

T.C.
İstanbul Üniversitesi
Cerrahpaşa Tıp Fakültesi
Adli Tıp Anabilim Dalı

İNFAHTİSİDİN ADLİ TIP AÇISINDAN
İNCELENMESİ


(Uzmanlık Tezi)

Dr.M.Oğuz Polat



İstanbul - 1988

T. C.
Yükseköğretim Kurulu
Dokümantasyon Merkezi



Adli Tıp Anabilim Dalında geçen uzmanlık öğrenciliği yıllarında gerek yetişmemde gerekse tezimin hazırlanışında emek ve katkıları olan değerli hocam Prof.Dr.Şemsi Gök'e en içten teşekkürlerimi sunarım.

Ayrıca tezimin hazırlanmasında yardımcı olan Doç.Dr. Özdemir Kolusayın ile Doç.Dr.Serpil Salaşın'e de teşekkür etmeyi borç bilirim.

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa</u>
GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
GENEL BİLGİLER.....	2
GEREÇ VE YÖNTEMLER.....	62
BULGULAR.....	63
OLGULARIN TAKDİMİ.....	72
TARTIŞMA.....	83
SONUÇ VE ÖZET.....	86
KAYNAKLAR.....	87

GİRİŞ VE AMAÇ

İnfantisid denen özellikle gayrimeşru çocuklara yönelik öldürme olayları Türk Ceza Kanununda ağır bir suç olmakla birlikte ailenin namus ve haysiyetini koruma amacı nedeniyle suçun işlendiği düşüncesinden hareketle bu öldürme olayına özel bir ayrıcalık tanınmıştır. Sosyal bir problem olan infantisid olayı da çocuğun canlı doğup doğmadığı ve ne tür bir yöntemle öldürüldüğünün tespiti de adli tıp bakımından oldukça önemli bir özelliktir. İnfantisid olaylarının Türk Ceza Kanununda özel bir yeri, toplumun sosyal bir problemi olması adli tıp bakımında önemli sorunlar göstermesi nedeniyle 10 yıllık bir süreçte Adli Tıp Kurumunda yapılan otopsiler taranarak bunlar arasındaki infantisid olayları ve bunların tıp ve hukuk bakımından özellikleri araştırılmıştır.

GENEL BİLGİLER

Yenidoğan canlı doğup anneden bağımsız yaşama geçen bebeğin ilk yaşam dilimini içerir. Yenidoğan dönemini yaşamın ilk 28 günü olarak kabul edenler olduğu gibi(7), bu dönemin 0-4 hafta arası olduğunu ileri süren yazarlar da vardır(29). Yenidoğan dönemini Nelson'un da belirttiği gibi yaşamın ilk ayı olarak değerlendirmenin uygun olacağı öne sürülebilir.

Ülkemizde gayrimeşru, yenidoğan, canlı bir çocuğun doğumdan sonra kanunun öngördüğü kişiler tarafından öldürülmesi infantisid olarak kabul edilirken, İngiltere'de infantisid kavramı için doğumdan sonraki bir ay içerisinde annesi tarafından gayrimeşru olsun-olmasın öldürülen yenidoğan bebek sözkonusu edilmektedir. Fransa ise infantisid terimini doğumdan sonraki ilk üç gün içerisinde gayrimeşru ya da meşru bebeğinkanunun öngördüğü kişiler tarafından öldürülmesinde kullanmaktadır.

Yenidoğan ölümleri çok sık görülen olaylardır. Bu öncelikle çok sayıda riskin bulunduğu bir ortamdan kaynaklanmaktadır. Simpson bu ölümleri şöyle sınıflamaktadır.

1- Doğal ölümler: (Prematurite, hastalık ve doğum sırasındaki olaylardankaynaklanan ölümler).

2- Doğum sırasında kazaya bağlı ölümler.

3- Doğumsırasında dikkat eksikliğine bağlı ölümler (cinayet amaçlı olmayan ölümler).

4- Ani çocuk ölümleri (Sudden Infant Death Syndrome-SIDS (Beşik ölümleri)).

5- Canlı doğup hemen ardından ölmesi (Stillbirth).

6- İnfantisid.

Ülkemizde yenidoğan ölümlerine baktığımızda oldukça yüksek bir insidansın göze çarptığı görülmektedir.

Türkiye'de nüfus araştırmaları sırasında yapılan yenidoğan ölümlerine ait istatistiksel çalışmada bu oranın ortalama olarak % 102 olduğu, kırsal kesimler için bu rakamın % 112, kentsel bölgelerde ise % 76 olarak görülmektedir(42). Halbuki İngiltere'de bu oran % 16 olarak görülmektedir.

Yenidoğan ölümleri sebeplerine bakıldığında prematürelilik-konjenital malformasyonlar izo immunizasyon (Rh uyumsuzluğu) ve hyalin membran hastalığı (Asfiktik atelektaziyle birlikte) sebeplerinin hem ülkemiz hem Amerika ve Avrupa ülkelerinde ortak sebepler olarak görülmesine karşın biz de mortalitenin bu denli yüksek olmasında infeksiyon ölümlerinin çok yüksek oranda bulunmasının etken olduğu görülmektedir(7).

Türkiye'de yapılan bir çalışmada ölüm nedenlerine göre sıralandığında infeksiyonlara göre ölümlerin % 39 oranında olduğu, bunu prematürelilik ve buna bağlı sebeplerle ölümlerin % 34.5'u oluşturduğunu konjenital malformasyonların % 14.7 ve diğerlerinin % 11.8 ile yer aldığı görülmektedir(42).

Amerika'da ise solunum yolu infeksiyonlarının % 24, post-natal asfiksinin % 18, prematürelilik ve buna bağlı olayların % 17 olduğu, konjenital malformasyonların % 14, doğum hasarlarının ise % 9 oranında bulunduğu görülmektedir(15) (Tablo A).

TABLO A
Yenidoğan Ölümleri Dağılımı

<u>TÜRKİYE</u>	<u>(%)</u>	<u>AMERİKA</u>	<u>(%)</u>
İnfeksiyon ölümleri	% 39	Solunum yolu infeksiyonları	% 24
Prematüre	% 34,5	Post-natal asfiksi	% 18
Konjenital malformasyonlar	% 14,7	Prematürelilik	% 17
Diğerleri	% 11,8	Konjenital malformasyonlar	% 14
		Doğum hasarları	% 9

Yenidoğanlarda tıbbi nedenlere bağlı ölüm olaylarının incelenmesi infantisid olayları ile bağlantısı yok gibi durmaktaysa da otopsi olaylarında bazı karışıklıklara yol açabileceğinden ölüm nedenlerinin incelenmesinde büyük yararlar bulunmaktadır.

Yenidoğanda tıbbi nedenlere bağlı ölümleri 2 ana grupta toplayan yazarlar da vardır(39). Bunlar:

- 1- Organik nedenlere bağlı olan ölümler,
- 2- Mekanik travma ve hipoksi ile meydana gelen ölümlerdir.

Ayrıca genetik anomaliler infeksiyöz hastalıklar ve metabolik defektlere bağlı ölümlerde görülen ama sıklıkla bulunmayan olaylardır.

Yenidoğan otopsisinde özellikle organik bir hasar varsa bunun kökenini, semptomlarını, ne zaman olmuş olduğunu bulabilmek geçmişe dönülemediğinden (prenatal dönemdeki olaylar ve doğum) çok zordur. Olayı iyice anlayabilmek, doğum sırasında varolan organik hasarı saptayabilmek için olayın orijini aramak, çevre ve o anda geçerli olan koşulları araştırmak ve olayın oluşundan ne kadar zaman geçmiş olduğunu saptamanın büyük yararları olacaktır. Organik hasar sonucu meydana

gelmiş bir ölümden olayların çoğu endojen kökenlidir ve biyolojik sistemin oluşumu sırasında ortaya çıkar. Endogenöz perinatal bozukluklar, maternal-plasental-fetal organizasyon sırasında internal olarak çıkan eklampsi, toksemi, uterusun strüktürel defektleri, defektli plasenta, göbek kordonuna bası ve fetal malpozisyonlar olarak sayılabilir.

Bunun dışındakiler ise exogen kökenlidir ve bunların çoğunlukla çevredeki dış güçlerin zorlaması ya da ekstrinsik ajanların, faktörlerin etkisiyle ortaya çıktığı düşünülmektedir. Exogenöz kökenlileri ise anneye fiziksel travmalar, infeksiyöz hastalıklar ve fetusu etkileyen toksik ilaç ve diğer kullanılan maddeler olarak sayabiliriz. Bunlara doğum sırasında meydana gelen bazı olayları da ekleyebiliriz.

Çevre ve o anda geçerli olan koşulların bilinmesi perinatal komplikasyonun oluşum zamanını ve gelişimi ne denli etkilediğini ve yenidoğanda varolan hasarın büyüklüğü ve öneminin korunması açısından önemlidir. Ayrıca olayın kalıcılığının ne derecede olduğunu saptayabilmek de önemlidir. İntrauterin komplikasyonların var ya da yok olmalarına bağlı olarak olayın hangi etkenle oluştuğunu anlayabilmek mümkündür.

Fetal-neonatal hasarın özellikle Merkezi Sinir Sisteminde saptanabilmesi çok zordur. Biyolojik immaturite, dismaturite, asfixi neonatarum, sepsis, oversedasyon, plasental yetmezlik, şok, göbek kordonu damarlarında tromboz, timik ölüm, fetal atelektazi organik olarak otopside belirti vermeyen ve saptanması çok zor olaylardır. O yüzden mekanik ya da hipoksik olarak merkezi sinir sistemi etkilenmiş yenidoğan için beyin hasarlı yenidoğan ya da serebral travma veya doğum travmasına maruz kalmış diyen yazarlar vardır(39). Otopside bulunan intrakranial hemoraji, anoksiye bağlı hasar, ensefalomalazi terimleri de etyolojileri belirlenemeyen, araştırmayı gerektiren bulgulardır.

Fetal-neonatal ölümlerinde en sık karşılaşılan faktör Merkezi Sinir Sistemi hasarlarıdır. Tedeschi bunları başlıca 2 bölüme ayırarak incelemektedir.

1 Mekanik hasarlar: Bunları da kendi içinde ikiye ayırarak incelemektedir. Birisi spinal kord ve beyin sapı hasarlarıdır. İkincisi ise dural-venöz laserasyona bağlı subdural hemoraji.

2- Hipoksik hasarlar: Bunlar da kendi içinde ikiye ayrılmaktadır. Birincisi prematüre infantlarda derin serebral venöz infarkt hasarlanmalarıdır. İkincisi ise miadında doğanlarda kortikal serebral venöz infarkt hasarlanmalarıdır.

Merkezi sinir sisteminde mekanik travmalar sonucu en çok spinal hasarların ve subdural hemorajilerin meydana geldiği görülmektedir. Tedeschi özellikle doğum kanalında fetusu çekerken, traksiyon sırasında spinal hasarın meydana gelmesinin sıklıkla olan ve otopsi sırasında da genellikle gözden kaçan bir olgu olduğunu söylemektedir. Yenidoğanda spinal hasar olması eskiden beri dikkati çeken bir olay olmuş ve spinal apoplexi adı altında incelenmiştir. Tedeschi bu olaya yenidoğanda yapılan otopsi çalışmaları sırasında % 10-33 arasında bir sıklıkla rastladığını belirtmektedir. Genellikle de bu olayın epidural bir kanamayla beraber görüldüğünü de kaydetmektedir. Epidural kanama tek başına öldürücü olmayıp bir travmayı göstermesi açısından önemlidir. Ancak aşırı miktarda bir kanama olduğu takdirde vital merkezlere baskı yapıp ölüme yol açabileceğini söylemek gerekir.

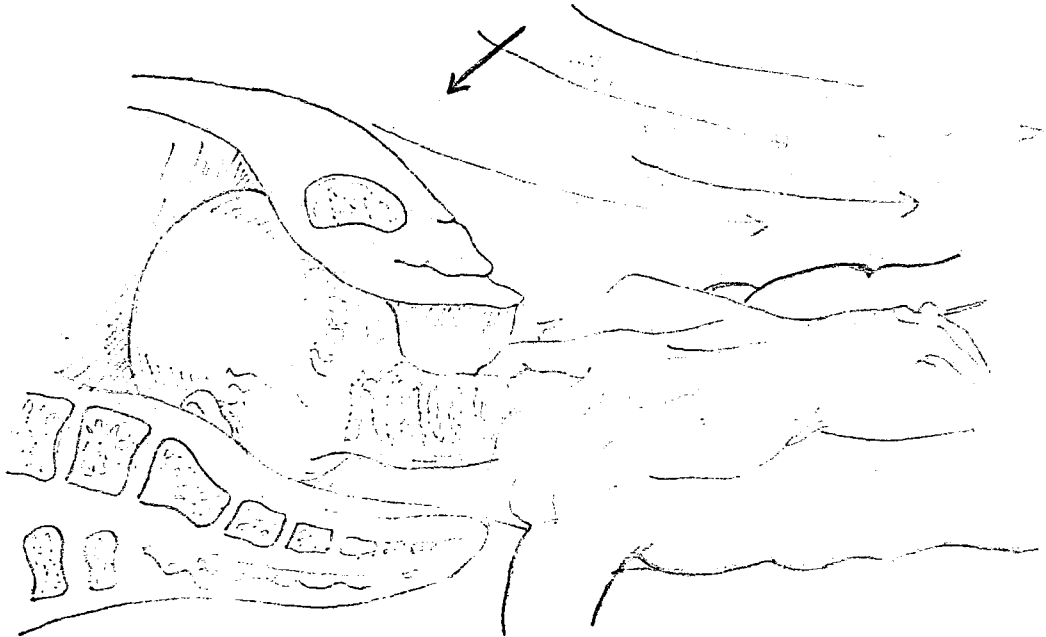
Medulla Spinalis ve beyin sapında hasar olması başlıca iki şekilde ortaya çıkar. Bunlar çekme (stretch) ve bası ile çökme (compression) dir. Medulla spinalisin çekilmesi sırasında ortaya çıkan olay beyin sapı ve medullanın aşağı çekilme sonucu foramen magnum herniasyon oluşmasıdır.

Dural-venöz laserasyona bağlı subdural kanamaları da Tedeschi 4 ana nedene bağlamaktadır. Bunlar:

- 1- Caput succedaneum (doğum tımseği)
- 2- Sefal hematom
- 3- Kafatası kırıkları
- 4- Kafatası yapısının farklılığına bağlı meydana gelen olaylar.

Caput Succedaneum: Bu doğum sırasında meydana gelebilen bir olaydır. Sefalik çıkım bۆlgesinde kafada bir şiş alanın bulunmasıyla gۆrۆlür. Kuvvetli uterus kontraksiyonlarına bağlı meydana geldiği dۆřunۆlmektedir.

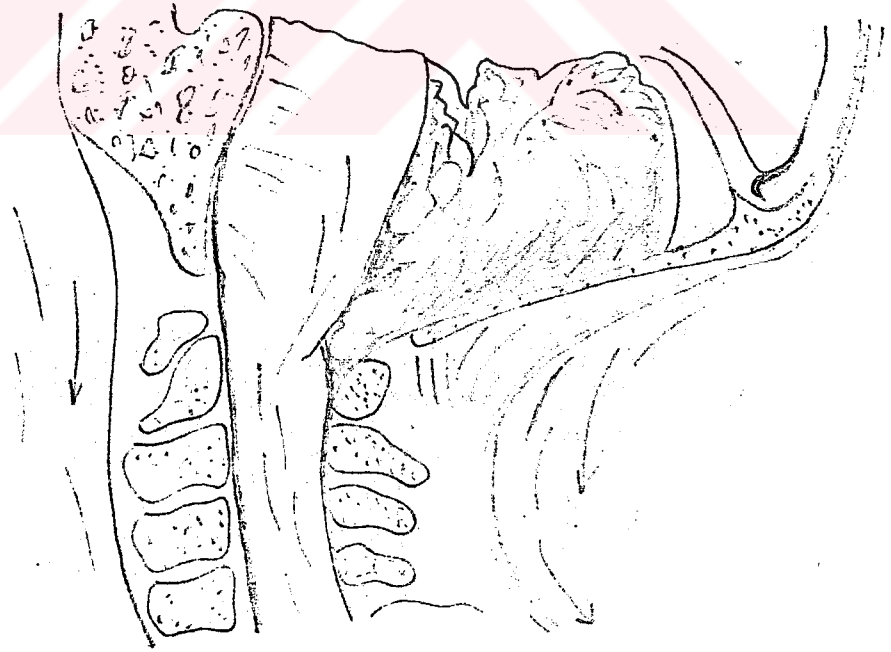
Sefal Hematom: Periost ile kemik yۆzeyi arasında kan birikmesiyle meydana gelen bir bulgudur. Mekanik bir travma sonucu g�rۆlür. Genellikle sağ parietal kemik yۆzerine lokalizedir.



Doğum sırasında çocuğun çekilerek ıkartılması



A



B

Stretch (çekilme sırasında) herniasyon oluşması

Kafatası Kırıkları: Çeşitli şekillerde meydana gelebilir. Anne karnındayken bile olan kazalarda buna rastlanabilir. Genellikle kendini çökme kırığı olarak gösterir.

Burada vurgulanması gereken bir nokta da kafatası kırığı ile meydana gelmiş bir yenidoğan ölümünün infantisid mi yoksa istem-dışı olan bir olay mı olduğunun ayırımına gidilmesidir. Çünkü Shapiro her iki olay arasında gözle görülebilen farklılıklar olduğunu söylemektedir. Infantisid olaylarında deri üstünde olayı meydana getiren aletin izi bulunabilir. Kırık oluşumu ise genellikle derin olarak deprese, çok sayıda ve düzensizdir.

Kafatasının yapısının farklılığına bağlı meydana gelen olaylar ise kemiklerin yumuşak olmasındankaynaklanır ve doğum kanalından çıkarken yanlardan yapılan basıyla meydana gelen şekil değişiklikleridir.

Yenidoğan ölümlerinde en çok lezyon kafatasında bulunur. Bu hem cinai nedenlere bağlı olaylar hem de medikal nedenlere bağlı ölümlerde geçerlidir.

Kafa travmaları doğum sırasında, doğumdan sonra kazaya bağlı ya da cinayet amacıyla meydana gelebilir. Kazaya bağlı olan olaylar genellikle doğum sırasında ya da dikkatsizlikten düşme ile meydana gelebilir. Infantisid şüphesi olan olaylarda doğum travması ve kaza olasılıklarını ortadan kaldırmak gerekir. Bu çok zordur, ancak aradaki farkların iyice aranması ve bulunarak tespiti ile bu mümkündür.

Yenidoğanda kafa travmaları Shapiro tarafından dört gruba ayrılarak incelenmiştir. Bunlar:

- 1- Kafatası hasarları,
- 2- Kafatası kırıkları,
- 3- İntrakranial hemorajiler,
- 4- Beyin hasarları.

Kafatası Hasarları: Kafatası yüzeyine dıştan muayene yapıldığında doğum sırasında genellikle yüz ve kafada external yara olmadığı görülür. Ama çok olmasa da kazaya bağlı meydana gelen olaylarda yüz ve kafada lezyon bulunma olasılığı vardır.

İnfantisid olaylarında ise yüz ve kafada çok sayıda lezyon bulunabilir. Bunlar sıyrık, hasarlar, delinme tarzında yaralar olabilir ve vücudun başka yerlerinde de görülebilir. Saçlı deri altında sıyrık olanlarının bulunması olayın doğumdan önce bir oluşan lezyon mu yoksa doğum sonrası bir olaya bağlı mı bulunduğunu ortaya çıkarmak açısından yeterli değildir. Doğum sırasında caput succedaneum gelişebilir. Ama bunu da dikkatli bir doğum sonrasında bulmak mümkün değildir.

Kafatasında Kırıklar: Doğum travmalarında kafatası kırıklarının sıklıkla görülmediği söylenmektedir. Oluştuklarında da sınırlı fissür şeklinde kırıklarla ya da deprese-çökme kırığı tarzında oluşurlar. Bunlara Shapiro "Celluloid ball" (selüloid top) görünümlü kırıklar adını vermiştir. Genellikle frontal ve parietal kemiklere etki ederler ve basali de içine alabilir. Kazaya bağlı düşmelerde ise genellikle düştüğü tarafta çatlak ve çökme kırığı şeklinde kırıklar ortaya çıkar.

İnfantisid olaylarında ise kafatası kırıkları sıklıkla görülür. Tepeden (vault) tabana (basis) kadar uzanan hatlar şeklinde bulunur. Genellikle dıştaki yüz ve kafadaki yaralar ile bağlantılı bulunur.

Intrakranial hemoraji: Doğum sırasında meydana gelebilir. Subdural kanamalar en çok görülen şeklidir (Shapiro). Hemorajinin genellikle büyük ve internal venlerin yırtılmasıyla meydana geldi düşünülmektedir. Bir başka faktör de tentorium cerebellinin yırtılmasıdır.

Beyin Hasarları: Beyin hasarları doğum travmalarında ve kazaya bağlı düşmelerde az sıklıkla görülmesine karşın infantisid olaylarında beyin hasarlarının daha sıklıkla bulunduğu görülmektedir(37).

İnfantisid olaylarında kafatası kırıkları, intrakranial hemoraji, beyinde kontüzyon ve laserasyon hepsi birlikte bulunabilir.

Shapiro cinayet kökenli olaylarda kombine kırıkların ciddi intrakranial hasarlarla birlikte bulunduğunu ve bunun patolojik bulgulara bağlı olarak diğer tip olaylardan ayırımına varmanın zor olduğunu kaydetmektedir.

Kafatasına bağlı meydana gelen olaylar dışında intrauterin dönemde yenidoğanın yaşamını etkileyebilecek bir mekanik hasar da karaciğer rüptürlerinin oluşmasıdır.

Karaciğer rüptürleri özellikle abdomene kompresyon (bası) yapıldığında yenidoğanda görülen ama tanı konamayan öldürücü bir lezyondur. Supkapsüler küçük bir kanama odağından organın bir lobunu içine alacak kadar lasere olaylara kadar çeşitli derecelerde görülebilir. Rüptür sonrasında hemoperitoneumda sıklıkla rastlanabilen bir olaydır(39).

