

TRATAT DE MEDICINA LEGALA

VOLUMUL 1 + VOLUMUL 2

PARTEA 1

epidermul sau mucoasa), ulcerățiilor (care afectează toate straturile pielii sau ale peretelui unui organ cavitărilor) și al cavernelor (pierderi mari de substanță în special pulmonare).

După ce leziunile elementare au fost descrise după criteriile de mai sus, se procedează la gruparea lor în sindroame și boli, se stabilește apartenența la grupa distrofiilor, a tulburărilor de circulație, inflamațiilor sau a tumorilor, precizându-se stadiul (acut, subacut sau cronic), precum și etiologia.

c) *Criteriul medico-legal*, care constă în descrierea leziunilor traumatice și a modificărilor produse de substanțe toxice.

d) *Criteriul tanatologic*, care constă în descrierea proceselor cadaverice și a putrefacției.

Este absolut necesar ca medicul legist să cunoască temeinic aceste criterii, în toată profunzimea lor. În caz contrar, există riscul unor confuzii și greșeli, uneori cu consecințe foarte grave. Dintre acestea cităm: 1) posibilitatea confuziei între procese patologice și modificări post-mortem, de exemplu: între trombi și cheagurile post-mortem, între imbibitia cadaverică și inflamație, între esofago- și gastromalacia post-mortem și perforațiile patologice ale acestor organe; între autoliza pancreasului sau a glandei suprarenale și hemoragiile acestor organe; între autoliza și distrofiile organelor parenchimatoase; între autoliză și procesele septice din splină, etc.; 2) posibilitatea confundării unor leziuni traumatice intra vitam cu modificările post-mortem, de exemplu: între pergamentarea și leziunile traumatice ale scrotului sau urmele lăsate de caustice; între lividități și echimoze; 3) interpretarea eronată a urmelor consecutive manevrelor de reanimare; 4) confuzii între procesele patologice și leziunile traumatice, de exemplu, între fracturile patologice și cele traumatice, între herniile spontane și cele patologice, între rupturile viscerale patologice și cele posttraumatice.

Regulile metodologice prezentate mai sus au fost lapidar, dar sugestiv enunțate de clasicii medicinei legale, în preceptele lor: "ochiul și nasul trebuie să fie în descriere aceea ce mâna și cutitul este în tehnica operatorie" (N. Minovici) și "privește cu atenție, și ceea ce privești să vezi bine" (Lacassagne).

3.3.1.3. Regulile generale în redactarea raportului de autopsie medico-legală

Raportul de autopsie medico-legală este actul scris în care medicul legist consemnează cele constatate cu prilejul autopsiei. În acest sens, art.34 RD 446 prevede:

"Constatările făcute cu ocazia autopsiei, inclusiv examenul extern, se vor consemna într-un protocol de autopsie pe baza căruia se va întocmi raportul de expertiză sau după caz, de constatare medico-legală.

Protocolul de autopsie se va redacta imediat după efectuarea autopsiei, înscriindu-se toate cele constatate, fără comentarii sau concluzii".

Ca principii generale, pe care medicul legist este dator să le repecte în redactarea raportului, menționăm:

- redactarea se face în termeni clari, la nevoie explicându-se noțiunile de specialitate mai complicate;

- raportul nu va conține date referitoare la modul de secționare și de examinare a organelor, decât în cazurile în care s-a apelat la metode deosebite (vezi capitolul "Tehnici speciale de autopsie");

- în prima parte, sistematică, se folosește metoda descriptivă, prin care se consemnează toate faptele găsite cu ocazia autopsiei, după criteriile expuse în acest capitol; în această parte nu se acceptă nici formulări ca: "normal", "fără modificări" și nici enunțări de diagnostice;

formularea de diagnostice se face la sfârșit, după ce s-a făcut descrierea organelor, considerându-se că dacă un diagnostic poate fi greșit, descrierea particularităților lezionale este mai rar supusă inexactului;

- ultima parte reprezintă sinteza, în care se prezintă pe scurt concluziile la care s-a ajuns, răspunzând astfel întrebărilor formulate de către organul judiciar.

Organele de urmărire și anchetă pot cere lămuriri atunci când constată că există neconcordanțe între datele constatate la autopsie și concluziile raportului de autopsie. În aceste cazuri în temeiul art. 125 C.P.P. " dispune efectuarea unei noi expertize", care este efectuată de o comisie în care sunt cooptați medici legiști cu calificare superioară medicului care a efectuat autopsia.

3.3.2. Tehnica autopsiei medico-legale.

Redactarea raportului de autopsie medico-legală

" Procedeează cu ordine și metodă după un plan prealabil "
(LACASSAGNE)

Raportul de expertiză medico-legală pe cadavru cuprinde trei părți: introductivă, descriptivă și sintetică. În continuare se vor prezenta în paralel părțile sale componente (conform art. 123 cpp), tehnica autopsiei și cele mai frecvente tablouri lezionale întâlnite.

