

VALENTIN IFTENIE
MEDICINĂ LEGALĂ DIN PERSPECTIVĂ JURIDICĂ

Descrierea CIP a Bibliotecii Naționale a României

IFTENIE, VALENTIN

Medicină legală din perspectiva juridică / Valentin Iftenie,
Editura Fundației *România de Mâine*, București, 2006

Bibliogr.

120 p., 20,5 cm.

ISBN (10) 973-725-710-3

(13) 978-973-725-710-9

340.6

© Editura Fundației *România de Mâine*, 2006

Tehnoredactor: Marian BOLINTIȘ

Bun de tipar: 29.11.2006; Coli tipar: 7,5

Format: 16/61x86

Editura Fundației *România de Mâine*
Bulevardul Timișoara, Nr. 58, București, Sector 6
Tel./Fax.: 021/444.20.91; www.spiruharet.ro
e-mail: contact@edituraromaniademaine.ro

UNIVERSITATEA *SPIRU HARET*
FACULTATEA DE DREPT ȘI ADMINISTRAȚIE PUBLICĂ

Dr. VALENTIN IFTENIE

MEDICINĂ LEGALĂ
DIN PERSPECTIVĂ JURIDICĂ

EDITURA FUNDAȚIEI *ROMÂNIA DE MÂINE*
București, 2006

CUPRINS

1. Noțiuni introductive	9
1.1. Definiția medicinei legale	9
1.2. Scurt istoric	10
1.3. Domeniul de activitate al medicinei legale	12
2. Cadrul legislativ al activității și structura rețelei de medicină legală în România	13
2.1. Reglementarea activității de medicină legală	13
2.2. Principiile activității de medicină legală	13
2.3. Structura rețelei de medicină legală	16
2.4. Consiliul superior de medicină legală	17
2.5. Comisiile mixte	18
2.6. Consiliul de analiză și evaluare a activității de medici- nă legală	18
3. Cauzalitatea din perspectivă medico-legală	20
3.1. Legătura de cauzalitate	20
3.2. Raportul de cauzalitate	22
4. Elemente de tanatologie medico-legală	23
4.1. Definiția morții și a vieții	23
4.2. Etapele morții	24
4.2.1. Agonia („viața redusă”)	24
4.2.2. Moartea clinică (moartea relativă)	25
4.2.3. Moartea biologică (moartea reală sau definitivă)	26
4.3. Semnele morții	28
4.3.1. Semnele negative de viață	28
4.3.2. Semnele pozitive de moarte	29
4.3.2.1. Semnele pozitive precoce de moarte	29
4.3.2.2. Semnele pozitive tardive de moarte	32
4.4. Clasificarea medico-legală a morții – felul morții	34
4.4.1. Moartea neviolentă	35
4.4.2. Moartea violentă	35
4.4.3. Moartea suspectă de a fi violentă	37

5. Autopsia medico-legală	40
5.1. Definiție	40
5.2. Tipuri de autopsie	40
5.2.1. Anatomico-patologică	40
5.2.2. Demonstrativ-științifică	41
5.2.3. Medico-legală	41
5.3. Obiectivele autopsiei medico-legale	42
6. Reacția vitală	43
6.1. Semnele vitale	43
6.2. Reacția vitală propriu-zisă	44
6.2.1. Reacții vitale propriu-zise locale	44
6.2.2. Reacții vitale propriu-zise generale	46
6.3. Reacții/manifestări postvitale (supravitale)	47
6.4. Modificări post-mortem	48
7. Asfixiile de aport	49
7.1. Procesul respirator	49
7.2. Asfixiile mecanice	51
7.2.1. Elemente introductive	51
7.2.2. Asfixiile mecanice prin comprimare	52
7.2.2.1. Spânzurarea	52
7.2.2.2. Strangularea	53
7.2.2.3. Sugrumarea	54
7.2.3. Asfixiile mecanice prin obstrucție	54
7.2.3.1. Sufocarea	54
7.2.3.2. Înecare	55
7.3. Asfixiile chimico-atmosferice	56
7.4. Asfixiile hipokinetice	57
8. Noțiuni despre leziunile și moartea prin arme de foc	58
8.1. Leziunile traumatiche produse de armele de foc cu glonț	59
8.2. Armele de foc cu alică	64
9. Medicina legală clinică	66
9.1. Certificatul medico-legal (C.M.L.)	67
9.2. Raportul de constatare medico-legală (R.C.M.L.)	67
9.3. Raportul de expertiză medico-legală (R.E.M.L.)	68
9.4. Raportul de nouă expertiză medico-legală (R.N.E.M.L.)	69
9.5. Avizul	69
9.5.1. Avizul Comisiei medico-legale de control și avizare	69

9.5.2. Avizul comisiei superioare medico-legale	70
10. Elemente de traumatologie medico-legală	73
10.1. Clasificarea agenților traumatici	73
10.2. Obiectivele expertizei medico-legale în traumatismele nemortale	74
10.3. Criteriile medico-legale de evaluare a gravității unui traumatism nemortal (asupra persoanei)	75
10.3.1. Numărul de „zile de îngrijire medicală”	75
10.3.2. Infirmitatea	76
10.3.3. Pierderea unui organ	78
10.3.4. Pierderea unui simț	78
10.3.5. Încetarea funcționării unui simț sau organ	79
10.3.6. Sluțirea	79
10.3.7. Punerea în primejdie a vieții persoanei	81
10.3.8. Avortul posttraumatic	82
11. Agenții traumatici mecanici	83
11.1. Generalități	83
11.2. Leziunile traumatice elementare	85
11.2.1. Leziuni traumatice elementare fără soluție de continuitate	85
11.2.1.1. Echimoza	85
11.2.1.2. Hematomul	86
11.2.2. Leziuni traumatice elementare cu soluție de continuitate	86
11.2.2.1. Excoriația	87
11.2.2.2. Plaga	87
12. Căderea	91
13. Traumatismele de trafic	93
13.1. Mecanisme de producere a leziunilor traumatice la pietoni	93
13.1.1. Mecanisme simple	93
13.1.2. Mecanisme asociate	95
13.1.3. Mecanisme complexe	95
13.2. Mecanisme de producere a leziunilor traumatice la ocupanți	96
13.2.1. La conducătorul auto	96
13.2.2. La pasagerul din dreapta-față	97

13.2.3. Pasagerul din spate	97
14. Agenții traumatici fizici	98
14.1. Temperatura	98
14.1.1. Temperatura înaltă	98
14.1.2. Temperatura scăzută	98
14.2. Presiunea atmosferică	99
14.2.1. Presiunea atmosferică scăzută	99
14.2.2. Presiunea atmosferică crescută	99
14.3. Radiațiile	100
14.3.1. Radiațiile ionizante	100
14.3.2. Radiațiile neionizante	100
14.4. Curentul electric	101
15. Intoxicația acută cu alcool etilic	103
16. Comportamentul duplicitar	107
16.1. Simularea	107
16.2. Disimularea	109
17. Expertiza medico-legală psihiatrică	110
18. Pruncuciderea	114
Bibliografie	117

1. NOȚIUNI INTRODUCTIVE

1.1. Definiția medicinei legale

Numită și medicină juridică, această disciplină complexă, preocupată de realitatea biologică-umană, obiectivă, respectiv medicina legală s-a născut din nevoia de justiție a ființei umane – entitate bio-psiho-socio-spirituală unică și irepetabilă.

Deși o definiție care să cuprindă întreaga gamă a preocupărilor caracteristice acestui domeniu de activitate socio-profesională este dificil de conturat, totuși, pentru a putea reliefa rolul acestei discipline în constelația materiilor specifice învățământului juridic, considerăm că medicina legală este o *disciplină medicală de sinteză, situată la granița dintre științele medico-biologice (în general, concrete) și cele socio-juridice (de regulă, abstracte), ce are drept scop sprijinirea competentă a justiției ori de câte ori pentru lămurirea unei cauze judiciare sunt necesare (anumite) precizări cu caracter bio-medical.*

Apare cu totul și cu totul surprinzător faptul că, în mod aleatoriu, fără un fundament motivațional solid, medicina legală este considerată o disciplină conexă în cadrul învățământului juridic, în pofida realității care i-ar oferi loc între materiile fundamentale.

Denumirea de „medicină legală” este utilizată mai ales în țările de limbă spaniolă și portugheză, în Franța, Italia, în timp ce în Rusia, în țările de limbă germanică sau engleză este folosită, cu precădere, denumirea de „medicină judiciară”. De fapt, ambele sintagme semnifică același lucru, conturând domeniul de activitate al cărui laitmotiv îl constituie lupta pentru aflarea adevărului medico(bio)-juridic care „nu este întotdeauna frumos după cum frumosul nu este întotdeauna adevărat.”

În România, până în anul 1953 a fost folosită denumirea de „medicină legală”, reflectată și în titulatura principalei instituții de specialitate, a cărei construcție a fost inițiată și realizată după planurile

profesorului Mina Minovici și inaugurată la data de 20 decembrie 1892 sub numele (nou) de Morgă a orașului București care în anul 1898 devine Institutul Medico-legal. După anul 1953, Institutul medico-legal se transformă în Institutul de Cercetări Științifice Medico-judiciare, iar disciplina adoptă denumirea de „medicină judiciară”, ce se va menține până în anul 1965 când revine la denumirea de „medicină legală.”

De asemenea, trebuie precizat că, până în anul 1931, în conformitate cu prevederile cuprinse în Legea Sanitară (din anul 1885, 1910 și 1926), sectorul medico-legal s-a aflat în subordinea Ministerului Sănătății. Începând cu data de 01.01.1931, date fiind modificările legislative aduse de Legea Sanitară din 1931, medicina legală trece în aria de jurisdicție a Ministerului Justiției unde va rămâne până în anul 1953 când, prin H.C.M. nr. 345/01.11.1953, sectorul medico-legal de activitate, reorganizat, revine în cadrul Ministerului Sănătății.

1.2. Scurt istoric

Încă de la debutul învățământului superior medical, medicina legală s-a aflat printre disciplinele obligatorii incluse în programa de învățământ. Astfel, în anul 1856, când a fost înființată de către Carol Davila „Școala de Chirurgie” de la Mihai Vodă, cu o durată a studiilor de 4 ani, medicina legală și toxicologia erau incluse în semestrul de vară al anului IV.

În anul următor, 1857, „Școala de Chirurgie” se transformă în „Școala Națională de Medicină și Farmacie” cu o durată de 8 ani, în care medicina legală (împreună cu igiena cu care forma o singură catedră) se predă în anul VI, în semestrul de vară. Primul profesor de medicină legală și toxicologie a fost Gh. Atanasovici (1822-1892), numit în anul 1862 și medic legist al capitalei, în conformitate cu „Instrucțiunile pentru medicul legist al capitalei București” (art.3 – „medicul legist al capitalei este totodată membru al Consiliului Medical Superior și profesor de medicină legală la Școala Națională de Medicină”, publicate în Monitorul Medical; din anul 1865 și până în anul 1897), această prevedere legală nu a mai fost respectată.

În anul 1879 a fost numit profesor de medicină legală (și de psihiatrie) Alex. Șutzu (1837-1919), care a solicitat Ministerului Justiției

să-l oblige pe medicul legist al capitalei să accepte ca studenții în medicină să participe la autopsiile medico-legale.

Personalitatea marcantă care a reorganizat activitatea și a modernizat instituția medico-legală este prof. Mina Minovici (1858-1933), numit în postul de medic legist al capitalei în anul 1890 și suplinitor al postului de profesor de medicină legală la Facultatea de Medicină din București în anul 1897 (în anul 1899 este numit profesor titular); anul 1897 reprezintă anul în care s-a revenit la principiul stabilit în anul 1862, conform căruia, profesorul de medicină legală trebuie să dețină și postul de medic legist al capitalei. Pentru meritele deosebite obținute în întreaga sa activitate științifică (autor printre altele al *Tratatului complet de medicină legală* – premiat de Academia Română) și profesională, considerat pe drept cuvânt fondatorul medicinei legale românești, printr-un decret publicat în M.O. din 1925 numele prof. Mina Minovici este adăugat titlaturii Institutului medico-legal, pe care l-a condus în perioada 1892-1932.

Dintre cei 9 copii care au trăit (6 băieți și 3 fete din totalul celor 13) ai familiei Minovici încă doi vor fi implicați în activitatea de medicină legală și anume Nicolae Minovici (1868-1941) și Ștefan Minovici (1867-1935).

Nicolae Minovici a organizat și a dezvoltat știința care, mai târziu, avea să fie denumită *criminalistică*, a efectuat experiențe pe propria persoană legate de spânzurare, a înființat Azilul de noapte, Societatea de Salvare (1906) cu anexele ei, Spitalul de Urgență București (1934); în anul 1919 a devenit profesor de medicină legală și a condus Institutul medico-legal în perioada 1932-1938. Dintre lucrările publicate de prof. N. Minovici menționăm: „Studiu asupra spânzurării”, „Manual tehnic de medicină legală”, „Tehnica autopsiei medico-legale” (în colaborare cu dr. M. Kernach), „Osteologie medico-legală.”

Ștefan Minovici, licențiat în științele fizico-chimice (1893), șeful catedrei de chimie organică de la Facultatea de Științe București (1924), autor al „Manualului tehnic și practic de chimie analitică”, a contribuit la formarea „Facultății de farmacie București”, a „Societății de chimie din România”, a „Institutului de chimie teoretică al Universității din București” și a „Asociației generale a corpului farmaceutic din România”, considerate pe drept cuvânt ctitoriile sale.

Activitatea prof. Șt. Minovici s-a manifestat în domeniul chimiei analitice, organice, biologice și legale punând bazele toxicologiei medico-judiciare (în anul 1912 publică primul manual de toxicologie din țara noastră). Trebuie precizat că Ștefan Minovici s-a remarcat și ca specialist în depistarea falsurilor – în înscrisuri, de bancnote –, introducând metoda luminii electrice intense pentru a diferenția cernelurile suprapuse și construind un aparat fotografic pentru evidențierea acestora; în anul 1900 a publicat lucrarea „Falsurile în înscrisuri și fotografia în serviciul justiției”, iar în anul 1934 înființează „Societatea română de grafologie.” Din anul 1894 și până în 1911 a condus laboratorul de chimie organică (toxicologie) din cadrul Institutului medico-legal, pe care l-a reorganizat și modernizat.

Prin întreaga lor activitate, frații Minovici și-au înscris numele în rândul celor mai importante personalități ale științei românești și în mod particular, în panoplia medicinei legale.

1.3. Domeniul de activitate al medicinei legale

În ceea ce privește domeniul sau obiectul activității de medicină legală, schematic acesta poate fi dicotomizat în:

– *tanatologie* medico-legală sau patologia medico-legală morfologică (morfologia medico-legală), care studiază aspectele legate de moarte (felul morții, cauzele morții, semnele morții etc.); activitatea prosecturală care se desfășoară în cadrul acestui sector medico-legal este reprezentată de examinarea (externă și internă) a cadavrului sau a fragmentelor de cadavru, indiferent de intervalul de timp (post-mortem) care a trecut până la examinarea medico-legală;

– *clinica* medico-legală sau patologia medico-legală clinică ce are ca obiect de studiu persoana (omul viu) sau documentele medicale ce aparțin acesteia, în scopul probării unor violențe exercitate asupra sa (examinarea medico-legală traumatologică), a posibilității executării pedepsei privative de libertate (expertiza medico-legală pentru amânarea/întreruperea executării pedepsei ori a suspendării urmăririi penale /judecării pentru motive medicale), existenței discernământului (expertiza medico-legală psihiatrică) etc.

2. CADRUL LEGISLATIV AL ACTIVITĂȚII ȘI STRUCTURA REȚELEI DE MEDICINĂ LEGALĂ DIN ROMÂNIA

2.1. Reglementarea activității de medicină legală

Activitatea de medicină legală din România se desfășoară în conformitate cu prevederile stipulate în următoarele acte normative:

– Legea nr. 459/2001 (publicată în M.O. al României, Partea I, nr. 418/27.07.2001), prin care a fost aprobată O.G. nr. 1/2000 (publicată în M.O. al României Partea I, nr. 22/21.01.2000) privind organizarea activității și funcționarea instituțiilor de medicină legală.

– Legea nr. 271/2003 (publicată în M.O. al României, Partea I nr. 616/07.07.2004) prin care a fost aprobată O.G. nr. 57/2001 (publicată în M.O. al României, Partea I nr. 531/31.08.2001) pentru modificarea și completarea O.G. nr. 1/2000;

– Regulamentul de aplicare a dispozițiilor O.G. nr. 1/2000 privind organizarea activității și funcționarea instituțiilor de medicină legală (publicat în M.O. al României, Partea I nr. 459/19.09.2000) aprobat prin H.G. nr. 774/2000 și modificat prin H.G. nr. 1204/2002.

– Normele procedurale privind efectuarea expertizelor, a constatărilor și a altor lucrări medico-legale (publicate în M.O. al României, Partea I, nr. 459/19.09.2000) aprobate prin ordinul comun al Ministerului Justiției (nr. 1 134/C/25.05.2000) și al Ministerului Sănătății (nr. 2554/04.04.2000).

Prin aceste acte normative au fost înlocuite vechile reglementări referitoare la organizarea și funcționarea rețelei de specialitate, cuprinse în Decretul nr. 446/1996 (publicat în M.O. al României nr. 27/07.05.1996) și Hotărârea Consiliului de Miniștri nr. 1085/1996 privind aprobarea Regulamentului de aplicare a Decretului nr. 446/1996.

2.2. Principiile activității de medicină legală

Din reglementările legale se pot desprinde următoarele elemente ce caracterizează activitatea de medicină legală, elemente care pot fi considerate ca având valoare de principii:

1. activitatea de medicină legală este parte integrantă a asistenței medicale; din această prevedere rezultă faptul că instituțiile medico-legale fac parte din structura organizatorică a Ministerului Sănătății;

2. activitatea de medicină legală se realizează de medici legiști încadrați în instituțiile medico-legale; la efectuarea lucrărilor de specialitate pot participa și alți specialiști, cu studii superioare, din diverse domenii de activitate: medici (chirurghi, oftalmologi, anesteziști-reanimatori, psihiatri etc.), farmaciști, chimiști etc., care, prin cunoștințele de specialitate, vor conferi un grad superior de credibilitate și în același timp de forță probatorie actului medico-legal;

3. activitatea de medicină legală asigură mijloace de probă cu caracter științific atât organelor judiciare (organe de urmărire penală – procurori și organe de cercetare penală, instanțe de judecată), cât și persoanelor (fizice sau juridice) interesate;

4. instituțiile medico-legale sunt singurele unități sanitare în care se desfășoară, potrivit legii, activitatea specifică medico-legală ce constă în: expertize, constatări, examinări asupra persoanelor și cadavrelor, precum și asupra produselor biologice, corpurilor delictive ori a documentelor (medicale) ce conțin elemente utile în conturarea concluziilor medico-legale, puse la dispoziție sau solicitate de instituția medico-legală;

5. activitatea de medicină legală se desfășoară în baza unei metodologii unitare conform prezentelor norme legislative ori elaborate de Consiliul superior de medicină legală și Ministerul Sănătății, potrivit legii;

6. activitatea de medicină legală este coordonată din punct de vedere administrativ de Ministerul Sănătății iar sub aspect științific și metodologic de Ministerul Sănătății și Consiliul superior de medicină legală;

7. controlul și evaluarea activității de medicină legală sunt asigurate de:

a) conducătorul instituției respective de medicină legală (director general, director, medic legist șef);

b) Consiliul superior de medicină legală;

c) Ministerul Sănătății;

d) Comisiile mixte;

e) Consiliul de analiză și evaluare.

8. activitatea de medicină legală se desfășoară cu respectarea principiului *independenței* și al *imparțialității* medicului legist:

a) conform principiului independenței, în activitatea profesională specifică, pe care o desfășoară, medicul legist nu poate fi constrâns în nici un fel; deci medicul legist va formula concluziile actului medico-legal, pe care-l întocmește, conform intimei convingeri pe care și-o formează în legătură cu speța respectivă, liber de orice influență morală sau pecuniară și indiferent din partea cui provine. În acest sens, legislația medico-legală precizează (art. 3 – Legea 459/2001) că „orice ingerință în activitatea medico-legală este interzisă” (alin.1) iar „încălcarea prevederilor alin (1) atrage răspunderea administrativă, civilă sau penală, după caz (alin 2), precum și faptul că (art. 11 – Legea 459/2001) „angajarea, transferul și desfacerea contractului individual de muncă al personalului cu pregătire superioară din instituțiile de medicină legală se fac de organele competente, potrivit legii, cu acordul Consiliului superior de medicină legală”;

b) principiul imparțialității interzice medicului legist să favorizeze vreuna dintre părți (sau ambele!) prin modul în care întocmește actul medico-legal (în situația contrară se poate pune problema falsului intelectual); tocmai pentru a se asigura respectarea acestui principiu un medic legist care a întocmit un document medico-legal nu mai poate participa la redactarea unui alt act medico-legal, în aceeași speță, care a fost solicitat în vederea confirmării (verificării, controlării) primului (spre exemplu la întocmirea unui raport de expertiză după un certificat medico-legal, sau a unui raport de nouă expertiză ori a unui aviz) și ori de câte ori există situația de incompatibilitate, medicul legist este obligat să se abțină, declinându-și competența;

9. activitatea de medicină legală se desfășoară cu respectarea principiului *competenței*; competența, la modul general, semnifică dreptul și totodată obligația de a desfășura o anumită activitate; în domeniul medico-legal, competența, privită ca „abilitatea medico-legală (Dongoroz) ce-i revine unei anumite instituții medico-legale de a răspunde solicitărilor organelor abilitate sau persoanelor, poate fi (prin analogie cu competența în materie penală)”:

- competență *teritorială*, conform căreia examinarea medico-legală inițială se realizează la instituția medico-legală la care este arondat domiciliul persoanei respective sau unde a fost săvârșită fapta;

prin acest tip de competență se realizează o diferențiere pe orizontală între instituțiile medico-legale;

- competența *funcțională*, ce se referă la categoriile de activități ce pot fi efectuate într-o instituție medico-legală; astfel, conform competenței funcționale după efectuarea unei examinări (de regulă, expertiză sau nouă expertiză medico-legală) la o instituție medico-legală ierarhic superioară nu se mai pot redacta alte documente, în aceeași cauză și privind aceeași persoană de către o unitate medico-legală inferioară ierarhic, realizându-se, în acest mod, o diferențiere pe verticală a instituțiilor medico-legale.

2.3. Structura rețelei de medicină legală

Instituțiile în care se desfășoară activitatea specifică de medicină legală sunt următoarele:

a) **Institutul Național de Medicină Legală „Mina Minovici”**, cu sediul în București – unitate cu personalitate juridică, aflată în subordinea Ministerului Sănătății –, condus de către un director general numit prin ordin al ministrului sănătății, pe bază de concurs.

În cadrul I.N.M.L. „Mina Minovici”:

- sunt organizate laboratoare (interioare) de: prosectură (tanatologie) medico-legală, medicină legală clinică, toxicologie, serologie, anatomie-patologică, genetică;

- își desfășoară activitatea:

- Comisia de control și avizare a actelor medico-legale;
- Comisia superioară medico-legală.

b) **Institutede de medicină legală** (fostele laboratoare exterioare de medicină-legală) în număr de 5, din centrele medicale universitare: Timișoara, Târgu-Mureș, Cluj-Napoca, Iași și Craiova; sunt conduse de către un director, numit prin ordin al ministrului sănătății, pe bază de concurs; institutede medico-legale au personalitate juridică și se află în subordinea Ministerului Sănătății. În cadrul institutedelor de medicină legală funcționează câte o comisie de control și avizare a documentelor medico-legale.

c) **Serviciile de medicină legală județene** (fostele laboratoare medico-legale județene) din fiecare județ, cu sediul în orașul reședință de județ; nu au personalitate juridică și se află în subordinea direcțiilor

județene de sănătate publică; sunt conduse de către un medic legist șef numit de directorul direcției județene de sănătate publică și sunt coordonate de institutele de medicină legală în a cărui competență teritorială se află.

d) **Cabinetele de medicină legală**, aflate în structura organizatorică a serviciilor de medicină legală județene și înființate în județele mari, își au sediul în alte localități decât cele reședință de județ; sunt conduse de către un medic legist șef.

2.4. Consiliul superior de medicină legală

Noua structură creată în conformitate cu legislația menționată, ce coordonează activitatea de medicină legală din punct de vedere științific și metodologic împreună cu Ministerul Sănătății, pentru asigurarea unor practici medico-legale unitare, este alcătuită din:

- directorii institutelor de medicină legală;
- profesorii de medicină legală din țară;
- președintele comisiei de specialitate din Ministerul Sănătății;
- șeful comisiei de specialitate a Colegiului Medicilor din România;
- trei medici legiști din diferite servicii de medicină legală județene, numiți prin ordin la Ministerului Sănătății la propunerea directorului general al I.N.M.L. „Mina Minovici”;
- un reprezentant al Ministerului Sănătății, numit prin ordin al ministrului sănătății;
- un reprezentant al Ministerului Justiției, numit prin ordin al ministrului justiției;
- un reprezentant al Ministerului Public, numit prin ordin al ministrului justiției;
- un reprezentant al Ministerului Administrației și Internelor, numit prin ordin al ministrului administrației și internelor.

Consiliul superior de medicină legală este condus de un președinte care este desemnat prin votul majorității membrilor consiliului, pe o perioadă de 2 ani, cu posibilitatea reînnoirii mandatului.

Consiliul superior de medicină legală se întrunește semestrial sau ori de câte ori este necesar, la cererea președintelui sau a cel puțin o treime din numărul membrilor săi.

2.5. Comisiile mixte

Comisiile mixte se constituie prin ordin comun al ministrului sănătății și al ministrului justiției în vederea realizării controlului, verificării, ori de câte ori există indicii cu privire la nerespectarea dispozițiilor legale în desfășurarea activității de medicină legală. Aceste comisii mixte sunt alcătuite dintr-un număr par de membri (minim 4), reprezentați prin:

- medici legiști, în activitate (din cadrul Ministerului Sănătății) cu gradul de medic primar;
- juriști din cadrul Ministerului Justiției.

În componența comisiilor mixte numărul medicilor legiști trebuie să fie egal cu numărul juriștilor. Uneori, în funcție de specificul lucrărilor medico-legale supuse controlului în comisiile mixte pot fi coopțați și alți specialiști din Ministerul Sănătății sau Ministerul Justiției.

Dintre membrii comisiei mixte sunt aleși prin vot deschis, cu majoritatea simplă, președintele și vicepreședintele care vor asigura conducerea și organizarea activității comisiei.

Evaluarea efectuată de comisia mixtă la solicitarea Ministerului Sănătății sau a Ministerului Justiției se concretizează într-un raport scris ce va fi supus analizei Consiliului de analiză și evaluare a activității de medicină legală.

În situația în care sunt constatate nereguli cu privire la modul de desfășurare a activității de medicină legală, care pot atrage responsabilitatea (și sancțiunea) medicilor legiști respectivi, comisia mixtă poate sesiza, după caz, Colegiul Medicilor din România sau organele judiciare.