Ölüme yol açabilecek en önemli bulgulardan birisi de hipoksi ve buna bağlı meydana gelen olaylardır. Tedeschi bunları 3 grupta toplamıştır. Bunlar mekonyum aspirasyonuna bağlı oluşan pnömoniler, pnömotorax ve hyalin membran hastalığıdır.

Mekonyum Aspirasyon Pnömonisi: Uterus içinde amniotik sıvının aspirasyonu özellikle gestasyonel dönemde ve doğum sonrasında komplikasyonlara yol açabilir. Hipoksik durumda, nefes alma zorluğu çeken fetusun amniyotik sıvıdaki mekonyumu içine çektiği düşünülmektedir. Mekonyum safra ve intestinal

elementleri içeren irritan bir sıvıdır. Hipoksi devam ettikçe çocuk nefes almakta zorlanacağından mekonyumu içine çeker. Bunun sonucunda da kimyasal yabancı madde reaksiyonlu pnömoni ortaya çıkar.

Pnomotorax: Tüm yenidoğanların % 1-2'sinde rastlanan bir olaydır(39). Bazen nefes almakta zorlanan çocuklara resusitasyon uygularken de ortaya çıkabilir. Alveollerin hiperdistansiyonu alveoler septumda delinmeye yol açabilir. Bu da pulmoner interstisiyel anfizem ve subplevral ile interlobuler bağ dokusu ve mediastinuma doğru bir genişleme ortaya çıkmasına neden olur. Dokulara doğru havanın yaptığı genişleme subkutanöz anfizem ve pnömoperikardiuma yol açar, sonuçta progressif bilateral pnömotorax meydana geldiği sıklıkla görülmektedir.

Solunum güçlüğü sendromu (Respiratuar distress syndrome) Prematüre infantlarda merkezi sinir sisteminin hasarı ile ortaya çıktığı düşünülmektedir. Merkezi sinir sistemindeki hasar santral solunum sistemini deprese eder. Santral sinir sistemi depresyonu kardiyak yetmezlik ile birlikte görülür. Periferde de sistemik venöz dolaşımın bozukluğu ve buna bağlı ödem görülür.

Ayrıca direkt olarak konumuzla ilgili olmamakla birlikte bazı yanılgılara yol açabileceğini düşünerek bir sendromdan bahsetmek istiyorum. Fetus in coma adı verilen(39) bu sendromda ana nedenin intra uterin dönemde meydana gelen hipoksi olduğu düşünülmektedir. İntrauterin hipokside fetal kalp atışlarında değişim olmadan önce beyinde hasarlanmalar ortaya çıkar. Dakikalar içerisinde meydana geldiği zannedilen bu olayın aslında uzun bir sürede, dönemler içinde olduğu görülmektedir. Annenin fetusun hareketlerini hissetmediğini söylemesi en büyük delil olarak kabul edilmelidir.

İntrauterin asfixinin plasenter solunumun plasentanın zamanından önce ayrılması veya kordon kompresyonu sonucu ke-sintiye uğramasıyla meydana geldiği düşünülmektedir. Buna bağlı olarak karbondioksit basıncı artar. Bu yüzden de solu-num merkezi aktive olarak solunum hareketleri zamanından önce başlar. Bunun sonucu olarak da amnion sıvısı aspire edilir. Suffokasyon yani tıkama-tıkanma ile meydana gelen olaylarda peristaltik hareketlerde stimüle edildiğinden dışarı atılan mekonyum da aspire edilebilir.

Ayrıca otopsi sırasında böbrek papillalarında altın sarısı renginde ürik asit enfarktüsleri bulunabilir. Bunlar şeritler halindedir. Ölü doğanlarda da bulunabildiği söylen-mekteyse de genelde extrauterin hayatın belirtisi olarak ka-bul edilirler(28).Annenin febril hastalıklarında intrauterin olarak da ortaya çıkabilirler.

Bazı hallerde ise çocuk doğum sırasında ölebilir. Ye-nidoğan ölümünü incelerken eğer çocuğun soluk almış olduğunu bulursak ve üzerinde de cebir-şiddet belirtileri yoksa doğar-ken ölmüş olabileceğini akla getirmek gerekir. Buna neden olabilecek başlıca sebepleri şöyle sıralayabiliriz:

En sık olarak oksijen eksikliğine bağlı olaylar görü-lür. Beynin harabiyete uğraması veya solunum merkezinin uya-rılması sonucu amnios sıvısı aspirasyonu ile ölümün meydana geldiği düşünülmektedir. İkinci sırada dolaşım bozuklukları bulunur. Başlıca sebepleri, kramp şeklinde doğum sancıları, kordona bası olması ve prolapsusudur.

Kramp şeklindeki doğum sancılarında sancı esnasında kan akımının durduğu düşünülmektedir. Normalde sancılar peri-yodik karakterde olmalarına karşın kramp şeklinde olan sancı-lar çok uzun süreli meydana gelir. Kordon kompresyonunda ise sıklıkla görülen bir olay kordonun çocuğun boynuna dolaşması, strangule olmasıdır. Kordon prolapsusunda olayın meydana ge-

lişi prezente olan, dışarı çıkmış olan çocuğun o bölümüyle kordona bastırmasıdır. Bu da kan akımını keseceğinden oksijen gidişini engelleyecektir. Bunlar dışında sayılabilecek dolaşım bozuklukları gerçek kordon düğümleri, placenta praevia, placentanın zamanından evvel ayrılması olaylarıdır.

İntrauterine oluşan primer bir rahatsızlık parsiyel olarak placentanın kopması, ayrılması ya da placental bozukluk fetusun hipoksik hale düşmesine ve prematüre kontraksiyonlara yol açtığı düşünülür. Buna bağlı olarak fetusta önce nöro-muskuler hareket azalır, ardından paralizi ve koma ile vital fonksiyonların kaybı ortaya çıkar. Otopside en tipik bulgu olarak hipoksiye bağlı beyinde infarktlar görülür.

Placentanın ayrılması ve doğumun beklenen süreden geç meydana geldiği durumlarda, bakıldığında spinal bir hasar, kalın bir caput succedaneum ve hipoksi belirtileri görülebilir. Otopsi sırasında da maserasyonun derecesi olayın ne zaman olmuş olabileceği hakkında da bilgi verebilir.

Bunlar dışında bazı artefaktlardan da bahsetmek gerekir. Özellikle fizyolojik bazı olayların yanılgiya yol açtığı durumlarda bunun ayırımına gitmek gerekmektedir. Görülen başlıca fizyolojik olayları şöyle sıralayabiliriz.

Yenidoğanda konjonktivada kanamaların olması. Bunun oldukça sık görülen bir olay olduğu belirtilmekte ve genellikle hipertansiyon sonucu oluşan geçici anoksilerin buna neden olduğu düşünülmektedir. Ayrıca doğumdansonra küçük kız çocuğunda genital kanamalar da görülebilir. Bunun sebebinin de placentada geçen hormonal materyallerin ve doğumda bebekte oluşturduğu hormonal bağımlılığın sürmesi olduğu iddia edilmektedir(28).

Medikal nedenli ölümsebeplerinin yanına gestasyon süresinin kısa olması yüzünden çocuğun canlılığını sürdürebile-

cek olgunluğa ermemesi yüzünden meydana gelen ölümleri de eklemek gerekir. Gelişen bir fetus kanun gözünde doğumdan sonra 28 haftalık gestasyon süresini doldurduktan sonra anneden ayrı yaşayabilecek konuma gelmiş kabul edilir. Kanun gerçeğe göre yaşam şansını oldukça yüksek tutmuştur. Çünkü İngiltere' de yapılan bir istatistiksel çalışmada 28.haftada doğan çocukların % 95'i birinci haftada yaşamlarını yitirmişlerdir(15). O yüzden doktorların 28 haftalık bir süre sonunda doğan çocukların ölümünde çok şaşırılmaları gerektiği söylenmektedir. Her ne kadar kanun bu sürede artık yaşayabilir kararı veremekteyse de çok immatüre olmasından dolayı biraz ihtimam eksikliği sonucu oluşacak ölüme şüpheli bir boyut bulunmayacaktır. Daha çok bu süreyi geçmiş matüre çocukların ölümlerinde şüphe boyutu ortaya çıkar ve bu olaylarda otopsi muhakkak yapılmalıdır.

Yenidoğan ölümlerinde görülebilen bakımsızlık sonucu meydana gelen ölümlerden de bahsetmek gerekmektedir. Buna örnek olarak yenidoğanın soğuk bir yere konulması sonucu meydana gelen ölümler gösterilebilir. Ayrıca sıklıkla görülebilen bir tipi de beslenmeme sonucu meydana gelen ölümlerdir. Kötü beslenme ile meydana gelen ölüm yenidoğanda aşağı yukarı yedi gün sonar görülür(24). Bakımsızlıktan ölüme bir örnek ise doğar doğmaz bir yere terkederek ölümün meydana geldiği durumlardır. Yalnız Simpson bu tip olaylarda bırakıldığı yerlere bakmak gerektiğini söylemektedir. Eğer ıssız bir yere bırakılırsa burada öldürme kasdı, eğer kalabalık bir yere bırakılırsa o zaman ise sadece bir terketme olarak değerlendirilmesi gerektiğini söylemektedir. Bakımsızlık ölüm olayı ile karşılaşıldığında infantisid teşhisi koymadan, öncelikle ösofagus malformasyonu ve gıda emilimi noksanlığının olmadığına saptanmasının yararlı olacağı düşünülmektedir.

Cinai amaçlı yenidoğan ölümlerinde ise başlıca şu yöntemlerin uygulandığı görülmektedir.

Ağız ve burnu tıkmak yoluyla öldürmek en çok kullanılan yöntemlerden biridir(18). Nefes almasını engellemek amacıyla çocuğun ağız ve burnunun elle kapatılması sırasında bu bölgede tırnak izleri ve ekimozlar görülebilir. Yanak mukozasında ve yağ dokusunda da ekimoz olabileceğinden buralar dikkatle muayene edilmelidir. Ağız ve burnun yastık, yorgan, ıslak tülbent gibi araçlarla kapatılması ile meydana getirilen olaylarda ekimoz ve sıyrıklar bulunmayacağından mekanik asfiksiye orijinini bulmanın çok zor olacağı görüşü ağırlık kazanmaktadır. Bu tip olaylarda görülebilecek ve bulunabilecek tek belirti ön yüzde solukluk bulunmasıdır ki bu da subjektif bir belirti olması yüzünden çok anlamlı değildir.

Boğaza yabancı cisim koymakla çocuk öldürme de görülen yöntemlerden biridir. Pamuk, kağıt, bez gibi yabancı cisimlerin çocuğun boğazına sokulması suretiyle ölümün meydana getirildiği olaylardır. Ağız içinde ve boğazda bu maddelerin bulunuşu olayın meydana gelişini açıklayan en büyük kanıtlar olarak görülmektedir(18). Yabancı madde çıkarılmışsa bunların yapmış olduğu ekimozların ve sıyrıkların bulunabileceği kabul edilmektedir. Pamuk ekimoz ve sıyrık yapmamakla beraber liflerin boğaz mukozasına yapışık kalmasıyla kolayca anlaşılabilir. Bazı yazarlar ise kişinin çocuğun boğazına koyacak yabancı bir madde bulamadığı zaman kendi parmağını sokarak öldürdüğünü söylemektedir. Ölüm çok dar olan çocuğun boğazının parmakla tıkanması sonucu havanın girmesinin engellenmesiyle asfiksi ile ölüm meydana geldiği düşünülmektedir. Çocuğun otopsisinde boğaz mukozasında, epiglotta ve farenx'de tırnak yaraları, ekimozlar, yırtıklar ve yumuşak dokuda parçalanmalar bulunabilir. Çocuğun boğazına ıslak bir tülbent sokularak ölüm meydana getirilmişse olayın oluş şeklini tespit edebilmek çok zor olduğu görüşü hakimdir. Çocukta ancak zorlu ve mekanik asfiksini belirtillerinden başka bir şey görülmez. Ayrıca farinx arka duvarında yaralanmalar oluşabilir. Uvulanın yırtılması veya kopması, frenulum linguaenin yırtılması ile ağız kenarlarında yırtılmalar görülebilir.

Batıcı bir aletle çocuğu öldürmek de sıklıkla görülen laylar arasındadır(18). Müessir fiillerde kullanılan her çeşit alet çocuk öldürmede kullanılırsa da şiş, tığ, firkete, çengelli iğne gibi aletlerin daha sıklıkla kullanıldığı görülür. Çocuğun öldürülmesi için çocuğun yalnız ince bir zardan ibaret olan büyük veya küçük fontanellelerinden birine veya her ikisine batırmak suretiyle beynin harap edilmesi yöntemi kullanılır(18). Bazen saçlı deride ufak bir iğne deliğinin kolayca görülmeşi ölümün açıklamasını zorlaştırabilir, bu yüzden bu bölgelerin dikkatli bir muayenesinin yapılmasında büyük yarar vardır.

Boğma suretiyle çocuk öldürme ise yenidoğmuş çocukların öldürülme kastıyla boyunlarının iple veya elle sıkılması suretiyle meydana gelen olgulardır(18). Bu işleme strangulasyon denir. Elle boğma olaylarında hem boynun her iki tarafında daha sıklıkla da ense bölgesinde ve saçlı deri içinde tırnaklarla meydana getirilmiş sıyrıklar, yarım ay şeklinde tırnak izleri ile ekimozlar bulunur.

Boyun derisi altında özellikle boyun yan adale gruplarında kanamalar oldukça yaygındır. Bazen boyun kemiklerinde kırıklara rastlanabilir.

Dikkat edilmesi gereken bir diğer nokta da iple boğmada boğma aracı olarak kullanılan ip ya da benzeri materyalin boyunda bıraktığı izin yenidoğanda oluşan yalancı telemden ayırımına gidilmesidir. Yalancı telem uzun süreli boyun cildinin kıvrılmasından oluşan ve baş arkaya atıldığında bir süre sonra kaybolan bir katlanma izidir. İp ne kadar ince ve keskin olursa telem o denli belirgin ve keskin bir görünümde dir. Aksine mendil, eşarp, ipekli çorap, bez gibi yumuşak araçlar kullanılırsa o zaman telem pek görülmez.

Kafa kırmak suretiyle çocuk öldürme de görülen olaylar arasındadır. Çocuğun kafasını ezmek, taşa vurmak ya da duvara

çarpılmak suretiyle meydana geldiği düşünülür. Çocuğun kafasının tekme ile ezildiği olaylar da görülür(18). Bu gibi durumlarda çocuğun kafatasında geniş kırılmalar, ekimozlar ve ağır beyin zedelenmeleri görülebilir.

Kafa kırılması ile meydana gelmiş ölümlerde kadın doğumun aniden meydana geldiğini, o yüzden de çocuğun fırlayarak kafasını taşa vurarak öldüğünü iddia edebilir(18). Birden doğumun varlığının kabul edildiğine göre kafa kırılma vakasıyla karşılaşıldığında olayın birden doğumdan mı meydana geldiğini yoksa lödürme kastı ile mi gerçekleştirildiğini ayırt etmek gerekir. Birden ve kafasını yere çarpan çocuklarda daha çok parietal kemiklerde olmak üzere kafa kırıkları görülebilir. Çok fazla lezyon bulunmaz. Kafa kemiklerinin hurdahas olduğu, beynin ileri derecede zedelendiği olaylarda birden doğum sonucu kafanın kırılarak ölmesi sınıflamasına sokulmaması gereklidir. Ölü çocuklar üzerinde ve belirli uzaklıklardan düşürülmek suretiyle yapılan deneylerde kafa kemiklerinin nadiren kırıldığı görülmüştür(18). Aslında ayakta duran bir kadında ani doğum ile çıkacak çocuk pubis noktasından aşağıya doğru göbek bağının izin verdiği kadar düşecektir ki bu da kafa kemiklerinde büyük lezyonlar oluşmasına izin vermeyecek şiddettedir.

Birden doğum sırasında çocuğun kafasını taşa vurarak ölebilmesi için doğumun ayakta olması, kadının ilk doğumunu yapan bir ideğil daha önce doğum yapmış biri olması, kadının pelvis ölçülerinin normalden geniş olması gerekmektedir. Bunların yanında çocuğun başının ufak olması, çocuğun başında zor doğum işareti olan kafa tümseğinin (caput succedaneum) bulunmaması, gömek ipinin kopmuş veya placentanın çocukla beraber çıkmış olması ve kopuk göbek bağının üzerinde tırnak yaraları, sıyrık ve ekimozların bulunmaması koşullarının bir arada bulunması da gerekmektedir(18).

Kafa kırma bazen boğma yöntemiyle birlikte de görülebilir. Boğma eyleminden sonra ölmemiş olan çocuğun başına sert bir cisimle vurularak ya da duvara, yere doğru atarak bu işlem yapılabilir. Genellikle lezyon kafatasındadır. Kırık bölgelerinde periostta kanama alanları, deride sıyrıklar ve hematomlar bulunabilir. Periost çıkartıldıktan sonra çukurlaşmalar, parçalanmalar veya yarık şeklinde kırıklar bulunabilir.

Işınsal Kırıklar: Çocuk kafatası bağ dokusu yapısında bir matriks üzerinde oluşmaktadır. Bu bağ dokusuna -primordial membran- adı verilmektedir. Bu primordial membranda tuber şeklindeki oluşumlarda kemikleşme noktaları ortaya çıkarlar ve ışınsal şekilde yayılırlar. Bu nedenle çocuğun kafatası ışınsal konfigürasyonlar gösterir. Işınsal arasında bu nedenle yarıklar mevcuttur. Kırık hatları da ışınsal nitelikte olduğundan bu yarıklardan ayırt edilmeleri ve karıştırılmamaları gerekir. Bunun yapılabilmesinin en iyi yolu disseksiyon yöntemidir. Dura çekilip çıkartılmak istendiğinde bu yarıklara yapışık kalır. Çünkü buralarda dura primordial membran ile yapışıktır. Halbuki kırığın üzerinde bulunan dura ise yerinden ayrılabilir. Yarığın kenarlarının düzgün ve keskin olmasına karşın kırık kenarlarının köşeli olduğu görülmektedir(28).

Çocuğun kafatası ile doğum kanalı arasında orantısızlık olduğu zaman da problem ortaya çıkabilir. Normal olarak kafatası kemikleri primordial membranın büyüklüğüne bağlı olarak hareket edebilirler. Surmatorelerde primordial membran küçük olduğundan kafatasının kompresyona karşı koyma kabiliyetinin azalması nedeniyle gerilim ve buna bağlı tentorium yırtıkları ortaya çıkar(28).

Çocuğu tuvalete atmak suretiyle öldürme yöntemlerinin daha çok yatılı okullarda, hapisane ve ıslahanelerde görülen bir yöntem olduğu belirtilmektedir(18). Hem öldürmek hem de

vücudunu ortadan kaldırmak için tuvalete atılan çocuğun oradaki su ve pisliği akciğerlerine ve midesine çekerek aspirasyona bağlı öldüğü düşünülmektedir.

Böyle bir olaya maruz kalmış çocuk cesedinin kafasında, yüzünde, omuzlarında sıyrık ve ekimozların olması beklenir. Çocuğun tuvalet deliğinden atılması sırasında bir zorlanma olursa özellikle alt kısımlarda tırnak izleri ve ekimozlar görülebilir.

Bu gibi vakalarda sıklıkla rastlanılan bir durum da kadının defekasyon ihtiyacını gidermek için tuvalete gittiğini ve o arada aniden doğumun olduğunu iddia etmesidir(18). Bunu saptayabilmek için çocuğun iyi bir muayenesi ve kadının verdiği ifade gözönüne alınmalıdır. Çünkü bu olayın gerçekleşebilmesi için bazı koşulların birarada bulunması gerekir. İlk planda doğumun çömelmiş bir pozisyonda olduğunu söylemesi burada gerçek-dışı bir iddia olduğunu gösterebilir. Çünkü kadının pelvis eksenini yukardan aşağıya olup arkadan öne eğimlidir. Çömelmiş durumda bu eksen daha çok yatıklaşacağından bu olayın gerçekleşmesi oldukça zordur. Böyle bir olayın olabileceğini kabul etmek için kadının defekasyon sancısı ile doğum sancısını ayırdına varamayacak kadar sosyo-kültürel düzeyi düşük bulunmalı. Pozisyon olarak ayakta durmalı, çocuğun başı ufak, kadının pelvisi geniş olmalı, tuvalet deliğinin çocuğun başından geniş olması da gereklidir. Ayrıca çocukta zor doğum işaretleri bulunmamalı, göbek kordonu kopmuş veya placenta çocukla beraber çıkmış olmalı, kopuk göbek kordonu üzerinde tırnak yaraları, sıyrık ve ekimozlar bulunmamalı ve çocuğun vücudunda darpce bir şiddet işareti olan ekimozlar bulunmamalıdır(18).

Bu öldürme yöntemleri dışında ayrıca çok sıklıkla rastlanmayan başka yöntemler de sözkonusudur. Bunlar iz bırakmadığı için saptanması oldukça zor olan yöntemlerdir.

Başlıcaları, ağız ve burun açık bırakılmak suretiyle yüze buz torbası konması.

Yüze aşırı soğuk uygulandığında N.trigeminusun bundan etkilenmesiyle hem yutma refleksi hem N.vagus'da soğuğa bağlı etkiler görülür. Hipotansiyon oluşur, buna bağlı gelişen bradikardi ile ani ölüm ortaya çıkar(28).

Oluşum mekanizmasında başın soğuk suya daldırılması veya hareket halindeki bir arabadan karşıdan gelen soğuk rüzgara tutulmasıyla yüzdeki termoreseptörler etkilenir ve yaşamsal önemdeki basal vücut ısısını korumak için trigeminus-vagus refleksi ile perifer perfüzyonu azaltırlar.

Japon yöntemi adı verilen bir yöntem de nemli, ıslak ve sert ipekli kağıt ile yüzün kapatılarak asfiksi ile ölüm meydana geldiği kaydedilmektedir(28). Aynı kağıtla kısa zaman aralıklarıyla kapatılarak da asfiksi meydana getirildiğini söyleyen yazarlar vardır. Bu yöntem ispatı ve tespiti çok zor bir yöntemdir.

Ateşli silahla öldürme ve zehirleme çok ender olarak görülen olaylar arasındadır.

