

są to bardzo obszerne, wielostronicowe elaboraty i wydawałoby się, że są w pełni zgodne z wytycznymi zawartymi w zapisach Dobrej Praktyki Klinicznej. Tymczasem użyte w tym dokumencie wyrażenia są często dla przeciętnego, nieobeznanego z nomenklaturą medyczno-naukową, niezrozumiałe. Trudno wówczas mówić o „świadomej” zgodzie. Z drugiej strony może dojść do manipulacji polegającej na ukryciu tych zagrożeń, które wynikają z realizacji programu, a które mogłyby zniechęcić uczestników badania do wyrażenia zgody na nie. Dotyczy to w szczególności eksperymentów badawczo-poznawczych, eksploracyjnych, ale także eksperymentów leczniczych, jeżeli dotyczą one osób małoletnich, nieprzytomnych lub ubezwłasnowolnionych i wymagają zgody opiekuna. Sądzę, że podobne obserwacje poczyniły inne Komisje i podobnie jak my reagują na to zagadnienie. Nie będzie to absolutnie w sprzeczności z wytycznymi Unii Europejskiej, jeżeli proponujemy, by więcej niż dotychczas, Komisje zwracały uwagę na treść zapisu informacji przedkładanej uczestnikom badania, a w szczególności na przejrzystość i zrozumiałość określeń medycznych (bez stosowania m.in. wyrażań obcojęzycznych). W przypadkach, gdy chodzi o eksperyment badawczy, a nie leczniczy, trzeba to wyraźnie wyeksponować, aby badany mógł wyważyć spodziewane korzyści (dla społeczeństwa, nie dla badanego) i nieuniknione ryzyko związane z eksperymentem. I jeszcze jedna sprawa: sponsorzy chętnie używają w informacji określenia proponowanych badań jako „badania kliniczne” zamiast jako „próby kliniczne” albo po prostu „eksperyment” leczniczy lub badawczy. W rzeczywistości pojęcie „badania klinicznego” jest użyte w większości dokumentów tłumaczonych z języka angielskiego, a dotyczących programu badań biomedycznych na ludziach. To sformułowanie („badanie kliniczne”) u ludzi niezorientowanych budzi zupełnie inne skojarzenie (raczej pozytywne) niż słowo „próby kliniczne” albo „eksperyment”. Można nie przywiązywać wagi do „nomenklatury” użytej w informacji dla uczestników badania tylko wtedy, kiedy nie wywołuje ona braku uświadomienia pacjentów lub ich opiekunów, co do istoty rzeczy.

Proces informowania uczestnika badania lub jego opiekuna w żadnym wypadku nie może być fikcją.

Mam nadzieję, że przedstawiciele ciał legislacyjnych przygotowujących nowe akty prawne i administracyjne wzięli pod uwagę proponowane rozwiązania, które wynikają z wieloletnich doświadczeń przewodniczącego jednej z „regionalnych” (terenowych) Komisji Bioetycznych ds. Badań Naukowych. Obserwacje członków terenowych Komisji mają istotny walor, bo dotyczą bezpośrednich kontaktów z faktami naruszania praw pacjenta lub innej osoby poddanej badaniu biomedycznemu.

Adres autora:

Katedra i Zakład Medycyny Sądowej AM
ul. Dębowa 23
80-210 Gdańsk

Elżbieta Bloch-Bogusławska*, Ewa Wolska*, Jerzy Duży*

Zespół bitego dziecka

Child abuse syndrome

Z Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej AM w Bydgoszczy

„ Kierownik: prof. dr hab. K. Śliwka

Z Prokuratury Rejonowej Bydgoszcz-Północ

Problem krzywdzenia dziecka nie jest tworem współczesności. Termin child abuse pojawił się w literaturze w połowie XIX wieku. W niniejszej pracy podjęto próbę odniesienia się do tego zjawiska w regionie bydgoskim. W latach 1992-1996 odnotowano 2889 wypadków dzieci z urazami ciała wymagającymi leczenia szpitalnego. W tym 10 przypadków ofiar długotrwałej przemocy we własnym domu. Przedstawiono również podstawowe uregulowania prawne i zwrócono uwagę na potrzebę większego zaangażowania całego społeczeństwa. Restrykcyjny system ochrony dziecka może przyczynić się do znaczącego zmniejszenia skali tego zjawiska czego przykładem mogą być kraje skandynawskie.

