

خطاهای شایع در آسیب‌شناسی جنایی اطفال

گروه مترجمین دفتر مجله

برگرفته از مقاله

Common Errors in Forensic Pediatric Pathology

American Journal of Forensic and Pathology 19(4): 317-320, 1998.

خلاصه

کالبدگشایی‌های پزشکی قانونی در گروه سنی اطفال به کرات صورت می‌گیرد. علی‌رغم زحمات پروفیسور آلن مورتیز در سالهای گذشته که اشتباهات تشریح در موارد جنایی در بزرگسالان را توصیف نمود، تاکنون بحث مشابهی در مورد کودکان و اطفال صورت نگرفته است. در این بررسی به ۱۰ گروه از خطاهای عملی و بالقوه شایع اشاره شده است که بعضی از آنها مشابه مواردی است که توسط مورتیز اعلام گردیده است. اندازه کوچکتر اطفال در کنار رشد و نمو ویژه و خاصشان، مشکلاتی جدای از مسائل موجود در کالبدگشایی بزرگسالان ایجاد می‌نماید و زمینه‌ای برای ایجاد اشتباه در مشاهده و تفسیر اطلاعات فراهم می‌آورد. ثبت کامل کلیه یافته‌ها، جمع‌آوری و نگهداری دقیق شواهد و قابل دسترس بودن منابع و مواد لازم (نظیر اطلاعات مربوط به صحنه جرم، سوابق کامل پزشکی، کلیه نمونه‌های میکروسکوپی، تحلیلهای کامل آزمایشگاهی خصوصاً سم‌شناسی) به اصلاح و حذف خطاهای موجود در انجام مأموریت و از قلم افتادن اطلاعات شواهد کمک می‌کند.

کلمات کلیدی: خطاها - آسیب‌شناسی جنایی اطفال - اطفال و کودکان - کالبدگشایی اطفال - تشخیص اشتباه - تفسیر اشتباه

عوامل اضافی نیز در نظر گرفته شوند؛ شکل و اندازه کوچکتر کودکان موجب تفاوت خیلی از یافته‌ها نظیر تغییرات ایجاد شده در فاصله پس از مرگ، با بزرگسالان می‌شود. نقطه‌نظرات تعیین کننده محدودی به عنوان اصول پایه کالبدگشایی وجود دارند (نظیر نوزاد مرده به دنیا آمده در مقابل نوزاد زنده متولد شده، تحلیل‌های نمودار رشد و نمو مناسب) و تفسیرهای جنایی خاص در این شرایط نقش اصلی در تشخیص پزشکی و امر قضاوت در امور جنایی را به عهده دارد.

بحث

جهت ایجاد یک چارچوب کاری و یک قالب و روش معین بررسی، ۱۰ گروه از خطاهای شایع، فهرست وار انتخاب گردیده‌اند که هر یک گزارشی مستدل، واضح و همراه با احتیاط برای آسیب‌شناس و محقق فراهم می‌آورند تا آنها بتوانند با هوشیاری و دقت کامل عمل نمایند.

۱- عدم بازرسی یا بازرسی ناکامل صحنه جنایت:

یک بازرسی دقیق صحنه جنایت نیازمند بررسی بستر مرگ می‌باشد که بررسی بالشها، ملحفه‌ها و کلیه اسباب و ابزاری که

پروفیسور آلن مورتیز اثر خود را که در قالب افسانه‌ای حتی در زمان خودش مطرح بود، تحت عنوان «اشتباهات کلاسیک در پاتولوژی جنایی» در سی و پنجمین جلسه انجمن آسیب‌شناسان بالینی آمریکا در ماه اکتبر سال ۱۹۵۶ ارائه داد (۱).

امروزه پس از گذشت بیش از ۴۰ سال مباحث وی با همان عمق و تأثیر گذشته، محدود به معاینات پس از مرگ پزشکی قانونی در بزرگسالان می‌باشد. از آنجائیکه به جز مطالب ارائه شده توسط Ophoven تحت عنوان «چاله‌های تشخیصی در آسیب‌شناسی جنایی اطفال»، هیچگونه تألیفی در زمینه چنین اشتباهاتی در مورد کودکان وجود ندارد، منطقی و مناسب به نظر می‌رسید که تعدادی از خطاهای عملی و بالقوه‌ای که من (مؤلف) با آنها سروکار داشتم و یا در جریان مرور سایر موارد و گزارشات موجود در متون با آنها برخورد کردم، مکتوب گردد.