2.6. Consiliul de analiză și evaluare a activității de medicină legală

Consiliul de analiză și evaluare a activității de medicină legală a fost înființat în vederea evaluării activității de medicină legală și a activității de control desfășurate de comisiile mixte, fiind alcătuit din:

- a) ministrul sănătății – în calitate de președinte;
- b) ministrul justiției;
- c) ministrul administrației și internelor;

d) procurorul general al Parchetului de pe lângă Înalta Curte de Casație și Justiție;

e) directorul general al I.N.M.L. „Mina Minovici” București;

f) directorii institutelor de medicină legală.

Consiliul se întrunește semestrial sau ori de câte ori este necesar și adoptă măsurile prin care poate fi îmbunătățită activitatea de medicină legală în vederea realizării unui act de justiție cât mai eficient.

3. CAUZALITATEA DIN PERSPECTIVĂ MEDICO-LEGALĂ

În medicina legală, cauzalitatea presupune folosirea, de regulă, a două noțiuni (de cele mai multe ori confundate între ele atât de către juriști, cât și de medicii legiști): legătura de cauzalitate și raportul de cauzalitate.

3.1. Legătura de cauzalitate

Este o noțiune ce exprimă **corelația** (dependența) dintre traumatism și prejudiciul generat (leziune traumatică sau deces); cu alte cuvinte, definește relația ce se poate stabili între acțiunea traumatică și efectul (posttraumatic) constatat.

Legătura de cauzalitate poate fi:

■ **primară sau directă**

– *imediată/necon condiționată*, calificată ca atare ori de câte ori între traumatism și efect nu se interpune nimic (exemplu: aplicarea unei lovituri cu toporul în cap → deces).

– *mediată/con condiționată*, ce se stabilește atunci când între traumatism și consecințele posttraumatice acționează se interpun factori preexistenți cu rol favorizant; în lipsa acestor factori preexistenți elementul traumatic nu ar fi fost suficient să genereze efectul!

Rezultă două posibilități:

- factorii preexistenți agravează efectele traumatismului (exemple: o plagă minoră și un pacient hemofilic, urmată de sângerare masivă și deces sau suprainfecția unei plăgi minore la un pacient diabetic, urmată de asemenea de deces);
- traumatismul agravează patologia preexistentă (exemplu: pacient cu fractură, de această dată cu transecțiune medulară urmată de paralizie);

■ secundară sau indirectă

Se consideră legătură de cauzalitate indirectă atunci când între traumatism și efect se interpune o complicație [exemplu: politraumatism rutier → spitalizare cu imobilizare în decubit dorsal → bronhopneumonie (de decubit) → deces];

■ terțiară sau asociativă (dublu condiționată)

Acest tip de legătură ar putea fi stabilit atunci când, la realizarea efectului, participă atât patologia preexistentă, cât și o complicație (apărută posttraumatic) a cărei etiopatogenie este greu sau chiar imposibil de apreciat în ce măsură ține de fondul patologic preexistent (spre exemplu diabet zaharat – în evoluția căruia o astfel de complicație era previzibilă) sau de efectele traumatismului în sine.

În concluziile expertizărilor medico-legale este necesar să se precizeze nu numai ***dacă există*** sau nu legătură de cauzalitate între traumatism și efectul constatat, ci și ***tipul legăturii de cauzalitate*** respective, pentru a putea oferi juristului posibilitatea gradării sancțiunii pe care o decide pentru fapta agresorului, în limitele stabilite de codul penal.

Legătura de cauzalitate trebuie stabilită indiferent dacă efectele traumatismului sunt locale, loco-regionale ori generale – față de regiunea interesată inițial – sau dacă aceste efecte s-au produs imediat sau după un anumit interval de timp posttraumatic. Pentru a se putea afirma din punct de vedere medico-legal existența legăturii de cauzalitate este necesar:

– să existe o ***continuitate în timp*** a tulburărilor morfofuncționale, o înlănțuire simptomatologică, morfo și fizio-patologică obiectivabilă, neîntreruptă, între traumatism și consecințele lui, de la data traumatismului incriminat la data examinării persoanei;

– să existe o ***concordanță de sediu*** între traumatism și leziunea constatată (spre exemplu: mici echimoze la nivelul buzelor nu pot constitui argumentul traumatic în etiologia unei fracturi a dinților laterali, deci se vor descrie leziuni dento-alveolare limitate la un teritoriu inaccesibil acțiunii traumatice externe, fără corespondent lezional în imediata vecinătate);

– să se poată ***exclude orice altă cauză*** posibilă a leziunii respective;

– să se interpreteze corect și obiectiv *fondul patologic preexistent*, pentru a se putea face referiri ulterioare legate de gravitatea traumatismului suferit.

3.2. Raportul de cauzalitate

Raportul de cauzalitate este o noțiune ce presupune **compararea** leziunilor traumatiche decelate și a obiectelor traumatiche care le-au generat, pentru ierarhizarea lor, deci se realizează o **discriminare** între cauzele concuroare (asociate, de aceeași valoare sau adjuvante, neesențiale); această noțiune are aplicabilitate în cazul existenței mai multor agresori, pentru a se putea stabili, prin prisma leziunilor traumatiche produse victimei, gravitatea faptei fiecăruia și implicit sancțiunea juridică adecvată.

Astfel, o plagă perforantă a obrazului produsă cu un obiect dur de tip înțepător conferă o anumită gravitate faptei agresorului, spre deosebire de lovirea cu pumnul în regiunea mandibulară și fractura dublă de mandibulă consecutivă, de care este învinuit un alt agresor.

Deci raportul de cauzalitate va folosi juristului pentru încadrarea diferențiată a faptelor, cu mai mulți agresori, în conformitate cu prevederile Codului penal, în funcție de gravitatea leziunii posttraumatice a cărui responsabilitate se atribuie fiecăruia în parte.

Din cele prezentate rezultă, în mod clar, că cele două noțiuni *legătura* și *raportul de cauzalitate* nu sunt similare deși, în activitatea practică, prin confuzie sunt folosite ca având același înțeles, ceea ce generează greutăți de interpretare juridică a concluziilor medico-legale.

4. ELEMENTE DE TANATOLOGIE MEDICO-LEGALĂ

Tanatologia medico-legală studiază problematica morții organismului uman.

Denumirea de *tanatologie* rezultă din asocierea a două noțiuni:

– **Thanatos** = zeul morții, rod al incestului dintre Erebos (întunericul) și Nix (noaptea), este fratele lui Hypos (somnia) – care a avut 1000 de copii printre care și Morpheus, cel care inspiră și transmite visele – și apare întruchipat într-un bărbat voinic, bărbos, cu două aripi mari și negre, înveșmântat cu o manta neagră; zeul are inimă de fier și suflet de aramă și cu sabia, pe care o ține în mână, taie o șuviță din părul muribundului și îi smulge sufletul; în mitologia greacă este reprezentat alături de o lumânare ce se stinge treptat;

– **logos** – cuvânt, idee, rațiune, ordine.

4.1. Definiția morții și a vieții

Moartea, ce reprezintă un moment în evoluția viului și un proces în existența individului, este definită prin *încetarea definitivă și ireversibilă a vieții prin oprirea funcțiilor vitale (cardio-circulatorie și respiratorie) ce determină dispariția individului ca entitate biologică.*

În opoziție cu moartea, **viața**, această „minciună perfectă și perpetuă” (Arthur Schopenhauer, 1788-1860), este considerată *o formă superioară de mișcare a materiei, reprezentând o sinteză a tuturor proceselor mecanice, fizice și chimice care au loc în organism și care se caracterizează prin: metabolism, (auto)reproducere, reactivitate/excitabilitate, variabilitate și evoluție.*

Deci, viața și moartea reprezintă două aspecte ale aceleiași realități, astfel încât moartea, ce survine ca o necesitate biologică, asigură nu numai selecția naturală dar și evoluția umanității; așa cum

moartea celulelor este utilă organismului, în același mod, moartea individului este utilă (evoluției) speciei.

4.2. Etapele morții

Indiferent de felul și/sau cauza morții, organismul uman parcurge următoarele etape sau faze evolutive, aflate la limita (pasajul) viață-moarte, până la instalarea morții definitive, ireversibile. Aceste etape sunt: agonia, moartea clinică și moartea biologică sau definitivă.

4.2.1. Agonia („viață redusă”)

Este o etapă premergătoare (sau inițială) a morții, o etapă de „luptă” (de la grecescul *agon* = luptă) în care fenomenele tanatologice se impun față de fenomenele biologice; în consecință se produce o *diminuare* a funcțiilor vitale (cardio-circulatorie și respiratorie) și alterarea, până la dispariție a funcțiilor vieții de relații.

1. *Fazele agoniei*; în evoluția sa agonia parcurge următoarele faze:

– euforică sau de preagonie; individul prezintă o stare de excitație psiho-motorie (mișcări dezordonate), este neliniștit, uneori logoreic, cu respirație rapidă și superficială (tahipnee), dar regulată;

– de „privire fixă”; apar transpirații reci, cianoza extremităților, respirația devine neregulată, pulsul slab etc.;

– de imobilitate, când extremitățile se răcesc și simțurile dispar progresiv (primul dispăre văzul, iar ultimul auzul).

2. *Formele agoniei*; în funcție de felul tulburărilor de conștiință sunt descrise:

– agonia conștientă sau lucidă, când individul este prezent în mediu, poartă conversații, își urmărește parametrii funcționali: puls, ritm respirator etc. (Bacovia, F. Reiner etc.);

– agonia inconștientă sau delirantă cu exprimări incoerente, halucinații etc. (Napoleon striga „trăiască armata”, Goethe cerea „mai multă lumină”, Proust etc.);

– agonia alternantă, în care perioadele de luciditate alternează cu cele delirante (într-o astfel de perioadă W.A.Mozart a văzut omul care i-a recomandat Requiem-ul).

Data fiind existența tulburărilor psihice agonicii sunt considerați iresponsabili pentru faptele sau actele comise; în materie civilă (testament, donații, adopții, căsătorii etc.), actele încheiate au valoare legală dacă se poate demonstra științific, de către expertul medico-legal că, în momentul întocmirii/semnării aceluia document, persoana respectivă avea discernământul necesar înțelegerii semnificației, consecințelor gestului său (acest lucru se poate realiza în urma efectuării unei expertize medico-legale psihiatrice).

3. *Durata agoniei* cuprinde intervalul de timp la debutul manifestărilor până la încetarea funcțiilor vitale (cardio-circulatorie și respiratorie) și instalarea morții clinice.

În funcție de cauza care a determinat decesul pot exista agonii:

- lungi (zile, ore, minute) = în boli cronice, hemoragii interne etc.;
- scurte (minute, secunde) = în asfiksii mecanice, intoxicații (paration, cianuri etc.);
- absente, cum este cazul zdrobirilor de organe vitale.

4.2.2. *Moartea clinică (moartea relativă)*

Este o etapă intermediară (între viață și moartea definitivă), ireversibilă spontan, care se caracterizează prin *încetarea* funcțiilor vitale (vegetative): cardio-circulatorie și respiratorie.

Această etapă durează din momentul încetării funcțiilor vitale până la instalarea leziunilor ireversibile la nivelul sistemului nervos central (moartea creierului fiind criteriul morții organismului). Deoarece neuronii (celulele sistemului nervos) au o rezistență scăzută, de ordinul minutelor la lipsa oxigenului – neuronii corticali, aproximativ 3 minute, cei subcorticali, 5-10 minute, cei din trunchiul cerebral 30-40 minute (încetarea activității acestor neuroni determină dispariția reflexului cornean și a reflexului fotomotor) – se consideră că, în lipsa aplicării metodelor de resuscitare cardio-circulatorii și respiratorii, moartea clinică nu poate dura mai mult de 5 minute, interval de timp după care se instalează encefalopatia anoxică, cu apariția leziunilor ireversibile la nivelul neuronilor scoarței cerebrale.

În condiții de hipotermie (care reduce necesarul de oxigen, prin scăderea funcțiilor organismului, inclusiv a celor vitale), se apreciază că durată morții clinice poate crește până la 15-20 minute (au fost puse

în evidență gene responsabile de inducerea stării de hipotermie: gena PL care ar influența gradul de percepție a temperaturii scăzute și gena PDK-4, care ar influența metabolismul).

Pe aceste considerente se acceptă că instituirea metodelor de terapie intensivă după mai mult de 10 minute de la debutul morții clinice este inutilă, cu excepția:

- prematurilor și noilor născuți care au o rezistență mai mare la lipsa de oxigen;

- intoxicațiilor cu tranchilizante și hipotermiilor, care reduc metabolismul cerebral;

- gravidelor, pentru salvarea copilului.

Instituirea măsurilor de protezare cardio-circulatorie și respiratorie, într-un interval de timp optim (de la debutul morții clinice), poate readuce individul la viață, fără ca la nivelul sistemului nervos central să se instaleze leziunile (anoxice) ireversibile.

Moartea clinică este un fenomen comun atât morților violente, cât și celor neviolente, indiferent de cauza care a inițiat „lanțul” tanatogenerator.

4.2.3. Moartea biologică (moartea reală sau definitivă)

Este o etapă ireversibilă (nici *spontan* și nici *artificial*, prin metode de resuscitare, individul nu va mai putea reveni la viață) a procesului tanatogenerator, caracterizată prin *încetarea* funcțiilor vitale și *aparitia* leziunilor ireversibile la nivelul sistemului nervos central.

După instalarea morții reale pot fi puse în evidență semnele morții și pentru un timp (diferit de la un organ/țesut la altul, în funcție de rezistența acestora la lipsa oxigenului) mai persistă manifestările postvitale.

Etapetele morții, descrise mai sus, sunt confundate, destul de frecvent, cu alte stări particulare ale organismului uman, care au drept numitor comun alterarea stării de conștiență; acestea au fost denumite, în mod impropriu și „stări intermediare”, între viață și moarte sau „stări de frontieră”; în categoria acestora sunt incluse:

- *moartea aparentă* („viața minimă”), ce se caracterizează printr-o reducere foarte accentuată a funcțiilor vitale și a activității sistemului nervos care nu pot fi puse în evidență prin metode clinice sau, uneori

nici prin metode paraclinice; dintr-o astfel de stare individul poate reveni la viață.

Moartea aparentă se poate instala în hipotermii, electrocuții, hidrocuții, intoxicații cu oxid de carbon sau în urma administrării unor substanțe anestezice, după emoții puternice etc. În literatura de specialitate sunt descrise cazuri în care la exhumare cadavrele au fost găsite, în sicriu, cu poziția schimbată, cu diverse urme care indicau încercarea celui îngropat de a ieși din coșciug, cazuri de întoarceri de la morgă sau ridicări din coșciug în perioada de dinaintea îngropării celui considerat mort etc., toate acestea fiind dovezi ale unei examinări superficiale a presupusului cadavru de către cel care eliberează actul constatator al decesului; de fapt acest document trebuie emis numai după 24h de la producerea decesului, tocmai pentru a evita astfel de situații.

- *viața vegetativă* (abolirea vieții de relație, comă profundă) cu menținerea *spontană*, la un prag scăzut a funcțiilor vitale cardio-circulatorie și respiratorie.

- *comă depășită* – stare caracterizată prin suprimarea vieții de relație cu menținerea *artificială* (prin metode de reanimare/terapie intensivă) a funcțiilor vitale; deconectarea de la aparatele de susținere a funcțiilor cardio-circulatorie și respiratorie produce traseu izoelectric pe EKG (moartea cordului) și oprirea respirației; în starea de comă depășită individul este decerebrat (moarte corticală) cu traseu EEG izoelectric.

- *coma* (somnul profund) este o stare patologică, de inhibiție a activității nervoase superioare, caracterizată prin pierderea parțială sau totală a conștienței, a mobilității voluntare și a sensibilității conștiente cu *păstrarea* (la parametri din ce în ce mai reduși, în funcție de gradul stării de comă) a funcțiilor vegetative fundamentale: cardio-circulatorie și respiratorie:

- comă grad I = subcomă = comă vigilă;
- comă grad II = coma propriu-zisă;
- comă grad III = coma profundă = coma carus;
- comă grad IV = coma depășită;

În prezent, profunzimea stării de comă se poate aprecia (în România), în funcție de răspunsul motor (1-6p), ocular (1-4p) și verbal (1-5 p) la stimuli – scala Glasgow (între 1-15 puncte) sau de reacția la

stimuli (verbali și dureroși) stabilitatea funcțiilor vitale și prezența reflexelor de trunchi cerebral – scala Reed (0-4).

- *sincopa* – pierderea bruscă și de scurtă durată a conștienței (prin anoxie cerebrală) generată de oprirea circulației sanguine și/sau a respirației: sunt descrise multiple forme de sincope: cardiace, (vaso) vagale (sincopa emotivă, hipertermică, la durere, după consum de alcool, la bărbierit etc.), (vago) vagale (sincopa de micțiune, sincopa la tuse) etc.

- *lipotimia* (leșinul) – sincopa falsă, caracterizată prin abolirea de scurtă durată a stării de conștiență, însoțită de pierderea tonusului postural, dar cu menținerea funcțiilor vitale la parametri optimi.

4.3. Semnele morții

Realitatea decesului unei persoane poate fi susținută pe baza semnelor morții; acestea pot fi clasificate în: semne negative de viață și semne pozitive de moarte.

4.3.1. *Semnele negative de viață*

Semnele negative de viață prezintă următoarele caracteristici:

- ✓ apar imediat după încetarea funcțiilor vitale (cardio-circulatorie și respiratorie);

- ✓ au valoare orientativă, nepermițând susținerea diagnosticului de moarte reală; sunt prezente și în sincope, lipotimii, moarte aparentă etc.;

- ✓ sunt date de alterarea „trepiedului vital”: creier (activitatea sistemului nervos) – cord (activitatea sistemului cardio-circulator) – plămân (activitatea sistemului respirator).

Din categoria semnelor negative de viață fac parte:

- aspectul general și poziția corpului, determinate de pierderea tonusului postural (se constată poziții ciudate care nu se întâlnesc la omul viu) însoțită uneori de relaxare sfincteriană (urme de urină, fecale, lichid seminal); pleoapele sunt întredeschise, gura deschisă (prin căderea mandibulei), musculatura flască, pielea ceroasă cu elasticitatea pierdută, degetele mâinilor în semiflexie, vârfurile picioarelor rotate spre lateral etc.

- midriază fixă – dilatarea pupilei peste 4 mm, ce nu răspunde (nu se produce mioză = contracția pupilei sub 2 mm) la stimulul luminos (reflexul fotomotor);
 - lipsa reflexelor;
 - lipsa respirației, ce se poate pune în evidență prin:
 - imobilitate toraco-abdominală;
 - nu se percepe respirația (laringian, toracic);
 - oglinda pusă în dreptul orificiilor respiratorii nu se aburește;
 - apa nu se mișcă în vasul așezat pe torace etc.
 - lipsa activității cardio-vasculare; se poate stabili prin:
 - nu se percep contracțiile inimii;
 - nu se simte pulsul;
 - ligatura/compresia unui deget nu determină apariția cianozei locale;
 - dacă se înțepă corpul din locul respectiv nu se scurge sânge etc.

4.3.2. *Semnele pozitive de moarte*

Semnele pozitive de moarte, denumite și modificări (fenomene) cadaverice, sunt considerate *semnele morții reale* sau semnele de certitudine ale decesului. În funcție de intervalul de timp după care apar, acestea pot fi clasificate în: semne pozitive de moarte precoce și tardive.

4.3.2.1. Semnele pozitive precoce de moarte

a) *răcirea cadavrului* (algor mortis):

- este fenomenul de cedare a căldurii, către exterior, datorită lipsei circulației sanguine (care uniformizează temperatura corpului), mai rapid sau mai lent în funcție de temperatura mediului ambiant;
- temperatura scade de la suprafață spre interior; zonele descoperite se răcesc mai repede; cadavrele hiperponderale se răcesc mai greu;
- în cazul unui adult normostenic, la o temperatură a mediului de 15-18 grade C se pierde inițial 1 grad C/h, în primele ore, ulterior 2 grade C/h;

– ordinea răcirii pentru diversele segmente corporale: mâna – 1 oră; fața – 2 ore; picioare – 3-4 ore; trunchiul – 8-12 ore; organele interne – 20 ore.

– diagnosticul de moarte reală se pune atunci când temperatura măsurată intrarectal este de 20 grade C; această temperatură se atinge după aproximativ 10-12 ore de la deces;

– are o valoare orientativă în stabilirea datei (orei) morții, deoarece este influențată în mod direct de temperatura mediului în care a stat cadavrul.

b) *deshidratarea*

– se produce datorită diminuării lichidelor din zonele/straturile superficiale ale pielii, prin evaporare, în condițiile întreruperii circulației sanguine (ce asigură irigarea țesuturilor);

– apare mai repede acolo unde pielea:

• este mai subțire: buze, ochi, scrot, vârful degetelor, vârful nasului;

• a fost traumatizată (în timpul vieții sau postmortem): excoriații, plăgi, șanț de spânzurare sau de ștrangulare, zone (toracice) post stimulare cardiacă electrică etc.;

– prin deshidratare se produc zonele de pergamentare ce apar sub forma unor arii sau zone gălbui – brune, uscate, întărite/dure, uneori deprimare (sub planul tegumentului din jur); buzele se încrețesc (apar zbârcite), devin aspre, cu aspect castaniu; la ochi, dacă post-mortem pleoapa rămâne deschisă, în fanta palpebrală apare „pata lui Liarché” (colorație brună sau brun-roșietică), apoi ochiul se opaciază și devine moale.

– nu are valoare în stabilirea datei morții;

c) *lividitățile cadaverice (livor mortis; lividus = vânăt)*:

– sunt pete roșietice-violacee ce apar prin distribuția/acumularea sângelui în zonele declive, „de jos” ale cadavrului, sub influența forței gravitaționale și în lipsa circulației sângelui, prin sistemul închis al vaselor de sânge, datorită întreruperii contracțiilor cardiace (este sistată funcția de pompă a inimii);

– în evoluția lor lividitățile cadaverice parcurg următoarele faze:

• *faza de hipostază* [faza „de coborâre” a sângelui aflat în vasele sanguine; debutează la aproximativ 3-60 minute de la deces sub forma

unor pete dispersate care ulterior se întind progresiv și vor conflua; dispar la presiune și se redistribuie în raport cu noile zone declive, dacă se modifică poziția cadavrului];

- *faza de difuziune* [când o parte a sângelui iese din vas, difuzând în țesutul adiacent; la presiune digitală „pălesc” (nu dispar complet) și dacă se schimbă poziția cadavrului lividitățile inițiale se mențin (uneori pot fi constatate modificări de intensitate a colorației), dar apar noi lividități, în raport cu noile zone declive ale cadavrului];

- *faza de imbibiție* [cea mai mare parte a sângelui (hemolizat), trece în țesutul din jur „îmbibându-l”]; la presiune sau la schimbarea poziției cadavrului lividitățile nu se modifică];

- zonele/punctele de sprijin ale cadavrului, sau regiunile comprimate de îmbrăcăminte (curea, guler etc.) nu prezintă niciodată lividități cadaverice;

- reprezintă cel mai sigur și precoce semn la morții reale; apariția lividităților va determina întreruperea manevrelor resuscitatorii;

- pot indica:

- *timpul* care a trecut de la deces (împreună cu celelalte semne ale morții și în special cu rigiditatea cadaverică);

- *poziția* sau modificarea poziției cadavrului;

- uneori pot orienta asupra cauzei morții; în intoxicația cu oxid de carbon sau cu cianuri, sunt roșii-carmin, în intoxicația cu nitriți sunt brune etc.

d) *rigiditatea cadaverică (rigor mortis; înțepenire sau redoare cadaverică)*:

- este consecința întăririi/contracturii mușchilor scheletici;

- se pune în evidență la nivelul articulațiilor;

- se instalează în sens cranio-caudal (legea lui Nysten); la cadavrele la care planul membrelor pelvine este situat deasupra planului capului (poziția Trendelenburg) rigiditatea se instalează în sens caudo-cranian (inversul legii lui Nysten);

- dispăre în aceeași ordine în care a apărut (legea lui Nysten).

După relaxarea musculară inițială, postmortem, rigiditatea parcurge următoarele etape sau stadii:

- *de instalare* [apare la 1-3 ore de la deces inițial la mușchii masticatori și la mușchii cefei, pentru ca ulterior să cuprindă în sens descendent celelalte grupe musculare];

- *de stare* [este completă și totală];
- *de rezoluție*.

e) *autoliza* – fenomen cadaveric distructiv, precoce care se desfășoară în absența microbilor, sub influența enzimelor proprii organismului, precedând putrefacția împreună cu care determină ramolirea și lichefierea țesuturilor și organelor.

4.3.2.2. Semnele pozitive tardive de moarte

În funcție de conservarea aspectului cadavrului (inclusiv a leziunilor traumatiche), deci de posibilitatea identificării ulterioare (după o perioadă mai îndelungată de timp) semnele sau modificările pozitive tardive de moarte, pot fi distructive, semiconservatoare sau conservatoare.

A. **Modificări distructive:**

1. *putrefacția* = proces cadaveric distructiv tardiv, ce se desfășoară sub influența germenilor microbieni (aerobi și anaerobi), continuând autoliza și generând, în final, descompunerea cadavrului (țesuturile și organele se transformă într-o magmă negricioasă cu miros neplăcut ce se scurge, îmbibând îmbrăcămintea cadavrului, solul, sicriul); se manifestă prin:

- pata verde de putrefacție;
- circulația postumă;
- flictenele (bulele) de putrefacție;
- mirosul pestilențial.

Condițiile care favorizează putrefacția sunt:

– temperatura = între 20 și 35 grade C; sub 20 grade C putrefacția încetinește, iar la 0 grade C este oprită; temperaturile ridicate, prin distrugerea bacteriilor de putrefacție inhibă procesul putrefacției și favorizează apariția mumificării;

- ventilația bună (abundența de O₂);
- umiditatea.

Reguli de apreciere cronologică a putrefacției:

- cifra care indică zilele iarna, indică orele vara (regula Devergie);
- putrefacția începe în a 2-a zi de vară și în a 8-a zi de iarnă; putrefacția este întârziată cu 1 lună față de vară (regula Laccasagne);

– 1 săptămână de putrefacție în aer = 2 săptămâni de putrefacție în apă = 8 săptămâni de putrefacție în sol (regula lui Caspers).

2. *Distrugerea cadavrului* de către:

– viețuitoare (animale, insecte etc.); spre exemplu, în lunile calde (aprilie-octombrie), la câteva ore de la deces, pe cadavrele descoperite se pot observa ouă de muște: musca albastră, apoi musca verde (musca de cameră nu depune ouă pe cadavru) sub forma unor grămezi gălbui-albicioase („scrumul de țigară”); după 8-25 ore din ouă ies larvele care sapă în profunzime conferind pielii un aspect ciuruit.

Deoarece muștele își depun ouăle în cursul după-amiezii prezența ouălelor pe cadavru orientează asupra faptului că „peste cadavru a trecut o noapte.”

– om, în mod intenționat sau accidental, prin metode fizice (incinerarea), chimice (substanțe caustice) sau mecanice prin depesaj.

B. *Modificări semiconservatoare*; cadavrul mai poate fi identificat și eventualele leziuni traumatice (externe) mai pot fi recunoscute, dar cu oarecare dificultate. În rândul manifestărilor semiconservatoare se descrie *adipoceara* (saponificarea sau săpunul de cadavru). Acest fenomen cadaveric tardiv apare, după putrefacție, care macerează pielea și permite contactul apei cu țesutul adipos (gras); formarea săpunului de cadavru inhibă putrefacția.