The aggrievement of children is not only a present day problem. The term: child abuse has appeared in the literature in the mid XIX century. In this paper an attempt has been made to reference this phenomenon in region of Bydgoszcz. There were 2889 cases of children with bodily injuries requiring hospital treatment in the years 1992-1996. 10 cases were victims of long lasting violence in their homes. This paper also presented the basic regulations and pays attention to the requirement of greater engagement of the whole society. A restrictive system of child protection can contribute to a significant decrease in the scale of this phenomenon. Scandinavian countries can be used as an example of such an approach.

Słowa kluczowe: zespół bitego dziecka

Key words: child abuse syndrome

Ochrona dziecka przed nadużyciem jest zasadniczo tworem współczesności. W średniowieczu karane były jedynie przypadki dzieciobójstwa. W Polsce np. znany jest z 1555 r. przypadek Elżbiety z Turwi, która za wrzucenie swojego nowonarodzonego dziecka do kloaki, została żywcem zakopana pod szubienicą (39). W literaturze światowej termin „krzywdzenie dziecka - child abuse”, pojawił się w połowie XIX wieku. W 1860 roku w piśmiennictwie medycznym znaleźć można historyczny dziś artykuł profesora medycyny sądowej z Paryża, Ambroise Tardieu, w którym przedstawił badania dotyczące medyczno-społecznych

skutków maltretowania dzieci (29, 23). W 1929 roku odbył się XIV Kongres Medycyny Sądowej, na którym dwaj lekarze Parrisot i Caussade przedstawili „Raport o znęcaniu się nad dzieckiem” (29, 23). Jednak dopiero w 1953 roku radiolog Silverman podał pełen opis złamań kości u dzieci związanych z nieprzypadkowymi urazami i nazwał to zjawisko „zespołem bitego dziecka” (35, 36).

W Polsce temat „dziecka bitego” czy „dziecka maltretowanego”, sygnalizowany był już w 1907 roku. Prof. L. Wachholz opisał kilka przypadków znęcania się, a nawet pozbawienia życia dzieci pochodzących z rodzin o niskim poziomie socjoekonomicznym (39). Problem ten jednak w zasadzie „ujrzał światło dzienne” dopiero na początku lat 70-tych, kiedy to lekarze - pediatrzy, medycy sądowi, psychiatrzy rozpoczęli liczne apele do społeczeństwa o informowanie organów ścigania o przypadkach ewidentnych wykładników patologii w rodzinach (32, 33).

W polskim prawie karnym dziecko przed złym traktowaniem zasadniczo chroni art. 207 Kodeksu Karnego (KK). Między innymi zgodnie z § 1 tegoż artykułu, kto znęca się fizycznie lub psychicznie nad małoletnimi podlega karze pozbawienia wolności od 3 m-cy do 5 lat (40). Na podstawie tego przepisu, dziecku udzielana jest ochrona w każdej sytuacji, bez żadnych ograniczeń, zarówno w stosunkach rodzinnych, jak i pozarodzinnych. Istotę przestępczego zachowania się sprawcy oddaje zwrot: „kto znęca się fizycznie lub psychicznie” (11). W obecnym stanie prawnym art. 207 KK jest normą najbardziej syntetycznie chroniącą bezpieczeństwo dziecka bez względu na psychiczne lub fizyczne skutki takiego działania.

Ustawa o Zawodzie Lekarza nakłada na lekarza wyraźnie sprecyzowany obowiązek zgłaszania faktów przemocy wobec dzieci. Jakkolwiek zgodnie z art. 40 § 1 lekarz ma obowiązek zachowania w tajemnicy informacji uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu to przepisu tego nie stosuje się m.in. gdy: tak stanowią ustawy, badanie lekarskie zostało przeprowadzone na żądanie uprawnionych, na podstawie odrębnych ustaw, organów i instytucji; wówczas lekarz jest obowiązany poinformować o stanie zdrowia pacjenta wyłącznie te organy i instytucje, zachowanie tajemnicy może stanowić niebezpieczeństwo dla życia i zdrowia pacjenta lub innych osób. Zgodnie z art. 304 § 1 Kodeksu Postępowania Karnego (KPK) na każdym obywatelu, który dowiedział się o popełnieniu przestępstwa ściganego z urzędu np. przestępstwo znęcania się nad małoletnim, ciąży społeczny obowiązek zawiadomienia prokuratora lub Policji. Prof. Nesterowicz, autor znanej i cenionej pracy „Prawo medyczne stwierdza w niej, że lekarz ma obowiązek powiadomić władze powołane do ścigania przestępstw, gdy przy leczeniu uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia lub stwierdzeniu śmierci uzyskał pewność lub powziął podejrzenie, że powstały one w związku z przestępstwem (31). Nie określa natomiast charakteru tego obowiązku. W interesujących nas przypadkach bitych dzieci jest to obowiązek społeczny nie obwarowany zatem żadnymi sankcjami. Sytuacja jednak zmienia się. gdy pracownik instytucji państwowej i z racji pełnionych obowiązków dowiedział się o fakcie przestępstwa. Wówczas ciąży na nim obowiązek prawny zawiadomienia organów ścigania wypływający z cytowanego art. 304 § 2 KPK. Nie wywiązanie się z tego obowiązku w skrajnych przypadkach może powodować pociągnięcie do odpowiedzialności za przestępstwo urzędnicze (art. 231