Tüm buraya kadar bahsettiğimiz yöntemler kişilerin bizzat uyguladıkları çeşitli yöntemlerle öldürme amacını taşıdığından bu tip eylemlere Aktif İnfantisid ismi verilmesi yararlı olacaktır.

Halbuki doğumdan sonra gerekli yardım ve ihtimamın gösterilmemesi ile meydana gelen ölüm olaylarında kişinin direkt bir eylemi olmamasına karşın belirli şeyleri yerine getirmemesi sözkonusudur. Bunlara örnek olarak doğduktan sonra solunum yollarının tükürük ve amnion artıklarından temizlenmemesi ya da soğuktan korumaya özen gösterilmemesi gibi olayları gösterebiliriz. İşte böyle meydana getirilen ölüm olay-

larını pasif infantisid olarak değerlendirmenin doğru olacağı kanaatindeyiz.

İnfantisid olaylarında en çok karşımıza çıkan sorulardan birisi de canlı doğmuş olup olmadığı yani yaşama kabiliyeti gösterip göstermediği sorusudur. Ölü doğmuş olduğunu tespit edebilirsek o zaman infantisid olasılığı ortadan kalkacak, olayın şüpheli boyutu yokolacaktır.

Bir bebeğin ölü doğmuş olduğunu gösteren en iyi kanıt maserasyonun meydana gelmiş olmasıdır. Maserasyon çocuğun uterus içinde ölmesi ve bir süre amnios sıvısında kalmasıyla meydana gelen aynı zamanda salamuralaşma adını da alan bir olaydır. Masere olmuş bir çocuk cesedi ölü doğum olduğunu gösteren en iyi kanıt olarak kabul edilmektedir.

Maserasyon olabilmesi için çocuğun uterus içinde ölmesi ve amnios kesesi içindeki amnios sıvısında bir müddet kalması ve sonra doğması gerekir. Maserasyon olabilmesi için şu koşullar olmalıdır. Öncelikle çocuk uterus içinde ölmeli ve ölen fetus amnios sıvısı içinde bulunmalıdır. Ayrıca çocuğun bir müddet bu sıvı içinde kalması gerekmektedir.

Masere çocuğu tanımlayacak olursak; çocuğun epiderminin kolayca sıyrılabılır veya büyük parçalar halinde ayrılmış olarak bulunduğu görülür. Amnios sıvısı içinde yumuşama çok çabuk geliştiğinden 1-2 saat sonra epidermis yerinden ayrılabilir. Corium serbest kalmıştır ve genellikle kirlî, kahverengi-kırmızı renktedir. Kafa genellikle yassı bir görünümdedir. Göz konjonktivaları kırmızı renkte, kordon ise kırmızı ile kahverengi arası bir renktedir. İç organlar ve seröz zarlar hiperemik, kanlı bir görünümdedir. Vücut boşluklarında ise kanlı sıvı veya seröz transuda bulunur. Masere bir çocukta görülebilen en tipik bulgulardan biri ise eklemlerin gevşemesine bağlı olarak kol ve bacakların eksenî etrafında kolayca çevrilebilir olmasıdır. Hatta bazı yazarlar bu yüzden

masere çocuğu bezden bebeğe benzetirler. Kafa kemikleri suturalarından ayrılmış ve birbiri üstüne binmiştir. Saçlı deri içinde kemik kısımları palpe edildiğinde ayrı ayrı hissedilir. Masere olmuş çocuğun karnı kurbağa karnı gibi iğe çökük ve yanlara doğru yayılmış durumdadır. Masere çocuğun tespitinde en önemli kriterlerden biri de femur alt ucunda diz eklemlerindeki Beclard kemikleşme noktasıdır. Diz eklemindeki Beclard kemikleşme noktası kırmızı kıkırdak içinde beyaz renkte bulunduğunda masere olduğunun bir kanıtı olarak ele almak mümkündür.

Ölmüş olan bir yenidoğan cesedinde ölüm sebebinin aranması ve bunun orijininin saptanması gerekir. Bunların yanında ayrıca bir yenidoğan ölümünde sorulacak en önemli sorulardan birisi çocuğun miadında yani vaktinde doğup doğmadığının tespitidir.

Ölü çocuğun miadında (vaktinde) doğup doğmadığının tespiti yapılırken başlıca 9 kritere bakarız.

- 1- Dış görünüş
- 2- Ağırlık
- 3- Boy
- 4- Çocuğun kafa kuturları
- 5- Göbekkordonu ve placenta
- 6- Kemikleşme noktaları
- 7- Alt çene kemiği içindeki diş çukurları
- 8- Mekonyum
- 9- Kemiklerin boyu.

Dış Görünüş: Bizim için en önemli bulgu cildin rengidir. Cildin rengi genellikle pembe-beyaz olup bebeğin yüzeyi verniks caseosa adı verilen kaygan, yağlı, kısmen beyaz renkte bir maddeyle kaplı olarak görölür. Ayrıca omuz başlarında sırtta ve kolların üst kısımlarında daha fazla olmak üzere cilt Lanugo adı verilen ayva tüyleriyle kaplıdır. Sağlar

1.5-3 cm boyunda olup çok seyrek olarak bulunmaz. Genellikle el tırnakları parmak uçlarına kadar uzamış olup özellikle baş parmak tırnağı parmak ucunu aşmış durumdadır. Ayak tırnakları ele göre daha az uzamış bir görünümde dir. Ayak tabanını uzunluğu yaklaşık olarak 8 cm uzunluğundadır.

Ağırlık: Klasik olarak zamanında doğan bir bebeğin ortalama ağırlığı 3000-3500 gram olarak kabul edilir. Yenidoğanın % 95'i (2.5-4.6) kg arasındadır. Normalin en alt sınırı olarak 2500 gr kabul edilir(7). Bugüne kadar saptanabilmiş en hafif çocuğun 7. ayının içinde doğup iki gün yaşayabilen 396 gr ağırlığında bir çocuk olduğu görülmektedir(29).

Boy: Miadında doğmuş bir çocuğun boyu yaklaşık 50 cm'dir. Ayrıca intrauterin gelişme esnasında fetus ilk beş ay içinde ayın karesi ile orantılı olarak boyca büyüme gösterir, beşinci aydan sonraki aylarda ise o ayın rakamı ile beş sayısının çarpılmasının sonucu çıkan sayı kadar büyüme göstermektedir. Vaktinde doğan bir çocuğun boyu vertex-topuk arası ölçüldüğünde 46 ila 54 cm arasında bulunduğu görülmektedir.

Çocuğun Kafa Ölçümleri: Çocuğun kafatasında herhangi bir deformite veya travmaya bağlı şekil bozukluğu olmadığı durumlarda bu ölçüler vaktinde doğumu saptamak için önem taşımaktadır. Başlıca dört ölçüm yapılır:

Fronto-occipital kutur: 11.5-12 cma rasındadır.

İki kaş arası çıkıntısından arka akfa çıkıntısı noktasına kadar olan mesafedir (Glabella-Protuberentia oksipitalis).

Mento-occipital kutur: Genellikle 12-13.5 cm arasındadır. Çene ucundan art kafa çıkıntısına kadar olan mesafedir. (Protuberentia oksipitalis externa-Mentum).

Biparietal kutur: 9-9.5 cm arasındadır. İki şakak (temporal bölgeler) arası mesafedir.

Başın çevresi: 33-34 cm olarak bulunur.

Bunun pratik bir ölçümü de thorax artı bir olarak hesaplamaktır.

Göbek Kordonu-Placenta: Vaktinde doğmuş bir çocukta göbek vücudun tam ortasında olmayıp bir kaç santim aşağısındadır. Göbek kordonu yaklaşık 50-60 cm'dir. Göbek kordonunun kuruması doğumdan sonra hemen gerçekleşen bir olaydır (Ölümden sonra da devam eder). 36 h' içerisinde kordonun ucunda halka tarzında bir kırmızılaşma olur. 2-3 gün içerisinde kurur, 5-6 gün içerisinde düşer ve 10 günde tamamen iyileşir.

Placentanın da ağırlığı önemli bir kriterdir. Yaklaşık ağırlığı 500-600 gr olup çapı 15.5-18.5 cm'dir.

Kemikleşme Noktaları: İntrauterin hayatın belirli dönemlerinde çocuğun kemiklerinde kemikleşme noktaları meydana gelmektedir. Bu noktaların varlığı veya yokluğu çocuğun çağını tespit etmekte önemli bir faktör oluşturmaktadır. Miadında doğan çocuğun iskeletinde iki önemli kemikleşme noktası bulunur. Bunlar Beclard kemikleşme noktası ve Calcaneus kemikleşme noktalarıdır.

Beclard Kemikleşme Noktası: Femur kemiğinin alt ucunda dizle eklemleştirdiği bölgede, beyaz renkte epifiz kırırdağı içinde, baklava dilimi biçiminde, kırmızı renkte bir kemikleşme noktasıdır. Bu kemikleşme noktası uterus içi hayatın dokuzuncu ayında başlayıp son on günde gelişerek azami büyüklüğünü almakta ve tam zamanında doğmuş çocuklarda en uzun kutru 5 mm'yi bulmaktadır. Bu kemikleşme noktası çürüme ile bozulmadığına göre çocuk elimize ne kadar geç geçerse geçsin, bu noktanın bulunması ile miad tayini kolayca yapılabilmekte-



Resim 1- Plastik metre ile baş çevresinin ölçümü



Resim 2- Pelvimetre ile biparietal mesafenin ölçülmesi



Resim 3- Yenidoğanda pelvimetre ile mento-occipital kuturun ölçümü



Resim 4- Yenidoğanda pelvimetre ile fronto-occipital kuturun ölçümü

dir. Ayrıca masere çocuklarda Beclard noktası kırmızı kıkırdak içinde beyaz renkte görüldüğünden çocuğun intaruterin hayatında öldüğünü de kolayca söylemek mümkün olmaktadır. Beclard kemikleşme noktasını bulmak için diz eklemi açıldıktan sonra femur epifizi tabaka tabaka disseke edilir. En geniş yeri ölçülerek kutur uzunluğu tesbit edilir.

Calcaneus Kemikleşme Noktası: Topuk kemiği içinde uterus içi hayatının altıncı ayında başlayan ve miadında gelmiş çocukta azami büyüklüğünü bulan yuvarlak bir kemikleşme noktasıdır. Bu nokta vaktinde doğmuş çocuklarda 11 mm'dir.

Kemikleşme Noktalarının İncelenmesi: Ayak, topuk arkasından sol elde tutularak ayak parmakları otopsiyi yapana bakacak şekilde bulunur. Uzun bir bıçakla 3. ve 4. parmak arkasından calcaneus ve talusu ayırmak için, ayak dokusuna insizyon uygulanır. Bu seviyede yapılacak bir insizyon genelde, calcaneusdaki kemikleşme noktasını ortaya çıkarır. Bu kemikleşme noktası koyu kırmızı renkte olup, çevresindeki kıkırdak noktasından çok ayrı görünümündedir. Görülmediği durumlarda calcaneus kıkırdağı ince dilimler halinde kemikleşme noktasının varlığı ve yokluğu gösterilinceye kadar kesilmelidir. Calcaneusun hemen üzerindeki talus için benzer bir teknik kullanılır. Cuboid kemikteki kemikleşme noktası değişiktir. Bu kemikleşme noktasını bulmak için, cuboid kıkırdağından ince dilimler kesilir. Cuboid, ayağa yapılmış olan insizyon hattının lateralinde bulunur.

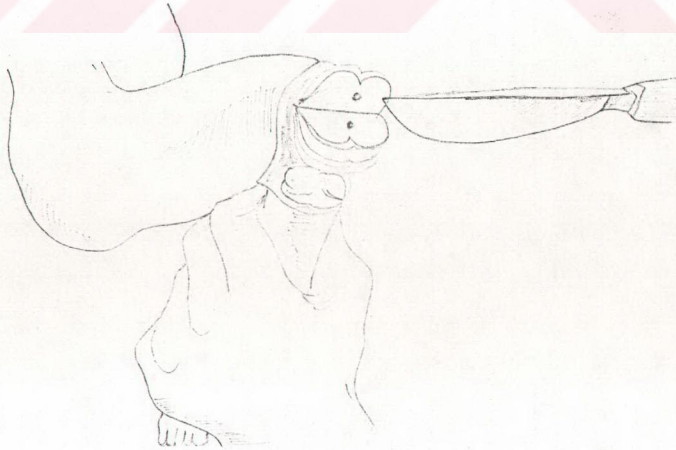
Femur alt epifizindeki kemikleşme noktasını göstermek için, patellenin üzerindeki deri X şeklinde birinsizyonla kesilir. Patella ortaya çıkartılır ve exartikule edilir. Diz kapağı eklemi extrem flexion pozisyonuna getirilerek femurun distal kıkırdak yüzeyinin seksiyona hazır hale gelmesi sağlanır. Bununsonra uzun bir bıçakla proksimal yönde kemikleşme noktası bulununcaya kadar, kıkırdaktan ince tabakalar halinde kesitler yapılır. KN bulununca, ince tabakalar halinde yapı-



I



II



Beclard Kemikleşme Noktası

lan disseksiyona devam edilir. Bu şekilde KN ile femur şaftındaki primer merkez arasındaki bir kırıkta tabakası bulunarak primer merkezin epifiz merkezi ile karışması önlenir.

Alt Çene Kemîği İçindeki Diş Çukurları: Miadında doğan çocuklarda alt çenede 4 bir tarafta ve 4 diğer tarafta olmak üzere diş çukuru mevcut olup bu çukurların içinde de birer diş bulunur. Bu sekiz diş çukuru birbirinden düzgün ayrılmıştır. Yalnız bu sekiz ön diş çukurunun gerisinde geniş bir çukur daha vardır. Bu çukurda dişler olmayıp ancak ortası ince bir bölme ile bölünmüştür. Sonradan bu diş evlerinde azı dişleri meydana gelecektir.

Mekonyum: İntrauterin hayatın altıncı ayında ince barsaklarda oluşur. Çocuk büyüdükçe kalın barsağa geçerek sigmoid kolona kadar ulaşır. Vaktinde doğan çocukta mekonyum kalın barsağın en alt kısımlarında bulunur.

Kemiklerin Boyu: Miadına gelmiş bir çocukta kemiklerin boyu belli ölçülere ulaşır. O yüzden kemik boşları da ceset bulunamadığında ve elde sadece kemik varsa miadında bir doğum için kriter olarak kullanılabilir.

Humerus	8.82 cm	Cubitus	7.47 cm
Radius	7.22 cm	Femur	9.48 cm
Tibia	8.57 cm	Fibula	8.35 cm

Çocukların boyunu kemik uzunluğuna bağlı bulabilmek de mümkündür. En çok kullanılan femur boyu kullanılarak yapılan ölçümlerdir.

Femur boyu x 5.19 = Çocuğun boyunu verir.

Tibia boyu x 6.20 = Çocuğun boyunu verir.

Çocuğun cesedi çürümüş, parçalanmış veya yakılmışsa kemiklerin epifizleri harap olacağından sonuçlar yanlış çıkar.

caktır. İşte bu sakıncayı ortadan kaldırmak için epifizleri harap olmuş ve yalnız diyafizleri kalmış kemiklerde aşağıdaki formül uygulanır.

Ölçülen femur uzunluğu x 5.6 - 8 = Çocuğun boyu

Ölçülen tibia uzunluğu x 6.5 - 8 = Çocuğun boyu

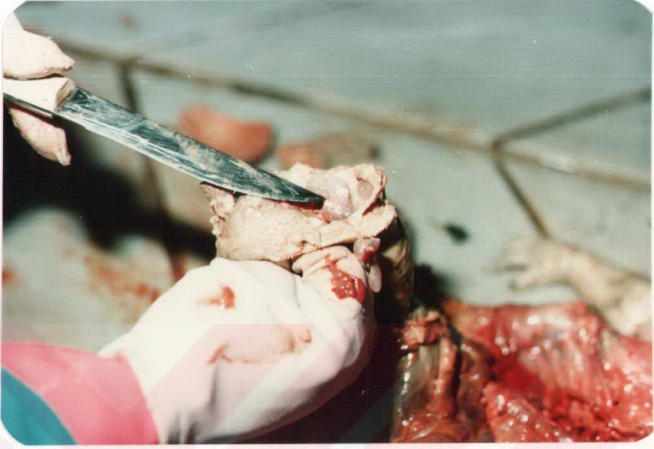
Ölü çocuğun canlı doğmuş olup olmadığının da tesbiti infantisidde önemli işlemler arasındadır. Çocukta doğumdan sonra olan bütün fonksiyonlar intrauterin yaşamda da imkan dahilindedir (kalp fonksiyonları, solunum hareketleri, idrar oluşumu, gastro intestinal fonksiyonlar, mekonyum) Post-partum çocuk PCO_2 yükselince solunum merkezi stimülasyonu meydana getirir, bu olmadan solunum başlamaz. İnspirasyon ilk hayat fonksiyonudur. Bundan sonra bağırma ile expirium gelir. Bu daima hava yutma ile birlikte olur. Bu olaylar canlılık ile ilgili deneylere temel oluşturur. Canlılığın kaybolmayan tek belirtisi solunumdur. Eğer hekim çocuğun soluduğunu tespit edebilirse çocuğun canlı doğduğunu tereddütsüz söyleyebilir. Çocuğun canlı doğduğunu anlayabilmek için bir takım deneyler yapılır. Bu deneylere docimasi adı verilir. Bu kelime Yunanca bir kelime olup deney anlamına gelmektedir.

Başlıca iki tipi vardır:

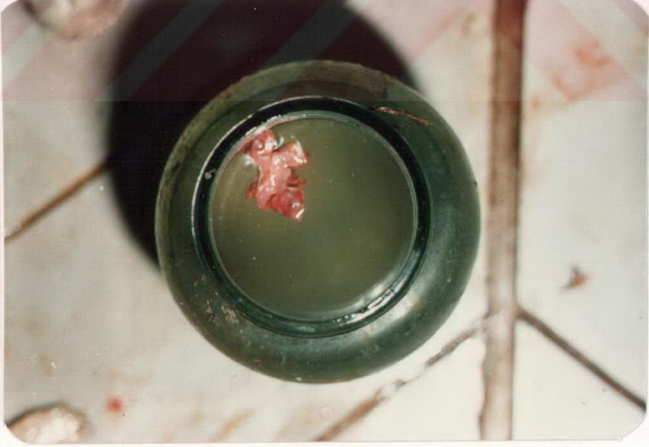
- 1- Docimasi pulmonaire
- 2- Docimasi gastro-intestinale.

Docimasi Pulmonaire: Akciğerler üzerinde yapılan deneylerdir. Üç aşamalı olarak yapılır.

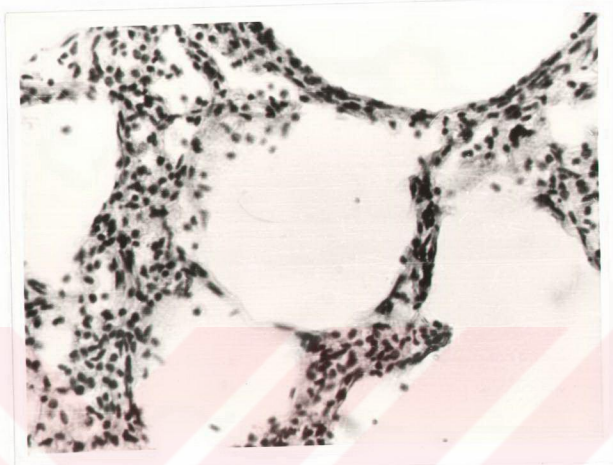
- a) Docimasi makroskopik-optik
- b) Docimasi hidrostatik
- c) Docimasi histolojik-mikroskopik.



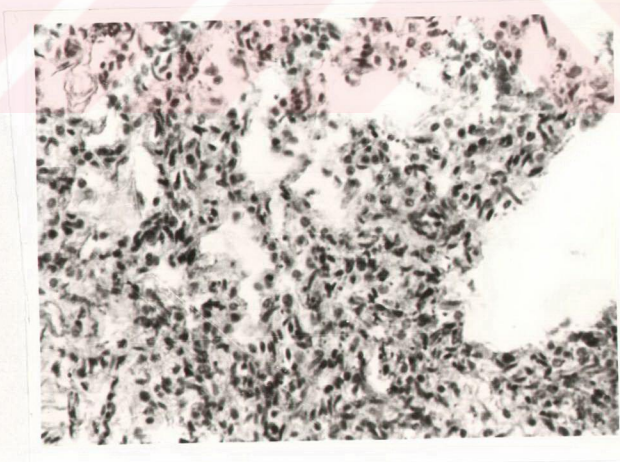
Beclord : kemikleşme noktasının aranması



Resim 6- Su deneyi: Akciğerler parça halinde



Resim 7- Soluk almış akciğer dokusu



Resim 8- Soluk alınmış akciğer dokusu

Docimasi Makroskopik-Optik: Akciğerlerin gözle ve elle yapılan muayenesidir. Torax boşluğu açıldıktan sonra akciğerlerin gözle ve elle muayenesi yapılır.

Ölü Doğmuş ve Soluk Almamış Çocukta Akciğerler: Diyafragma 4-5. kosta hizasındadır. Akciğerler her iki tarafta para-vertebral kenarlara sıkışmış durumda olup koyu esmer renktedir. Kenarları bıçak sırtı gibi keskindir. Elle muayenede elastik gibi sert hissedilip adeta karaciğer yapısını andırır. Yüzeyi düz ve bütündür.

Fetal Akciğer: Küçük gri-pembe-beyazımsı gudde dokusu gibi açılmamış, ventilasyon olmamıştır.

İntrauterin Asfikside Akciğer: Biraz daha büyük, amvikırmızımsı dalağı andırır, havasız bir görünümdür.

Canlı Doğmuş ve Soluk Almış Akciğerler: Diyafragma 6-7. kostalar arası mesafeye inmiştir. Her iki akciğer toraks boşluğunu doldurmuştur. Mediasten yüzleri kalbin üstünü örtmüştür. Kenarlar keskinliğini kaybetmiş, yuvarlaklaşmıştır. Rengi açık pembe olup yüzeyi parlaklığını kaybetmiş ve mozaikvari desenlenmiştir. Yüzey açılmış olan alveollerden dolayı pürüzlüdür. Elle muayenede elastik hissedilir ve parmaklar arasında sıkıldığında krepatasyon duyulur.