گروه‌های متعددی از اشتباهات شامل: بررسیهای صحنه جنایت، عکس‌برداری و بررسیهای آزمایشگاهی، بصورت مفصل در اثر باارزش مورتیز ارائه گردیده است (۱). اگر چه در مورد اطفال باید یکسری

۲- عدم عکسبرداری کافی و مناسب:

هنگامیکه کودک در صحنه مرگ باقی می‌ماند، وضعیت بدن وی باید کاملاً دقیق ثبت شود و به مقدار کافی مورد عکس‌برداری قرار گیرد. که البته این شرایط ندرتاً رخ می‌دهد چرا که معمولاً ارزیابی‌های مربوط به احیاء، در صحنه واقعه و در راه یا در داخل بخش اورژانس محلی، صورت گرفته است. در هر موقعیتی، کلیه جزئیات اتاق و رختخواب چه در خانه یا در مراکز مراقبت و نگهداری روزانه (مهد کودک) و چه در مواردی که کودک در صندلی اتومبیل مخصوص وی یا در تاب بازی و محل بازی و نظایر آن پیدا شود، باید ثبت شود و به عنوان مدرک و شاهد، ضمیمه گردد.

از فیلمبرداری و ویدیوئی می‌توان بصورتی کاملاً مؤثر در صحنه جنایت استفاده کرد. کلیه خراشیدگیها و خونریزیهای خفیف قربانی مشتمل بر آثار سیلی خوردگی و آثار موجود در ناحیه باسن ناشی از ضربات ترکه، که اغلب توصیف می‌شوند ولی گاه‌ا تشخيص داده نمی‌شوند، می‌بایست بطور دقیقی ثبت شوند. خونریزیهای نقطه‌ای شکل (پتشی) موجود

در آنجا وجود دارد از قبیل اسباب‌بازیها، بطریها و سایر اشیاء و وسایل داخل ورودی تختخواب را شامل می‌گردد. بازسازی وضعیت بدن با یک عروسک خصوصاً در مواردی که جسد بصورت معکوس آویزان شده است^(۱) اصولی و منطقی است. بعلاوه برداشت کلیه شواهد نظیر تختخواب، مبلمان یا نظایر آن جهت بررسی بیشتر می‌تواند صورت گیرد. بررسی محیط جنایت با اشاره خاص به درجه حرارت اتاق و منابع گرمایی ضروری است. چنانچه میسر باشد باید از چارچوبهای استاندارد شده بررسی صحنه جنایت که در حال حاضر در کلیه جوامع قابل بررسی است، استفاده نمود. شرایط و موقعیتهایی که به دلیل حضور چندین طفل یا کودک با هم و یا چند کودک با افراد بزرگسال در یک رختخواب ایجاد می‌شوند به بازسازیهای بیشتری نیاز دارند. عدم قائل شدن اهمیت کافی برای وضعیت قربانی، سایر خواهرها و برادرها و والدین و همینطور اهمیت ندانن به اوضاع رختخواب، پوشش و لباسها و سایر وسایل شخصی می‌تواند به سوءتفسیر و تشخیص نادرست، گروه‌بندی نامناسب و بدتر از همه آنها مرگ متعاقب کودک با همان مکانیسم‌ها، منجر شود.

۱- Inverted Suspension

در صورت، پلکها یا اعضای داخل قفسه سینه باید توصیف شوند و مورد عکس‌برداری قرار گیرند. در مواردی که قربانیان به مدت طولانی پس از بستری شدن در بیمارستان زنده مانده‌اند به عکسهای زمان بستری نیاز است تا خونریزیهای منقوت و سایر آسیبها بطور دقیقی ثبت گردند. در مواردی که از کل سطح خارجی بدن عکس‌برداری بعمل آید، معمولاً توصیف کلامی قربانی، ناکامل یا ناکافی خواهد بود. در صورت عدم تخصیص زمان اضافی جهت عکس‌برداری قربانیان تجاوزات کشنده اطفال امکان دارد که تغییرات و آثار ایجاد شده پس از مرگ^(۱) (مثل خونی که از بافتهای عمقی‌تر به داخل پوست روی آن نفوذ پیدا می‌کند)، منجر به حذف ضایعات مهم غیرقابل انتظار گردد.

