

Por el aspecto del cabo periférico, puede generalmente resolverse con facilidad, si un cordón umbilical ha sido roto ó cortado. En el cordón cortado, no solo presenta bordes lisos la vaina amniótica, sino que se ve también que las demás partes del cordón han sido divididas en el mismo plano, aunque éste no es siempre transversal, sino que también, á veces, está oblicuo al eje longitudinal del cordón. Esto sucede, especialmente, cuando el cordón ha sido cortado de una sola vez. Cuando se han hecho varias tentativas, entonces la superficie de división no forma un plano, sino que en la vaina se ven varias incisiones que suelen presentarse muy marcadas (fig. 120).



Fig. 120. — Cordón umbilical cortado con unas tijeras. Tamaño natural; infanticidio.

En un caso, hemos encontrado cinco incisiones, paralelas á los bordes lisos que probablemente fueron hechos con una tijera; á pesar de esto, persistió la acusada en afirmar que el niño (que no presentaba ningún vestigio de lesión, y si en cambio indicios de sofocación) lo había parido de pié rompiéndose el cordón. Cuando éste se rompe, la vaina amniótica presenta los bordes á colgajos oblicuos, continuándose muchas veces en una rasgadura longitudinal centripeta, y los vasos se hallan divididos á diferente nivel, sobresaliendo las arterias, una ó ambas, sobre la herida, como en la fig. 121. Por regla general, el cordón se rompe en la concavidad de una vuelta de espiral, donde la vaina amniótica se pone, por la tracción, tensa como la cuerda de un arco, se incinde, después se estira y por último, ocurre la rotura de los vasos y demás partes constitutivas del cordón. Sólo rara vez se verifica la rotura transversalmente, mas aún, entonces, presenta bordes de colgajo y una superficie de división desigual. Hay otros modos de separar el cordón, como v. gr., por magullamiento, que ocurren de seguro sólo excepcionalmente, por la simple razón de que exigen más tiempo. En cambio, según hace constar Huber, puede suceder que se incinda el cordón, completándose la división por medio de la rotura.

En estado reciente, es fácil reconocer el aspecto del extremo de división. Cuando el cordón está momificado, debe reblandecerse antes. La putrefacción adelantada, impide que se distinga el estado primitivo del cabo, y asimismo puede éste quedar alterado por la roedura de las ratas en los cadáveres que han ido á parar á los albañales (1).

La falta de un tumor cefálico, apoya la afirmación de que el parto fué de golpe; pero la presencia del mismo, no habla en contra, puesto que, según queda dicho, el período de expulsión puede ser rápido, aunque la cabeza haya quedado retenida algún tiempo en el anillo pélvico. En la presentación de nalgas, no es fácil que ocu-

(1) Casper ha llamado la atención, con fundamento, sobre el hecho de que, cuando en un niño extraído de un líquido se encuentra ya el cordón umbilical momificado, esto prueba que el niño ha ido á parar al líquido con posterioridad. Así pues, basta para reblandecer un cordón umbilical momificado, una corta permanencia en agua, en el líquido de las letrinas, etc. — (Nota del autor).

rran partos de golpe, porque la cabeza, rezagada, suele quedar atascada, siquiera sea por cortísimo tiempo; con todo, Winckel ha observado varios casos y también nosotros hemos visto uno de una primípara de veintidos años, casada.

No siempre resultan lesiones, especialmente de la cabeza; así es que no debe sorprendernos la falta de lesiones, cuando el parto se verificó sobre un cubo ú otra vasija. También en el parto de pié, pueden dejar de presentarse; mientras que en el parto que se verifica en un escusado, resultarán tanto más fácilmente, cuanto más profundo sea éste y menos líquido, etc., contenga. En todos estos casos, se tratará principalmente de comprobar si las lesiones de cabeza son realmente de tal índole, como pueden resultar de una simple caída, ó si presentan cualidades que inducen á presumir la acción de otra violencia. Las fisuras y fracturas del cráneo, que se forman por la simple caída de un niño recién nacido, afectan, como es fácil convencerse por el experimento, si no exclusiva, al menos principalmente, á los parietales, y con la misma frecuencia á uno solo, que ambos á la vez. Más á menudo se observa una fisura que, partiendo del borde de la sutura sagital (por lo común de la parte media) pasa radialmente entre los puntos de osificación hácia la eminencia, continuándose luego en un ángulo casi recto, y también en dirección radial, hácia la sutura coronaria ó la lambdoidea. También puede formarse solo una fisura simple. Más rara vez hemos visto verdaderas fracturas dentadas, pasando la fisura oblicuamente sobre los radios de osificación, que siempre afectaban la parte interna del parietal. A veces, hemos encontrado una fisura angulosa en un parietal y una fractura dentada en el otro; pero en todos estos casos, dichas fracturas cra-



Fig. 121. — Extremo placentario de un cordón umbilical roto en un parto de golpe. Tamaño natural (1).

