

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

REPUBLICA DE GUATEMALA
CENTRO AMERICA

ESPECULACIONES SOBRE LA MUERTE PELIGRO DE SEPELIOS PREMATUROS

TESIS

PRESENTADA A LA JUNTA DIRECTIVA

DE LA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

POR

FIDEL FIGUEROA

Ex-Interno por oposición del Hospital General y Ex-Interno del Hospital Militar.

EN EL ACTO

DE SU INVESTIDURA DE

MÉDICO Y CIRUJANO

7 FEB. 1929

FEBRERO DE 1929.

GUATEMALA, G. A.

TIPOGRAFÍA SÁNCHEZ & DE GUISE
8ª Avenida Sur Nº 24.

INTRODUCCION

Basta un solo hecho de inhumación prematura bien comprobado, para que la humanidad se imponga el deber de emplear todos los medios de comprobar la muerte de una manera indubitable.

(CHAUSSIER.)

Hace cerca de dos años, cayó en mi poder un libro editado en Barcelona, "*Despertar en la Tumba*," (1915)—estudio histórico-científico escrito por el Prof. Huber, sobre la muerte,—real o supuesta—y los sepelios anticipados. Si bien, esta monografía de un sabio médico está dedicada a médicos (y quizás a sacerdotes y a todos aquellos que se acercan a los moribundos), más que todo es un grito de alarma lanzado a la humanidad entera: grito solemne, que acoge la protesta de aquellos que no protestarán ya jamás bajo la tierra, y pone en guardia a todos los demás mortales contra el posible e inconcebible suplicio de morir lentamente, y a veces con *sobrada consciencia*, dentro de las cuatro tablas y a dos y media varas del suelo.

El consiguiente horror, físico y moral, que experimentará un ser humano en condiciones tan espeluznantes, explica la "Razón de ser" del indicado libro, cuyos conceptos serán el hilo de Ariadna que me guíe en el desarrollo del tema que acometo: la exposición de los errores y precipitaciones que cometemos con nuestros muertos, por no saber discernir la muerte real. He aquí dicha "razón:"

Un profesor de Maracaibo, un decano de Facultad, mentor de juventudes y tan venerado como lo son todos nuestros maestros, cae enfermo gravemente de tifoidea... ¿Podréis comprender, vosotros que habéis temblado ante la idea de que la Intrusa segase algún día la vida de un mentor amado, cómo no fueron de solícitos los cuidados de sus antiguos compañeros de juventud—maestros como él,—los de las numerosas generaciones de discípulos que había conducido, y los más humildes, pero no menos sinceros, de muchachos principiantes de Primer Curso, disputándose todos, y en la medida de sus capacidades, el honor de prestarle el más mínimo servicio?... Y sin embargo, el maestro *muere, porque no se le supo comprender*...

Ciñéndome a un plan preconcebido, para indocumentación de mi tesis, no tengo por ahora detalles circunstanciados del grito

de horror que lanzaría en aquel tiempo la sociedad de Sud América (si es que el caso trascendió al público) ni del estremecimiento que conmovería los corazones de nuestros hermanos venezolanos. Sigue relatando el caso:

Fallece el maestro: catorce médicos, cumbres de Maracaibo, afirman su defunción: todos están acordes y contextes en que el maestro *ha muerto*. Transcurre el término prescrito; se prescinde de inyectarlo y se le sepulta. Pero, antes de ello, en el momento de amortajarlo, dos o tres veces abre los muslos, como suprema manifestación de vida. "*Contracciones post mortem*," dictamina aquella Sorbona americana, digna de algún Molière contemporáneo.

A filo de media noche (la tumba estaba cercana y era escasa la profundidad del nicho) escucha el Guardián del cementerio unos gritos ahogados, lúgubres de por sí y por el lugar de donde provenían, clamando socorro. Y aquel pobre gañán supersticioso, en vez de comprender que el que gritaba y se estaba ahogando bajo tantos palmos de tierra, era ese mismo "señor" que, con toda pompa, y entre discursos y coronas habían enterrado esa mañana, sale como un loco por la ciudad, escandalizando la noche....

Trasciende lo ocurrido; la autoridad y la familia sospechan con razón, una tragedia entre las sombras del subsuelo. Procédese a una exhumación y se encuentra.... una violenta postura del cadáver, boca abajo (lo que quitaba toda duda), arañazos, equímosis dondequiera, dedos mordidos hasta mostrar las falanges, y una expresión tal del rostro que seguramente le hubiera servido de modelo a Gustavo Doré, para sus gorgonas y conjeturar en un rostro humano lo que son el pavor, la angustia y el terror.

(Desde luego, huelga la reflexión, dolorosa para el estudiante de medicina): si nosotros, médicos y estudiantes, atendidos entre nosotros mismos con la solicitud de la amistad y el compañerismo de los largos años de aula, sin el aliciente de una paga mercenaria, podemos estar expuestos a sufrir o a cometer tan tremendos errores ¿qué no será del resto de los mortales—nuestros clientes—que no tienen, como nosotros, *médico en casa*?)

Más feliz que el del profesor venezolano, he aquí, en cambio, otro caso, casi providencial. (Extractado).

"Un oficial, de complexión hercúlea, de la caballería sajona, fué víctima de un accidente (caída de caballo), por lo cual se le practicó una craniectomía. Murió y se le enterró un día jueves. Al domingo siguiente (supongamos un Día de Difuntos) abriéronse al público las puertas del camposanto.... Momentos después, agrupóse la gente al rededor de un campesino que decía que, "habiéndose sentado junto a la tumba del oficial, había sentido bajo

sí una conmoción, debida, al parecer, a un violento esfuerzo para levantar la tierra."

"En el primer momento, no se dió gran crédito al aserto de aquel hombre; mas pronto, su sincero terror y la tenacidad con que confirmaba lo dicho, produjeron cierta excitación entre la muchedumbre. Fueron en busca de herramienta... cavaron... y una vez sacado el ataúd y abierto, vieron la cabeza del oficial desprendida de su mortaja. Ciertamente es que estaba sin sentido.... Horas después recobró el conocimiento; reconoció a las personas que lo rodeaban y pudo relatar en pocas palabras sus angustias al verse en la tumba. Había tenido, durante más de una hora, consciencia de su horrible situación. Gracias a que, según parece, la tierra había sido rellenada sin precaución alguna—con tierra de miga y ligera—sin pisar, pudo llegar a él el aire necesario para la respiración. Oía el paso de los transeúntes sobre su cabeza, y a su vez intentó hacerse oír. El rumor de la multitud al entrar al cementerio fué lo que lo despertó; pero, al recobrar el conocimiento, reconoció todo lo horrible de su situación." (Icard).

Mas ha habido casos terroríficos que Huber (para no impresionarnos mucho, elude citar en su libro). Nos refiere el de un joven que despertó cuando los sepultureros terminaban su obra y los deudos salían del fúnebre recinto. No se le quiso creer al que cerraba la tumba, que oyó ruidos extraños; y, antes que reabrir la fosa, precisaba la presencia de cierta autoridad policiaca. Abré-sela efectivamente, pero después de dos horas de desesperante espera: esta vez, se encuentra en realidad un cadáver que no lo era en el momento en que el enterrador manifestó su alarma.

¿Por qué tiene el autor la *delicadeza* (que tal vez no sea de agradecersele) de hacernos gracia de casos cada vez a cual más espeluznantes, ante cuya pavorosa realidad palidecen las fúnebres fantasías del Tonel de Amontillado de Edgar Poe y algunos otros cuentos macabros de Hoffmann? Mientras más arde en la llaga, más eficaz es la acción del cauterio; y casos espantosos ocurridos en la sociedad más distinguida, relatados por la prensa—mentando nombres—causarían el más saludable espanto profiláctico para evitar la repetición de estas tragedias ignoradas.