۳- عدم ارزیابی دقیق فاصله زمانی پس از مرگ:

اندازه و شکل کوچک اطفال، مراحل استقرار جمود نعشی را شدت می‌بخشد و جسد طفل در عرض چند ساعت کاملاً سفت می‌شود. به طرز مشابهی، بدن کوچکتر کودک می‌تواند در پاسخ به محیط اطراف خود به شکل سریع‌تری، کاملاً سرد یا گرم شود. شروع جمود نعشی در موارد سوء تغذیه به دلیل کاهش حجم عضلانی، می‌تواند

به وضوح به تأخیر بیفتد.

هرگونه شکل غیرطبیعی لیویدیت^(۲) (رنگ‌پریدگی یا تغییر رنگ مایع به بنفش نعشی)، خصوصاً هنگامیکه رنگ‌پریدگی صورت که نشانگر وجود فشار است، حضور داشته باشد، باید ثبت شود. استقراف و مواد کف‌آلود اطراف دهان باید قبل از هرگونه شستشو ثبت شوند. عدم دقت کافی به تغییرات پس از مرگ رکتوم که منجر به تشخیص نادرست سوءاستفاده جنسی می‌شود متأسفانه ناشایع نیست و نهایت دقت و هوشیاری در این معاینات باید بکار گرفته شود تا تفسیر صحیحی بدست آید (۳).

۴- سوابق پزشکی ناکامل یا ناکافی

سوابق حاملگی و تولد می‌بایست از پزشکان و تشکیلات و سازمانهای بهداشتی محلی تهیه گردند. دلایل مبنی بر نوزاد نارس باید بطور دقیق ثبت شود و سوابق سلامت دوران کودکی مشتمل بر نمودارهای رشد و نمو باید مرور شوند. توقف طولانی رشد و نمو در دوره نوزادی باید گزارش شود و هرگونه سابقه دال بر وقفه ناگهانی تنفسی (آپنه) باید تهیه شود. بررسی غذاخوردن و سایر عادات قربانی در طی ۲۴ ساعت قبل از

۱- Next-day Bruising

۲- Lividity

فطاهای شایع در آسیب‌شناسی جنایی اطفال

وجود جسم خارجی). وضعیت پوست با ذکر هرگونه بثورات و سایر علائم باید ثبت گردد. ضایعات شکل‌دار^(۲) (نظیر الکتریکی، حرارتی و غیرنافذ) می‌بایست با دقت اندازه‌گیری و ثبت شوند و با نمودار و عکس توصیف شوند. قبل از کالبدگشایی، یک مطالعه کامل رادیوگرافیک باید انجام گیرد و می‌بایست با هرگونه عکس قبل از مرگ مورد مقایسه قرار گیرد. وجود اختلاف بین این عکسها نشانگر حذف سهوی پاره‌ای از اطلاعات توسط محقق است، به عنوان مثال اخیراً در یک مورد به دنبال عدم بررسی رادیوگرافیک ناحیه ورتکس جمجمه در بیمارستان، یک شکستگی خطی بدون فرورفتگی در بررسی رادیولوژیک پس از مرگ، نشان داده شد.

۶- بررسی ناکافی نسوج به هنگام انجام کالبدگشایی:

راههای هوایی فوقانی مشتمل بر غدد بزاقی، گوش میانی، اپیگلوت و لوزه‌ها می‌بایست بطور کامل از جهت وجود درجات خفیف یا واضح عفونت بررسی گردند. خونریزیهای منقوط (پتشی) موجود بر روی

مرگ، شامل اینکه آیا دارویی تجویز شده است و در این صورت چگونه مورد استفاده قرار گرفته است، حائز اهمیت است. حتی مطالعات تجربی (نظیر تغییرات ضربان قلب در خلال مکیدن شیر)، ممکن است نشانگر یک کودک با قلب ضعیف باشد و یک مکانیسم احتمالی مرگ را گوشزد نماید (۴). عدم مرور و بررسی دقیق چنین سوابقی ممکن است یک تحقیق معتدل و دقیق را به مخاطره انداخته، منجر به اشتباه در تشخیص شود.

۵- عدم مطالعه کامل قبل از کالبدگشایی:

نمودارهای مربوط به کودک در تمام موارد باید تهیه شوند و کلیه اندازه‌های بدن مشتمل بر همه مقادیر محیطها^(۱) باید دقیقاً ثبت شوند. از پوشش کودک و لوازم شخصی (نظیر بطری) باید عکس برداری به عمل آید. استفاده از Keto-Diastix (Miles Inc, Elkhart, IN, U.S.A) جهت بررسی یک کهنه (قنناق) خیس نوزاد برای پیدا کردن گلوکز و کتون‌ها، اقدام خردمندانه‌ای است. لازم است که سوراخهای متفاوت نظیر گوشها، نواحی تناسلی و باسن‌ها به عنوان جزئی از ارزیابی معمول سطح خارجی بدن، معاینه شوند. لبها، لثه‌ها و حفره دهان باید با دقت معاینه شوند (علی‌الخصوص از جهت

۱- Circumference

۲- Patterned in Juries

اعضای قفسه‌سینه می‌بایست توصیف و عکسبرداری شوند که در بعضی موارد، عدم حضورشان می‌تواند نشانگر خفه‌شدگی^(۱) باشد (۵).