3.3.2.1. Partea introductivă a raportului de autopsie medico-legală

Partea introductivă cuprinde: preambulul, istoricul faptelor și examenul preliminar.

a) *Preambulul* în care se consemnează numele, prenumele, și calitatea celor care

efectuează autopsia, actul în baza căruia se efectuează aceasta, specificând nr. ordonanței (adresei), data emiterii și unitatea emitentă, obiectul expertizei sau întrebările la care să se răspundă, locul și data la care se efectuează autopsia, date referitoare la identitatea cadavrului (numele, vârsta și sexul, când acestea sunt cunoscute), numele persoanelor imputernicite să asiste.

b) *Istoricul faptelor* consemnează cronologic toate faptele legate de cazul respectiv. Sursele din care extragem aceste date sunt reprezentate de procesul verbal (care cuprinde și declarațiile anturajului și aparținătorilor) și documentele medicale (copii ale foilor de observație, bilete de externare, carnet de sănătate etc.). Dintre multiplele posibilități de informare și de formulare cităm:

- în cazurile în care nu avem nici un fel de alte date, extragem din procesul verbal, ziua și împrejurările în care a fost găsit cadavrul; în cazul morților subite sau al morților violente foarte rapide, istoricul este foarte scurt, cuprinzând simptomele premonitorii morții, data apariției lor (cu menționarea orei) și data morții sau menționarea locului, datei și felul accidentului sau incidentului;

- în cazul în care victima a fost internată în spital, se extrage din copia (copiile) FO: data internării și a morții, cu precizarea orelor, dacă decesul a survenit în mai puțin de 24 ore de la internare, diagnosticul la internare și la externare, tratamentul aplicat (cu consemnarea datelor din eventualele protocoale operatorii), evoluția după tratament, complicații, simptomele premonitorii morții.

Datele pe care ni le oferă aceste surse nu coincid obligatoriu cu concluziile la care ajunge autopsia medico-legală și nu trebuie să ducă la păreri preconcepute, ele având însă o importantă valoare orientativă.

c) *Examenul preliminar* este obligatoriu numai în anumite cazuri. El se poate referi la:

- descrierea constatărilor de la locul faptei în omucideri sau în accidente de circulație;

- starea mormântului și a sicriului în cazuri de exhumări, când se consemnează felul solului (uscat, umed, argilos, calcaros), gradul de conservare al sicriului, obiectele colorate și metalice pe care acesta le conține;

- starea tehnică a instalațiilor electrice în electrocutări (defecțiuni, lipsa unei izolații corespunzătoare), de încălzit (tirajul sobelor) sau a instalațiilor tehnice, și industriale în intoxicații cu toxice industriale;

- starea îmbrăcăminte și a încălțăminte în omucideri, sinucideri, accidente de circulație, la cadavre neidentificate. În astfel de cazuri se descriu: rupturile (localizare, formă, dimensiuni), factorii suplimentari în împușcări, amprente lăsate de anvelope în accidentele de circulație, petele (localizare, dimensiuni, culoare și eventual felul lor - sânge, spermă, ulei, coloranți), aspectul obiectelor de metal, în fulgerații. Atunci când se consideră că este necesar, fragmente din toate acestea se trimit la laboratoarele de biocriminalistică sau de toxicologie. Se compară orificiile și rupturile pe care le prezintă îmbrăcămintea cu leziunile de violență, pentru a putea preciza direcția, distanța, numărul loviturilor, etc. Se va avea în vedere faptul că pe îmbrăcămintea caracteristică agenților traumatici se imprimă mai exact decât pe piele, unde leziunile traumatiche suferă modificări ale formei, din cauza tracțiunilor firelor elastice.

3.3.2.2. Partea descriptivă a raportului de autopsie medico-legală

3.3.2.2.1. Examenul extern

Se face metodic, de sus în jos, examinând mai întâi fața anterioară (inclusiv fețele interne ale membrelor și axilele), apoi fața posterioară. Inspekția nu trebuie să omită orificiile naturale: narine, bucal (se învinge rigiditatea cadaverică din articulația temporo-mandibulară, se îndepărtează buzele),

meaturile auditive externe, ochii (se depărtează pleoapele), anusul, vulva, meatul urinar. Palmele, plantele și spațiile inter-digitale se examinează cu atenție (eventual cu lupa) pentru depistarea eventualelor mărci electrice. Examenul extern va urmări în toate cazurile următoarele obiective:

● **Identitatea cadavrului.** La acest capitol, descrierea se face după cum este sau nu cunoscută identitatea. Dacă cadavrele au identitate cunoscută se menționează: sexul (există dificultăți numai în cazurile distrugerii organelor genitale de către animale sau insecte, în arsuri sau la hermafrodiți), talia (se măsoară de la vertex la călcâi și se exprimă în cm), vârsta, greutatea (se specifică numai la copii), starea de nutriție (consemnând obezitatea, denutriția sau constituția normală; grosimea plicilor cutanate se apreciază prin palpare între police și celelalte degete ale examinatorului, grosimea normală fiind de 0,1-0,2 cm), semne particulare (cicatrici vechi, tatuaje, amputații, proteze, lipsuri dentare).