(1) El cordón reproducido aquí, procede de un caso ocurrido en la clínica de Braun. La mujer tenía un embarazo doble, el parto de golpe se presentó en el momento en que la mujer se vestía para ir al escusado. El cordón umbilical, que tenía 42 cm. de largo, se rompió á 12 cm. del ombligo, cayendo al suelo uno de los niños, que pesaba 2200 gramos, recibiendo una fisura del parietal derecho, pero se salvó. El otro gemelo, nació normalmente. La placenta y el cordón, fueron cedidos á nuestro Museo. — (Nota del autor).

neales eran de tal carácter, que se conocía claramente que debían su origen á la compresion repentina de la bóveda parietal del cráneo. Un destrozó irregular ó múltiple de los huesos craneales puede resultar tan sólo por una caída de gran altura, mientras que es fácil que se produzcan semejantes lesiones en las tentativas hechas para matar al niño, porque no es probable que la mujer, al tratar de matar á su hijo con un instrumento romo, se contente con un solo golpe, choque, pisoton, etc. en la cabeza, sino que los repetirá, para estar más segura del efecto. Repetidas veces hemos visto en los recién nacidos arrojados al escusado, además de simples fisuras de los parietales, fracturas de la pared superior de la órbita. Por una simple caída, no resultan heridas del cuero cabelludo, á no ser que sea desde una gran altura, y que la cabeza choque contra objetos prominentes, de punta ó de arista aguda. También pueden resultar hemorragias intermeníngeas y magullamientos del cerebro, sin fisuras ó fracturas. En un niño de 42 centímetros de largo, muerto once días despues de haber nacido estando la madre de pié, encontró Koch un magullamiento del lóbulo frontal derecho del tamaño de una nuez.

Finalmente, debe investigarse también el estado del pulmon. Cuando el parto se ha verificado en el escusado ó sobre una vasija suficientemente llena de líquido, se comprende que si, en efecto, el parto fué de golpe, cayendo el niño directamente en un líquido que lo cubría por completo, no pudo haber respiracion (ó sólo la hubo de un modo imperfecto) y que por lo tanto, cuando encontramos los pulmones completamente dilatados por el aire, y sobre todo, cuando hallamos aire, no solo en el estómago, sino también en una parte de los intestinos, tenemos motivo para excluir el parto de golpe. Hay que tener en cuenta, sin embargo, que cuando en los sitios respectivos, hay poco líquido ó materias espesas que impedian la sumersion instantánea del cuerpo, el niño puede respirar aún despues de la caída, como prueban los casos en que los recién nacidos fueron extraídos vivos de las letrinas. Naturalmente, deberá averiguarse, además, si el niño ha ido á parar al líquido todavía vivo, ahogándose en el mismo, ó no; y con respecto á esto, remitimos al lector á lo dicho sobre la muerte por sumersion.

Si se trata de un parto de golpe en el cual se dice que el niño ha caído sobre el suelo, lastimándose mortalmente, sería un error deducir, por la demostracion de que el niño ha respirado perfecta-

mente, que el hecho no pudo verificarse, pues los recién nacidos no mueren inmediatamente, aún despues de lesiones considerables del cráneo; sino que pueden continuar respirando por algun tiempo.

