexuale. De obicei, expertizei sunt supuși bărbații. Un bărbat poate fi capabil de a realiza un raport sexual, fiind în același timp incapabil de a fecunda. Din acest motiv funcțiile numite se cercetează și se apreciază în mod separat. Determinarea incapacității de copulare la bărbat este orientată spre depistarea impotenței de copulare. Tocmai această stare este numită impotență sexuală. Însăși impotența sexuală la bărbat poate fi condiționată de factori mecanici locali (tumori, leziuni, cicatrice etc.), de cauze generale (boli endocrine, intoxicații etc.) și psihice (nevroze, frica de eșec etc.).

Impotența sexuală de coabitare nu este întotdeauna completă. Diagnosticul ei este dificil. De aceea concluziile medico-legale referitoare la capacitatea de coabitare a bărbatului pot fi elaborate numai după un examen minuțios.

Capacitatea de procreare reprezintă capacitatea bărbatului de a fecunda femeia. Această stare impune prezența testiculelor producătoare de spermatozoizi normali, canale excretorii permeabile și reflexe ejaculatoare nedereglate.

Capacitatea de fecundare se stabilește numai după cercetarea lichidului seminal în scopul determinării în el a unui număr suficient de spermatozoizi normali și mobili. Pentru cercetare ejaculatul este obținut în localul expertizei sau este adus în laboratorul medico-legal de către examinat în prezerativ nu mai târziu de 30-50 minute după obținerea lui. Impotența de fecundare poate fi congenitală sau dobândită.

Capacitatea sexuală la femei se determină mai frecvent în cazul dosarelor de divorț. Metodica expertizei în aceste cazuri

este asemănătoare cu cea care se practică la determinarea maturității sexuale la fete.

Există diverse cauze ce fac o femeie matură incapabilă de copulare: atrezia himenului sau a vaginului, cicatricile imense în regiunea lui, prolabarea vaginului și a uterului, vaginismul etc. Incapacitatea de copulare la femei destul de rar devine o problemă a expertizei medico-legale.

Capacitatea de procreare la femei apare la maturizarea sexuală și încetează la menopauză. Sterilitatea poate fi generată de unele modificări de poziție ale uterului, de tumori, de unele deficiențe ale intervențiilor chirurgicale (ligatură de trompe, ovariectomie), de iradierii cu raze radiologice, de consecințele unor procese inflamatorii (gonoree, tuberculoză) etc.

Capacitatea de naștere este relativă, ea poate fi dereglată de diverse cauze: cel mai frecvent de disproporția dintre făt și căile de naștere ale mamei, de malformații de bazin sau bazin strâmt etc.

Expertiza capacității sexuale atât la bărbați, cât și la femei adesea întâlnește dificultăți, de aceea se recomandă a fi efectuată de o comisie de specialiști, de obicei, după o cercetare clinică în condiții de staționar specializat.

Determinarea gravidității. Expertiza medico-legală a gravidității se efectuează în caz de viol sau perversiuni sexuale, în consecința cărora a avut loc sarcina, precum și la simularea gravidității în scopul obținerii unor avantaje legate de aceasta.

Aprecierea gravidității se bazează pe semne de probabilitate și semne de certitudine. *Dintre semnele de probabilitate* fac parte: menopauza, perversiunile olfactive sau gustative, pigmentarea unor sectoare ale pielii, secreția de colostru a glandelor mamare, voluminizarea glandelor mamare și a uterului.

Aceste semne caracterizează, de obicei, prima jumătate a gravidității, fiind exprimate mai evident în a doua jumătate. Uterul progresiv crește conform timpului de graviditate.

Semnele de certitudine ale sarcinii sunt acelea care indică prezența fătului în uter. Dintre aceste semne fac parte modificările hormonale consecutive, care indică prezența în uter a embrionului. Ele se pun în evidență prin reacții biologice. Reacțiile hormonale sunt precoce și se bazează pe eliminarea prin urină a unei cantități de hormoni gonadotropi. Reacțiile biologice sunt pozitive și în sarcină extrauterină.

Între săptămânile 16-18 ale sarcinii apar bătăile cordului fetal, iar între săptămânile 18-20 apar mișcările fetale. Aceste semne, indiscutabil, confirmă graviditatea. Se poate recurge și la palparea părților fetale sau la examenul radiologic care pune în evidență scheletul fetal. Ultima metodă se efectuează numai în cazuri excepționale. Determinarea gravidității la cercetarea cadavrelor nu prezintă dificultăți.

Determinarea nașterii recente. Motive pentru dispunerea expertizei unui proces recent de naștere servesc pruncuciderea, abandonarea sau răpirea nou-născuților, simularea gravidității și a nașterii. Expertiza va aprecia persoana în cauză, dacă a născut sau nu, vechimea nașterii.

Pentru dovada nașterii recente se iau în considerație modificările din glandele mamare, organele genitale externe și interne, precum și starea tegumentelor.

Semnele autentice ale nașterii recente sunt: tumefierea labiilor genitale, dilatarea orificiului uterin extern, rupturi ale organelor genitale externe, volumul mărit al uterului și eliminării din vagin (lohii). Spre sfârșitul săptămânii a 6-a - a 8-a semnele precoce ale nașterii recente sunt dificile de a fi diagnosticate. Diagnosticul nașterii recente pe cadavru este mai ușor grație posibilităților pe care le oferă necropsia.

Determinarea avortului recent. Avort se numește întreruperea cursului normal al sarcinii în primele 28 de săptămâni (după acest timp se consideră naștere prematură). Există avort spontan (patologic) și artificial (provocat). Avortul provocat

se împarte în: medical (terapeutic), accidental și criminal (ilegal, delictual).

Cauzele avortului patologic (spontan) sunt maladiile mamei și ale fătului, bolile infecțioase, cardiovasculare, ale rinichilor, intoxicațiile. Adesea avortul este condiționat de: infantilitatea uterului, anomaliile de poziție ale uterului, insuficiența hormonală, Rhesus-conflict (negativ) etc.

Avortul medical este întreruperea cursului sarcinii în termen de 6-12 săptămâni de la concepție la dorința femeii. După acest termen întreruperea artificială a gravidității se efectuează numai în baza indicațiilor medicale (naștere prematură provocată).

Avortul accidental reprezintă un avort involuntar care are o origine traumatică sau toxică.

Avortul criminal reprezintă întreruperea sarcinii în cazurile neprevăzute de lege. Spre exemplu, de însăși femeie, de persoane care n-au studii medicale, în condiții antisanitare, chiar dacă acesta este efectuat de medic. Mai frecvent avortul criminal se efectuează în cazurile când femeia ascunde graviditatea, se sfiște a arăta medicului când are contraindicații la un avort medical.

Mijloacele avortului criminal sunt foarte variate: mecanice, chimice, termice, fizice, combinate. În scop de avort criminal se efectuează masajul uterului, proceduri electrice, proceduri vaginale termice, perforarea și distrugerea membranelor fetale, în interiorul uterului sunt introduse diferite obiecte străine, lichide (soluții de săpun, iod).

Avortul poate fi provocat cu diferite medicamente, care contribuie la contractarea uterului (alcool, pahicarpină, chinină, preparate hormonale etc.). Anchetatorul penal este obligat să cunoască posibilele metode ale avortului criminal pentru a efectua competent examinarea la fața locului.

Avortul criminal poate fi provocat de femeia gravidă, dar mai frecvent ea apelează la ajutorul altor persoane. Adesea avortul provocat în condiții ilegale duce la moartea femeii în timpul efectuării lui sau în scurt timp după aceasta. În majori-

tatea cazurilor moartea este condiționată de hemoragiile acute, de șocul cauzat de perforarea uterului și lezarea intestinului, de embolia gazoasă în consecința introducerii în uter a soluțiilor de săpun, prin intoxicații cu diferite substanțe toxice, prin insuficiență renală acută, sepsis etc.

Diagnosticul avortului criminal pe cadavru nu prezintă dificultăți. La autopsie se stabilește cauza morții, termenul gravidității, metoda și timpul avortului provocat, efectuând cercetări suplimentare toxicologice, histologice, bacteriologice. Un rol important îl joacă examinarea la fața locului, unde se pot găsi urme de sânge pe haine sau așternut, resturi de medicamente sau instrumentele cu care a fost provocat avortul. Se recomandă efectuarea examenului la fața locului cu participarea medicului legist.

Pentru a stabili modul de provocare a avortului criminal, medicul legist va cerceta minuțios organele genitale ale femeii cu scopul depistării urmelor manoperelor (leziuni mecanice, termice, toxice etc.). Pe corp pot fi găsite semne de injecții, iar la cercetarea internă a cadavrului - modificări prin acțiunea diferitelor substanțe (medicamente) introduse pe cale bucală.

Pentru identificarea persoanei care a efectuat avortul criminal cu consecințe mortale, se recurge și la examinarea altor femei, cărora mai înainte li s-a provocat prin aceeași metodă un avort. Menționăm că expertul medico-legal se confruntă cu mari dificultăți în determinarea avortului provocat recent, dacă a trecut mult timp după aceasta.

Expertiza medico-legală în avort se efectuează în comisie, cu concursul obstetricianului-ginecolog, având drept problemă de bază diagnosticul pozitiv al sarcinii și stării avortive, aprecierea raportului de cauzalitate dintre manopera folosită și avort, dintre avort și deces, diferențierea avortului spontan de cel provocat etc.

Adesea, necesită aprecierea întreruperii sarcinii condiționate de traumă. La o femeie sănătoasă agenții traumatici, foarte rar, provoacă întreruperea sarcinii în prima jumătate, în

timp ce în a 2-a jumătate sarcina poate fi dereglată ușor printr-o lovitură directă în abdomen sau cădere pe fese etc. La determinarea legăturii de cauzalitate dintre întreruperea sarcinii și traumă medicul-legist va studia anamneza și documentele medicale referitoare la evaluarea sarcinii până și după traumă. Se va aprecia circumstanța traumei, la cât timp după aceasta au apărut semnele avortului iminent sau nașterii precoce, dacă femeia gravidă a fost bolnavă de anumite boli preexistente traumei etc. Se va determina caracterul leziunilor corporale, se va efectua o examinare ginecologică (de specialist) minuțioasă și de laborator.

Aprecierea datei concepției în expertiza medico-legală se bazează pe un complex de informații speciale: data raportului sexual; data primei zile a ultimei menstruații; data ovulației și termenul optimal al concepției; data primelor mișcări ale fătului; data nașterii etc. O anumită valoare pot prezenta și indicii antropometrici ai nou-născutului care reflectă data concepției și durata sarcinii.

Expertiza infracțiunilor sexuale

Codul Penal al Republicii Moldova prevede pedeapsa pentru următoarele forme de infracțiuni sexuale: viol; raport sexual cu o persoană care n-a atins vârsta de 16 ani; pervertirea persoanelor care n-au atins vârsta de 16 ani; constrângerea femeii la un raport sexual. De infracțiunile sexuale pot fi legate și expertizele contaminării de o boală venerică.

Violul. Este un raport sexual contra voinței persoanei de sex feminin, realizat prin aplicarea forței fizice, amenințării sau profitând de starea neputincioasă a victimei.

