

# Avortul în patologia medico-legală

## Pruncuciderea



## Avortul - generalități


Considerațiile asupra avortului au în vedere aspecte medicale, juridice, etice, demografice și socio-economice.

Aspectele expertale asociază criterii medicale, medico-legale și juridice privitor la gravidă, la produsul de concepție și la ansamblul împrejurărilor în care s-a efectuat avortul.

Concepția etico-filozofică și religioasă susține *sacralitatea vieții*, astfel încât vom susține și proteja viața oricărui produs de concepție.

Provocarea prin mijloace empirice a avortului este interzisă în toate statele, iar sistemele legislative au prevăzut pedepse aspre pentru femeia căreia i se practică avortul și pentru persoana care efectuează manoperele abortive ilicite.

În majoritatea covârșitoare a țărilor, *avortul terapeutic* este aplicat în cazuri de necesitate, în care întreruperea sarcinii este recomandată pentru a salva viața femeii gravide.



În alte țări se are în vedere *calitatea produsului de concepție* evitându-se apariția unor malformații sau embriopatii, precum și vârsta mamei la cele două extreme, femei minore sau peste 35/40/45 de ani (limita de vârstă variază în relație cu prevederile statului respectiv).

La noi în țară întreruperea cursului sarcinii a fost interzisă prin decretul 770/1966 care a fost abrogat în anul 1989. Erau admise întreruperi ale cursului sarcinii numai în cazuri strict prevăzute de lege, extrem de restrictive.

Ca reacție s-a produs o creștere a numărului de avorturi empirice cu extrem de numeroase decese sau/și infirmități, în subsidiar fiind de reținut că natalitatea nu a crescut.

De la introducerea decretului din decembrie 1989 s-a permis avortul la cerere, cu condiția să fie efectuat în primele trei luni de evoluție a sarcinii, numai în unități spitalicești sau medicale acreditate, cu specialiști ATI și dotare corespunzătoare.

## *Clasificarea avortului*

### *Avortul spontan sau patologic*

- afecțiuni materne acute și cronice
- cauze ovulare
- afecțiuni placentare

### *Avortul provocat*

- **la cerere** (efectuat în condiții legale în unități sanitare autorizate)
- **accidental** se produce datorită unor factori externi traumatici care declanșează, datorită condițiilor speciale ale mamei avort, dar la care a lipsit intenția de a produce aceste efecte.
  - Fapta care are drept consecință producerea unui *avort postraumatic este considerată o vătămare corporală gravă (art 194 CP)*.
  - *Avortul accidental poate fi datorat unor traumatisme intense localizate la nivelul abdomenului și/sau regiunii genitale.*
  - *În aprecierea unor astfel de cazuri trebuie eliminate alte cauze de producere a metroragiei și este necesară o bună evidențiere a legăturii de cauzalitate dintre traumatism și avort.*

- empiric (ilegal sau ilicit)
  - este efectuat de femeia gravidă sau de alte persoane
  - utilizarea unor mijloace empirice a avut de cele mai multe ori consecințe grave asupra femeii
  - mijloacele abortive pot fi:
    - Mijloacele mecanice acționează asupra colului pe care îl dilată, declanșează contracții uterine, dar pot produce perforații (chiurete, andreele, fuse, sârme).
      - uneori poate fi prezumată auto sau heteroprovocarea după dispoziția perforațiilor și corelarea cu tipul femeii – dreptace sau stângace.
    - Mijloacele fizice – s-au utilizat irigații vaginale (lichide fierbinți, băi fierbinți, curentul electric, efortul fizic intens).
    - Mijloacele chimice au avut în vedere foarte multe substanțe, decocturi, tincturi din plante, medicamente, diferite toxice.

## Expertiza medico-legală în avort


1. *Stabilirea diagnosticul de sarcină și a vârstei de evoluție a sarcinii.*
2. *Stabilirea metodei abortive necesită coroborarea tuturor observațiilor:*
  - examen macroscopic
  - examenul microscopic
  - date privind evoluția avortului
3. *Stabilirea legăturii de cauzalitate între avort și manopera abortivă are relevanță pentru încadrarea faptei.*
4. *Stabilirea cauzei morții în avortul provocat*
  - sindrom tanatogenerator
    - cauze locale (hemoragii, perforarea unor vase uterine; decesele prin infecții endometriale și anexiale)
    - cauze generale (șoc toxico-septic, infecții generalizate și procese embolice).