Condițiile de mediu prielnice saponificării:

- mediu umed (bălți, lacuri, latrine etc.);
- oxigen în cantitate redusă (absent);
- temperatură ridicată.

Saponificarea care începe după 3-4 săptămâni, la copii și după aproximativ 4 săptămâni la adult (la suprafață) și se termină, la copil în 3-4 luni iar la adult după 8-10 sau chiar 12 luni modifică aspectul cadavrului care apare acoperit (în totalitate sau parțial) de o substanță alb-cenușie sau alb-gălbuie, de consistență scăzută, unsuroasă, gelatinoasă, cu miros de brânză râncedă; în contact cu aerul adipoceara se usucă, devine sfărâmicioasă, cu aspect grunjos, cenușiu, iar în timp capătă tentă negricioasă.

C. *Modificări conservatoare*:

1. *Naturale*

a) *mumificarea*, presupune deshidratarea generalizată a cadavrului; se produce în condiții de mediu favorabile reprezentate prin:

- temperatură crescută;
- ventilație bună;
- umiditate scăzută sau absentă.

Cadavrul unui adult se mumifică în 1-3 luni și capătă un aspect uscat, de volum redus, cu pielea încrețită, de consistență crescută și o colorație cafenie-castanie (pergamentat).

b) *lignifierea* sau tăbăcirea, este o formă particulară de mumi-fiere ce se produce în mediile bogate în acid tanic și humic, cu reacție acidă puternică (mlăștini acide, terenurile de turbă); cadavrul este de volum redus cu pielea dură, brună (= cadavrul lemnos).

c) *pietrificarea* = mineralizarea; se produce prin mineralizare postmortem (cu săruri de calciu); se întâlnește în special la feții morți și retenționați intrauterin (litopedion = pietrificarea în întregime a fătului).

d) *congelarea* (înghețarea):

- cadavrul se păstrează pe perioade indefinite;
- după dezghețare putrefacția avansează foarte rapid;
- lividitățile cadaverice sunt roșii-aprinse;
- pielea nu se mobilizează pe planurile subiacente, cu care formează un bloc rigid.

2. **Artificiale**

- menținerea în camere frigorifice;
- îmbălsămarea;
- plastifierea.

4.4. **Clasificarea medico-legală a morții – felul morții**

Din perspectivă medico-legală și juridică, prin prisma împrejurărilor în care a survenit decesul unei persoane, în scopul elucidării cauzelor, condițiilor și circumstanțelor ce au determinat sau contribuit la producerea morții, după efectuarea autopsiei, se poate vorbi de moarte violentă și de moarte neviolentă. Înainte de efectuarea autopsiei, de regulă la cercetarea ce se întreprinde la fața locului, se acceptă o formă intermediară, cu caracter provizoriu (respectiv până după efectuarea autopsiei) între cele două feluri de moarte menționate și anume moartea suspectă de a fi violentă.

4.4.1. Moartea neviolentă

Moartea neviolentă este moartea care se produce fără a se încălca dreptul la viață al ființei umane și/sau fără intervenția unui agent traumatic extern organismului; determinată exclusiv de cauze interne, moartea neviolentă poate fi:

– *naturală* (moartea „de bătrânețe”) – ce survine la vârste înaintate, prin procesul fiziologic de îmbătrânire a organismului; este o situație excepțional de rar întâlnită, deoarece, de cele mai multe ori în determinismul morții intervine o boală sau un traumatism;

– *patologică* – moartea ca eveniment final al evoluției unei afecțiuni, boli organice etc.; este cel mai frecvent tip de deces și, de fapt, face obiectul disciplinei de anatomie patologică. Moartea patologică se poate produce lent (spre exemplu după spitalizări de lungă durată pentru cancer, tuberculoză, ciroză hepatică etc.) sau rapid (spre exemplu un infarct miocardic, sau după un accident vascular cerebral etc.).

4.4.2. Moartea violentă

Moartea violentă poate fi definită ca fiind moartea ce se produce ca urmare a nerespectării dreptului la viață al ființei umane, datorită intervenției unui agent traumatic (factor) extern organismului.

Întrucât în marea majoritate a cazurilor este rezultatul încălcării relațiilor sociale ce se nasc în jurul și datorită bunului cel mai de preț al omului (dreptul la viață) ori de câte ori un deces este etichetat, din punct de vedere medico-legal, ca fiind violent, se vor declanșa procedurile judiciare specifice, astfel încât să se poată stabili împrejurările în care a survenit moartea persoanei respective, forma de vinovăție cu care a fost produsă și în consecință dacă se impune aplicarea unei sancțiuni juridice.

Moartea violentă poate surveni în următoarele împrejurări:

a) *accidente*, situație în care forma de vinovăție este culpa, fie a persoanei însăși (spre exemplu, nerespectarea regulilor de protecția muncii, conducerea unui autovehicul cu defecțiuni mecanice majore sau sub influența băuturilor alcoolice etc.) cu pierderea controlului autovehiculului și producerea unui accident cu decesul șoferului etc.) fie a autorului; deci moartea se produce întâmplător, fără să se fi urmărit

ori acceptat deznodământul fatal (accidente de muncă, casnice, rutiere, feroviare etc.).

Tot în categoria morților violente-accidentale este inclus și decesul, consecință a unor *deficiențe, greșeli în activitatea de asistență sanitară*, respectiv o conduită terapeutică inadecvată situației respective: tratament incorect efectuat sau aplicat cu întârziere, nesupravegherea competentă a pacientului etc. Decesul, rezultat ca urmare a încălcării normelor deontologice medicale, poate surveni, referindu-se la cauza tanatoinițială:

- (și) când procesul tanatogen este declanșat de acțiunea unui agent traumatic exogen (deci ar fi vorba de o moarte violentă): [exemplu: traumatism abdominal prin agresiune → ruptură de splină → nu se intervine operator în timp util → deces prin hemoragie internă];

- (și) când cauza tanatoinițială este reprezentată printr-o boală, afecțiune internă (deci o moarte neviolentă) care a fost neglijată sau tratată cu superficialitate de către medic.

[exemplu: apendicită acută → nu se intervine chirurgical la timp, temporizându-se în mod nejustificat tratamentul operator → peritonită → stare toxico-septică → deces].

În aceste situații, moartea este considerată violentă, din punct de vedere medico-legal și juridic, deoarece medicul, prin pregătirea și calificarea pe care o are, este obligat să intervină competent (calificat) pentru a „rupe lanțul tanatogenerator”; neacordarea ajutorului pe care era obligat să-l asigure pacientului, a făcut ca acesta să-și piardă viața și în consecință medicul este responsabil.

b) *sinucideri*, acte autolitice produse, de cele mai multe ori, cu intenție (directă) dar și, în unele cazuri, din culpă, accidental spre exemplu în încercarea iluzorie de obținere a satisfacției erotice pe alte căi decât cele naturale, multe persoane, de regulă tinere, au decedat prin diverse forme de asfixie mecanică (sufocare prin introducerea capului în pungi de plastic etanșe etc.) fără a se putea proba atingerea voluptății, a orgasmului (a se vedea în acest sens și relatările prof. N. Minovici după experiențele proprii de spânzurare); de fapt, în astfel de situații se poate afirma că fantasma tentației obținerii plăcerii este înlocuită cu realitatea crudă a decesului.

Acceptat sau anatemizat suicidul „vero” (reușit) – act autolitic care, în funcție de societate, religie etc., a fost fie dezaprobat, fie acceptat, nu este un act izolat, întâmplător în existența individului ci presupune parcurgerea unor etape (sinucidăție → sinucidacție → traumatizație – după prof. V.T. Dragomirescu) în care ideea de sinucidere odată inoculată parazitează activitatea psihică a individului, îl determină să elaboreze planul suicidal (locul, momentul, modalitatea) pentru ca, în final, să devină realitate, să se materializeze.

c) *crime*, omucideri heteroagresive, produse cu intenție (directă sau indirectă) ori cu praeterintenție; tot în această categorie a omuciderilor este inclus și omorul săvârșit la rugămintea sau cu acceptul victimei.

d) *execuție capitală* (pedeapsa cu moartea) este o împrejurare particulară de deces a unei persoane care a fost condamnată printr-o hotărâre definitivă și irevocabilă a unei instanțe de judecată legal investită; în această situație se poate vorbi de existența unei duble intenții directe – atât a instanței de judecată, cât și a făptuitorului care, în această situație, prin excepție, este exonerat de răspundere. Problemă controversată în lumea contemporană (părerile fiind atât pro cât și contra) pedeapsa cu moartea se realizează cel mai frecvent prin: decapitare (mai ales în trecut), spânzurare (mai rar), electrocuție pe „scaunul electric” sau prin injecție letală.

Indiferent de intervalul de timp care a trecut de la momentul/ evenimentul traumatic și decesul persoanei, rolul medicului legist constă în a stabili dacă există sau nu legătură de cauzalitate între traumatismul incriminat și moartea individului; acest lucru nu este întotdeauna simplu de realizat datorită particularităților de evoluție (mai ales posttraumatică) a fiecărei ființe umane.

4.4.3. *Moartea suspectă de a fi violentă*

Așa cum am precizat, înainte de efectuarea autopsiei medico-legale, (inclusiv a investigațiilor tanatologice de laborator), cu ocazia cercetărilor judiciare efectuate la fața locului sau în cadrul anchetei preliminare, declanșate cu ocazia descoperirii unui cadavru uman, la limita dintre cele două tipuri, diametral opuse de moarte (violentă și neviolentă) poate fi descrisă moartea *suspectă de a fi violentă*;

denumită și obscură (O.M.S.) care, datorită cauzelor și condițiilor/circumstanțelor în care se produce, poate fi inclusă fie grupa morților violente, fie în cea a celor neviolente (după efectuarea autopsiei). Spre exemplu: moartea indivizilor tineri sau a persoanelor aflate în misiuni oficiale, a deținuților, a celor ce ocupă funcții publice, moartea după traumatisme minore etc., va ridica întotdeauna semne de întrebare, care nu vor putea fi eliminate (printr-o argumentație obiectivă) în lipsa unei autopsii oficiale.

Se consideră moarte suspectă de a fi violentă în următoarele situații:

a) decesul unei persoane a cărei sănătate, prin natura serviciului, a fost verificată periodic din punct de vedere medical;

b) deces care survine în timpul unei misiuni de serviciu, în incinta unei întreprinderi sau instituții;

c) deces care survine în custodie (moartea persoanelor aflate în detenție sau private de libertate, în spitalele psihiatrice, decese în spitale penitenciare, în închisoare sau în arestul poliției), moartea asociată cu activitățile poliției sau armatei în cazul în care decesul survine în cursul manifestațiilor publice sau orice deces care ridică suspiciunea nerespectării drepturilor omului, cum este suspiciunea de tortură sau orice altă formă de tratament violent sau inuman;

d) multiple decese repetate, în serie sau concomitente într-o comunitate;

e) cadavre neidentificate sau scheletizate;

f) decese survenite în locuri publice sau izolate;

g) când moartea survine la scurt interval de timp (de regulă, până la 24 ore) de la internarea într-o unitate sanitară, timp în care nu s-a putut stabili un diagnostic (prin care să se poată explica decesul), care să excludă o moarte violentă;

h) când moartea este pusă în legătură cu o deficiență în acordarea asistenței medicale sau în aplicarea măsurilor de profilaxie ori de protecție a muncii;

i) decesul pacientului a survenit în timpul sau la scurt timp după o intervenție diagnostică sau terapeutică medico-chirurgicală.

j) moartea subită (deces survenit brusc, rapid, în plină stare de sănătate, la o persoană fără o patologie diagnosticată ori cu o afecțiune cronică, aflată în tratament și a cărei evoluție nu presupunea acest deznodământ).

k) moartea prin inhibiție (moartea reflexă), ce se produce la indivizi sănătoși (cu „autopsie albă”), dar cu o reactivitate particulară, la care datele de anchetă pun în evidență un moment traumatic, petrecut cu puțin timp anterior decesului, asupra unei zone recunoscute ca reflexogene:

– subcutanată: regiunea laringiană, regiunea epigastrică, scrotul, fața anterioară a tibiei, globii oculari (prin comprimare);

– mucoasă: laringiană, a colului uterin, a anusului (dilatarea bruscă → deces);

– seroasă: pleure, uneori pericard sau peritoneu (la puncții).

e) moartea funcțională sau moartea dinamică (Claude Bernard) în care la autopsie nu se pun în evidență nici un fel de leziuni sau modificări organice („autopsie albă”) iar din datele de anchetă nu se pot obține elemente care, măcar să sugereze o acțiune traumatică.

5. AUTOPSIA MEDICO-LEGALĂ

5.1. Definiție

Sinonimă cu **necropsia** (*necro* = mort, cadavru + *opsis* = vedere) autopsia medico-legală, așa cum indică și denumirea, este o activitate specifică instituției medico-legale, ce constă în examinarea completă, externă și internă, macroscopică și de laborator (microscopică, toxicologică, serologică etc.) a cadavrului uman, pentru aflarea cauzelor decesului (inițială-intermediară-imediată și eventual favorizantă) în vederea stabilirii felului și a împrejurărilor în care s-a produs moartea.

Facem precizarea că noțiunea de cadavru, din punct de vedere medico-legal, este mai vastă și semnifică atât corpul uman întreg, fără viață, ori fragmente din acesta (spre exemplu, numai capul sau numai trunchiul etc.), indiferent de timpul trecut de la deces (deci fără a avea importanță gradul și tipul de descompunere), cât și scheletul uman în totalitate sau diverse fragmente osoase; prin această interpretare extensivă a noțiunii de cadavru, autopsia medico-legală se poate diferenția față de alte tipuri de autopsii.

5.2. Tipuri de autopsie

Autopsia, la modul general, poate fi:

5.2.1. *Anatomo-patologică*

Acest tip de necropsie se execută în laboratorul de prosectură din cadrul unui spital, de către un medic anatomo-patolog, pentru a se confirma/infirma patologia ce a determinat decesul pacientului ce a fost internat și a decedat în acea unitate sanitară.

Aceste autopsii se efectuează la 24 ore de la deces, deci asupra cadavrelor care nu prezintă modificări tardive postmortale naturale (putrefacție, mumificare etc.) sau artificiale (îmbălsămare) și, de regulă, este necesar acordul aparținătorilor /reprezentanților legali; în cazul în care aceștia nu sunt de acord cu efectuarea autopsiei se poate obține

scutirea de autopsie, dacă nu există dubii asupra diagnosticului de deces ori cu privire la modul de aplicare a tratamentului în spital și dacă se obține aprobarea semnată de directorul spitalului, medicul șef anatomo-patolog, medicul curant și medicul șef de secție (unde s-a produs decesul). În situația în care, cu ocazia unei astfel de autopsii, care poate fi generală (completă) sau parțială (axată pe organul/patologia care a produs decesul), se pun în evidență leziuni traumatiche sau boli nediate diagnosticate, ori manopere medico-chirurgicale (acte operatorii), care pot avea legătură cu moartea pacientului, autopsia se oprește și cadavrul va fi preluat de instituția medico-legală.

5.2.2. *Demonstrativ-științifică*

Se efectuează în cadrul instituțiilor de învățământ superior medical, în scopul pregătirii sau aprofundării cunoștințelor cursanților; aceste autopsii, reduse ca număr, se realizează de regulă asupra cadavrelor neidentificate ori nerevendicate.

5.2.3. *Medico-legală*

Denumită și judiciară sau oficială, autopsia medico-legală are următoarele particularități:

1. este efectuată numai de către medicul legist, în unele situații, se pot forma echipe alcătuite din doi sau chiar trei medici legiști (mai ales atunci când se bănuiește o moarte neviolentă, generată de o patologie mai rar întâlnită), sau pot fi cooptați și medici anatomopatologi din diverse spitale. În situația în care este necesară reexaminarea unui cadavru deja autopsiat, aceasta nu se poate face decât de către o comisie alcătuită din medici legiști care au grad profesional mai mare decât cel al medicului legist care a efectuat prima examinare, sau care provin dintr-o instituție medico-legală ierarhic superioară;

2. se execută la unitatea medico-legală pe a cărei rază teritorială s-a produs decesul persoanei sau unde a fost găsit cadavrul; când nu există posibilitatea transportării cadavrului la morgă, cu acordul medicului legist, autopsia se poate efectua la locul unde a fost găsit cadavrul sau într-un loc anume ales;

3. este obligatorie, fără a mai fi necesar acordul aparținătorilor/reprezentanților legali (deci nu se poate obține scutire de autopsie), în următoarele cazuri:

a) moarte violentă, chiar și atunci când a trecut o perioadă de timp indiferent de durată între evenimentul traumatic (accident, agresiune etc.) până la deces iar moartea poate fi pusă în legătură cu acel eveniment ori se afirmă acest lucru (de regulă de către familie, rude etc.);

b) moarte de cauză necunoscută (spre exemplu, atunci când familia, rudele, cunoscuții etc. nu pot proba cu documente medicale o patologie prin care să se poată explica decesul);

c) cauza morții este suspectă de a fi violentă.

4. autopsia medico-legală trebuie să fie completă; cele trei cavități (craniană, toracică, abdominală) vor fi deschise în mod obligatoriu, chiar dacă felul și cauza morții sunt evidente încă de la examenul extern (spre exemplu, hemoragie externă, prin amputarea unui membru, zdrobirea capului, împușcare, înjunghiere etc.);

5. autopsia medico-legală se execută numai în baza unui document oficial, scris, care trebuie să îndeplinească solemnitățile impuse de lege, fiind emis de un organ de anchetă, abilitat, al statului (rezoluție motivată, ordonanță etc.);

6. după efectuarea autopsiei medico-legale, datele obținute sunt trecute imediat într-un *raport de autopsie medico-legală*, denumit și raport de constatare medico-legală necoptică.

5.3. Obiectivele autopsiei medico-legale

În urma efectuării autopsiei judiciare, în concluziile raportului de constatare medico-legală necroptică pe care-l întocmește, medicul legist trebuie să răspundă la următoarele obiective:

1. felul morții (violentă sau neviolentă);
2. cauza medicală a morții;
3. legătura de cauzalitate;
4. raportul de cauzalitate;
5. data morții;
6. rezultatele examinărilor de laborator: grupa de sânge, alcolemie etc.

Pe lângă aceste obiective generale, la care trebuie să răspundă, în funcție de particularitățile concrete ale speței, medicul legist poate formula și alte răspunsuri astfel încât să vină în întâmpinarea organului de anchetă cu elemente probatorii concludente și utile.

6. REACȚIA VITALĂ

Prin reacție vitală, în medicina legală, se înțelege totalitatea modificărilor locale (ale țesuturilor, organelor) și/sau generale (ale întregului corp) ce apar în organismul (uman) *viu*, ca răspuns la acțiunea unui agent traumatic – mecanic, fizic, chimic, biologic.

Reacția vitală reprezintă un criteriu de diferențiere a leziunilor traumatice din timpul vieții de cele produse după moarte; în raport cu momentul morții organismului, leziunile traumatice pot fi produse înaintea acestui moment [caracter vital manifest, bine reprezentat], în timpul (în agonie sau în moarte clinică) [caracter vital minim, estompat] sau după instalarea morții [caracter vital absent].

În scop didactic, în categoria generică a reacțiilor vitale pot fi incluse:

6.1. Semnele vitale

Semnele vitale (așa cum reiese și din denumire) indică posibilitatea ca subiectul să fi fost în viață în momentul producerii leziunilor traumatice; acest fapt nu poate fi însă afirmat cu certitudine. Ca exemple de astfel de semne cităm:

- „ciuperca” de spumă, la cadavrele scoase din apă;
- funinginea din jurul orificiilor nazale sau a gurii la cadavrele găsite la locul incendiilor;
- protruzia limbii între arcadele dentare, mai ales la cadavrele la care cauza morții o constituie asfixia mecanică;
- „emisie” spermatică (prezența spermei exteriorizată la nivelul regiunii genitale);
- prezența sângelui în jurul cadavrului:
 - sub forma unor stropi împrăștiați la distanțe diferite, ceea ce orientează diagnosticul către o posibilă hemoragie externă de natură

arterială (în această situație sângele are o colorație mai deschisă – sânge roșu-viu);

– sub formă de „baltă” în imediata apropiere a cadavrului, ceea ce ar sugera o hemoragie externă de natură venoasă (în această situație sângele are o colorație mai închisă – sânge negricios).

6.2. Reacția vitală propriu-zisă

În această grupă sunt incluse modificările posttraumatice cu caracter cert vital, care în mod sigur au survenit în timpul vieții.

6.2.1. Reacții vitale propriu-zise locale

Acestea, de regulă, sunt descrise în morțile lente, cu agonie îndelungată. Din această categorie fac parte:

a) **hemoragia tisulară** – leziune infiltrativ-hemoragică, numită frecvent în activitatea practică „infiltrat sanguin”, „infiltrat hemoragic” sau „infiltrat de sânge”.

– poate fi pusă în evidență la nivelul:

- țesutului moale: mușchi, țesut subcutanat, organe;
- țesutului dur: oase, dinți;

– este consecința fisurării vaselor de sânge (indiferent de calibrul), cu extravazarea consecutivă a sângelui care se fixează în țesuturile din jur;

– apare ca o zonă roșietică-negricioasă ce contrastează cu țesutul din jur și care nu poate fi îndepărtată de jetul de apă („prin spălare”), fiind aderentă.

Correspondentul tegumentar al hemoragiei tisulare este echimoza.

b) **coagularea** (proprietate a sângelui care se pierde după moarte):

– cheagurile de sânge care se formează în timpul vieții (coaguli intravitali) sunt aderente de țesut (spre exemplu de marginile plăgii sau de peretele vascular), au suprafața rugoasă, sunt friabile și au un aspect mat-uscat.

– cheagurile de sânge care se produc postmortem (coaguli cruorici) nu sunt aderente de țesut/perete vascular și au suprafața netedă, lucioasă, umedă.

Printr-o serie de determinări de laborator cantitatea de fibrină din cheagul de sânge poate fi cuantificată; cu cât coagularea s-a

declanșat mai tardiv față de momentul morții, cu atât și cantitatea de fibrină este mai redusă.

c) **crusta**, etapă în evoluția spre vindecare a plăgilor sau exco-riatiilor și care necesită un interval mai mare de supraviețuire pentru a se putea forma. În aceeași categorie poate fi inclusă și cicatricea;

d) **retracția țesuturilor secționate** – îndepărtarea (dehiscenta) marginilor plăgii, ce dă impresia de lipsă de țesut;

– pielea și mușchii au cea mai mare capacitate de a se retracta; dacă traiectul de secțiune este perpendicular pe fibrele elastice (din tegument) sau pe cele musculare, distanța dintre marginile plăgii este maximă;

– în plăgile produse postmortem marginile acestora nu sunt îndepărtate (nu există dehiscentă), sunt mai moi și netumefiate.

e) **inflamația** – reacția de răspuns (de protecție) a organismului viu la acțiunea unor factori sau agenți ai mediului*, având drept scop anularea sau diminuarea consecințelor posttraumatice (repararea țesutului lezat).

La cadavru, inflamația se poate recunoaște:

– macroscopic prin:

• tumefiere (tumor);

• roșeață (rubor) – în primele ore de la deces. [Celelalte semne macroscopice ale inflamației la persoanele vii sunt: căldura locală (*calor*), durerea (*dolor*) și alterarea funcțională (*functio lesa*)].

– microscopic prin reacția leucocitară (leucocitoză → migrație → diapedeză → aglomerare perivasculară locală), al cărei debut a fost semnalat la 15 minute posttraumatic (V. Beliş).

f) **transformările hemoglobinei**** din infiltratele sanguine posttraumatice; astfel, în funcție de etapele de degradare a hemo-globinei, pot fi descrise o serie de variații de culoare:

– inițial colorație roșie (posttraumatică);

* Dată fiind adresabilitatea acestui curs, prin factori ai mediului se vor înțelege acei agenți din mediul extern ce fac mai frecvent subiectul de studiu al medicinei legale, respectiv agenții traumatici.

** Hemoglobina este un pigment sanguin de culoare roșie, conținută în hematii (eritrocite), având rol în fixarea oxigenului (O₂) în vederea transportului acestuia către locurile de utilizare (celule).

– începând cu zilele 2-3, infiltratul de sânge capătă o colorație ruginie sau galben-ocruă, datorită formării hemosiderinei;

– ulterior, începând cu ziua a 11-a de la constituirea infiltratului sanguin, apare o colorație gălbui-brună cu tentă roșiatică, prin formarea bilirubinei (hematoidină).

Aceste modificări de culoare a infiltratului de sânge evoluează de la periferie către centru (centripet), mai repede sau mai lent (în timp), în funcție de cantitatea de sânge din infiltratul respectiv.

g) **reacții enzimactice** (peroxidaze, pseudoperoxidaze – V. Beliș) prin care pot fi diferențiate infiltratele sanguine de lividitățile cadaverice.

6.2.2. *Reacții vitale propriu-zise generale*

a) **aspiratul pulmonar**

Punerea în evidență la nivelul alveolelor pulmonare (ultimele ramificații ale căilor respiratorii, mici cavități, care în mod normal, conțin doar aer) – deci nu în conductele respiratorii (trahee, bronhii, bronhiole), unde pot ajunge și după moarte – diferite elemente: sânge, conținut gastric, funingine, apă, pământ etc., face dovada existenței respirației în momentul contactului cu materialul aspirat.

b) **conținutul gastric**

Prezența în stomac și/sau duoden (prima porțiune a intestinului subțire, care este separată de stomac prin sfincterul piloric, ce se contractă postmortem în cadrul procesului general al rigidității cadaverice și nu mai permite trecerea conținutului gastric în intestin) de sânge, funingine, apă, pământ etc poate fi interpretată ca reacție vitală, cu anumite rezerve.

c) **embolia**

În medicina legală, prin embolie se înțelege prezența în vasele sanguine a unui element/material care, în mod normal, nu face parte din (nu se găsește) în sânge, denumit embol.

Din punct de vedere al compoziției, acesta poate fi:

- lichid: grăsimi, lichid amniotic etc.;
- solid: fragmente de țesut, corpi străini (plancton);
- gazos: aer, azot.

și poate fi pus în evidență prin anumite tehnici la autopsie.

d) **anemia** (*an* = fără + *emia* = sânge) – consecință a unor pierderi mari de sânge (hemoragie extensivă sau internă), cu expresie necrotică macroscopică și microscopică.

e) **septicemia** – infecție generalizată a organismului, caracterizată prin triada: focar septic (primar), unde debutează infecția și se multiplică germii + prezența microbilor în sânge (septicemie) + înșămânțări septice la distanță (secundare) în diverse organe.

f) **șocul** – reacție complexă neuro-endocrino-umorală de răspuns al organismului la acțiunea unui stimul agresiv (traumatism, stare conflictuală etc.) [„șocul este mai ușor de recunoscut decât de descris, decât de definit”]

g) **depistarea substanțelor toxice în sânge și/sau în diferite organe** (ficat, rinichi). Exemplu: prezența carboxihemoglobinei (compus rezultat din combinația hemoglobinei cu oxidul de carbon) în sânge (în cazul persoanelor decedate în incendii) sau în țesutul adiacent orificiului de intrare (în cazul împușcării în limita de acțiune a factorilor secundari); prezența toxicelor numai în stomac ridică semne de întrebare asupra momentului în care au fost administrate/introduse!

6.3. Reacții/manifestări postvitale (supravitale)

Reacțiile postvitale sunt definite ca totalitatea fenomenelor de „viață reziduală” a unor celule, țesuturi, organe sau chiar părți din organism, după încetarea vieții (după încetarea funcționalității „trepiedului Bichat”: sistem nervos – cord – plămân).