Constatarea violului este de competența organelor de drept, însă pentru aprecierea și calificarea acestei infracțiuni e necesară expertiza medico-legală. Sarcina principală a acestei expertize constă în diagnosticul pozitiv al raportului sexual și în evidențierea semnelor de constrângere fizică a victimei sau

a imposibilității acesteia de a se apăra ori de a-și exprima voința.

Printr-un raport sexual normal, în medicina legală, se înțelege satisfacerea sau încercarea de a-și satisface atracția sexuală prin introducerea organului viril în vagin sau în vestibulul vaginal, chiar dacă intromisiunea n-a fost asociată cu o deflorare sau ejaculare.

Diagnosticul pozitiv al raportului sexual se bazează pe următoarele semne: deflorarea, prezența lichidului seminal în căile genitale ale victimei, graviditatea și contaminarea de boli venerice.

Dacă femeia a fost virgină, partea obiectivă o constituie prezența rupturilor himenale, mai cu seamă a celor recente. Acest diagnostic este posibil pe parcursul primelor 7-10 zile după raportul sexual. Mai târziu semnele deflorării recente dispar, urmând procesul de cicatrizare a rupturilor himenale.

La fetițele de vârstă mică se produc rupturi imense, care se răspândesc pe perineu, vagin, rect și au consecințe foarte grave, inclusiv mortale.

Dacă penisul a fost introdus numai în vestibulul vaginului sau are dimensiunile mai mici decât ale orificiului vaginal, himenul poate rămâne intact. Unele himene permit intromisiunea penisului în vagin fără a-l rupe. E vorba despre himenul elastic cu un orificiu foarte larg, precum și de himenul „antrenat” (spre exemplu, manipulările cu penisul în timpul unor perversiuni sexuale, onanismul etc.).

Dacă în momentul săvârșirii violului femeia nu este virgină, probarea realității raportului sexual nu se poate face în cadrul expertizei medico-legale decât prin evidențierea prezenței spermei în vagin. În acest caz se face o recoltare de secreție vaginală cu ajutorul unei anse și se prepară un frotiu.

Constrângerea prin violență fizică se poate realiza în cazul unei disproporții fizice dintre victimă și agresor sau în cazul unui atac pe neașteptate din partea agresorului. De asemenea, se cere evidențiată starea de oboseală pronunțată a femeii sau violul săvârșit în grup de mai mulți bărbați care pot determina

producerea unui raport sexual fără consimțământ. Constrângerea fizică a victimei se apreciază prin depistarea urmelor de violență (echimoze, excoriații) pe fețele antero-interne ale coapselor, pe gât, în jurul gurii, pe torace și membrele superioare. Se consideră că violarea unei femei adulte nu poate fi realizată de un singur bărbat cu excepția cazurilor când agresorul exclude posibilitatea victimei de a opune rezistență fizică prin provocarea unor leziuni corporale grave.

În ziua de 28 august, în baza ordonanței procurorului din localitate a fost examinată minora T. pentru soluționarea următoarelor probleme: 1) dacă există pe corpul pătimașei leziuni corporale și care este mecanismul de producere și localizare a lor? 2) dacă leziunile depistate sunt caracteristice unor circumstanțe de viol; 3) dacă este lezat himenul și dacă persistă în cavitatea vaginului urme de spermă.

Circumstanțele: la 27 august, aproximativ pe la ora 22 cetățeanul C. a dus-o mișelește pe T. în câmpul de porumb, unde a început s-o sugrume cu mâinile și lațul până ea a pierdut cunoștința, apoi a violat-o. Fiind mult timp fără cunoștință, T. a venit acasă a doua zi dimineața, dar fără a ține minte nimic.

La examinare s-a constatat: înălțimea 100 cm, masa corpului 30 kg, glandele mamare nedezvoltate; fața edemațiată cu multiple hemoragii punctiforme; pe conjunctiva pleoapelor și scleră hemoragii imense; pe partea antero-laterală a gâtului multiple excoriații liniare, una din ele (4,5 cm) fiind situată transversal gâtului; la nivelul vertebrei cervicale VII un hematom (2,6x0,4 cm); pe marginile limbii hemoragii punctiforme; multiple echimoze pe trunchi, membre (brațe, coapse, gambe, antebrațe) și în regiunile pubiană și fesiere. Mucoasa vestibulului vaginal hiperemiată, tumefiată. Himenul cu rupturi recente în partea inferioară, cu marginile hemoragice.

În concluzia expertizei medico-legale se notează că himenul minorei T. prezintă rupturi recente, iar multiplele leziuni corporale atestă viol cu aplicarea forței. Starea de asfixie întreruptă cu pierderea cunoștinței de lungă durată a fost calificată ca vătămare corporală gravă, periculoasă pentru viață. Urme de spermă în vagin nu s-a depistat (s-a spălat).

Imposibilitatea victimei de a se apăra și de a opune rezistență (vârsta înaintată sau minoră, paralizii, poziție improprie de a se apăra etc.) creează condiții favorabile pentru un viol. Violul se poate săvârși în stare de lipotimie, inconștiență obișnuită cauzată de preparatele narcotice sau somnifere. În stare de somn fiziologic profund violul este posibil numai datorită confuziei de persoane pe care victima o poate face. Deflorarea însă este imposibilă în timpul somnului.

Somnul hipnotic poate să permită producerea violului, deoarece victima nu are posibilitatea de a se apăra sau de a opune rezistență. Sunt frecvente cazurile când violul se poate produce sub influența alcoolului, fiind posibil numai în stare de ebrietate profundă. Ebrietatea de grad mediu produce numai diminuarea capacității femeii de a se opune și de a aprecia situația, dar nu o face să dispară complet. Starea de ebrietate ușoară nu diminuează posibilitatea de apărare, nealterând discernământul și consecința.

Comiterea infracțiunii de viol poate fi condiționată de influențele psihice executate asupra femeii, care își dă consimțământul în mod silit. În această împrejurare, femeia nu se opune fizic, deoarece ea este amenințată sau șantajată. Aceste categorii trebuie probate de organele de anchetă penală, medicului legist revenindu-i doar sarcina de a constata săvârșirea raportului sexual și stabilirea celorlalte date de ordin medical amintite mai sus. Expertiza agresorului se va efectua cât mai repede, de dorit, imediat după reținerea lui. Dovadă a implicației la comiterea infracțiunii pot servi urmele pe hainele suspectatului, căruia i se poate recomanda să schimbe hainele, pentru a fi cercetate.

Opunând rezistență, femeia poate provoca agresorului leziuni, care se localizează pe haine și corp (față, mâini, gât), caracteristice semnelor de agresiune și autoapărare. Pe hainele agresorului pot exista urme de spermă și sânge.

Implicarea agresorului la infracțiune poate fi dovedită pe baza cercetării conținutului de sub unghii, unde se află sânge, particulele de epidermă de la femeie. Diferite suprapuneri

(sânge, fire de păr) pe penis pot fi utilizate în calitate de dovadă a introducerii penisului în vagin sau alte orificii naturale.

Violul poate avea loc în condiții agravante: graviditate, mai cu seamă la minore, provocarea leziunilor corporale grave și moartea victimei. Decesul poate surveni și în consecința bolilor preexistente (hipertoniei, etc.) mai cu seamă în stare de ebrietate, traumatizării organelor genitale în timpul violului. Victima violată poate recurge la act suicidal.

Determinând cauza morții, medicul legist va ajuta anchetei penale (justiției) în excluderea omuciderii intenționate a victimei.

Ofițerul de urmărire penală (procurorul) va ține cont, că expertizei medico-legale vor fi supuși neapărat atât victima violată, cât și agresorul.

Expertiza medico-legală a victimei se efectuează după un anumit program, care include familiarizarea cu circumstanțele faptei, luarea anamnezei ginecologice, efectuarea unui examen general (mai ales la minore) în special al organelor genitale, recoltarea probelor de laborator: o atenție deosebită se atrage prezenței, localizării și caracterului leziunilor corporale existente.

În caz de viol expertiza medico-legală necesită să fie efectuată în timpul cel mai apropiat, ceea ce influențează esențial asupra eficacității probatorii. Pentru a păstra multe date obiective, în unele cazuri se admite examinarea persoanei pătimate la cererea ei sau a rudelor, dar oficializarea expertizei medico-legale se va face numai după prezentarea ordonanței. În aceste cazuri medicul legist este obligat să informeze de urgență organele respective de drept.

De menționat, că prin cercetări de laborator nu întotdeauna se stabilesc urme de spermă, chiar după un raport sexual incontestabil. Aceasta se referă la cazurile când exterminarea femeii are loc după toaleta organelor genitale, când victima se expune expertizei peste mult timp (3-5 zile) după eveni-

ment. Nu se exclud raporturi sexuale când ejaculatul nu ni-merește în vagin etc.

De reținut, că un viol poate fi simulat din motive de profit, răzbunare, șantaj. În aceste cazuri femeia rupe hainele și lenjeria sa, își provoacă diferite leziuni corporale, de exemplu, excoriații sub forma zgârâiturilor în regiunea organelor genitale externe, pe gât, față, coapse etc.

Expertiza medico-legală, în caz de viol, este foarte complicată. Medicul legist va lua cunoștință de circumstanțele faptei și de datele examinării la fața locului, va efectua examinarea victimei și a agresorului, va lua în considerație cercetările de laborator.

Datele obținute la examinarea, la fața locului, în caz de viol ajută la determinarea semnelor de agresiune și autoapărare, la concretizarea mecanismului de producere a leziunilor corporale. Dacă violul este urmat de moartea victimei, se descriu detaliat poza cadavrului, hainele de pe el, petele de sânge și alte urme suspecte. Comparând condițiile de la fața locului cu rezultatele autopsiei cadavrului, se vor rezolva multe probleme legate de viol, inclusiv: consecutivitatea formării leziunilor corporale, dacă raportul sexual a avut loc până sau după decesul victimei prin leziuni corporale, s-a deplasat sau nu femeia după raportul sexual, a fost transferat cadavrul în alt loc etc.

La fața locului se pot găsi urme suspecte de spermă, fire de păr, sânge în regiunea coapselor și pe hainele victimei. Ele se cer ridicate și transmise spre cercetarea de laborator. Câte un exemplar al fotografiilor făcute la fața locului se transmit medicului legist. Anchetatorul va acorda o deosebită atenție posibilității de omucidere din motive sexuale. În alte cazuri leziunile organelor genitale pot fi provocate prin acte huliganice.

Întrebările principale la care poate da răspuns expertiza medico-legală în caz de viol:

1. Dacă este dereglată integritatea anatomică a membranei himenale și cât timp a trecut după aceasta.
2. Dacă structura anatomică și particularitățile himenului permit a efectua un raport sexual fără ruperea lui.
3. Care sunt semnele informative, caracteristice pentru un raport sexual recent?
4. Care sunt consecințele raportului sexual?
5. Dacă există pe corpul victimei leziuni, care este caracterul lor, localizarea și mecanismul de formare?

Perversiunile sexuale

Prin perversiuni sexuale se înțelege orice raport sexual care depășește limitele fiziologice ce presupun un raport heterosexual, intravaginal și având ca scop procrearea.