در موارد مشکوک به تجاوز، مغز، طناب نخاعی، چشمها و اعضای تناسلی باید بررسی شوند و نمونه ترشحات و محتویات سوراخها و دهانه حفرات در ابتدای معاینه بطور معمول تهیه گردند. در موارد سوءتغذیه، با بررسی کامل دستگاه گوارشی باید شرایطی نظیر پیچ‌خوردگی^(۲) و در هم فرو رفتن احشاء^(۳)، سایر اختلالات مادرزادی (مثل دیورتیکول مکل^(۴)، تنگی دریچه پیلور) و بیماریهای عفونی را کنار گذاشت. ضخامت چربی جدار شکم باید اندازه‌گیری شود. محتویات معده و روده‌ها به همراه تمام مواد بدست آمده از قسمتهای مختلف روده باید دقیقاً (از نظر وزن، حجم، رنگ، بو و قوام) ثبت شوند. در هنگام توصیف غذا و تفسیر مرحله هضم، نهایت دقت باید بکار برده شود. عدم پیروی از این مراحل می‌تواند معیارهای تشخیص صحیح برای دیگرکشی از طریق گرسنگی دادن^(۵) را به مخاطره بیندازد.

شامل دستگاه گوارش، می‌بایست از لحاظ بافت‌شناسی مطالعه شوند. رنگ‌آمیزی چربی موجود در کبد منجمد یک روش غربالگری قابل قبول ولی غیرمنطقی جهت کمبودهای مادرزادی آنزیم و اسید چرب است جهت تشخیص دقیق‌تر کمبودهای مادرزادی می‌توان از طریق انجماد عمقی‌تر عضلات اسکلتی، قلب، کبد، کلیه و با نگهداری پوست در محلولهای ثابت‌کننده اقدام نمود. رنگ‌آمیزی آهن باید در مورد کلیه جراحات اعم از کهنه و جدید بکار برده شود. برخی از آسیبهای ناحیه شکم یا سایر مکانها ممکن است بدلیل ضربات مکرر در زمانهای متفاوتی بوجود آمده باشند. عدم ارسال هر یک از نسوج یا اعضا و بعضاً برشهای متعددی از آنها (مثلاً در مورد ریه) جهت یک مطالعه کامل میکروسکوپی (مشمتمل بر تعیین سن ضایعات)، ممکن است موجب غفلت مشاهده‌گر از یک یافته مهم و از دست دادن تشخیص صحیح شود. همچنین، تفسیر آلونل‌های متسع (نظیر هوا در ریه‌ها) نمی‌تواند بدون سایر اطلاعات تحقیقاتی حمایت‌کننده، به عنوان شاهدهی از زنده متولد

۷- مطالعه ناکامل میکروسکوپی:

همه نمونه‌ها، اعضا و بافتهای اصلی

۱- Suffocation

۲- Volvulus

۳- Intussusception

۴- Meckel's Diverticulum

۵- Homicidal Starvation

شدن در نظر گرفته شود.

فراموش کردن بررسی مقادیر کم سموم (مثل سیانید، منوکسید کربن) می‌تواند به تشخیص نادرست و یا حتی به یک دیگرکشی تشخیص داده نشده منجر شود.

۸- مطالعات ناکامل آزمایشگاهی:

