

tos respiratorios prematuros, como los que hemos mencionado al hablar de la interrupción de la comunicación placentaria. También pueden resultar extravasaciones intermeníngeas por excesiva superposición de los huesos craneales, rompiéndose más frecuentemente los vasos de la pía madre que van á los senos, y aún estos mismos. En los partos difíciles, son frecuentes dichos fenómenos, pero tampoco son raros en los fáciles, pareciendo que, sobre todo, pueden resultar en los partos de golpe, en que la configuración del cráneo se verifica bruscamente y no poco á poco, como en el parto ordinario. Tales extravasaciones producen una compresión duradera del cerebro y pueden provocar movimientos prematuros de respiración, por el entorpecimiento de los latidos cardíacos; sin embargo, la experiencia enseña que, en esta época, toleran mejor los niños dichas extravasaciones que más adelante, pudiendo sobrevivir varios días.

Se han observado repetidas veces, lesiones de los huesos craneales durante el parto, producidas por la fuerza expulsiva del útero, consistiendo en simples depresiones de uno ú otro hueso ó en verdaderas soluciones de continuidad. Las primeras se presentan, generalmente, en forma de «depresiones á modo de cuchara» afectando las más de las veces un parietal ó un frontal que habían sido apretados contra el promontorio ó contra la prominencia de la sínfisis. En los partos normales, se presentan sólo excepcionalmente; pero pueden resultar con facilidad cuando existe desproporción entre la cabeza del feto y el conducto de la pélvis, y por lo tanto, en la pélvis estrecha ó en la posición desfavorable de la cabeza. En la parte más profunda de la depresión, así como en los bordes que parten de la tuberosidad del hueso, suelen ir acompañadas de cisura ó verdadera fractura del hueso (figura 118). Más fácilmente pueden formarse estas depresiones cuando la cabeza, estando alta, es arrastrada violentamente sobre el promontorio, tomándose entonces, á veces, por impresiones del forceps. Pero también, según han demostrado los experimentos que hemos hecho y comunicado en 1885, pueden producirse después del nacimiento por compresión con el pulgar aplicado entre la tuberosidad y el borde sutural ó por un tacon de bota, etcétera, y hasta por la caída de un objeto de superficie circunscrita ó por la caída de cabeza sobre semejante objeto. Esto es importante, en vista de que ya Passaner refiere un caso en que se trataba de saber si una impresión craneal de un recién nacido depen-

día del parto ó de una intervención de la madre, y de que también nosotros hemos examinado un niño extraído de una letrina, que, al lado de una fisura angular de un parietal, tenía una impresión de cuchara en el otro, de modo que había de decidirse si esta última se había formado durante el parto ó después, por compresión ó por el paso forzado á través del embudo del tubo ó por la caída en el albañal. En vista de las circunstancias del caso, hubo de admitirse que la impresión podía haber sido causada, así como la fisura angular, por la caída sobre un objeto prominente.

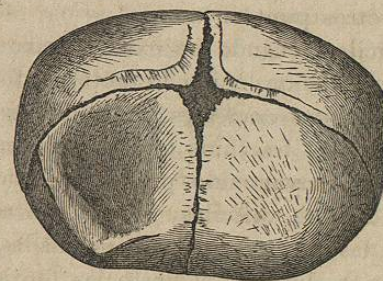


Fig. 118. — Huella en forma de cuchara en el frontal derecho, producida por compresión contra el promontorio con cisuras en la parte inferior.

En cuanto á las soluciones de continuidad de los huesos del cráneo producidas sólo por el acto del parto, Gurlt ha compilado diez casos, en los más de los cuales se trataba de fisuras entre los radios de osificación, partiendo más frecuentemente del borde de la sutura sagital de los parietales; pero también se han observado en algunos casos fracturas, afectando sobre todo el borde natural del hueso y originadas evidentemente por un exceso de acabalgamiento de los huesos. Los partos en que resultaron estas lesiones eran todos prolongados, algunos difíciles, si bien todos terminaron sin intervención del arte. Nosotros hemos observado en dos partos de esta clase, una fisura de 3 centímetros del parietal dirigiéndose desde el borde de la sutura sagital, entre los radios de osificación hácia la eminencia parietal, y además, en un niño nacido clandestinamente, una fisura ósea que empezaba detrás de la mitad de la sutura sagital, á medio centímetro á la izquierda de la misma, de un punto en que el hueso era delgado como el papel, extendiéndose á través de partes igualmente adelgazadas casi hasta la eminencia parietal; teniendo que admitir que esta fisura podía haberse originado durante el parto, por el excesivo encorvamiento