Esto lo demuestran, especialmente, aquellos casos en que los niños nacen vivos y respirando, á pesar de haber sufrido la perforacion y cefalotripsia. Wisbrand y Laborie, han descrito casos de esta clase: el niño vivió más de una hora, y nosotros hemos tenido dos veces ocasion de hacer la autopsia de niños que despues de la cefalotripsia, habían hecho varias inspiraciones y tenían los pulmones llenos de aire. Asimismo, encontramos en la autopsia de un niño recién nacido, hallado muerto en un zaguán, el cráneo despedazado, el cerebro destruido casi por completo y todas las partes blandas tan llenas de equimosis, que no podía haber duda acerca del origen de las lesiones. A pesar de esto, encontráronse en el estómago dos cabezuelas de flor de manzanilla en medio de un líquido turbio, que la investigacion microscópica demostró ser lavazas, y en los bronquios había este mismo líquido, con dos pétalos de manzanilla. No pudiendo suponerse que el niño había sido metido en este líquido primero y luego muerto por destrozamiento del cráneo, parecía lógico creer que la madre había empezado por romper el cráneo al niño, echándolo luego en la vasija que contenía las lavazas y los restos de una tisana de manzanilla, y que el niño había podido efectuar algunos movimientos de deglucion y de respiracion.

Las circunstancias del caso son de suma importancia en la apreciacion forense de los pretendidos partos de golpe, porque suelen ser las que deciden la cuestion en uno ú otro sentido; no solo hay que describir con exactitud las declaraciones de la madre sobre el curso del parto, sino que no se debe prescindir, jamás, del exámen esmerado de las condiciones locales, especialmente cuando se dice que el parto se verificó en el escusado. No creemos necesario decir que los vestigios de sangre pueden dar luz sobre el lugar donde se ha verificado el parto, y claro es que no puede pensarse en que haya sido en el escusado cuando inmediatamente despues no se encuentren vestigios de sangre, y resulta imposible el que se hayan hecho desaparecer aquellos. Aún más importante es averiguar las condiciones del retrete, sobre todo, el ancho de su orificio, el del embudo que está debajo ó del tubo que parte directamente del orificio ó del sifon. Cuanto mayor sea la anchura de estos orificios ó conductos, tanto más admisible parece el parto de golpe; pero, á veces, la simple inspeccion demuestra que dada la estrechez ó de la curvatura de los conductos, no puede admitirse que el niño haya caído *simplemente* á través de los mismos, sino que se le ha hecho pasar *á la fuerza*.

Así, por ejemplo, en uno de nuestros casos, en el cual la acusada declaraba haber tenido un parto de golpe estando en clucillas sobre el retrete, el diámetro de la abertura redonda era de 14 cm. y la abertura inferior del embudo, un tanto encorvado, tenía solo 11 cm. Como el niño era de término, y la anchura de sus hombros de 12 cm., no podía admitirse que había caído simplemente en el pozo de la letrina, y en el dictámen se consignó, que el niño debió ser empujado á través del embudo. Esto era tanto más justificado, cuanto que en la escápula izquierda se encontraba una excoriación del ancho de la palma de una mano, estrechándose hácia las nalgas, la cual fué producida, evidentemente, á consecuencia de los esfuerzos hechos para que pasase el niño por la abertura inferior del embudo del escusado, puesto que durante la caída, no pudo chocar en ninguna parte, toda vez que cayó en medio de una gruesa capa de materias fecales.

En otro caso, se encontró un niño de término enterrado en una olla, afirmando la madre que había parido de piés sobre la misma, cayendo el niño en ella, y que creyéndole muerto, lo enterró. Mas como la olla tenía 30 cm. de alto, y su abertura un diámetro de 14, siendo así que la longitud del cordón umbilical (del cual una parte se encontraba en el cadáver y otra en la placenta, hallada en otro punto) tenía 60 cm., se declaró que habría sido una casualidad muy singular, ó bien un acto de habilidad especial, por parte de la madre, el parir directamente en la estrecha abertura de la olla, en una posición de por sí muy inverosímil, y que, aún cuando esto hubiese ocurrido, no podía verificarse la rotura del cordón umbilical, dada la poca distancia de la abertura de la olla á los genitales de la madre, y la longitud del cordón (aumentada además en la mitad de la longitud del feto), y porque éste había de quedar retenido en su caída por la estrecha abertura de la vasija. En un tercer caso, se decía que el parto se verificó sobre el retrete, en posición sentada. Pero, por la declaración de dos testigos que se hallaban precisamente delante del retrete, resultó que mientras ella se hallaba en el escusado, se estremecía de repente la puerta, como si alguien se agarrara del pestillo, oyéndose, inmediatamente despues, unos gritos como de gatos, que cesaron de pronto, saliendo á los pocos momentos la acusada limpiándose en el delantal las manos ensangrentadas. El niño extraído del retrete presentaba una fisura angulosa en el parietal derecho, pulmones perfectamente aireados, fenómenos de sofocación, materias fecales en la tráquea, y rotura del cordón en el ombligo mismo. En el dictámen se declaró que, si bien no parece imposible que un niño respire durante la caída en un parto de golpe, si lo es el que grite; de modo que por esta sola razón y porque los pulmones estaban completamente dilatados, no podía admitirse el parto de golpe. Aun menos podía concederse ésto, dado el resultado de la inspección local, que hizo ver que el borde anterior del asiento del retrete distaba de la puerta de 1,47 m.; de modo que era imposible que la acusada, sentada en el retrete, se agarrase á la puerta, siendo evidente que el parto se verificó en el momento de tirar de la puerta, como demostraba también la simultaneidad de los gritos del niño. En los retretes hay que tener en cuenta, también, la fuerza impelente del chorro de agua; sobre todo, en los casos en que las acusadas declaran que, en el momento de abrir la válvula, notaron la presencia del niño, el cual desapareció instantáneamente. La posibilidad de esca-