Hace uno o dos años apenas, ocurrió un caso horripilante en nuestra vecina del Norte, (*) referente a una señorita. Y, si la misión del médico es prevenir el mal antes de que aparezca, y no concretarse únicamente a combatirlo cuando fatalmente ya se ha manifestado, yo desearía que mi palabra fuese algo así como un grito de alerta, para que mañana no tengamos la pesadumbre de

(*) Caso idéntico al del Dr. Parmiño de Maracaibo acaba de ocurrir en el Ecuador. (Léase Gaceta Policiaca del 21 de Octubre de 1928.)

lamentar desastres como los que ha llorado nuestra hermana de allende el Usumacinta.

El autor que sigo se concreta a citarnos casos típicos, especímenes, que así podrían ocurrir entre la clase desdichada como entre la más favorecida de la tierra, cuyos miembros van al *postrer descanso* con todas las seguridades posibles de que no tendrán un sombrío despertar. Para darnos una idea de un problema que abarca a ricos y pobres, nos cita el caso (último que invocaré en esta introducción) de una noble patricia madrileña, de la ilustre familia de Lasso, quien, en vísperas de parto y después de tres días de agonía (tuberculosis) *falleció* en opinión de las gentes, siendo sepultada en el panteón señorial de su familia. Nadie se preocupó en extraerle el feto, que se juzgó estaría igualmente muerto. Es enterrada la dama; meses más tarde, por remociones en el edificio, se abre su sepultura y su ataúd, encontrándose "que el cadáver de dicha señora tenía en su brazo derecho a una criatura, que indudablemente, volviendo en sí la infeliz madre, dió, no a la luz sino a la lúgubre oscuridad de la sepultura." (Gaspar de los Reyes).

¿Que estos son casos excepcionales, cuasi legendarios, que no merecen precauciones del público y, mucho menos, formar parte de algún capítulo de Medicina Social?....

Sobre los numerosos datos que acumularé, sobre ese aterrador *medio por ciento* de personas enterradas vivas en países más cultos que el nuestro—¡estadísticas tan difíciles de recoger!—el solo hecho de que profesores eminentes, cuyos nombres nos son familiares, hayan escrito extensamente sobre tal peligro y tomado precauciones rigurosísimas para el día de su inhumación, al igual que infinidad de personas instruidas y empresarios de Funerarias (lo cual por sí solo constituye un síntoma) demostraré que no son ilusorios estos terrores, mayormente entre nosotros donde a *grosso modo*, decidimos que una persona ha muerto, y la llevamos al *postrer descanso*, deseándole que la tierra *le sea leve*.

Y ni aún tomando precauciones excepcionales, tenemos la seguridad de no ser enterrados vivos. Sigo extractando el libro de Huber:

"El Dr. Walker, de Dublín, tenía un presentimiento tan vivo sobre tal peligro, que se proponía escribir un libro sobre las costumbres irlandesas. Muere de calenturas; su muerte acaece durante la noche, y se le entierra al día siguiente. Su vieja amiga, la señorita Bellamy, antigua actriz, en el curso de una conversación, le había prometido que impediría su inhumación hasta que su cuerpo presentase los síntomas de descomposición. Quiso la desgracia que, en el día del sepelio, la amiga estuviese ausente; mas sabe la noticia con oportunidad, toma todas las medidas pertinen-

tes para que se abra la sepultura; pero—como en el caso citado anteriormente—la autorización llega tarde, y se encuentra el cadáver del doctor ladeado, dando con ello muestras evidentes de que había vuelto en sí en la tumba." (Citado por Tebb).

No nos queda ni siquiera el consuelo de decir, basándonos en mal interpretadas leyes fisiológicas:—"No recobramos totalmente la conciencia.... Despertamos a medias y volvemos a morir, por falta de aire, sin darnos cuenta...." El caso del Dr. Parmíño de Maracaibo muestra todo lo contrario, y mil más, que sería prolijo referir. Tan es así, que brillantes novelistas nos describen la conciencia y las torturas en el sepulcro.

Obra de divulgación, el libro barcelonés no ha llenado su objeto, toda vez que por doquiera lo he buscado sin encontrarlo, en nuestra capital. Grito de alarma a la humanidad entera, tampoco ha cumplido su misión, si considero que ni aún nuestra juventud médica se aperebe de la trascendencia del asunto, y si recuerdo la escéptica e irónica sonrisa con que fué acogido el anuncio del tema sobre que versaría mi Tesis. De sobra sé, por consiguiente, que las conclusiones a que me conduzca su desarrollo, no pasarán de ser tomadas, como las de otros compañeros que me han precedido, sino como puras divagaciones y utopías, como labor platónica y lírica, sin ninguna aplicación práctica.... por el momento. Por el momento, repito: porque tengo la evidencia plena y la convicción íntima de que mañana, cuando la juventud que hoy se levanta dirija la Cosa Pública, muchas insinuaciones y proyectos que hoy parecen ilusorios, plasmarán en realidades felices, de positivo bienestar para la patria.

Intrigado por el libro ya citado; interesado por la copiosa bibliografía que trata del mismo tema, siempre en son de alarma—y que no he logrado procurármela—he pensado en nuestro caro suelo y en las tragedias que, sin sospecharlo nosotros y con un porcentaje indudablemente mayor que el de la vieja Europa, se desarrollarán en sus entrañas.

Reflexionando en nuestras costumbres, en la orientación de nuestro medio médico y en su falta evidente de cultura deontológica (que ya otro reclamó)—¿Cómo podemos tenerla si no existe tal asignatura en los programas?—acojo el grito de alerta del Prof. Huber, para repetirlo y reforzarlo por los ámbitos de la patria; destinando este trabajo, no sólo a las clases cultas, médica y sacerdotal—a todos los que tengan contacto con los agonizantes—sino a esos bien intencionados, pero ignorantes de la aldea, a sus autoridades inferiores, a empleados de Registro Civil y pompas fúnebres

y, sobre todo, a ese *cualquier otro*, a ese empírico que, a falta de médico, desprecupadamente llama el Código Civil (Arto. 481) para que certifique una defunción. Mi más preciado lauro sería ponerlo en guardia sobre los graves compromisos que, con su valedicto, contrae ante sí mismo y ante la sociedad, señalándole las normas a que se debe sujetar, los signos de muerte efectiva que debe investigar tesoneramente, la prudencia y paciencia de que debe revestirse, etc., etc., a trueque de cometer el más irreparable error, condenando a un prójimo a suplicios, físicos y morales, que ni siquiera vislumbró la fantasía del Dante en su Divina Comedia.

Apercibirse algún día de su precipitación y enloquecer *ipso facto*, casi serían sinónimos, porque abundan relatos de médicos que perdieron la razón o recurrieron al suicidio, al darse cuenta de su equivocación irremediable. No hay quien pudiera seguir viviendo con el gusano del remordimiento, teniendo en su conciencia tal recuerdo.

Destinando, como destino, este trabajo a entendidos en Medicina y a los que no lo son, forzosamente, en su exposición, habré de ir desdoblando mi pensamiento, ya para extenderme en lucubraciones teóricas y probar mis asertos en el orden científico—dirigiéndome a los primeros,—ya para deducir de esas lucubraciones aplicaciones prácticas, citando hechos y datos históricos, que impresionen y aleccionen al mismo tiempo al que no abrevó en las mismas fuentes que Esculapio. Me concretaré, pues, a desarrollar este plan:

1.º—Demostrar la realidad de la *muerte intermediaria*, ese período que separa el momento llamado comúnmente *muerte* del de la defunción *definitiva*.