- Dacă cadavrele nu sunt identificate, medicul legist colaborează pentru stabilirea identității cu criminalistul, la nevoie cu antropologul, apelând de la caz la caz la metode radiologice, serologice etc. Cadavrele prezentate pentru examinare pot fi mutilate, decapitate, cu necroze mari ale feței, amputate (pentru detalii v. capitolele respective). Se descrie mai întâi îmbrăcămintea (v. E.M.L. în exhumări). Apoi se face toaleta cadavrului, în putrefacții avansate practicându-se incizii ale pielii la nivelul plicilor pentru a permite eliminarea gazelor. În acest fel, cadavrul capătă o înfățișare mai apropiată de aceea din viață și poate fi fotografiat și amprentat de către organele de poliție. Se fotografiază, de asemenea, diferitele părți ale îmbrăcămintii, preferabil color.

Medicul legist participă la alcătuirea portretului vorbit, după metoda Bertillon. Se vor consemna: circumferința capului, gâtului, toracelui în punctele lor maxime, forma feței,

părul (abundența, prezența și localizarea calviției sau alopeciei, distribuția, felul său: buclat, cârlionțat, rectiliniu, culoarea, lungimea, dacă este tuns recent sau nu, dacă este bărbierit sau nu, părul de pe trunchi, axile, regiunea pubiană), sprâncenele, mustățile, forma frunții, nasului, urechilor, gurii, ochii (culoarea, arcu senil, cataracte, eventuale proteze oculare), aspectul dinților (culoare, dimensiuni, grad de uzură, carii, anomalii) în special a celor din plan frontal, dimensiunile segmentelor extremităților libere, prezența de negi, cicatrici vechi, tatuaje, deformări, proteze, amputații, intervenții chirurgicale vechi (rezultatele obținute la examenul extern urmând să se coroboreze cu constatarea la examenul intern) extirpările totale sau parțiale, depozite subunghiale (făină, funingine, grăsimi, coloranți, pământ) care ne orientează asupra profesiei sau asupra circumstanțelor în care a avut loc moartea (sânge și păr ce pot ridica problema unei agresiuni sau a unui viol). Examenul odontologic se face mai întâi în situ, se procedează la radiografii dentare și apoi la disecția maxilarului și a mandibulei. Se vor recolta: sânge, fire de păr, secreții pentru examenele biocriminalistice.

● **Semnele morții reale** la care se descriu: lividitățile cadaverice (localizare, culoare, stadiu, diagnosticul diferențial cu eventuale echimoze), rigiditatea cadaverică, (prezentă sau nu, cu menționarea dacă este generalizată sau în care articulație este prezentă) și putrefacția (localizarea petei verzi de putrefacție).

Din descrierea acestor semne se vor putea trage primele concluzii asupra datei morții, asupra eventualelor schimbări ale poziției cadavrului sau asupra cauzelor morții (aspectul lividităților în intoxicațiile cu CO, HCN).

● **Leziunile de violență**: se vor consemna: felul lor (escoriații, echimoze, hematoame, plăgi, fracturi, luxații etc.), localizarea, numărul, culoarea, forma, dimensiunile diametrelor maxime (în cm), înclinația,

caracterul lor vital. În cazul plăgilor, pentru aprecierea adâncimii nu se procedează la sondare, ci se consemnează planul (osos, articular, tendinos, muscular, fascial), care formează fundul lor. De asemenea se notează conținutul lor (pământ, unsoare, urme de îmbrăcăminte etc.). Plăgile penetrante se disecă strat cu strat, pentru a putea aprecia direcția lor. Atenție deosebită trebuie acordată regiunilor care, prin conformația lor, pot masca existența unor plăgi înțepate sau împușcate (orificiile naturale - gură, nas, anus, retroauricular, ceafă, fontanele, regiunea submamară la femei, pielea păroasă, plicile de flexie). Se consemnează localizarea, gradul și aspectul eventualelor arsuri și degerături, prezența mărcii electrice, șanțul de spânzurare și de sugrumare (localizarea, direcția, lățimea, adâncimea, precum și diferențierea lor cu depresiuni datorate plicilor naturale, compresiunea exercitată de gulere, cravate, fulare etc.), hemoragiile subconjunctivale în cadrul asfixiilor mecanice, escoriațiile și echimozele gâtului în sugrumări, modificările pielii la cadavrele ținute în apă, dărele lăsate de scurgerea substanțelor caustice, focarele hemoragice (otoragie, epistaxis etc.), leziunile vulvovaginale în deflorări și viol, forma și dilatabilitatea orificiului anal, culoarea și aspectul mucoasei anale, prezența de ragade și fisuri în cazul raporturilor anale (recoltarea de secreții din vagin și din anus este obligatorie), leziunile penisului. Se identifică corpuri străine din cavitatea bucală (examinarea lor completă urmând a se face după scoaterea piesei buco-cervico-toracice).