del hueso, dada la delgadez anormal del punto respectivo, debidas á un defecto de osificación. Al mismo tiempo, hemos hecho constar que precisamente el aspecto simple de la fisura y su poca extensión, á pesar de la gran fragilidad de la parte correspondiente del hueso, demostraba que no debía su origen á una violencia directa y considerable. Llamamos también la atención sobre la circunstancia de que los huesos parietales, y sobre todo la parte media de los bordes de la sutura sagital, formaban una gran prominencia por la compresión de la cabeza en la pélvis, de modo que es más fácil la desviación del hueso, á lo largo de los radios de osificación que en otros puntos.

En los partos fáciles, cuando no existen, como en el caso citado, defectos de osificación, y por lo tanto puntos anormalmente quebradizos en los huesos craneales, no podemos admitir que las fisuras, y aún menos las fracturas que encontremos en el cráneo de un recién nacido, hayan sido producidas por la compresión durante el parto. En los difíciles, sobre todo con pélvis estrecha, en vista de las observaciones mencionadas, podemos atribuir á la compresión durante el parto las fisuras simples ó las fracturas que se hallen en puntos expuestos á mayor tensión en la configuración del cráneo ó mayor tirantez, como los bordes de las suturas; pero no las fracturas extensas ó múltiples ó acompañadas de extensas contusiones ó soluciones de continuidad de las cubiertas blandas del cráneo. Losser llamó la atención, en 1883, sobre fracturas de la pared superior de la órbita, en los partos auxiliados con el forceps. Dada la tenuidad de esta pared, no sería imposible que resultasen fisuras de ella también en los partos espontáneos. Según nuestra experiencia, no son raros los equimosis subperiósticos en dicho punto, y también hemos encontrado fisuras equimósicas en ambas órbitas, en un niño nacido muerto en presentación de nalgas, sin aplicación de forceps, al que se había roto el brazo en el desprendimiento de la extremidad superior derecha.

También puede morir el feto durante el parto de *hemorragia*, pudiendo esto suceder, en primer lugar, en la llamada inserción velamentosa del cordón umbilical, que no es rara, cuando la parte del feto que avanza rompe el «velo». Hüter ha compilado doce casos de esta clase, de los que diez murieron durante el parto. Otro caso ha publicado Valenta en 1874, y después otro nuevo Langerhans. Según Mironoff, se ha observado la inserción velamentosa en Dresden, en 0,46 á 0,57 por 100 de los partos, sin que jamás haya resultado una hemorragia peligrosa para la vida del niño. También

puede resultar hemorragia cuando, el cordón umbilical siendo demasiado corto, se rompe. Se han observado casos en que el cordón umbilical tenía solo 10 milímetros (Sclafer), y otros en que faltaba por completo (Stute, 1856). Esta cortedad anormal del cordón, puede provocar también el desprendimiento prematuro de la placenta. Finalmente, puede morir de hemorragia un gemelo después del nacimiento del otro, cuando la placenta era común y el cordón del primero no se había ligado por duplicado. Brachet, de Lion, ha observado un caso de esta clase.

MUERTE DEL NIÑO DESPUES DEL NACIMIENTO.

1.º — Muerte por falta de viabilidad.

Un niño puede morir después del nacimiento, en primer término, porque carece de la facultad de seguir viviendo independientemente. La Ley de enjuiciamiento criminal austriaca de 1853, artículo 90, exigía explícitamente la investigación de la viabilidad cuando había sospecha de infanticidio. La Ley nueva no contiene tal disposición, mientras que, la alemana, dispone que, en la autopsia del cadáver de un recién nacido, la investigación se encamine especialmente á averiguar si era de término, ó al menos, capaz de continuar la vida fuera del claustro materno.