Către infrațiunile sexuale se referă: atingerea necuviincioasă a organelor genitale cu mâna, fricțiunea sau atingerea cu penisul de organele genitale feminine, onanismul în prezența fetelor minore cu dezgolirea organelor genitale, demonstrarea fotografiilor pornografice copiilor minori etc. Există și alte forme de perversiuni sexuale care în majoritatea cazurilor pot fi determinate numai prin metode de anchetare penală.

Acțiunile efectuate în cazurile de perversiuni sexuale nu întotdeauna lasă semne specifice pe corp, de aceea rezultatele examinării medico-legale sunt insuficiente. Se pot găsi unele leziuni neesențiale în formă de rupturi superficiale sau echimoze pe himen, prezența spermei în regiunea organelor genitale. În unele cazuri aceste acțiuni cu copiii pot fi urmate de un raport sexual, care provoacă leziuni imense (rupturi ale perineului, vaginului), care se soldează cu moartea.

La analiza circumstanțelor perversiunilor sexuale se va lua în considerație că copiii pot cădea ușor pradă sugestiei, auto-sugestiei și acceptă ușor rugămintele adulților, adesea confirmând minciuna. Interogarea copiilor se va efectua în prezența

pedagogului, deși se cere excluderea convorbirilor cu ei pe teme de infracțiuni sexuale.

Pederastia este un raport sexual dintre doi bărbați. Se realizează, de obicei, prin coit anal. Partenerii pasivi pot avea unele aspecte feminine în comportament, sau chiar și îndeletniciri feminine. Pederastia sunt conștienți de această activitate aberantă, de care caută uneori să se debaraseze. În afară de coitul anal între bărbați, se pot practica și coitul oral, masturbarea reciprocă.

Pederastia acută constă dintr-un raport anal consimțit, care poate să nu lase nici o urmă. Dar un raport sexual brutal intraanal poate provoca rupturi mai mult sau mai puțin grave.

Pederastia cronică produce modificări mai evidente: deformarea anusului, relaxarea sfincterului, pliurile mucoasei anale sunt șterse. Găsirea spermei în anus este o probă certă a raportului sexual.

În cazuri de pederastie expertiza medico-legală se va efectua cât mai urgent, cu examinarea ambilor parteneri. Adesea se pot constata semnele actului de pederastie și semnele acțiunilor fizice, dacă ele au avut loc. La partenerii activi se stabilesc semnele unui raport sexual recent.

Pervertirea persoanelor ce n-au atins vârsta de 16 ani mai frecvent se manifestă prin diferite forme de satisfacere a pasiunii sexuale, exceptând raportul sexual natural sau pervers: copularea sau masturbarea în prezența minorilor, familiarizarea acestora cu perversiunile sexuale, cu literatura și filmele pornografice, fricțiunea penisului de organele genitale sau coapsele fetei, introducerea degetelor în vaginul minorei etc.

Satisfacerea violentă a pasiunii sexuale prin forme perversite se manifestă prin satisfacerea sau încercarea de a-și satisface pasiunea sexuală prin introducerea membrului viril în orificiul anal sau în cavitatea bucală a persoanei de sex feminin. Această pasiune poate fi obiect de urmărire penală numai atunci când e realizat prin constrângerea femeii, împotriva voinței acesteia.

Contaminarea venerică reprezintă o infracțiune contra sănătății omului și e reprimată de lege. Pasionatul poartă o responsabilitate penală numai atunci când comite voluntar infracțiunea respectivă, știind că e bolnav de o boală venerică.

Activități de evaluare

Minora K., 12 ani, a fost violată în păduricea din preajma casei sale de către doi băieți din sat. A doua zi fetița a fost examinată de către medicul de familie care a stabilit leziuni pe corp, rupturi ale himenului și eliberând un certificat medical în care s-a arătat că minora de 12 ani are semne de viol. Acest document a fost prezentat medicului legist din raion care a confirmat inscripția medicului de familie fără modificări.

În ce constă greșeala ambilor medici?

Capitolul 14

CERCETĂRILE DE LABORATOR ÎN PRACTICA MEDICO-LEGALĂ

Pentru o argumentare științifică și obiectivă a problemelor puse spre rezolvare la expertiza cadavrelor, victimelor și altor persoane, precum și a corpurilor delictive, adesea este necesară efectuarea cercetărilor de laborator. În acest scop în cadrul Centrului de Medicină Legală funcționează secțiile de laborator: biologică (serologică), toxico-narcologică, histopatologică și medico-criminalistică.

În aceste secții se folosesc metode de laborator și instrumentale în conformitate cu caracterul și particularitățile obiectului cercetat și cu întrebările puse spre rezolvare. În secția de investigații biologice se cercetează probele delictive de origine biologică, iar în cea toxico-narcologică se cercetează obiectele ce necesită un examen toxicologic. În secția medico-criminalistică se determină și se verifică obiectele, la cercetarea cărora se utilizează diferite metode fizice, tehnice, chimice, matematice etc.

Cercetarea probelor de origine biologică

Expertiza urmelor de sânge. Urmele de sânge fluid sunt cele mai răspândite obiecte de examinare în laboratorul de investigații biologice. La cercetarea penală a infracțiunilor legate de producerea leziunilor corporale grave, viol, leziuni prin traume de trafic și alte cazuri, depistarea urmelor de sânge și determinarea grupei sangvine pe corpuri delictive prezintă o mare importanță. Urmele de sânge pot proveni de la victimă sau agresor, de la persoane sau animale.

Expertiza urmelor de sânge pe corpurile delictive va da răspuns la următoarele întrebări:

1. Dacă petele de pe corpul delict sunt de sânge?

2. Dacă sângele aparține unui om sau este de origine animală (determinarea speciei)?
3. Care este apartenența de grup a sângelui?
4. Poate sângele de pe corpul delict să aparțină anumitei persoane și de ce gen este ea?
5. Stabilirea locului de proveniență a sângelui.
6. Care sunt mecanismul de producere și vechimea urmelor de sânge?

În dependență de circumstanțele faptei, pot fi adresate și alte întrebări suplimentare: determinarea cantității de sânge găsit la fața locului; dacă aparține sângele unui nou-născut sau omului adult etc.

La întrebările enumerate mai sus nu întotdeauna se pot da răspunsuri în procesul expertizei. Aceasta depinde de cantitatea sângelui în urmele prezentate, de modificările produse sub acțiunea razelor directe ale soarelui, de specificul obiectului pe care se depistează sângele, precum și de alte împrejurări.

Metodele cele mai sigure de apreciere a prezenței sângelui sunt cele spectroscopice și microspectrale. La baza lor se află capacitatea hemoglobinei din eritrocitele sângelui de a absorbi anumite unde de lumină. Cercetarea microspectrală permite de a determina prezența sângelui chiar și după încercările de a înlătura urmele lui prin spălarea obiectului peste mult timp. Metoda are o sensibilitate mare și confirmă cu certitudine prezența sângelui în pata cercetată.

Determinarea speciei sângelui are o importanță deosebită în cazurile când se presupune că sângele aparține nu omului, ci unor păsări sau animale. În acest scop se efectuează reacțiile de precipitare, imunologică. În ultimii ani sunt propuse în acest scop metode imuno-electroforetice.

Grupa sângelui se cere determinată în petele de sânge de pe obiectul vulnerant, în țesuturile părților dezmembrate ale cadavrului, în sângele fluid, luat de la suspectatul infracțiunii sau de la victimă în calitate de model.

La examinarea cadavrului cu leziuni corporale, care au provocat hemoragie externă, determinarea grupei de sânge este obligatorie. Aceasta se explică prin faptul că ulterior se pot găsi urme de sânge pe obiectele luate de la suspectatul în comiterea crimei, pe mijloacele de transport etc. Grupa de sânge stabilită pe aceste obiecte se va compara cu modelul sângelui luat de la victimă.

Apreciind grupa de sânge, se poate exclude apartenența lui unei anumite persoane sau stabili că această excludere este imposibilă.

Aceste cercetări sunt bazate pe legăturile de transmitere prin ereditate a caracterelor sangvine. Sunt cunoscute patru grupe de sânge O(1), A(II), B(III), AB(IV).

În practica medico-legală, în afara grupei, în sânge se mai identifică și alți factori, cum sunt cei din sistemul MN, Rhesus, Kell, Dufly etc., care permit expertului să rezolve mai multe probleme importante în scopul identificării persoanei.

Expertiza petelor de spermă mai frecvent se solicită în cazul infracțiunilor sexuale. Identificarea petei de spermă pe îmbrăcăminte, lenjerie, diverse obiecte sau pe frotiurile vaginale constituie dovada obiectivă materială în cazurile de viol, atentat de viol, perversiuni sexuale. Diagnosticul pozitiv al petelor de spermă poate fi efectuat cu certitudine, stabilind apartenența ei individuală prin expertiza genetică. Mai greu determinăm vechimea petei de spermă.

La cercetarea petelor suspecte de spermă se rezolvă două probleme principale:

a) dacă în petele cercetate există spermă (stabilirea prezenței spermei);

b) dacă sperma dată poate aparține suspectatului în crimă sau această apartenență se exclude (stabilirea apartenenței de grupă a spermei).

Depistarea petelor de spermă corelează cu circumstanțele faptei (infracțiunii), fiind găsite pe diferite obiecte. Obligativ se cercetează următoarele obiecte:

1) hainele de pe victimă, inclusiv cea externă; 2) corpul victimei, pielea din regiunea organelor genitale, conținutul vaginului; 3) urme de la locul faptei.

Petele asemănătoare cu sperma se depistează prin metode de orientare: aspectul exterior și prin cercetarea în raze ultraviolete. Vizual petele diferă în dependență de materialul pe care ele se află. Pe o stofă albă ele au o culoare surie-galbenă, mai bine pronunțată pe margini. Pe substrat întunecat petele prezintă sectoare albicioase, la suprafața cărora se evidențiază niște solzișori albi și strălucitori; petele la palpare sunt dure (aspre). Prin cercetarea în razele ultraviolete se observă o luminiscentă albă-albăstrie.

După spălare petele de spermă devin invizibile chiar și în razele ultraviolete, dar aceasta nu exclude posibilitatea aprecierii spermei prin metode speciale de cercetare. Hainele victimei necesită în toate cazurile să fie expediate la expertiza de laborator, inclusiv după spălarea lor.

Identificarea spermei în petele suspecte se efectuează prin reacții de probabilitate (bazate pe proprietățile chimice, enzimice și imunologice ale spermei) și reacții de certitudine (identificarea spermatozoidelor).

Prezența spermei poate fi demonstrată cu exactitate numai prin determinarea spermatozoidelor, iar lipsa lor la pete nu exclude prezența spermei (spre exemplu, la azospermie).

Stabilirea apartenenței individuale a spermei se bazează pe:

a) determinarea aglutinogenilor în petele de spermă ale sistemului izoserologic eritrocitar al sângelui;

b) aprecierea caracterului secretor (nesecretor) în eliminările omului prin cercetarea salivei.

Grupa de sânge la om coincide cu grupa de spermă. Se recomandă ca de la victime și suspecții în crimă de expediat la expertiza medico-legală și probele de sânge lichid și salivă.