Descrierea corectă și completă a leziunilor de violență ajută la precizarea vechimii lor, la identificarea agentului vulnerant, la stabilirea direcției de aplicare a loviturilor, a mecanismului de producere a leziunilor și a raportului lor de cauzalitate cu moartea. În cazurile în care între producerea leziunilor de violență și moarte există un interval de timp, medicul legist întâmpină dificultăți la examinarea și

descrierea lor din cauza: 1) evoluției leziunilor spre vindecare (plăgile cicatrizate pot scăpa la un examen superficial, mai ales când sunt localizate în pielea păroasă a capului, axilă, etc.); 2) medicul terapeut nu consemnează în foaia de observație aceste leziuni după normele semiologice medico-legale, deoarece le consideră (de cele mai multe ori pe bună dreptate) ca neesențiale pentru evoluție și prognostic; 3) actului operator, care suprimă sau modifică morfologia lor.

● **Semne de tratament:** în raport se consemnează urmele lăsate de injecții, puncții venoase sau arteriale, masaj cardiac, inciziile operatorii (precizând localizarea, dimensiunile, modul de sutură, aspectul plăgii, numărul punctelor de sutură), traheostomiile, aparatele gipsate. Dacă se găsesc tuburi de dren sau meșe se indică localizarea lor, dar nu se extrag, descripția completă urmând să se facă cu ocazia examenului intern al regiunii respective.

● **Semne de boală:** se descriu în general și pe regiuni.

La examenul general se notează: scăderea elasticității pielii în atrofia senilă, paloarea, icterul, culoarea galbenă (intoxicații cu acid picric), hiperpigmentare (boala Addison, în zonele expuse razelor solare sau razelor calorice emanate de furnale), depigmentare (vitiligo, albinism), sindroame hemoragipare, piodermii, cașexii, edeme generalizate albe (renale) sau cianotice. În ceea ce privește exantemele, acestea dispar post-mortem. La nou-născuți se descriu: vernix caseosa, lanugo, urme de sânge, descuamarea cutanată, furfuracee, descuamarea pielii în lambouri la feții macerați.

Examenul pe regiuni poate evidenția: nevii pigmentari (pete galben-brune, bine delimitate, moi, care nu dispar la presiune digitală), nevii pigmentari tuberoși (proeminente mamelonate, galben-brune, care nu se modifică la presiune digitală), vezicule (proeminente, bine circumscrise, cu

conținut lichidian clar), hemangiomul plan (pată roșie-violacee, netedă, moale, care dispare la presiunea digitală). Examenul capului și al feței poate releva: cefalhematomul, bosa serosanguină, malformații congenitale (anencefalie, encefalocel), calviția, hipertricoza, tricoफीтя (plăci de 1-4 cm acoperite cu scuame, uscate și groase, conținând peri decolorați, răriți, rupți la 2-3 cm de origine), seboree, cianoza extremității cefalice, edem palpebral, xantelasmă, (pete galbene ușor reliefate pe pleoape), aspectul globului ocular (exoftalmie, enoftalmie, înmuiere, opacifiere), modificări pupilare (mioză, midriază, anisocorie), hemoragii ale conjunctivei bulbare sau palpebrale, hemangiom tuberos (proeminență roșie-violacee a feței, moale, din care curge sânge pe secțiune), fisuri, ragade, hemoragii, cruste, depozite și secreții pe nas, gură, urechi, lizereul gingival, aspectul mixedematos al feței, malformații congenitale (buză de iepure, gură de lup, atrezia choanelor, stenoza sau atrezia anusului sau vaginei).

Examenul gâtului poate releva: gușă, adenopatie, edem în pelerină (care cuprinde și partea superioară a toracelui, umerii, fața și membrul superior).