parse involuntariamente un niño, en semejantes circunstancias, queda demostrada por el siguiente caso: Una paciente de un hospital de Viena, casada, tuberculosa en grado avanzado, parió inesperadamente en el retrete; á sus gritos, acudió una hermana de la caridad, y creyendo que la enferma había tenido un accidente, la levantó del retrete, viendo al instante en el embudo un niño que se movía. En su confusión, cogió el manubrio de la válvula, que se abrió inmediatamente, arrastrando el agua al niño, que desapareció antes que la hermana pudiera cogerlo. Al sacarlo de la letrina, que tenía la profundidad de dos pisos, se le encontró en unión con la placenta, con la cabeza destrozada. En otro caso, la acusada declaró que había abierto la válvula para quitar al niño la sangre, y que éste se le escapó de las manos durante la operación.

MUERTE POR HEMORRAGIA Á TRAVÉS DEL CORDÓN UMBILICAL.

Mucho se ha escrito acerca de si era posible ó fácil (ó solo excepcional) la hemorragia por falta de ligadura del cordón umbilical. Actualmente están acordes los tocólogos y los Médicos forenses, en que es un hecho muy raro, y en favor de esta opinión habla la experiencia forense, que prueba que sólo excepcionalmente se encuentra un niño en que pueda admitirse la muerte por hemorragia, á pesar de que, en los partos clandestinos, el cordón umbilical suele romperse inmediatamente, no ligándose casi nunca.

La causa de que no se verifique la hemorragia por el cordón no ligado, consiste, en primer término, en la contracción energética de las arterias umbilicales, cuya potente capa de músculos longitudinales y transversales, con poco desarrollo de fibras elásticas, hacen que se contraigan y se acorten centripetamente. Además, parece que estos vasos tienen una excitabilidad mayor, en virtud de la cual, el simple contacto del aire atmosférico, y tal vez el estímulo mecánico de la división del cordón umbilical, provoca la contracción energética y permanente de los mismos. Existe la duda de si en esto influye la temperatura del ambiente, pues hemos visto que cuando se dividía el cordón umbilical de perros recién nacidos ó sacados del útero, la hemorragia se detenía á los pocos momentos, sucediendo lo mismo cuando el abdomen del animal se metía en agua fría ó en agua caliente; en cambio, las arterias se contraían enérgicamente por la introducción de una cerda. La cesación de la hemorragia por el cordón dividido, se atribuye al establecimiento de la circulación menor, por la cual se sustrae una cantidad considerable de sangre á la aorta descendente, disminuyendo por esto la tensión de todos los vasos del sistema aórtico, disminucion que se manifiesta, sobre todo, en los territorios vasculares más apartados. El influjo de esta circunstancia no es despreciable, siéndolo aún menos, la relativa debilidad del ventrículo izquierdo que se hipertrofia despues del nacimiento, en virtud de la cual también los otros vasos, hasta las carótidas (cuando se cortan en animales recién nacidos) no

lanzan la sangre en chorro fuerte como lo hacen despues, sino que la dejan salir á borbotones. De esto nos hemos convencido por la observacion directa en perros recién nacidos, encontrando al mismo tiempo que las arterias umbilicales continúan latiendo algun tiempo (en un caso media hora) en la cavidad abdominal, despues de cesar el pulso y la salida de sangre en el resto del cordon y hallándose la respiracion en plena funcion.