Expertiza firelor de păr. Firele de păr constituie uneori principalul corp delict în multiple cazuri de acte criminale . Prin cercetarea lor putem obține: identificarea agresorului după firele de păr găsite în mâna sau pe hainele victimei; identificarea agresorului prin găsirea de păr ale victimei pe hainele lui; identificarea unui cadavru necunoscut prin compararea firelor de păr ale acestuia cu firele de păr găsite pe îmbrăcămintea persoanei dispărute. Prezența firelor de păr constituie ideale corpuri delict ideale.

Firele de păr depistate la fața locului se ridică atent de pe corpurile delict și se introduc în pachete de hârtie curată, pe care se indică numărului firelor de păr, unde au fost găsite, data și de cine au fost ridicate.

În calitate de model pentru cercetare se expediază fire de păr din următoarele regiuni ale capului: temporală, parietală și occipitală. Părul se înlătură cu foarfecele. Din fiecare regiune se iau nu mai puțin de 10-15 fire, fiecare fascicul fiind împachetat separat, indicându-se totodată locul de unde a fost luat, de la cine, precum și data. Toate pachetele se introduc într-un plic comun, fiind sigilat și semnat de anchetator.

În caz de necesitate modelele de păr pot fi luate și din alte regiuni (axilară, de pe pubis) ale corpului. Ridicarea lor trebuie efectuată mai rapid, deoarece cu timpul părul se poate modifica. În decizia efectuării expertizei anchetatorul va indica în ce condiții s-a ridicat părul și problemele care se cer rezolvate de expertiza medico-legală.

Expertiza medico-legală a firului de păr trebuie să răspundă la următoarele întrebări principale.

1. Dacă obiectele ridicate reprezintă păr sau fire de altă natură?
2. Dacă firul de păr este de om sau de animal?
3. În cazul firului de păr de om, care este locul de origine?
4. Care a fost metoda de înlăturare a părului – tăiat, rupt, smuls sau a căzut de sine stătător?
5. Aprecierea individualității (cărei persoane îi aparține: victimei, agresorului).

În dependență de circumstanțele evenimentului anchetatorul penal poate pune și alte întrebări – care este apartenența de grupă a părului, dacă există semne specifice de acțiune cu vopsele, vârsta celui căruia îi aparține părul etc.

Părul se determină prin cercetări vizuale (macroscopic) și microscopice. Se studiază un complex de particularități: aspectul, forma, culoarea, lungimea, grosimea, cuticula, substanța corticală și medulară, secțiunea transversală a părului. Prin analiza tuturor acestor date se poate formula un diagnostic de precizie a originii umane sau animale a firului de păr, a exclude firele artificiale sau vegetale.

După structura firelor de păr se apreciază locul lor de origine, cele mai groase fiind firele de păr de pe barbă și mustați, iar cele mai subțiri – laguno (puful). Cercetând capetele părului, se poate conchide metoda de înlăturare a părului: smuls sau căzut de sine stătător, de apreciat forma de acțiune mecanică sau termică; adesea se poate concretiza acțiunea unui obiect contondent.

Stabilirea caracterelor individuale se efectuează pe baza cercetărilor comparative, care sunt foarte dificile și cer aplicarea mai multor metode complexe de cercetare. Expertul e în drept să afirme numai despre asemănarea firelor de păr, dar nu despre semnele identice, deoarece părul mai multor persoane poate fi asemănător.

Cu mult mai rar spre cercetate se expediază alte probe: salivă, urină, meconiu sau țesuturi ale corpului omenesc.

Petele de salivă sunt importante la identificarea apartenenței individuale. Aceste cercetări au două scopuri: unul cu privire la determinarea grupei de sânge și altul cu privire la aprecierea caracterului „secretor” sau „nesecretor” al persoanei. Spre exemplu, după un chiștoc de țigaretă fumată sunt incriminați doi bănuți cu aceeași grupă de sânge, dar unul din ei se evidențiază prin caracterul secretor, iar altul – nesecretor al salivei.

Obiecte de cercetare pot deveni *petele de sudoare, de lapte, eliminările din nas, urină, materii fecale, meconiu* etc.,

găsite la fața locului. Eliminări din organele genitale feminine pot fi găsite pe haine sau corpul inculpatului în fracțiune.

Particule de *țesuturi moi sau oase* se pot depista după dezmembrarea cadavrelor. În astfel de cazuri! identificarea cadavrului sau persoanei de la care provin aceste obiecte se va efectua în baza reacțiilor imunologice. Aprecierea apartenenței organo-tisulare și sexuale a fragmentelor de țesut, a elementelor de organe și celule se efectuează prin metode citologice.

La cercetarea acestor probe biologice se determină prezența lor; se apreciază apartenența de specie a lor; se face caracteristica apartenenței de grup a sângelui. La examinarea particularităților de țesuturi (os, cartilaj, piele etc.) se poate determina apartenența sexuală.

Cercetările toxico-narcologice

Sarcinile principale ale acestor investigații constau în prezentarea solicitantului rezultate concrete asupra nivelului cantitativ al diferitor substanțe toxice: droguri, alcool etilic, medicamente, etc., în probele materiale prelevate de la persoane, cadavre sau depistate la fața locului. În permanență se aplică noi metode de explorare în scopul determinării unor elemente toxice anterior necunoscute sau în decurs de sintetizare. Rezultatele obținute pentru medicii legiști și organele de resort în stabilirea originii eventualei intoxicații cu consecințe grave sau a acțiunilor criminale comise împotriva persoanei.

Valoarea cercetărilor histomorfopatologice

Examenul microscopic al fragmentelor de organe și țesuturi cadaverice, ca metodă analitică de cercetare suplimentară poate oferi valoroase date referitoare la concretizarea cauzei morții violente sau patologice. Un rol deosebit prezintă diagnosticul vitalității, consecutivității și vechimii leziunilor corporale, stabilirea particularităților microscopice în funcție de specificul agentului traumatic (electrocuție, intoxicație, asfixie mecanică, leziune mecanică, etc.) sau de originea pro-

cesului patologic (afecțiuni cardio-vasculară, oncologică, etc.) care au declanșat moartea persoanei. Prețioase informații se obțin în privința vechimii morții, mai cu seamă în lipsa datelor despre circumstanțele evenimentului sau de cercetare a cadavrelor neidentificate.

Obiectele și metodele investigațiilor medico-criminalistice

În secția respectivă se cercetează următoarele obiecte: țesuturile și organele prelevate de la cadavre și persoane, instrumentele vulnerante, hainele și încălțăminte, precum și materialele dosarelor de anchetă penală și judecată. În cadrul cercetărilor se pot rezolva următoarele probleme:

1. Determinarea caracterului și a mecanismului de producere a leziunilor de pe corp și haine provocate prin acțiunea obiectelor contondente și ascuțite, a armelor de foc și a curentului electric.
2. Identificarea obiectului vulnerant în baza cercetării leziunilor de pe corp și haine.
3. Cercetarea osemintelor în scopul determinării apartenenței de specie, de gen și vârstă, a taliei corpului, identificarea persoanei, precum și timpul înhumării sau morții.
4. Aprecierea vârstei prin diferite metode radiografice și antropometrice.
5. Stabilirea formei și mecanismului de formare a urmelor de sânge pe haine, obiecte vulnerante, corpuri delictive etc.
6. Efectuarea expertizelor, cu utilizarea metodelor speciale de cercetare din disciplinele limitrofe (criminalistica, rezistența materialelor etc.).

Fiecare metodă de cercetare este folosită conform formei și particularităților obiectelor de expertize, de posibilitățile diagnosticului în raport cu întrebările puse spre rezolvare.

Astfel, dacă necesită a identifica instrumentul vulnerant sau a aprecia mecanismul de acțiune a acestuia după caracterul leziunilor, se va proceda la:

1. cercetarea vizuală și microscopică pentru depistarea depunerilor de particule eterogene;
2. practicarea metodelor de fotografiere a urmelor lăsate pe obiectele cercetate;
3. măsurările vizuale și microscopice;
4. determinarea particularităților leziunii și a obiectelor incluse în ea prin metode radiografice;
5. obținerea urmelor experimentale cu cercetarea comparativă ulterioară;
6. determinarea prezenței urmelor de metale prin metoda spectroscopică;
7. pregătirea mulajelor și amprentelor leziunilor cercetate etc.

Investigațiile microscopice se practică pe larg la cercetarea leziunilor mecanice de pe haine, cadavru și persoane. În acest scop se utilizează microscopia stereoscopică și obișnuită, în care se creează condiții pentru examinarea microleziunilor, determinarea provenienței lor sau pentru explicarea mecanismului de formare. Cercetările microscopice se aplică la concretizarea sau identificarea obiectului vulnerant, mai cu seamă când lasă semne specifice pe cartilaje, oase și alte țesuturi.

Cercetările radiografice se practică ca metode separate în complex cu altele. Principal este că metoda radiografică nu distruge și nu modifică obiectul examinat, fiind utilă și în caz de putrefacție avansată a cadavrului. Prioritatea acestei metode constă în posibilitatea de a o întrebuința fără a efectua autopsia cadavrului și este eficientă la determinarea incluziunilor diferitelor corpuri străine în leziune, în caz de fracturare a oaselor și a proceselor patologice din ele, la aprecierea vârstei, la expertiza leziunilor prin arme de foc etc. Măsurările

macro- și microscopice se practică la cercetarea corpului sau a segmentelor lui, pentru aprecierea particularităților individuale sau determinarea localizării leziunilor în raport cu punctele antropometrice. Pentru măsurări mai precise ale unor obiecte, spre exemplu, la cercetările trasologice, se utilizează și microscopie speciale adaptate pentru măsurare.

Fotografiile judiciare pot fi aplicate pentru fixarea obiectelor sau în scop de cercetare comparativă. Ele redau în mod obiectiv aspectul general, caracterul particular și dimensiunile obiectelor cercetate, urmele depistate pe ele etc. Totodată fotografia nu poate înlocui descrierea obiectului sau urmelor depistate pe el. Cu ajutorul fotografierii în razele infraroșii se poate identifica funinginea în caz de leziune prin arme de foc sau a urmelor pe obiectele care sunt însângerate.

Metodele de identificare a probelor, expediate pentru cercetare, dau posibilitatea de a depista pe corp obiectele vulnerante sau pe îmbrăcăminte urme de metalizare în leziunile produse prin armele de foc, cu obiecte contondente sau ascuțite. Depunându-se pe suprafața sau în profunzimea leziunii, urmele de metalizare mărturisesc despre materialul, din care a fost confecționat obiectul vulnerant, iar în unele cazuri indică forma acestui obiect. În practica medico-legală mai răspândite sunt metodele chimice de determinare a materialelor.

Analiza spectrală de emisie permite de a determina într-o substanță prezența și cantitatea elementelor neorganice. Aceste cercetări se efectuează cu spectrografe speciale.

Întrebări pentru autocontrol

1. Care sunt probele delictive de origine biologică expediate spre cercetarea serviciului medico-legal?
2. În ce mod se ridică și cum se ambalează probele delictive de origine biologică de la fața locului?