KK). Reasumując, na lekarzu spoczywa społeczny obowiązek zawiadomienia organów ścigania o przypadkach bitych dzieci a obowiązek prawny o tyle jeżeli występuje on w roli funkcjonariusza publicznego.

W zespołach bitego dziecka bardzo rzadko spotyka się takie następstwa urazów, które można kwalifikować w rozumieniu art. 156 lub art. 157 KK. Częściej występują przypadki narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia, albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, tj. o czyn z art. 160 KK.

Na terenie Bydgoszczy i okolic w latach 1992-1996 zanotowano 2889 przypadków dzieci z urazami ciała wymagającymi hospitalizacji. W tej liczbie udokumentowano zaledwie istnienie 10 przypadków dzieci w wieku 0-5 lat, które padły ofiarą długotrwałej przemocy we własnym domu (18). Stwierdzono, że odsetek osób doświadczających przemocy w 1994 roku stanowił około 11.1% ogólnej liczby badanych, a w 1997 roku już około 21.5%. Wśród pokrzywdzonych zdecydowaną większość stanowiły dziewczynki. Niepokojąco wzrosła liczba bitych dzieci - z jednego przypadku w 1994 roku do 16 przypadków w roku 1997 (7).

W obecnych czasach przemoc w rodzinie stanowi jeden z ważnych problemów, zarówno zdrowotnych, jak i edukacyjnych (37, 30). Dane literaturowe wskazują, że najczęściej, w około 70% przypadków mamy do czynienia z maltretowaniem fizycznym, w 25% występuje wykorzystywanie seksualne (4). W USA obliczono, iż 50% amerykańskich rodzin dotkniętych jest problemem agresji dorosłych w stosunku do siebie bądź swoich dzieci (38). We Francji ocenia się liczbę przypadków maltretowania dzieci na 50 tys. - 70 tys. rocznie, zaś liczbę zgonów związanych z tą patologią szacuje się na 200 do 600 rocznie (19). W większości krajów rozwiniętych śmiertelność spowodowana maltretowaniem wynosi 6-7 zgonów na 100 tysięcy żywych urodzeń. W krajach skandynawskich, gdzie system ochrony dziecka jest bardzo restrykcyjny, częstość maltretowania dzieci jest bardzo niska - 0,035% w Danii, 0.026% w Szwecji (29, 23).

Do ważnych zadań lekarza badającego takie dziecko należy dokładna rejestracja zmian poprzez opisanie ich lokalizacji, wielkości, wyglądu, wychwycenia cech charakterystycznych, pozwalających zidentyfikować narzędzie a również określenie w jakiej odległości od stóp one się znajdują. Idealnym działaniem ułatwiającymi lekarzowi orzekającemu udzielenie odpowiedzi na pytania stawiane przez organ ścigania byłoby sporządzenie dokumentacji fotograficznej.

Stosunkowo często spotykamy się z działaniem narzędzi długich, obłych, elastycznych jakimi są kable, węże gumowe, sznury. W każdym takim przypadku dochodzi do powstania dwóch równoległe do siebie biegnących kilku -, kilkunastu centymetrowej długości zasinieć oddzielonych tzw. smugą anemizacyjną. Smuga ta zazwyczaj odpowiada szerokości użytego narzędzia (34). Natomiast przy użyciu pasków spotkać można otarcia charakterystyczne dla kłamy paska lub intensywniejsze okrągłe zasinienia odpowiadające dziurkom od paska.