Çürüyen Akciğer: Lobuluslarda değişik büyüklüklerde çürüme gazı kabarcıkları bulunur.

Ventilasyon Yapmış Akciğerler: Lobulusların içinde çok küçük aynı büyüklükte, bira köpüğü görünümünde kabarcıklar bulunur. Lobuluslar açılmış olarak bulunur. Ventilasyon yapmamış akciğerlerde lobuluslarda açılma olmamış ve kabarcık yoktur.

Docimasi Hidrostatik: Boyun organları, kalp, timus ve her iki akciğer hep beraber çıkarılır ve bir kaba su konarak bütün bu organlar dil ucundan tutularak suya daldırılır. Akciğerler ya suyun üzerinde yayılarak kalp ve timusu da su yüzünde tutarak yüzerler veya suyun dibine doğru batarlar.

Fodere Testi: Soluk almamış akciğerler tartıldıklarında 30-40 gr gelirler. Soluk alma sonucu hava ile birlikte akciğerlere kan da gireceğinden ağırlıkları 70-80 gr'a çıkacaktır.

Yine vücut ağırlığına oranları ise 1/70'den, 1/35'e yükselme gösterecektir. Dansiteleri ise akciğerlere hava girdikten sonra 1,039'dan 0,7'ye inecektir.

Akciğerler suda yüzdükleri takdirde, dört olasılığı gözönünde bulundurmalıyız.

1- Çocuk çürümüş ve doku içine dolan çürüme gazları akciğerleri su yüzünde tutmaktadır.

2- Ceset soğukta kalmış ve donmuştur. donuk akciğerler suyun yüzünde durmaktadır.

3- Ceset veya göğüs organları uzak bir yerden gönderilmiş ve gönderme sırasında da ceset veya parçalar bozulmasın diye alkol içine konmuştur. Bu alkollü akciğerler su üstünde durmaktadır.

4- Çocuk canlı doğmuştur. Soluk alan akciğerler su yüzeyinde durmaktadır.

Akciğerin özgül ağırlığı birden büyüktür. 0 yüzden ventilasyon yapmamış akciğer batar. Ventilasyon yapmış akciğer içinde hava bulunduğundan yüzer. Çok kesin kriter olarak kabul edilemez. Çünkü normal bir ventilasyonda da bazı lobu-

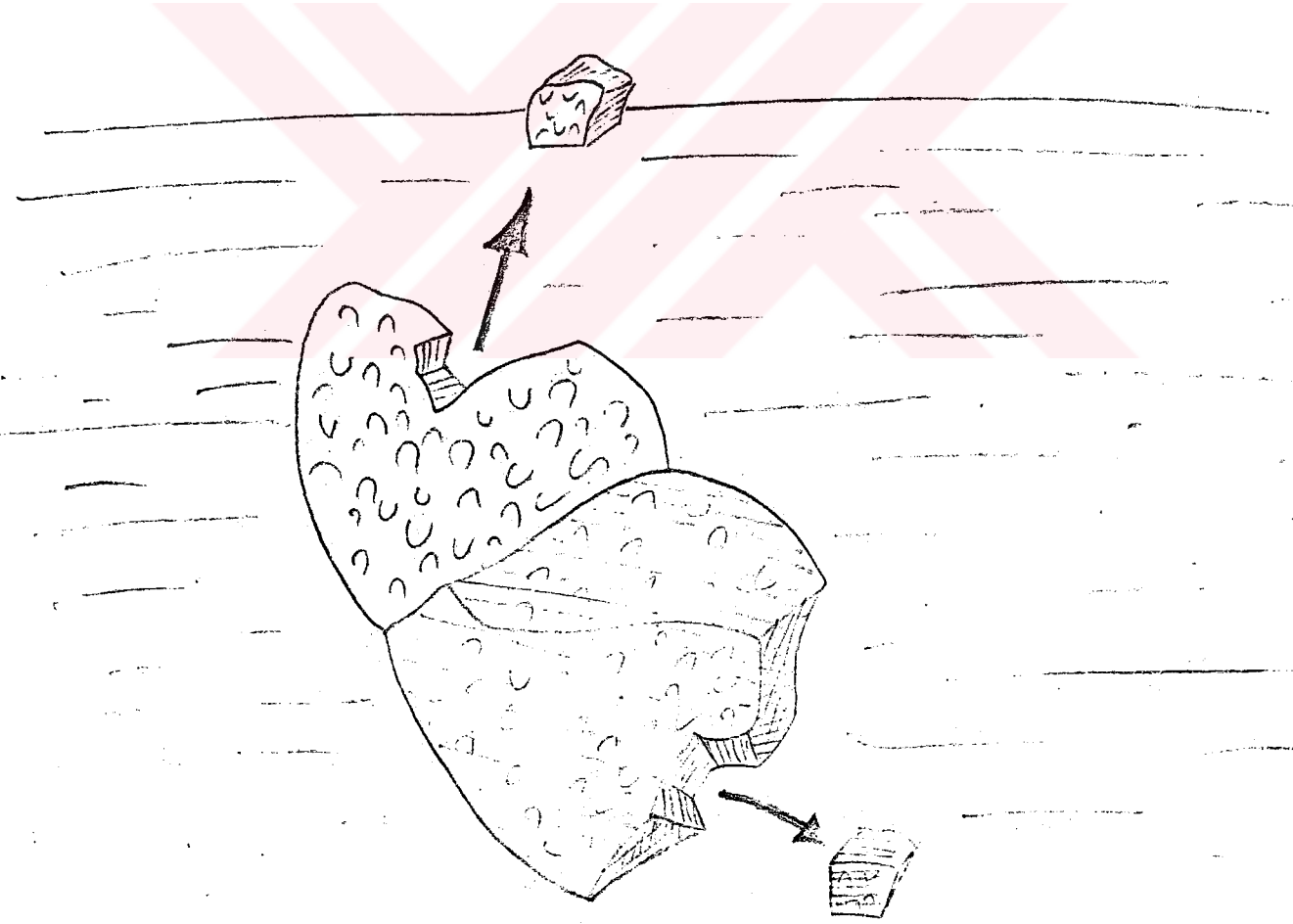
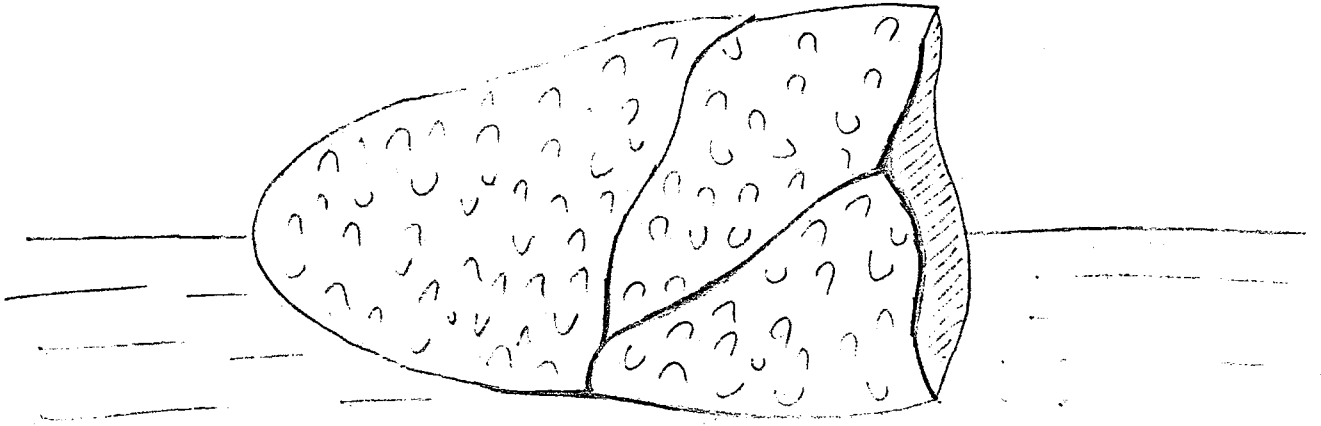
luslar ventilasyona katılmaz. Eğer numune alımından buralardan parça alınırrsa bunların suya battığı görüldüğünde yanlış karar verme olasılığı olduğunu düşünmeliyiz.

Testte olabilecek hatalar şunlardır:

Akciğer makroskopik olarak ventilasyon yapmış görünüyör fakat çocuk ölü doğmuştur. Bu durumda test pozitif çıkar. Bu gibi durumlarda reanimasyon yapılmış olabileceğini unutmamalıdır. Ağızdan ağıza solunum yapıldığında ortaya çıkar. Hava lobulusları açar, bu arada mideye de hava gireceğinden mide yüzdürme testi pozitif çıkar. Çürümede ise gaz kabarcıkları akciğerleri yüzdürür. Kabarcıklar değişik büyüklükte, aynı zamanda bu kabarcıklar interlobuler semptomlarda da mevcut (zatenseptumlarda oluşuyorlar). Çürüme ilerledikçe akciğerler tekrar batar.

Bütün bu olasılıkları değerlendirebilmek için deneye devam etmek gerekir. Kullanılan su hafif ısıtılır. Akciğerler donuksa su içinde yumuşayarak ya dibe gider veya üstte kalır. Yine parçalar bol akan su ile yıkanarak alkolü giderilir ve suyun dibine gidip gitmediğine bakılır.

Çürüme şüphesini gidermek için her iki akciğer bağlı olduğu yerlerinden ayrı ayrı kesilerek suya atılır ve ardından her iki akciğer ufak parçalara bölünür. Parçalar su üstünde yüzerlerse her bir parça suyun dibine doğru batırılarak parmakla kabın dibi arasında kuvvetle ezilir. Çürüme varsa bu sıkışma ve ezme sırasında doku içine dolan gazlar düzensiz kabarcıklar halinde yükselir ve biz parmağımız altında bulunan akciğer parçacığını bıraktığımız zaman yüzeye çıkmadığını görerek, çocuğun soluk almadığına veya parçaların yukarıya çıktığını görerek, çocuğun soluk aldığına karar verebiliriz. Çünkü soluma havası ve bilhassa rezidüel hava kap dibinde dokunun ezilmesi ile alveol içinden asla dışarı çıkmaz.



Docimasi Hidrostatik Deneyinde Akciğerlerin Önce Bütün
Sonra da Parçalar Halinde Suya Konması

Akciğerler Suyun Dibine Battığı Takdirde: Kesin olarak çocuk solumamış ve ölü doğmuştur diyemeyiz. Çünkü bir çok sebepler yüzünden çocuk canlı doğduğu halde akciğerler suyun dibine giderler. Bunun için yine deneye devam etmek zorundayız. Bu zorluk şu nedenlerden ileri gelmektedir.

1- Çocuk nefes almıştır. Bu soluma gayet kısa veya çok hafif olmuştur. Alınan bu hava akciğerlerin bütün alveollerini açamamıştır. Dolayısıyla ilk deneyde içine az hava giren akciğerler kalp ve timusu su üstünde tutamamaktadır.

Her iki akciğer ayrı ayrı suya atılır, tekrar ufak parçalara ayrılır. Bir kısmı batar, bir kısmı batmazsa ve batmayanların da çürümedikleri anlaşılmış ise, çocuğun solumadığı ve fakat bu solumanın çok az olduğu söylenebilir.

2- Çocuk canlı doğmuş ve nefes almak için mücadele etmiş olabilir. Ama akciğerin fötal ataletazisi veya doğmalık sifilizden meydana gelen interstisiyel pnömoni (pnömoni alba) dan dolayı alveoller açılmadığından içine hava giremez ve çocuk ölebilir. Bu durumlar akciğerlerin makroskopik ve mikroskopik tetkikinden kolayca anlaşılabilir.

3- Çocuk canlı doğmuş, nefes almış ve fakat herhangi bir şekilde öldürülmüş ve akıntılı bir su içine bırakılmış olabilir. Ağız ve burnunun üstünden geçen su akciğerlere kadar girerek mekanik bir etkiyle soluk havasını dışarı çıkartmış olabilir.

4- Çocuk canlı doğmuş, nefes almış ve fakat herhangi bir şekilde öldürülmüş, daha detaylı bir anlatımla sıcak su içinde öldürülmüş olabilir. Bu haşlanma sırasında akciğerler içerisindeki soluk havası tamamen dışarıya çıkmıştır.

Özetleyecek olursak, bu durumda çocuk soluk almadığı durumlarda akciğerler suda yüzerlerse;

Çürüme gazları - Donmadan - Parçaların alkolde tesbitinden - Ölü doğmuş çocuğu canlandırabilmek için reanimasyon çalışmalarını akla getirmek gerekir.

Çocuk soluk aldığı halde akciğerler batarsa;

Pnömoni alba - Fötal atelektazi - Sıcak suda haşlanma - Uzun süre akarsu akımında kalma olaylarını düşünmek gerekir. Çocuk yaşamış olmsaina rağmen akciğerler yüzmüyorsa o zaman ilk planda düşünülmesi gereken olayları şu şekilde özetleyebiliriz:

Çocuk 28 haftadan önce doğduysa yani bir prematüre olma söz konusuysa;

Çocuk yaşar durumda ama asfiktik olarak doğduysa (yaşamsal reaksiyonlar göstermiş ama solunum olmamış, intrase-rebral kanamalar sonrası sıklıkla görülür).

Çocuk ilk solunumdan önce bir sıvı içine girip bunu soluduysa;

Solunum yollarının, tükürük, amnion zarı, v.b. ile tıkalı olduğu durumlarda görülür.

Diyafraam fıtığı olduğu durumlarda görülür. Çocuklar ekseriya birkaç saat yaşayıp ölürlür. Konjenital diyafraam fıtığında diyafraam bulunmadığından karın boşluğu organları torax boşluğundadır. Akciğerlerlerin primer atrofik olarak kalmalarına neden olurlar. Çocuklar doğumdan sonra çok kötü de olsa solurlar. hava mideye de girerek peristaltığı stimüle ederler. Bağırsak şişer. Akciğerleri komprime eder (sıkıştırır) ve solunmuş havayı dışarı atar. Akciğerler birkaç solu-

num hareketinden sonra lobulusların sadece bir kısmı ventile edildiğinden yeterince gerilmemiş elastik liflerin tekrar kontraksiyonu nedeniyle tekrar hareketsiz kalır.

Histolojik Yöntemlerle Canlı Doğup Doğmadığının Tespiti: Bir çocuğun soluk alıp almadığını en doğru ve kati bir şekilde meydana çıkaran yöntem histolojik yöntemlerdir.

Solumamış Akciğerlerin Görünümü: Alveoller açılmamış bir durumda olup akciğer parankiminin görünüşü guddevi bir manzara gösterir. Alveol cidarlarını döşeyen epitel hücreleri kübik veya silindirikdir. Septumlar kalın olup kapiller damarlar dar ve az kanlıdır.

Bronşiyoller kapalı veya katlıdır. Epitelleri dantela gibi yüksek silindirik bir hücre tabakası ile döşelidir. İnterstisiyel doku geniştir.

Solumuş Akciğerlerin Görünümü: Alveoller açılmış olup genel görünüş retikuler bir görünüm içerir. Epitel hücreleri yassılaştırmıştır. Septumlar ince olup kapiller damarlar genişlemiş ve içleri eritrositle dolmuştur. Bronşiyoller açılmış, yuvarlaklaşmıştır. İnterstisiyel doku daralmış ve sahaya parankim hakim olmuştur.

Akciğerler içinde toplanan çürüme gazları ilk bakışta ölü doğmuş çocukların akciğerlerini solumuş akciğer zannettirir. Çünkü bu gazlar doku içerisinde bir takım boşluklar meydana getirmektedir. Ama dikkatli incelenirse bu boşlukların alveol olmadığı kolayca farkedilir. Çünkü çürüme gazları interstisyum içerisine toplanmakta ve birbirine eşit olmayan düzensiz boşluklar meydana getirmektedir. Ayrıca bu boşlukların iç yüzleri epitelle döşeli değildir. İki boşluk arasında septum olmadığı gibi kapiller ağı da yoktur. Bronşiyoller gazdan dolayı az çok açılmış gibidir. Ama komşu damarlar dar ve kansız bir görünümündedir.

Soluk almış akciğerlerde meydana gelen çürüme, histolojik preparatlarda kolayca karşılaştırılabilir. Düzgün açılmış ve yuvarlak alveoller arasında cidarı epitelle döşenmemiş düzensiz irili ufaklı boşluklar çürüme gazlarının interstisiyel dokuda açtığı boşluklardır. Histolojik preparatlarda akciğerlerin bir kısmının soluduğu kolayca karşılaştırılabilir.

Özetleyecek olursak akciğerlerin normal görünümü poligonol yassı epitel hücreleri, bronş orijinli silendirik hücreler, elastik lifler, eritrosit, lökosit bulunur. Minimal miktarda amnion sıvısı içeriği de bulunur. Çok miktarda bulunursa bu patolojiktir.

Mekonyum Cisimcikleri: Amorf, safra renginde cisimler şeklinde bulunur.

Vernix Hücreleri: Yağla kaplanmış yüzeysel fetal deriden gelen, poligonol yağ damlacıklarıyla dolu hücrelerdir. Nadir olarak lanugo kılları ve kolesterin tabakaları bulunabilir.

Yabancı Cisimler: Kovaya yapılan doğumlarla düşüklerde bitkisel ve hayvani lifler (annenin feçesinde bulunan kısmen sindirilmiş kas lifleri veya çocuğun gastro intestinal kanalından gelen mekonyum), kum ve nişasta taneleri bulunabilir. Havuzda olan ölüm olaylarında algler, planktonlar ve diatomlar bulunabilir. Pis suda boğulmakla safra inhibisyonu gözükabilir.

Docimasi Gastro-İntestinal (Breslau Deneyi): Mide ve barsaklar üzerinde yapılan bir deneydir. Soluk alma sırasında mide ve barsaklara hava gireceğinden bu parçalar su üstünde bırakıldığı takdirde batmayacak ve yüzeyde kalacaklardır. Mide ve barsaklar su yüzeyine bırakıldığında iki durum gözükabilir:

1- Mide ve barsaklar su üstünde yüzdükleri zaman her ne kadar çocuğun soluduğu şüphesi uyanırsa da bu yüzmenin mideye dolmuş çürüme gazlarından olabileceğini hiç unutmamalıdır.

2- Mide ve barsaklar suyun dibine battıkları takdirde çocuğun ölü doğduğunu hemen söylememek gerekir. Çünkü mideye giren hava rezorbe olmuş olabilir veya çocuk çok az soluk almış ve hava mideye kadar gelmemiştir. Veya gelen hava, parçaları su yüzünde tutacak kadar fazla değildir veyahutta otopsi sırasında midedeki hava kaçmasın diye bağladığımız ipler ağır gelmiştir ve parçalar suyun dibine batmıştır. Yani çocuk soluk almadığı halde mide ve barsaklar su üstünde yüzerse çürüme gazlarının buna neden olduğunu anlayabiliriz. Çocuk soluk aldığı halde parçalar batarsa o zaman şu olasılıkları düşünmeliyiz:

- 1- Havanın rezorbe olmasından,
- 2- Çok az solumadan dolayı havanın mideye kadar gelmemiş veya çok az miktarda gelmiş olmasından,
- 3- Kullanılan iplerin ağır gelmesinden olabilir.

Bu testi mide ve barsaklarda olmak üzere iki değişik aşamalı yapmak gerekmektedir. Mide testinde ilk inspirasyonda her zaman hava yutulur. Mide suya konur. Yüzerse hava boşaltıldıktan sonra tekrar suya konur. Eğer yine yüzerse bu çürümedendir. Burada mide cidarında da hava bulunur. Midedeki hava görüntülenebilir. Mide cidarı hafifçe çizilirse, içerdeki hava dışarıya mukus kabarcığı iter. Buradan da histolojik tetkik için materyal alınmalıdır.

Barsakların incelenmesi yapılırken üst bölümleri dikkatle incelenmelidir. Barsağın üst bölümlerinde süt mekonyumu bulunur. Asfikside kolona doğru itilir.

Bir başka önemli soru da eğer canlı doğduğu tespit edilebilmişse o zaman bu çocuğun ne kadar süre yaşadığını tespit etmektir. Burada çocuğun kaç saat (bu infantisid olaylarında en önemli kriterlerden birini teşkil etmektedir), gün veya hafta yaşadığı saptanır.

1- Yaşama süresinin kaç saat olduğunun belirlenmesi:

Bunun için mide-barsak testi yapılır.

Hava yutulmuş ve peristaltik yolla ilerlemiştir.

1/4 saat sonra hava duodenumdadır.

6 saat sonra ileo çekal valvuldedir.

24 saat sonra hava anüste bulunur(5).

Bu değerler ortalama sürelerdir. Erken doğumlarda peristaltizm yavaş, asfiksi de hızlanmıştır. Deneyi yapmak için barsak bağlanır, her iki taraftan kesilip suya konur. Havanın girdiği kısım yüzer diğer kısım batar. Eğer barsağın yalnızca bir parçası yüzüyorsa sadece bir kere hava yutulmuş ve bu hava daha sonra ilerlemiş olabilir.

Mekonyum bulunması da önemli bir kriterdir. Başlıca iki tip mekonyum görülür. Mekonyum amnioticum-sarı renktedir. Mekonyum hepaticum ise sarı-yeşil renktedir.

Mekonyumun meydana gelmesi: Çocuk içinde amnion epiteli, deri epiteli bulunan amnion sıvısı yutar. Bunlar sindirilir, safra ile karışır. Başta yeşil-sarı olan mekonyum sindirim süresince siyah-yeşil renk alır. Peristaltizm çok hızlı ise bu renk değişimi tam olmaz, bunun için rectumda sarı mekonyum bulunur.

Yenidoğanın diğer işaretleri Vernix caseosa (özellikle eklemlerin flexör yüzlerinde) - Caput succedaneum - Nemli parlak kordon bulunur.

Yaşama süresinin (gün) olarak tesbit edilebilmesi:

Caput succedaneum vital meydana gelen Caput succedaneum da bazen küçük birikme kanamaları bulunur. 1-2 gün sonra tamamen kaybolur.

Kordon Değişiklikleri:

1.gün: İçeri çekilme başlamış, lökosit infiltrasyonu olur.