Los mismos términos había empleado la Ley anterior de Enjuiciamiento criminal, lo que parece indicar que los legisladores pensaban principalmente en aquellos fetos que han de morir inmediatamente, ó poco después, del nacimiento, por haber nacido prematuramente. Pero como la falta de viabilidad puede existir también en fetos de término, y por otra parte, tanto éstos, como los no viables por nacimiento prematuro, aunque lleven en sí el germen de la muerte, no han de morir por esto inmediatamente ó poco después de nacer, resulta muy vago el concepto de la viabilidad ó falta de viabilidad, aún en los términos mencionados. De todos modos, es cierto que también puede matarse á un niño que había de morir espontáneamente al poco tiempo, por no haber llegado á término, ó por cualquier otra causa. La manera como habría de conceptuarse por parte del Juez, un caso de esta clase, no resulta del Código penal, ni de la Ley de Enjuiciamiento criminal. Sin embargo, la disposición del art. 23 del Reglamento prusiano de que «cuando por el estado del feto, resulta que ha nacido antes de cumplir la 30.ª semana, puede prescindirse de la autopsia, á no ser que el Juez la pida expresamente», hace creer que deba investigarse la causa de la muerte, también en los fetos, indudablemente no viables, para castigar al que la haya producido con intención. Naturalmente, en este caso la falta de viabilidad no excluiría el hecho de infanticidio; pero podría considerarse como circunstancia atenuante, según disponían explícitamente algunos códigos penales antiguos.

La falta de viabilidad del niño puede depender, en primer lugar, de la madurez deficiente. La época del embarazo desde la cual el

feto es capaz de continuar viviendo fuera de la madre, no puede precisarse con exactitud, si bien la experiencia enseña que solo despues de cumplir la 30ª semana, pueden considerarse viables los fetos, partiendo de esta experiencia tambien el mencionado Reglamento prusiano. *W. Libert*

*4º mes
+ 40 cm 50
5 m. m.
3 a 3 1/2 kilo*

Nacen vivos, aunque mueren inmediatamente, los fetos de veinte semanas y aún menos (segun Kleinwächter, 23,56 por 100). Excepcionalmente han quedado vivos fetos de la 25ª semana y repetidas veces otros de la 27ª a la 29ª. Pero, por otra parte, la viabilidad no se presenta de repente y por completo al cumplir la 30ª semana, sino que al principio es todavía deleznable, siendo muy pequeña la resistencia del feto á los influjos externos, aumentando ambas condiciones á medida que el feto se va acercando al término normal del embarazo. Por esto, la probabilidad de que un niño haya muerto espontáneamente por falta de viabilidad, será tanto mayor, cuanto más prematuro haya sido su nacimiento.

El que un feto ha cumplido ya la 30ª semana, se infiere generalmente de su estatura., que suele ser de 40 cm. Los fetos que tienen menos de 40 cm., pueden declararse, por regla general, no viables por esta sola razon, aún cuando otros datos hablasen á favor de que el feto había pasado ya de la 30ª semana. El peso es de 1.500 á 2.000 gr.; la piel está muy poblada de vello, empieza á cubrirse de grasa, resultando así más gruesa y menos rubicunda, presentándose las formas del cuerpo más redondeadas; el cabello es todavía escaso y corto y la membrana pupilar ha desaparecido por completo ó solo quedan restos de ella (1). En los fetos de sexo masculino, los testículos han salido ya del conducto inguinal ó están pasando por el mismo y el escroto está más arrugado; en los fetos femeninos, empiezan los labios á hacerse más prominentes por la formacion de grasa. Las uñas, alcanzan casi las puntas de los dedos y empiezan á endurecerse. El cerebro posee ya circunvoluciones marcadas y en el colon se encuentra abundante meconio verde-oscuro. El húmero tiene, segun Casper-Liman, de 5 á 5,2 centímetros; el cúbito, de 4,8 á 5; el radio, de 4 á 4,2; el fémur, 5,2; la tibia y el peroné, de 4,8 á 5. En el calcáneo se encuentra generalmente un núcleo de osificacion de unos 5 mm. de diámetro (Toldt, 1879). El peso medio de la placenta, es de 451 gr. y la longitud media del cordon umbilical 46 cm.