## Pruncuciderea

Art. 200 CP “uciderea copilului nou născut imediat după naștere, dar nu mai târziu de 24 ore, săvârșită de către mama aflată în stare de tulburare psihică.”

**Cod Penal Anterior** - Art. 177 “uciderea copilului nou născut, săvârșită imediat după naștere de către mama aflată într-o stare de tulburare pricinuită de naștere”.

Pruncuciderea este caracterizată prin următoarele elemente:

- femeia care a născut săvârșește fapta (nu interesează starea civilă)
  - momentul comiterii infracțiunii – în primele 24 ore de viață.
  - mama - stare de tulburare psihică,
- 

Obiectul infracțiunii, NN să fi fost viu la naștere:

- semnele de respirație
- circulație extrauterină

Se consideră ca elemente de demarcare:

- între avort și pruncucidere, momentul declanșării nașterii,
- între pruncucidere și omor momentul în care nou născutul a primit de la mama sa sau de la anturaj, asistență pentru încetarea dependenței materne (cordon ombilical), dar în egală măsură și asistența utilă (înfășare și îngrijire).

Agresarea între naștere și oricare dintre aceste manevre se va considera pruncucidere, iar cea exercitată după ce manevre uzuale s-au aplicat, va fi considerată omor calificat.





## Problematica expertizei medico-legale

1. Obiectului infracțiunii – nou-născutul
2. Subiectului infracțiunii – mama prezumtiv pruncucigașă
3. Examenul la locul faptei.

1.1. *Stabilirea stării de nou-născut* se face prin observarea elementelor obiective care se mențin câteva ore, până la 3-5 zile pe corpul nou-născutului

- tegumente rozate, cu vernix caseoza, cu fire lanugo, sânge pe corp, bosa serosanguină localizată epicranian în prezentațiile craniene, fără să respecte suturile.
- cordonul ombilical are lungimea de 50-60 cm. Dacă este secționat se impune diferențierea între o margine liberă tăiată și o margine ruptă
- evoluția cordonului ombilical permite aprecieri cu privire la durata vieții extrauterine:
  - imediat după naștere este turgescent, lucios, umed
  - lizereu de demarcație la 24 ore
  - mumifiere
  - 5-6 zile se detașează.
- la naștere în intestinul gros se află meconiu, de culoare verzuie.

## 1.2. Cercetarea maturității fătului (vârsta intrauterină) nou-născutul la termen:

- greutatea de 3250 g, iar lungimea de 48-54 cm,
- unghiile acoperă pulpa degetelor
- părul de pe cap are lungimea de 1-3 cm
- testiculele sunt în scrot; labiile mari le acoperă pe cele mici
- greutatea placentei este de 500/600 g, iar raportul G corporală/G placentei este 1/6 (indicele Adair-Thelander).
- dezvoltarea parenchimului pulmonar. RAC (radial alveolar count):
  - < 2 alveole fătul are sub 18 săptămâni,
  - > 3 alveole fătul are sub 30 săptămâni,
  - > 4 alveole fătul are 30 săptămâni,
  - > 6 alveole fătul este la termen.
- mugurii dentari:
  - se dezvoltă din săptămâna a 7-a,
  - alveolele incisivilor se cloasonează în luna a VI-a,
  - primii molari în luna a VII-a,
  - molarii secunzi în luna a VIII-a.

- nucleee de osificare
  - la nivelul metafizei proximale a femurului apare în luna a 9-a de sarcină nucleul Beclard;
  - nucleul Tapon (tibial) apare în luna a VI-a de sarcină
    - macroscopic pe secțiunile efectuate se remarcă zone circumscrie roșii-violacei de 2-2,5 cm situate pe fond sidefat albicios
- vârsta în luni lunare a nou-născutului se calculează după formula lui Haase.
  - dacă lungimea este între 25-50 cm se împarte la 5;
  - dacă lungimea este sub 25 se extrage  $\sqrt{\phantom{x}}$ .
- *viabilitatea nou-născutului.* Aceasta reprezintă aptitudinea de a trăi extrauterin și capacitatea de adaptare la mediul extern. Conform criteriilor OMS se consideră viabil un făt după o durată de 6 luni a sarcinii, având o greutate de peste 1000 g. Criteriile medico-legale fixează parametrii la o greutate peste 1400 g și talie peste 38 cm.
- *diagnosticul de viață extrauterină* permite diferențierea nou-născutului născut mort de nou-născutul care a respirat extrauterin. Semnele majore de viață extrauterină sunt date de aspectul pulmonar caracteristic, evidențiat macroscopic și microscopic