Esta circunstancia, así como la experiencia tocológica de que el cordon continúa á veces algun tiempo latiendo despues del nacimiento, hacen posible que, en algunos casos, resulte una hemorragia por falta de ligadura del cordon, y esta posibilidad queda probada por repetidas observaciones. No siempre se puede averiguar el porqué la hemorragia, por el cordon dividido, no cesó ó reapareció desques. La respiracion imperfecta ó interrumpida, parece favorecer la aparicion de una hemorragia por el cordon, no desarrollándose completamente la circulacion menor, de modo que la tension del sistema aórtico, no solo deja de disminuir, sino al contrario, aumenta como en toda sofocacion. No se sabe si el paso del feto á un medio caliente, favorece la hemorragia ó si el frio la retarda, y, por analogía con otras heridas, parece que una hemorragia resulta menos mortal por la rotura ó magullamiento, que por la seccion del cordon umbilical. Tampoco es indiferente el punto en que se divide el cordon, siendo menos de temer una pérdida considerable de sangre por un cabo largo, que por uno corto; si bien numerosos casos enseñan, que tampoco el arrancamiento directo del cordon de su insercion en el ombligo, va seguido, necesariamente, de una hemorragia mortal. Si fuera anormal el origen de las arterias umbilicales, debería hacerse constar esa circunstancia.

Segun Rokitansky, no es raro que exista una sola arteria umbilical, como continuacion directa de la aorta abdominal. Nosotros hemos encontrado, repetidas veces, una sola arteria umbilical; pero siempre partía de la hipogástrica, solo que era doble del volumen normal.

La mayoría de los casos de hemorragia por los vasos umbilicales que se citan en las obras, se refieren á una época ulterior, presentándose la hemorragia durante, ó poco despues, del desprendimiento del cordon umbilical mortificado. En algunos de estos casos, se trataba de un curso anormal de la obliteracion de los vasos umbilicales; pero en los más, la hemorragia era debida á procesos sépticos en el ombligo ó en los vasos umbilicales (Klebs, Ritter y Heppinger).

La hemorragia por el cordon umbilical no ligado, puede sospecharse al investigar el cadáver de un niño, sólo cuando éste presenta los caracteres pronunciados de anemia. Si éstos existen, los atribuiremos á la hemorragia cuando no se descubran otras causas de anemia, especialmente lesiones de grandes vasos ó de órganos ricos en sangre; pero no basta por sí sola para excluir la hemorragia por esta parte, la circunstancia de encontrarse ligado el muñon del cordon umbilical, puesto que la ligadura podía ser aplicada ulteriormente, y, además, constan algunos casos en los cuales hubo hemorragia, á pesar de haberse hecho la ligadura, porque espontáneamente se aflojó esta, ó por absorcion del hilo.

MUERTE INTENCIONAL DEL RECIEN NACIDO.

El Código penal austriaco distingue la muerte del recién nacido por la intervencion activa de la madre, de la que resulta por la omision de la asistencia necesaria al parto. El proyecto nuevo, establece igual distincion sin conservar al mismo tiempo la diferencia de pena que, en el Código penal vigente, es más leve en el caso de omision de la asistencia. El Código penal aleman, habla solo del «infanticidio» á secas, sin mencionar el modo de perpetrarlo.

Excepcional importancia Médico-forense reviste la limitacion de tres dias que el Código penal español, á semejanza del de Baviera y Oldenburgo, asigna como condicion de tiempo, dentro del cual, la muerte de un recién nacido pueda ser calificada, segun los casos, de infanticidio.

La extraordinaria diferencia penal que entrañan los delitos de parricidio, asesinato é infanticidio, de todos los cuales puede ser objeto un recién nacido, haciéndose esta distinta calificacion, no solamente por la condicion de los autores, sino por la circunstancia de edad de la víctima, impone al Médico-forense la mayor circunspeccion en sus fallos.