(1) Para el exámen de la membrana pupilar, debe enuclearse el globo y cortarle transversalmente; en seguida, se sumerge en agua, se quita con el mango del escalpelo la coróides con el cuerpo ciliar y el iris, se extiende luego éste sobre un porta-objetos y se examina la pupila, ya á simple vista, ya con una lente. — (Nota del autor.)

Al final del noveno mes (36ª semana), el niño tiene una longitud de 42 á 44 cm. y un peso medio de 2.000 gr. La gordura ha aumentado, la cara está menos arrugada y toma un aspecto más lleno y risueño, la piel tiene ya el aspecto rojizo pálido de los recién nacidos de término, el vello empieza á desaparecer y en el astrágalo se encuentra un núcleo de osificacion de 5 á 6 mm. (Toldt). El peso medio de la placenta es de 461 gr. y la longitud media del cordon umbilical de 47 cm.

El feto que nace al final del décimo mes, es decir, de término, tiene 50 cm. de largo y 3.000 gr. de peso. La piel está abundantemente cubierta de grasa, la cara y los miembros llenos y redondeados, los pliegues articulares profundos, los vellos en los hombros todavía bastante abundantes; pero en el resto del cuerpo, escasos. El cabello es espeso, de 1,5 á 2 cm. de largo. Los diámetros de la cabeza, segun las numerosas mediciones de Casper-Liman, son por término medio, en los varones, de 8,5 el transverso, de 10,8 el antero-posterior y de 12,6 el diagonal, y en las hembras de 8,3, 10,0 y 12,0 respectivamente. El ancho de la fontanela frontal, es decir, la distancia menor de los lados paralelos del romboide es, segun Fehling, de unos 12 cm. y la circunferencia occipito-frontal de unos 34 á 35 cm. (1); los cartílagos de la nariz y de las orejas son resistentes y elásticos, la anchura de los hombros, por término medio, es de 12,5 cm. y la distancia de los trocánteres de 8. La distancia del ombligo á la sínfisis, oscila, segun Hecker, entre 3 y 5,2 cm. y el apéndice xifóides entre 5,8 y 8,7; los testículos están en el escroto arrugado y la hendidura vulvar está cerrada. Las uñas son córneas y sobresalen las puntas de los dedos, aunque no en los piés. Las epífisis inferiores de los fémures contienen, generalmente, un núcleo de osificacion de unos 5 mm. de ancho. Muchas veces se encuentra un punto de osificacion tambien en la epífisis superior de la tibia y en el cubóides y, excepcionalmente tambien, en la epífisis del húmero (Toldt y Barkow). El peso medio de la placenta es de unos 500 gr. y la longitud media del cordon umbilical de 50 cm.

Los más constantes, y por lo tanto más positivos, de estos signos de madurez, son la longitud del cuerpo y el núcleo de osificacion de las epífisis supe-

(1) Fehling aprovecha la circunferencia horizontal para determinar la viabilidad, opinando que solo los fetos que tengan, por lo menos 30 cm. en esta circunferencia, pueden declararse viables, con alguna probabilidad. Con esto concuerdan las investigaciones muy esmeradas hechas por Körber, en Dorpat, en 1884 sobre el peso y las dimensiones de los recién nacidos, con respecto á la cuestion de su viabilidad. — (Nota del autor.)

riores de los fémures. Mas aún éstos, ofrecen diferencias hasta en condiciones normales, encontrando Casper-Liman una longitud mínima de 41,8 cm. y una máxima en las hembras de 56,6 y en los varones hasta de 62,4. Las hembras recién nacidas tienen, por regla general, menor longitud que los varones, notándose en este concepto el influjo del estado de nutrición, lo mismo de la madre que del hijo, así como de las enfermedades que tengan. También es menor la longitud de los fetos múltiples, que la de los únicos. El núcleo de osificación representa un punto duro, del tamaño de un guisante, en el centro de la epífisis respectiva, de la cual puede sacarse en forma de cuerpo redondo cuando la epífisis está putrefacta. Se le busca abriendo la rodilla con una incisión transversal y retirando, con una mano, las partes blandas y dividiendo con la otra el cartilago epifisario del fémur, por medio de cortes perpendiculares sobre el eje longitudinal del hueso. Cuando existe el núcleo



Fig. 119.—Núcleo de osificación de la epífisis inferior del fémur de un recién nacido de término.