W około 10% przypadków maltretowanych dzieci spotyka się oparzenia, najczęściej przez oblanie gorącą wodą. O ile dotyczy to wybiórczych tylnych okolic tułowia, to zazwyczaj zmiany te mogą stanowić podstawy do wyciągnięcia wniosku o ich czynnym powstaniu (3, 4, 25, 26, 27). Oparzenia takie zazwyczaj

są głębokie, bowiem osoba oblewająca dziecko gorącą wodą nie próbuje minimalizować działania gorącego płynu i nie zdejmuje natychmiast po oblaniu odzieży z dziecka. Natomiast oparzenie na przedniej powierzchni ciała może odnieść tylko dziecko, które z racji swojego wieku może przenosić naczynia z gorącym płynem lub ściągnąć je na siebie z mebli, np. przez pociąganie serwety.

Tabela I. Kryteria różnicujące obrażenia ciała charakterystyczne dla zespołu bitego dziecka i nieszczęśliwych wypadków.

Table I. The features distinguishing bodily injuries in child abuse syndrome and unfortunate accidents.

	Zespół bitego dziecka Child abuse syndrome	Wypadek Accident
Okoliczności zdarzenia Circumstances of event	Na ogół niejasne lub sprzeczne informacje podawane przez rodziców dziecka. In general unclear or contradictory information served by parents of children	Zazwyczaj dokładnie znane Usually accurate known
Szukanie pomocy lekarskiej przez rodziców lub opiekunów Seeking of medical assistance by parents or protectors	Zazwyczaj opóźnione lub niepodejmowane w ogóle; często obrażenia ujawnione w czasie przypadkowego badania lekarskiego Usually delayed or in not taken; injuries found during incidental medical examination.	Natychmiastowe Immediate
Lokalizacja obrażeń ciała Localisation of body injuries	Różne okolice ciała; obrażenia w obszarze niewystających części ciała, na które nie mogą działać urazy bierne Different regions of body; injuries in area where passive injuries cannot be found.	Różne okolice ciała; Different regions of body.
Rodzaje obrażeń ciała Kind of bodily injuries	Współistnienie zmian pourazowych o różnych cechach morfologicznych, w różnych stadiach gojenia Coexistence of different posttraumatic changes, which have different morphological features, in different stages of healing.	Zazwyczaj jednorodne Usually homogeneous
Obecność charakterystycznych obrażeń ciała The presence of characteristic bodily injuries	Cechy szarpania za włosy Features of hair pulling Obrażenia małżowin usznych, uszkodzenia błony bębenkowej w następstwie barotraumaty, Injuries of auriculars, damage of tympanic membranę as an effect of barotrauma Cechy duszenia Features of strangulation Zmiany poparzeniowe od działania papierosów, kucharek elektrycznych, Features of scalding an effect of cigarettes and electric cookers	Nieobecne Absent

Najniebezpieczniejszymi urazami u dzieci powodowanymi agresją ze strony rodziców lub opiekunów są urazy wewnątrzczaszkowe. Dane literaturowe wskazują, iż 95% urazów czaszkowo-mózgowych stwierdzonych w pierwszych latach życia, spowodowanych jest znęcaniem fizycznym (4, 6, 9, 10). Najczęściej

spotykane są krwiaki podtwardówkowe z groźnymi dla życia objawami wzmożonego ciśnienia śródczaszkowego (8, 20). Do powstania tych urazów dochodzi na skutek potrząsania lub uderzania głową dziecka o materac (1, 2, 13, 14, 16, 17, 28). Z uwagi na mechanizm takiego urazu, a zwłaszcza w związku z dużą elastycznością kośćca małych dzieci rzadko występują złamania kości pokrywy czaszki czy też wyraźne zasinienia na powłokach zewnętrznych głowy. W przypadkach takich dochodzi do przemieszczania mózgowia wobec kości pokrywy czaszki i zerwania żył przeszywających, łączących oponę miękką z zatoką strzałkową.

Najslabiej rozpoznaną formą maltretowania dzieci jest wykorzystywanie seksualne. Obejmuje ono napastowanie czy też stosunek płciowy. Dzieci rzadko ujawniają podobne fakty, gdyż wykorzystujący najczęściej wymusza na dziecku zachowanie tajemnicy. Dane lekarskie mogące mieć związek z seksualnym wykorzystywaniem obejmują najczęściej infekcje i urazy narządów płciowych i odbytu, nawracające zapalenia cewki moczowej i układu moczowego, moczenie nocne (4).