2.º—Demostrar la indocumentación del empírico llamado a certificar un fallecimiento, enumerando y discutiendo los diversos signos de muerte que es preciso investigar, y deduciéndoles las consiguientes aplicaciones comprobatorias, que no sólo no verifica el profano, sino que no siempre le están a su alcance. De donde, *en todo caso, la necesidad del médico*.

3.º—Citar hechos estadísticos demostrando la frecuencia de estos casos, la preocupación que tales problemas despiertan en otros países, en razón directa de su cultura, y hacer con ello ver que nuestra apatía no es sino fruto de la rutina, la ignorancia y falta de escarmiento; apatía más o menos fomentada por la lenidad de nuestras leyes, nuestras costumbres y orientaciones médicas.

REALIDAD DE LA MUERTE INTERMEDIARIA

Opinión de diversos autores.

Debemos convenir en que el fenómeno, normal y fisiológico de la *muerte*, es un cambio que se verifica lenta y paulatinamente, al igual que los demás fenómenos que se operan en nuestro organismo, desde el más trivial hasta el de resultados más trascendentes; reconociendo, también que, sólo por un defecto de interpretación y por conflicto de ideas fisiológicas y filosóficas, hemos podido aceptar esa pretendida muerte *súbita e instantánea* a que se refiere el experimento de Flurens, picando el nudo vital (núcleos del peneumogástrico). No es la muerte *instantánea o súbita* la que se obtiene, sino una *excepcionalmente rápida*, que tal vez no haya pasado por las fases premonitoras de la agonía (dándole a esta palabra su falsa interpretación etimológica: AGOON, postrer combate). Y aún hasta esto último es discutible, si nos atenemos al relato de un caso asimilable que refiere el Pbro. Rey Soto sobre un decapitado ("*El Imparcial*", 16 de Junio de 1928, "*Mi Mascarilla*"): "Venciendo sobrehumanamente la pesadez de piedra que con infinita rapidez le tomaba de un modo semejante, parpadeó Pranzzini, contestando al doctor que sostenía, agarrándola por los cabellos, su cabeza que acababan de descepar". ¿No fué esta una *agonía*, o, por lo menos un lapso entre la muerte *aparente* y la muerte *real*, aunque le concedamos la duración de un relámpago—que esta vez—duró cerca de veinte segundos? Durante más de diez minutos, observóse en la cabeza de ese criminal movimientos convulsivos de los labios: prueba de que la vida aún no se había extinguido *integralmente, súbitamente*, conforme el técnico fisiológico.

Así como tras el día sucede la noche, a continuación de esa luz indecisa del crepúsculo; tal como entre la vigilia y el sueño sigue esa fase intercalar, el período "hipnagógeno", durante el cual "las realidades nos parecen sueños y los sueños realidades"; del mismo modo que existe esa etapa que, patocrónicamente, separa el estado de salud del de enfermedad y viceversa, existe también un período que distingue la vida de la muerte, con la sola salvedad de que tal período no se llama *agonía*, como lo creemos vulgarmente, atendidos a erróneas interpretaciones etimológicas. Entre la *Agonía* y la *Muerte real* hay otra etapa: la *Muerte intermediaria*.

Sugiriéndonos la idea de una que, ordenada y sucesivamente, fuese invadiendo, de manera colectiva, uno por uno, todos los *estados* o tejidos que constituyen la república de nuestro organismo, Roger nos afirma que "el moribundo se extingue 10, 20, 30 minutos y aún más, después de haber sido abandonado por aquellos que lo

atendían; siendo, pues, la *muerte intermediaria*, un estado transitorio, colocado por la naturaleza entre el fin de la agonía y la muerte consumada, del mismo modo que ha puesto la convalecencia entre la enfermedad y la salud.

Robusteciendo esta afirmación, expongo las opiniones de otros autores:

Dice el malogrado Bichat: “Cuando cesa la agonía, las funciones de *absorción* en el organismo perduran un tiempo notable. Esto confirma el estado de *muerte intermediaria*.” (Precisamente lo que yo quiero establecer). Mas, antes le preguntaría al joven maestro (murió a los 36 años): ¿Por qué sólo las funciones de *absorción* han de persistir, y no otras, las bio-vegetativas por ejemplo, que explicarían el crecimiento de los cabellos y de las uñas en los cadáveres, el movimiento de las pestañas vibrátiles de los epitelios—que puede continuar hasta dos y tres horas después de la defunción—y la vitalidad y motilidad de que siguen gozando los espermatozoides, hasta dos días después? ¿No hubiera sido más acertados substituir *absorción* por *nutrición*?

“Las primeras 12 horas después de la muerte (?) se han de considerar como una continuación de la enfermedad”,—afirma Thomassie.

“Llamaremos “muerte intermediaria” a ese estado en el cual la vida general, más bien agotada que terminada, simula la muerte real. En general, toda muerte consecutiva a una enfermedad, no es sino una muerte imperfecta (Roger). Ya lo dijo el poeta: “Non omnis moriar....”

Icard, cuyo solo nombre es una garantía en este asunto, y al cual dedicó numerosas obras y años de su vida, del mismo modo que Laborde, Tourdes, Brouardel, Tardieu, (por no citar sino nombres que nos son familiares) se expresa así: “La muerte no llega de golpe; la vida se extingue lenta y gradualmente, *mucho más en los casos de muerte repentina*, como los llamamos a veces. *Semejante estado intermediario entre la vida y la muerte, existe siempre*; es un estado normal, fisiológico, por el cual PASAREMOS todos al dejar esta vida.”

Lo anterior tiende a establecer que: entre la salud y la enfermedad; entre la enfermedad y la agonía; entre la agonía y la muerte (en su acepción vulgar), y entre esta muerte y la definitiva y absoluta, hay fronteras y gradaciones. Sabiéndolo y comprendiéndolo, mañana no nos echaremos encima nefandas responsabilidades y remordimientos, ya seamos el práctico que se llame para reconocer un cadáver o ese “cualquier otro” o empírico que vaya en su defecto.

La autoridad de Jossat afirma que: “la muerte aparente y la muerte real, *parecen idénticas a primera vista*, y que un examen

superficial podrá inducir a confusión; pero que, con conocimientos especiales y una observación minuciosa, *será siempre posible distinguir la una de la otra.*"

Por nueva vez, tendré la pena de disentir de un sabio maestro, porque el segundo miembro de su afirmación no me parece muy exacto; y a intentar demostrarlo se encaminará el parágrafo siguiente.

Parece que tendenciosamente pretendiera yo abarcar, bajo una sola denominación,—deduciéndoles los comentarios respectivos—estados morbosos distintos, "por parecer idénticos", (Jossat), tales son: la muerte repentina; la muerte aparente y la muerte intermediaria, y esos estados anfílicos que no he citado, entre los cuales la catalepsia figura en primer término. Mas, como sólo es mi propósito constatar la diferencia que hay entre la muerte real y las diferentes formas o aspectos de la pseudo muerte, apenas tendré necesidad de describir individualmente cada uno de estos estados, con fines diagnósticos; limitándome a anotar su existencia y la posibilidad a que se expone de incurrir en error quien no los tome en cuenta: lo que obligará al profano a desplegar ojos de Argos en tales eventos, si tal obligación de antemano no le estuviese implícitamente impuesta.

DIFICULTADES TECNICAS PARA DISCERNIR UN FALLECIMIENTO

Insuficiencia del profano y necesidad del médico.