de osificación, se presenta en el corte como disco circular sanguinolento, reticulado, del tamaño de una cabeza de mosca, hasta el de una lenteja (fig. 119), destacándose, de un modo notable, en los cadáveres recientes, del cartilago blanco; pero menos en los cadáveres putrefactos, en los que el cartilago se halla infiltrado de sangre. El núcleo óseo se presenta, sólo excepcionalmente, al final del octavo mes (una vez hemos encontrado uno de 4 mm. en un niño que tenía 45 cm. de largo), más á menudo en el noveno, y en los más de los casos sólo en el décimo mes del embarazo, de modo que su existencia permite declarar, con gran certeza, que el feto es de término ó se aproxima del mismo en cuatro á seis semanas. En cambio, la falta del núcleo, por sí sola, no da derecho á negar la madurez del feto, pues no son muy raros los casos en que el núcleo óseo falta enteramente en los niños nacidos de término. Hartmann dejó de encontrarlo en 12 de 102 recién nacidos de término, y Liman en 14 de 413 casos. Nosotros hemos hecho observaciones análogas, y aún más frecuentemente hemos notado que, en los niños llegados indudablemente á término maduros, el núcleo óseo en vez de los 5 mm. normales, tenía solo de 2 á 3 mm. de diámetro, sucediendo esto (lo mismo que la falta completa del núcleo) no solo en los niños débiles, sino también en los sanos y perfectamente nutridos. Liman señala como dimension más grande del núcleo óseo en los recién nacidos, la de 9 mm. Realmente es muy rara; pero nosotros hemos encontrado uno de 9,5. El peso de los recién nacidos de término varía mucho, según el estado de nutrición y salud de la madre y del niño mismo. Como peso mínimo, encontraron Casper-Liman 1,750 gr., y como máximo 5,250. Hecker encontró entre 1.096 niños, solo 2 de 5,000 y 5,500 gr.; un niño extraído por A. Martín, pesó despues de quitarse el encéfalo, 7,470 gr. peso excepcional. Entre muchos miles de partos de la clínica de G. Braun, se presentaron según la reseña publicada por C. Füst, en 1883, solo dos casos en que el peso era de 5,000 y 5,300 gr., teniendo el primer niño 55,5 cm. y el segundo 57 de largo. Un niño examinado por nosotros, que á consecuencia de la rotura del cuello uterino había ido á parar á la cavidad abdominal, pesaba 5,060 gr., tenía una longitud de 60 cm. y un núcleo de osificación de 7,5

milímetros en la epífisis inferior del fémur. La observación hecha ya por Chaussier y confirmada modernamente por otros, de que el recién nacido pierde de su peso en los primeros dos á cinco días despues del nacimiento (á consecuencia de la evaporación de agua y pérdida de grasa) merece tenerse en cuenta también en las cuestiones forenses.

La no viabilidad puede depender, además, de una falta, de una deformación, ó de una enfermedad congénita, de los órganos indispensables para la vida.