2.gün: Daha ileri derecede gömülme ve kuruma

3.-4.gün: Boğulma ve çökme

5.gün: Göbek düşmesi, damarlar tromboze olur. Göbek çekilmeye devam eder, daha sonra üç hafta sürecek epitelizasyon süresi başlar. Bir başka soru: Kordon koptu mu yoksa kesildi mi?

Kopma birden hızlı çekme ile meydana gelir. Sadece çekme ile meydana gelemez.

Çocuk bir haftadan fazla yaşamışsa yaşama süresinin tesbiti: Bunun için fetal dolaşımın kalıcı dolaşıma dönüşme sürecini incelememiz gerekir.

Fetusta ductus botalli, ductus arantii, foramen ovale açıktır. Sağ kalp sol kalpten büyüktür. Ductus botalli 2-6 hafta süresince bağ dokusu ile kapanır. Aynı şey kordon damarları için de geçerlidir. Çocuk kordon damarlarındaki kaslar spiral şeklinde konfigürasyonu gösterdiği için bu damarlardan kan kaybetmek suretiyle ölemez. Damar basıncı düşünce spiral kontraksiyona uğrar, intima yastıkları birbirine yapışır ve damar kopar.

Foramen ovale, endokardın iki dudagınının üstüste gelmesi (fonksiyonel kapanma) veya birbirleriyle kaynaması (anatomik kapanma) ile olur.

Bir yenidoğan olayında ölüm muayenesi şöyle olmalıdır:

Dış Muayene: Çocuk elbise, kağıt veya başka bir materyal içine sarılmış olarak bulunduysa, sarıldığı eşya, kimlik tesbiti için yararlı olabileceğinden saklanmalıdır. Çocuğun cinsiyeti tesbit edilmelidir. Çocuk daha sonra ölçülerek boyu tesbit edilmeli ve kaydedilmelidir.

Vücut ile birlikte bir placenta bulunduğunda incelenmelidir. Placentanın bulunmadığı durumlarda arta kalmış göbek kordonunun uzunluğu ölçülmelidir. Kordon, ligatür yapıp yapılmadığının veya kesildiğinin mi yoksa kopartıldığının mı saptanması için incelenmelidir.

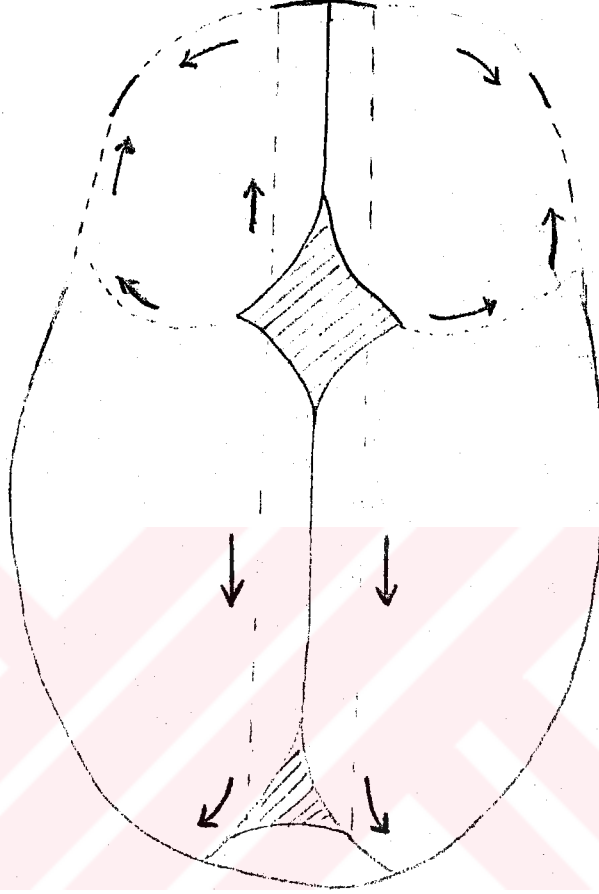
Gövde ölü sertliği, pütrefaksiyon vb. gibi post mortem değişiklikler için incelenmelidir. Vücudun tam bir dıştan muayenesi yapılmalıdır. Çocuğun yıkanıp yıkanmadığı tesbit edilmelidir. Vücutta dıştan travmayı gösterir belirtiler varsa bu darp ve cebir izlerinin yeri ve şekli tesbit edilmelidir. Alt extremitelerde kırık olup olmadığını anlamak için palpasyon yapılmalıdır.

İç Muayene: Tüm olaylarda her üç boşluk açılmalıdır. Baş açılırken kullanılan ve ilk uygulayana izafen "Baar" yöntemi denilen bir metod kullanılır(37). Kafatasının tepesinden geçmek üzere kulaktankulağa bir insizyon yapılır ve saçlı derinin her iki parçası öne ve arkaya çekilir. Saçlı deride ve altında kanama aranır ve subperiostal kanama ile kırık olup olmadığı araştırılır. Bundan sonra kafatası aşağıda belirtilen şekilde özel bir disseksiyonla açılır.

"Orta hattan yaklaşık 5 mm uzaklıkta bistüri ile ön fontanelin arka kenarına bir insizyon yapılır. Bistürinin ucu parietal kemiğin iç yüzüne paralel olarak dura ve leptomeningler arasında 1,2 mm ilerletilir ve insizyon lateral açıya kadar ilerletilir. Benzer olarak karşı tarafta ve her iki ön

kenarda açılır. Büyük bir makasın bir kolu parietal dura üzerinde daha önce yapılan insizyonların medial ucuna sokulur ve parietal kemik uzunlamasına sagittal suture paralel olarak ve orta hattın 5 mm paralelinden kesilir. İnsizyon lambda suturuna kadar devam ettirilir ve daha sonra orta hattın dahilinde aşağı doğru devam ettirilip nihayet, benzer bir şekilde sutura coronaria da sürdürülür. Diğer tarafa da aynı işlem uygulanarak iki parietotemporal flap dışarıya doğru açılır. Aynı şekilde frontal squamanın her iki yarısından flapler çıkartılarak dışarıya döndürülür. Genelde bir kemik forsepsi ile yatay bir fronto medial ekstansiyon yapmak gerekir. Bu şekilde flapların dışarıya bırakılmaları için sadece küçük bir köprü geriye kalır. Bu sayede tüm superior longitudinal sinüs ile birlikte yaklaşık 1 cm genişliğinde medial bir şerit ortaya çıkar. Her dört flap dışarıya doğru çekildikten sonra beynin vertexi ve pia venlerinin superior longitudinal sinusa giriş yerlerinde kanama olup olmadığına bakılır. Falx cerebri, her iki hemisfer çok dikkatli ve yumuşak bir şekilde yanlara itildikten sonra incelenir. Falx ve hemisferlerin medial yüzleri arasında veya falxın her iki dura tabakası arasında kanamalara rastlanabilir. Bundan sonra superior longitudinal sinus, ante mortem trombus açısından incelenmek üzere açılır.

Falx ön ve alt insizyonundan ayrılır. Frontal loblar yukarı ve arkaya doğru çekilir. 2-6.kafa çiftleri, transvers olarak kesilir ve incisura tentorii hizasında, ponsa yatay bir kesit uygulanır. Beynin her iki hemisferinin ve ponsun üst kısmının bu şekilde çıkartılması sayesinde tentorium cerebelli ortaya çıkar. Tentorium yırtıklar ve tabakaları arasında muhtemel hematomlar açısından incelenir. İncelemeden sonra tentorium üst temporal petroz sınırdaki yapışma hattını takip ederek ikiye ayrılır. 7-12. sinirler kesilir ve medulla bir bistüriyle mümkün olduğu kadar derin insize edilerek fossa cranii anteriorun içeriği boşaltılır.



Yenidoğan Otopsisinde Başın Açılması

Bundan sonra dural sinuslar açılır ve bir forceps ile dura tabanından ve kafatasının yan duvarlarından ayrılır. Daha sonra bir çekiç ile orta kulak boşlukları ve antrum mastoideum açılır. Bundan sonra beynin çeşitli kısımları yetişkin beyninde olduğu üzere parankim incelenmesi yapılmak üzere disseke edilir.

Göğüs Organları ve Karın Boşluğu Organları: Tiroid kırdağı hizasından başlayarak orta hattan geçmek ve göbeğin etrafından dolaşmak üzere pubise kadar uzanan primer birinsizyon yapılır. Bundan sonra karın boşluğu açılır ve göğüs boşluğu açılmadan önce diyaframın yüksekliği tespit edilir. Respirasyon öncesi, diyaframın tepesi 3. veya 4. kostaya kadar ulaşabilir. Bundan sonra thorax boşluğu açılır ve thorax boşluğu organları özellikle akciğerlerin topografisi dikkate alınarak in situ incelenir. Bundan sonra boğaz organları ve torax organları diyafram hizasına çekilir ve ösofagus ile trakea bağlanır. Bundan sonra diyafram ikiye ayrılarak böbreklerin arkasından ve lateralinden yapılan disseksiyonla bütün abdominal ve pelvik organlar torax boşluğu organları ile bir bütün olarak çıkartılır. Larenks, obstruksiyona neden olacak yabancı bir cisim olasılığına karşı araştırılır. Aynı amaçla trakea ligatur hizasına kadar açılır. Akciğer, kalp ve trakea diğer organlardan bir bütün olarak ayrılır ve soluk almış olup olmadığı araştırılır.

Kalp erişkinde yapıldığı üzere aynı yöntemle açılır. Sadece yenidoğanda foramen ovaleye ve ductus arteriosusa özel dikkat göstermek gerekir.

Mide ve barsaklar açılırken mide ve duodenum arasında çift ligatur uygulanarak, ligaturlar arasında kalan bölüm kesilir. Bu şekilde daha önce ösofagus tarafından ligatur konulmuş olan midenin tam izolasyonu sağlanır. Midede canlı doğup doğmadığının testi yapılır. Daha sonra küçük kurvatur boyunca açılarak muhtevası ve mucusu incelenir. Muhteva be-

sin artıkları açısından incelenir. Çünkü böyle bir bulgu canlı doğum olduğunun kanıtıdır.

Jejunumun alt ucuna çift ligatur konularak her iki ligatur arasındaki kısım kesilir. Duedenum ve jejunum ayrılarak suda yüzüp yüzmediği araştırılmalıdır. Bundan sonra barsaklar yöntemine uygun olarak açılarak içeriği incelenir.

Ama bazı çalışmalar göstermiştir ki Dosimaci deneyleri tamsağlıklı sonuç vermemekte bazen yanıltıcı olabilmektedir(19). Albin Haberda yaptığı bir çalışmada şu sonuca ulaşmıştır.

68 yenidoğan ölümü incelenmiş ve kordonun doğum sırasında basıya uğraması ile intrapertal amnios sıvısı aspirasyonunun meydana geldiği görülmüştür.

Dosimazi deneylerinin değerlendirilmesinde güçlükler olduğu ve bunun anatomik araştırma metodları ile desteklenmesi gerektiği savunulmuştur. Çünkü bazı durumlarda akciğerlerin içinde hava bulunmamasına karşın canlı doğum olmuş olabileceği görülmektedir. Solunum yollarının amnion zarı parçalarıyla tıkanması ya da parçalanmamış amnion zarı ile olan doğumlar ve ventilasyona başlamış akciğerlerdeki havanın doğumdan sonra resorbe olması sonucu docimasının negatif çıktığı görülmekte olduğu savunulmaktadır.

Buna örnek olarak da Albin Haberda şu vakayı anlatmaktadır. 17 yaşında sıhhatli bir kadında ani doğum sancıları başlıyor. Annesi ve sonra da doktora haber veriliyor. Yaklaşık 20 dakika sonra doktor geldiğinde çocuğu plasenta ve yırtılmamış amnios zarı ile doğmuş olarak buluyor. Doktor gelir gelmez amnios zarını yırtmasına rağmen yenidoğan ancak ölü olarak çıkartabiliyor. Otopsisinde hiçbir darp-cebir izi bulunmadığı görülüyor. Akciğerlerde hava bulunmuyor, aspirasyon bulguları da negatif. Tesbit edilebilen tek patolojik bulgu olarak histolojide myokart hücrelerinin sitoplazmasınının masif

vakuoller göstermesi ve karaciğerde epitel hücrelerinde fokal fakat belirgintarzda vakuoller bulunduğu saptanıyor. İntrauterin ölümü gösteren maserasyona ait bulguların olmaması olayın hemen doğumdan önce ya da hemen sonra meydana geldiğini düşündürmekte olduğunu söylüyor.

İntrapartum asfixi teşhisi koymanın çok zor olduğu ve kanıt değerleri çok tartışma götürür olan seröz zarlarda var olan asfiksiye bağlı kanama bulguları ile amnion sıvısı içeriğinin incelenmesi ve mekonyum aspirasyonuna bakılarak sonuca ulaşılabileceği söylenmektedir. Bu vakada bunların olmaması ama placentanın vaktinden evvel ayrılmasıyla intrapartum asfixi olabileceği düşünülürse de bulguların bulunmadığı görülmektedir. Histolojik olarak myokart hücrelerindeki epitelinde ve böbrek meduller tubulus epitelinde perinukleer lokalizasyon gösteren optik olarak boş görünen vakuoller olduğu görüldü. Myokarda liflerde kısmi nekroz, myokard hücrelerinde grup halinde nekroz bulunmaktaydı.

İşte araştırmacı Albin Haberda bu vakuollu dejenerasyonun çocuğun ağır ve akut bir hipoksiye uğradığını ve bunun da anne dolaşımının fetoplacenter dolaşımdan aniden ayrılmasıyla meydana geldiğini söylemektedir. Yenidoğanın oksijensizliğe dayanıklılığı gözönüne alındığında dokulardaki hipoksik değişikliklerin çok yüksek düzeyde olmaması anlaşılmaktadır.

Bu bulgular sayesinde teşhis konabilmekte ve intrapartal asfixi denebilmektedir. Yoksa aspirasyonun olmaması bu sonucun kuşkulu karşılanmasına neden olacaktı, demektedir araştırmacı. Çünkü solunum ağır hipoksi ve hiperkapniye rağmen başlamadığı gözönüne alındığında ve amnion sıvısı aspirasyonu da olmadığından asfixinin genel çizgilerine uymadığı düşünülmektedir. Ama Walcher(19) amnion sıvısı aspirasyonu olmayan ve mekonyum atılması olmayan intrauterin asfixinin ve bunun sonucu ölüm olaylarının bulunduğunu bu vakalarda çok muh-

temelen solunum sisteminin daha önce stimülasoyna uğramadan paralizi olduğunu düşünmektedir.

Bugün için daha intrauterin hayatta fetal solunum sisteminin belli bir aktivitesi ve reaksiyon kabiliyeti olduğu bilinmektedir. Fakat yine de perifer kemoreseptörler kan basıncı parsiyel basınçlarının değişimlerine karşı duyarlı değildirler. Bu nedenle intrauterin solunum amplitüdü ve frekansı çok az değişmektedir. Ancak doğum olayının sona ermesinden sonra PO_2 düşer ve PCO_2 yükselir, aortadaki kemoreseptörler aracılığıyla ve N.Vagus üzerinden vazomotor merkezin pressor kısmı aktive edilmektedir. Bu aktivasyon servikal ganglionlarda tonus yükselmesine neden olur ve glomus caroticumu besleyen arteriollerin konstrüksiyonuna neden olur. Ancak bu sayede Carotis bifurkasoyndaki kemoreseptörler, kandaki PO_2 'nin değişikliğine cevap verir duruma gelirler. Yani glomus hücrelerinden gelen afferent impulslar medulla oblongatadaki solunum sisteminin inspirasyonla ilgili kısmını aktive eder ve bu şekilde yenidoğanın ilk nefes alışı gerçekleşir.

Bugün için yenidoğanda ilk solunumun böyle meydana geldiği düşünülmektedir. Yukarıdaki olayın buna uymaması ve solunum sisteminin paralize olduğu düşünülmekteyse de Almanya'da 1977-1987 yılları arasında yapılan ve bulunan 68 intrapartum ölüm vakasının incelenmesinde Placentanın vaktinden evvel ayrıldığı olaylarda hipoksik değişiklikler olmasına karşın aspirasyon bulgularının genelde olmadığı ve negatif olarak bulunmakta olduğu belirtilmektedir(19). Ama buna karşın kordon komplikasyonlarına bağlı olarak gelişen intrapartal asfixilerde aspirasyon bulgularının daha fazla olarak görüldüğü de yine aynı araştırmada bulunan bulgular arasındadır.

Anlaşılmaktadır ki ölüm nedeninin saptanmasının, çocuğun canlı doğup doğmadığının saptanmasında kullanılan yöntem-

lerin sonuçlarının değerlendirilmesinde rolü olacağı ve docimasi deneylerinin yanında özellikle morfolojik değişikliklerin ele alınması gerektiği görülmektedir.

İnfantisid olayı hukuki yönden bir kanun maddesiyle Türk Ceza Kanununda yeralan ve adam öldürme eyleminin belli koşullar içerisinde meydana getirildiğinde alınacak cezanın farklı olacağını belirten bir kanun maddesidir.

Bu kanun maddesinin adam öldürmenin hafifletici unsurlar yüzünden azaltılmış bir şekli değil de başlı başına farklı bir eylemin değerlendirilmesi olarak ele alınması gerektiğini düşünen görüşler de vardır(13).

Ceza Kanunumuzun 453.maddesi infantiside ayrılmış ve hangi koşullarda infantisid kabul edileceği ve hangi şartları içerdiği belirtilmektedir.

İnfantisit olayına ceza kanunu yanında Medeni Kanun açısından da yaklaşmak gerekmektedir. Medeni Kanununun 27.maddesinde "şahsiyet çocuğun sağ olarak tamamiyle doğduğu andan başlar" denmektedir. Bu da bazı koşulları içermektedir:

a) Doğum tamamlanmış olmalıdır: Doğumun tamamlanmış olması, çocuğun anasının hayatından, bedeninden ayrılması, maddi olarak dünyaya gelmesidir. Çocuğun doğumun tamamlanmasından önce mi yoksa sonra mı öldüğünü tespit etmek adli tıp sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır. Doğumun tamamlanmış sayılması için göbek kordonunun kesilmesinin gerekip gerekmediği, hukuk bilimine göre bunun kişiliğin başlangıcı yönünden önem taşımadığıdır.

b) Çocuk canlı (sağ) doğmalıdır: Canlı doğmanın kriteri, ölçütü, çocuğun nefes alması ve kalbinin atmasıdır. Ölü doğan çocuğa sonradan çeşitli şekillerde (masaj-elektro şok) yaşaması sağlanırsa yine çocuğun kişilik kazandığını kabul

ederiz. Hukukumuz bakımından çocuğun yaşayabilirlik (viable, lebensfaehig) olması başka bir deyimle yaşamaya organik bakımdan yetenekli olarak doğması şart değildir(26). Ancak canlı ve tam doğan varlığın, bir erkekle bir kadının cinsel ilişkilerinin veya çocuk yapma organlarından oluşan erkek spermiyle kadın yumurtasının birleşmesinin, ödüllendirilmesinin ürünü olmalıdır. Doğumdan sonra çocuğun belli bir süre yaşaması şart değildir. canlı ve tamamlanmış bir doğum kişiliğinin kazanılmasına yetmektedir. Görülüyor ki onun bir defa nefes alması başka bir deyişle tespit edilebilen en küçük bir zaman süresinde (bir an) yaşamış olması yeterlidir.

Yalnız burada istisani durumlardan da bahsetmek gerekir. Mesela çocuk annesinin 280-300 gün süren ibir gebeliğinden sonra değil de 240 günde veya daha da erken sağ olarak doğmuşsa fakat yaşaması olanak dışıysa veya anormal (mesela iki kafalı veya üç elli) olarak doğmuşsa ve bir süre yaşamışsa durum ne olacaktır? İsviçre'de hukukçulardan ve hekimlerden kurulu bir uzmanlar komisyonunun kabul ettiği esasa göre sağ doğan çocuğun kafasının, vücudunun ve uzuvlarının ana rahminden çıkmış olması ve doğan çocuğun vücudunun 30 cm. uzunluğunda bulunması gerekir. Bundan küçük olanların MK 27 maddesi gereği bir varlık sayılması mümkün olmaz(22). Keza doğan varlığın acaip bir yaratık olması halinde de aynı sonuca varılmakla gerektiğini bildirmekteler. Buna karşılık sağ doğan çocuk sakat ise mesela bir kolu yoksa veya sağır veya kör ise onun şahsiyet kazandığını kabul edilmesi gerektiği düşüncesi hakimdir.

Türk CEza kanununda infantisit olayı 453. maddede değerlendirilmiştir. Bu maddeye göre "kasten katil cürmü failin veya karısının yahut anasının veya kızının ve torununun yahut kız evlatlığının veya kız kardeşinin haysiyet ve namusunu kurtarmak için yenidoğmuş çocuğu aleyhine işlenmiş ise" fail cezalandırılır. Bu kanun maddesinde suç ile korunan hukuki yarar hayat, yaşama hakkıdır. TCK 448'den farklı bir şekilde

adi adam öldürme suçundan farklı olarak ayrı bir cürüm (suç) olarak ele alınmakta ve cezayı daha az olarak öngörmektedir. Bu hüküm adam öldürme suçunun hafifletilmiş bir şekli olmayıp başlı başına farklı bir suç oluşturmuştur. Bu ayırım suçun birlikte işlenmesi halinde suç ortaklarının cezalandırılması yönünden önemli bulunmaktadır.

453. maddede belirtilmiş olan kimseler dışında azaltıcı cezadan faydalanamaz. Yenidoğmuş çocuğunu öldüren ana, karısının gayrimeşru çocuğunu öldüren veya karısının fiiline katılan koca, anasının veya kendi kızının veya kız torununun veya kız evlatlığının gayrimeşru çocuğunu öldüren kardeşin cezası azaltılır. Kanun azaltımdan faydalanacak kişileri sınırlamıştır. Bu yüzden örneğin nişanlısının gayrimeşru çocuğunu öldüren erkek veya herhangi bir şahıs örneğin kadının sevgilisi, bunu kadının şerefini kurtarmak için yapmış olsa bile azaltımdan faydalanamaz. Başkası ile evli olan ve yasa dışı cinsel ilişkisinden doğan çocuğun annesinin yasal kocası olmayan sanık bu kanun maddesinde öngörülmüş kişiler arasına giremez. Bu nedenle çocuğu öldürmesi eylemi TCK 448 (Adam öldürme) kapsamı içinde kalır(13).