A despecho de la afirmación de Jossat ya citada, yo digo exactamente lo contrario, y ahí está el quid, lo pavoroso y formidable del problema, porque "ese punto crítico de la separación del alma y del cuerpo flota todavía en el misterio". (Manni). Oigamos a Manni:

"Para establecer una división entre la muerte aparente y la real, el práctico, acechando los menores indicios reveladores de la vida, deberá proceder a un examen minucioso. Por lo demás, será obligado a investigar los fenómenos que precedieron a la cesación aparente de la vida, siéndole a veces difícil adquirir, en semejantes casos, datos que se lo faciliten y que, por lo demás, serán muchas veces contradictorios".

Si hombres *especializados*—agrega—para evitar el error, deben recurrir a los conocimientos que han adquirido ¿a qué recato estarán obligadas las personas extrañas al arte? Se sabe, sin embargo, el poco escrúpulo que gasta el público para pronunciarse sobre todo asunto. Y, como frecuentemente, él es el solo juez en

esta materia, se comprenderá fácilmente en qué fatales errores habrá podido incurrir."

Conjetúrase, por lo anterior, que todos los yerros que hayamos podido cometer, reputando muertos a quienes no lo están, simplemente porque, *supusimos* que terminó su agonía (cuyas postreras manifestaciones no nos fué dado percibir con nuestros groseros sentidos), se deben a la rutina, y al significado, un poco pretencioso, que los no analfabetas damos a la palabra AGONÍA. Como si fuéramos habitantes de la luna—país en donde no hay atmósfera, y, por consiguiente, no hay crepúsculo, y se pasa violentamente de la luz meridiana a las tinieblas de la media noche—no concebimos los matices, los "nuances", las infinitas gradaciones con que pasamos de un estado a otro, tanto en el mundo físico, como en el moral e intelectual. De ahí que pretendamos, porque ya no oímos el suspiro de un pecho—que no ha dejado de respirar—y no percibimos los latidos de un corazón—que, en realidad, no ha terminado de latir—que una persona ha muerto, y demos precipitadamente los pasos necesarios para el sepelio.

La trascendencia del problema, no la comprenderá el no avezado que he supuesto; y comprendiéndola, difícilmente la tendrá en cuenta el joven profesional que, andando sobre ascuas, acude a un hogar donde no triunfó, a certificar una defunción. Entre las hostilidades de la familia ¿sería capaz este joven médico—que acaso no dirigió sino una vaga ojeada al cadáver—de posponer para *mañana* el certificado que se le exige, como pasaporte en la portería del cementerio? ¿Tendría la entereza suficiente de pasar horas y más horas inclinado sobre un pecho, bajo unos ojos crueles que lo atisban, atisbando a su vez un solo latido, el más leve estremecimiento, una casi inasequible probabilidad de vida, como lo han hecho eminencias francesas? Y, después que, tras mil vacilaciones, extendió su certificado, ¿tendría ánimos suficientes, apesarado por su *ligereza*, para volver a subir las escaleras, rescatar el comprometedor testimonio, aplicar el martillo de Mayor a su pretendida muerte, restituyéndola de este modo a la vida, como lo hizo Goudard?

Llamado un médico rural para certificar la defunción de una niña de dieciocho meses, no quiere hacerlo de oídas, sino viéndola; y viéndola, no se atreve a extender el certificado, a pesar de las premiosas exigencias de los padres; concretándose con recomendarles que froten el cuerpecito con agua de Colonia y alcohol alcanforado, y prometiéndoles volver al día siguiente. Días después, la niña estaba sana, gracias a la *pusilanimidad* del Dr. Vaysettes. Tal vez, en estos casos, no convenga el consejo: "No dejes para mañana lo que puedas hacer hoy."

Icard, acumulando relatos, nos cita el de una inquilina que estorbaba en un hotel, donde, desde horas atrás, se la reputaba muerta. Con su paciencia la salvó.

Y más de un sacerdote, en el cumplimiento de su sagrado ministerio, logró devolver la vida a sus penitentes *in extremis*, que esperaban de él la salvación, pero jamás el salvamento.

Pero entonces—dirá un lector sensato—¿existen pruebas fehacientes que permita afirmar, de un modo categórico, la efectividad de una muerte, y no nos expongan a correr el terrible albur de ser enterrados vivos?....

Para hacer resaltar la indocumentación y falta de idoneidad de ese empírico que se llamó para definir una defunción y autorizar un sepelio, expondré cuáles son el criterio popular y los signos cardinales que le bastan; cotejando simultáneamente el valor de tales signos ante las enseñanzas médicas, sopesando su importancia,—ya los encontremos aislados o reunidos; añadiendo otros nuevos que les son *resultantes* o *consecutivos*; y terminando, en fin, con la enumeración de otros más que ni siquiera sospecha el vulgo—algunos de ellos de importancia máxima. Dicho lo cual, queda afirmada *a priori* la incompetencia del profano que supongo.

Terminaré tal enumeración señalando el valor inequívoco de los dos únicos signos ciertos de muerte: la RIGIDEZ CADAVÉRICA (que Huber y Gannal discuten) y la PUTREFACCIÓN. (Excluyo algunas del dominio de la Oftalmología). Mas la primera es de una aplicación muy poco práctica, toda vez que, aparte de su variabilidad en aparecer y desaparecer, no la podría afirmar y diagnosticar sino un profesional (ya indicaré por qué). Únicamente la segunda, tardíamente y en su plena manifestación, podría estar al alcance de ese empírico a quien especialmente van enderezadas estas líneas; y eso haciéndole las mayores concesiones.

Prescindiré de hacer una descripción detallada de la agonía, de ese instante augusto en el cual el espíritu del hombre trasciende los umbrales de la eternidad; limitándome a considerarlo desde el momento en que, una simple ojeada vulgar, basta para que se exclame: "*Ya está muerto*", simplemente porque ya no se encuentra en él lo que, *de visu* y *a grosso modo*, en el criterio popular se llama vida.

"El buen polizonte ha muerto
porque ha perdido la vida...."

(Víctor Hugo.—"Los Trabajadores del Mar.")

Tal es el criterio que priva en nuestro pueblo para explicar la muerte.

... Desde horas atrás se ha debilitado o abolido la inteligencia. Se ha manifestado el delirio, en sus múltiples formas; o bien, el moribundo yace en una suprema laxitud, en un sopor de indiferencia que nada logra turbar—efecto de la parálisis total que ya se inicia, que suprime la tos, las contracturas, los dolores, etc., y que, afectando también los músculos laríngeos y el velo del paladar, junto con la imposibilidad de expeler los productos brónquicos, basta para explicar el lúgubre estertor que acompaña el final de una existencia. Aminorándose los penosos síntomas que acibarraron la postrera enfermedad, el agonizante experimenta cierta euforia, un indefinible bienestar, la sensación progresiva del aniquilamiento. Anúblanse los sentidos y, ante la obscuridad que lentamente lo rodea, sin necesidad de ser filósofo ni poeta como Goethe, llegaría a pedir “*luz, más luz,*” si la rigidez ya marmórea de su pecho se lo permitiese. En el mismo orden que los señalo, así desaparecen: el olfato, el gusto, la visión. La audición persiste largo tiempo (dato que deben tener siempre presente los confesores—como el P. Guigou y el P. Laplace—, los notarios, para cerciorarse de que sus supremas o premiosas exhortaciones no las escuchará *la nada*). El tacto, fiel aliado, persevera hasta el *postrer momento* y, junto con el anterior sentido, constituye el último asidero de la vida.... Porque, sabiéndola llamar por estos ventanales del espíritu, esta prófuga suele tornar a su prisión, volviendo a reanimar un cuerpo—a veces desahuciado—y a pesar de que clínicamente se había afirmado antes la agonía.