Por otra parte, ni el Código penal, ni nuestra Jurisprudencia, establecen lo que debe entenderse por *recién nacido*; aunque atendiendo al espíritu del artículo 424 que para nada establece distincion entre el *recién nacido* de que habla el párrafo 3.º y «el hijo que no haya cumplido tres dias», de que habla el 1.º; y teniendo asimismo en cuenta algunas sentencias de tribunales extranjeros que no admiten como infanticidio la muerte de un niño que ha cumplido ya *catorce dias* (Lieja, 20 Junio, 1822), ni la del que ha cumplido *ocho dias* (Tribunal de casacion, 14 de Abril, 1837), ni aun *siete dias* (Arret, de 22 de Julio 1847); y atendiendo al texto bien terminante de otros Códigos, el de Austria, por ejemplo, parece lógico inferir, que lo que nuestro Código entiende por *recién nacido*, es aquel que *no haya cumplido tres dias*. Y como transcurridas estas setenta y dos horas, el delito pasa á la categoría de simple

homicidio, ó, según las circunstancias, de asesinato ó parricidio, la determinación de la edad del recién nacido conforme á dichos límites, será de una trascendencia legal que el Médico no debe perder de vista en sus investigaciones é informes. — (A. M).

Entre los *métodos activos* de matar á los recién nacidos, el más frecuente es la lesión del cráneo con instrumentos romos ó de bordes obtusos, ya sea que estos se dirijan contra la cabeza del niño, ó ésta sea lanzada contra objetos duros. Las consecuencias de semejantes actos de fuerza, suelen ser soluciones de continuidad de los huesos del cráneo, con extravasación en la cavidad del mismo. En la apreciación de estas violencias, debe procederse como cuando se trata de adultos. Sin embargo, las soluciones de continuidad en el cráneo de los recién nacidos, ofrecen algunas particularidades, pues, además de poderse verificar durante el parto y



Fig. 122. — Hendiduras embrionales de la escama del occipital del recién nacido.

áun antes, pueden confundirse con las faltas de osificación; y también es posible que hayan sido producidas después de la muerte, dada la gran fragilidad de los huesos craneales del recién nacido, que debe tenerse en cuenta.

Las faltas de osificación son fisiformes, de forma redonda ó de forma irregular.

Las primeras se encuentran con gran constancia en la porción escamosa del occipital; dependiendo, probablemente, de la disposición de los vasos de Santorini, mientras que antes se las consideraba como resto de la separación primitiva de los núcleos de osificación de que, al parecer, se compone la parte escamosa del occipital. Se distinguen una hendidura vertical y dos laterales (fig. 122); aquella desciende verticalmente del vértice de la parte escamosa hácia la eminencia del occipital, excediendo rara vez de 1,5 cm., mientras

que las hendiduras laterales penetran simétricamente en la escama desde las dos fontanelas, dirigiéndose oblicuamente hácia adentro y arriba, y terminando al nivel de la eminencia á distancia de 1 á 1,5 cm. de la misma. Su longitud es rara vez menor de 2 cm., y su trayecto no siempre rectilíneo, sino frecuentemente ondulado. Además, el borde inferior de la escama occipital presenta, casi siempre, en una deposición su parte media, que á veces se prolonga en



Fig. 123. — División transversal de la porción escamosa del occipital de un recién nacido.

una hendidura ascendente, que en casos muy raros, reuniéndose con la hendidura descendente, produce la división de la escama en dos mitades laterales. Más frecuente es la unión de las dos hendiduras laterales, de la que poseemos dos ejemplos en nuestra colección (fig. 123).

También, los parietales presentan muy comúnmente, aunque no con la misma frecuencia que la porción escamosa del occipital, iguales «hendiduras embrionales». Más á menudo se las ve en el tercio posterior del borde

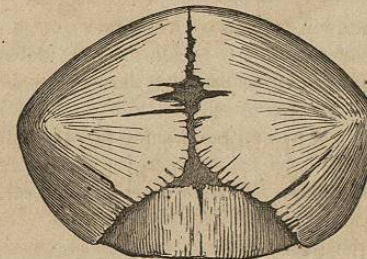


Fig. 124. — Bóveda craneal de un recién nacido, con fontanela accesoria y fisuras en el tercio posterior de la sutura sagital, así como en la sutura lambóidea en ambos parietales.

de la sutura sagital, muy simétricamente una á cada lado, rara vez de más de 1,5 cm., dirigiéndose hácia afuera entre los ródios de osificación y correspondiendo al punto donde más tarde se forman los agujeros parietales. Los extremos internos de estas hendiduras se separan, frecuentemente, formando en la sutura sagital un hueco romboideo ú oval que se designa con el nombre de *fontanela accesoria* (fig. 124). También se ven á menudo en el punto de transición del tercio medio al superior de la sutura lambóidea, unas hendidu-