3. Care sunt întrebările adresate expertizei pentru soluționare a urmelor de sânge?
4. Care sunt întrebările adresate expertizei pentru soluționarea petelor de spermă?
5. Care sunt întrebările puse spre soluționarea expertizei petelor de salivă, urină, sudoare?
6. Care sunt întrebările puse spre soluționarea expertizei firelor de păr?

Capitolul 15

INFRAȚIUNILE, ERORILE ȘI ACCIDENTELE ÎN PRACTICA MEDICALĂ

În activitatea lucrătorilor medicali se întâlnesc diverse consecințe nefavorabile în procesul tratării bolnavilor, condiționate de imperfecțiunea științelor medicale, metodelor de diagnostic și tratament. Greșelile comise de lucrătorii medicali adesea provoacă plângeri ale bolnavilor sau rudelor. Motivele și cauzele acestor plângeri sunt foarte variate: deficiențe în tratament; diagnosticare incorectă sau întârziată; brutalitate și lipsa de atenție a lucrătorilor medicali față de bolnavi etc. Majoritatea dosarelor, intentate în baza plângerilor bolnavilor și rudelor, după anchetarea prealabilă, se încetează, fiind apreciate ca nemotivate.

Comisia medico-legală este condusă, de regulă, de un specialist (profesor, conferențiar) calificat în acest domeniu. Din componența comisiei fac parte 1-2 medici legiști și medici clinicieni, specialiști în ramura respectivă. Medicii care au participat la controlul cauzei din partea procuraturii n-au dreptul să fie membri ai comisiei medico-legale.

Obiectivitatea concluziilor expertizei în mare măsură depinde de calitatea materialelor prezentate. La dispoziția comisiei medico-legale se pun copiile proceselor-verbale ale conferinței clinico-anatomice și conferinței clinice, precum și copiile actelor de cercetare departamentală, care au studiat circumstanțele cazului dat.

De asemenea, se cer prezentate, în original, alte documente medicale: fișele de observație clinică, carnetele de ambulatoriu, clișeele radiologice, registrul operațiilor, carnetul indicațiilor medicale etc. Dacă bolnavul a decedat, comisiei i se prezintă raportul de expertiză medico-legală sau procesul-verbal de autopsie morfofopatologică, precum și datele cercetărilor histologice.

După analiza tuturor materialelor prezentate comisia de experți întocmește concluziile, în care se răspunde argumentat la întrebările puse de anchetator. Comisia este obligată să stabilească dacă au avut loc sau nu greșeli profesionale în activitatea medicilor. Dacă se constată unele greșeli, se concretizează prin ce s-au manifestat, care este legătura de cauzalitate dintre metoda de tratament și consecințele nefavorabile stabilite.

De reținut, că expertiza medico-legală referitoare la infracțiunile profesionale medicale este una dintre cele mai dificile. Complicațiile sunt condiționate de estimarea retrospectivă a stării sănătății persoanei, de deficiențele apărute la aprecierea reacției individuale a organismului bolnav, la procedeele terapeutice etc.

Codul Penal al Republicii Moldova prevede infracțiuni profesionale medicale, ce includ: infracțiunile contra păcii și securității omenirii; infracțiunile contra vieții și sănătății persoanei; infracțiunile contra libertății, cinstei și demnității persoanei; infracțiunile contra drepturilor politice, de muncă și altor drepturi constituționale ale cetățenilor; infracțiunile contra sănătății publice și conviețuirii sociale; infracțiunile economice; infracțiunile contra bunei desfășurări a activității în sfera publică.

Din șirul *infracțiunilor contra păcii și securității omenirii, infracțiunilor de război* personalului medical îi pot fi imputate: tratamente inumane (art. 137), clonarea (art. 144).

Infracțiunile contra vieții și sănătății persoanei, aplicabile în practica medicală, cuprind următoarele: lipsirea de viață la dorința persoanei (eutanasia) (art. 148), provocarea ilegală a avortului (art. 159), efectuarea ilegală a sterilizării chirurgicale (art. 160), efectuarea fecundării artificiale sau a implantării embrionului fără consimțământul scris al pacientei (art. 161), neacordarea de ajutor unui bolnav (art. 162).

La capitolul *infracțiuni contra libertății, cinstei și demnității persoanei* se referă: tortură, tratamentul inuman sau de-

gradant (art. 166¹), internarea ilegală într-o instituție psihiatrică (art. 169).

Infracțiunile contra drepturilor politice, de muncă și altor drepturi constituționale ale cetățenilor cu referire la activitatea medicală conțin: încălcarea egalității în drepturi a cetățenilor (art. 176).

Din *infracțiunile contra sănătății publice și conviețuirii sociale* fac parte: contaminarea cu maladia SIDA (art. 212), încălcarea din neglijență a regulilor și metodelor de acordare a asistenței medicale (art. 213), practicarea ilegală a medicinei sau activității farmaceutice (art. 214), răspândirea bolilor epidemice (art. 215), prescrierea ilegală sau încălcarea regulilor de circulație a substanțelor narcotice sau psihotrope (art. 218).

Infracțiunile economice cuprind: primirea unei remunerații ilicite pentru îndeplinirea lucrărilor legate de deservirea populației (art. 256).

Infracțiunile contra bunei desfășurări a activității în sfera publică includ: coruperea pasivă (art. 324), abuzul de putere sau abuzul de serviciu (art. 327), excesul de putere sau depășirea atribuțiilor de serviciu (art. 328), neglijența în serviciu (art. 329), falsul în actele publice (art. 332), confecționarea, deținerea, vânzarea sau folosirea documentelor oficiale, a imprimatelor, ștampilelor sau sigiliilor false (art. 361).

Responsabilitatea juridică a lucrătorilor medicali pentru infracțiunile profesionale reprezintă o noțiune care înglobează responsabilitatea penală și cea disciplinară.

În medicina legală toate formele de infracțiuni profesionale ale lucrătorilor medicali se împart în următoarele grupe: infracțiuni intenționate, acțiuni imprudente, greșeli medicale și accidente în practica medicală.

La răspundere penală lucrătorii medicali sunt trași numai pentru infracțiunile intenționate, precum și la comiterea acțiunilor imprudente, dacă acestea au provocat daună sănătății oamenilor. În alte cazuri lucrătorii medicali poartă o responsabilitate administrativă sau disciplinară.

Infracțiunile intenționate. Din această grupă de infracțiuni ale lucrătorilor medicali se evidențiază: efectuarea ilegală a avortului, neacordarea asistenței medicale bolnavului, nerespectarea regulilor antiepidemice, confecționarea și vânzarea substanțelor toxice, sterilizarea femeilor și bărbaților fără indicații medicale, precum și abuzul prin postul ocupat sau eliberarea documentelor medicale false.

Avortul criminal (ilegal) efectuat de medic în afară de staționar sau de către o persoană fără studii medicale superioare, este considerat nelegitim. Vinovăția se agravează prin moartea victimei sau alte complicații grave, precum și la efectuarea repetată a avortului.

Responsabilitatea penală a medicului pentru efectuarea nelegitimă a avortului este exclusă numai în cazurile dacă el a acționat în cadrul necesității extraordinare, spre exemplu, la prezența indicațiilor vitale la victimă, când transportarea ei în spital devenea imposibilă.

Neacordarea asistenței medicale bolnavului, fără cauze întemeiate, de către persoana care era obligată s-o acorde după lege este prevăzută de reguli speciale. Astfel de persoane pot fi nu numai medicul, dar și felcerul, moașa, asistenta medicală, sora de caritate. Acuzația se agravează prin moartea și amenințarea cu moartea bolnavului sau prin alte complicații grave.

Neacordarea ajutorului medical poate fi întemeiat numai în cazul îmbolnăvirii medicului sau imposibilitatea lui de a lăsa alt bolnav în primejdie. Motivul neacordării ajutorului medical poate fi justificată în fiecare caz separat după analiza tuturor dovezilor acumulate de organele de anchetă penală.

Prin acțiunile imprudente se înțeleg acțiunile (inacțiunile) persoanei care într-o situație concretă a prevăzut posibilitatea apariției unor consecințe periculoase pentru sănătate prin acțiunea dată, dar a considerat posibilă evitarea lor sau nu a întreprins nimic pentru a le preîntâmpina. Infracțiunile prin im-

prudență pot fi condiționate și de încrederea în sine, când persoana vinovată a prevăzut posibilele consecințe periculoase ale acțiunilor sale, dar pe care le-a neglijat.

Acțiunile imprudente ale lucrătorilor medicali adesea sunt calificate ca infracțiuni profesionale prin neglijență care prevăd: „neîndeplinirea sau îndeplinirea neadecvată de către o persoană oficială a obligațiilor sale ca rezultat al atitudinii neglijente sau neconștiincioase față de ele, dacă neglijența a cauzat daună considerabilă fie intereselor de stat sau obștești, fie drepturilor și intereselor ocrotite de lege ale cetățenilor”.

Acțiunile imprudente includ și greșelile medicale, ce se realizează prin omisiuni de examinare, intervenții inadecvate etc. Drept exemplu pot servi lezarea vaselor sangvine mari, a ureterului, nervilor, alunecarea ligaturilor de pe locurile lor, precum și alte greșeli de ordin tehnic.

Pentru a-1 recunoaște pe lucrătorul medical vinovat de comiterea infracțiunilor imprudente sau neglijente, se cere dovedită legătura de cauzalitate dintre acțiunile (inacțiunile) lui și consecințele nefavorabile ale tratamentului.

Erorile medicale. Noțiunea de eroare medicală prevede o posibilitate admisă și recunoscută ca generatoare de interpretări greșite, cauzată de insuficiențe ale metodelor de diagnosticare și tratament, precum și de condițiile obiective care nu dau posibilitatea efectuării unui lucru calitativ. În aceste cazuri medicul nevrând dăunează sănătății bolnavului. Eroarea reprezintă o asemenea situație, în care medicului nu i se poate reproșa conduita aleasă, întrucât orice alt cadru medical ar fi reacționat identic în condiții similare. Despre o eroare medicală se poate vorbi numai atunci când sunt excluse imprudența și acțiunile intenționate sau lipsa de atenție.

Cele mai frecvente erori medicale cu consecințe grave se înregistrează în practica chirurgilor, obstetricienilor-ginecologi, mai ales la efectuarea unor operații complicate și

de urgență. Eroare medicală nu prezintă o infracțiune și nu e pasibilă de pedeapsa penală.

Accidente în practica medicală. Prin accidente în practica lucrătorilor medicali se înțeleg consecințele nefavorabile ale tratamentului, care au intervenit ocazional, chiar la cea mai corectă și conștiincioasă atitudine a medicului față de datoria sa.

Dintre cauzele accidentelor profesionale medicale se pot evidenția: imperfecțiunea cunoștințelor medicale; particularitățile anatomo-fiziologice individuale ale organismului; moartea subită pe masa de operație etc. Complicații imprevizibile se pot declanșa și în organismul omului sănătos din punct de vedere anatomo-funcțional. Accidentul medical, de asemenea, nu este o infracțiune și nu prevede pedeapsa penală.

La cercetarea plângerilor asupra lucrătorilor medicali în problema activității profesionale de către organele de anchetă penală și judecată apar unele întrebări specifice, care pot fi rezolvate numai de către o comisie medico-legală calificată. Concluziile ei, de regulă, servesc drept unica dovadă principală în aceste cazuri. Cercetarea se efectuează numai de un anchetator calificat, iar decizia referitor la intentarea unui dosar penal se aprobă de procuror.