Todo el ser se debilita por momentos: los miembros, al ser levantados, caen *hemiplégicamente*, dóciles a la ley de gravedad; la respiración, estertorosa, cada vez más opaca, más lenta y desigual, llega a sucederse una o dos veces por minuto, haciéndose al fin, tan desesperante el tiempo entre una y otra, que se llega a temer que la *última* que se oyó fué la *postrera*. Pero, no el pulso, frecuente y filiforme, casi imperceptible, uno o dos minutos antes de la muerte, sino el Corazón, *ultimum moriens*, continúa golpeando ocho o diez veces por minuto, después de los dos que siguieron a la suprema espiración, a la postrera contracción, a la absoluta inercia del que, en adelante, será *cadáver*. La frente y todo su cuerpo estarán cubiertos de un sudor viscoso y frío, y la temperatura exterior descenderá notablemente.

Llegado ese instante supremo, palidece rápidamente el semblante, tomando un aspecto afilado (sobre todo en la nariz) y cadavérico característico (*facies hipocrática*). Levántanse los hombros, y el cuello parece hundido entre ellos; las uñas se tornan blancas y fingen alargarse; las orejas, las alas de la nariz, la extremidad de los dedos, vistos por transparencia, pierden su rosada translucidez, sustituyéndola un matiz blanco y opaco; dilátase la

pupila (parálisis del III par), adquiriendo los ojos un aspecto vidrioso, como si vieran la eternidad; y en suma, sobrevienen otras señales accesorias, y otros síntomas y fenómenos, que no precisará indicar por ahora, y que, en definitiva, ni distinguiría ni tomaría en cuenta el empírico que, en estos precisos momentos, penetra al aposento funerario, para certificar un fallecimiento.

¿Cuáles son los signos que va a investigar? Helos aquí:

Vibert (Précis de Medicine Légale, 6ème. édition 1924) coincidiendo en todo con la opinión popular, nos afirma que “la muerte en general, está caracterizada por el detenimiento de las grandes funciones *aparentes* de la economía (pág. 35): RESPIRACIÓN, CIRCULACIÓN, SENSIBILIDAD CUTÁNEA y SENSORIAL, MOTRICIDAD. (Si en vez de grandes *funciones aparentes* de la economía, nos hubiese dicho *detenimiento aparente* de las grandes funciones, probablemente lo comprendería mejor).

Huber, *mi vicerone*, cita “nueve señales vulgares, hasta ahora consideradas como características de la muerte”, cuales son:

- | | |
|---|--|
| 1. ^a —Rostro cadavérico; | 5. ^a —Paro de la Respiración; |
| 2. ^a —Inmovilidad del cuerpo; | 6. ^a —Pérdida de la Sensibilidad; |
| 3. ^a —Coloración amarilla de las manos y de las plantas de los pies; | 7. ^a —Ausencia total del pulso; |
| 4. ^a —Enfriamiento general; | 8. ^a —Dilatación de la pupila; y |
| | 9. ^a —Hundimiento de los ojos. |

Estas NUEVE señales el autor enciérralas en CUATRO principales que, como se verá, discrepan de las que señaló Vibert:

- | | |
|--|--|
| 1. ^a —Inmovilidad e Insensibilidad; | 3. ^a —Enfriamiento del cadáver; y |
| 2. ^a —Súbita palidez; | 4. ^a —Falta de Respiración, falta de pulso. |

Extendiéndose luego a hablarnos del *Paro del corazón* y de los *Resultados de la Auscultación* de la *Cardiopuntura* y la *Arteriología*, métodos y prácticas que no están al alcance de cualquiera, y corroboran, por su solo enunciado, la exactitud del aserto que encabeza este capítulo.

Con espíritu ecléctico resumiré las opiniones de ambos autores, *astomosis* que intentaré con el fin de preguntarme si, esos CINCO SIGNOS CARDINALES que me resultan, son suficientes para afirmar la muerte real de una persona, máxime si el encargarlos de investigarlos es un profano; advirtiéndole que siempre tendré a cuenta la mayor fuerza de convicción que viene a añadirles ese determinado número de signos *resultantes* (Huber), *no inmedia-*

tos (Vibert), o *consecutivos* o *correlativos* de algún otro autor, y los del dominio de la Oftalmología.

Estos Cinco Signos Principales a que me refiero, son los siguientes:

- | | |
|---|--|
| A) Súbita palidez; | C) Inmovilidad; |
| B) 1.º—Detenimiento y falta de respiración; | D) Enfriamiento del cadáver, rigidez y putrefacción inicial. |
| 2.º—Falta de circulación. | |

“Pálido como un muerto”, “Más frío que un cadáver”, “Tieso como un difunto”, son tres expresiones consagradas, con las cuales se significa las características de la muerte. Constituyen, casi por sí solas, el tríode sobre el que se afirma el fatal dictámen. Y, sin embargo reunidas todas,—y aún añadiéndoles otras manifestaciones tan ostensibles: inmovilidad, paro del corazón, falta de respiración y de pulso, y otras más, accesorias o consecutivas, se está expuesto siempre a incurrir en graves equivocaciones; porque estos signos o señales, aún reunidos en cierto número, no constituyen un gaje privativo de la muerte.

En un intoxicado de cocaína, por ejemplo, en inminencia de síncope, por anemia cerebral, he visto la VERA EFIGIES de la Pálida, al grado de asustar al propio interesado, que conservaba la sobre-excitada lucidez que ama el vicioso. Así mismo, ví la temperatura descender muchos grados bajo la normal, en estados álgidos de paludismo pernicioso y en casos de anemias graves con conmoción cerebral—los cuales enfermos, por lo demás, reunían en sus personas, los otros signos aludidos. Conjeturo, por lo expuesto, lo que será el CÓLERA MORBUS, la enfermedad más artera y que más ha enriquecido el Agueronte con sus frecuentes muertes APARENTES y sus correlativos entierros precipitados, sobre todo en tiempos de epidemia o guerra. Leo también en los textos lo que son la intoxicación por el ácido arsenioso, la anilina, ciertos alcaloides como la muscarina: todo lo cual nos viene a demostrar, repito, que ni la palidez, ni la algidez, ni la rigidez, ni otros signos a cual más aleatorios que las acompañan, son del exclusivo patrimonio de la muerte.

A) Súbita palidez.

(Palidez progresiva).

Ocho o diez veces por minuto, late el corazón en las horas pos-trimeras. ¿No concebís que tan escaso esfuerzo sea capaz de explicarnos la palidez de la agonía, toda vez que la precaria irriga-

ción no es eficiente para mantener el color sonrosado y cálido, característico de la vida de los tejidos, mucosas y piel?

Es cosa bien sabida, en la hidráulica de las cardiopatías que, mientras más ineficaces y más poca sangre envía a la economía las contracciones cardiacas, más se multiplican los sístoles, para compensar, en el número, lo que disminuyen en cantidad del líquido vital que distribuyen. Pero en la agonía no se observa ya tales fenómenos supletorios: se ha iniciado una parálisis *ad integrum*, que nada contrarresta; y el corazón, por más que sea el ULTIMUM MORIENS, y por muchos privilegios de que goce en su calidad de tejido diferenciado, sigue perteneciendo al muscular, y no logra eximirse del desastre. Más aún: pocos instantes antes de su paro definitivo (desapercibido siempre) sus contracciones se han hecho tan retardadas, que sólo se suceden una o dos por minuto: decaimiento que corre parejas con el de todos los demás órganos (máxime si la agonía fué lenta), quienes mermaron o suprimieron la demanda del vivificante líquido. Hasta el mismo bulbo, tabernáculo del nudo vital, agobiado o no por la acumulación del excitante gas carbónico en la sangre, flaquea en su acción regularizadora y—perdido su prestigio—no se hace obedecer ya más por aquel servidor cansado, ni tampoco por los pulmones. Desde mucho antes el cisma se ha iniciado: los colibacilos desplazaron y vencieron a los leucocitos en el seno de la sangre, la que, en lo sucesivo, será inútil o poco menos. (Bezançon y Griffon).