## *Docimazia optică sau stereoscopică:*

- macroscopic plămânul nerespirat este anectazic, cu consistență de ogan parenchimatos, din care se scurge sânge lichid și este colabat spre sinusurile vertebrale
- microscopic fantele alveolare și bronhiile sunt plicaturate în burse
- arterele pulmonare sunt goale
- plămânul respirat umple cutia toracică, are culoare roz, palpatoric crepită specific, iar pe secțiune se scurge sânge aerat
- MO se recunoaște structura specific alveolară cu bronșiole etalate
- întrucât deplisarea alveolelor este un fenomen progresiv dinspre superior și anterior spre posterior și inferior se vor recolta mai multe fragmente pentru efectuarea probei de docimazie
- plămânul nerespirat cântărește cca 40 g, iar cel respirat 80 g


## *Docimazia hidrostatică*

- se explică prin diferența de densitate - plămânul nerespirat are densitatea de 1040, iar cel respirat 650
- cel repirat plutește la suprafața apei în bloc (întreaga piesă buco-toracică), precum și fragmente din aceasta

*Docimazia pulmonară* este marcată de unii factori de eroare:

- fals negative în atelectazii pulmonare, condensări pulmonare, boala membranelor hialine
- fals pozitive în putrefacție și după efectuarea respirației gură la gură

*Docimazia histologică:*

- MO la plămânul nerespirat se constată nedestinderea fantelor alveolare, bronhiile sunt plicaturate, situate la distanță de cartilajul hialin, capilarele septale sunt fără sânge, iar celulele alveolare cubice au nucleul rotund
  - Plămânul respirat are alveolele deplisate, destinse, epiteliul alveolar este fuziform cu nucleul oval, bronșiile sunt destinse, apropiate de cartilagiu, capilarele septale sunt pline de sânge
  - La plămânul parțial respirat există alternanțe de teritorii în care aerul a pătruns, cu teritorii unde parenchimul este neaerat
  - Pentru diferențierea cazurilor de putrefacție se studiază fibrele elastice care sunt arciforme la plămânul respirat și ondulate la plămânul nerespirat
- 

*Docimazia gastro-intestinală (proba Breslau)* urmărește progresia aerului în tubul digestiv. La nou-născutul care respiră aerul ajunge:

- în 15 minute în stomac,
- în 30 minute în duoden,
- în 6 ore în intestinul subțire,
- după 12 ore ajunge în colon.

*Durata vieții extrauterine* delimitează pruncuciderea de omor. Sunt obligatoriu de evaluat:

- greutatea, talia,
- dimensiunile FA,
- aspectul cordonului ombilical,
- prezența și evoluția borsei serosanguine, cefalhematomul,
- existența și gradul de închidere a găurii Botallo (se obliterează la 2 săptămâni),
- canalul arterial care se închide în prima lună,
- meconiu care are o consistență marcată timp de 2 zile, după alte 2 zile se exteriorizează
- raportul grosimii VD/VS
- eliminarea treptată a vernix caseosa care poate dura 2-5 zile, la nou-născutul care nu este spălat (nu a primit îngrijirile necesare).

## *Stabilirea cauzei morții nou-născutului*

### *A. Moartea în uter poate fi:*

- violentă, datorată unor traumatisme genitale sau/și puncțiilor transamniotice cu injectarea de substanțe chimice
- patologică
  - prin afecțiuni materne (tuberculoză, lues, diabet zaharat, incompatibilități Rh),
  - a unor boli a nou-născutului incompatibile cu viața (malformații congenitale, infecții dobândite pe parcursul sarcinii)
  - a unor cauze placentare (placenta praevia, placenta acreta, dezlipirea prematură de placentă). Evoluția dezvoltării fătului se poate opri, iar produsul poate fi reținut cu dezvoltarea unui produs de macerare aseptică

**B. Moartea în timpul nașterii** (intrapartum) este fie consecința:

- unor *distocii materne mecanice* (vicii de bazin, deformările bazinului)
- sau *distocii de dinamică* (malformații, tumori uterine).
- *distociile fetale* (hidrocefalia, procidența unui membru, prezentația pelvină).