Se întâlnesc la formațiunile anatomice mai puțin diferențiate, care au o mai mare rezistență la anoxie (prin trecerea rapidă de la metabolismul aerob la cel anaerob). Astfel:

- uterul poate prezenta contracții și la 4-6 ore post-mortem;
- spermatozoizii și ovulele își mențin mobilitatea și capacitatea fecundantă încă 10-20 ore postmortem;
- păstrați în soluție salină, ciliile celulelor epiteliale respiratorii prezintă mișcări până a 5-30 de ore postmortem;
- ansele intestinale își pot menține contracțiile (peristaltismul) câteva ore de la deces;
- s-au constatat contracții ale inimii până la 40 de minute în cazul celor executați prin decapitare.

Aceste reacții postvitale, explicate prin faptul că moartea nu se poate instala în mod simultan și brusc în toate celulele și organele

corpului uman, sunt responsabile de așa-numitele „manifestări de viață reziduală” care, uneori, ridică probleme de interpretare cu ocazia anchetei întreprinse la fața locului. Astfel, spre exemplu (din Scripcaru-Terbancea):

- după împușcare în inimă, victima și-a (re)încheiat hainele;
- deși cu plăgi ale inimii (ventriculare) sau ale vaselor mari de sânge, unele persoane s-au mai putut deplasa aproximativ 200 metri, în circa 20 minute;
- după ce s-a împușcat în inimă, un individ a reușit să se și spânzure;
- după decapitare trunchiul s-a ridicat într-o poziție apropiată ortostatismului.

6.4. Modificări post-mortem

Reprezintă totalitatea leziunilor traumatice produse cadavrului (deci nu au caracter vital!), în mod accidental sau cu intenție. În această categorie se încadrează:

a) diverse leziuni traumatice externe (excoriații, plăgi) sau interne (cel mai frecvent întâlnite sunt fracturile de coloană vertebrală, fracturile costale, de mandibulă etc.), survenite în timpul manipulării sau transportului cadavrului;

b) incinerarea cadavrului, totală sau parțială, fie la crematorii, fie în diverse alte locuri, în scopul ascunderii unei omucideri;

c) acțiunea unor substanțe toxice caustice care fie nu mai permit identificarea, fie distrug cadavrul în totalitate;

d) depesajul – ciopârțirea, fragmentarea, secționarea cadavrului, parțială sau totală;

e) aruncarea unui cadavru de la înălțime, în scopul producerii unor leziuni traumatice prin care să se poată explica decesul și care să mascheze mecanismele reale tanatogeneratoare: plăgi înjunghiate, sugrumări/strangulări, intoxicații criminale etc.;

f) „spânzurarea” unui cadavru, de cele mai multe ori după decesul prin sugrumare sau strangulare (se încearcă disimularea unei omucideri printr-o sinucidere).

Acestea sunt numai câteva din modalitățile de realizare a leziunilor traumatice postmortem care, de cele mai multe ori, încearcă să mascheze o crimă și/sau să împiedice identificarea victimei.

7. ASFIXIILE DE APORT

7.1. Procesul respirator

Prin asfixie se înțelege, în mod obișnuit, acea stare patologică a organismului determinată de lipsa oxigenului. Deoarece în perioada de început a medicinei vechii anatomici considerau că aerul circulă prin vasele de sânge, iar atunci când nu mai puteau percepe pulsul erau de părere că aerul nu mai pătrunde în organism, au asociat sintagma *asfigmos* (fără puls) privării de oxigen.

Procesul respirator se desfășoară în trei etape:

I. *etapa de aport*, în care aerul atmosferic încărcat cu oxigen (aer inspirat) pătrunde prin orificiile respiratorii (nasul și gura), străbate căile aeriene (nasofaringe, laringe, trahee, bronhii și ramificațiile acestora) pentru a ajunge în plămâni, la ultima diviziune a conductelor aerifere, alveolele pulmonare – o serie de formațiuni dilatate, în formă de balon sau boabă de strugure.

În acest moment, are loc o etapă intermediară, numită *etapa de schimb alveolo-capilar*, care presupune realizarea schimbului gazos în dublu sens:

- oxigenul trece din alveola pulmonară în micul vas de sânge (capilar) ce se află în imediata sa apropiere;
- bioxidul de carbon parcurge același drum, dar în sens invers – din capilarul de sânge în alveola pulmonară.

II. *etapa de transport*, ce presupune, așa cum indică și denumirea, transportul gazelor în dublu sens, prin intermediul sângelui:

- oxigenul, legat de hemoglobina conținută de hematii, către locurile de utilizare (diverse țesuturi și organe);
- bioxidul de carbon, rezultat în urma proceselor metabolice ce au loc în interiorul fiecărei celule care intră în componența țesuturilor și organelor, către plămân.

Urmează o etapă intermediară, respectiv *etapa de schimb capilaro-celular*, în care:

– oxigenul este cedat de către hematia transportatoare celulei ce urmează să-l utilizeze;

– bioxidul de carbon părăsește celula unde s-a format și este preluat de capilarul sanguin.

III. *etapa de utilizare*, ce presupune folosirea oxigenului pentru „respirația celulară” a fiecărui țesut sau organ, concomitent cu producerea de CO₂.

Scăderea concentrației de oxigen (hipoxie) sau absența O₂ (anoxie) se poate produce în oricare din etapele procesului respirator mai sus menționate; astfel, în funcție de etapa în care survine perturbarea funcției respiratorii, se pot deosebi:

1. ***anoxii de aport*** (anoxii anoxice); în aceste cazuri, cantitatea de O₂ care ajunge la plămâni (de fapt la alveola pulmonară) este insuficientă sau absentă. Anoxiile de aport pot fi provocate de cauze:

- *neviolente* (patologice): pneumonii, bronhopneumonii, tumori (de laringe) etc., deci diverse boli care împiedică desfășurarea normală a ventilației;

- *violente* (asfixii), care au ca mecanism scăderea/absența oxigenului în aerul inspirat sau imposibilitatea efectuării inspirației.

2. ***anoxii de transport***; în această situație, deși cantitatea de O₂ care pătrunde în plămân și străbate bariera alveolo-capilară este suficientă necesităților organismului, sângele nu-și poate îndeplini funcția de transportor (al oxigenului). La rândul lor, anoxiile de transport pot fi:

- *anoxii stagnante*, atunci când sângele care a preluat oxigenul de la nivelul plămânului nu circulă cu viteză normală (viteza de circulație a sângelui este foarte redusă), datorită unor disfuncții cardiovasculare (insuficiență cardiacă, colaps etc.).

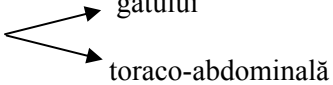
- *anoxii anemice*, generate de totalitatea situațiilor în care cantitatea de sânge (de fapt numărul total de hematii și, în consecință, cantitatea de hemoglobină) este redusă: hemoragii masive, boli ale sângelui cu distrucții eritrocitare etc.

3. ***anoxii de utilizare*** (anoxii histotoxice) ce se caracterizează prin imposibilitatea celulelor de a folosi oxigenul adus de sânge, altfel în cantitate suficientă; anoxiile histo-toxice pot recunoaște *cauze*

violente (intoxicații cu acid cianhidric, barbiturice etc.) sau *cauze neviolente* (modificări de pH în alcaloze sau acidoze). În aceste forme de anoxie sângele venos conține o cantitate crescută de O₂, având caracter de sânge arterial, ceea ce face ca lividitățile cadaverice să capete o colorație roșietică-deschisă, „vie”.

Asfixiile sau anoxiile de aport de cauză violentă, care fac obiectul de studiu al medicinei legale, pot fi clasificate astfel:

– asfixii mecanice:

- prin comprimarea 
- prin obstrucție

– asfixii chimico-atmosferice

– asfixii hipokinetice.

7.2. Asfixiile mecanice

7.2.1. Elemente introductive

Asfixiile mecanice însumează totalitatea formelor de anoxie anoxică (de aport) de cauză violentă, prin care este împiedicată (în mod mecanic) pătrunderea aerului – cu o concentrație normală de oxigen – prin căile respiratorii, până la nivelul alveolelor pulmonare.

A. În funcție de modul în care se realizează asfixia, se pot deosebi:

(1) asfixii mecanice prin *comprimare*:

– fie a gâtului: spânzurare, strangulare, sugrumare;

– fie toraco-abdominală.

(2) asfixii mecanice prin *obstrucția* căilor respiratorii: sufocare, înecare, diverși corpi străini.

B. În funcție de intervalul de timp în care se instalează moartea, se pot întâlni:

(1) forme supraacute, în care decesul survine foarte rapid, prin mecanism neuro-reflex; în urma stimulării formațiunilor nervoase din zonele recunoscute ca reflexogene se poate produce, aproape instantaneu, abolirea funcției cardiovasculare și a celei respiratorii, fără a se mai instala simptomatologia specifică lipsei de oxigen.

(2) forme acute, în care datorită lipsei de oxigen celulele nervoase mor după aproximativ 5 minute (perioada medie de timp în care nu se produc leziuni anoxice ireversibile la nivelul celulei nervoase); în aceste forme de asfixie mecanică moartea este explicată prin mecanismul anoxic al privării de oxigen ce stă la baza leziunilor ireversibile, în special la nivel cerebral;

(3) forme subacute, în care predomină mecanismul vascular, ceea ce face ca simptomatologia să fie dominată de manifestările determinate de creșterea concentrației bioxidului de carbon, iar moartea să se instaleze mai lent.

7.2.2. *Asfixiile mecanice prin comprimare*

7.2.2.1. Spânzurarea

Este o formă de asfixie mecanică realizată prin comprimarea gâtului cu un laț acționat de greutatea (totală sau parțială) a propriului corp, atras de forța gravitațională; lațul prezintă o extremitate fixată de un suport (copac, balcon, țevă etc.) și una circulară în jurul gâtului.

Din punct de vedere medico-legal, *spânzurarea* poate fi clasificată:

A. În funcție de poziția nodului:

– spânzurare tipică – nodul este situat în regiunea posterioară a gâtului, la ceafă;

– spânzurare atipică – când nodul se află în oricare altă poziție (anterioară, laterală sau antero-laterală).

B. după cum cadavrul atinge sau nu o suprafață de sprijin:

– spânzurare completă, când corpul este suspendat în laț, deasupra planului de sprijin, fără a se rezema de nici o suprafață;

– spânzurare incompletă, când cadavrul atârnat în laț atinge suprafața de sprijin cu o anumită regiune a corpului: spânzurarea în picioare, în genunchi, spânzurarea în poziția culcat etc.

Pe lângă forma obișnuită de spânzurare (ce constă în atârarea corpului în laț), în unele situații (spre exemplu în cazul execuției) sunt descrise forme particulare de spânzurare: prin aruncarea în gol de la înălțime, prin atașarea unor greutăți de corpul victimei, prin agățarea (aruncarea) călăului de/pe victimă etc.

Moartea survine într-un interval de timp variabil (până la 30 de minute) în funcție de mecanismul tanatogenerator principal; când nodul este situat anterior, moartea se instalează mai lent.

Deoarece conștiința se pierde rapid (uneori instantaneu, alteori în aproximativ 20 secunde), orice eventuală încercare de autosalvare este exclusă.

Elementul specific în spânzurare este șanțul de spânzurare care se prezintă ca o depresiune pergamentată care, în spânzurarea completă, are următoarele caracteristici:

- este situată circular în 1/3 superioară a gâtului;
- cu traiect oblic ascendent către regiunea nodului;
- de adâncime neuniformă; este mai profundă în zona opusă nodului, superficializându-se treptat către nod;
- incompletă, fiind întreruptă în zona nodului atunci când lațul este cu perimetru fix; în cazul nodului culant, șanțul poate forma o circulară completă, dar cu adâncime mai mică în zona nodului și cu imprimarea (ștanțarea) nodului – „amprenta nodului de spânzurare.”

7.2.2.2. Strangularea

Este o formă de asfixie mecanică realizată prin comprimarea gâtului cu un laț acționat de o forță, alta decât cea a propriului corp atras de forța gravitațională.

Deci, în cazul strangulării, asupra lațului ce comprimă gâtul acționează:

- agresorul care trage de capetele lațului („lațul sicilian”);
- diverse mijloace mecanice ce strâng progresiv lațul la anumite intervale de timp;
- diferite greutateți atașate capătului liber al lațului, în timp ce corpul este imobilizat în diverse poziții;
- propriul corp, în poziția „arcului” (decubit ventral, lațul având un capăt în jurul gâtului iar celălalt în jurul picioarelor); când victima nu-și mai poate menține ridicate membrele pelvine, prin căderea acestora lațul se strânge.

Șanțul de strangulare se prezintă ca o depresiune pergamentată:

- situată circular în 1/3 medie sau inferioară a gâtului;
- cu traiect orizontal;

- de adâncime uniformă;
- completă (șanțul poate fi incomplet atunci când între laț și gât se interpun diverse obiecte: gulerul cămășii, fularul, părul sau mâna victimei etc.).

7.2.2.3. Sugrumarea

Este o formă de asfixie mecanică ce se realizează prin comprimarea gâtului cu mâna/mâinile.

În sugrumare pot fi observate la nivelul gâtului echimoze (ovalar-alungite, determinate de degete) și/sau excoriații (semilunare, produse de unghii).

7.2.3. *Asfixiile mecanice prin obstrucție*

7.2.3.1. Sufocarea

Este o formă de asfixie mecanică realizată prin astuparea orificiilor respiratorii superioare (nasul, gura) și făcând imposibilă pătrunderea aerului prin căile respiratorii spre plămân (spre alveolele pulmonare).

Sufocarea se poate realiza:

- cu mâna, în mod direct sau prin intermediul unor obiecte moi (pernă, fular, batistă etc.), care acoperă orificiile respiratorii; această modalitate este întâlnită mai frecvent în cazul copiilor, a persoanelor aflate în stare de ebrietate sau în imposibilitate de a se apăra;
- prin împingerea și menținerea capului (viscerocraniului) în obiecte moi. Această modalitate de realizare a sufocării nu poate fi acceptată în cazul în care corpul victimei a fost imobilizat (cu fața) de un plan dur (ciment, perete etc.), deoarece relieful natural al feței nu permite obstrucționarea completă a orificiilor respiratorii;
- prin aplicarea unor pungi de plastic pe cap, strânse pe gât, sub mandibulă;
- prin fixarea unor benzi adezive (tip scotch) pe orificiile respiratorii externe.

7.2.3.2. Înecare

Este o formă de asfizie mecanică ce se realizează prin obstrucția căilor respiratorii/alveolelor pulmonare cu lichide ce înlocuiesc aerul respirat, consecutiv contactului parțial (numai capul sau numai orificiile respiratorii) sau total al organismului (scufundare) cu lichidul respectiv.

Înecare se poate realiza în apă („dulce”, cu o concentrație osmotică mai mică decât a sângelui, „sărată”, cu o concentrație osmotică superioară sângelui sau în apă cu osmolaritate intermediară – apa de piscină), petrol, vin, bere, uleiuri etc.

Din punct de vedere medico-legal se face distincție între *submersie*, termen prin care se înțelege moartea organismului consecutivă contactului cu mediul lichid, cu alte cuvinte o asfizie mecanică propriu-zisă, și *imersie*, noțiune prin care se înțelege aruncarea cadavrului în apă; în această ultimă situație moartea s-a produs prin alte cauze (fie o moarte violentă, fie o moarte patologică), iar prin imersie se încearcă disimularea decesului.

Fazele îneării

În prima fază, preasfixică sau de rezistență, are loc oprirea voluntară sau reflexă a respirației (apnee) care durează până când concentrația de CO₂ din sânge crește suficient de mult pentru a declanșa automat mișcările respiratorii (inspirul); glota se deschide și apa pătrunde în căile respiratorii (dispnee inspiratorie). Contactul apei cu căile respiratorii declanșează un reflex de apărare, în încercarea de eliminare a lichidului, manifestat prin dispnee expiratorie.

Faza a doua sau convulsivă se caracterizează prin pierderea stării de conștiență (în aproximativ 1 minut) și apariția convulsiilor – victima pare că încearcă să iasă la suprafața apei.

Faza a treia, de comă, cu respirații ample terminale (acum se înghite și se aspiră cea mai mare cantitate de lichid) și instalarea progresivă a asfiziei; deoarece funcțiile vitale diminuează treptat inițial se oprește respirația și ulterior activitatea cardio-vasculară), această fază se mai numește și etapa morții aparente.

Ulterior, cadavrul se deplasează în apă, parcurgând următoarele etape:

→ de cădere la fundul apei; sub acțiunea forței gravitaționale, cadavrele se îndreaptă către fundul apei cu capul în jos. Datorită poziției diferite a stratului de grăsime, de regulă cadavrele rămân la fundul apei:

– cele de bărbat = în decubit ventral (cu fața în jos);

– cele de femeie = în decubit dorsal (cu fața în sus);

→ de ridicare către suprafața apei, datorită putrefacției, proces numit flotație;

→ de deplasare propriu-zisă prin apă – supranatația.

Modificări specifice

– datorate contactului organismului cu mediul lichid: „pielea de găină” macerarea pielii (aparitia „mâinii de spălătoarească”), detașarea epidermului („mănușa morții”), căderea părului, colonizarea cu alge, adipoceara, putrefacția (cap negru, balonizare etc.)

– datorate înecării – peteșii plurale, prezența apei și a elementelor din apă în căile respiratorii și digestive „ciuperca” înecaților etc.

– datorate viețuitoarelor acvatice: lipsa unor părți moi etc.

– datorate deplasării cadavrului cu apariția unor leziuni traumatiche de târâre etc.

– datorate manevrelor de reanimare.

7.3. Asfixiile chimico-atmosferice

Asfixiile chimico-atmosferice reprezintă totalitatea formelor de anoxie anoxică (de aport) de cauză violentă, caracterizate prin alterarea compoziției chimice normale a aerului atmosferic inspirat.

Alterarea compoziției chimice a aerului inspirat face ca la nivelul alveolelor pulmonare să ajungă o cantitate redusă sau absentă de O₂, în condițiile în care nu există nici un obstacol care să blocheze (în mod mecanic) fluxul gazos prin căile respiratorii.

Aceste tipuri de asfixii, cunoscute și sub denumirea de:

– asfixii în spații închise (Kernbach);

– asfixii chimice (Scripcaru-Terbancea);

– asfixii prin aer confinat (S. Ungurean) – aer viciat, stricat, de nerespirat;

– se pot produce în două circumstanțe:

- când cantitatea de O_2 atmosferic scade treptat, concomitent cu acumularea de CO_2 , creșterea temperaturii și a umidității și acumulării de substanțe organice rău mirositoare, așa cum se întâmplă în spații închise: submarine blocate, săli de spectacole rău ventilate, frigidere, lăzi închise ermetic, închisori (spații de deșiner) cu mulți deținuți etc.;

- când O_2 este înlocuit cu gaze inerte (azot, metan) sau viciate (cu o concentrație crescută de CO_2 , hidrogen sulfurat etc.): în WC-uri, în beciurile unde fermentează vinul, în peșteri (speologi prinși în „pungile de metan”), în mlaștini etc.

Expunerea organismului la o atmosferă viciată va determina apariția unor tulburări de tipul: transpirație, sete, amețeală, jenă respiratorie (dispnee), cu alterarea progresivă a stării generale, ulterior instalarea comei, uneori precedată de halucinații și, în final, deces.

7.4. Asfixiile hipokinetice

Sunt reprezentate prin totalitatea formelor de anoxie anoxică (de aport) de cauză violentă, determinate de epuizarea mișcărilor (excursiilor) respiratorii, ceea ce face ca aerul atmosferic, cu o concentrație normală de oxigen și în lipsa unui obstacol care să blocheze orificiile și/sau căile respiratorii, să nu mai poată ajunge la nivelul alveolelor pulmonare.

Astfel de asfixii se identifică atunci când corpul este atârnat în poziție verticală, fiind susținut de:

- membrele toracice (crucificarea, „spânzurarea” de mâini etc.);
- membrele pelvine („spânzurarea” cu capul în jos).

Uneori, pentru a grăbi sfârșitul acestui supliciu, se atârnavă diferite greutatea de picioarele celui condamnat, i se fracturau oasele gambelor (pentru a nu mai avea punct de sprijin) etc.

Într-o astfel de poziție, mușchii inspiratori – diafragma, mușchii intercostali, mușchii pectorali etc. – obosesc treptat, cu instalarea progresivă a insuficienței respiratorii.

8. NOȚIUNI DESPRE LEZIUNILE ȘI MOARTEA PRIN ARME DE FOC

Armele de foc sunt mecanisme/instrumente de atac sau de apărare, ce acționează prin intermediul unui proiectil (agent traumatic mecano-dinamic), a cărui deplasare este indusă/determinată de arderea unei pulberi explozive.

Din punct de vedere medico-legal și criminalistic, *leziunile* ce pot fi produse de armele de foc sunt:

- leziuni primare, determinate de factorii primari ai împușcării: proiectil sau fragmente de proiectil;

- leziuni secundare, generate de factorii secundari ai împușcării:

- ✓ flacăra;

- ✓ gazele;

- ✓ pulberea arsă sau arzândă;

- ✓ pulberea nearsă.

- leziuni/urme terțiare sau reziduale, induse de factori/elemente reziduale care se găsesc în interiorul țevii și care sunt antrenate și transportate de proiectil: unsoare, rugină, pulberi din tragerile anterioare, fragmente metalice etc.

- leziuni/urme cuaternare sau conexe, datorate factorilor/elementelor preluate de proiectil în trecerea sa prin diverse medii (nisip, făină, fulgi de pernă etc.) sau prin ricoșare.

Leziunile secundare, terțiare și cuaternare mai sunt denumite generic și leziuni sau urme suplimentare sau complementare.

Moartea prin împușcare se poate produce:

- în mod direct:

- prin distrugerea unui organ vital (dilacerare cerebrală, ruptură cardiacă etc.);

- prin hemoragie internă (ruptură de aortă) sau externă.

- în mod indirect, prin complicații: infecțioase (peritonită cu septicemie după o plagă împușcată abdominală), embolice (cu grăsime în cazul fracturilor de oase lungi prin împușcare).

8.1. Leziunile traumatice produse de armele de foc cu glonț

Glonțul, ca proiectil unic, poate produce așa numita plagă prin împușcare formată din: orificiul de intrare, canal și orificiul de ieșire ce se formează (în situația în care glonțul părăsește corpul victimei).

Orificiul de intrare („rana balistică” – leziune de impact în împușcare apare sub forma unei *soluții de continuitate* cu „lipsă de țesut” – „minus țesut” (pierderi de substanță la nivelul tegumentului) – ceea ce face ca, la încercarea de apropiere a marginilor plăgii/orificiului, să nu se mai poată reconstitui integral fosta suprafață tegumentară, obținându-se o afrontare cu defect. Explicația se regăsește în faptul că epidermul, strat superficial și mai rigid al tegumentului, se distruge într-o proporție mai mare față de epiderm, care este mai elastic; astfel, mici fragmente de epiderm vor fi antrenate în prima porțiune a canalului, nemaipermitând reconstituirea suprafeței tegumentare.

În jurul orificiului de intrare pot fi constatate așa-numitele inele (centuri sau gulerașe):

– *inelul de contuzie* (sinonime: inelul de excoriație, inelul de eroziune sau inelul traumatic); se produce prin trecerea glonțului „în deget de mânășă”, printre straturile tegumentului (zdrobește epidermul și îndeapărtează dermul), de care se freacă (generând zona de excoriație) și pe care le înfundă; este plasat cel mai la exterior și anume la limita cu tegumentul indemn.

– *inelul de ștergere* – inelul de depozitare a „murdăriei” aflată pe glonț (elementele terțiare): este plasat în interiorul inelului de contuzie, uneori peste partea internă a acestuia; se formează indiferent de distanța de tragere și apare ca un lizereu negricios între marginea orificiului de intrare și inelul de contuzie.

– *inelul de metalizare* este determinat de particulele mici metalice (praful metalic) ce pot proveni din canalul țevii, glonț (sau învelișul său) sau din resturile capsei, ce se depun pe glonț, în striatiile imprimare de pliurile țevii ghintuite, la trecerea forțată a acestuia și care vor fi transportate odată cu glonțul; apare indiferent de distanța de tragere și se prezintă sub forma unui lizereu brun-negricios care frecvent se suprapune pe inelul de ștergere.

Orificiul de ieșire (plaga de ieșire), apare sub forma unei soluții de continuitate fără „lipsă de țesut” (nu există pierdere de substanță la

nivelul tegumentului), ceea ce face ca, la încercarea de apropiere a marginilor plăgii/orificiului acestea să se afroteze perfect, permițând reconstituirea suprafeței tegumentare inițiale (glonțul ce acționează prin comprimare și înfundare desface țesuturile ca o pană, în „deget de mânășă”, dinspre interior spre exterior, fără să le distrugă); când glonțul nu poate străbate corpul și se oprește subcutanat, „orificiul de ieșire” se poate prezenta sub forma unei proeminențe tegumentare înconjurată de mici fisuri (prin deshidratare, la cadavru dau impresia unor false excoriații!); are o formă neregulată cu marginile răsfrânte în afară iar dimensiunile sale sunt de cele mai multe ori, mai mari decât ale orificiului de intrare; în jurul orificiului de ieșire nu se formează inele de însoțire (ca în situația orificiului de intrare).

Canalul sau canalul-traiect este drumul parcurs de proiectil de la orificiul de intrare până la orificiul de ieșire, caz în care se numește canal transfixiant, sau până unde se oprește în corp, caz în care este denumit canal perforant sau „canal orb” ori „în deget de mânășă”; frecvent în canal se pot pune în evidență în prima porțiune: urme de îmbrăcăminte, fragmente de piele, urme ale factorilor suplimentari (secundari, terțiari, cuaternari) sau inelele descrise la orificiul de intrare, iar în porțiunea terminală: eschile osoase, fragmente de organe sau, în cazul canalelor „oarbe”, însuși glonțul.

Factorii secundari ai împușcării pot produce:

a) flacăra – pe lângă efectul luminos și efect termic, inexistent la pulberea fără fum (deoarece durata flăcării este foarte mică), dar care în cazul pulberii negre va determina arsuri ale hainelor, părului, tegumentului (epidermului); regiunea de piele arsă ce se prezintă ca o zonă pergamentată, negricioasă („pârlită”), cu firele de păr scurtate și îngroșate la extremitatea arsă este dispusă în jurul orificiului de intrare pe o arie de 0,5-1 cm².

Distanța de acțiune a flăcării este de 3-5 până la 10 cm.

b) gazele ce provin din arderea pulberii în interiorul țevii au o presiune foarte mare (aproximativ 3500 atm.), ce scade treptat către gura țevii (1200-700 atm.), pentru a deveni nulă imediat după ieșirea din țevă; ele acționează pe o distanță de până la 5-10 cm;

Gazele pot avea trei tipuri de acțiuni: mecanică, termică și chimică.

Acțiunea *mecanică* se manifestă prin:

- ruperea îmbrăcămintei – de regulă se constată o ruptură în formă de cruce;
- deformarea orificiului de intrare, ce poate căpăta formă stelată, în cruce etc.; de asemenea, în jurul orificiului de intrare se pot observa uneori mici fisuri radiale ale pielii;
- distrugerea părții inițiale a canalului, prin rupturile țesuturilor moi (fascii, mușchi, țesut adipos etc.);
- rupturi ale firelor de păr de la emergență;
- plăci sau pete pergamentate de culoare gălbuie și formă rotundă sau ovală, dispuse în jurul orificiului de intrare pe o rază de 0,2-05 cm, ce devin vizibile în câteva ore de la deces.