Lo anterior podrá darnos idea de la palidez que se anticipa en algunas horas a la defunción; pero no de esa SÚBITA que Huber pretende al asegurarnos que “Para el vulgo, la señal característica de la muerte es aquella *rápida* transformación del moribundo, cuando, dejando el pulso de ser sensible, el agonizante queda in-móvil, al mismo tiempo que se observa en el rostro una extraña y *súbita palidez*; impresionante escena que dilucida de este modo: “Los iniciados en fisiología y medicina, saben muy bien que estos fenómenos son consecuencia de la *repentina* suspensión del movimiento del corazón, que produce un descenso *brusco* de la tensión sanguínea, y cesa la circulación en grande. Así pues, aquella notable mudanza del organismo no es señal de la muerte, a pesar de ser un pronóstico fatal de muerte próxima.” Nos da a continuación el saludable consejo de que, en aquellos trágicos momentos, “el *vestir*, como se dice vulgarmente, o amortajar un cadáver, es acto muy imprudente, pues aquellos bruscos movimientos aceleran la muerte real.”

Observemos, de paso, cómo emplea indistintamente adjetivos que no significan precisamente lo mismo, dedicados a un solo fenómeno: RÁPIDA, SÚBITA, REPENTINA, BRUSCO....

No se logra discernir claramente el criterio del autor. A creerle a pie juntillas (aunque a renglón seguido se contradiga en su consejo) esa “extraña y súbita palidez” indicaría, aún al menos observador, al lado de un agónico, reloj en mano, el minuto preciso en que transpasó los dinteles de la eternidad. Pero ¿No fué él, sin embargo, quien, citando a Manni, nos dijo que “el último grado de la vida es todavía un arcano”? Y si él fué también el que, documentándose en Farreres, nos estituyó que “el hombre, después del instante en que comúnmente se le tiene por muerto, vive todavía algún tiempo... y que nadie muere en aquel momento que vulgarmente se juzga ser el último de la vida, sino algún tiempo después...” ¿cómo compagina tan dubitativas y sensatas reflexiones con su arriesgada afirmación: SÚBITA PALIDEZ, que podría conducir a resultados tan deplorables y tan contrarios a los que persigue en su filantrópica empresa, si por ventura fuesen mal interpretadas sus ideas?

Por algo más también, reputo *arriesgada* su afirmación: porque, pudiéndola cimentar en muchos, no la basa sino en un hecho aislado que, expuesto en tal forma, me costaría trabajo aceptar, no sólo en su interpretación y en sus efectos, sino quizás hasta en su realidad misma. Me refiero a la suspensión REPENTINA del movimiento del corazón, produciendo la discutida SÚBITA PALIDEZ, por un descenso BRUSCO de la tensión sanguínea. Tal paro, indudablemente, juega un papel importante; pero no lo conceptúo *predominante ni único*, como Huber parece darlo a entender. ¿No son nada, entonces, las arterias y los músculos y los nervios del rostro?

Además, este paro no es repentino: si tal fuera, holgarían todas las especulaciones del autor sobre el problema de la muerte, ya que su inmediata consecuencia (la súbita palidez) sería una señal más demostrativa y categórica que los frutos reunidos de la auscultación, cardiopuntura, arteriotomía, fluoresceína (caso los Rayos X), los cuales, según el mismo confiesa, no han acertado jamás a registrar el instante en que se verifica esa que él llama “cesación repentina y definitiva de los latidos cardiacos.”

Quizás, ni en un animal con el pecho abierto, se podría establecer nunca cuál fué la postrera contracción, sin el auxilio del cardiógrafo. Durante la agonía—ya está dicho—estas son, por lo general, de ocho a diez por minuto; pero, ¿será así hasta el fin, hasta que le llegue su turno a esa postrera y definitiva de Huber?

Por momentos, a medida que se aproxima el desenlace, las contracciones se debilitan en amplitud y fuerza. (A veces, los ventrículos no se llenan o se contraen a medias—falsos pasos);—se hacen más débiles, más tardías, y los intervalos de tiempo que las separan, muy variables unos de otros, se tornan angustiosamente

cada vez más prolongados. Se esperaba aún un último latido, pero ya no se le escuchó: porque en esos supremos instantes, cuando ya apenas se repiten uno o dos por minuto, no se puede decir nunca cuál fué la postrera contracción *eficaz*, titubéandose en darles el valor de sístoles efectivos a los imperceptibles y miserables estremecimientos fibrillares de la punta, incapaces de influir lo más mínimo en la función circulatoria.

¿En qué instante, pues, se verifica ese “*descenso brusco* de la tensión sanguínea, en que *cesa la circulación en grande*,” que dice Huber? Sobre lo ya afirmado—que la cesación de la energía cardíaca no dura el momento efímero de un sístole, breve como un relámpago, sino *todo un período* que comenzó con la agonía (o acaso antes) y terminó ¿quién sabe cuándo?, 10, 20, 30 minutos y más, después de que abandonamos al difunto, juzgándolo por tal (Roget) ¿es presumible que este PARO DEL CORAZÓN tenga un efecto tan decisivo sobre la presión arterial (que no podría estar a una mínima más baja) para lograr imprimir al semblante aquella “extraña y súbita palidez”?

Sin duda, determinada influencia, y de valor, corresponde al PARO DEL CORAZÓN, ya lo creamos *súbito y repentino*, como Huber nos lo da a entender, o ya lo supongamos *lento y paulatino*, cual lo pretenden mis ideas. Pero aquel no fué el solo culpable. Sustituyendo los epítetos: *súbito, repentino, brusco, instantáneo, fulminante* y algunos otros más, que se debería para siempre desterrar de la Tanatología, por otros más paliativos, según los casos: *rápido, breve lento, intermitente o continuo, gradual o estacionario, etc.*, no me mostraría renuente a aceptar ese “descenso brusco de la tensión sanguínea” como causa inmediata de la tan discutida “súbita palidez” (por más que me explique una y otra de un modo muy distinto), y no formularía ninguna crítica contra la hipótesis del citado profesor, a no ser que por tal se tenga el tildarla de incompleta.

En efecto: ¿por qué no nos habla,—interpretando fenómenos—de esos otros que se verifican en el supremo trance? Todos ellos, de consuno, debidamente apreciados e interpretados, contribuiría a apuntalar el edificio del DESCENSO BRUSCO DE LA PRESIÓN SANGUÍNEA, a causa exclusiva del corazón y de su culpable inercia, con el que Huber nos explica la palidez trágica que, con el velo de las Parcas, obscurece de improviso las facciones del agonizante.

Entre estos fenómenos, *correlativos y de escasa cuantía*, pero que imponen su nota lúgubre a la escena, figuran en primer término: el enturbiamiento de la córnea con dilatación de la pupila, como si los ojos asombrados mirasen el vacío; el rictus característico, *cadavérico* de las facciones (facies hipocrática); el hundi-

miento del cuello entre los hombros y el aplastamiento del pecho, como una total aniquilación y empequeñecimiento del ser todo, que evocan en la mente el “cinis, pulvis, nihil” del inmortal Portocarrero, aparte de ese sudor pegajoso y frío que cubre el semblante, cual una emanación malsana de la Estigia.

¿No es verosímil suponer que este cuadro que se presenta—no diré súbitamente, pero sí progresivamente rápido—acaso contribuya a desorientar nuestras facultades perceptivas (recuérdese que me refiero al deudo ante la agonía de un ser querido) haciéndonos ver más exangüe un rostro que ya lo estaba, pero que no ha podido palidecer más?