Examenul toracelui poate releva: ginecomastie, involuție mamară, secreție lactată, sau sanguinolentă a acesteia, semne de sarcină, tumori, schir, emfizem, mătăanii costale, torace în carenă, bombarea unei hemitorace, deformări ale coloanei vertebrale (scolioze, lordoze, gibozități), rahischizis (generalizat sau localizat la nivelul segmentului lombar sau lombosacral - spina bifida), escare.

Examenul abdomenului și al perineului poate releva: diferite grade de distensie, hernii, eventrații, semne de sarcină, circulație colaterală, vergeturi (consecutive sarcinii, ascitei, obezității), rupturi perineale, hipospadias, criptorhidie, varicocel, hidrocel, dacă labiile mari acoperă labiile mici, dacă

testiculele sunt coborâte în scrot. La nou-născut și fetuși, se examinează placenta (greutatea 500-600 g, diametrul cuprins între 1 și 3 cm, circumferința, aspectul feții fetale care este netedă, străbătută de vase sanguine și prezentând inserția centrală, laterală sau marginală a cordonului ombilical, fața uterină care prezintă 10-15 cotiledoane, structură care poate fi păstrată sau cu zone de degenerescență), cordonul ombilical (lungimea de circa 50 cm, diametrul comparabil cu cel al degetului mic, dispoziția spiralată sau nu, modul în care a fost secționat la extremitatea fetală: tăiat, rupt, ligaturat, cu specificarea modului în care s-a făcut ligatura).

Examenul membrelor superioare poate releva: cianoza extremităților unghiale, striuri caracteristice ale unghiilor în intoxicația cu As, atrofii sau hipertrofii.

Examenul membrelor inferioare poate releva: edem alb și moale (prezintă semnul godeului) sau dur, edem cianotic (de cauză cardiacă, situat de obicei retromaleolar), edem elefantiazic, varice, fleboscleroză, tromboflebite, abcese, flegmoane, atrofii, hipertrofii, leziuni distrofice, gangrene uscate (țesuturile sunt atrofiate, dure, negricioase, cu șanț de delimitare), umede (țesuturile sunt edemațiate, moi, roșii-verzi, cu bule gazoase, exalând miros fetid), ulcer varicos (pierdere de substanță cu margini bine delimitate, având un lizereu hiperpigmentat, pe fund cu secreție sanguinolentă sau cu sfacele negricioase, fetide), osteomielită acută (ulcerații cu fistulă, prin care se scurg puroi și sechestre osoase, tegumentele vecine fiind edemațiate, violacee), boala perforantă plantară (ulcerație circulară la nivelul călcâiului, a primului și ultimului metatarsian).

Dintre malformațiile membrelor cităm: abrahia (lipsa congenitală a membrelor superioare), monobrahia (lipsa unui membru superior), focomelia (mâna ce pleacă din umăr, brațul și antebratul fiind absente), sindactilia

(alipirea degetelor), polidactilia (mai multe degete), ectrodactilia (degete mai puține).

3.3.2.2. Examenul intern

Cavitatea craniană

Secționarea și decolarea epicraniului

- În timpul autopsiei capului, sub ceafa cadavrului se introduce un suport de lemn sau piatră.

- Operatorul se așează la capul mesei.

- Dacă părul este lung, cel din partea anterioară a capului se trage peste față, încât se face o cărare care corespunde viitoarei linii de secțiune.

- Pielea se secționează după o linie bimastoidiană, care trece prin vertex, de la dreapta spre stânga, ajungând până la os.

- Se prinde cu mâna stângă lamboul anterior și se trage în sus, în timp ce cu mâna dreaptă, care ține cuțitul, se decolează părțile moi până la rădăcina nasului, răsfrângând lamboul anterior pe fața cadavrului.

- Se procedează similar cu lamboul posterior, care este răsfrânt sub protuberanța occipitală externă.

- Se introduce cuțitul sub fiecare din cei doi mușchi temporali și se dezinseră de pe planul osos, prin secțiuni antero-posterioare (în acest fel se pot examina eventualele infiltrații hemoragice din regiunea temporală și se permite fierăstruirea ulterioară a craniului).

Examinarea epicraniului

- *Aspectul normal* : roz-albicios, cu tentă mai roșietică în lamboul corespunzător părții declive.

- Infiltrate hemoragice corespunzătoare leziunilor pielii capului sau inciziilor postoperatorii.

- Hematoame epicraniene (localizare și dimensiuni).

- Infiltrate hemoragice în regiunea temporală.

- Echimoze punctiforme epicraniene la nou-născut, produse prin ruperea capilarelor în timpul nașterii.

● **Examenul radiologic** - completează în prezent în tot mai mare măsură autopsia medico-legală; se recomandă pentru localizarea corpurilor străini, în suspiciuni de embolii gazoase, pneumotorax, pneumomediastin, leziuni osteo-articulare, anomalii și ocluzii vasculare.