Bu arada başka bir eylemden de kısaca bahsetmek gerekmektedir. "Çocuk terki". Yenidoğmuş bir çocuğun terkedilmesi halinde bir ayırmda bulunmak doğru olur. Çocuk ölmesi için terkedilmiş ise 5kimsenin yardım edemeyeceği bir yere bırakılmış olması gibi) fail hakkında diğer şartlarda mevcut ise 453. madde, çocuğun ölmesini sağlamaktan farklı bir amaçla terkedilmiş olması halinde ise (çocuğun bir yetimhane kapısının önüne bırakılmış olması gibi) 475. madde (Doğumundan henüz beş gün geçmemiş gayrimeşru çocuğun kanunun öngördüğü kişiler tarafından terk edilmeleri fiilini kapsamaktadır), uygulanmalıdır. Eğer failde öldürmek veya terk etmek kastı bulunmamakla beraber tedbirsizlik mevcut ise hakkında 455. madde (tedbirsizlik, dikkatsizlik veya sanatta acemilik veya nizamat ve emir ve talimata riayetsizlik ile bir kimsenin ölü-

müne sebep verilmesini kapsamaktadır) uygulanması gerekmektedir(13).

Kanunun öngörmüş olduğu şartlardan biri de "yenidoğan" olmasıdır. Eskiden kanunda "henüz nüfus siciline kaydolmamış ve doğumundan beş gün geçmemiş çocuğun öldürülmesinden bahsedilir.

Burada amaçlanan şey nüfus siciline kayıt ile çocuğun varlığından cemiyet, toplum resmen haberdar olmuştur. Ama bu 2275 sayılı kanunla bu değiştirilmiştir. Kanun şu gerekçe ile değiştirilmiştir. 1933'deki değişiklik için verilen raporda 'failin hafif cezaya uğraması bir ailenin haysiyetini kırarak gayrimeşru çocuğun doğması anında iradesi üzerinde yapacağı tesir dikkate alınarak verilmiş olduğu doğumundan beş gün içerisinde öldürme gerçekleştirilirse, bunu gene bir azaltıcı sebep olarak kabul edilemeyeceğinden belirtilen kayıt maddeden çıkartılmış ve yalnız o fiile çocuğun doğarken veya doğar doğmaz öldürüldüğü halde hafif ceza verilmesi kabul edilmiştir. Adalet komisyonunun raporuna göre çocuğun doğumdan hemen sonra öldürülmüş olması şarttır.

I.Ceza Dairesi 12.3.1961 E543 K501 ile yenidoğan çocuğun öldürülmesi halinde kaç günlük olduğunu saptama gereği karar altına alınmıştır. Gene I.C.D.2211. 1953 E483 K224'e göre on günlük olduğu iddia edilen çocuğun yenidoğmuş olarak kabulü ile 453. maddenin tatbiki mümkün değildir demiştir.

Yenidoğmuşluk kavramının kesinlik kazanmadığı görülmektedir. Yalnız Yargıtayın bir içtihadının olaya biraz netlik kazandırdığı kanaatindeyim. Yargıtay bu süreyi annenin doğum psikozunun sürdüğü zaman süresi ile sınırlama eğilimindedir. I.CD 13.10.1967, 1955/2367'deki olayda sanığın evli olduğu halde meşru olmayan bir çocuğu doğurduğu emzirmemek suretiyle aynı gün öldürdüğü doğumdan meydana gelen ruhi ve bedeni buhranın tesiri altında doğumdan sonra öldürmüş olduğu

anlaşıldığına göre sanık anne hakkında 453. maddenin uygulanması gerektiğine karar verilmiştir. Bir başka içtihadta I.CD. 2.8.1965 283/1618'e göre "453. madde mehaz kanuna uygun olarak doğan çocuğun (nüfus siciline kaydından evvel ve doğmasından beş gün zarfında işlenmesi halini gözönünde tutmuş iken) madde tadil edilerek bu şartlar kaldırılıp yenidoğmuş çocuk aleyhine işlenmiş olması keyfiyeti kabul edilmiş ve mucip sebep olarak da gayrimeşru çocuğun doğması anında irade üzerinde yapacağı tesir gözönünde tutularak bu maddenin tadil edildiği ve böylece bir çocuğun doğarken veya doğar doğmaz öldürülmesi halinin hedef tutulduğu bildirilmiştir. Bu içtihadta göre yenidoğmuş çocuk kavramı buhran (psikoz) hali ile saptanacaktır, denmektedir(12).

Suçun işlenmesindeki hareket yönünden 453. maddede bir bağımlılık yer almamaktadır. Suç hareketin niteliği bakımından değerlendirildiğinde serbest hareketli bir suçtur. Manevi unsur yönünden failde kastın arandığını, kastında özel kast biçiminde gerçekleşmesi gerektiğini belirtmek gerekir. Kanun haysiyet ve namus kurtarma saikiyle işlenmesini belirtmektedir. Bu saikler suçun işlenmesinde manevi unsur yönünden özel kasta temel teşkil edeceklerdir(21).

Kanunun bir unsuru da şeref, haysiyet ve namusu kurtarma saikidir. Yoksa çocuğun mirascı olmasını önlemek, hatta hilkat garibesini yarattığı yok etmek saiki ile suçun işlendiği durumlarda 453. madde uygulanamaz. Şeref ve haysiyet kavramının kabulünde görece ölçülerden hareket etmek ve bu kavramları toplumda onlara verilen kıymete göre değerlendirmek lazımdır. Irzına geçilmiş olması sonucu gebe kalan kadının yenidoğmuş çocuğunu öldürmesi halinde 453. maddeden bahsedilebilir. Çünkü sosyal eğilimler anlamlı olmasa bile bu çeşit bir anneliği annenin şahsı için bir değersizlik haline sokmuştur. Irza geçme sonucu gebelik halinde yenidoğmuş çocuğun öldürülmesinde gebe kalan annenin kusuru olmadığı bu sebeple şerefsizlikle suçlanamayacağı ileri sürülebilirse de üçüncü kişi-

lerin bu konuda tam bilgileri olamayacağı, toplumsal hoşgörünün sağlanamayacağı belirtilmektedir(13).

Haysiyet ve namusu kurtarmak saikini de açıklamak gerekir. Gebeliğin anormal cinsel bir ilişkiye bağlı olması gereği anlaşılır. Gebelik süresi içinde kadının gebe olduğu öğrenilmemiş olmalıdır. Çevre ve toplum kadın hakkında belli bir yargıya varmış ise doğum sonu çocuğun öldürülmesi haysiyet ve namusu kurtarmaz. Gebeliğin gizlenmiş olması gerekir. Gebe kadın toplum normlarına genel ahlak kavramları dışında bildiği bir yaşamı alenen sürdürüyor ise bu yaşam nedeniyle oluşan gebelik ve çocuk doğurmada haysiyet ve namus zedelenmiş sayılmaz. Çocuk öldürmekle haysiyet ve namus kurtarılmış olmaz. Yasal deyimden anlaşılması gereken gayrimeşru cinsel bir ilişki sonu oluşan çocuğun öldürülmüş olmasıdır. Bu gibi çocukların öldürülmesinde kasıt unsuru gebeliğin anlaşılmasından sonra oluşmaya başlar. Çocuğun ve annenin geleceklere hakkındaki endişe, toplum ve ailenin anne veya çocuğuna göstereceği tepkiden korkma, namus ve şerefine, haysiyetinin lekeleneyeceği düşüncesi çocuğu sessizce, kimsenin haberi olmadan ortadan kaldırılabilme ümidi doğar, gelişir. Bu motivasyon kişiyi cinayete sürükler(13).

Bu suçun cezası beş yıldan on yıla kadar ağır haptir.

Ülkemizdeki infantisid ile ilgili kanun maddesinin benzeri de İspanyol ceza kanunlarında gözükmektedir. Anne ve aile büyüklerinin (çocuğun dayısının ve annenin anne ile babasının) bu olayı işlemeleri halinde infantisid olayı olarak geçerlilik kazanır. Portekiz ve Arjantin'de de benzer uygulamalarla aynı kanun geçerli olmaktadır.

Almanya Ceza Kanunu 217. maddesi de (Avusturya ceza Kanunu 139 ve Hollanda Ceza Kanunu 290'da benzer şekildedir) infantisidden bahsetmektedir. Doğuran kadının suçu işlemesi

halinde cezada bir indirim olacağını söylemektedir. Loğusalık süresinde işlenen suç bu kapsam içerisinde değerlendirilmektedir. Ama net bir infantisid tanımlaması yapılmamıştır.

Danimarka ceza kanunu 238, İsrail 217-I, İsviçre 116, Yugoslavya 138, Avusturya 139 ve Hollanda 290. maddede belirtildiği üzere suç anının değerlendirilmesi gözönüne alınmıştır. Doğum anı ya da doğum stressini yaşadığı zamanı doğum psikozu sırasında kabul etmektedir. Bu olayın meydana geldiği zamanda net bir şuur açıklığının ruhsal dengenin olmadığı gözönüne alınarak değerlendirme yapılmaktadır(47).

İngiltere'de 1929'da kabul edilen bir kanuna göre çocuk tek başına yaşama kabiliyeti gösterebilecek bir durumda olduktan sonra meydana gelen olaylarda infantisidden bahsedilebilir. Bağımsız tek başına yaşayabilirlik kavramı ise doğmakla aynı anlamı taşımaz. Çünkü bir bebek canlı doğmuş olup hiç hareket etmeden ve nefes almadan öylece kalabilir. Kanun bir çocuğun anne karnından tamamen ayrıldıktan sonra nefes alma ya da başka yaşadığını kanıtlayan herhangi bir hareket yaptığında ancak bağımsız olarak ayrılmış olduğunu söyleyebilmektedir. Bu bir kalp sesi olabilir. (Göbek kordonunda nabız atışı olabilir). Hafif hareketler (yerçekimi ya da başka sebepten kaynaklanmış olabileceğinden) canlı yaşadığı kanıtı olarak kabul edilemez.

İngiltere'de genel eğilim infantisidin cinayet olmaktan çok laktasyon sırasında annenin mental ve ruhsal dengelelerinin etkilenmesi ile ortaya çıkan bir olay olduğu şeklindedir(24). Kanundaki tanımlaması ile genellikle tek başına yarıdmsız olarak fiziksel ve emosyonel gerilim içerisinde bir hareketle ya da saldırganlık içerisinde öldürmesidir.

Bu sıradan bir cinayet olarak ele alınamaz çünkü annenin akli şuuru böyle bir olayda tam dengeli olarak düşünülemez. Olay sırasında annenin akli dengesinin doğum etkisiyle

tam olmadığı belirtilir. Anne dışında bu olayı kim yaparsa yapsın sıradan bir adam öldürme olarak değerlendirilecektir. 1967'deki kürtaj yasasından sonra istenmeyen çocuktan legal olarak kurtulunabileceğinden artık İngiltere'de infantisid görülme sıklığının iyice azalmış olduğu görülmektedir. Mahkemeler infantisid olaylarına daha ılımlı bir şekilde yaklaşmakta, çocuğun doğumu sırasındaki etkilere bağlı olarak bu olayı yaptığı görüşünün ağırlığında belli bir süre gözaltı ile mahkemelerin sonuçlandığı görülmektedir.

Fransa'da Ceza Kanunu 300. maddesi infantisid olarak ayrılmış ve infantisidi uygulayacak olan kişilerin baba, kardeş hatta sevgilisinin bile olabileceği söylenmektedir(47). Yenidoğan süresi hakkında ise belli bir süre belirtilmemişse de bir içtihadı göre üç gün olarak kabul edilmektedir. Bu üç gün kriteri yasal nüfusa kayıt olma süresini göstermesi yüzünden konulmuştur. Süre olarak İngiltere farklılık göstermekte ve bir ay yani 30 gün içerisinde olan olayları infantisid olarak kabul etmektedir. Diğer ülkelerde ise genellikle bu süre doğum anı ya da doğum anından hemen sonrası ile sınırlıdır.

İspanya, Arjantin, Portekiz, Fransa gibi Latin, Akdeniz ülkeleri anne ve aile yakınlarını suç faili olarak kabul ederken diğer ülkelerde suç faili olarak sadece anne kabul edilmektedir. Almanya, Avusturya, Danimarka, Hollanda, İsveç ve İsviçre sadece anneyi suçlu olarak kabul etmekte başkalarının suçu işlemesi ya da sadece yardımcı olduğu durumlarda bile suçu adam öldürme suçuna sokmaktadırlar.

Cezalar ise Fransa'da bir yıl, İsviçre'de kesin infantisid olduğu kanıtlandığında 6 ay olarak gözükmektedir. Hollanda'da ise maksimum 6 yıla çıkabildiği bunun da büyük bölümünün gözaltı ile geçtiği görülmektedir. Danimarka'da en çok 4 yıla çıkan cezanın bazı durumlarda 30 güne kadar düştüğü görülmektedir. Alman kanunlarında üç yıldan az olmamak koşu-

luyla cezalandırılır. Hafifletici sebeplerle 10 aya kadar düşebilir denmektedir.

Bir başka önemli kriter de çocuğun meşru ya da gayrimeşru olmasıdır. Bazı ülke hukuklarında gayrimeşru (illegitimate) olup olmaması önem taşımamaktadır. Fransa, Hollanda, İsrail, İsviçre ve Yugoslavya bu ülkeler grubuna girmektedirler. Almanya, Belçika, İsveç ve meşru çocuğa karşı yapıldığında cezanın arttırımına giderler.

Dikkati çeken bir nokta da gebeliğin kürtaj ile sonlandırılmasının yasallaşması ile infantisid sıklığı arasında bir ilişki bulunmasıdır. Gebeliğin kürtaj ile sonlandırılmasının yasallaştığı ülkelerde infantisid görülme sıklığı azalmaktadır. Bu nedenle sosyo-kültürel yönden geri kalmış ülkelerde daha çok sayıda infantisid vakalarına rastlanmaktayken, yasal olarak küretaj yapılan ülkelerde infantisid görülme sıklığı azalmaktadır.

İnfantisid olaylarının bir başka boyutu kanunun hangi sınırlardan sonra yaşayabilir sınırını çizdiğiidir. Bu her ülkenin hukukunda farklı uygulamalar şeklinde görülmektedir. Örneğin Amerika'da 20.gestasyon haftasından sonra fetus bir canlı kişi gibi kabul edilmekte ve haklarına sahip olmaktadır. İngiltere'de ise bu 28 haftadır. Ancak bu süreden sonra kanunen canlı bir kişi değerlendirmesi yapılmaktadır. Bizde de bu süre yine 28 hafta olarak kabul edilmektedir.

Ayrıca Ceza Kanunları dışında Ceza Muhakeme Usul kanunlarında da yenidoan otopsileriyle ilgili kanun maddesi bulunmaktadır. C.M.U.K. 82. maddesine göre yenidoğan otopsislerinde dikkat edilmesi gerekli özellikler vardır.

MADDE 82: Yenidoğmuş bir çocuk ölüsünün açılmasında yapılacak fenni tetkikler, çocuğun bilhassa doğumu takiben yahut doğum esnasında yaşayıp yaşamadığını ve vaktinde doğup

doğmadığını yahut vakitsiz doğmuşsa yaşayabilecek bir halde olup olmadığını tayine matuf olur.

Bu maddeye bağlı olarak canlı doğup doğmadığı, miadında mı doğmuş olduğu ve miadından önce doğmuşsa yaşayabilecek bir halde olup olmadığını tayine yönelik otopsi çalışmasını içermektedir.



GEREÇ VE YÖNTEMLER

1977-1987 yılları arasında İstanbul ve çevresindeki yargı organları tarafından gönderilerek Adli Tıp Kurumu Morg İhtisas Dairesinde otopsi yapılan olgular ayırım gözetmeksizin birbiri ardından incelenerek yenidoğan çocuk ölümü olguları ayrılmış bunlar arasından da infantisid olanlar saptanarak tüm otopsi olgularında olduğu gibi siyah-beyaz ve renkli fotoğrafları çekilmiştir.

B U L G U L A R

1977-1987 yılları arasında, İstanbul Adli Tıp Kurumu Morg İhtisas Dairesi tarafından yapılmış olan toplam 14.540 otopsi olgusu kayıtları retrospektif olarak gözden geçirildi, siyah beyaz v erenkli fotoğrafları çekildi. Bu vakalardan 314 tanesinin yenidoğan dönemine ait ölümler olduğu saptandıktan sonra, bu 314 vaka içinde TCK 453 maddede sınırları belirlenen infantisid olarak değerlendirilebilecek vakalar seçildi. Ayırd edilen 52 infantisidin, yıllara ve ölüm nedenlerine göre dağılım ve bu ölümlerle yenidoğan ölümleri arasındaki oransal ilişkiler gözden geçirilerek istatistiksel dökümler yapıldı, kaynaklarla karşılaştırılarak tartışıldı.

I. 1977-1987 Yılları Arasında Yenidoğan Otopsislerinin Yıllara Göre Dağılımı (Şekil 1)

1977-1987 yılları arasında yenidoğan otopsislerinin yıllara göre dağılımı bir grafik (histogram) şeklinde gösterildiğinde, karşımıza şöyle bir tablo çıkmaktadır: Referans yılı olarak alınan 1977 yılında, yenidoğan otopsis sayısı 17 olarak görülmektedir. Bu sayı, 1978 yılında % 70 civarında bir artış göstererek 28 olmuş, bunu müteakiben, takriben % 3,5 oranında bir düşüş göstererek, 1979 yılında 23 olarak gerçekleşmiştir. 1980 yılında ise, histogramın ilk peak'lerinden biriyle karşılaşmaktayız. Burada, otopsi sayısındaki artış, bir önceki yıla göre, % 55 dolaylarında bir artış göstererek 35 olarak gerçekleşmiştir. 1981 yılında ise, otopsi

sayısı, % 27'lik bir düşüş göstererek, 26 olmuştur. histogramımızdaki 2.peak ise 1982 yılına aittir. Yenidoğan otopsi sayısı, 1981 yılına göre, % 57 oranında bir artış yaparak, incelenen zaman dilimindeki en büyük değerine ulaşmıştır. Bunu 1 eksik ile, yenidoğan otopsi sayısı 40 olan 1983 yılı takip etmektedir. 1984 yılında ise, otopsi sayısında dramatik bir düşüş saptamaktayız. 40 ile ikinci bir peak yapan 1938 yılına karşılık, otopsi sayısı, % 32 oranında gerileyerek, 27 olarak gerçekleşmiştir. 1985 yılında ise, bir önceki yıla göre hafif bir artış saptamaktayız. Bu artış, % 11 oranında olmuştur(30). Yine 1986 yılında bir önceki yıla göre % 11'lik bir artış saptamaktayız(33). Histogramımızdaki 2. dramatik düşüş ise, incelenen zaman diliminin son yılı olan 1987'de görülmektedir.

Burada, düşüş 1986 yılına oranla; % 57 olarak gerçekleşmektedir. Bu yıl aynı zamanda, incelenen zaman diliminde yenidoğan otopsi sayısının en düşük olduğu yıl olarak karşımıza çıkmaktadır. Sonuç olarak, 1977-1987 zaman dilimi içindeki yenidoğan otopsislerinin, yıllara göre oldukça düzensiz ve asimetrik bir dağılım gösterdiğini söyleyebiliriz. Sırası ile 1982 ve 1983 yılları, yenidoğan otopsisini açısından en yoğun yıllar olarak dikkatimizi çekmektedir.

II. 1977-1987 Yılları Arasında İnfantisid Nedeniyle Gelen Otopsi Vakalarının Yıllara Göre Dağılımı (Şekil 2).

1977-1987 yılları arasında infantisid nedeniyle gelen otopsi vakalarının yıllara göre dağılımını inceleyecek olursak, histogramımızda, Şekil 1'de göstermeye çalıştığımızdan çok daha istikrarlı bir gelişim olduğunu saptayabiliriz. Bu dağılım tabolsunda, bir öncekindeki gibi, yıllara göre dramatik düşüş ve çıkışlar göremiyoruz. referans yılımız olan 1977'de, infantisid nedeniyle yapılan otopsi sayısı 3 olarak gerçekleşmiştir. 1978 yılında ise % 33,33'lük bir artış ile, otopsi sayısı 4 olmuştur. Bütün incelenen zaman dilimi için-

deki en düşük infantisid otopsi sayısını ise, 1979'da bulmaktayız: 1. Burada, bir yıl öncesine göre düşüş % 75'i bulmaktadır. 1950 yılında, yine % 75'lik bir artışla otopsi sayısı 4 olarak gerçekleşmiş, 1981 yılında ise % 75 ile yine aynı artış oranını göstermiştir. Bundan sonraki 3 yılda (1985'e kadar) otopsi sayılarındaki dalgalanma, çok küçük boyutlarda kalmakta, 1985-87 yılları arasını kapsayan 3 yıllık zaman diliminde de yine oldukça istikrarlı bir seyir göstermektedir.

III. 1977-1987 Yılları Arasında İnfantisid/Yenidoğan Oranı (Şekil 3)

1977-1987 yılları arasında incelemeye çalıştığımız 10 yıllık zaman diliminde; 314 yenidoğan otopsi vakasından 52'sinin infantisid nedeniyle yapılmış otopsi olduğunu görmekteyiz. Böylece, infantisid nedeniyle yapılan otopsiler, tüm 314 yenidoğan otopsi vakasının % 16,52 gibi küçümsenmeyecek bir bölümünü oluşturmaktadır.