کلیه مایعات و اعضاء شامل نمونه‌های قبل از مرگ از بیمارستان و یا بخش اورژانس می‌بایست مورد تجزیه و تحلیل کامل سم‌شناسی قرار گیرند. اطلاعات مثبت سم‌شناسی بدست آمده از والدین خصوصاً از مادر حامله، نیاز به ارائه مدرک دارد. آزمایش باکتری‌شناسی باید روی خون، مایع نخاعی، نسج ریه و در موارد لزوم محتویات روده و گوش میانی صورت گیرد. چنانچه عامل ویروسی مورد شک قرار گیرد، بافت باید منجمد شود. مایع نخاعی و یا مایع زجاجیه باید جهت بررسی شیمیایی پس از مرگ نگه‌داشته شوند، بعضی از مطالعات سم‌شناسی نیز می‌توانند با این نمونه‌ها صورت گیرند. در حال حاضر، مو، یک نمونه قابل قبول برای سم‌شناسی است و لذا باید نگه‌داشته شود. استخوان و عضله، نمونه‌های انتخابی جهت آزمایشات مربوط به DNA و سرم خون هستند. عدم تهیه نمونه‌ها در یک مقدار قابل قبول، عدم برچسب‌گذاری روی نمونه‌ها، و عدم انجماد جداگانه نمونه‌ها در ظروف تمیز، ممکن است منجر به اشتباهات بسیار جدی شود.

۹- عدم ثبت و افتراق خطاهای ایجاد شده توسط بخشهای مختلف (آرتفکت):

آسیبهای ناشی از عمل احیاء که گاهاً متعاقب مراحل احیاء قلبی-ریوی دیده می‌شوند می‌بایست با ضایعات قبل از مرگ ناشی از ضربات غیرنافذ مقایسه شوند که در مورد اخیر، واکنشهای حیاتی وجود دارند (۶). براساس تجربه ما اعمال فشار به ریه متعاقب عمل احیاء براساس تجربه ما، ندرتاً موجب ایجاد پارگی نسج همراه با خونریزی داخل فضای جنب (هموتوراکس) می‌شود. کلیه شکستگیها و جراحات نسج نرم مستبدل باید در مقابل تغییرات قابل مقایسه ناشی از عمل احیاء قرار گیرند. مطالعات بافتی-شیمیایی^(۱)، می‌توانند در تخمین زمان حدوث این چنین جراحاتی کمک نمایند. در هر شرایطی، پزشک باید مدارک و سوابق بیمارستانی و بخش اورژانس را جهت تأیید کلیه اقدامات گفته شده که منجر به

1- Histochemical

هرگونه تغییرات مشاهده شده می‌شود، مرور نماید.

عدم جستجوی کافی و یافتن یک علت مستقل ایجاد کننده مرگ (مثل میوکاردیت) ممکن است تفسیر پاتولوژیست از هرگونه ضایعات ناشی از ضربه را تیره نماید.

۱۰- اهمیت ندادن و توجه نامناسب نسبت به یافته‌ها:

آزمایش برشهای متعدد ریه (نظیر ۸-۱۲ برش) معمولاً این امکان را می‌دهد که یک سیر بیماری عفونی (مثل برونشیتولیت پنومولیت) از سایر تغییرات غیرالتهابی ریه‌ها شامل پرهوایی و روی هم خوابیدن کیسه‌های هوایی (آتلکتازی) و سایر تغییرات غیراختصاصی تمایز داده شود و یک یا دو برش محیطی تصادفی کافی نیست. تأخیر رشد^(۱) و یا عدم رشد مناسب^(۲) در مقابل سوء تغذیه و فقر غذایی، مسائل تشخیصی مشکلی هستند ولی معاینه کامل سیستم گوارشی (همانگونه که قبلاً اشاره شد) و مغز (از جهت عیوب مادرزادی احتمالی) و بررسی ضایعات قبل از تولد یا قبل از مرگ، بررسیهای آنزیمی و بیوشیمیایی، سوابق کامل بالینی به همراه جداول و نمودارهای رشد و یک شرح حال کامل معمولاً سبب خواهد شد که حالات غیرجنایی از موارد عمدی افتراق داده شود. عدم مشاهده

خونریزی نسج نرم با ایجاد برش بر روی پوست خصوصاً بر روی باسنها، پشت و انتهاها، امکان دارد مانع تشخیص سوءاستفاده از کودکان منجر شود. خونریزی خارج سخت شامه‌ای می‌تواند خطرناک و منتشر باشد، ولی چنانچه محدود باشد، ممکن است در نتیجه یک ضربه یا سقوط غیر عمدی ایجاد شده باشد و می‌تواند اشتباهاً به عنوان یک آسیب غیرتصادفی و عمدی تلقی گردد. افزایش درجه حرارت بدن ممکن است در بیماریهای عفونی خاص و به همان نسبت در شرایط آب و هوایی خاص (نظیر کودکی که در محوطه بسته یک اتومبیل رها شده است) وجود داشته باشد و لذا همیشه باید مورد شک قرار گیرد علی‌الخصوص که شواهد کمی از تغییرات حرارتی بصورت پاتولوژیک و بیمارگونه مشاهده شده است. مرگهای پس از بیهوشی^(۳) ممکن است که آشکار ساز یک کاهش آنزیم خاص که مسؤول ایجاد درجه حرارت بالای بدن است باشد. آسپیراسیون انتهایی^(۴) نباید الزاماً به عنوان یک مکانیزم مرگ تفسیر شود، چرا که عدم توانایی در ایجاد رفلکس آروغ در یک نوزاد کوچک و یا