Apariția acestor pete este pusă fie pe seama acțiunii mecanice, fie a celei *termice* a gazelor (părerile sunt diferite în funcție de autori).

Puternica acțiune mecanică a gazelor poate determina chiar decesul victimei în cazul împușcării cu cartușe „oarbe” (fără glonț), dar cu țeava lipită într-o zonă vitală a corpului. (Este cunoscut cazul actorului Ogarev care, în timpul unei piese de teatru, s-a împușcat mortal cu un glonț „orb”).

Acțiunea *chimică* este consecința reacțiilor la care ia parte oxidul de carbon (ce reprezintă aproximativ 12% din totalul gazelor în cazul pulberii negre și aproximativ 38 % la pulberile fără fum), cu formarea carboxihemoglobinei în sângele din țesutul adiacent orificiului de intrare; țesuturile moi capătă astfel o colorație roșu-carmin, rozacee, evidentă mai ales în prima porțiune a canalului.

c) fumul (funinginea sau pulberea arsă):

– distanța de acțiune a acestui factor secundar este de regulă de 10-20 cm (ea variind în funcție de armă și de tipul pulberii folosite), cu mențiunea că, în cazul armelor de mare calibru, poate ajunge și la 50-60 cm;

– trasează în jurul orificiului de intrare o zonă circulară sau ovalară, cu diametrul de 3-8 cm, numită „manșonul de fum” și alcătuită dintr-un *cerc intern*, mai dens și mai închis la culoare și un *cerc extern*, mai deschis la culoare, între ele descriindu-se un *cerc intermediar*; manșonul de fum se formează prin pătrunderea în tegument (pe o distanță mai mare sau mai mică, în funcție de distanța de la care s-a tras) a microparticulelor de funingine, deci nu prin simpla depozitare a

acestora pe piele, fapt confirmat prin rezistența la spălare a stratului pulverulent obiectivat;

- culoarea manșonului de fum diferă în funcție de tipul pulberii: neagră – dată de pulberea neagră – sau cenușie, verzuie, uneori gălbuie, când se folosește pulberea fără fum;

- participă la formarea zonei de tatuaj din jurul orificiului de intrare.

d) pulberea nearsă sau arzândă este reprezentată prin granule de pulbere, veritabile mici proiectile ce pătrund în piele (pe o distanță mai mare sau mai mică, în funcție de distanța de la care s-a tras) în jurul orificiului de intrare, generând un relief caracteristic – încrustații sau arsuri punctiforme.

- participă la formarea zonei de tatuaj;

- distanța de acțiune este de 40-50 cm, până la 100-150 cm; ca regulă generală, pulberea nearsă rămâne pe tegument dacă s-a tras de la o distanță cel mult egală cu lungimea țevii.

Zona de tatuaj

- este dispusă în jurul orificiului de intrare, pe o arie mai mare, de ordinul centimetrilor;

- este determinată de pulberea nearsă, arsă sau arzând (factori secundari); uneori, la formarea zonei de tatuaj pot participa și elementele terțiare (fragmente metalice) aruncate din canalul țevii sub presiunea mare a gazelor și încrustate în piele;

- se formează prin *pătrunderea* microparticulelor de pulbere în piele (epiderm); nu se spală sub jet de apă;

- are o formă rotundă sau ovalară, în funcție de unghiul de tragere;

- apare ca o zonă (negricioasă sau cenușie) de aspect pulverulent, presărată cu încrustații (granule de pulbere arzând), cu o regiune centrală mai densă (mai intens colorată) și cu margini mai deschise la culoare.

Factorii terțiari (elementele terțiare) reprezentați prin elementele reziduale aflate în canalul țevii armei de foc: unsoare, pulberi rămase de la tragerile anterioare, fragmente metalice (provenite din canalul țevii, glonț sau învelișul său, din resturile capsei), rugină etc., sunt preluați de glonț, în trecerea forțată acestuia prin canalul țevii și

indiferent de distanța de tragere vor trasa *inelul de ștergere* (de depozitare) a „murdăriei” plasat în partea internă a inelului de contuzie și *inelul de metalizare* care, de cele mai multe ori, se suprapune peste inelul de ștergere.

Zona de pseudotatuaj

– se găsește în jurul orificiului de intrare pe o arie mică (cu raza de 2-3 mm), sub forma unui lizereu negricios;

– este determinată de *depunerea* elementelor reziduale (factori terțiari preluați de glonț) pe tegument; se spală sub acțiunea jetului de apă;

– are o formă rotundă sau ovalară în funcție de unghiul de tragere.

Factorii sau elementele cuaternare (conexe) sunt reprezentate de totalitatea particulelor sau fragmentelor antrenate de proiectil în traiectoria sa de la retezătura dinaintea țevii până la orificiul de intrare în corpul uman; aceste elemente, ce pot proveni fie din mediul străbătut de glonț (nisip, fulgi de pernă, sticlă etc.), fie din materialul din care a ricoșat (lemn, zid, metal etc.), se vor depune:

– pe haine;

– la nivelul orificiului de intrare, caz în care trebuie diferențiate de tatuaj;

– în prima porțiune a canalului.

Stabilirea distanței de tragere în cazul împușcării cu glonț se face în funcție de prezența pe hainele sau pe corpul victimei a urmelor/leziunilor determinate de factorii secundari ai împușcării; se pot deosebi trei situații:

– *împușcarea cu țeva lipită* (descărcarea absolută sau împușcarea de la distanță nulă), atunci când retezătura anterioară a țevii vine în contact cu corpul victimei;

– *împușcarea în limita de acțiune a factorilor secundari* (împușcarea de la distanță mică sau apropiată, descărcarea relativă); în această situație, acțiunea factorilor secundari se soldează cu un tatuaj mai mult sau mai puțin evident macroscopic, în funcție de distanța de tragere;

– *împuşcarea în afara limitei de acţiune a factorilor secundari* (împuşcare de la distanţă mare sau îndepărtată), situaţie în care, lipsind acţiunea factorilor secundari, se poate evidenţia pseudotatuajul.

8.2. Armele de foc cu alice

În cazul armelor de foc ce folosesc cartuşe cu alice, poşe sau mitralii, leziunile traumatiche sunt asemănătoare cu cele produse de proiectilul unic (glonţ), cu specificarea că, în prima situaţie, în raport de distanţa de tragere, pe corpul victimei se vor constata mai multe orificii mici; astfel, în funcţie de gradul de dispersie a alicelor (conul de împrăştiere), se disting următoarele situaţii:

– la o tragere de până la 50 cm, prin acţiunea grupată, „în bloc”, a alicelor (care acţionează ca un proiectil unic!), se va forma un singur orificiu de intrare, mare, cu margini neregulate, zdrenţuite, dinţate (datorită alicelor marginale);

– între 50 cm şi 2 m, dispersia alicelor marginale duce la formarea unui orificiu central mai mare, cu margini neregulate (alicele centrale încă mai acţionează „în bloc”), înconjurat de mai multe orificii mici, de aspect diferit în funcţie de forma alicelor;

– de la 2-2,5 m până la 5 m, orificiul central lipseşte, existând în schimb mai multe orificii mici al căror aspect depinde de forma alicelor;

– la aproximativ 5 m, dispersia alicelor are loc pe o suprafaţă cu diametrul de 15-20 cm; distanţa dintre orificii este de aproximativ 1 cm la centru şi de până la 3 cm la periferie;

– la aproximativ 10 m, dispersia alicelor are loc pe o suprafaţă cu diametrul de 20-40cm; distanţa dintre orificii este de aproximativ 2 cm la centru şi de până la 6 cm la periferie;

– la 50 m alicele dispersate ocupă o suprafaţă de aproximativ 1 m²;

– la 300 m dispersia alicelor este maximă.

De asemenea, trebuie specificat faptul că la armele cu alice acţiunea factorilor secundari se manifestă de la o distanţă mai mare decât în cazul armelor cu glonţ, respectiv între 1 şi 2 m.

Atât în cazul armelor de foc cu glonţ, cât şi al celor cu alice, din punct de vedere medico-legal trebuie stabilit:

- dacă leziunile traumatiche constatate sunt consecinţa împuşcării; uneori, plaga de intrare poate fi confundată cu o plagă înţepată

(înjunghiată), dar prezența „inelenor” este suficientă pentru tranșarea diagnosticului;

- direcția de tragere; aceasta depinde de dispoziția celor 3 elemente specifice împușcării: orificiul de intrare, canalul, orificiul de ieșire;

- distanța de la care s-a tras:

- la armele cu glonț – în funcție de existența urmelor determinate de factorii secundari;

- la armele cu alicie – în funcție de conul de împrăștiere.

- numărul și succesiunea împușcăturilor; în cazul împușcării cu mai multe proiectile se vor căuta cu atenție urmele terțiare;

- dacă împușcarea a avut loc în timpul vieții (și a determinat sau nu moartea) sau post-mortem;

- în ce circumstanțe se puteau produce leziunile/moartea persoanei respective (crimă, sinucidere, accident sau disimularea unei alte cauze de deces).

9. MEDICINA LEGALĂ CLINICĂ

Obiectul acestui sector de activitate practică medico-legală constă în examinarea persoanei (omul viu) și/sau a documentelor medicale ce aparțin acesteia.

Examinarea medico-legală, efectuată la solicitarea organelor abilitate sau a persoanelor, poate fi realizată de către:

- un medic legist;
- o comisie medico-legală, formată din cel puțin 3 medici legiști;
- o comisie medico-legală interdisciplinară (numită și comisie medico-legală extinsă sau lărgită), alcătuită din minim 3 medici legiști și alți medici de diferite specialități medicale (cardiologi, neurologi, psihiatri etc.), în funcție de patologia pe care o prezintă persoana examinată;
- o comisie medico-legală specială cum este cazul comisiei medico-legală psihiatrice sau pentru amânarea/întreruperea executării pedepsei sau suspendarea urmăririi penale/judecării pe motiv de boală, a căror componență va fi prezentată la capitolele respective.

Examinarea medico-legală se efectuează numai după verificarea documentelor prin care poate fi demonstrată identitatea persoanei ce urmează a fi examinată; în cazul minorilor sau a persoanelor care nu posedă acte de identitate examinarea poate fi realizată după ampren-tare (se ia ampren-ta indexului de la mâna stângă pe ordonanța de efectuare a examinării sau pe cererea de examinare medico-legală completată de persoana respectivă).

Documentele ce pot fi emise, după examinarea clinică în cadrul instituției medico-legală, sunt: certificatul medico-legal, raportul de constatare medico-legală, raportul de expertiză medico-legală, raportul de nouă expertiză medico-legală și avizul.

9.1. Certificatul medico-legal (C.M.L.)

- este redactat la solicitarea persoanelor;
- solicitarea pentru efectuarea unui certificat medico-legal poate fi făcută numai la instituția medico-legală pe raza căreia se află domiciliul persoanei respective; deci certificatul medico-legal va respecta principiul competenței teritoriale;
 - în cazul examinărilor posttraumatice, prin certificatul medico-legal se poate susține existența doar a leziunilor traumatice recente, cu corespondent tegumentar (echimoze, excoriații, plăgi etc.), care pot fi observate de medicul legist. În situația leziunilor traumatice vechi sau a consecințelor posttraumatice, examinarea medico-legală poate fi efectuată numai la solicitarea organelor de anchetă, caz în care va fi redactat un raport de expertiză și nu un certificat medico-legal;
 - este întocmit, de regulă, de către un singur medic legist; acesta poate consemna și diferite alte consulturi medicale de specialitate (neurologic, ortopedic, oftalmologic etc.), în susținerea diagnosticului;
 - are aceeași valoare probatorie cu a unui raport de expertiză sau de constatare medico-legală;
 - se eliberează numai persoanei care l-a solicitat, în baza unui act de identitate.

9.2. Raportul de constatare medico-legală (R.C.M.L.)

- este întocmit la solicitarea organelor de urmărire penală sau a instanțelor de judecată;
- solicitarea raportului de constatare medico-legală se va face cu respectarea principiului competenței teritoriale, deci la instituția medico-legală aflată în raza de jurisdicție a organelor de urmărire penală/instanțe de judecată sau în funcție de domiciliul persoanei respective;
 - este elaborat, de regulă, de către un singur medic legist;
 - se poate dispune (conf. art. 112 și 114 C. pr. pen.):
 - numai în faza de urmărire penală; în activitatea practică, constatarea medico-legală se solicită, de regulă, înainte de punerea în mișcare a acțiunii penale (ce se realizează *in personam*) deci imediat după începerea urmăririi penale (ce se realizează *in rem*);

- când există pericolul de dispariție a unor mijloace de probă (leziuni traumatice recente) sau a schimbării unor situații de fapt (intoxicația etilică acută, starea determinată de consumul de droguri, viol etc.), ori când este necesară lămurirea urgentă a unor fapte sau împrejurări ale cauzei (moarte violentă);

- are (deci) caracter de urgență și se rezumă la consemnarea situațiilor care fac obiectul constatării;

- raportul de constatare medico-legală va fi remis numai organului de urmărire penală/instanței de judecată care l-a solicitat.

Când se apreciază că R.C.M.L. nu este complet sau concluziile acestuia nu sunt precise se poate dispune refacerea sau completarea raportului de constatare ori efectuarea unui raport de expertiză medico-legală (art. 115 alin. 2 C. pr. pen.).

9.3. Raportul de expertiză medico-legală (R.E.M.L.)

- este întocmit la solicitarea organelor de urmărire penală sau a instanțelor de judecată;

- solicitarea raportului de expertiză medico-legală se va face cu respectarea principiului teritorialității, deci la instituția medico-legală aflată în raza de competență a organelor de urmărire penală/instanțe de judecată sau în funcție de domiciliul persoanei respective;

- este elaborat, de regulă de către un singur medic legist care poate consemna și diferite alte consulturi medicale de specialitate necesare pentru precizarea diagnosticului (precizăm că un prim raport de expertiză poate fi întocmit și de o comisie specială, cum este cazul expertizelor medico-legale psihiatrice ori pentru amânarea/întreruperea executării pedepsei sau suspendarea urmăririi penale/judecării pe motiv de boală);

- se poate dispune (conf. art. 116-125 C. pr. pen. și 201 și următoarele C. pr. civ.):

- în oricare din fazele procesului penal sau civil când, pentru lămurirea unor fapte sau împrejurări ale cauzei (în vederea aflării adevărului), sunt necesare cunoștințele unor experți;

- indiferent de perioada de timp care a trecut de la producerea leziunilor traumatice, deci:

- nu are caracter de urgență;

- se realizează printr-o investigație amănunțită axată pe toate aspectele cu caracter medical ridicate în cauză fiind, așadar, exhaustiv;
- raportul de expertiză medico-legală se trimite numai organului de urmărire penală/instanței de judecată care l-a solicitat.

Atunci când se apreciază că expertiza nu este completă se poate dispune efectuarea unui supliment de expertiză (art. 124 alin.1 – C. pr. pen.).

9.4. Raportul de nouă expertiză medico-legală (R.N.E.M.L.)

În conformitate cu prevederile art. 125 C.pr. pen., și art. 212 C.pr. civ., dacă instanța de judecată sau organul de urmărire penală are îndoieli cu privire la exactitatea concluziilor raportului de expertiză, dispune efectuarea unei noi expertize.

În această situație:

- expertiza se efectuează de către o comisie medico-legală (3 medici legiști), o comisie medico-legală interdisciplinară sau o comisie medico-legală specială;
- sunt reexamineate și consemnate în cuprinsul lucrării toate documentele medicale care au fost menționate în actul medico-legal redactat inițial (care este contestat);
- în mod obișnuit se recurge și la efectuarea de noi investigații medicale interdisciplinare (clinice și paraclinice) prin care să se poată obiectiva diagnosticul și să poată fi susținute concluziile raportului de nouă expertiză.

9.5. Avizul

Avizul este actul întocmit de Comisia superioară medico-legală sau de Comisia de control și avizare a actelor medico-legale, la solicitarea organelor judiciare, prin care este verificat din punct de vedere științific, un document medico-legal.

9.5.1. Avizul Comisiei medico-legale de control și avizare

Această comisie, impropriu denumită în legislație Comisia de avizare și control (deoarece documentele supuse avizului inițial sunt controlate și ulterior, dacă sunt întrunite condițiile științifice de valabilitate sunt avizate și nu invers!):

– își desfășoară activitatea numai în cadrul institutelor de medicină legală (I.N.M.L. „Mina Minovici” – București, I.M.L. Craiova, I.M.L. Tg. Mureș, I.M.L. Cluj-Napoca, I.M.L. Timișoara și I.M.L. Iași);

– este formată din:

- președinte – directorul institutului respectiv de medicină legală; în cadrul I.N.M.L. „Mina Minovici” – București, președintele C.C.A. trebuie să fie un cadru universitar, de medicină legală, altul decât directorul general; președintele Comisiei de control și avizare este desemnat prin votul majorității membrilor comisiei pe o perioadă de 1 an, cu posibilitatea reînnoirii mandatului;

- membrii – 4 medici legiști cu experiență, din același institut de medicină legală (nominalizați de conducerea institutului respectiv și prezentați spre validare Consiliului superior de medicină legală).

- componența nominală și modul de funcționare al Comisiei de control și avizare medico-legală se aprobă prin ordin al Ministerului Sănătății la propunerea Consiliului superior de medicină legală;

- avizul Comisiei de control și avizare medico-legală trebuie redactat în cel mult 30 de zile de la primirea adresei de solicitare;

- în urma evaluării, Comisia de control și avizare medico-legală poate aviza documentul medico-legal respectiv, ceea ce înseamnă că acesta este corect întocmit și în consecință poate fi administrat ca probă în justiție sau poate recomanda refacerea (totală sau parțială) a documentului în cauză ori efectuarea unei noi expertize medico-legale, ceea ce semnifică faptul că acel document medico-legal nu îndeplinește condițiile pentru a putea fi administrat ca probă în justiție;

- în situația în care concluziile actului medico-legal nu sunt clare ori sunt incomplete Comisia de control și avizare, după ce se pronunță asupra acestor aspecte poate formula anumite precizări sau completări;

- în cazul rapoartelor de nouă expertiză avizarea se poate realiza și din oficiu înainte ca acestea să fie transmise organelor judiciare.

9.5.2. *Avizul Comisiei superioare medico-legale*

Această comisie:

- își desfășoară activitatea numai în cadrul I.N.M.L. „Mina Minovici” – București;

- este alcătuită din:
 - directorul general al I.N.M.L. „Mina Minovici” – București
 - directorul adjunct medical al I.N.M.L. „Mina Minovici” – București;
 - directorii celorlalte institute de medicină legală;
 - șefii disciplinelor de profil din facultățile acreditate din cadrul centrelor medicale universitare;
 - șeful disciplinei de anatomie-patologică din cadrul U.M.F. „Carol Davila” București;
 - profesori universitari – șefi de disciplină din diferite specialități medicale (neurologie, ortopedie, oftalmologie etc.) precum și specialiști recunoscuți din alte domenii ale științei cooptați la lucrările Comisiei superioare și care pot contribui la lămurirea problemelor ridicate de specificul lucrării respective;
 - 4 medici legiști cu experiență din cadrul I.N.M.L. „Mina Minovici” (nominalizați de conducerea institutului și prezențați spre validare Consiliului superior de medicină legală).

Președintele Comisiei superioare de medicină legală este desemnat prin votul majorității membrilor comisiei pentru o perioadă de 1 an cu posibilitatea reînnoirii mandatului.

- componența Comisiei superioare medico-legale este aprobată prin ordin al Ministerului Sănătății, la propunerea Consiliului superior de medicină legală;

- avizul Comisiei superioare medico-legale trebuie redactat în cel mult 40 de zile de la primirea solicitării;

- Comisia Superioară medico-legală examinează numai documentele medico-legale care au avizul unei Comisii de control și avizare sau rapoartele de nouă expertiză medico-legală;

- în urma evaluării, Comisia superioară medico-legală poate:

- a) *aviza* documentul medico-legal respectiv, ceea ce înseamnă că acesta este corect întocmit și în consecință poate fi administrat ca probă în justiție; avizul Comisiei superioare medico-legale nu mai poate fi combătut de nici o altă instituție sau for ierarhic medical; în situația în care documentul medico-legal este avizat parțial Comisia superioară poate formula anumite precizări sau completări;

- b) formula *concluzii proprii* care anulează orice altă concluzie rezultată din documentele medico-legale anterior întocmite; numai

aceste noi concluzii (ale Comisiei superioare medico-legale), pot fi administrate ca probă în justiție;

c) recomandă *refacerea* documentului medico-legal (date obiective insuficiente prin care sunt susținute concluziile: investigații medicale superficiale sau incorect interpretate, acte medicale ilizibile etc.); după ce va fi refăcut documentul medico-legal trebuie să fie supus avizului Comisiei superioare pentru a putea fi administrat ca probă în justiție;

d) recomandă *efectuarea unei noi expertize medico-legale* în cadrul I.N.M.L. „Mina Minovici” dacă este necesară și examinarea persoanei respective, urmând ca ulterior, raportul de nouă expertiză, întocmit conform recomandării să fie supus avizului Comisiei superioare.

10. ELEMENTE DE TRAUMATOLOGIE MEDICO-LEGALĂ

Traumatologia constituie, pe drept cuvânt cel mai frecvent domeniu al activității medico-legale cu implicații atât în sectorul clinic, de investigare a persoanei cât și în cel prosectural, asupra cadavrului. Dată fiind importanța deosebită a traumatologiei, a ponderii pe care o ocupă în cadrul medicinei legale, vom începe acest capitol prin a defini o serie de termeni care, deși uzuali sunt folosiți, uneori, în mod neadecvat, datorită necunoașterii semnificației fiecăruia; astfel în medicina legală, prin sintagmele următoare se înțelege:

– *traumă* sau *leziune traumatică* = o modificare locală sau generală a organismului, de ordin (cu substrat) morfologic sau funcțional, ce apare în urma unui traumatism.

– *traumatism* = (numai) acțiunea unui agent traumatic asupra organismului.

– *agent* (element sau factor) *traumatic* = orice formă de energie, exterioară organismului, care acționând asupra acestuia poate produce o leziune traumatică.

10.1. Clasificarea agenților traumatici

Agenții traumatici pot fi:

- mecanici: corpuri contondente (piatră, pumn);
- fizici: temperatura, electricitatea etc.;
- chimici: substanțe toxice, medicamente etc.;
- biologici: animale, virusuri, bacterii etc.;
- psihici – acțiunea lor asupra organismului uman nu poate fi probată numai de către medicul legist.

Acțiunea agenților traumatici asupra organismului uman se poate solda cu:

- moartea persoanei, ceea ce impune efectuarea autopsiei oficiale (medico-legale sau judiciare);

– apariția unor leziuni traumatice (diferite de leziunile patologice ce se înscriu în contextul îmbolnăvirii organismului uman); aceste leziuni traumatice se vindecă fără urmări sau, dimpotrivă, generează sechele imposibil de corectat.

10.2. Obiectivele expertizei medico-legale în traumatismele nemortale

1. *Demonstrarea realității traumatismului* afirmat de victimă; acest lucru poate fi susținut în mod obiectiv (în documentul redactat de către medicul legist) prin:

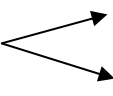
- a) evidențierea leziunilor traumatice;
- b) aprecierea vechimii acestora (dacă se puteau produce la data menționată de victimă);
- c) stabilirea fondului organic patologic, preexistent traumatismului (uneori, leziunile patologice sunt prezentate de victime ca fiind traumatice).

2. *Obiectivarea circumstanțelor de producere a leziunilor traumatice*, ceea ce presupune:

- a) estimarea caracteristicilor agentului traumatic în funcție de particularitățile leziunilor traumatice decelate (formă, mărime etc.);
- b) stabilirea mecanismelor de producere (lovire activă, lovire pasivă, zgâriere etc.);
- c) aprecieri asupra împrejurărilor/circumstanțelor în care s-au produs leziunile traumatice (agresiune, accident etc.).

3. *Stabilirea cauzalității medico-legale*, respectiv a:

– legăturii de cauzalitate:

- a) primară sau directă: 
- imediată – necondiționată;
 - mediată – condiționată de fondul patologic preexistent;

b) secundară sau indirectă;

c) terțiară sau asociativă (dublu condiționată)

– raportului de cauzalitate.

4. *Evaluarea gravității leziunilor traumatice* sau a consecințelor acestora pe baza criteriilor medico-legale care permit încadrarea juridică a faptei infractorului în conformitate cu prevederile Codului penal.

10.3. Criteriile medico-legale de evaluare a gravității unui traumatism nemortal (asupra persoanei)

Criteriile medico-legale prevăzute de Codului penal, prin care *numai* medicul legist poate evalua gravitatea unui traumatism asupra organismului uman sunt:

10.3.1. Numărul de „zile de îngrijire medicală”

Reprezintă numărul de zile prin care se estimează în mod direct, din punct de vedere medico-legal, gravitatea unei/unor leziuni sau boli posttraumatice; stabilirea numărului de „zile de îngrijire medicală”, ține cont de:

- criteriul diagnostic – timpul, localizarea, mărimea și numărul leziunilor traumatice;
- criteriul terapeutic – pronostic (recuperator) – perioada de timp necesară aplicării unei terapii (medicamentoase, chirurgicale, recuperatorii) în ambulatoriu sau prin internare în spital – pentru leziunea traumatică respectivă;
- criteriul antecedentelor patologice – starea de sănătate existentă anterior traumatismului suferit de victimă; „terenul” pacientului/vicimei este determinat de vârstă, boli preexistente, stare de nutriție, sex etc.

Această noțiune medical-juridică de „zile de îngrijire medicală” nu trebuie confundată cu:

- timpul de vindecare anatomică;
- timpul de incapacitate temporară de muncă (concediu medical);
- perioada de spitalizare;
- perioada recuperatorie – de vindecare funcțională.

În cazul în care medicul legist constată, cu ocazia examinării medico-legale, întârzieri în aplicarea tratamentului, deficiențe terapeutice sau agravarea intenționată a leziunilor, toate acestea crescând numărul de „zile de îngrijire medicală”, este obligat să menționeze, în concluziile documentului medico-legal, aspectele care au generat

creșterea numărului de „zile de îngrijire medicală” față de numărul real care ar fi fost acordate dacă aceste împrejurări nu ar fi existat.

10.3.2. *Infirmitatea*

Definește o vătămare corporală gravă, parțială sau totală (completă), cu caracter permanent, de ordin morfologic, funcțional sau morfo-funcțional, ce produce un handicap fizic sau psihic, care generează persoanei respective o stare de inferioritate.

Handicapul fizic este reprezentat prin:

- pierderea unui organ și/sau încetarea sau diminuarea semnificativă și permanentă a funcționalității acestuia;
- pierderea sau reducerea semnificativă și permanentă a unui simț;
- lipsa unui segment corporal (a unei părți corporale) și/sau paralizia ori alterarea semnificativă (permanentă) a sensibilității locale.

Handicapul psihic are un substrat organic obiectivabil (cicatrice meningo-cerebrală, epilepsia posttraumatică etc.).