● **Examenul oftalmoscopic** - pentru evidențierea eventualelor bule de aer în arterele retiniene se practică în suspiciuni de embolie gazoasă; prealabil examinării se spală corneea cu soluție salină izotonică. Examenul oftalmoscopic este de asemenea indicat în emboliile grăsoase pentru a evidenția peteșile conjunctivale și retiniene.

3.3.2.3. Partea de sinteză

Partea de sinteză cuprinde prezentarea diagnosticului anatomopatologic și a concluziilor, iar în anumite cazuri discuția faptelor medicale.

3.3.2.3.1. Diagnosticul anatomopatologic și rezultatele examenelor complementare

Leziunile macroscopice pot fi prezentate în ordinea în care au fost găsite la autopsie (cel mai frecvent), fie în ordinea descrescândă a rolului lor tanatogenerator.

3.3.2.3.2. Discuția faptelor medicale

Acest capitol al raportului de expertiză medico-legală este obligatoriu când sunt necesare explicații și argumentări medicale care să justifice tanatogeneza și diverse aspecte ale concluziilor (de exemplu, dacă leziunile anatomopatologice sunt minime, trebuie datat rolul lor tanatogenerator, dacă pe un teren cu multiple tare preexistente, care afectează organe vitale, au survenit traumatisme minime, ce ar putea avea rol în raportul de cauzalitate, dacă examenul toxicologic relevă concentrații scăzute ale toxicului, încât se ridică problema rolului pe

care l-a avut acesta în instalarea morții), sau când este implicată responsabilitatea medicală (exactitatea diagnosticului, promptitudinea cu care s-a intervenit, oportunitatea indicației actului terapeutic sau chirurgical, accidentele sau incidentele acestuia, imposibilitatea obținerii consimțământului bolnavului sau aparținătorilor într-o intervenție riscantă, dar care s-a făcut în condiții de urgență).

Pentru redactarea acestui capitol, se extrag datele cele mai elocvente, rezultatele din examenul la locul faptei, din copia foii de observație, din examinarea agentului traumatic incriminat, precum și a datelor necroptice și ale examenelor de laborator. În continuare, se prezintă rolul cauzelor agravante (teren tarat, complicații, boli intercurrente, accidente sau incidente legate de actul terapeutic sau de manevra executată în scop diagnostic). Dacă este nevoie, se citează din tratatele de specialitate, paragrafele referitoare la problemele aferente cazului.

3.3.2.3.3. Concluzii

Concluziile în care medicul legist răspunde la problemele ridicate în adresă sau ordonanță, de organele de urmărire sau anchetă penală. Ele se referă la următoarele aspecte:

- felul morții (violentă sau neviolentă);
- cauza medicală a morții - prezintă în înălțuirea lor: cauza tanatogeneratoare (inițială), cauza intermediară (uneori poate lipsi) și cauza tanatoterminală (imediată) a morții; atunci când este cazul, se prezintă și cauzele tanatofavorizante;

- leziunile de violență - se pot găsi și în morțile neviolente, fără ca prin vechimea sau modul lor de producere (de exemplu, căderea consecutivă pierderii cunoștinței sau echimoze și escoriații consecutive convulsiilor) să aibă legătură de cauzalitate cu moartea.

În morțile violente, răspunsurile medicului legist la întrebările organului de anchetă sunt în funcție de agentul traumatic incriminat. De exemplu: în leziunile prin arme albe trebuie să se precizeze felul leziunii, caracteristicile agentului vulnerant (care pot confirma sau infirma un agent traumatic incriminat, sau pot oferi elemente pentru identificarea lui), vechimea, modul de producere, raportul între victimă și agresori (direcția leziunii), rolul terenului patologic preexistent în instalarea morții, raportul de cauzalitate între leziunea traumatică și moarte; în accidente rutiere trebuie să se precizeze mecanismul de producere a leziunilor (cădere, lovire etc.); în cazul împușcării, se precizează calibrul armei, distanța și direcția de la care s-a tras etc. Dacă sunt mai multe leziuni, expertul va preciza succesiunea lor și care dintre ele este mortală. Probleme specifice ridică concluziile în avort, pruncucidere, arsuri (vezi capitolele respective).

În această etapă a expertizei medico-legale trebuie să se ajungă la formularea de concluzii prin sinteza tuturor datelor legate de cazul respectiv. În acest sens, trebuie interpretate și comparate datele obținute la autopsie cu cele ale examenelor complementare, precum și cu cele obținute la examenul la fața locului. Numai în acest mod organele de anchetă penală pot fi ajutate în aprecierea semnificației unor date, urme sau indicii obținute în primele faze ale cercetării. Pe baza acestor considerații, mulți autori preconizează ca echipa care a început cercetarea la fața locului, în măsura posibilului să urmărească cazul până la rezolvarea sa. În această activitate complexă, subliniem o dată mai mult necesitatea ca în cadrul schimbului de informații între membrii echipei, aceștia să nu-și depășească competența.