W badaniu przedmiotowym okolicy genitalnej najczęściej nie stwierdza się odchyłań od normy, gdyż zazwyczaj pomiędzy gwałtem a wizytą u lekarza mija już pewien czas. Jeżeli badanie przeprowadzane jest bezpośrednio po dokonanych przestępstwie, musi być ono bardzo wnikliwe. W czasie oględzin i badania ginekologicznego wymagane jest dokładne udokumentowanie ewentualnych urazów krocza i odbytu oraz stanu błony dziewiczej, (15, 21, 24). Równie ważne jest poszukiwanie obrażeń w innych okolicach ciała, co często pomijane jest w badaniach ginekologicznych. Jeśli stosunek płciowy miał miejsce w ciągu ostatnich 72 godzin pobrać należy wymazy z pochwy na obecność fosfatazy kwaśnej oraz plemników, a także w celu badań genetycznych, w szczególnych przypadkach rozszerzonych o badanie chromosomu Y. (4, 15, 21, 24).

Na osobną uwagę zasługuje coraz częściej sygnalizowany w światowej literaturze medycznej tzw. zespół Munchausena (4, 5). Zespół ten polega na celowym wywoływaniu przez rodziców rzeczywistych objawów chorobowych u dziecka. Objawy te zazwyczaj mają charakter przewlekły lub nawracający, ponadto rodzice przekazują lekarzom fałszywe informacje na temat ciężkości, dotychczasowego przebiegu choroby u ich dzieci. Rodzice ci często mają kontakt zawodowy ze służbą zdrowia lub sami cierpią na różne dolegliwości i dysponując na ich temat rozległą wiedzą wszelkimi możliwymi sposobami prowokują, podobne objawy u dziecka. Zespół ten jest najczęściej rozpoznawany u dzieci w wieku 0 - 6 lat, które są zbyt małe aby ujawnić swoją sytuację. Wśród wywoływanych objawów zdarzają się najczęściej: niezborność ruchowa i patologiczna senność na skutek podawania dzieciom dużych dawek barbituranów, uporczywe wymioty na skutek mechanicznej prowokacji, hipoglikemia po podaniu insuliny, zakażenia wywołane wstrzykiwaniem zanieczyszczonych substancji. Rozpoznanie tego zespołu jest niezwykle trudnym zadaniem, tym bardziej, że zgłaszający się rodzice sprawiają na ogół wrażenie wyjątkowo przywiązanych, opiekuńczych i troskliwych (4, 5).

PIŚMIENNICTWO

I. AAP Committe of Child Abuse and Neglect: Distinguish sudden infant death syndrome from child abuse fatalities". *Pediatrics*, 1994, 94, 124. - 2. Aleksander R. i wsp.: Incidence of impact trauma with cranial injuries ascribed to shaking. *Am. J. Dis. Child.*, 1990, 144, 724. - 3. Ayoub C, Pfeifer D.: Burns as Manifestation of Child Abuse and Neglect. *Am. J. Dis. Child*, 1997, 133, 910; - 4 Barton D., Schmitt, Richard D. Krugman, Nelson: *Pediatrics*, 1996, PWN. Warszawa. 84. - 5. Basil J. Zitelli, Miriam F. Seltman, Rose Mary Shannon: Munchausens Syndrome by Proxy and Its professional Participants. *AJDC* - 1987, 141, 1099; - 6. Billmire M., Myers P.: Serious head injury in infants accident or abuse. *Pediatrics*, 1985, 75, 340. - 7. Bloch-Bogusławska E.: Przemoc w rodzinie w materiałach Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej Akademii Medycznej w Bydgoszczy. *Arch. Med. Sąd. Krym.* 1999. 219. - 8. Brown J., Mims R.: Nonaccidental head injury with particular reference to whiplash shaking injury. *Child Neurol.*, 1993, 35, 19, 849. - 9. Bruce D., Zimmerman R.: Shaken impact syndrome. *Pediatr.Am.*, 1989, 18(8), 482. - 10. Bruce D.: Shaken impact syndrome. *Pediatr. Am.*, 1989, 18, 482.