Așa cum rezultă din definiție, pentru a putea fi etichetată drept infirmitate, „consecința posttraumatică” trebuie să aibă caracter de permanență, adică să nu fie susceptibilă de refacere naturală sau medico-chirurgicală.

Ori de câte ori urmările unui traumatism pot fi corectate (indiferent de perioada de timp necesară), nu se va folosi noțiunea de infirmitate; pentru a atenționa totuși asupra gravității crescute a traumatismului suferit de victimă, medicul legist poate folosi noțiunea de „prejudiciu fizic”, până la vindecare/recuperare sau, din contră, până la constituirea infirmității.

Din cele menționate se poate deduce că folosirea sintagmei „infirmitate permanentă” – pleonasm! – lasă să se înțeleagă că persoana respectivă nu cunoaște semnificația acestei noțiuni.

Infirmitatea se poate constitui:

- imediat posttraumatic, când gravitatea inițială a leziunilor traumatice este deosebită și permite acest lucru (spre exemplu, un accident de trafic rutier cu amputarea unui membru pelvin, o agresiune urmată de amputarea pavilionului urchii etc.).

- după un interval de timp de la traumatism și anume:
 - după aplicarea măsurilor terapeutice impuse de situație [spre exemplu, un traumatism abdominal cu hematom splenic (se constituie în zile !)] și splenectomie de necesitate sau
 - după epuizarea metodelor terapeutice recuperatorii prin care s-a încercat remedierea consecințelor posttraumatice [spre exemplu cicatricile întinse, retractile, după arsuri post agresiune, scurtarea unui membru pelvin după o fractură inițial consolidată vicios ce a necesitat (re)intervenție chirurgicală etc.].

Infirmitatea nu este încadrabilă în grade sau procente; constituirea sa este dictată de gravitatea traumatismului suferit de victimă, de corectitudinea tratamentului aplicat și de particularitățile de evoluție specifice organismului respectiv (influențată de vârstă, boli preexistente, sex etc.).

Spre deosebire de infirmitate, cu care uneori este confundată, *invaliditatea* semnifică existența unui deficit funcțional temporar sau permanent care poate avea repercusiuni asupra *capacității de muncă* (acea stare a funcțiilor organismului care-i permite individului să desfășoare o activitate socială, să corespundă cerințelor muncii profesionale).

Un invalid poate avea capacitate de muncă:

- păstrată (deși individul prezintă o invaliditate, aceasta nu-i afectează capacitatea de muncă în cadrul meseriei sale);
- scăzută;
- pierdută (temporar sau permanent).

Ținând cont de prevederile Codului civil, care precizează că au dreptul la pensie de invaliditate cei care și-au pierdut total sau parțial capacitatea de muncă, invaliditățile ce conferă dreptul la pensie sunt clasificate astfel:

- *invaliditate de gradul I* = pierderea totală a capacității de muncă asociată cu imposibilitatea victimei de a se autoîngriji, fapt care atrage necesitatea îngrijirii/supravegherii invalidului de către o altă persoană (deci impune prezența unui însoțitor);

- *invaliditate de gradul II* = pierderea totală a capacității de muncă, invalidul având capacitatea de a se autoîngriji (nu este nevoie de ajutorul altei persoane);

- *invaliditate de gradul III* = pierderea parțială scăderea capacității de muncă; invalidul își poate continua activitatea la același loc de muncă dar cu program redus sau poate desfășura o activitate mai ușoară, cu program complet de lucru.

Atât invaliditatea cât și capacitatea de muncă sunt cuantificate în grade sau procente (spre exemplu baremul A.D.A.S.).

10.3.3. Pierderea unui organ

Acest criteriu, deși menționat ca independent în C. pen. (art. 182), din punct de vedere medico-legal reprezintă o modalitate de manifestare a infirmității; prin caracterul de permanență a consecinței posttraumatice, „pierderea de organ” se consideră *infirmitate*.

Prin organ înțelegem acea porțiune corporală reprezentată printr-o formațiune anatomică cu o topografie precisă, cu structură bine diferențiată și individualizată, formată dintr-un țesut specific, cu o vascularizație și o inervație proprie, ce îndeplinește – în mod independent sau împreună cu un alt organ de același fel ori diferit sau împreună cu un alt țesut – o anumită funcție și prin a cărei protezare, înlocuire – în caz de necesitate – nu se mai poate reface statusul anatomo-funcțional inițial (natural) și se induce/favorizează apariția fenomenelor de incompatibilitate (histoincompatibilitate).

Această definiție a organului a fost redată pentru a se putea înțelege diferența dintre noțiunile de *parte corporală* și respectiv de *organ*, astfel încât și din punct de vedere juridic pierderea unui/unor dinți (părți corporale dar nu organe!) să nu mai fie considerată drept pierdere de organ.

10.3.4. Pierderea unui simț

Acest criteriu, deși menționat ca independent în C. pen. (art. 182), din punct de vedere medico-legal reprezintă o modalitate de manifestare a infirmității; prin caracterul de permanență a consecinței posttraumatice, „pierderea unui simț” se consideră *infirmitate*.

Simțul este o funcție a organismului prin care se recepționează și se prelucrează anumiți excitanți (stimuli) din mediul extern sau intern, sub formă de senzație conștientă.

Simțurile organismului uman sunt reprezentate de: văz, auz, pipăit (simț tactil), miros și gust.

Acestea sunt considerate pierdute, conform accepțiunii juridice, și în situația în care organul este îndemn – spre exemplu, deși victima unui traumatism cranio-cerebral își păstrează globii oculari întregi, totuși nu mai vede, datorită leziunilor traumatiche ale creierului.

10.3.5. *Încetarea funcționării unui simț sau organ*

Acest criteriu, deși menționat sub forma unui criteriu independent în C.pen. (art. 182), din punct de vedere medico-legal reprezintă o modalitate de manifestare a infirmității; prin caracterul de permanență a consecinței posttraumatice, „încetarea funcționării unui simț sau organ” face deci parte din *infirmitate*.

Așa cum rezultă și din formulare, acest criteriu precizează faptul că:

– deși din punct de vedere anatomic organul respectiv există, totuși nu-și mai poate îndeplini funcția la parametrii normali (fiziologici) în cadrul organismului uman;

– simțul este afectat (total sau parțial) în mod permanent, fără însă a se putea pune în evidență vreo leziune la nivelul formațiunilor anatomice prin care acel simț este conștientizat (receptori, căi nervoase de conducere, zona de proiecție cerebrală).

10.3.6. *Sluțirea*

Definește o vătămare corporală gravă, constând într-o deformare evidentă, obiectivă, cu caracter permanent și substrat morfologic care, indiferent de localizare, alterează aspectul estetic, armonios nativ, al unei regiuni anatomice, punând persoana respectivă în condiții de inferioritate.

Deoarece cele mai frecvente sechele posttraumatice care fac obiectul noțiunii de sluțire sunt localizate la nivelul feței, în practica medico-legală se folosește (cu același înțeles) și noțiunea de *desfigurare*, care desemnează o formă de sluțire cu repercusiuni grave asupra fizionomiei (aspectul static) și/sau mimicii (aspectul dinamic, expresie a stărilor psihice) persoanei.

Pentru ca o leziune posttraumatică să fie considerată sluțire/desfigurare, trebuie să se cunoască și sexul, vârsta și mai ales profesia victimei.

Deși prin caracterul său de permanență slujirea poate fi inclusă în categoria mult mai vastă a infirmității, totuși ea a fost menționată ca un criteriu de sine stătător (și acceptat ca atare și din punct de vedere medico-legal) tocmai pentru a se putea accentua consecințele neplăcute de ordin estetic, imposibil de corectat, cu implicații uneori majore socio-profesionale, ce pot surveni după un traumatism.

În situația în care medicul legist nu are certitudinea că leziunea posttraumatică respectivă nu mai poate fi remediată, poate folosi, în concluziile documentului medico-legal, noțiunea de „prejudiciu estetic”; aceasta impune reexaminarea victimei după o perioadă mai lungă de timp (6 luni – 1 an), timp în care să se poată efectua intervențiile chirurgicale reparatorii.

Precizăm că, din punct de vedere medico-legal, nu se poate accepta drept slujire, (deci fapta agresorului nu ar putea fi încadrată, strict referitor la acest criteriu, în conformitate cu prevederile art. 182 C. pen.):

– tăierea/smulgerea/ruperea arderea sau vopsirea părului capului, a bărbii, a mustății, a genelor sau a sprâncenelor, deoarece, deși temporar aspectul estetic al victimei este alterat, printr-un proces natural de creștere/regenerare, fără tratament, părul se va reface iar prejudiciul estetic va dispărea; așadar, lipsește caracterul de permanență a efectului posttraumatic.

– pierderea dinților, inclusiv cei frontali, deoarece aceștia pot fi supliniți prin proteze fixe sau mobilizabile, care nu numai că restabilesc funcția dentară (masticator-fonator-fizionomică) dar, nu de puține ori, conferă un aspect estetic chiar mai plăcut decât cel anterior traumatismului; deci, chiar dacă nu există un proces natural de vindecare, prejudiciul estetic poate fi remediat (protetic) și astfel caracterul de permanență al prejudiciului posttraumatic dispăre, ceea ce face ca noțiunea de slujire să nu poată fi operantă.

– pierderea unicului dinte pe care-l avea persoana vătămată;

– pierderea dinților stâlpi, încadrată în noțiunea de infirmitate și nu în cea de slujire.*

* Consecințele posttraumatice viscero-faciale, inclusiv cele bucodentare ce pot fi interpretate ca slujire sunt detaliate în *Traumatologie medico-legală buco-maxilo-facială – repere orientative de interpretare în traumatismele nemortale* – V.Iftenie, Editura Fundației România de Măine, București, 2001.

10.3.7. Punerea în primejdie a vieții persoanei

În conformitate cu cerința legii penale, se consideră că o leziune traumatică a pus în primejdie viața unei persoane atunci când există pericolul cert – imediat, imediat, tardiv – ca acea leziune să determine moartea, în lipsa unui tratament (medical) adecvat, indiferent de reactivitatea, uneori crescută, a organismului traumatizat, care face ca pericolul letal să fie depășit fără aplicarea terapiei/asistenței medicale necesare.

Sintagma „leziune periculoasă pentru viață” poate fi interpretată sub două aspecte:

A. unul de certitudine (situația cea mai frecventă), când în lipsa unei intervenții medicale de specialitate, decesul victimei este:

– imediat – hemoragie abundentă printr-o plagă ce interesează un vas de sânge important;

– imediat – comă, stare de șoc, hematom splenic etc.;

– tardiv – cel mai frecvent prin complicații infecțioase și septicemie.

B. unul de probabilitate – mult mai rar decât precedentul – când, având în vedere amploarea leziunilor traumatiche produse victimei, aceasta ar fi decedat, dar acest lucru nu s-a întâmplat datorită rezistenței crescute, particulare a organismului respectiv; astfel, momentul critic este depășit fără o intervenție medicală calificată – spre exemplu, în urma unei agresiuni făptuitorul produce victimei o plagă toracică penetrantă ce perforază plămânul, plagă care se vindecă în timp, fără asistență medicală.

Aprecierea medico-legală este strict dependentă de gravitatea leziunii traumatiche, neacceptându-se formulări de tipul: „dacă leziunea traumatică ar fi fost 5 cm mai la stânga sau cu 2 cm mai profundă, ar fi fost periculoasă pentru viața persoanei.”

Așadar, medicul legist va menționa numai dacă leziunea traumatică respectivă a pus sau nu în primejdie viața victimei, fără a fi influențat de modul în care fapta agresorului va fi încadrată din punct de vedere juridic.

10.3.8. *Avortul posttraumatic*

Acest criteriu medico-legal indirect, mai rar folosit în activitatea practică, se referă la întreruperea cursului normal al sarcinii (indiferent de vârsta produsului de concepție) și expulzia/extragerea fătului, ca o consecință directă a traumatismului exercitat asupra unei femei gravide aflate în imposibilitatea de a se apăra.

C.pen. pedepsește întreruperea sarcinii:

a) fără acordul femeii gravide (spre deosebire de întreruperea cursului sarcinii realizată cu acordul gravidei respective – avort terapeutic sau empiric);

b) săvârșită de o persoană care știa că acea femeie este gravidă (din punct de vedere juridic nu se acceptă simpla prezumție că orice femeie ar putea fi însărcinată și, în consecință, orice vătămare corporală adusă acesteia ar putea să-i provoace avortul); făptuitorul, cunoscând starea de graviditate, acționează cu intenție (directă sau indirectă) în sensul producerii unor leziuni traumatice prin care să inducă avortul.

În inducerea avortului poate interveni orice tip de agent traumatic; particularizăm faptul că:

- agenții traumatici mecanici, responsabili în special de avortul în lunile mari de sarcină, pot acționa local, în regiunea abdomino-pelvină sau general, prin starea de șoc, comă etc.

- agenții traumatici psihici (situațiile stresante-psiho-traumatizante) pot provoca avortul mai ales în lunile mici de sarcină și numai dacă au o intensitate crescută (spre exemplu starea de detenție).

11. AGENȚII TRAUMATICI MECANICI

11.1. Generalități

În această categorie se înscriu agenții traumatici duri, solizi, care produc leziuni traumatice datorită energiei lor cinetice, venind în contact nemijlocit cu corpul uman, în cadrul unei acțiuni violente.

Clasificarea agenților traumatici mecanici

1. corpuri contondente:

- în funcție de forma suprafeței de impact:
- cu suprafață plană: triunghiulară, pătrată, dreptunghiulară, rotundă etc.;
- cu suprafață încurbată, cilindro-sferică;
 - în funcție de relieful suprafeței de impact:
- cu suprafață netedă-regulată;
- cu suprafață rugoasă-neregulată, colțuroasă.
 - în funcție de dimensiunile suprafeței de impact:
- cu suprafață de lovire mică (sub 16 cm²)*
- cu suprafață de lovire mai mare (peste 16 cm²);

2. obiecte/instrumente/arme ascuțite (denumite și „arme albe”, deoarece reflectă lumina):

– *obiecte înțepătoare*, cu un vârf ascuțit: acul, cuiul, sula etc., sau cu mai multe vârfuri: furculița, furca etc.;

– *obiecte tăietoare*, cu una (de regulă) sau mai multe lame ascuțite: briciul, lama, cuțitul de masă etc.;

– *obiecte înțepătoare-tăietoare*, cu vârf și lamă ascuțită (unele arme pot avea mai multe lame tăietoare – bi sau poli tăietoare): briceagul, pumnalul, șişul, foarfeca, cuțitul de bucătărie.

* Fractura craniană produsă cu o suprafață contondentă de până la 16 cm² permite identificarea obiectului vulnerant.

– *obiecte tăietoare-despicătoare*, cu o lamă ascuțită și corp masiv: topor, satâr, sapă.

3. **proiectile**, caracterizate prin dimensiuni mici, dar cu viteză de deplasare mare.

Modalități de realizare a leziunilor traumatice

1. lovire activă – lovire cu corp dur; întâlnită mai ales în circumstanțele unei agresiuni, lovirea activă generează leziuni traumatice localizate numai în zona de impact;

2. lovire pasivă – lovire de corp dur; leziunile traumatice produse prin cădere (cea mai frecventă împrejurare în care este incriminată lovirea pasivă) se caracterizează prin:

- localizare în special la nivelul proeminențelor: coate, genunchi, menton, nas, frunte etc.;

- caracterul bipolar la examenul intern (mai evident în cazul leziunilor traumatice cranio-cerebrale), respectiv prezența leziunilor traumatice și în regiunea impactului primar și în zona opusă acesteia, prin mecanismul de contralovitură.

3. comprimare-strivire-zdrobire între două corpuri/planuri dure;

4. înțepare-înjunghiere cu un obiect dur ascuțit de tip înțepător sau înțepător-tăietor;

5. tăiere-secționare-despicare prin acțiunea unui obiect dur ascuțit de tip tăietor, tăietor-despicător sau înțepător-tăietor;

6. smulgere-rupere;

7. târâre (frecare)-zgârâiere;

8. împușcare;

9. suflul exploziei – „blast injuries.”

Circumstanțe de producere a leziunilor traumatice

– cădere-precipitare;

– (poli)traumatisme de trafic: rutier, feroviar etc.;

– traumatisme prin utilizarea armelor de foc;

– diverse forme de asfizie mecanică.

Desemnarea, din punct de vedere medico-legal, a modalităților și a împrejurărilor de realizare a leziunilor traumatice, corelată cu cercetarea criminalistică specifică, oferă juristului posibilitatea de a stabili circumstanțele în care s-au produs aceste leziuni: agresiune,

hetero- sau autoprovocată ori accident, astfel încât după evaluarea medico-legală a gravității traumatismului suferit de victimă (prin aplicarea criteriilor medico-legale directe și indirecte sau după efectuarea autopsiei), magistratul să poată încadra în mod obiectiv fapta agresorului, în conformitate cu prevederile C.pen.

11.2. Leziunile traumatiche elementare

Denumite și leziuni traumatiche *primare* sau *superficiale*, aceste leziuni, întâlnite foarte frecvent în activitatea practică medico-legală (și la examinarea persoanei și la autopsie), se caracterizează prin faptul că interesează pielea (tegumentul sau învelișul cutanat al corpului uman, format din 3 straturi: epiderm, derm și hipoderm) și (uneori) straturile imediat subcutanate.

În funcție de menținerea sau nu a integrității tegumentului, aceste leziuni traumatiche pot fi *fără* sau *cu* soluție de continuitate tegumentară.

11.2.1. Leziuni traumatiche elementare fără soluție de continuitate

Se caracterizează prin:

- se produc printr-un mecanism vascular: vasodilatație sau efracție vasculară posttraumatică;
- de regulă nu sunt periculoase pentru viața victimei;
- se vindecă fără a lăsa urme pe piele.

11.2.1.1. Echimoza (vânătaia sau sufuziunea sanguină) – leziune traumatică elementară fără soluție de continuitate, de colorație inițial roșietică dar care se modifică în timp și care nu dispare la digito-presiune (când sunt punctiforme, echimozele se mai numesc și *peteșii*, iar când au aspect liniar – sub forma unor dungi subțiri, uneori discontinui – sunt cunoscute sub denumirea de *vibices*);

Vechimea unei echimoze (data la care s-a produs) poate fi apreciată în funcție de modificările de culoare pe care aceasta le parcurge în timp (fenomen datorat transformărilor hemoglobinei și cunoscut sub denumirea de „evoluția” sau „înflorirea” echimozei); astfel, de la colorația *roșietică* sau roșietică-purpurie inițială, în câteva ore echimoza devine *albăstruie* sau albăstrui-violacee (culoare ce persistă

2-3 zile), apoi *cafenie* (zilele 3-7), *verzuie*, iar în final *gălbuie* (după aproximativ 8-10 zile).

11.2.1.2. Hematomul – leziune traumatică elementară fără soluție de continuitate ce se prezintă inițial cu o colorație roșietică-violacee, pe fond tumefiat, indurat, și care nu dispăre la presiune digitală.

Mecanismul de producere constă în rupțura unor vase de sânge mai mari decât cele responsabile de echimoze ceea ce indică un traumatism mai violent.

Culoarea evoluează în timp mult mai lent decât în cazul echimozei, dar parcurge aceleași etape.

Această leziune se poate localiza superficial, caz în care este evidențiată prin examen extern (spre exemplu, la cap este cunoscută și sub denumirea de cucui) sau profund, situație în care existența sa este obiectivată la omul viu prin investigații de laborator (tomografii, ecografii etc.), iar la cadavru prin necropsie.

Hematoamele întinse în suprafață:

- pot induce starea de șoc (posttraumatic sau hemoragic) și, în consecință, sub aspect medico-legal pot fi considerate leziuni care au pus în primejdie viața persoanei, ceea ce din punct de vedere juridic poate fi interpretat ca o vătămare corporală gravă sau ca tentativă de omor;

- pot determina decesul victimei (în mod direct – spre exemplu, hematomul cerebral, sau indirect – prin complicații).

11.2.2. *Leziuni traumatice elementare cu soluție de continuitate* (cu pielea ruptă)

Se caracterizează prin:

- din punct de vedere etiopatogenetic, mecanismul constă în întreruperea continuității tegumentare, prin orice modalitate: zgârâiere, înțepare, tăiere etc.;

- au gravitate mai mare; uneori provoacă decesul victimei;

- de regulă se vindecă cu sechele, cele mai frecvente fiind cicatricile.

11.2.2.1. Excoriația – leziune traumatică elementară cu soluție de continuitate ce se caracterizează prin distrugerea straturilor superficiale ale pielii.

Excoriația poate fi:

- superficială, cu lezarea doar a straturilor epidermului; zona excoriată nu sângerează și în timp se acoperă cu o crustă gălbuie;
- profundă, care interesează și dermul, drept pentru care are loc o sângerare redusă cantitativ; în timp, zona exterioară se acoperă cu o crustă brună sau brun-gălbuie;

Din punct de vedere al terminologiei medico-legale, deosebim:

- leziunea liniară – excoriația sau zgârietura;
- leziunea întinsă în suprafață – zona excoriată sau jupuitura.

Excoriația se produce prin frecare-comprimare (zgârâiere, târâre) cu sau de un corp/plan dur, neted sau rugos.

11.2.2.2. Plaga (rana) – leziune traumatică elementară cu soluție de continuitate ce se caracterizează prin distrugerea tuturor straturilor pielii.

Clasificarea plăgilor:

A. în funcție de adâncime:

- plăgi superficiale, ce interesează numai pielea (nu depășesc aponevroza);
- plăgi profunde:
 - nepenetrante;
 - penetrante în cavitățile naturale [toracică (pleurală, pericardică), abdominală etc.] Acestea, la rândul lor, pot fi perforante, ce pătrund într-un organ sau țesut sau transfixiante, care traversează organul sau țesutul respectiv.

B. din punct de vedere medico-legal și criminalistic (cu conotație juridică), se pot deosebi:

- plăgi de atac, care vizează anumite regiuni ale corpului victimei, caz în care plăgile interesează proiecția unor organe vitale, desfigurarea – plăgile sunt localizate mai ales la nivelul viscerocraniului, amenințarea – în mod frecvent interesează regiunile a căror funcționalitate nu este de importanță vitală;

- plăgi de apărare, ca urmare a încercărilor victimei de a se apăra:

– ofensive sau plăgi de apărare activă, localizate în special la nivelul palmelor;

– victima încearcă să apuce arma albă;

– defensive sau plăgi de apărare pasivă, localizate, de regulă, la nivelul antebrățelor – victima încearcă să pareze lovitura.

C. în funcție de aspectul morfologic (în activitatea practică medico-legală și criminalistică, plăgile sunt denumite în funcție de agentul traumatic sau de mecanismul de producere):

1. **plaga contuză** sau plaga zdrobită; se produce, de regulă, prin lovire cu sau de un corp dur.

Caracteristici:

- profunzime mică (și în consecință sângerare redusă);

- margini neregulate, zdrențuite (ce alternează uneori cu suprafețe de piele intactă), inegale ca mărime, cu zone excoriate și/sau echimoze adiacente;

- pereții denivelați sunt uniți din loc în loc prin punți tisulare;

- fundul anfractuos cu cheaguri de sânge.

În sens clasic, se afirmă că plaga contuză este alcătuită din 3 zone: zona centrală – plaga propriu-zisă (cu țesutul distrus), intermediară – cu zone excoriate și/ sau echimoze (alterată morfologic) și zona periferică – cu tegument de aspect normal (dar cu alterare funcțională).

În funcție de mecanismul de producere se pot deosebi mai multe timpuri de plăgi contuze:

a) plaga plesnită se descrie atunci când corpul contondent acționează într-o zonă unde tegumentul se află imediat deasupra unui plan osos (cap, genunchi, coate etc.).

– marginile sale sunt relativ drepte, cu mici neregularități (franjurate);

– forma este stelată (când agentul traumatic este plat), uneori liniară (când agentul traumatic este lung și subțire), cu mici traiecte secundare;

– dehiscență redusă (datorită punților tisulare).

b) plaga strivită se descrie atunci când greutatea agentului traumatic este semnificativă. Are:

– formă neregulată;

– margini accidentate (zimțate);

– multiple zone excoriate și/sau echimoze pe tegumentul din jurul plăgii.

c) plaga mușcată – produsă de om sau de animal, acest tip de plagă contuză reproduce forma arcadelor dentare. În funcție de forța cu care se acționează, se descriu:

– leziuni traumatice [echimoze – uneori confluențe, excoriații sau plăgi superficiale (generate de fiecare dinte)] dispuse sub forma a două arcuri (paranteze) care se unesc la extremități; tegumentul din centrul acestei leziuni este indemn;

– plăgi profunde, cu imprimarea formei dintelui, dispuse corespunzător arcadei dentare; adiacent fiecărei plăgi apar echimoze care uneori pot conflua;

– detașarea fragmentului/zonă mușcate; pe marginea tegumentului restant pot fi identificate urmele generate de fiecare dinte, sub forma unor depresiuni, iar între acestea pielea este puțin proeminentă, datorită spațiilor interdentare.

d) plaga smulsă are ca mecanism o tracțiune forțată ce depășește capacitatea de rezistență (elasticitate) a țesutului; poate apărea sub forma plăgii *scalpate* – când o porțiune de tegument se detașează de pe planul subiacent (de regulă osos) sau a plăgii *sfâșiate* (care, de cele mai multe ori, este o plagă mușcată-smulsă).

2. **plaga înțepată** (înțepătura ori împunsătura) este rezultatul acțiunii agenților traumatici duri, cu vârful ascuțit, printr-o manevră de împingere sau de împingere-răsucire, astfel încât țesuturile sunt îndepărtate către lateral; elementele caracteristice ale unei plăgi înțepate sunt: orificiul de intrare sau plaga cutanată primară, canalul și orificiul de ieșire sau plaga cutanată secundară.

3. **plaga tăiată** este produsă de obiecte vulnerante dure, cu lamă ascuțită (tăietoare), printr-o acțiune combinată de apăsare-alunecare pe suprafața corpului (tegumentului).

Plăgile tăiate pot fi:

- liniare, când obiectul tăietor acționează perpendicular pe piele;
- cu lambou (limb) cutanat, când instrumentul ascuțit acționează oblic față de planul tegumentului, detașând parțial pielea de statul subiacent;
- cu amputare (mutilante): a unui fragment de membru (spre exemplu a unui deget), a urechii etc.

Caracteristicile plăgii tăiate:

- marginile plăgii sunt regulate, netede;
- unghiurile sunt ascuțite, fiind mai profunde la debut.
- plăgile vitale sunt dehiscente spre deosebire de cele produse post-mortem, la care marginile sunt apropiate.

4. **plaga înțepat-tăiată** sau plaga înjunghiată (când este lungă și adâncă se numește și plagă spintecată, situată mai frecvent la nivelul abdomenului) este produsă cu arme înțepător –tăietoare, ce acționează în doi timpi: de înțepare-penetrare și de tăiere-secționare.