۱- Growth Retardation

۲- Failure to Thrive

۳- Anesthesia

۴- Terminal Aspiration

رنج می‌برند. بنابراین گزارش تکمیلی کالبدگشایی و همانگونه که اغلب لازم است، گواهی یا مدارک پزشکی تخصصی در دادگاه می‌بایست تمام صحبت‌هایی باشد که یک آسیب‌شناس ارائه می‌دهد.

هنگامیکه در مورد هر یافته یا تفسیر مشکوک، تردید باقی می‌ماند باید با متخصص آسیب‌شناسی اطفال مشاوره شود و تشکیل جلسات منظم این متخصصین، یک راه ایده‌آل برای کمک به حل چنین مشکلات و تردیدهایی است.

مورتیز (۱) مقاله‌اش را با ارائه نظریه‌ای که امروزه هم به درستی همان بار اولی است که ارائه گردید، تمام می‌کند:

بحث اشتباهاتی که در مورد تفسیر شواهد اتفاق می‌افتد، بسیار زیان‌بار است و چنانچه شواهد به شکل کاملاً دقیقی جمع‌آوری و نگهداری شوند، ممکن است که تفسیر اشتباه اصلاح گردد و اگر حقایقی که برای یک تفسیر صحیح لازم است حفظ نشوند، اشتباه برگشت‌ناپذیر خواهد بود.

این نظریه محتاطانه بطور مشابه در مورد کودکان هم بکار برده می‌شود و می‌بایست با جدیت کامل در هرگونه تحقیق در مورد مرگ پزشکی - جنایی رعایت شود.

قرار دادن او بصورتی که صورتش به روی یک بالش نرم قرار گیرد می‌تواند به تنهایی حالت فوق را ایجاد نماید که ممکن است پیشنهادکننده این مطلب باشد که کودک مورد غفلت واقع شده است و لذا آسیب‌شناس یا محقق نباید فراموش کند که در این موارد تحقیق و پرس‌وجو نموده، شرح حال دقیقی فراهم آورد.

نتیجه‌گیری

پروفسور مورتیز در مقالاتش به بحث در مورد تعدادی از اشتباهات گوناگون می‌پردازد و سپس ما را به یاد یک اشتباه شایع که امروزه از اهمیت زیادی برخوردار است می‌اندازد که «خیلی زود حرف زدن و خلی زیاد صحبت کردن با کسانی که فاقد صلاحیت هستند» می‌باشد (۱). این مسأله به نسبت مساوی در جریان تحقیق مرگ کودکان زیان‌بار است، خصوصاً وقتی که تجاوز یا دیگرکشی تعدمی اتفاق افتاده است و بیش از یک عضو خانواده و یا سرایدار و خدمتکار مورد شک و ظن قرار دارند. تحقیقات اخیر و بررسی‌های متعاقب آن از یک چنین فشردگی در امر رسیدگی دقیق به مردم و آشفتگی در امر بازجویی و تهیه شرح حال

- 1 _ Moritz AR. *Classical Mistakes in forensic pathology. Am J clin Pathol* 1956; 26: 1383.
- 2 _ Ophoven J. *Forensic pathology. In Stocker JT, Dehner LP, eds. Pediatric pathology, vol 1. Philadelphia: JB Lippincott, 1992: 264.*
- 3 _ McCann J, Reay D, Seibert J, Stephens B, Witz S. *Postmortem perianal findings in children. Am J Forensic Med Pathol* 1996; 17: 286-98.
- 4 _ Sturner WQ, Lipsitt L, oh W, Barrett J, Truex R. *Abnormal heart rate response during newborn sucking behavior study: subsequent SIDS with abnormality. For Sci Int* 1980; 16:201-12.
- 5 _ Sturner WQ. *SIDS-the medical examiners viewpoint. Perspect Pediat Pathol* 1995; 19: 76-86.
- 6 _ Kaplan J, Fossum R. *Patterns of facial resuscitation injury in infancy. Am J Forensic med Pathol* 1994; 15: 187-91.