Si, efectivamente, se acusó esa palidez súbitamente con las otras manifestaciones indicadas, ¿qué nos dice Huber de esos espasmos, contracciones, contracturas y crispaciones de los músculos fisionómicos, tan hechos para expresar los diversos estados del ser espiritual que habita en nosotros? ¿Qué de los nervios motores, rigiendo la expresión del rostro, contrayendo a los anteriores, que con su sola acción mecánica, deciden la mayor o menor irrigación sanguínea del semblante? ¿Nos habla acaso acerca de la acción *propia y autónoma* de las arterias, en su calidad de tejidos vivos, libres de la obligada servidumbre de ser *vaso-motrices*, en estrecha dependencia de otros centros?

La combinada acción de todos ellos, músculos, nervios y arterias sobre todo, contribuiría en gran modo a descargar al corazón de la pesada responsabilidad con que Huber lo incrimina, atribuyéndole a él solo esa EXTRAÑA Y SÚBITA PALIDEZ.

Modernos estudios y concepciones nuevas sobre la patogenia de numerosas afasias y hemiplegias, distraen los vasos sanguíneos del modesto lugar que hasta hoy ocupaban en la jerarquía de las vísceras, concediéndoles título de nobleza al dotarlas de individualidad y considerándolas capaces, con sus contracturas y espasmos—independientes del yugo del cerebro, médula o simpático—de ser el punto inicial de los síndromes señalados. Abandonan el papel de simples conductores o vectoras de la sangre (*vaso motrices* por imposición) y, en concierto con el Gran Simpático, iniciarán mañana un nuevo capítulo de Clínica y Patología Interna, como lo predice Stéphen Chauvet.

Si recordamos las doctrinas de Bichat, cuando nos demuestra que los tejidos mueren *individualmente* y que la muerte (máxime en enfermedades largas o como efecto de la vejez) llega a nosotros *centrípetamente*, de la periferie al corazón *ultimum moriens* (que pueden serlo también el cerebro o los pulmones), con lo que la diferencia de la *repentina o brusca* que partió de tales órganos *centrifugamente*—consecuencia de accidentes cardíaco, pulmonar cerebral o mano airada—¿podremos aceptar tampoco la explica-

ción que, en otro libro, nos da otro profesor (García Solá) alusiva al mismo fenómeno, al afirmarnos que, en los momentos del cambio repentino del semblante “ya el corazón no puede vencer la *tonicidad* de las arterias, por cuyo motivo se vacían éstas, originándose la palidez de las mucosas y de las superficies cutáneas.”

Atribuir *tonicidad* a las arterias, a la hora de la muerte, sería concederles, *a fortiori*, *elasticidad y resistencia activa* al impulso cardíaco—cualidades que son privativas de la vida; sería suponer suficiente vitalidad al tejido muscular de sus tónicas, en tanto que está ya en inminencia de aniquilarse el órgano central, *ultimum moriens*. Mas yo prefiero creer—procurando interpretar las ideas de Bichat y Roger—que, en el instante de ocurrir el trágico fenómeno, todo tejido está ya muerto (*en muerte intermedia-ria*), en cuenta el muscular estriado de los músculos y el liso de las arterias; y que una suprema contractura o espasmo de éstas (al modo como antes produjeron afasias y hemiplegias), en consorcio con manifestaciones similares de los músculos faciales, originada por causa idéntica, contribuya a significar más el *rápido y progresivo* (pero no *súbito ni repentino*), aspecto exangüe y contraído que desfigura las facciones del moribundo en determinado instante.

1.º—Detenimiento y Falta de Respiración.

2.º—Falta de Circulación.

La cesación de las *grandes funciones aparentes* de Vibert, se ha interpretado desde la antigüedad como la suspensión de la vida: de ahí el latín bárbaro: “mortus est qui non resollat” que, además de expresar una vulgaridad, consagra una inexactitud. No es de ahora que se sabe, merced a experiencias de vivisección y accidentes clorofórmicos, que los movimientos de los pulmones, y aún el ritmo del corazón, pueden suspenderse durante un tiempo *relativamente largo*, sin que por ello se extinga la existencia. Vibert, sin embargo, nos garantiza que “en la mayoría de los casos, este signo (paro de la respiración) no es engañoso; y que, cuando la respiración se ha suspendido, durante *más de un minuto*, la vida está definitivamente extinguida”. ¿Quién no recuerda, por otra parte, el caso que él mismo nos cita en su Medicina Legal, de ese “ahogado blanco” (es decir que, víctima de un síncope al caer al agua, no había llenado de ella los pulmones) y que, extraído al cabo de media hora del fondo de un estanque, pudo ser devuelto a la existencia?

En el año de 1837, P. Manni, profesor de la Universidad de Roma, legó a la Academia de Ciencias de París cierta suma, a fin

de premiar con ella la mejor Memoria sobre los signos CIERTOS de la defunción (Briand). Fué Bouchut (Tratado de los signos de la muerte y de los medios de prevenir los entierros prematuros, 1849), quien obtuvo tal premio. Este autor cita OCHO señales que, en cierto modo, se yuxtaponen a las que después indicó Huber. Estas son:

- | | |
|--|---|
| 1. ^a —El aspecto cadavérico del rostro; | 6. ^a —La ausencia de la contractilidad de los músculos bajo la influencia de agentes galvánicos; |
| 2. ^a —El aplastamiento de los ojos en las órbitas y la sustancia viscosa extendida sobre la córnea; | 7. ^a —La mancha de la esclerótica de Larcher; |
| 3. ^a —Ausencia de calor y la lividez de la piel; | 8. ^a —La cesación de la respiración y de los latidos del corazón. |
| 4. ^a —La flexión de los dedos; | |
| 5. ^a —La rigidez de los miembros; | |

Conviene advertir que, años más tarde (1868) la Academia de Medicina de París abrió otro concurso de 20,000 francos (legado testamentario del Marqués de Ourches) para el que descubriese la SEÑAL DECISIVA, FÁCIL Y POPULAR de reconocer la certeza de la muerte. No atinando nadie a señalar la *putrefacción* como el único signo cierto, ese premio no se concedió; siendo otorgado al fin, el nuevo que se creó en 1890 (Premio Dugate) al Dr. Maze, que acertó a defender dicha tesis. Posteriormente, el Prof. Icard lo ha obtenido dos veces por sus notables trabajos sobre este tema, facilitando el diagnóstico precoz.

Haciendo abstracción, por el momento, de los primeros *siete* signos señalados por Bouchut, quiero referirme al último: *la cesación de la respiración y de los latidos del corazón*.

Huber—aún concediéndoles un valor diagnóstico a la auscultación y, en especial, a la cardiopuntura y a la arteriotomía—les niega su absoluta eficacia, suponiéndolas susceptibles de inducir en error. Compréndase, de antemano, que las dos últimas no están al alcance de un empírico; mas, tratándose de la primera, siempre podrá invocarse esa que se llama *ecuación personal*, ese factor subjetivo de percepción e interpretación que doquiera interviene, y por el cual será constantemente recusable de error la observación clínica más minuciosa, si la hicimos valiéndonos de nuestros sentidos y no de medios mil veces más imparciales y veraces, como son los *instrumentos de precisión*.