Pertenece á esta categoría, en primer término, las monstruosidades, en el sentido estricto de la palabra, que llaman la atención por su aspecto exterior. Estas mueren necesariamente en seguida despues de nacer, como lo demuestran dos casos observados por Taylor, en uno de los cuales se trataba de un niño de dos cabezas y en el otro de uno de media cabeza (hemicéfalo), nacidos vivos, y muertos por las mujeres que asistían al parto. Thompson refiere también el caso de un niño ciclope que vivió una hora y media, y en Viena, en la clínica de Braun, se logró mantener vivo durante siete días á un hemicéfalo. En un niño de término, sacado de un escusado, encontramos considerable microcefalia con atrofia del cerebro, y emefalocelo anterior doble. El niño no fué viable, en el sentido ordinario de la palabra, pero llegó á vivir despues del nacimiento, muriendo de muerte violenta por sumersión, pues el pulmón y el estómago contenían aire y se hallaron materias fecales en el parénquima pulmonar, en el estómago y en un trozo de 15 cm. del intestino delgado. La madre no pareció y así se perdió la rara ocasión de una causa de infanticidio, cometido en un recién nacido no viable. Los gemelos Siameses, así como las señoritas Marie y Cristina, adheridas por las espaldas, son ejemplos para probar que una monstruosidad notable, no implica forzosamente falta de viabilidad. Por otro lado, hay cierto número de faltas de desarrollo y deformaciones de órganos internos, que muchas veces no se notan exteriormente, y, sin embargo, causan imposibilidad de vivir, aun cuando el niño no haya forzosamente de morir en seguida de nacer. Pertenece á esta clase, entre otros, los defectos congénitos del corazón, sobre todo los del tabique, que nosotros hemos encontrado combinados con trasposición de los vasos en un niño de once días y en otro de seis meses. También son de este número las ya mencionadas atresias del duodeno, á pesar de las cuales los niños pueden vivir días enteros, así como muchas hernias del diafragma y la degeneración quística intensa del riñón, las hepatizaciones generalmente sífilíticas del pulmón (peumonía alba), y ciertamente muchas otras afecciones que el niño trae al mundo. Un caso interesante de esta clase, ha referido Hecker en 1874: tratábase de un niño hidrocefálico en el que había la duda de si murió espontáneamente por falta del hidrocefalo ó violentamente á consecuencia de lesiones, siendo, además, imposible negar que ciertas fisuras de los frontales mal osificadas, se habían producido ó por la compresión durante el parto, ó ya despues de nacido. En nuestro laboratorio se ha hecho la autopsia de un niño muerto de peritonitis á los once días despues de nacer, encontrándose, en un cráneo aproximadamente normal, un hidrocefalo congénito, tan desarrollado, que el cerebro faltaba casi por com-

pleto. También las extravasaciones intermeningéas del feto hechas durante el parto, pueden producir la muerte algo más tarde, haciéndole, por lo tanto, no viable en el sentido más lato, lo mismo que la encefalitis intersticial, sobre la cual llamaron la atención Rokitansky, Virchow, Jastrovitz y Parrot, y que nosotros hemos observado varias veces, aunque todavía nó en los recién nacidos, como las ha visto Virchow; pero sí en niños de pecho de los primeros días y semanas y que se presenta en forma de focos amarillentos en la sustancia blanca, viéndose bajo el microscopio numerosas células llamadas granuladas. Además, puede no resultar viable un niño, aunque haya nacido vivo, cuando ha hecho movimientos respiratorios prematuros, á consecuencia de la obstrucción de las vías aéreas con mucosidades, etc.

2.º — Muerte violenta por procesos extrauterinos.

Existe una série de procesos que, sin culpa de la madre, pueden causar la muerte violenta del recién nacido. Entre estos procesos merecen una especial mención, el parto de golpe y la hemorragia por el cordón umbilical.

PARTO DE GOLPE.

Tanto los tocólogos, como los Médicos forenses, admiten hoy la posibilidad de que el parto se verifique de golpe, sorprendiendo á la mujer, ya estando ésta sentada, arrodillada ó de pié, porque el número de las observaciones indudables y hechas en circunstancias nada sospechosas, es considerable y continúa aumentando.

Entre los médicos antiguos que han expuesto la teoría del parto de golpe, merece mención especial Klein, quien para poner en claro la posibilidad de este parto (siempre puesta en duda) invitó, en 1813, al gobierno de Wurtemberg á dirigir á todos los médicos del reino un cuestionario respecto á si tenían noticias de mujeres sospechosas que hubieran parido estando de pié ó sentadas. El resultado fué recibir 183 comunicaciones de parto de golpe, de los que 155 ocurrieron estando la mujer de pié, 22 sentada y 6 arrodillada. Cohnvan Baren en 1845 y Schütz en 1852, han compilado un número considerable de casos; en cambio Hohl ha negado, en absoluto, la posibilidad de parir de pié, afirmando que nada impedía á la embarazada acostarse en el último momento; y se apoyaba en el hecho de que, á pesar de haber propuesto un premio, solo una de sus parturientes pudo acabar el parto de pié. Casper llama la atención sobre la diferencia de circunstancias que existe en las mujeres que paren en secreto, y pudo además comunicar cuatro casos de su propia observación, en los cuales el parto se verificó de pié ante testigos, y una vez en el momento de meterse en la cama. Cordwent ha referido un caso de parto voluntario, estando la mujer de pié. En el Congreso de naturalistas de Speyer (1861), Kuby mencionó un caso de una jóven de dieciseis años que pa-