Determinarea caracterului infracțiunii comise (greșeală medicală, accident sau infracțiune) prevede aprecierea gradului de vinovăție, de aceea ține de competența justiției. Expertiza medico-legală se efectuează numai după intentarea dosarului penal.

Problemele care necesită a fi rezolvate de expertiza medico-legală depind de condițiile concrete și de caracterul infracțiunii sau greșelii comise. În fiecare caz aparte ele diferă. Prezintă numai problemele generale care pot fi propuse spre rezolvarea expertizei:

1. Dacă starea sănătății bolnavului în momentul internării în spital cerea o examinare medicală urgentă?
2. Dacă diagnosticul a fost stabilit la timp și corect?
3. Dacă tratamentul s-a efectuat conform diagnosticului stabilit?
4. Dacă consecința nefavorabilă a bolii este direct condiționată de metoda de tratament prescrise?
5. Prin ce motive se poate explica consecința nefavorabilă a bolii, ținând cont de dezvoltarea științelor medicale?
6. Care este legătura de cauzalitate dintre greșelile comise de medic și consecința nefavorabilă?
7. Ce a fost determinant și principal în consecința nefavorabilă: caracterul și gravitatea evoluției bolii (traumei), greșelile comise în tratament sau alți factori și care anume?
8. Dacă în cazul dat era indicată operația efectuată. Dacă s-au ales corect metoda și tehnica de operație.
9. Dacă bolnavul a fost satisfăcător îngrijit și tratat în perioada postoperatorie.

CURRICULUM LA MEDICINĂ LEGALĂ

Curriculum-ul la disciplina medicina legală va evidenția specificul activității, obiectele și metodele de cercetare, obiectivele și sarcinile serviciului medico-legal în raport cu principiile asistenței medicale acordate populației în instituțiile medico-sanitare publice, care la rândul lor presupun o activitate desfășurată în baza unui set specific de acte legislative, procedurale, normative și departamentale, care reglementează nemijlocit organizarea și efectuarea lucrărilor medico-legale.

Obiectivele cursului la medicina legală asigură judecătorilor și procurorilor suficiente cunoștințe specifice pentru obținerea unei calificări profesionale mai înalte la cercetarea infracțiunilor comise împotriva sănătății, inviolabilității sexuale și vieții persoanei.

Curriculum-ul la medicina legală este perfectat în conformitate cu nivelul științei contemporane, ținând cont de progresul disciplinelor conexe și prevederile actelor legislativ-normative care reglementează activitatea în ramură.

Prelegerile sunt orientate spre sistematizarea problemelor prioritare și integrative ale disciplinei, seminarele și orele practice – spre însușirea principalelor dexterități cu caracter aplicativ pentru judecători și procurori.

Studiile de caz sunt menite pentru stimularea gândirii situaționale a condițiilor nestandarde de apreciere a legăturii de cauzalitate dintre faptele antisociale și consecințele lor asupra victimelor.

Obiectivele standard ale disciplinei

A. La nivel de cunoaștere și înțelegere studenții trebuie:

- să perceapă valoarea probatorie a medicinei legale și posibilitățile de investigare;
- să identifice principiile de organizare și bazele procedurale de efectuare a expertizei medico-legale în Republica Moldova;

- să deosebească tipurile principale ale leziunilor produse prin agenți mecanici, fizici, chimici;
- să cunoască componentele obligatorii ale ordonanței de numire și efectuare a expertizei medico-legale;
- să distingă motivele examinării medico-legale pe persoane și criteriile de apreciere a gravității vătămarilor corporale;
- să definească categoriile și formele de moarte, să identifice modificările cadaverice precoce și tardive;
- să perceapă motivele de examinare medico-legală a cadavrelor și metodologia examinării locului faptei;
- să identifice tipurile de corpuri delictuale de origine biologică și problemele soluționate în cadrul expertizei medico-legale;
- să însușească specificul efectuării expertizelor medico-legale în comisie pe cazuri complicate și a deficiențelor în activitatea profesională a lucrătorilor medicali;
- să cunoască motivele de recuzare și participare a experților în ședința de judecată.

B. La nivel de aplicare studenții trebuie să poată:

- interpreta corect bazele procesuale ale expertizei medico-legale;
- perfectă ordonanțele de numire a expertizei medico-legale conform cerințelor prevăzute;
- indentifica leziunile corporale în funcție de caracterul agentului traumatic;
- aplica adecvat motivele de examinare medico-legală a persoanelor vătămate și a cadavrelor;
- examina la fața locului cadavrul și corpurile delictuale de origine biologică;
- adresa întrebările pentru soluționare adecvat obiectului de cercetare medico-legală și cazului investigat.

C. La nivel de integrare studenții vor trebui:

- să aprecieze valoarea medicinei legale în contextul disciplinelor medicale și juridice conexe;
- să coreleze concluziile medico-legale cu alte probe existente la caz;
- să interpreteze informațiile medico-legale obținute de pe pozițiile practicii judiciare.
- să valorifice gradul corespunderii concluziilor medico-legale cu alte probe (mărturii) la cazul cercetat.

Tematica de studiu

1. Introducere. Medicina legală ca obiect de studiu, rolul social, istoricul și structura serviciului medico-legal din RM.
2. Bazele legislative și procesuale ale expertizei medico-legale.
3. Tanatologia medico-legală
4. Traumatologie medico-legală generală
5. Traumatologie medico-legală specială
6. Asfixiile mecanice
7. Dereglarea sănătății și moartea prin acțiunea agenților fizici.
8. Toxicologie medico-legală
9. Dereglarea sănătății și moartea provocată prin deosebiți factori vulneranți (biologici, plante, ciuperci, trauma psihică).
10. Probleme de obstetrică și ginecologie medico-legală. Cercetarea cadavrelor de nou-născuți. Pruncuciderea.
11. Expertiza medico-legală a persoanelor agresate
12. Cercetarea cadavrului la fața locului.
13. Expertiza medico-legală a cadavrului. Identificarea cadavrului și a părților dezmembrate.
14. Cercetările de laborator a corpurilor delictate de origine biologică.
15. Expertiza medico-legală a deficiențelor (infracțiunilor înregistrate în practica medicală).

Obiectivele de referință și conținuturi

Obiectivele de referință	Conținuturi
<ul style="list-style-type: none"> • să definească principiile de organizare a serviciului medico-legal; • să identifice bazele legislative și procedurale a activității medico-legale; • să determine obiectele de cercetare și formele expertizelor medico-legale; • să enumere componentele obligatorii a ordonanței de efectuare a expertizei medico-legale; • să explice importanța pentru judecată a concluziilor medico-legale; • să evidențieze motivele de recuzare și de participare în ședința de judecată a experților; • să enumere cazurile de expertize medico-legale pe dosare penale și civile și în cazul asistenței medicale defectuoase. 	<p><i>Introducere în studiul Medicinii legale:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> * Conceptul, principiile de organizare și bazele procedurale ale activității medico-legale; * Obiectele de cercetare și motivele de examinare.
<ul style="list-style-type: none"> • să definească fenomenul morții, moartea aparentă, clinică și biologică; • să enumere formele, categoriile și genul morții în aspect medico-juridic; 	<p><i>Expertiza pe cadavre:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> * Criteriile de stabilire a morții și vechimea ei. * Principiile de cercetare a cadavrului la fața locului; * Specificul examinării

<ul style="list-style-type: none"> • să evidențieze modificările cadaverice precoce și tardive; • să stabilească diagnosticul morții a omului la fața locului; • să enumere sarcinile și etapele de cercetare a cadavrului la fața locului; • să caracterizeze specificul cercetării cadavrului în accidente rutiere și alte forme de moarte violentă; • să interpreteze tactica procurorului la cercetarea accidentelor cu multiple victime omenești, identificarea lor; • să formuleze specificul cercetării cadavrelor de prunci la fața locului; • să analizeze caracterul distrugerii cadavrului de către insecte și animale; • să argumenteze motivele și organizarea cercetării cadavrului exhumat; • să evidențieze formele petelor de sânge depistate la fața locului; • să formuleze cerințele față de ridicarea, ambalarea și expedierea corpurilor delictate la cercetări medico-legale; • să defină întrebările adresate spre rezolvarea expertizei a corpurilor delictate; 	<p>corpurilor delictate de origine biologică de la fața locului;</p>
---	--

<ul style="list-style-type: none"> • să enumere motivele expertizei medico-legale a persoanelor în viață; • să definească noțiunea de vătămare corporală; • să identifice criteriile și gradul de apreciere a gravității vătămarilor corporale; • să definească vătămarile corporale grave; • să definească vătămarile corporale de grad mediu și ușor; • să formuleze noțiunea de bătaie, chinuire și torturare; • să formuleze expertizele stărilor de sănătate, simulare, agravare și disimulare; • să analizeze expertizele filiației, motivele și formele de organizare; • să caracterizeze infracțiunile sexuale, cazurile de naștere recentă. 	<p>Expertize pe persoane:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Modalitatea examinării medico-legale a persoanelor în viață; * Vătămarile corporale, criteriile și gradul lor de gravitate; * Cercetările infracțiunilor cu caracter sexual, stările sexuale contestabile.
<ul style="list-style-type: none"> • să enumere factorii traumatizanți și mecanismele lor de acțiune; • să prezinte clasificarea factorilor traumatizanți; • să evidențieze tipurile leziunilor mecanice cu obiecte contondente; • să caracterizeze tipurile și 	<p>Expertiza leziunilor mecanice:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Noțiuni de traumă și factorii traumatizanți; * Particularitățile leziunilor produse cu obiecte contondente; * Specificul leziunilor produse cu obiecte ascuțite;

<p>caracterul plăgilor produse cu obiecte ascuțite;</p> <ul style="list-style-type: none"> • să definească traumele produse prin cădere și precipitare; • să caracterizeze factorii traumatici ai împușcării prin armele de foc; • să formuleze problemele expertizei medico-legale în cazurile de împușcare; • să enumere distanțele împușcării în aspect medico-legal; • să specifice expertizele muniției și a dispozitivelor explozibile. 	<ul style="list-style-type: none"> * Leziunile balistice. * Criteriile de identificare a obiectelor vulnerante.
<ul style="list-style-type: none"> • să definească noțiunea de traumatism prin transport; • să prezinte clasificarea mijloacelor de transport; • să enumere tipurile de traumatisme prin automobile; • să evidențieze mecanismul de producere a leziunilor auto; • să enumere formele de leziuni produse cu automașini; • să prezinte leziunile specifice și caracteristice pentru traumele prin automobile; • să analizeze valoarea cercetării îmbrăcăminte și încălțăminte ale victimei trauma- 	<p><i>Expertiza medico-legală a traumelor de transport:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> * Particularitățile cercetării traumatismelor prin mijloace de transport; * Mecanismul de producere și specificul lezional în traumatisme cu mașini auto, motociclete și tractoare cu roți; * Specificul traumatismelor feroviare și aeriene.