II. Buchała K.: *Prawo karne materialne*. Warszawa 1980, 709. - 12. Caffey J.: Significance of the history in the diagnosis of traumatic injury on children. *J. Pediatrics*, 1965, 67, 5/2, 1009. - 13. Caffey J.: The whiplash shaken infant syndrome. *Pediatrics*, 1974, 54, 4, 396. - 14. Canser S.: Shaken Baby Syndrome. *J. Pediatrics, Health Care*, 1993, 7, 5, 238. - 15. Cantwell H.: Vaginal inspection as it relates to child sexual abuse in girls under Thirteen. *Child Abuse and Neglect*, 1983, 7, 171. - 16. Carty H.: Fractures caused by Child Abuse. *The J. of Bone a. Joint Surgery*. 1993. 75 - B, 6, 849. - 17. Committee of Child Abuse and Neglect *Am. Acad. of Pediatrics*: Shaken baby syndrome inflicted cerebral trauma. *Pediatrics*, 1993, 92, 872; - 18. Daniluk-Matraś I.: Epidemiologia urazów u dzieci - praca doktorska, Akademia Medyczna w Bydgoszczy, 1998; - 19. Dommergues J.: *Services a l'enfant*. *Rev. Pract.*, 1992. 42. - 20 Duhaime A., i wsp.: Head injury in very young children: mechanisms, injury types. and ophtalmologic findings in 100 hospitalised patients younger than 2 years of age. *Pediatrics*, 1992, 90, 1094.

21. Emans S., Woods E., Flagg N.: Genital findings in sexually abused symptomatic and asymptomatic girls. *Pediatrics*, 1987. 79, 78. - 22. Fontana V. I wsp.: Maltreatment syndrome in children. *New Eng. J. Med.*, 1963, 269, 69. 1390. - 23. Girodet D.: *Lenfant maltraite*. *Collection medecine enfance, addescence, AFIREM*, 1987. - 24. Horowitz D.: Physical examination of sexually abused children and adolescent. *Pediatrics Review*, 1987, 18(8), 495. - 25 Johnson C: Inflicted Injury versus accidental Injury. *Pediatrics Clin. North Am.*. 1990, 37, 4, 791. - 26. Johnson C. i wsp.: Walker - related burns in infants and toddlers. *Pediatrics Emerg. Care*, 1990. 6, 58. - 27. Kenneth W., Feldman M.. Pattern Abusive Bruises of the Buttocks and the Pinnae *Pediatrics*. 1992, 90, 4. 633. - 28. Krugman R.: Shaken baby syndrome inflicted cerebral trauma. *Pediatrics*. 1993, 92, 6, 872. - 29. Margolis A.: *Zespół dziecka maltretowanego*. *Medecins du Monde*. Warszawa 1998, 3. - 30. Mossakowska B.: Społeczno-

medyczne aspekty zespołu dziecka krzywdzonego. *Przegląd Pediatr* 1998 28 3, 181, 4.

31. Nesterowicz M.: *Prawo medyczne*. Toruń 1998, 110. - 32. Pietroń K.: Zespół bitego dziecka. *Arch. Med. Sąd. Krym.*, 1972, 22/2, 110. - 33. Popielarska M., Popielarska A.: Psychologiczne aspekty zespołu dziecka maltretowanego w rodzinie. *Ped. Polska*. 1983. 63, 4236-241. - 34. Popielski B. Kobiela J.: *Medycyna sądowa*. PZWL, Warszawa, 1972, 7. - 35. Silverman F.: The rentgen manifestations of unrecognised sceletal trauma in infants. *Am. J. Rentg.*, 1953, 69, 413. - 36. Silverman F.: Unrecognised trauma in infants. The battered child syndrome and the syndrome of Ambroise Tardieu. *Radiology*, 1972, 104, 337. - 37. Szymańczak M.: Dziecko maltretowane i dziecko w innych krytycznych sytuacjach życiowych. W. Komorowska (red.) *Dziecko we współczesnej Polsce T-2*, Warszawa 1991, Uniwersytet Warszawski 112-116. - 38. Viken M. Richard: Family violence. *Postgraduate medicine*. 1982, 71, 115. - 39. Wachholz L.: Dzieci jako ofiary znęcania się rodziców. *Przegląd Lekarski Organu Towarzystw Lekarskich Krakowskiego i Galicyjskiego*. Kraków, 1907, 1-10. - 40. Wojciechowski J.: *Kodeks Karny - komentarz - orzecznictwo*, Warszawa 1997 365;

Adres pierwszego autora:
Katedra i Zakład Medycyny Sądowej
ul. M. Skłodowskiej-Curie 9
85-094 Bydgoszcz