rió de pié, y Hecker, Lange y Spiegelberg añadieron casos parecidos, que ellos habían observado. También han publicado casos de partos de pié Kussemann (1861), Olshausen (1860), Reinhard (23 casos de partos rápidos en la calle, y entre éstos seis de golpe, 1871) y Kondratowicz. Nosotros hemos visto verificarse el parto en una mujer casada, con tal rapidez, que en el momento de meterla en la cama, el niño salió como una bala. Asimismo conocemos á una mujer que parió en un coche, cayendo al suelo el niño. También hemos visto el caso de una mujer que, al bajar de un coche á la puerta de la Maternidad, dió á luz un niño que cayó al suelo, y que, por estar éste cubierto de una espesa capa de nieve, no se hizo daño. En 1878 hemos hecho la autopsia de un niño que cayó al suelo, por haber parido de pié la madre, delante de la Maternidad de Viena.

Los partos en postura sentada, agachada ó arrodillada, no tienen nada sorprendente, siendo todavía problemático si estas posturas serán ó no más convenientes, al menos en el período de expulsión, que el decúbito supino ó lateral, en que generalmente hacemos parir. Winckel en 1884 y G. Koch en 1886, han publicado trabajos recientes de gran interés, baja el punto de vista forense, sobre los partos de golpe; refiriendo el primero un total de 216 casos, y el segundo de 37, correspondiendo estos números á 0,9 por 100 de todos los partos.

El parto de golpe puede ser fatal para el niño, por la caída misma y las lesiones que puede recibir en la cabeza, ó por caer en líquidos, especialmente en los partos que ocurren cuando la mujer está en el escusado (1) ó por ambas circunstancias á la vez. El peligro de morir de hemorragia por rotura del cordón umbilical, es un hecho excepcional.

Cuando se trata de averiguar si, en efecto, el parto fué de golpe, hay que tener en cuenta las condiciones de la madre, las del niño y las circunstancias del caso.

En cuanto á la madre, hay muchos que opinan que, por causa de la dilatación de los órganos genitales, son más fáciles en las múltiparas, que en las primíparas. Pero la experiencia enseña lo contrario, que en la mayoría de estos casos, se trata de primíparas; lo que se explica principalmente por que éstas desatienden y desconocen más fácilmente las señales que anuncian el parto inminente, mientras que las múltiparas saben ya á qué atenerse. Así, por ejemplo, sucede muchas veces que las primíparas confunden los primeros dolores con un cólico, con las ganas de hacer de cuerpo, etc., y envista de esto, van al sitio correspondiente, donde so-

(1) En 1886 hemos hecho la autopsia de un niño nacido antes de término, que había muerto escaldado en una infusión caliente de manzanilla. El niño procedía de una jóven de dieciseis años, á la cual su madre, creyendo que tenía cólico, la había sentado sobre una vasija llena de dicha infusión y dió á luz en esta postura. — (Nota del autor).

breviene entonces el parto de golpe. Por lo demás, el deseo de defecar y emision de orina, son fenómenos que suelen acompañar al parto. Tambien debe tenerse en cuenta, que hay dos formas de parto de golpe: en la una, todo el acto pasa con extraordinaria rapidez, mientras que en la otra, es repentina é inopinada tan sólo la expulsion del feto. La primera forma, no puede admitirse cuando hay desproporcion entre las dimensiones de la pélvis y las del feto, mientras que la segunda, aunque más fácil en fetos pequeños, puede suceder tambien con los grandes, ó con relativa estrechez de las vías genitales, y, segun nuestra experiencia, es mucho más frecuente en los partos clandestinos, que el parto de golpe, propiamente dicho.

Algunos (Cohen, Schütz), han afirmado que los partos clandestinos ocurren, por regla general, mucho más rápidamente que los otros; afirmacion que no puede admitirse por completo, así como la de Wiegand y Casper de que la excitacion psiquica, favorece la aparicion de «un atolondramiento del útero» ó de un tétanos de este órgano. Hemos de conceder que en el parto de golpe, puede resultar más fácilmente rasgadura de la horquilla ó del periné, que en el parto ordinario; pero no ocurren forzosamente, y hay que tener en cuenta la amplitud y dilatabilidad de dichas partes.