Traumatismele obstetricale se pot produce după Beliș-Terbancea prin:

- comprimarea capului la trecerea prin bariera pelvigenitală
- manevre extractive
- leziuni prin autoasistență
- traume accidentale. Efectele traumatismelor constau în apariția bosei serosanguinolene, diminuarea tranzitorie a diametrului mento-occipital, prezența unor fracturi la nivelul calotei asociate cu cefalhematomul, leziuni traumatiche meningo-vasculare și cerebrale

Moartea violentă a nou-născutului poate fi și accidentală și trebuie diferențiată de pruncucidere - asfixie (circulară de cordon, comprimare și sufocare între coapse, asfixie accidentală în lichid amniotic).



Leziunile de violență cranio-cerebrale pot fi produse și în nașterea auto-asistată impunându-se o corectă interpretare și evitarea erorilor de producere a acestora (Dressler).

Prin autoasistare (mame care nasc singure) se produc leziuni caracteristice:

- excoriații de diferite forme dispuse facial și pe scalp,
- echimoze ovalare, plăgi contuze peribucare,
- leziuni la nivelul globilor oculari,
- fracturi mandibulare,
- fracturi în V situate biparietal, chiar mai multe fracturi suprapuse.


*C. Decese de cauză patologică* – acestea pot produce decesul nou-născutului imediat sau la scurt timp după naștere, datorită bolii membranelor hialine, pneumopatii congenitale, etc.

## Modalități de realizare a pruncuciderii

Intervenția mamei în determinarea pruncuciderii poate fi săvârșită prin anumite acțiuni și mijloace care suprimă viața (comisivă cu intenție directă) sau poate fi rezultatul unor inacțiuni (omisivă cu intenție indirectă).

Omisiunea se referă la abținerea de a lega cordonul ombilical, lăsarea fără înfășare (pierderea de căldură este rapidă), nealimentarea și nehidratarea nou născutului.

Din studiile efectuate reiese că cel mai frecvent sindrom tanatogenerator în pruncucidere este asfixia. Deși cel mai des sunt întâlnite modalități de asfixie de tip obstructiv, s-au produs și asfixii prin înlocuirea aerului cu alte gaze, inerte sau prin consumul aerului (asfixia în pungă)



*Modalitățile de realizare ale asfixiei obstructive* sunt dintre cele mai diverse:

- ocluzia cu mâna a orificiilor respiratorii determină constituirea unor echimoze ovalare faciale în jurul orificiilor nazale și a celui bucal, echimoze pe fețele vestibulare ale buzelor
- sugrumarea cu mâna se recunoaște după echimozele ovalare mărginite de excoriații situate laterocervical, se deosebesc de cele produse prin autoasistare care sunt situate submandibular. Uneori echimozele pot lipsi, dar sunt evidente zone de infiltrat interstițial laterocervical
- strangularea cu laț din materiale moi care nu lasă urme pe tegument sau cu lațuri dure-semidure când se constată șanțul caracteristic, cu pergamentare postmortem. La toate aceste cazuri infiltratele din țesutul subcutanat sunt intense

- asfixia în pungă de plastic, nu lasă urme pe corp
- înecarea în materii fecale se poate produce și accidental. Autopic se constată prezența materiilor fecale în arborele bronșic.
- înecul în apă amestecată cu lichide de facere și sânge
- îngroparea (în pământ, nisip) în diferite locuri din împrejurimile locuinței se face în dublu scop, de ucidere și pentru ascunderea corpului nou-născutului.

Alte mijloace mecanice utilizate determină producerea de plăgi cu hemoragie consecutivă sau și decapități. Mai rar au fost utilizate mijloace chimice (otrăvirea) sau mijloace fizice.



## *Metodologia expertizei medico-legale*

Se adresează:

- cercetării obiectului infracțiunii (cadavrul nou-născutului),
- subiectului infracțiunii (mama),
- examenului la fața locului

Expertiza medico-legală necesită o constatare completă morfolopatologică a nou-născutului pentru evidențierea tuturor aspectelor necesării încadrării fapei.

Examinarea mamei comportă două aspecte:

- stabilirea obiectivă a stării de lehoz
- și a perturbărilor psihice

Semnele nașterii recente vor fi evidențiate clinic și prin probe complementare. Diagnosticul retrospectiv de naștere se bazează pe semnele de involuție ale uterului, aspectul colului uterin, pe modificările hormonale. Se mai cercetează secreția de colostru.