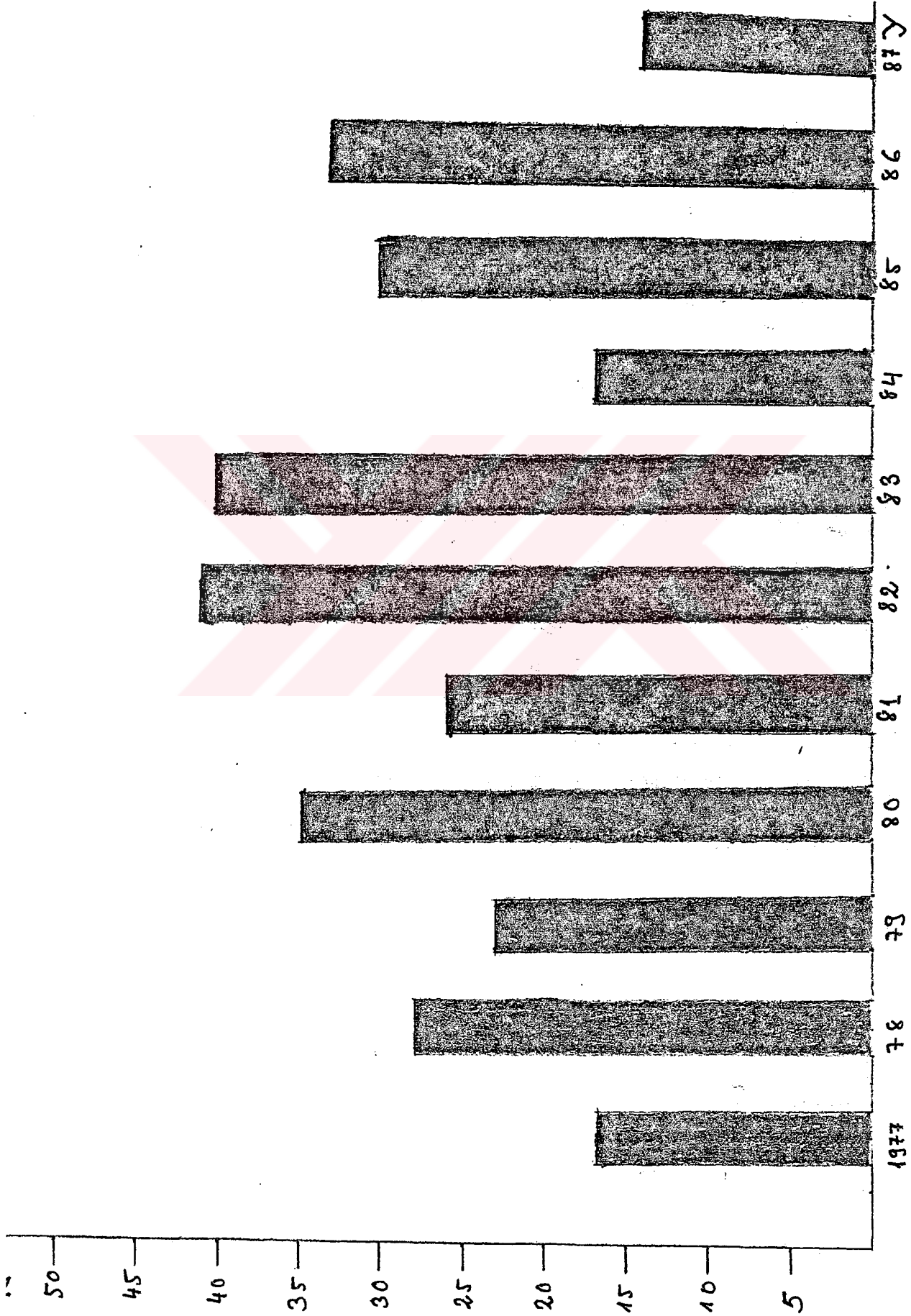
IV. 1977-1987 Yılları Arasında İnfantisid Olgularındaki Öldürme Yöntemlerinin Dağılımı (Şekil 4)

1977-1987 yılları arasındaki 52 infantisid olgusunda, öldürme yöntemlerinin dağılımını inceleyecek olursak, karşımıza şöyle bir tablo çıkmaktadır: 52 olgudan 32'sinde (% 56,73) öldürme yöntemi kafa kırmadır. Bunu ikinci sıklıkla suffokasyon izlemektedir. Suffokasyon 52 olgunun 11'inde (% 21,15) öldürme yöntemi olarak kullanılmıştır. Diğer yöntemlerin ise çok daha az bir sıklıkla kullanıldığını söyleyebiliriz. 3 vakada (% 5,76) infantisid suda boğma, yine 3 vakada (% 5,76) elle boğma, 3 vakada (% 5,76) bağla boğma, 4 vakada (% 7,67) kesici delici alet kullanarak ve 1 vakada da (% 2,95) tuvaalete atmak suretiyle gerçekleşmiştir.

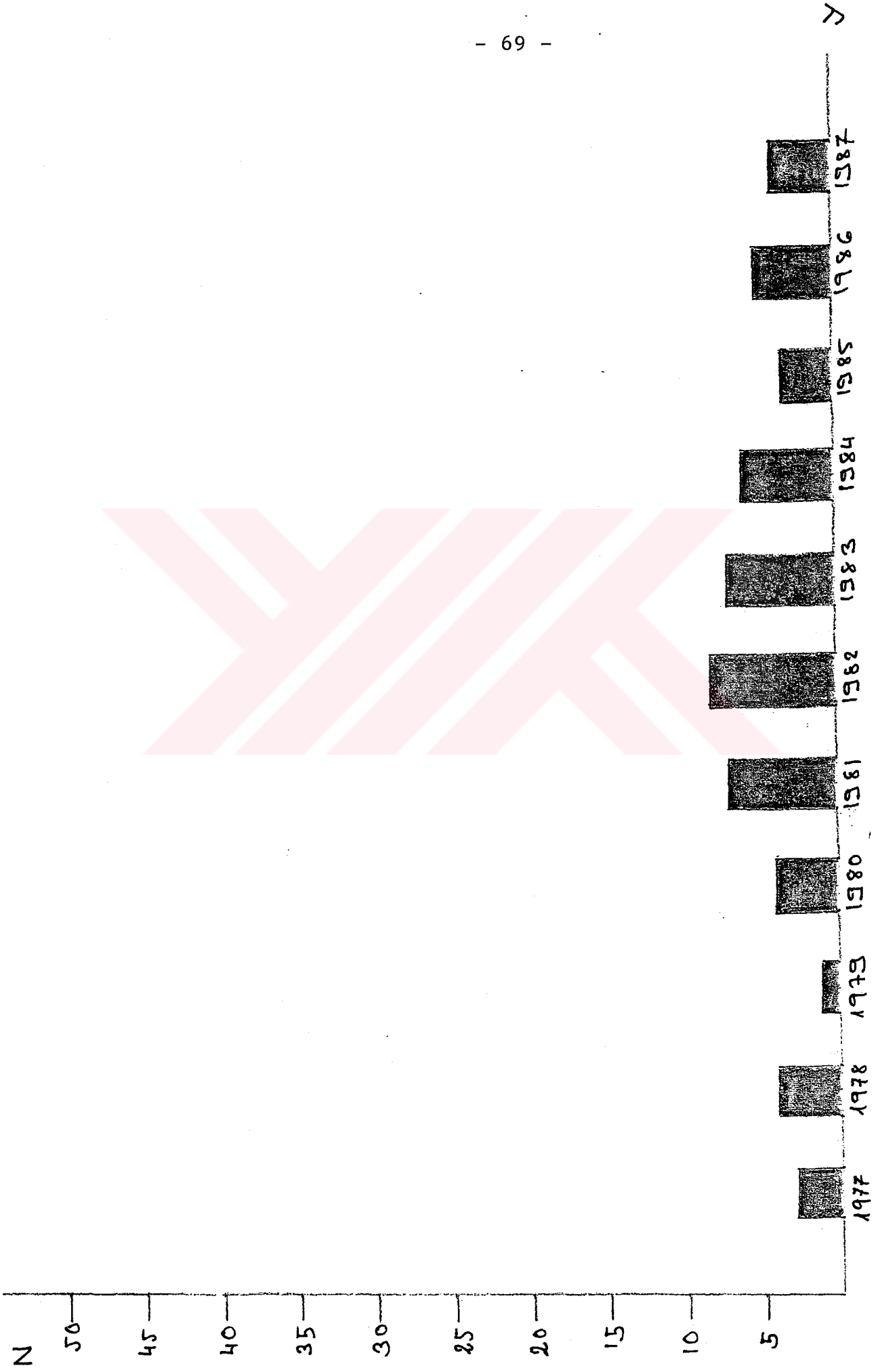
1977-1987 yılları arasındaki infantisid olgularında, kullanılan çocuk öldürme yöntemlerinin yıllara göre dağılımı-

nı incelediğimizde ise, karşımıza şöyle bir tablo çıkmaktadır: 1977 yılında, üç infantisid olayından 1 tanesi, suda boğma, 1 tanesi bağla boğma, 1 tanesi de kesici delici alet kullanmak suretiyle gerçekleştirilmiştir. 1978 yılında ise, ilk defa olarak, kafa kırma yönteminin kullanılmaya başladığını görmekteyiz. Bu yılda, 2 infantisid vakası kafa kırma, 1 tanesi suffokasyon, 1 tanesi elle boğma, 1 tanesi de kesici delici alet kullanma suretiyle gerçekleşmiştir. Ayrıca 2 vakada birden fazla yöntem kullanılmıştır. 1978 yılının özelliği, incelenen 10 yıllık zaman dilimi içinde, tuvalete atma ile gerçekleştirilen tek infantisid vakasına rastladığımız yıl olmasıdır. 1979 yılında, tek bir infantisid olgusuna rastlamaktayız. Bu da kafa kırma yöntemi ile gerçekleşmiştir. 1980 yılında 3 infantisid vakası kafa kırma, 1 tanesi elle boğma, yine 1 tanesi bağla boğma ve 1 tanesi de birden fazla yöntem kullanılarak gerçekleştirilmiştir. 1981 yılı, kafa kırma yöntemi ile infantisid vakalarının en yoğun olduğu yıl olarak dikkati çekmektedir. Bu yılda otopsisini yapılan 7 infantisid vakasından 5'inde (% 71) öldürme yöntemi olarak kafa kırma ve 2 vakada da suffokasyon kullanılmıştır. 1982 yılı, suffokasyon yöntemi ile infantisid vakalarının en yoğun olduğu yıl olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu yıldaki 8 infantisid vakasının 4'ü suffokasyon, 3'ü kafa kırma, 1'i suda boğma ve 1'i de birden fazla yöntem kullanılarak gerçekleştirilmiştir. 1983 yılında ise suffokasyon ve kafa kırma yöntemleri eşit dağılım göstermektedirler. Bu yılda, 3 kafa kırma, 3 suffokasyon, 1 elle boğma, 1 bağla boğma ve 1 de birden fazla yöntemin kullanıldığı infantisid vakaları görülmektedir. 1984 yılı, kafa kırma yönteminin kullanılma sıklığı açısından, 1981 yılından sonra ikinci sıradadır. Bu yılın, diğer bir özelliği ise, ateşli silah kullanımı ile infantisid vakasının bulunduğu tek yıl (incelenen 10 yıllık zaman dilimi içinde) olmasıdır. 1984 yılındaki 6 infantisid vakasının 4'ü kafa kırma, 1'i kesici delici alet kullanma, 1'i de ateşli silah ile gerçekleşmiştir. 1985 yılında karşımıza yalnızca 3 infantisid vakası çıkmaktadır. Bunların 3'ü de kafa kırma yoluyla

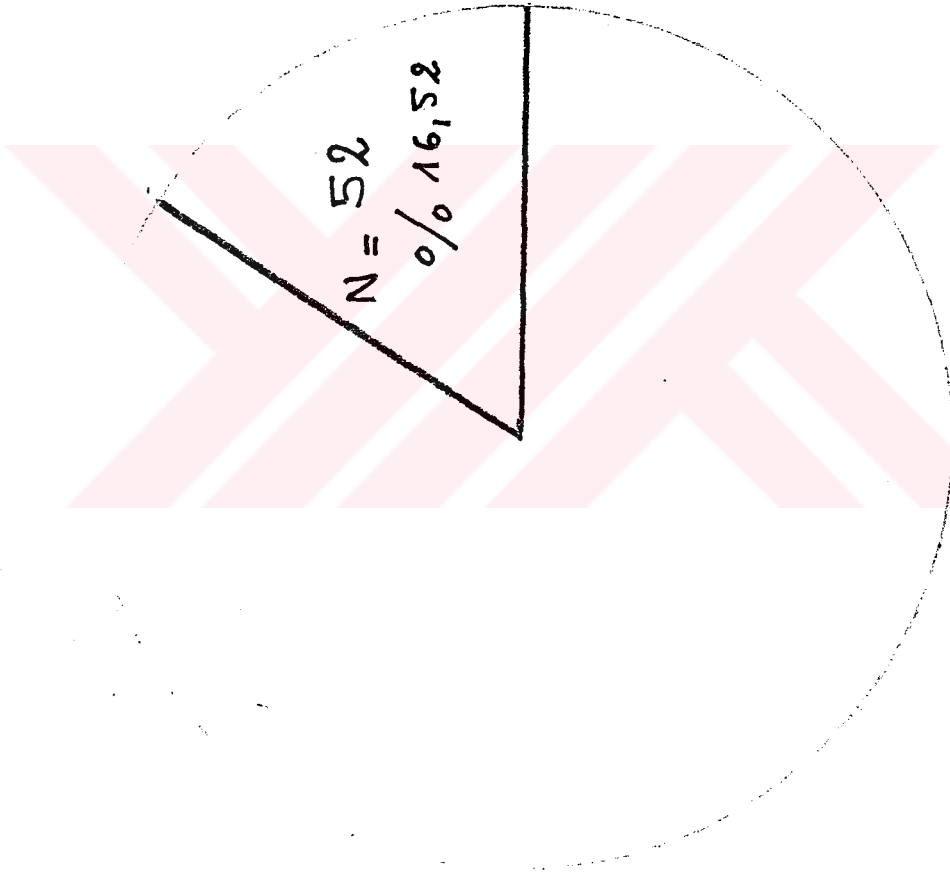
mevdana gelmiştir. 1986 yılında ise, üç kafa kırma, 1 suda boğma, 1 kesici delici alet kullanımı ve incelenen zaman dilimi içinde ilk defa olarak, 1 CO zehirlenmesi ile karşılaşmaktayız. İncelenen zaman diliminin son yılı olan 1987'de infantisid vakası 4 olup, bunlardan 3'ü kafa kırma, 1 tanesi de suffokasyon ile gerçekleşmiştir.



1977-1987 Yılları Arasında Yenidoğan Otopsilerinin Yıllara Göre Dağılımı

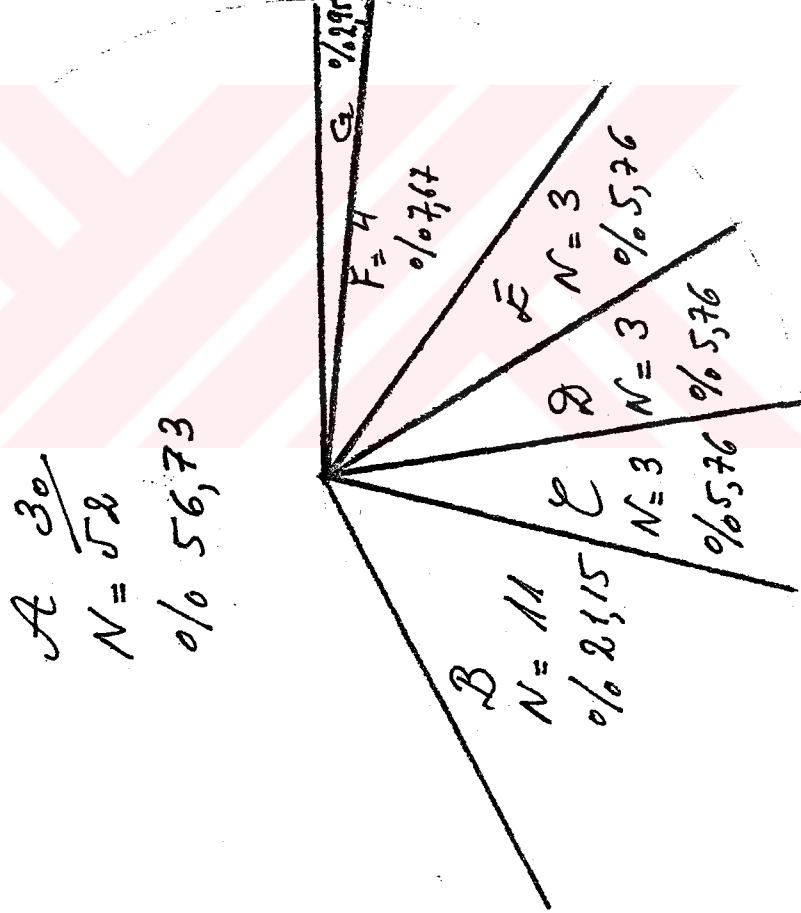


1977-1987 Yılları Arasında İnfantisitid Nedeniyle Gelen Otopsi Vakalarının Yıllara Göre Dağılımı



1977-1987 Yılları Arasında İnfantisitid/Yenidogan Oranı

- A = Kafa kırma
- B = suffokasyon
- C = Suda boğma
- D = Elle boğma
- E = Bagla boğma
- F = Kesici-delici alet
- G = Tuvalete atma



OLGULARIN TAKDİMİ

Bu bölümde 1977-1987 yılları içerisinde Adli Tıp Kurumuna gelen İstanbul yöresinde adli tahkikat ve dava konusu olan ve otopsisı yapılan 52 olgu içerisinde özellikleri olan 5 olu seçilerek takdim edilmiştir.

OLGU 1

(22/2/87. 205/634/870223-2)

Pendik Araştırma Enstitüsü yakınlarında bulunduğu bildirilen yenidoğmuş, hüviyeti meçhul erkek çocuk cesedine Anabilim Dalımızda yapılan 8.4.1987 tarihli otopsisinde şu bulgular saptanmıştır.

Dış muayenede 48 cm boyunda 2900 gr ağırlığındaki erkek bebekte, ölü sertliği geçmiş, ölü çürümesi batında başlamış, ölü morlukları bebeğin pozisyonuna göre yüzün ve vücudun sol yanında kırmızı-mor olarak oluşmuştur. Ayak tabanı 8 cm göbek kordonu 9 cm'den koparılmış, baş parmak tırnağının parmak ucunu geçmiş olduğu saptanmıştır.

Mento-occipital kutur: 12 cm

Fronto-occipital kutur: 11,5 cm

Hiparietal kutur: 9 cm

Calcaneus kemikleşme noktası: 10 mm

Beclard kemikleşme noktası: 5 mm.

Cesedin dış muayenesinde darp-cebir belirtisine rastlanmamıştır. İç muayenede baş açıldı. Saçlı deri kaldırıldı. Sağ temporo-parietal bölgede 7x6 cm ekimoz, etrafında petesial kanamalar olduğu görüldü. Kafatası açıldı. Beynin tüm yüzeyini (kaideyi de kapsayacak şekilde) kaplayan subdural ve subaraknoidal kanama olduğu görüldü. Göğüs açıldı. Sternal kapak kaldırıldı. Akciğerler göğüs boşluğunu doldurmuş, açık kırmızı-pembe renkte sağ akciğerde daha fazla olmak üzere subplevral kanama alanları görüldü.

Yapılan su deneylerinde 1.sinde akciğerlerin bütün olarak suda yüzdüğü 2.sinde akciğerlerin parçalandığında, parçaların suda yüzdüğü, 3.sünde parçaların elle ezildikten sonra yüzdüğü görüldü. Kalp üzerinde de noktavi kanamalar görülür. Karın açıldı. Karın organlarında patolojik özellik.

Histopatolojik tetkikte soluklanmış çocuk akciğerinde intra-alveoler kanamalar tespit edildi. İncelenen akciğer kesitlerinde alveoler lumenlerinin hemen hemen tümü açılmış ve solunuma katılmışlardır. Bronş ve bronşial lumenleri halka şeklindedir. Alveol gruplarının bazıları eritrositlerle doludur. Beyin: Subaraknoidal kanama tespit edildi. Beyin kesitlerinde pia ile araknoidal yapı arasındaki mesafeyi eritrosit kümeleri doldurmaktadır.

Biyoloji ihtisas dairesi 0 Rh pozitif olarak kan grubunu saptamıştır.

Sonuç olarak:

1- Bebeğin ölümünün, künt kafa travmasına bağlı beyin kanaması sonucu meydana gelmiş olduğu,

2- Makroskopik ve mikroskopik bulgulara göre, bebeğin canlı olarak kemikleşme noktaları ve kafa kuturlarına göre miadında doğduğu anlaşılmıştır.



OLGU 2

(1/7/1987. 700/1873/870616-52. 8/4/1987)

Bakırköy İkitelli semtinde boş arazide ölü olarak bulunan hüviyeti meçhul erkek çocuk cesedi otopsi yapılmak üzere Anabilim Dalı'na yollanmıştır.

22.2.1987 tarihinde yapılan otopsisinin dış muayenesinde 50 cm boyunda 2950 gr ağırlığında, cinsiyeti erkek bebek cesedinde ölü sertliğinin geçmiş olduğu, çürümenin karın ve yüzde oluşmuş olduğu tespit edildi. Epidermisde yer yer soyulmalar meydana geldiği tespit edildi.

Mento-occipital kudur: 13 cm

Fronto-occipital kudur: 10 cm

Biparietal kudur: 8 cm

Göbek kordonu 7 cm'den koparılmış, ayak tabanı 7.5 cm ölçüldü. Baş parmağı tırnağı baş parmak ucuna geçmiş bulundu. Kalkaneus kemikleşme noktası: 1 cm, beclard kemikleşme noktası ise 5 mm ölçüldü.

İç muayenede baş açıldı. Saçlı deri kaldırıldı, cilt altı ve kafatası kubbe kemikleri sağlam bulundu. Kafatası açıldı, beyin şiş, ödemli, kafa kaide kemikleri sağlam bulundu. Göğüs açıldı. Sternal kapak kaldırıldı. Akciğerlerin yapılan su deneylerinin ilkinde yüzdüğü, sonuncu deneyde ise bir kısmının yzüdüğü, bir kısmının battığı görüldü. Kalpte bir özellik saptanamadı.

Batın açıldı. Tüm organlarda çürüme tespit edildi. Biyoloji İhtisas Dairesi yapılan analizde kan grubunun A Rh pozitif olduğunu tespit etti. K.T.I.D.ce verilen raporda hiçbir madde olmadığını tespit etti.

Histopatolojik raporda akciğerlerin kısmi ve yetersiz soluklanmış çocuk akciğeri olduğu belirtildi. İncelenen akci-

ğer kesitlerinde alveol gruplarından bir bölümünün solunuma katıldığı kalan alveollerin ise açılmamış ve solunuma katılmadığını olumsuz olduğu bulundu.