5. **plaga despicață** (tăiată-despicată) este rezultatul acțiunii unor obiecte dure, grele, prevăzute cu o lamă tăietoare (mai mult sau mai puțin ascuțită), numite și instrumente contondent-tăietoare; leziunile traumatice sunt consecința forței de lovire (determinată de viteza cu care se acționează și de greutatea obiectului vulnerant și favorizată de ascuțimea lamei);

– însumează caracteristicile plăgilor tăiate (ce predomină când lama este bine ascuțită) și a celor contuze (mai evidente când lama este boantă);

– este profundă (adâncimea plăgii depășește, de regulă, lungimea lamei); se însoțește frecvent de leziuni traumatice grave ale țesuturilor subiacente: rupturi sau zdrobiri de organe, fracturi etc.;

– marginile plăgii cutanate, îndepărtate una față de cealaltă (plagă dehiscentă), pot fi regulate, netede dacă lama este ascuțită, sau neregulate cu anfractuozități dacă lama este tocită sau foarte groasă; de cele mai multe ori, marginile prezintă zone excoriate, explicate prin frecarea lamei de tegumentul care inițial este comprimat (datorită fibrelor elastice, pielea „se mulează” pe lamă, cu atât mai bine cu cât aceasta este mai groasă) și ulterior este tăiat-rupt; de asemenea, datorită forței cu care se acționează, adiacent marginilor apar echimoze de diferite dimensiuni.

12. CĂDEREA

Căderea reprezintă o împrejurare de producere, în mod pasiv, a leziunilor traumatice prin agenți traumatici mecanici, ce constă în schimbarea poziției corpului astfel încât o parte a acestuia se izbește cu violență de (un) plan(ul) de susținere, fără mișcări coordonate.

După cum se cunoaște, echilibrul se pierde atunci când verticala coborâtă din centrul de greutate al corpului se situează în afara poligonului de susținere.

Căderea se poate produce:

– pe același plan de sprijin, denumită de unii autori și cădere simplă;

– de la mică înălțime, de regulă de până la 2-3m (diferența dintre acest tip de cădere și prima citată constă în gravitatea leziunilor traumatice constatate);

– de la înălțime (mare), denumită și precipitare, care ar putea fi definită drept trecerea întempestivă/brutală a corpului de pe un plan de susținere pe un altul, mai jos situat, sub acțiunea forței gravitaționale și eventual al altei forțe (heteropropulsia) care se adaugă acesteia, fără mișcări coordonate și fără mijloace speciale de susținere.

Precipitarea se poate produce: în mod accidental, ca o modalitate de sinucidere, pentru disimularea unei alte morți violente sau ca o formă de omor.

În traiectoria sa către sol, corpul poate întâlni diverse obstacole: balcoane, cabluri electrice, antene, crengi etc., care vor modifica morfologia leziunilor traumatice sau, dimpotrivă, căderea se poate realiza fără interpunerea diverselor obstacole, caz în care se numește „precipitare liberă.”

Leziunile traumatice ce pot fi produse prin mecanism direct (primar, secundar și mediat) sau indirect, în urma contactului violent cu planul de impact și/sau diverse obstacole pe care corpul le întâlnește

în traiectoria către sol (cabluri electrice, marginea balcoanelor, antene, pomi etc.) au următoarele caracteristici:

a) în căderea pe același plan sau de la înălțime mică:

- sunt unipolare adică sunt situate pe o singură parte a corpului;
- sunt localizate, de regulă, pe părțile proeminente;
- sunt superficiale;
- nu sunt periculoase pentru viață.

b) în căderea de la înălțime (precipitare):

• sunt multipolare, fiind întâlnite, în funcție de mecanismele prin care se produc, pe mai multe regiuni ale corpului;

- sunt numeroase;
- sunt variate;
- sunt grave, frecvent fiind mortale;

• de cele mai multe ori, se constată o discrepanță între leziunile traumatice externe (de mică amploare) și cele interne (grave: rupturi de organe, fracturi etc.); de fapt, în precipitare se și spune că „rezistă numai pielea.” Acest lucru face ca, uneori, cercetarea criminalistică și medico-legală de la fața locului să pună în evidență puține elemente specifice – urme de sânge sau leziuni traumatice externe.

Deoarece leziunile traumatice constatate la autopsie în cazul căderii de la înălțime (precipitare) seamănă foarte mult cu cele descrise în politraumatismele rutiere, este necesar ca în ordonanța de efectuare a autopsiei să se menționeze întotdeauna circumstanțele în care s-a produs moartea victimei.

13. TRAUMATISMELE DE TRAFIC

Prin traumatism de trafic (rutier, feroviar etc.) se înțelege orice traumatism, asupra organismului uman, obiectivat prin leziuni traumatice, produs sau în mijloacele de transport. Din definiție reiese clar că, în timp ce din punct de vedere juridic acest tip de traumatism poate fi susținut și prin declarațiile martorilor, datele de anchetă etc., din punct de vedere medico-legal numai constatarea unor leziuni traumatice (cu ocazia examinării de către medicul legist a victimei și/sau a documentelor medicale ce aparțin acesteia), concordate cu datele de anchetă (puse la dispoziția instituției medico-legale) poate permite, în mod obiectiv, probarea traumatismului afirmat.

13.1. Mecanisme de producere a leziunilor traumatice la pietoni

Leziunile traumatice pot fi produse prin mecanisme simple, asociate și complexe.

13.1.1. *Mecanisme simple*

A.1. **lovire**; leziunile traumatice, de regulă, de mică gravitate (echimoze, excoriații, plăgi și doar excepțional fracturi) sunt unipolare – se întâlnesc, în mod frecvent, pe partea laterală sau posterioară a corpului, acolo unde a avut loc impactul (lovirea corpului) cu o parte a autovehiculului.

Dacă victima poartă haine groase, viteza (auto)vehiculului este mică, iar suprafața de lovire mare, leziunile traumatice pot lipsi; în general, la aceeași viteză, impactul cu suprafețe mari generează leziuni mai puțin grave față de lovirea cu suprafețe mici, în care se descriu leziuni traumatice severe.

A.2. **cădere**; acest mecanism operează în cazul opririi sau pornirii bruște a (auto)vehiculului. Leziunile traumatice pot fi mai mult sau mai puțin grave, în funcție de distanța până la sol, viteza de

deplasare a (auto)vehiculului ș.a.m.d.; de regulă sunt unipolare (dispuse într-un singur plan) și de cele mai multe ori se constată prezența fracturilor.

A.3. **proiectare**, ce poate avea loc fie în interiorul autovehiculului (spre exemplu, în cazul decelerării bruște, ocupanții locurilor din spate dintr-un autoturism pot fi proiectați în scaunele din față), fie în exterior (spre exemplu, la o curbă luată cu viteză mare pasagerii de pe platforma unui camion pot fi proiectați la exterior).

Leziunile traumatice externe – uni sau bipolare – ce ocupă o suprafață mare a corpului și au gravitate redusă (echimoze, excoriații, plăgi) se însoțesc de cele mai multe ori de leziuni traumatice interne grave (frecvent leziuni cranio-cerebrale care explică moartea, fracturi, rupturi de organe interne etc.).

A.4. **comprimare**; acest mecanism presupune strivirea corpului între o parte a (auto)vehiculului și o altă suprafață dură: sol, perete, copac, alt (auto)vehicul etc.; așadar, roțile vehiculului respectiv nu trec peste corpul uman. Frecvent, comprimarea între (auto)vehicul și sol se însoțește și de târârea corpului pe o distanță oarecare.

În funcție de intensitatea comprimării, pe corpul victimei rămân urme de ulei, zone echimotice sau excoriate determinate de profilele metalice ale (auto)vehiculului, se constată striviri de organe interne sau fracturi (frecvent întâlnite sunt fracturile costale bilaterale și fracturile duble de bazin); leziunile traumatice sunt situate pe două planuri diametral opuse ale corpului, subiacente suprafețelor de comprimare.

A.5. **târâre**; acesta este un mecanism mai rar întâlnit în mod singular (de regulă se citează în cadrul mecanismelor asociate sau complexe), ce constă în agățarea victimei de o parte a (auto)vehiculului și târârea acesteia pe o distanță oarecare. Leziunile traumatice interesează de obicei o singură parte a corpului și în special proeminențele osoase; caracteristic sunt descrise:

– excoriații paralele, sub forma unor dungi, generate de frecarea pielii de planul pe care se realizează târârea; acestea sunt mai evidente (mai bine conturate) de partea opusă zonei cu care corpul a rămas agățat de (auto)vehicul și au o direcție inversă direcției de deplasare a acestuia;

– plăgi superficiale, de dimensiuni reduse, ce apar sub forma unor striatii neregulate perpendiculare pe direcția de târâre; sunt explicate prin întinderea și plesnirea ulterioară a pielii.

A.6. **călcare**; acest mecanism presupune trecerea sistemului de rulare (roți, șenile) al (auto)vehiculului peste victimă.

Leziunile traumatiche, de cele mai multe ori mortale (zdrobiri de organe vitale, secționări diverse etc.), au următoarele caracteristici:

– de regulă, pielea își păstrează integritatea, chiar în cazul în care călcarea s-a realizat cu o roată metalică (fără cauciuc), și aceasta datorită elasticității tegumentului (la cadavru, zona respectivă se pergamentează);

– când decesul survine rapid, reacția vitală este minimă sau absentă.

De menționat că examinarea medico-legală poate evidenția o serie de leziuni traumatiche cu particularități specifice fiecărui tip de sistem de rulare.

13.1.2. *Mecanisme asociate*

Așa cum reiese și din denumire, în acest caz în geneza leziunilor traumatiche se regăesc grupate două mecanisme simple. De cele mai multe ori, examinarea medico-legală poate individualiza fiecare mecanism în parte. Cele mai frecvente mecanisme asociate sunt:

- lovire-cădere;
- lovire-proiectare;
- proiectare-călcare;
- proiectare-comprimare;
- proiectare-târâre;
- călcare-comprimare;
- călcare-târâre etc.

13.1.3. *Mecanisme complexe*

Mecanismele complexe reunesc 3 sau mai multe mecanisme simple.

Leziunile traumatiche produse prin mecanisme complexe se caracterizează prin:

– gravitate mare, în majoritatea cazurilor victimele decedând;

- prezența obligatorie a leziunilor osteo-articulare;
- multipolaritate; de altfel, distribuția pe mai multe planuri a leziunilor traumatice face ca individualizarea fiecărui mecanism (simplu) în parte să fie imposibilă.

Dintre mecanismele complexe, cele mai frecvent întâlnite sunt:

- lovire-proiectare-călcare;
- lovire-proiectare-comprimare și/sau călcare;
- proiectare-comprimare/călcare-târâre;
- proiectare-basculare-cădere/comprimare etc.

13.2. Mecanisme de producere a leziunilor traumatice la ocupanți

Se consideră că „ocupantul dintr-un autovehicul are soarta unei pietre într-o cutie” (Scripcare-Terbancea).

Leziunile traumatice se caracterizează prin:

- interesează, cu precădere, ansamblul cap-gât-torace;
- părțile noi sunt mai afectate decât oasele la membrele pelvine și invers la membrele toracice.

13.2.1. *La conducătorul auto se descriu:*

(1) „sindromul volanului”, rezultat al lovirii/comprimării trunchiului de volan și caracterizat prin:

- echimoză sau excoriație semicirculară la nivelul toracelui anterior;

- fracturi costale și de stern;

- leziuni ale viscerelor toracice (inimă, aortă) și abdominale (ficat, mezenter etc.);

- leziuni traumatice la nivelul mâinilor (plăgi între degetele 1 și 2; luxații/fracturi ale oaselor metacarpiene);

(2) „sindromul bordului”, determinat de lovirea genunchilor de elementele bordului:

- leziuni traumatice elementare ale genunchilor, însoțite uneori de fracturi de rotulă;

- fracturi de bazin (fosă acetabulară), uneori cu pătrunderea capului femural în bazin;

- fracturi de femur (în mod frecvent ale colului femural).

(3) „sindromul parbrizului”, rezultat al impactului capului cu parbrizul, oglinda retrovizoare și stâlpul din stânga:

– leziuni traumatiche elementare la nivelul viscerocraniului (frecvent plăgi prin cioburi de sticlă securit, uneori cu retenția acestora);

– fracturi de visceros și/sau neurocraniu.

(4) „sindromul centurii de siguranță”, în care se descriu echimoze, zone excoriate sau fracturi costale, dispuse în diagonală dinspre hemitoracele stâng superior spre hemitoracele drept inferior, subiacente centurii.

13.2.2. *La pasagerul din dreapta-față* se descriu:

(1) „sindromul bordului”;

(2) „sindromul parbrizului”; leziunile traumatiche secundare impactului cu oglinda retrovizoare sau cu stâlpul din dreapta vor avea o localizare inversă față de cele descrise la conducătorul auto. De asemenea, datorită lipsei volanului, leziunile traumatiche de la nivelul capului vor fi mai grave;

(3) „sindromul centurii de siguranță”, cu dispoziția în diagonală a echimozelor, zonelor excoriate sau a fracturilor costale, dar invers decât la conducătorul auto, respectiv dinspre hemitoracele drept superior către hemitoracele stâng inferior;

(4) „pseudosindromul volanului”, prin impactul hemitoracelui stâng cu volanul și apariția unor fracturi costale la acest nivel.

13.2.3. *Pasagerul din spate* este mai protejat, iar leziunile traumatiche, care au ca mecanism comprimarea sau proiectarea în scaunul din față sau peste ocupantul locului din față, vor interesa, în mod dominant, capul și genunchii.

În cazul în care ocupantul unui loc în autovehicul este proiectat în afara mijlocului de transport respectiv, se produc leziuni traumatiche grave și care nu mai respectă morfologia descrisă, generând greutăți în aprecierea mecanismului de producere.

14. AGENȚII TRAUMATICI FIZICI

Ațiunea nocivă a agenților traumatici fizici naturali sau artificiali asupra organismului uman determină apariția unui complex de modificări morfo-funcționale ce pot culmina cu decesul.

În activitatea practică medico-legală, în mod frecvent pot fi constatate consecințele acțiunii următorilor factori fizici:

- temperatură;
- presiunea atmosferică;
- radiațiile;
- electricitatea.

14.1. Temperatura *

Ațiunea nocivă a temperaturii crescute sau scăzute se manifestă asupra organismului uman atât pe plan local cât și pe plan general.

14.1.1. *Temperatura înaltă*

Temperatura înaltă sau termoagresiunea poate determina:

- la nivel local: arsuri realizate prin contact direct sau indirect cu agentul termovulnerant solid, lichid sau gazos.
- la nivel general: hipertermie ce se poate manifesta prin mai multe entități clinice și care, în final, poate determina decesul.

14.1.2. *Temperatura scăzută*

Temperatura scăzută, frigul sau crioagresiunea determină:

- la nivel local: degerături, produse prin acțiunea rapidă a frigului (prin acțiune lentă apar o serie de modificări morfofuncționale locale ce conturează entități clinice cum ar fi: pernio, pernioză etc.);

* Pentru detalii a se vedea V. Iftenie, *Medicină legală*, ediție revăzută și adăugită, apărută în Editura Științelor Medicale, 2006.

– la nivel general: hipotermie care, după parcurgerea fazelor de reacție, letargică și de comă, poate determina decesul (sub 28°C temperatură centrală funcțiile biologice se blochează și se instalează moartea).

14.2. Presiunea atmosferică*

Presiunea atmosferică, ce însumează presiunile parțiale ale gazelor componente și care, la nivelul mării, este de 760 mmHg, devine periculoasă pentru organismul uman fie când crește excesiv, fie când scade prea mult.

14.2.1. *Presiunea atmosferică scăzută*, în cazul expunerii de scurtă durată, determină:

– *răul de munte*; apare la persoanele ce fac ascensionări montane la altitudini de aproximativ 2500-3000m; manifestările apar cu atât mai precoce cu cât efortul de ascensiune depus (spre exemplu la cei neantrenați) este mai mare (datorită consumului crescut de O₂ al organismului) și constau în: oboseală, somnolență, amețeli, tulburări respiratorii (dispnee) și ale ritmului cardiac, epistaxis și chiar lipotimii sau deces (în cazuri extreme);

– *răul de altitudine*, ce se manifestă la aproximativ 6000-7000 m, nu este influențat de efort, cauza apariției sale fiind numai scăderea concentrației de O₂ sub pragul nevoilor limită ale organismului; așa se întâmplă, spre exemplu, la personalul navigant (piloți, pasageri) când aparatul de zbor se depresurizează la altitudini mari (în astfel de situații intervine și frigul: la 12 000 m altitudine temperatura este de -52°C); manifestările sunt mai ample decât în cazul precedent, victimele acuză dureri în regiunea inimii și la nivel musculo-articular, tulburări senzoriale, greață, vomă etc.

Tulburările menționate sunt consecința scăderii presiunii oxigenului în aerul inspirat.

14.2.2. *Presiunea atmosferică crescută*

Manifestările determinate de presiunea atmosferică crescută sunt consecința modificărilor concentrației N₂:

– la coborârea în adâncuri pot apărea:

- narcoza hiperbară sau beția adâncurilor prin depozitarea N_2 , în formă lichidă, în țesuturile bogate în grăsimi (creier);
- barotrauma cu manifestări în sfera otică (spargerea timpanului), pulmonară (rupturi) și sinusală (hemoragie);
 - la ascensionare, când N_2 revine din starea lichidă în cea gazoasă se poate produce boala de cheson sau embolia de ridicare/ascensionare.

14.3. Radiațiile *

Având efecte sonogene dar și patogene asupra omului, radiațiile – ubicuitare în mediul înconjurător – se caracterizează prin energie, frecvență și lungime de undă, au o viteză de deplasare în vid de 300 000 km/s și pot fi clasificate, în funcție de intensitatea efectelor produse, în radiații: ionizante, neionizante.

14.3.1. Radiații ionizante

Radiațiile ionizante sunt reprezentate prin:

- radiații electromagnetice: x și gama;
- radiații corpusculare: α , β , pozitronii și neutronii.

Iradieră, externă sau internă, din sursă naturală sau artificială are asupra organismului uman un efect patogen manifestat printre altele, prin: leziuni oculare, căderea părului, sterilitate, radiodermită, iar în timp efect teratogen, favorizarea apariției cancerului și scăderea duratei de viață.

14.3.2. Radiații neionizante

Acestea fac parte din categoria radiațiilor electromagnetice, care nu au o energie suficient de mare pentru a putea deplasa electronii de pe orbitele periferice ale atomilor asupra cărora acționează (așa cum se întâmplă în cazul radiațiilor ionizante). Din rândul radiațiilor neionizante fac parte radiațiile ultraviolete, radiațiile luminoase, radiațiile infraroșii și microundele.

Radiațiile neionizante au efecte sanogene și patogene asupra organismului uman. Dintre consecințele nefaste menționăm:

- radiațiile ultraviolete: fenomenul de „îmbătrânire” a pielii, cancerul cutanat, fotooftalmie, pigmentația;
- radiații luminoase: miopie (iluminatul insuficient) sau orbire temporară sau definitivă (iluminatul excesiv);
- radiații infraroșii: insolație, cataractă etc.
- microundele: hipo sau anacuzie.

14.4. Curentul electric

Agresiunea electrică (naturală sau artificială) asupra organismului uman poartă denumirea de *electrotraumă*. Electrotrauma artificială, cunoscută și sub denumirea de *electrocutare* și reunind totalitatea modificărilor locale și/sau generale ce apar în organismul uman viu ca urmare a trecerii curentului electric, cu o intensitate mai mare decât cea care poate fi suportată, electrotrauma tehnic-industrială, se poate prezenta sub două aspecte:

- electrocutare mortală sau electrocuție;
- electrocutare nemortală sau electrizare (încărcarea unui corp cu sarcini electrice).

Moartea prin electrocutare se poate produce:

A. *imediat*, prin:

a) insuficiență acută respiratorie de tip:

– central, prin inhibiția centrilor nervoși de la nivelul trunchiului cerebral (mai ales atunci când traseul curentului electric interesează capul) și oprirea reflexă a respirației;

– periferic, prin tetanizarea mușchilor respiratori, mecanism ce creează tabloul unei veritabile asfixii mecanice, prin imposibilitatea efectuării mișcărilor respiratorii;

b) insuficiența cardiacă acută de tip:

– central, prin inhibiția centrilor nervoși de la nivelul trunchiului cerebral cu stop cardiac consecutiv;

– periferic, prin fibrilație ventriculară.

Deoarece, cel puțin inițial, moartea prin electrocutare este o moarte aparentă sau, după caz, o moarte clinică, electrocutatul se aseamănă cu înecatul.

B. după un interval de timp, prin:

a) șoc electric, instalat în câteva ore sau zile și secundar disocierilor electrolitice de la nivel celular (cu modificări morfofuncționale semnificative);

b) complicații ale arsurilor electrice (infecții etc.);

c) insuficiență renală;

d) infarct de miocard (pe fondul unor leziuni de ateroscleroză) etc.

În cazul în care electrocutarea nu a fost mortală, electrizarea este urmată de o serie de sechele – paralizii, epilepsie, tulburări de vedere și/sau de vorbire (afazii), pancreatite – și chiar de moartea fătului în uter (lichidul amniotic este bun conducător de electricitate).

Leziunile electrotraumei ce pot fi decelate la examinarea medico-leagă sunt:

– *marca electrică*, leziune patognomică electrocuției, ce poate fi decelată atât la locul de intrare, cât și/sau la locul de ieșire, se poate prezenta sub mai multe aspecte, cele mai frecvente forme fiind de:

- depresiune crateriformă (mai ales la locul de intrare) a pielii, de formă rotundă sau ovalar-alungită, de dimensiuni mici (0,6-0,8 cm, rar peste 1cm), cenușie-gălbuie, cu margini albicioase, dure, reliefate („lizereu de porțelan”);

- rozetă (mai ales la locul de ieșire) cu centru alb cenușiu, de la care pornesc către periferie mici încrețituri ale pielii.

De obicei, în jurul mărcii electrice se observă o mică zonă palidă mărginită de un lizereu roșiatic.

Foarte rar, mărcile electrice pot fi întâlnite și la nivelul organelor interne.

– *arsura electrică* se prezintă ca o zonă tegumentară dură-uscă, gri-negricioasă sau brună, cu periferia mai intens colorată și puțin reliefată, bine delimitată de țesutul din jur printr-un lizereu roșiatic; aceste leziuni, ce pot apărea la locul de intrare sau de ieșire a curentului electric, sunt rezistente la putrefacție și se diferențiază de arsurile termice prin faptul că firul de păr este indemn. La electrizați, arsurile electrice sunt nedureroase și nu sângerează.

– *metalizarea electrică* apare ca o zonă rigidă, uscată și rugoasă la nivelul orificiului de intrare;

– *edemul electrogen*;

– *epidermoliza*;

– *metacromazia*.

15. INTOXICAȚIA ACUTĂ CU ALCOOL ETILIC

Cunoscut din cele mai vechi timpuri sub diverse denumiri – „apă de viață”, „licoare divină”, „spirit subtil”, „mercur vegetal”, „apa care arde” etc. –, alcoolul etilic se prezintă sub forma unui lichid incolor, volatil (punctul de fierbere 78,3°C), inflamabil, mai ușor decât apa (densitate: 0,789 g/cm³) și miscibil cu aceasta în orice proporție, cu gust arzător și miros caracteristic; este componenta esențială a băuturilor alcoolice.

Tăria băuturilor alcoolice se exprimă în grade ce reprezintă proporția de alcool absolut conținut în lichidul respectiv (volum la sută); cifra gradelor alcoolice înmulțită cu 0,79 (densitatea alcoolului) permite calculul cantității (în grame) de etanol dintr-o sută mililitri de lichid. La bere, conținutul în extract sec – reziduu de evaporare – poate fi exprimat în procente. Spre exemplu, E.P. (extract primar) 12,5% extract sec și nu tărie alcoolică.

Alcoolul poate pătrunde în organism pe cale respiratorie, transcutanată (transmucoasă) și, în special, pe cale digestivă, prin ingestie.

Absorbția digestivă are loc, în principal, la nivelul stomacului și duodenului (viteza de absorbție depinde de prezența alimentelor în stomac); după absorbție, alcoolul este vehiculat de sânge.

Cantitatea (concentrația) de alcool din sânge exprimată în grame la litru (g ‰) definește *alcoolemia*.

După ingestie, alcoolemia este maximă după:

- 20-30 minute dacă stomacul este gol;
- 1 oră – 1 oră și 30 de minute, când stomacul conține alimente (proteinele și lipidele întârzie absorbția; cel mai rapid se absorb băuturile cu o concentrație alcoolică de 10-20 ‰ și carbonatate).

Dinamica alcoolului etilic în organism poate fi redată grafic sub forma *curbei de alcoolemie*, alcătuită din:

- o porțiune ascendentă, abruptă, denumită panta de invazie sau de creștere;
- un vârf, ce corespunde alcoolemiei maxime;

- o porțiune descendentă, lentă inițial și apoi mai accentuată, respectiv panta de eliminare.

Repartiția alcoolului în organism este inegală, fiind direct proporțională cu conținutul diverselor organe și țesuturi în apă și invers proporțională cu conținutul acestora în grăsimi; astfel, în ordine descrescătoare a concentrației, alcoolul se găsește în creier, plămân, splină, rinichi etc. (în lichidul cefalorahidian și în urină concentrația alcoolului este cu 25-35 % mai mare decât în sânge).

Cea mai mare parte a alcoolului din sânge este metabolizată în ficat (doar o cantitate redusă este transformată și extrahepatic: în rinichi, mușchi, pancreas etc.). În ficat, există trei căi de biotransformare a alcoolului etilic: o cale principală și două secundare, ce intră în acțiune atunci când calea principală este suprasolicitată. Astfel:

- a) calea principală, desăvârșită prin intermediul enzimei alcool-dehidrogenază și care se soldează cu formarea de CO_2 și H_2O ;

- b) calea secundară mediată de catalază.

Datorită existenței unei cantități limitate de alcool-dehidrogenază, la nivelul ficatului nu pot fi degradate mai mult de 8-10 g de alcool etilic într-o oră. Acest lucru, corelat cu faptul că alcoolul etilic nu se acumulează în organism (deci nu poate fi folosit după un anumit interval de timp sau atunci când necesitățile energetice ale organismului ar cere-o), face ca alcoolemia să scadă cu o rată relativ fixă de 0,15 g ‰ pe oră în primele 5-6 ore; este permis astfel calculul retroactiv al alcoolemiei. Calculele respective sunt acceptate numai dacă au trecut 2-7 ore de la evenimentul respectiv (cel mai frecvent rutier) și până la recoltarea probei de sânge necesară stabilirii alcoolemiei.

De asemenea, cantitatea de alcool etilic ingerată poate fi evaluată utilizând tehnici de calcul specifice (cu folosirea factorului R – Widmark, în valoare de 0,68 pentru bărbați și de 0,55 pentru femei).

Alcoolul etilic se elimină din organism:

- 90-95 % metabolizat în ficat, sub formă de H_2O și CO_2 ;

- 5-10% netransformat, ca atare, prin urină (2-4%), *alcooloria* reprezintă cantitatea/concentrația de alcool din urină, exprimată în grame la litru (g ‰) – prin aerul expirat (3-7%), prin transpirație, salivă, lapte.

Trebuie precizat faptul că ritmul metabolismului alcoolului etilic este specific fiecărei ființe umane, fiind influențat de particularitățile

proprii, ceea ce explică imposibilitatea unor calcule șablonate, aplicabile tuturor și cu interpretare universală!

Acțiunile alcoolului etilic asupra organismului uman sunt:

- deprimant al activității sistemului nervos;
- stimulează secreția gastrică;
- alterează ficatul (steatoză → ciroză), inima, pancreasul etc.;
- favorizează apariția cancerului tubului digestiv;
- rol energetic;
- acțiune iritantă locală.