- data morții;

Textul scris al raportului de E.M.L. pe cadavru trebuie să fie însoțit de iconografia corespunzătoare realizată pe parcurs.

În cazul în care organul de anchetă solicită un răspuns imediat (de exemplu, în accidente de muncă), se redactează concluziile provizorii, bazate numai pe datele autopsiei. Ulterior, după primirea rezultatelor examenelor de laborator, se completează cu acestea și se alcătuiesc concluziile definitive.

Raportul de expertiză medico-legală se înaintează organului de urmărire penală sau instanței judecătorești care a dispus efectuarea expertizei (art.122, al. 3 c.p.p.). Dacă organul de urmărire penală sau instanța de judecată apreciază că raportul medico-legal nu este complet, sau concluziile sale nu sunt precise, poate dispune refacerea sau completarea sa, ori efectuarea unei noi expertize (art. 115, al. 2 și art. 125 c.p.p.). De asemenea, când se apreciază, se cer lămuriri suplimentare expertului, în scris sau verbal (art.124 al.2 c.p.p.). Astfel de lămuriri suplimentare scrise pot fi cerute și laboratorului de medicină legală (art.124 al.3 c.p.p.).

3.3.2.4. Tehnici speciale de autopsie

În cazurile în care se suspectează un pneumotorax

- după decolarea părților moi ale toracelui se pune apă în punga formată între acestea și grilajul costal, după care se înțeapă un spațiu intercostal; dacă în apă apar bule, aceasta confirmă pneumotoraxul.

În cazurile în care se suspectează o embolie gazoasă:

- autopsia nu se începe cu cea a capului, ci cu autopsia toracelui, după o tehnică modificată;

- după decolarea părților moi ale toracelui se face o fereastră în dreptul coastelor 2-3 stângi; acest plan osos se ridică cu grijă, pentru a nu leza vasele subiacente;

- se secționează pericardul și în sacul pericardic se introduce apă;

- sub apă se înțeapă peretele anterior al ventriculului drept; dacă în apă apar bule, aceasta confirmă embolia gazoasă;

- Abricosov recomandă ca în cavitatea pericardică sa se introducă un amestec de pirogalol și hidroxid de potasiu; gazele de putrefacție nu modifică culoarea, pe când bulele din embolia gazoasă înnegresc soluția.

Metoda eviscerării totale:

- organele gâtului, toracelui, abdomenului și pelvisului se scot în bloc;

- metoda permite cercetarea leziunilor care prind organele în bloc și eventualele modificări ale raporturilor normale;

- organele gâtului și ale toracelui se scot ca în metoda clasică, dar nu se mai secționează superior de diafragmă, ci aceasta se dezinserează pe laturi, după care se secționează peritoneul parietal posterior pe marginile laterale ale rinichilor până la bazin; în continuare, se procedează la scoaterea organelor pelviene;

- piesa se așează cu fața posterioară în sus și examinarea are loc dinspre partea posterioară a ei spre anterior.

Deschiderea craniului la nou-născut - se descrie și se măsoară fontanelele: pterică (situată între parietale, frontal, solzul temporalului și aripa mare a sfenoidului), asterică (situată lateral și posterior de precedentă între occipital, parietale și partea mastoidiană a osului temporal) și lambdoidă (situată între parietale și occipital), care se închid în primele 6 luni, iar fontanela bregmatică (situată între parietale și frontal) se închide în jurul vârstei de 3 ani. Deoarece osificarea nu este terminată, deschiderea craniului comportă o tehnică specială ("în mâner de coșuleț" sau "în coajă de portocală");

- secționarea și decolarea epicraniului se fac după tehnica obișnuită;

- cu foarfecele butonat, având butonul la interior, se secționează parietalele și occipitalul la 2 cm, paramedian, atât în dreapta cât și la stânga până la sutura coronală;

- calota se desprinde de bază cu foarfecele, secționând pe linia pe care se fereștruieste craniul;

- se scoate separat fiecare emisferă cerebrală, încât rămâne cortul cerebelului și coasa creierului cu sinusul sagital superior inserată pe îngustul fragment osos median;

- tehnica permite examinarea eventualelor traumatisme ale dependențelor durei mater consecutive actului obstetrical.

Deschiderea cavității toracice și abdominale la nou-născut;

- se secționează peretele anterior al trunchiului pe linia mediană, de la menton până la 2 cm supraumbilical, nivel de la care se fac două incizii, care să ajungă la jumătatea ligamentelor inghinale;

- lamboul triunghiular cu baza în jos, care s-a format astfel, se disecă de sus în jos;

- metoda permite examinarea feței posterioare a peretelui anterior al abdomenului.