En el niño hay que considerar, además de su volumen, el estado del cordon umbilical. Cuando el parto se verifica de modo que, por la caída del niño, el cordón se pone tirante (como es, sobre todo, fácil en los partos que ocurren en el escusado ó estando la mujer de pié) el cordon se romperá, ó bien la placenta será arrastrada. Ambos fenómenos, son propios para apoyar la afirmacion de que hubo parto de golpe; pero no bastan por sí solos para probarlo, puesto que el cordon puede haber sido roto por la madre, y la salida simultánea del feto y de la placenta puede suceder tambien en el parto ordinario.

No cabe duda de que, en un parto de golpe, el cordon umbilical puede romperse con facilidad. Es cierto que Negrier, Späth y Schatz, han encontrado que el cordon umbilical, cargándolo poco á poco, aguanta un peso mucho mayor (por término medio de 4.000 á 5.000 g.) que el del feto de término, y que Nevile ha encontrado como término medio de la resistencia de traccion de 125 cordones umbilicales, el peso de doce libras y media inglesas (5.713 gramos), siendo un poco mayor en los varones, que en las hembras. Pero en un parto de golpe, no se trata de un estiramiento paulatino del cordon, sino de un tiron repentino, que sufre ya por la caída del feto, ya por la violencia con que es expulsado, y

que en estas circunstancias, segun las leyes físicas, basta un peso mucho menor para producir la rotura del cordon. En efecto, los experimentos muy exactos, hechos en 1875 por Pfannkuch, han demostrado que 1.000 g. y aún menos (dos veces bastaron 500) son suficientes para producir, por su caída, la rotura del cordon umbilical, con lo cual concuerdan tambien los resultados de nuestros propios experimentos (que en cada curso hacemos ante nuestros alumnos) y en los cuales, el cordon resiste, sólo excepcionalmente, la caída de un peso de 1 kg. Cuanto más largo es el cordon, es decir, cuanto mayor es la velocidad de la caída del niño, tanto más fácilmente se rompe aquel. Con todo, Pfannkuch ha encontrado que, aún con media longitud del cordon (21 cm), bastaban 1.000 gr., por regla general, para producir la rotura. Generalmente ésta se verifica en el extremo fetal, á veces muy cerca del ombligo, y hasta puede resultar arrancado por completo de este punto (1). La rotura del cordon con las manos, en el cadáver, exige ciertamente algun esfuerzo; pero un tiron enérgico, basta para romperlo cuando se le ha agarrado bien, y la rotura de un cordon vivo, turgente, ha de ser mucho más fácil, sobre todo, porque la madre sujeta el cuerpo del niño. Tambien en este caso suele romperse el cordon cerca del cuerpo del feto, pudiendo hasta arrancarse el ombligo. Cuando el cordon es muy delgado, como se observa en los fetos antes de término, la rotura puede suceder involuntariamente al levantar el niño, ó por otra traccion insignificante, no siendo esto tampoco imposible en los fetos de término, como ha observado Koch en tres casos, Budin en dos (1887), Darène en otro (1888); y en la clínica de Breisky, de Viena, han ocurrido dos casos, uno poco tiempo despues que el otro. Tambien podría, excepcionalmente, romperse el cordon al levantarse la parida con la placenta todavía adherida, como dicen sucede frecuentemente en los animales.

(1) En el caso arriba mencionado, en que el niño nació junto con la placenta, estando la madre de pié á la puerta de la Universidad de Viena, encontramos rota solo la vena umbilical, dentro de la cavidad del abdomen, debajo del peritoneo, que presentaba un extenso derrame sanguíneo á lo largo del vaso. En el cráneo encontráronse, á pesar de la falta de osificación, dos fisuras insignificantes del borde interno de ambos parietales. En otro niño, parido de pié en el patio del Hospital General y que salió ileso, el cordon umbilical que nos entregó el Dr. Pritzl, se rompió casi en la parte media. Tambien Koch refiere un caso parecido, en el cual se encontraron, además, otras tres fisuras en la parte fetal del cordon (tambien Winkel las ha observado varias veces), y otro caso en el cual se encontraron grandes equimosis cerca del ombligo y de la insercion placentaria, habiendo quedado ilesa la vaina amniótica. — (Nota del autor).