<p>tismului auto;</p> <ul style="list-style-type: none"> • să evidențieze tipurile și mecanismele traumelor produse de motociclete; • să formuleze principalele întrebări adresate pentru soluționarea expertizei medico-legale a traumelor rutiere; • să prezinte mecanismele de traumatizare prin tractoare cu roți; • să specifice mecanismele și caracterul lezional ale traumelor feroviare; • să formuleze sarcinile și specificul cercetării traumatismului aviatic. 	
<ul style="list-style-type: none"> • să formuleze noțiunea de asfixie; • să definească clasificarea asfixiilor mecanice; • să analizeze fenomenul spânzurării și specificul cercetării la fața locului; • să caracterizeze strangularea cu lațul și sugrumarea, particularitățile de cercetare; • să demonstreze specificul compresiei toraco-abdominal ca formă de asfixie mecanică; • să interpreteze diferența dintre înec, moartea în apă și retenția cadavrului în apă; • să enumere formele asfixii- 	<p><i>Expertiza asfixiilor mecanice:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> * Generalități ale stărilor de asfixie și mecanismului morții. * Asfixiile prin compresivitatea gâtului și toracelui. * Asfixiile prin ocluzia căilor respiratorii. * Asfixii prin aer confinat.

<p>lor prin ocluzii ale căilor rerspiratorii;</p> <ul style="list-style-type: none"> • să formuleze specificul anchetării cazurilor de moarte în spații închise și semiînchise ca patologie regională. 	
<ul style="list-style-type: none"> • să definească noțiunea de toxic și toxicitate; • să determine clasificarea intoxicațiilor în aspect juridic și medico-legal; • să formuleze specificul cercetării la fața locului în moarte prin intoxicație; • să stabilească specificul intoxicațiilor cu droguri și medicamente; • să explice specificul cercetării intoxicațiilor cu plante și ciuperci otrăvitoare; • să analizeze intoxicațiile alimentare în locurile publice; • să caracterizeze cercetările cazurilor de intoxicații acute cu pesticide. 	<p>Expertiza intoxicațiilor acute:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Noțiuni de toxicologie medico-legală și clasificarea toxice-lor. * Specificul intoxicațiilor cu rezonanță socială. * Cercetarea la fața locului în cazurile de intoxicații.
<ul style="list-style-type: none"> • să definească mecanismul dereglării sănătății prin acțiunea generală a temperaturii înalte asupra organismului uman (hipertermie); • să explice cauza morții în incendii, carbonizarea cada- 	<p>Expertiza patologiilor produse prin agenți fizici:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Acțiunile temperaturilor înalte (hipertermia). * Acțiunile temperaturilor scăzute (hipotermia). * Electrocuția și fulgerația.

<p>vrului;</p> <ul style="list-style-type: none"> • să determine valoarea cercetării cenușii la suspiciunea de ardere criminală a cadavru- lui; • să caracterizeze factorii de risc al morții prin hipotermie (acțiunea generală al temperaturii scăzute); • să stabilească strategia examinării locului faptei în caz de electrocuție cu curent tehnic; • să expună efectele de manifestare a acțiunii curentului electric și fulgerației; • să definească noțiunea de barotraumă și condițiile în care se produc; • să enumere posibilitățile de acțiune excesivă a radiațiilor ionizante asupra omului. 	<p>* Barotrauma și radiația ionizantă.</p>
--	--

Subiecte pentru evaluarea sumativă

1. Noțiunea de Medicină legală ca disciplină de studiu, organizarea serviciului.
2. Formele de expertiză medico-legală.
3. Obiectele de cercetare medico-legală.
4. Modul de organizare și efectuare a expertizelor.
5. Obligațiunile, drepturile și responsabilitatea expertului.
6. Recuzarea expertului.
7. Participarea medicului legist la interogatoriu.
8. Participarea medicului legist la reconstituirea locului faptei.
9. Participarea medicului legist la judecată.

10. Aprecierea concluziilor medico-legale de procuror și în ședința de judecată.
11. Documentația expertizei medico-legale.
12. Specificul efectuării expertizei medico-legale în cazurile asistenței medicale defectuoase.
13. Motivele expertizei medico-legale pe dosarele penale și civile.
14. Componentele obligatorii a ordonanței (solicitării) de efectuare a expertizei medico-legale.
15. Cercetarea cadavrului la fața locului, etapele de evaluare și sarcinile.
16. Motivele și organizarea cercetării cadavrului exhumat.
17. Specificul cercetării cadavrelor de nou-născuți (pruncuciderea).
18. Sarcinile medicului specialist care participă la examinarea cadavrului la locul depistării.
19. Caracterul macroscopic al formelor petelor de sânge depistate la fața locului.
20. Cerințele față de ridicarea, ambalarea și expedierea corpurilor delictate la cercetări medico-legale.
21. Întrebările care cer rezolvate în cadrul expertizei medico-legale a urmelor de sânge.
22. Specificul cercetării cadavrului la fața locului în caz de accidente rutiere (auto, tren).
23. Tactica procurorului la cercetarea accidentelor soldate cu multiple victime omenești (calamități naturale sau tehnogene, acte de terorism sau militare, etc).
24. Diagnosticul morții biologice a omului la fața locului; moartea aparentă și clinică.
25. Formele, categoriile și genurile morții în aspect medico-juridic.
26. Modificările cadaverice precoce, tardive și conservatoare.
27. Distrugerea cadavrelor de către insecte și animale.
28. Factorii traumatizanți, formele de acțiune și criteriile de identificare a obiectelor vulnerante.

29. Tipurile leziunilor mecanice cu obiecte contondente (excoriații, echimoze, plăgi, luxații, fracturi, etc.).
30. Tipurile și caracterul leziunilor produse cu obiecte ascuțite.
31. Caracterul lezional în accidente cu trafic rutier.
32. Leziuni produse prin cădere și precipitare.
33. Leziunile produse prin armele de foc, factorii traumatizanți ai împușcăturii.
34. Problemele expertizei medico-legale în împușcare.
35. Distanțele împușcăturii în aspect medico-legal și caracterul lezional.
36. Leziuni prin armele de vânătoare și rafale automate.
37. Expertiza muniției și dispozitivelor explozibile.
38. Asfixiile mecanice, clasificarea lor.
39. Spânzurarea, specificul cercetării la fața locului.
40. Strangularea cu lațul și sugrumarea, particularitățile de cercetare.
41. Înecul, moartea în apă și semnele de retenție a cadavrului în apă.
42. Asfixie prin compresie toraco-abdominală.
43. Specificul anchetării cazurilor de moarte în spații închise și semiînchise.
44. Specificul anchetării cazurilor de moarte în incendii, carbonizarea cadavrelor.
45. Specificul anchetării în caz de moarte prin electrocuție și fulgerație.
46. Substanțele toxice, clasificarea intoxicațiilor în aspect juridic și medico-legal.
47. Toxicomaniile, intoxicațiile cu medicamente și droguri.
48. Specificul examinării la fața locului în caz de moarte prin intoxicații.
49. Intoxicațiile cu pesticide, detergenți și metanol.
50. Intoxicațiile alimentare cu plante și ciuperci otrăvitoare.
51. Expertiza medico-legală a infracțiunilor sexuale. Avortul ilegal.

52. Motivele expertizei medico-legale a persoanelor în viață și problemele care necesită rezolvare.
53. Criteriile de apreciere a gradului de gravitate a vătămărilor corporale.
54. Vătămările corporale grave.
55. Vătămările corporale de grad mediu și ușor.
56. Noțiunile de bătaie, chinuire și torturare.
57. Expertiza stării de sănătate, simulare, disimulare, agravare și bolile artificiale.
58. Problemele legate de torturarea copilului.
59. Expertiza filiației, motivele și organizarea.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

A) Actele legislative și normative:

1. Legea Republicii Moldova cu privire la expertiza judiciară, constatările tehnico-științifice și medico-legale. În: Monitorul Oficial al R.M., 2000 , nr.144-145 din 16.11.2000).
2. Legea ocrotirii sănătății (nr.411-8 din 31.05.1995). În: Monitorul Oficial al R.M., 1995, nr.34/373 din 22.06.1995.
3. Codul de Procedură Civilă al R.M. (Legea nr.1107-15,06.05.2002). În: Monitorul Oficial al R.M., 2002, nr.82-86 din 22.06.2002.
4. Codul Penal al R.M. (Legea nr.985-15,18.04.2002). În: Monitorul Oficial al R.M.,2002, nr.128-129 din 13.09.2002.
5. Codul de Procedură Penală al R.M. (Legea nr.122-15,14.03.2003).În: Monitorul Oficial al R.M.,2003, nr.104-110 din 07.06.2003.
6. Regulamentul Centrului de Medicină Legală pe lângă M.S., aprobat prin Hotărârea Guvernului R.M. În: Monitorul Oficial al R.M., 2003, nr.6-8 din 24.01.2003.
7. Regulamentul de apreciere medico-legală a gravității vătămării corporale, aprobat prin ordinul M.S. nr.199 din 27 iunie 2003. În: Monitorul Oficial al R.M.,2003, nr.170-172,din 08.08.2003.
8. Aprecierea medico-legală a gravității vătămării corporale în traumele cranio-cerebrale (indicații metodice), aprobat prin ordinul M.S. nr.157 din 30.05.2005, Chișinău: CP Medicina, 2005, 28 p.

B) Literatura recomandată:

1. Asăreștoae, V., Grigoriu, C., Scripcaru, C. Ghid practic de medicină legală. Iași, 1998.

2. Baci, Gh. Aspecte medico-legale de victimologie. În: Mater. conf. anuale a USMF. Chişinău, 1997, pp.34-39.
3. Baci, Gh. Bazele legislative și procedurale ale activității serviciului medico-legal din R. Moldova. În: Revista IN-FO-MED, 2004, nr.2, pp.9-17.
4. Baci, Gh. Expertiza medico-legală a cadavrului și persoanei. Chişinău: CEP Medicina, 2008, 178p.
5. Baci, Gh. Intoxicații acute cu medicamente – problemă medico-socială. În: Revista AȘM „Știința”, 1995, nr. 3.
6. Baci, Gh. Medicina Legală. Chişinău: Ruxanda, 1999, 230p.
7. Baci, Gh. Medicina legală. Suport de curs, partea II. Chişinău: Elan Poligraf SRL, 2009, pp. 145-208.
8. Baci, Gh. Optimizarea procesului de studiu la disciplina medicina legală. În: Curierul Medical, 2008, nr.1, pp.62-64.
9. Baci, Gh. Sarcinile serviciului medico-legal în accidente cu numeroase victime omenești. În: Mater. Conf. a 2-a a med. legiști din R.M., Chişinău, 2006, pp.39-49.
10. Baci, Gh. Valoarea informațiilor cu caracter medico-legal în procesul de urmărire penală. În: Avocatul popoului, 2007, nr.12, pp.20-22.
11. Baci, Gh., Balaban, V. Rolul social al medicinei legale și aportul ei la îndeplinirea actului de justiție. În: Sănătatea publică, economie și management în medicină, 2007, nr.2, pp.15-18.
12. Baci, Gh., Pădure, A. Valorificarea cunoștințelor medico-legale în pregătirea profesională a medicilor. În: Mater. conf. Șt. dedicate jubileului de 190 ani de la fondarea SCR. Chişinău, 2007, pp.170-172.
13. Baci, Gh., Pădure, A., Șarpe, V. Traumatismele mecanice în aspect medico-legal, Chişinău: CEP Medicina, 2006, 256p.
14. Beliș, VI. Îndreptar de practică medico-legală. București, 1990.