Intoxicația acută cu alcool etilic parcurge următoarele faze:

a) alcoolemie sub 0,5 g‰ (cu limite între 0,3-0,8 g‰): *beția infraclinică*; la majoritatea indivizilor nu sunt observate efecte toxice, excepție făcând cei cu o sensibilitate crescută la alcool (beția patologică, ce apare mai ales în alcoolismul cronic);

b) alcoolemie între 0,5-1,5 g‰: *beția ușoară* sau *faza de excitație*; se caracterizează prin euforie, printr-o stare de bine general; individul devine logoreic, cu un comportament nereținut (prin dezinhibarea centrilor subcorticali), dar cu o capacitate redusă de a aprecia pericolul (acuitatea vizuală și acustică sunt scăzute) și cu un timp de reacție încetinit (promptitudinea reflexelor este diminuată); prin vasodilatație (și tahicardie) apare senzația de căldură însoțită (uneori) de transpirații;

c) alcoolemie între 1,5-2,5 g‰: *beția propriu-zisă* sau *faza medico-legală* ori *infractogenă*, considerată „anticamera delicvenței”; se caracterizează prin alterarea funcțiilor intelectuale (discernământul, memoria, atenția etc.), ideile devin confuze, logoreea este înlocuită de bâlbâială (dizartrie), iar autocontrolul este suprimat, cu eliberarea instinctelor, a pasiunilor – individul trece brusc de la veselie excesivă la furie; tulburările de percepție (halucinații, iluzii) induc, la unii subiecți, comiterea unor acte antisociale: omor, tâlhărie, viol etc.; mersul este caracteristic (mers titubant), căderile sunt frecvente (cu producerea unor leziuni traumatice care pot determina decesul), apare sughițul și starea de vomă (uneori și asfixie mecanică prin aspirat gastric);

d) alcoolemia peste 2,5 g‰: *beția gravă* sau *faza comatoasă*, caracterizată prin: somn profund, flacciditate musculară, lipsa reflecti-

vității, hipotermie, midriază, uneori tulburări respiratorii și cardiace; la copii, prin hipoglicemia indusă de alcool, pot apărea convulsii.

Coma alcoolică durează aproximativ 8-12 ore, după care individul, de regulă, se trezește; pentru o perioadă oarecare de timp persistă o stare generală de slăbiciune cu cefalee, halenă fetidă etc. (starea de mahmureală – care cedează la o nouă ingestie de alcool!), cu amnezie totală sau parțială a evenimentelor petrecute în faza de beție propriu-zisă.

În unele cazuri, când cantitatea de alcool etilic ingerată a fost însemnată, starea de comă poate fi urmată, la o alcoolemie mai mare de 4 g‰, de *moarte*.

Decesul se poate produce prin;

- inhibiția centrilor nervoși de la nivelul trunchiului cerebral;
- decompensarea funcției cardio-vasculare;
- pancreatită acută hemoragică;
- asfixie mecanică prin aspirat gastric (după vărsătură);
- refrigerație, la cei căzuți în zăpadă sau abandonați în frig.

16. COMPORTAMENTUL DUPLICITAR

Comportamentul reprezintă ansamblul reacțiilor de răspuns ale ființei umane la un anumit stimul din mediu, în funcție de particularitățile personalității individului respectiv.

Schematic putem dicotomiza comportamentul duplicitar în:

- simulare: latura inventiv-positivă;
- disimulare: latura inventiv-negativă.

16.1. Simularea

În această „lume teatralizată de minciună” (Barrois, citat de Gorgos) simularea ar putea fi definită ca o *manifestare comportamentală a conduitei duplicitare, ce constă în încercarea conștientă și premeditată de a provoca, imita sau exagera unele tulburări morbide sau boli psihice/somatice, în scopul de a obține diferite avantaje materiale sau morale ori pentru a se sustrage de la anumite obligații sociale sau de la executarea pedepsei.*

Așa cum rezultă și din definiție, simulantul – fără a fi bolnav psihic – își modifică, în mod intenționat, comportamentul, pentru a fi considerat bolnav de către colectivitate.

Simularea, denumită și *pantomimie* (Dieulafoy), se poate prezenta sub următoarele forme:

(1) **simulare creatoare**, caracterizată prin faptul că subiectul își provoacă:

– o boală; alegerea unei anumite afecțiuni (cele mai frecvente sunt bolile psihice, având în vedere că psihiatria este considerată „o țară a tuturor posibilităților”) ține cont de:

- informațiile pe carele posedă subiectul despre acea boală;
- reprezentările și credințele proprii atât față de boala respectivă, cât și față de informațiile deținute;

• aptitudinile subiectului de a „juca” rolul ales, de a putea susține în mod credibil patologia pe care o acuză, în fața personalului de specialitate și a cunoscuților (preluat după Barrois, citat de Gorgos);

– (*auto*)*mutilarea*; această formă a simulării creative poate îmbrăca fie aspectul brutal al automutilării nemascate – când individul nu vrea să-și ascundă gestul și, prin urmare, de cele mai multe ori îl efectuează în locuri publice –, fie aspectul ascuns, când automutilarea se realizează sub forma unui accident; și într-un caz și în celălalt leziunile traumatice au gravitate diferită, culminând cu sinuciderea.

(2) *simulare exagerare*, la rândul său cu două forme de manifestare:

a) *simulare amplificatoare*, în care subiectul își prezintă mult mai amplu patologia pe care o are în realitate (durerile sunt mult mai intense, tulburările de vedere mai accentuate etc.);

b) *suprasimularea*, în care persoana respectivă, pe lângă faptul că accentuează, în mod deliberat, patologia reală existentă, adaugă simptome noi (spre exemplu, dacă în realitate suferă de o diminuare a vederii, afirmă că nu mai vede și nici nu mai aude). Deoarece, de cele mai multe ori, cunoștințele despre o anumită boală sunt obținute de la personalul medical (prin „contaminare”), suprasimularea se mai numește și *simulare iatrotreptică*.

(3) *simulare perseverare* sau *metasimulare* (simularea fixatoare) al cărei element distinctiv constă în faptul că subiectul – după ce s-a vindecat (examinările medicale și investigațiile de laborator confirmând acest lucru) – continuă să acuze aceleași simptome pe care le avea atunci când era bolnav; negarea, neacceptarea vindecării este cu atât mai vehementă cu cât patologia a fost consecința unei agresiuni, a unui accident (de trafic rutier, de muncă etc.), așadar după orice eveniment în urma căruia victima poate beneficia de despăgubiri; negarea este practic inexistentă atunci când victima însăși este responsabilă de afecțiunea respectivă.

Comportamentul simulant se poate exprima prin:

a) minciună (simulare verbală sau anamnestică);

b) mimică sau pantomimică (forme de comunicare nonverbală a stării psihice);

c) leziuni:

– traumatice ce se caracterizează prin:

- sunt dispuse, de regulă, în regiuni accesibile propriei mâini;
 - în general, nu sunt periculoase pentru viața subiectului;
 - localizarea lor concordă cu scopul urmărit (spre exemplu, în cazul simulării unui viol, falsa victimă va prezenta leziuni traumatice – excoriații, echimoze – la nivelul coapselor și/sau sânilor);
 - de cele mai multe ori se însoțesc de leziuni traumatice de „ezitare” (de „încercare” sau de „tatonare”; „lovitura martor”);
 - patologice prin care se încearcă imitarea unei boli.
- d) trucaje (în accepțiune juridică – falsificare) ale unor documente medicale: adeverințe medicale care certifică o patologie inexistentă, foi de observație (din spital) din care rezultă o evoluție (posttraumatică, spre exemplu) mult mai gravă decât ar fi fost de așteptat, radiografii (trucajul tuberculozei pulmonare prin pilitură de fier), ecografii ce aparțin altor persoane etc.

16.2. Disimularea

Cea de-a doua ipostază a conduitei duplicitare trebuie înțeleasă ca *o manifestare comportamentală ce constă în încercarea conștientă și premeditată de a ascunde unele tulburări morbide sau boli, în scopul de a obține diferite avantaje materiale sau morale sau pentru a se sustrage de la anumite obligații sociale ori de la executarea pedepsei.*

În timp ce în simulare subiectul caută să convingă anturajul că este suferind, în disimulare el încearcă contrariul și anume să simuleze normalitatea; așadar, individul suferă de o anumită afecțiune, dar pe care nu vrea să o facă cunoscută. Uneori, se poate ajunge la așa-numita disimulare întârziată sau simularea simulației, când cel în cauză susține că, de fapt, atunci când a fost declarat bolnav era sănătos, dar a păcălit medicii simulând boala („am făcut pe nebunul”).

Reiterăm că și în disimulare subiectul este conștient de implicațiile gestului său, urmărind sau numai acceptând producerea efectului benefic pentru el (disimulare în scop personal) sau pentru anturajul intim (disimulare de necesitate).

Se exclude din categoria disimulării cu conotații juridice disimularea profesională: a actorului (care exprimă, prin rolul interpretat, alte stări, sentimente decât propriile trăiri), a medicului (care afirmă față de pacient că încă nu cunoaște diagnosticul, că mai trebuie să efectueze analize etc., pentru a-l proteja de aflarea patologiei grave de care acesta suferă) etc.

17. EXPERTIZA MEDICO-LEGALĂ PSIHICĂ

Expertiza medico-legală psihiatrică reprezintă o activitate tehnico-științifică specifică instituției medico-legale ce constă în evaluarea stării psihice pentru a putea oferi justiției un mijloc de probă obiectiv, referitor la discernământul persoanei examinate, în vederea stabilirii responsabilității juridice a acesteia.

Responsabilitatea juridică (penală, civilă, administrativă etc.) una din formele responsabilității sociale (alături de responsabilitatea morală, politică, ecumenică etc.) definește capacitatea unei persoane de a-și asuma în totalitate obligațiile ce-i revin, în urma săvârșirii unui act sau fapt ilicit, prin care se încalcă normele dreptului obiectiv-positiv și în consecință de a putea fi supusă sancțiunii juridice pentru acțiunile sau inacțiunile sale prohibite, asupra cărora a putut decide în mod liber, având reprezentarea consecințelor sociale ale acestora; rezumativ responsabilitatea juridică semnifică posibilitatea de a aplica o sancțiune juridică, pronunțată de un magistrat (complet de judecată) ca reprezentant al societății, pentru conduita ilicită a unei persoane.

Discernământul (factorul intelectual) reprezintă o funcție a capacității psihice și semnifică aptitudinea unei persoane de a înțelege și aprecia critic conținutul și consecințele social-negative ale actelor sau faptelor sale, deci de a putea distinge între bine și rău, la un moment dat și raportat strict la o acțiune sau inacțiune prohibită de lege (prin care sunt aduse altor persoane prejudicii de natură patrimonială sau personal-nepatrimonială, psihice sau fizice), fiind o sinteză între personalitate și conștiință ce se realizează, reiterăm, la un anumit moment, cum ar fi, spre exemplu, în momentul săvârșirii unei fapte penale (ex.: omor, delapidare, înșelăciune etc.) sau al exercitării unui drept subiectiv (ex.: întocmirea unui act de dispoziție – testament, contract de vânzare-cumpărare etc.).

Din definițiile menționate se poate deduce că **responsabilitatea** (termen juridic) nu este sinonimă cu **discernământul** (termen psihiatric); astfel, în timp ce responsabilitatea este o stare de drept, o calitate

juridică generală a persoanelor, fiind prezumată (iresponsabilitatea trebuie demonstrată), discernământul este o stare de fapt, o calitate individuală care poate exista sau nu, la un moment dat, în funcție de patologia psihică cronică sau tranzitorie cu evoluție diferită și simptome de intensitate deosebită (schizofrenie, paranoia, intoxicații acute, stări crepusculare etc.) și, în consecință, trebuie să se demonstreze că a existat la momentul respectiv (al comiterii faptei, al întocmirii unui act juridic etc.). Între responsabilitate și discernământ (dacă există și actul sau faptul ilicit cauzator de prejudiciu) se poate stabili relația:

$$\mathbf{R = D + Vp}$$

(unde R = responsabilitate, D = discernământ, iar Vp = voință proprie) care semnifică faptul că, pentru a putea răspunde din punct de vedere juridic pentru actele sau faptele sale, pe care le-a săvârșit provocând un prejudiciu, pe lângă discernământ (ca funcție a capacității psihice), o persoană trebuie să fi putut acționa cu voință proprie, neinfluențată, să fi avut libertatea de acțiune.

Expertiza medico-legală psihiatrică are următoarele particularități:

1. este o activitate specifică instituției medico-legale, efectuată de o comisie specială alcătuită din:

- un medic legist (președintele comisiei, care coordonează activitatea întregii comisii),
- doi medici de specialitate, ambii psihiatri (în cazul în care este examinat un minor, unul dintre cei doi psihiatri poate fi specializat în neuropsihiatrie infantilă).

Comisia medico-legală, astfel constituită, poate realiza examinarea persoanelor respective (atât în mod direct, cât și prin analiza documentelor medicale) la:

- sediul instituției medico-legale (aceasta constituie regula);
- în spitale ce aparțin rețelei sanitare a Ministerului Sănătății, în cazul bolnavilor internați fie într-o secție de psihiatrie, pentru bolnavii cronici la care transportul și examinarea în cadrul instituției medico-legale nu se poate face în condiții de securitate, fie în oricare altă secție (cardiologie, neurologie etc.) pentru pacienții netransportabili, cu o patologie gravă ori potențial letală;

– în secțiile de psihiatrie ale spitalelor penitenciare ce aparțin rețelei sanitare a Administrației Naționale a Penitenciarelor, în situația persoanelor deținute;

2. se poate efectua la solicitarea:

– organelor competente de urmărire penală sau a instanțelor de judecată, printr-un document oficial (ordonanță, rezoluție motivată, încheiere de ședință); în această situație este obligatorie și trimiterea dosarului complet al cauzei;

– persoanei ori reprezentanților legali ai acesteia, dar numai pentru stabilirea capacității psihice (discernământ) în vederea exercitării unui drept subiectiv prin întocmirea unui act de dispoziție (testament, act de vânzare-cumpărare etc.);

3. expertiza medico-legală psihiatrică se realizează cu respectarea principiului competenței teritoriale.

4. expertiza medico-legală psihiatrică se poate solicita numai pentru o singură speță (faptă penală, act de dispoziție, punere sub interdicție) deoarece, așa cum am precizat, discernământul, ca stare de fapt, trebuie demonstrat că a existat la un moment dat; pentru o altă faptă sau pentru un alt act de dispoziție se va solicita efectuarea unei alte expertize medico-legale psihiatrice.

Obiectivele generale ale unei expertize medico-legale psihiatrice sunt:

1. să se stabilească discernământul persoanei examinate în momentul săvârșirii faptei (ce presupune evidențierea unei boli psihice și a capacității psihice) în vederea determinării responsabilității juridice de factorii în drept;

2. să se stabilească capacitatea psihică la momentul examinării și, în consecință dacă persoana respectivă își poate susține propriile interese și, implicit, dacă poate participa la desfășurarea procesului penal;

3. să se aprecieze pericolozitatea socială (posibilitatea ca persoana respectivă să mai comită acte sau fapte prohibite de lege datorită bolii psihice) în funcție de eventuala patologie psihică decelată, raportată la gravitatea faptei comise;

4. să se decidă asupra oportunității instituirii măsurilor de siguranță cu caracter medical prevăzute de C.pen. (obligarea la tratament medical – art. 113 sau internarea medicală – art. 114);

5. să se facă recomandări medicale de tip profilactic și preventiv.

Discernământul unei persoane, la un moment dat (stabilit, așa cum am precizat, în urma efectuării expertizei medico-legale psihiatrice), poate fi:

– *păstrat* – echivalează cu responsabilitatea, deci persoana respectivă are capacitatea psihică de apreciere;

– *scăzut* – echivalează cu responsabilitatea atenuată sau limitată ori semiresponsabilitatea, individul având capacitatea psihică de apreciere diminuată;

– *absent* (abolit) echivalează cu iresponsabilitatea.

18. PRUNCUCIDEREA

Pruncuciderea, în accepție medico-legală, poate fi definită ca fiind: „*o formă atenuată de omor ce constă în uciderea imediat după naștere a copilului nou-născut, de către mama sa naturală (care l-a născut – conform accepțiunii juridice) care se află într-o stare de tulburare psihică pricinuită de naștere.*”

Pentru ca fapta prin care a fost suprimată viața nou-născutului să poată fi încadrată în conformitate cu prevederile *Codului penal* trebuie îndeplinite următoarele condiții:

1. subiectul pasiv și imediat trebuie să fie copilul nou-născut viu (în cazul acestei infracțiuni subiectul general și mediat este societatea care este lezată prin dispariția unuia din membrii săi); obiectul material al infracțiunii de pruncucidere îl constituie corpul viu al copilului nou-născut, asupra căruia se exercită activitatea de ucidere.

Nu are nicio importanță faptul că nou-născutul:

- prezenta sau nu malformații congenitale;
- era sănătos somato-psihic, îndeplinind criteriile de viabilitate sau, din contră, era neviabil, neputând supraviețui în mediul extrauterin;
- provenea dintr-o sarcină gemelară;
- era primul sau al „n^o”-lea copil;
- era dorit sau nu de mamă (de părinți).

Dacă copilul a fost născut mort, fapta nu poate fi încadrată în categoria infracțiunilor contra persoanei, neexistând obiectul juridic special.

2. uciderea copilului nou-născut să se realizeze imediat după nașterea acestuia. Dat fiind înțelesul diferit al sintagmei „nou-născut”, se impun câteva precizări:

– din punct de vedere juridic, prin acest termen se înțelege copilul abia născut, deci în perioada de timp imediat următoare nașterii, în care se păstrează semnele nașterii recente (1-2, cel mult 3 zile);

– din punct de vedere medical, prin „nou-născut” se înțelege prima perioadă de existență a copilului în mediul extern (extrauterin), ce se întinde pe durata a 28 de zile.

3. subiectul activ nemijlocit și calificat este mama naturală a copilului.

De asemenea, trebuie precizat faptul că nicio altă calitate a mamei nu are relevanță pentru infracțiunea de pruncucidere (de exemplu, dacă mama era sau nu căsătorită, dacă avea loc de muncă sau alte surse de subzistență, dacă era infirmă etc.).

4. mama naturală a nou-născutului să prezinte o tulburare psihică care să poată fi legată de actul nașterii: dacă acea tulburare nu este pricinuită de naștere, fapta mamei va constitui una din formele infracțiunii de omor.

Pruncuciderea este o infracțiune materială care se realizează printr-o activitate de ucidere în timpul expulziei sau imediat după nașterea copilului, fără a avea importanță dacă nou-născutul s-a detașat complet sau nu de corpul mamei, respectiv dacă s-a secționat cordonul ombilical sau dacă placenta a fost expulzată. Cerința legii penale este îndeplinită numai dacă activitatea de ucidere este urmată de moartea copilului (tentativa nu este pedepsită); deoarece legea nu specifică momentul decesului copilului, nu are nicio relevanță faptul că acesta s-a produs imediat sau după un interval de timp oarecare după naștere (uneori zile), atâta timp cât între activitatea de ucidere exercitată de mamă și decesul nou-născutului se poate stabili o legătură de cauzalitate.

Activitatea de ucidere a nou-născutului se poate înfăptui prin:

– *comisiune* sau *acțiune*, denumită și *pruncucidere activă*; cele mai frecvente modalități de suprimare a vieții copilului după naștere sunt reprezentate de: asfixii mecanice – sufocare, sugrumare, înecare, aruncarea în latrine etc., – traumatisme cranio-cerebrale prin lovirea capului cu sau de corpuri dure, plăgi înțepate (prin gură) sau tăiate (secțiunea arterelor carotide) etc.; în timpul nașterii, moartea violentă a copilului poate fi indusă prin comprimarea capului între coapsele mamei, secționarea gâtului după degajarea corpului etc.;

– *omisiune* sau *inacțiune*, denumită și *pruncucidere pasivă*; presupune neacordarea îngrijirilor strict necesare după naștere: lipsa alimentației, expunerea la frig etc. (se întâmplă, mai ales, în cazul

nașterilor neasistate, ce au loc în alte condiții decât cele specifice sectorului sanitar).

Din punct de vedere juridic, se consideră că pruncuciderea se săvârșește cu intenție (directă sau indirectă); fiind determinată de starea de tulburare psihică indusă de naștere, intenția nu poate fi decât spontană-instantanee.

După efectuarea autopsiei medicul legist va redacta raportul de autopsie, în concluziile căruia trebuie să precizeze:

- vârsta copilului;
- dacă a fost născut viu;
- dacă a respirat;
- perioada de supraviețuire extrauterină;
- dacă a primit îngrijiri postnatale;
- felul morții;
- cauza morții;
- leziunile traumatice constatate;
- legătura de cauzalitate dintre leziunile traumatice și deces;
- grupa de sânge sau alte determinări de laborator care să permită identificarea mamei.

BIBLIOGRAFIE

1. Beleiu Gh., *Drept civil român*, Editura Universul Juridic, București, 2003, ediția a VII-a revăzută și adăugită de M. Nicolae și P. Trușcă.
2. Beliș V., *Medicină legală – curs pentru facultățile de drept*, Editura Juridică, București, 2001.
3. Beliș V., *Tratat de medicină legală*, vol. I, II, Editura Medicală, București, 1995.
4. Beliș V., *Îndreptar de practică medico-legală*, Editura Medicală, București, 1990.
5. Beliș V., Naneș C., *Traumatologie mecanică în practica medico-legală și judiciară*, Editura Academiei RSR București, 1985.
6. Bercheșan V., *Metodologia investigării criminalistice a omorului*, Editura Paralela 45, Pitești, 1998.
7. Boroș Al., Ungurea S. Georgeta, N. Jidoviu, *Drept procesual penal*, ediția a II-a, Editura All Beck, București, 2002.
8. Alexandru Boroș, Gheorghe Nistoreanu, *Drept penal – partea specială*, Editura All Beck, București, 2003.
9. Boroș Alexandru, Nistoreanu Gheorghe, *Drept penal – partea generală*, Editura All Beck, București, 2004.
10. Boroș Alexandru, Nistoreanu Gheorghe, *Drept penal – partea specială*, Editura All Beck, București, 2005.
11. Dermengiu D., *Medicină legală, note de curs – litografie*, 1999, U.M.F., „Carol Davila”.
12. Dermengiu D., Curcă C., *Lucrări practice de medicină legală*, Editura Tehnoplast Company S.R.L., București, 2001.
13. Dragomirescu V. T., *Tratat de Medicină Legală Odonto-stomatologică*, Editura All, București, 1996.
14. Dragomirescu V. T., *Problematică și metodologie medico-legală*, Editura Medicală, București, 1980.
15. Dragomirescu V. T., *Determinism și reactivitate umană*, Editura Științifică, București, 1990.
16. Dragomirescu V. T., *Psihosociologia comportamentului deviant*, Editura Științifică și George L., *Morfopatologie*, Editura Didactică și Pedagogică, București, 1971.
17. Diaconescu Gh., *Infracțiunile în codul penal român*, Editura Oscar Print, 1997.

18. Dobrescu I., *Infrațiunile contra vieții persoanei*, Editura Academiei, București, 1987.
19. Dongoroz V., Siegfried Kahane, Oancea I., Fodor I., Iliescu Nicoleta, Bulai C., Stănoiu Rodica, Roșca V., *Explicații teoretice ale Codului penal român*, Editura Academiei RSR, București, 1971.
20. Iftenie V., *Traumatologie medico-legală buco-maxilo-facială – repere orientative de interpretare în traumatismele nemortale*, Editura Fundației România de Mâine, București, 2000.
21. Iftenie V., *Medicină legală pentru facultățile de drept*, Editura Științelor medicale, Trustul București, 2004 și ediția 2006.
22. Iftenie V., Boroi Al., *Infrațiunile de lovire și vătămare a integrității corporale sau a sănătății*, Editura Juridică, București, 2002.
23. Iftenie Valentin, *Interferența Medicina legală – Criminalistică*, Editura ERA, București, 2006.
24. Kernbach Mihail, *Medicină judiciară*, Editura Medicală, București, 1953.
25. Ion Mircea, *Criminalistică*, Editura Lumina Lex, 1999.
26. Loghin O., Toader T., *Drept Penal Român – partea specială*, Editura Șansa SRL, București, 1997.
27. Loghin O., Filipaș D., *Drept penal român – partea specială*, Editura Șansa SRL, București, 1992.
28. Minovici Mina, *Tratat complet de medicină legală*, Editura Socec, București, 1928.
29. Minovici Nicolae, *Manual tehnic de medicină legală*, Editura Atelierele grafice I. V. Socec, București, 1904.
30. Minovici Nicolae, *Studiu asupra spânzurării*, Editura Atelierele grafice I.V. Socec, București, 1904.
31. Mitrofan N., Zdrengea V., Butoi T., *Psihologie judiciară*, Casa de editură și presă „Șansa SRL”, București, 1992.
32. Moraru I. și colab., *Medicină legală*, Editura Medicală, București, 1967.
33. Nistoreanu Gh., Boroi Al., Molnar I., Dobrinioiu V., Pascu I., Lazăr V., *Drept penal – partea specială*, Editura Europa Nova, București, 1997.
34. Nistoreanu Gh., Apetrei M., Paraschiv Carmen S., Nae Laurențiu, Dumitru Anca L., *Drept procesual penal*, Editura Europa Nova, București, 1996.
35. Nistoreanu Gh., Boroi Al., *Drept penal – partea specială*, Editura All Beck, București, 2002.
36. Panaitescu V., *Metode de investigație în practica medico-legală*, Editura Litera, București, 1984.

37. Pinteș Al., *Începerea, efectuarea și terminarea urmăririi penale*, Editura Lumina Lex, București, 2005.
38. Scripcaru Gh., Terbanca, *Patologie medico-legală*, Editura Didactică și Pedagogică, București, 1983.
39. Stancu E., *Criminalistică*, Editura Didactică și Pedagogică, 1994.
40. Stătescu C., Bârsan C., *Drept civil*, Editura All Beck, București, 2002.
41. Suciș Emil, *Criminalistică*, Editura Didactică și Pedagogică, București, 1972.
42. Ștefănescu P., Cârjan L., *Știință versus crimă*, Editura Curtea Veche, București, 2001.
43. Ungurean S., *Medicină legală*, Editura „Știința”, Chișinău, 1993.
44. *Codul Penal*.
45. *Codul de Procedură Penal. Codul penal comentat și adnotat*.
46. Derdișan Emil, *Dicționar de termeni juridici*, ediție revăzută și adăugită, Editura Proteus, 2005.
47. Academia Română, Institutul de Lingvistică „Iorgu Iordan”, DEX, *Dicționarul explicativ al limbii române*, ediția a II-a, Editura Univers Enciclopedic, 1998.
48. *Dicționar Medical*, vol. I-II, Editura Medicală, București, 1969.
49. Larousse, *Dicționar de psihanaliză, Semnificații, concepte, mateme*, sub direcția lui Roland Chemama, traducere, avanprefață și completări privind psihanaliza în România de dr. Leonard Gavrilu, Editura Univers Enciclopedic, București, 1997 (Larousse, 1995).
50. Gorgos C., *Dicționar enciclopedic de psihiatrie*, Editura Medicală, București, 1987.
51. Șchiopu Ursula (coord.), *Dicționar de psihologie*, Editura Babel, București, 1997.
52. Neveanu Popescu Paul (coord.), *Dicționar de psihologie*, Editura Albatros, București, 1978.