Sonuç olarak:

1- Bebeğin vücut ölçüleri ve kemikleşme noktalarına göre miadında olduğu,

2- Otopside akciğerlerin yapılan su deneylerinde bir kısmının yüzdüğü ve bir kısmının battığı, histopatolojik tetkikinde kısmi ve yetersiz soluklanmış çocuk akciğeri olduğu tespit edildiğine göre bu kısmi ve yetersiz solunumun bebeğin hayatını sürdürmeye yetmediğini ve ölmüş olduğu,

3- K.T.I.D.ce verilen rapora göre bebeğe ölmeden önce herhangi toksik madde ile sıklıkla kullanılan çocuk düşürücülerden olan aspirin-kinin ve ergot alkaloidleri almamış olduğu kanaati bildirilmiştir.

OLGU 3

(359/1090-870408-10. 10/4/1984)

Fatih Cumhuriyet Savcılığından gönderilen ve bir kadının gayrimeşru çocuğun şüpheli olarak öldüğü bildirilen isimsiz çocuğun cesedine Anabilim Dalımızca yapılan otopsisinde şu bulgulara rastlanmıştır.

Dış muayenede 52 cm boyunda, 3350 gr ağırlığında, 1 cm uzunlukta seyrek saçları bulunan yenidoğmuş erkek çocuğu cesedinde, dudaklar parşömenleşmiş, el tırnak altları koyu renk almış, göbek kordonu 20 cm uzunluğunda düzgün kesilmiş ve bağlanmamış, el baş parmak tırnağı parmak ucu seviyesini geçmiş olup her iki gözüstü ve alt kapakları üzerinde 0.5 cm genişliğinde parşömen plakları ile boyun ön sol bölümde 1x4 cm genişliğinde enine uzanan hafif hiperemi saptandı.

Kalkaneus kemikleşme noktası: 10 mm

Beclard kemikleşme noktası: 4 mm

Mento-occipital kutur: 13 cm

Fronto-occipital kutur: 11.5 cm

Biparietal kutur: 9.5 cm.

İç muayenede baş açıldı. Saçlı deri kaldırıldı. Kafa kubbe kemikleri ve her iki frontal sağlam bulundu. Beyin illeri derecede çürüme nedeniyle ileri derecede yumuşama saptandı. Göğüs açıldı. Boyun ön sol bölümde haricen hiperemik görünümde olduğu belirtilen bölge altı araştırıldı. Cilt altı ve adalelerde ekimoz görülmedi. Hyoid kemik, tiroid kartilaj sağlam bulundu. Ağız trakea ve bronşlarda yabancı cisim görülmektedir. Akciğerler otoliz nedeniyle kollabe görünümde, akciğer kenarları keskin, yüzeyleri düzgün olup kalp yaşına göre normal boyutlarda bulundu. Akciğerlerle yapılan su deneylerinde bir ve ikincisinde akciğerlerin suyun yüzeyinde kaldığı, dördüncüsünde bir kısmının yüzdüğü, bir kısmının battığı görüldü.

Histopatolojik tetkikte akciğerde post-mortem değişiklikler kısmen soluklanmış çocuk akciğerinde bronş lumenlerinde hücre kümeleri, alveol lumenlerinde yapısı anlaşılamayan madde bulundu. Kokuşma dönemine girmiş olduğu için hücre avrıntılarının silinmeye başladığı akciğer kesitlerinde bazı bronşlarda hiperkromatik oval çekirdekli geniş sitoplazmalı hücre kümeleri seçilebilmektedir. Alveol lumenlerinde ise eosinofil boyanmış ince granüller ile kokuşma gazı yapısında kürecikler mevcuttu. Alveol lümenlerinin 2/3'ü açılmış ve solunuma katılmışlardır.

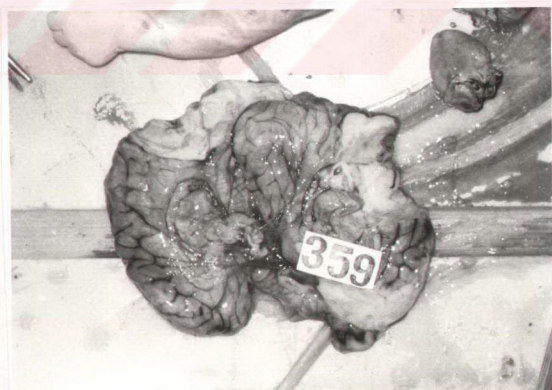
Sonuç:

1- Vücut ölçüleri ve kemikleşme noktalarına göre bebeğin miadında doğmuş olduğu,

2- Yapılan su deneyinde çürüme gazları giderildikten sonra akciğer parçalarının bir kısmının yüzdüğü, bir kısmının battığına ve mikroskopik tetkikte kısmen solunmuş akciğer yapısı tespit edildiğine göre bebeğin canlı doğmuş ve kısmen solunum yapmış olduğu, ancak bu kısmı solunum hayatını idame ve yeterli olmadığı ve solunum yetmezliğinden ölmüş olabileceği,

3- Fizyolojik ligatür oluşacağından göbek kordonunun bağlanmaması sonucu ölümün meydana gelemeyeceği,

4- Bebeğin vücudunda ölümüne müessir cebir-şiddet işaretine rastlanmadığı kanaatini bildirir rapordur.



OLGU 4

(175/1071/870406/186. 17/4/1987)

Gece Şişli mezarlığına gömülmek üzere iken görüldüğü bildirilen isimsiz, yenidoğmuş, kız çocuk cesedine 17.4.1987 tarihinde Anabilim Dalımızca otopsi yapılmış ve şu bulgular gözlenmiştir.

Dış muayenede 53 cm boyunda 3600 gr ağırlığında, miadında yenidoğmuş, siyah saçlı, kız bebek cesedinde, ölü sertliği geçmiş, ölü morlukları kıvrım yerleri hariç bütün vücudu kaplamış göbek kordonu 5 cm uzunlukta kesilmiş, 2 cm uzunlukta bağlanmış ve kurumuş olduğu tespit edildi.

Menot-occipital kutur: 13.5 cm

Fronto-occipital kutur: 12 cm

Biparietal kutur: 9.5 cm

İç muayenede baş açıldı. Saçlı deri altı hiperemik, kafa kubbe kemikleri ve temporal adale grupları sağlam bulundu. Kafatası açıldı. Beyin şiş, hiperemik görüldü. Her iki vanağa şak yapıldı. Ekimoza rastlanmadı. Göğüs açıldı. Sternal kapak kaldırıldı. Her iki akciğerde subplevral noktavi kanamalar mevcut. Kalpte subperikardial noktavi kanamalar görüldü. Kesitlerinde özellik görülmedi. Akciğerlerin su denevinde her durumda yüzdüğü tespit edildi. Batın açıldı. Karaciğer ve böbrekler hiperemik görünümde, midede yeşil-beyaz sıvı bulundu.

Biyoloji İhtisas Dairesinde kan grubu A Rh pozitif bulundu.

Histopatolojik tetkikte akciğerlerin kısmi soluklanmış çocuk akciğeri şeklinde olduğu görülmektedir. İncelenen çok sayıda akciğer kesitlerinin bazılarında alveol lumenleri tam açılmış ve solunuma katılmıştır, alveol lumenlerinin yanısıra 1/2 den fazlası atelektazi özelliklerini içeren alveol

eruplarına rastlanmaktadır. Bazı alveollerde az miktarda mekonyum safrası mevcuttur. Karaciğerde hiperemi bulunmaktadır. Sinüsoidler eritrositlerle doludur. Böbrekte hiperemi ve glomerül kapillerleri eritrositlerle doludur.

Sonuca göre:

1- Vücudun ölçülerine göre bebeğin miadında doğmuş olduğu,

2- Bebeğin canlı doğmuş ancak kısmi solunum yapmış ve mekonyum safrası aspire etmiş olduğu, bu kısmi solunumun hayatını idameye yeterli olmadığından ölümün solunum yetmezliği sonucu meydana geldiği kanaatini bildirir rapordur.

OLGU 5

(391/1194-870417-144)

2.8.1987 tarihinde Kütahya Devlet Hastanesinde doğumu olan ancak prematüre doğan çocuğun doğumdan sonra kuvöze konmasına rağmen öldüğü bildirilen ve annesi ile annesinin babası tarafından öldürüldüğü iddia edilen çocuğun cesedine 25.9.1987 tarihinde Anabilim Dalımızca yapılan otopsisinde dış muayenede 35 cm boyunda, 900 gr ağırlığında, erkek yenidoğan cesedinde cilt tespit mayisinde kalmaya bağlı olarak koyu renk olarak görüldü.

Mento-occipital kudur: 9 cm

Fronto-occipital kudur: 8 cm

Biparietal kudur: 7 cm

Avak taban uzunluğu: 5 mcm ölçüldü.

Avak topuğunda calcaneus kemikleşme noktası 3 mm boyunda teşekkül etmiş. Femur alt ucunda Beclard kemikleşme noktası araştırıldı ve oluşmamış olduğu tespit edildi.

İç muavenede baş açıldı. Saçlı deri kaldırıldı. Kafatası kemikleri sağlam bulundu. Beyin çürümeye bağlı olarak anatomik özelliğini kaybetmiş, kanamaya rastlanmadı. Kafatası kaide kemikleri sağlam bulundu. Göğüs açıldı. Sternal kapak kaldırıldı. Boyun organlarının tetkikinde özellik saptanmadı. Akciğerler koyu renkte, su deneylerine geçildi. 1., 2., 3. deneylerde akciğerler su üzerinde yüzdü. Sıkılmak suretiyle çürüme gazları giderildikten sonra yapılan 4. su denevinde bazı akciğer parçalarının yüzdüğü, bazı parçaların suyun dibine battığı görüldü. Kalpte patolojik bulgu saptanmadı. Batın açıldı. Batın organlarında çürüme dışında patolojik bulgu tespit edilmedi.

Histopatolojik tetkikte akciğerlerde kısmi ve yetersiz solunum yapmış çocuk akciğerlerinde amnion sıvısı aspirasyonu bulguları tespit edildi. İncelenen akciğer kesitlerinde alve-

ol lumenlerinin ancak 1/3'ünün tam açılarak solunuma katıldığını ve bunların bir bölümünde mekonyum safrasının bulunduğu görölmektedir.

Sonuçta ise:

- 1- Yenidoğan bebeğin vücut ölçüleri ve kemikleşme noktalarına göre 7 aylık civarında bir gelişim gösterdiği,
- 2- Yapılan su deneylerinde 4.ünde çürüme gazları giderildikten sonra akciğer parçalarının bir kısmının vüzdüğüne histopatolojik tetkikte kısmi ve yetersiz solunum yapmış çocuk akciğerinde amnion sıvısı aspirasyonu bulguları tespit edildiğine göre, çocuğun miadından önce doğmuş ve kısmi solunum yapmış olduğu ancak yapmış olduğu bu solunumun hayatını idameye yeterli olmadığından ölümün solunum yetmezliği sonucu meydana gelmiş olduğu kanaatini bildirir rapordur.

TARTIŞMA

Türk Ceza Kanununun 453. madde kapsamına giren infantisid suçunun oluşabilmesi için infantisid koşulları denilen 5 özel şart bulunmalıdır. Bunların 3'ü hukuki 2'si ise adli tıbbi ilgilentiren şartlardır. Diğer ülkelerin ceza kanunlarına göz atıldığında ülkeden ülkeye infantisid koşullarının değiştiği görülmektedir. Daha önce de belirtildiği gibi infantisid suçu adam öldürme suçu olmasına karşılık TCK 453'de u suç için bir ayrıcalık tanınmıştır. Kanuna bu ayrıcalığın konulma sebebi suçun işlenmesinde ailenin namus ve şerefini korunma amacının güdülmesidir. hukuki açıdan böyle özellik gösteren infantisid olaylarına adli tıp açısından baktığımızda oldukça önemli ögeler karşımıza çıkmaktadır. Bu araştırmada 10 yılı kapsayan geniş bir zaman dilimindeki 14.520 otopsi içinde 324 yenidoğan ölümü 52 infantisid tespit edilmesi bu tür olayların sayısının az olduğu izlenimini vermekteyse de otopsisini yapılan olgular adli tahkikat ve dava konusu olmuş olgular olduğundan doğal olarak hastalığa bağlı yenidoğan ölümleri bu sayının dışında kalmıştır. 10 yıllık bir sürede 52 infantisid olgusu olarak düşünülen yenidoğmuş çocukların öldürülmesi % 0.37 gibi oldukça düşük bir yüzde göstermektedir. Bu düşük yüzde toplumumuzun gayrimeşru da olsa çocuklara karşı sevgilerinin bir kanıtı olarak değerlendirilebilir. Bu 52 olgu arasında öldürme yöntemleri bakımından yapılan incelemede sırasıyla kafa kırma, suffokasyon, suda boğulma, elle boğma, bağla boğma olaylarının bulunduğu görülmüştür. Bu verilerden anlaşılacağı üzere en fazla kullanılan yöntem kafa

kırarak öldürmedir. Infantisid olaylarının tıbbi yönünü teşkil eden çocuğun miadında doğup doğmadığı, nefes alıp almadığı yani diğer bir deyimle canlı doğup doğmadığı adli tıbbın oldukça önemli konularından birini teşkil eder. Çünkü ölü doğmuş bir çocuğa canlı doğarak öldürülmüştür denmesi halinde suçsuz bir kişi haksız yere cezalandırılacaktır. Bu olayın aksi de mümkündür. Yani infantisid olayının normal olsun ya da ölü doğum olarak nitelendirilmesi suçlu bir kişinin serbestçe dolaşmasını sağlayacaktır. Bu gibi sakıncalı durumları önlemek için izlenecek yöntemler Genel Bilgiler bölümünde bahsedilmiş ise de bu araştırma verilerinin ışığı altında en önemli adli tıp sorununun çocuğun canlı doğup doğmadığının tespiti olduğu saptanmış ve bu konuyu aydınlatmak için en iyi yöntemin ölü çocuğun akciğerlerinin mikroskopik olarak incelenmesi olduğu sonucuna varılmıştır. Albin Haberdanın araştırılmasında da görüldüğü gibi akciğerlerdeki vakuollu dejenerasyonun varlığı, myokart liflerindeki nekrozun varlığı gibi bulgularla infantisidin teşhisi en doğru şekilde konabilir.

Intrauterin solunumun başlamasıyla ortaya çıkan amnios sıvısı aspirasyonunun da teşhisi ancak mikroskopik incelemeyle mümkün olmaktadır. Bu gibi durumlarda birkaç gün yüzeysel solunumla yaşayıp bu solunumun yetmemesi sonucu solunum yetmezliğinden ölmesi gibi çok önemli bir adli tıp sorunu da bu yöntemle ortaya konabilir.

Miad bulguları bakımından olgular incelendiğinde 52 olgu arasında bir adet miadından önce doğmuş olgu saptanmıştır. Miad kriterleri bakımından en tatmin edici kriter kafa kuturları ile kemikleşme noktalarının tespitidir.

Yukarıda belirtildiği gibi 52 vakanın tümünde ölüm sebepleri saptanmış olup gösterdiği dağılım şöyledir. Kafa kır-maya bağlı kanamaları, asfixi ve kanama ile ölümler sıklığında görülmektedir. Öldürme yöntemleri araştırılırken cesed üzerinde otopsi sırasında tespit edilemeyen bir yöntemin kul-

lanılabileceği de akılda tutulmalıdır. Bu nedenle otopsi sırasında elle boğma yöntemini ararken tırnak izlerini ensede aramak, ağız burun tıkama yöntemini ararken her iki yanağa derin şaklar yapmayı, ıslak tülbent ya da pamuğun boğaza konulması yöntemini ararken de farinks dikkatlice muayene edilmesi gerekirse distile suyla yıkanıp santrifüje edilip sedimentte pamuk lifi aranması ihmal edilmemelidir.



SONUÇ VE ÖZET

Bu araştırmada Adli Tıp Kurumu Morg İhtisas Dairesi İstanbul yöresindeki yargı organlarından gönderilen adli otopsilerin 10 yıllık taraması yapılmış ve 14.540 otopsi arasında tespit edilen 314 yenidoğan ölümü arasından 52 adet infantisid olgusu ayrılarak bunların sosyal, hukuki ve adli tıbbi yöleri araştırılmıştır. İnfantisid suçunun tıbbi şartlarını teşkil eden miadında doğmama ve canlı doğup doğmama durumunun araştırılması sırasında docimasi deneylerini değerli olmalarına karşılık bazı durumlarda yanıltıcı sonuçlar verebileceği ve Akciğerin mikroskopik incelenmesinin en değerli yöntem olduğu araştırma konusu otopsi olguları içinde infantisid olaylarının oldukça düşük bir yüzed gösterdiği bu düşük yüzde gösteren infantisid olgularında en fazla kullanılan öldürme yönteminin kafayı kırarak öldürme olduğu yenidoğan otopsileri yaparken otopside dikkatli bir şekilde bazı özel yöntemlerin kullanılması gerektiği sonucuna varılmıştır.

KAYNAKLAR

- 1- AKTİN-E.: Nöroloji Ders Kitabı, İstanbul 1981.
- 2- ANDERSON: Snopsis of Pathology, 1976.
- 3- ARDALI,C.: Akciğerlerin mikroskopik muayenesiyle yenidoğanın yaşamış olup olmadığının tespiti mümkündür. Tez. Ankara 1956.
- 4- ARISAN,K.: Doğum Bilgisi (s.582, 852, 872), İstanbul 1978.
- 5- AYKAÇ,M.: Adli Tıp Ders Kitabı. İstanbul 1987.
- 6- BERNSTEIN,C., MORO,D.: Forensic Science 1974, 19744-94.
- 7- BİLİR,Ş.: Ana Çocuk Sağlığı (s.95-99), Ankara 1979.
- 8- BRODIE and KOLBE: Modern Clinical Psychiatry, Tokyo 1982.
- 9- ÇAĞLAYAN,M.: Ceza Kanunu Şerhi İstanbul 1964.
- 10- BRUXELLES,D.: Manuel de Medicine legale A L'usage Des Juristes J.J. 1967.
- 11- DİNÇMEN,K.: Deskriptif ve Dinamik Psikiyatri, İstanbul 1981.

- 12- DÖNMEZER,S.: Ceza Kanunu, İstanbul, 1976.
- 13- EREM,F.: Türk Ceza Kanunu, İstanbul 1980.
- 14- EHRHARDT and YOUNGS: Psychosomatic Obstetrics and Gynecology New York, 1980.
- 15- FATTEH,A.: Forensic Pathology-Lippincott Comp., 1976.
- 16- GIBSON and el.Co. Forensic Medicine for lawyers New York, 1978.
- 17- GOLDMAN: Rewiew of general psychiatry, California, 1984.
- 18- GÖK,Ş.: Adli Tıp Ders Kitabı, İstanbul 1985.
- 19- HABERDA,A.: İntra-partum death of infanticide 1984, vol. 10 Journal of Forensic Medicine.
- 20- HARA-M., YAMAGIDA,J., YOSHIMURA,K.: Discussion on the medico-legal autopsies of infanticide. et al. Jan. Med. s.1979, 2890, 46-50.
- 21- HOROWITZ and WINNIK: Problem of Infanticide British Journal of Criminology, July 1961.
- 22- İMRE,Z.: Medeni Hukuka Giriş, İstanbul 1980.
- 23- İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ HUKUK FAKULTESİ MECMUASI, 1984 yılı- lığı, İstanbul 1984.
- 24- KNIGHT and SIMPSON: Forensic Medicine, London 1985.
- 25- KOLUSAYIN,O.: İnfantisid ve onunla ilgili problemleri. Adalet Dergisi, Adalet Bakanlığı Yayınları 1982-1.

- 26- KÖPRÜLÜ, B.: Medeni Hukuk, İstanbul 1979.
- 27- MOOSELY, K.: The history of infanticide in western society
Issues low Med. March 1986, I(5) p:345-61.
- 28- MEKU VERLAG, Gerichtsmedizin 1985, s.83-91.
- 29- NELSON: Çocuk Hastalıkları, New York, 1980.
- 30- OKUMUŞ, S.: Çocuk öldürme metodları ve çocuk öldürme ile
ilgili adli tıp sorunları, İstanbul 1983.
- 31- OSHIDA, S.: Res Pract Forensic Med. Infanticide, 1974, 17.
- 32- ÖZEN, C.: Adli Tıp Ders Kitabı, İstanbul 1982.
- 33- ÖZKARTAL, E.: Çocuk öldürme (infantisid) ve İstanbul'da
rastlanan çocuk öldürme metodlarının değerlendirilmesi,
Tez, İstanbul 1979.
- 34- ÖZSUNAY, E.: Gerçek kişilerin hukuki durumu, s.13-15,
İstanbul 1979.
- 35- ÖZTÜRK, N.: Türk Ceza Kanunu, İstanbul 1967.
- 36- PETTY, MC.GARRY, CURRAN: Modern Legal Medicine and Foren-
sic Psychiatry, New York 1980.
- 37- SHAPIRO and GORDON: Forensic Medicine New York, 1982.
- 38- SONGAR, A.: Psikiyatri Ders Kitabı, İstanbul 1982.
- 39- TEDESCHI, ECKERT, TEDESCHI: Forensic Medicine Volume, 1,
Philadelphia 1977, Pg: 475-498.

- 40- THOMAS,C., HER,W., SANDR: Makropathologie 6.Auflage, s. 260-61, 1983.
- 41- TURNBULL,H.: Incidence of infanticide in America Public and Professional attitudes 3d Issues Law. Med. Mar. 1986, I (5) p.363-89.
- 42- VELİCANGİL,S.: Halk Sağlığı ve Koruyucu Hekimlik, s.78-80, Istanbul 1980.
- 43- WECHT,C.H.: Legal Medicine, s.180-186, New York, 1985.
- 44- YENERMAN,M.: Otopsi Tekniği, Istanbul 1973.
- 45- YENERMAN,M.: Genel Patoloji, Istanbul 1984.
- 46- YURTCAN,E.: Türk Hukukunda Kürtaj ve Uygulamaları, İstanbul 1984.
- 47- Recherches sur l'infanticide - Annual de la Faculte de. Droit et des sciences politique et economique de Strasbourg.