15. Beliș, Vl. Tratat de medicină legală. București, 1995, vol I-II.
16. DiMaio, V. J. M., DiMaio, D.J. Forensic Pathology (second edition). Boca Raton, Florida, USA: CRC Press, 2001, 580 p.
17. Dolea, I., Doraș, S., Baci, Gh., Pădure, A., Coșciug, I., Răjicova, S. Expertiza judiciară în cauzele privind minorii. Chișinău: Ed. Combinatul Poligrafic, 2005, 136p.
18. Eckert W. G. Introduction to Forensic Sciences (second edition). New York: CRC Press, 1997, 385 p.
19. Knight, B., Saukko, P. Knight's Forensic Pathology (third edition). London: Arnold, 2004, 662 p.
20. Macelaru, V. Balistica judiciară. București, 1972.
21. Moraru, I. Medicina Legală. București, 1967.
22. Pădure, A., Baci, Gh., Cuvșinov, I. Calitatea documentației medico-legale-concepție importantă pentru organul de urmărire penală. În: Mater. Conf. a 2-a a med. legisti din R.M. Chișinău, 2006, pp.32-39.
23. Perju-Dumbravă, D., Mărgineanu V. Teorie și practică medico-legală. Cluj-Napoca, 1996.
24. Scripcaru, C., Ioan, Beatrice. Medicina Legală în justiție. Iași, 2001.
25. Scripcaru, Gh., Ciornea, T., Ianovici, N. Medicina și drept. Iași: Junimea, 1979.
26. Sheperd, R. Simpson's Forensic Medicine. London: Arnold, 2003, 196 p.
27. Tetercev, V., Mateicic, V., Pădure, A. Examinarea medico-legală a cadavrului la fața locului (material didactic). Chișinău, 2004.
28. Ungurean, S. Medicina Legală. Chișinău, 1993.
29. Авдеев, М.И. Курс судебной медицины. Москва, 1959.
30. Акопов, В.И. Судебно-медицинская экспертиза повреждений тупыми предметами. Москва, 1978.
31. Бачу, Г.С. Об отравлении ядовитыми растениями. В: Сельское хозяйство Молдавии, 1976, nr. 6.

32. Бачу, Г.С. Об отравлении ядохимикатами. В: Актуальные проблемы судебной медицины. Москва, 1972.
33. Бачу, Г.С. Сопротивляемость и повреждения грудной клетки при ее компрессии. Кишинев, 1980.
34. Бачу, Г.С. Судебно-медицинская экспертиза насильственной смерти у лиц с предшествующими заболеваниями. Кишинёв: Картя Молдовеняска, 1971, 88с.
35. Крюков, В. Судебная медицина. Москва, 1990.
36. Пауков, В.С., Живодеров, Н.Н. Судебная медицина и судебная психиатрия (для юрфаков). Москва, 2000.
37. Попов, В. Л. Судебная медицина (учебник). Санкт-Петербург: «Питер», 2002, 601с.
38. Попов, В.Л., Бабаханян, П.В., Заславский, Г.И. Курс лекций по судебной медицине. Санкт-Петербург, 1999.
39. Скопин, И.В. Судебно-медицинское исследование повреждений рубящими предметами. Саратов, 1960.
40. Солохин, А.А. Судебно-медицинская экспертиза в случаях автомобильной травмы. Москва, 1968.
41. Солохин, А.А., Солохин, Ю.А. Руководство по судебно-медицинской экспертизе трупа. Москва, 1997.
42. Судебная медицина (под ред. В.В. Томилина). Москва, 1974.
43. Хохлов, В. В. Судебная медицина (руководство). Смоленск, 2012, 991 с.

CUPRINS

PREFAȚĂ	3
Cap. I. Medicina legală ca obiect de studiu	6
1.1. Rolul social și juridic al medicinei legale.....	7
1.2. Secvențe din istoricul medicinei legale.....	9
1.3. Structura și organizarea serviciului medico-legal.....	11
Cap. II. Bazele legislative și procedurale ale expertizei medico-legale	15
2.1. Formele expertizei medico-legale.....	17
2.2. Specialistul și expertul medico-legal.....	19
2.3. Obligațiile, drepturile și responsabilitatea expertului..	19
2.4. Recuzarea expertului.....	20
2.5. Participarea medicului legist la interogatoriu.....	21
2.6. Participarea medicului legist la reconstituirea faptei...22	
2.7. Expertiza medico-legală la cercetarea dosarelor civile.....	22
2.8. Participarea medicului legist la ședința de judecată....	23
2.9. Acceptarea sau respingerea concluziilor medico-legale.....	24
2.10. Documentația expertizei medico-legale.....	25
Cap. III. Tanatologie medico-legală	28
3.1. Formele și categoriile morții.....	28
3.2. Diagnosticul morții.....	31
3.3. Clasificarea modificărilor cadaverice.....	33
3.4. Modificările cadaverice precoce.....	33
3.5. Modificările cadaverice tardive destructive.....	37
3.6. Distrugerea cadavrelor de către insecte și animale...38	
3.7. Modificările cadaverice tardive conservatoare.....	40
3.8. Estimarea vechimii morții.....	41

3.9. Diagnosticul cauzei morții.....	42
3.10. Probleme de tanatoetică (eutanasia).....	43
Cap. IV. Examinarea cadavrului la fața locului.....	47
4.1. Sarcinile și principiile de cercetare.....	49
4.2. Examinarea la fața locului în diverse forme de acțiuni violente.....	55
4.3. Specificul cercetării corpurilor delictate la fața locului.....	60
Cap. V. Cercetarea medico-legală a cadavrului.....	68
5.1. Noțiuni generale.....	68
5.2. Cercetarea cadavrului în caz de moarte violentă.....	71
5.3. Cercetarea cadavrului în caz de moarte subită.....	73
5.4. Cercetarea cadavrelor de nou-născuți.....	75
5.5. Cercetarea persoanelor decedate în instituțiile medicale.....	79
5.6. Identificarea cadavrului.....	81
Cap. VI. Traumatologie medico-legală generală.....	90
6.1. Noțiuni de traume și factori traumatizanți.....	90
6.2. Mecanismul de producere a leziunilor în traumatismele contondente.....	95
6.3. Leziunile produse prin obiecte contondente.....	97
6.4. Schema de descriere a leziunilor corporale.....	101
6.5. Cauza morții prin leziunile mecanice.....	102
6.6. Caracterele morfologice vitale.....	106
6.7. Capacitatea acțiunilor voluntare în leziuni mortale.....	108
6.8. Determinarea autoleziunilor și celor produse de alte persoane.....	109
6.9. Identificarea obiectului vulnerant.....	111
Cap. VII. Traumatologie medico-legală specială.....	115
7.1. Leziunile produse de omul neînarmat.....	115
7.2. Leziuni produse de animale.....	118

7.3. Leziuni produse prin cădere și precipitare.....	119
7.4. Traumatisme prin mijloace de transport.....	121
7.5. Traume produse de automobile.....	123
7.6. Traume produse de motociclete.....	131
7.7. Traume produse de tractor.....	133
7.8. Traume produse de tren.....	134
7.9. Traume produse de avion.....	135
7.10. Leziuni produse cu obiecte ascuțite.....	136
7.11. Leziunile balistice.....	143
Cap. VIII. Dereglarea sănătății și moartea prin acțiunea agenților fizici.....	156
8.1. Acțiunea temperaturii înalte.....	156
8.2. Acțiunea temperaturii scăzute.....	161
8.3. Electrotrauma.....	164
8.4. Acțiunea radiațiilor ionizante.....	169
8.5. Barotrauma.....	170
Cap. IX. Dereglarea sănătății și moartea produse prin alți factori vulneranți.....	175
9.1. Patologia provocată de agenții biologici.....	175
9.2. Intoxicații cu plante și fructe.....	177
9.3. Intoxicații cu ciuperci.....	178
9.4. Trauma psihică (stresogenă).....	180
9.5. Traumele sportive și surmenajul fizic.....	182
9.6. Privațiunea de hrană și apă.....	183
Cap. X. Asfixiile mecanice.....	184
10.1. Clasificarea și fiziopatologia asfixiilor.....	184
10.2. Modificările morfologice condiționate de asfixii.....	187
10.3. Spânzurarea.....	188
10.4. Strangularea cu lațul.....	193
10.5. Sugrumarea.....	195

10.6.	Sufocarea.....	196
10.7.	Comprimarea toraco-abdominală.....	197
10.8.	Obturația căilor respiratorii cu corpuri străine.....	199
10.9.	Înecul.....	199
10.10.	Semnele de retenție a cadavrului în apă.....	203
10.11.	Traumatizarea cadavrului în apă.....	204
10.12.	Moartea în apă.....	204
10.13.	Asfixii prin aer confinat.....	205
Cap. XI. Toxicologie medico-legală.....		208
11.1.	Noțiuni generale.....	208
11.2.	Circumstanțele intoxicațiilor.....	210
11.3.	Expertiza intoxicațiilor.....	210
11.4.	Clasificarea toxicilor.....	212
11.5.	Toxicele corosive.....	213
11.6.	Toxicele distructive.....	214
11.7.	Toxicele hematice.....	215
11.8.	Toxicele funcționale.....	216
11.9.	Intoxicațiile cu medicamente.....	218
11.10.	Intoxicațiile cu droguri.....	220
11.11.	Intoxicațiile cu pesticide.....	222
Cap. XII. Expertiza medico-legală a persoanelor.....		224
12.1.	Aprecierea gradului de gravitate a vătămarilor corporale.....	225
12.2.	Noțiuni generale.....	226
12.3.	Vătămări grave a integrității corporale și a sănătății.....	231
12.4.	Vătămări corporale medii.....	237
12.5.	Vătămări corporale ușoare.....	237
12.6.	Vătămări corporale neînsemnate.....	238
12.7.	Bătăile, chinuirea și torturarea.....	238
12.8.	Expertiza capacității de muncă.....	239
12.9.	Expertiza stării sănătății.....	239
12.10.	Expertiza vârstei.....	242
12.11.	Expertiza filiației.....	244

Cap. XIII. Probleme de obstetrică și sexologie medico-legală.....	246
13.1. Expertiza stărilor sexuale.....	246
13.2. Expertiza infracțiunilor sexuale.....	254
13.3. Perversiunile sexuale.....	260
Cap. XIV. Cercetările de laborator în practica medico-legală.....	263
15.1. Cercetarea probelor de origine biologică.....	263
15.2. Cercetările toxico-narcologice.....	269
15.3. Valoarea cercetărilor histopatomorfolo­gice.....	269
15.4. Obiectele și metodele investigațiilor medico-criminalistice.....	270
Cap. XV. Infracțiunile, erorile și accidentele în practica medicală.....	274
Curriculum la disciplina medicină legală.....	281
Bibliografie selectivă.....	294
Cuprins.....	298