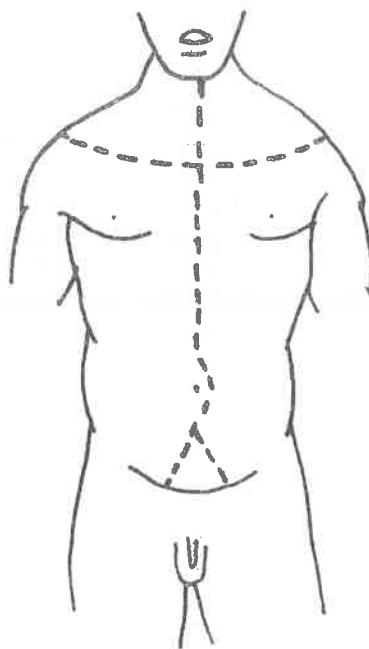


Fig. 3.25. - Linia de incizie a peretelui anterior al trunchiului la nou-născut.

La nou-născut coastele se secționează cu foarfecele.

Probe ale docimaziei:

- docimazia pulmonară hidrostatică (proba Galen):

- piesa bucocervicotoracică, la care s-a ligaturat traheea și esofagul se pune într-un vas cu apă;

- se cercetează pe rând dacă plutește fiecare pulmon, apoi fiecare lob, iar la sfârșit fragmente din ambii pulmoni (pentru interpretare vezi tratatele de medicină legală);

- docimazia otică;

- docimazia gastrointestinală - se ligaturează stomacul (la cardia și la pilor), intestinul subțire (în 3-4 locuri, unde pare a fi mai destins) și în intestinul gros (în partea sa inferioară); se introduce piesa într-un vas cu apă și se secționează diferitele sale segmente sub apă (pentru interpretare vezi Pruncuțiderea).

Măsurarea și examinarea cordonului ombilical.

Cântărirea și examinarea placentei.

Cercetarea punctului de osificare al epifizei inferioare a femurului (Beclard):

- se secționează longitudinal tégumentele genunchiului;

- se îndepărtează cele două lambouri până la os;

- se flectează gamba, punându-se în evidență epifiza distală a femurului;

- cu bisturiul, se fac mai multe secțiuni paralele pe epifiza distală a femurului;

- punctul de osificare Beclard are formă lenticulară cu diametre de 0,5/0,5 cm și este roșietic, în contrast cu restul cartilajului epifizar, care este albicios.

3.3.3. Concluzii generale asupra tehnicilor moderne de autopsie medico-legală

- tehnicile și timpii autopsiei nu se mai execută într-o secvență standard, ci diferențiat, modificându-se și adaptându-se de la început în funcție de datele de istoric și

apoi în raport cu rezultatele obținute în fiecare etapă;

- în prezent în laboratoarele de medicină legală și de morfopatologie se folosesc curent metodele radiologice cu toate variantele lor, tehnicile de coroziune, injectare de vase și canale de excreție ale diverselor organe;

- aplicarea oportună a uneia sau alfeia din metode este în funcție de dotarea laboratorului respectiv și de pregătirea medicului care efectuează autopsia;

- rezultatele obținute prin aceste metode (radiografii, preparate prin coroziune) constituie, alături de fotografierea detaliată a leziunilor, și un material iconografic care conferă raportului medico-legal calitatea unei adevărate monografii științifice;

- timpul necesar pentru realizarea tehnică a imaginilor prin metodele expuse prelungeste de la caz la caz cu câteva zile formularea precisă a diagnosticului macroscopic și uneori chiar a concluziilor provizorii.

Bibliografie (cap. 2 și 3)

1. Acs I., Molnar V., Ureche A., Florian St., Florian M. - Importanța cunoașterii datelor preliminare în expertiza medico-legală. Probleme med. leg., 1986, XIX, 44.
2. Adjutantis C., Coutselins S. - Estimation of the time of death by potassium levels in the vitreous humor. For Sci. 1972, 1, 55.
3. Albu A., Petrescu C., Costache Adriana, Stoican Svetlana - Modificări fizico-chimice ale proteinelor tisulare, în raport cu durata autolizei post-mortem - Probleme med. leg. XVII-XVIII, 116.
4. Ander Z., Bilegan I., Molnar I. - Medicină legală, ed. did. și ped., București, 1966.
5. Arseni C. (sub red.) - Tratat de neurologie vol. II, Ed. Medicală, București, 1980.
6. Arseni C., Goncea A. Med. Rev. chir. 1981, 5, 399.
7. Asgian B. - Coma apoplectică, Ed. Dacia, Cluj, 1974.