Respecto a la primera, se expresa así: “El mismo Bouchut, (Les signes de la Mort) después de haber fijado en VEINTE MI-

NUTOS el tiempo que debe durar la *auscultación* del corazón, antes de fallar acerca de la realidad de la muerte, ha escrito: “Si hay alguien a quien este plazo le parezca demasiado corto, puede aumentarlo, y poner una hora, por ejemplo”; y de concesión en concesión, llega hasta a aconsejar DOCE horas y aún VEINTICUATRO.” “Como los latidos se repiten diez veces por minuto—explica otro autor—auscultando a diferentes intervalos en estas veinticuatro horas, 5 minutos seguidos cada uno de los cuatro focos (o cualquier otro punto sospechoso) tendremos en estos minutos cincuenta probabilidades de apercibir un ruido cardíaco.” Por mi parte, yo estimo que serían cien estas probabilidades, ya que cada contracción cardíaca consta de dos ruidos, más o menos perceptibles en los cuatro focos. En cada minuto, pues, fueron 10 sístoles y 20 ruidos, que hacen 100 al finalizar la auscultación parcial de cada foco, o sea CUATROCIENTAS PROBABILIDADES al cabo de los veinte minutos que dura cada una de estas sesiones auscultatorias. ¿Y cuántas se podrán verificar en las veinticuatro horas?

Aún cuando este cálculo no estuviese en completa discordancia con lo establecido anteriormente, no lo creo tan consolador como a primera vista parece, por ser prácticamente irrealizable, y requeriría la presencia constante o las visitas frecuentes del profesional. Y no es precisamente a él a quien me dirijo, sino al indocto frente a un presunto cadáver.

Después de la auscultación, Huber ataca la *cardiopuntura* de Bouchut: “La cardiopuntura—sigue diciendo—es una operación que consiste en clavar sobre el pecho un alfiler largo y delgado, el cual, si queda inmóvil, indica que han cesado los latidos del corazón; pero si éste todavía late, el alfiler se moverá visiblemente.” Dicha práctica, como comprenderéis, a más del tecnicismo que reclama “dado el estado actual de nuestras costumbres, moralmente sería imposible aspirar a hacerla universal”, mayormente cuando existen pruebas de defunción menos peligrosas, y quizá más efectivas. ¿A quién se le ocurriría hacer una “inocente” *incisión*, como el profesor que cita Orfila, para ver si el corazón “sigue latiendo”, y qué médico moderno aceptaría sobre sí la responsabilidad de haber sido él el vehículo reproductor de una peri,—mio—o endocarditis, manipulando en un recinto infecto, aunque con el loable fin de comprobar una muerte por medio de la cardiopuntura?

Igualmente critica la *arteriotomía*: “Hoy está comprobado que la vuelta a la vida se compadece muy bien con la *suspensión momentánea* de la circulación. Ahora bien, según Icard, suponemos que la abertura de la arteria se ejecuta durante dicha *suspensión momentánea*. No habrá salida de sangre.... Una de

dos: o el operador se decide a ligar la arteria, o la deja tal cual está.... En el primer caso, si la circulación.... se restablece, no habrá salida alguna de sangre, ya que la arteria está ligada, y la arteriotomía habrá sido inútil para suministrar algún signo de tan feliz contingencia; en el segundo caso, si se desampara al herido y no se le vigila constantemente, podrá sobrevenir una hemorragia grave, capaz de transformar la muerte aparente en muerte real. Pero hay más: el restablecimiento de la circulación puede efectuarse sin ocasionar la menor salida de sangre por la arteria seccionada, a causa de la formación de un coágulo."

A despecho del premio obtenido y de los OCHO SIGNOS que estableció, Bouchut, anticipándose a Huber, terminó por reducirlos a tres:

- 1.º—Ausencia prolongada de los latidos del corazón;
- 2.º—Relajación simultánea de todos los esfínteres, incluso el de la pupila; y
- 3.º—El aplastamiento del globo del ojo, con pérdida de la transparencia de la córnea.

Aunque, en este lugar, debería exclusivamente concretarme a discutir el primero de estos tres signos, no estará mal que, por vía de anticipo, transcriba aquí el dictámen que dió la Comisión de la Academia de Ciencias sobre la monografía que redactó el citado Profesor, por medio de M. Rayer, relativa al valor de los tres signos indicados. Extractaré:

"La relajación brusca y casi instantánea de todos los esfínteres—incluso el de la pupila, es, en el hombre.... efecto de la muerte y no de un estado morbozo; sin embargo.... tiene lugar en muchas agonías; y ciertas afecciones cerebrales (yo añadiría medulares) pueden acarrear, al mismo tiempo que la relajación de los esfínteres, la dilatación de la pupila.... Este signo no tiene suficiente grado de certidumbre. La formación de una tela viscosa en la superficie de la córnea, con aplastamiento del globo del ojo.... no parece tampoco un signo cierto.... Cuando los latidos de las arterias no fueron ya sensibles al tacto, los del corazón eran todavía perceptibles a la auscultación." "En resumen: de los tres signos *inmediatos*, de la muerte, admitidos por M. Bouchut, solamente en uno reconoció certidumbre la Comisión: señalando un signo tan *positivo y tan fácil de comprobar*, M. Bouchut ha llenado un punto importante de la ciencia."

Pero, sobre lo que éste mismo reconoce: que no son suficientes VEINTE MINUTOS para afirmar un fallecimiento, concediendo hasta VEINTICUATRO HORAS para estarse inclinado sobre un pecho (abnegación que nadie tendría—a no tratarse de un deudo muy querido, ni aún haciéndolo en la forma más apetecible que ya indiqué—); sobre que Jossat, por su lado, nos haya dicho

antes que "siempre será posible distinguir la muerte aparente de la real, mediante un examen minucioso", Huber, inspirándose en d'Halluin, insiste que la auscultación, aunque "constituye evidentemente uno de los medios de investigación más preciosos,.... ofrece numerosas causas de error: ciertos latidos, comprobados por un médico, no lo serán igualmente por otros. Allí donde éste oyó un ruido claro, aquel sólo percibirá un rumor sordo, confuso, un murmullo vago; mientras un tercero no sentirá absolutamente nada. No puede atribuirse carácter de infalibilidad a un signo cuyo valor crece o mengua, según la mayor finura o torpeza de oído de la persona encargada de investigar su existencia". Débese—creo yo—eliminar, en estos casos, todo elemento subjetivo, complicado muchas veces de factores emotivos o pasionales. La ya citada *ecuación personal* es hermana gemela del *Errare humanum est*, y siempre valdrá más el frío y austero examen de un médico novel, a quien el finado le fué indiferente, que la ofuscada opinión del deudo o del amigo, por más que sea una eminencia en el arte médico.

Más severa es la crítica que Brachet (de Lyon) hace a Bouchut: "De qué por la auscultación no se perciban ya los latidos del corazón ¿se deduce que las contracciones del órgano no tienen ya lugar? ¿No es posible que estas últimas contracciones, en cierto modo vermiculares (fibrillares, añadiría yo), imperceptibles a través de las paredes torácicas y con frecuencia a través de una capa de pulmón, basten todavía para mantener la vida, por más o menos tiempo del que piensa M. Bouchut?" (Tal argumento, recuérdese, me sirvió ya para combatir la "súbita palidez del semblante por descenso brusco de la tensión sanguínea", según la entiende Huber).

La justeza de la observación de Brachet, está involucrada por la invención misma de la cardiopuntura y la arteriotomía. Efectivamente: ¿A quién se le ocurriría acudir a procedimientos más o menos peligrosos o complicados, pudiendo atenerse a su propio oído y, si se quiere, al fonomoscopia? Si fuera cierta la afirmación de Bouchut, corroborada por la de Jossat, ¿podríamos creer que dos cardenales, Spinoza y Somaglia (atendidos con más minucias que el resto de los mortales) muriesen bajo la cuchilla del embalsamador que los autopsiaba, según nos refieren Hartmann y Tebb, precisamente porque, desde horas atrás, no se percibió en ellos el menor estremecimiento cardíaco?

Infinidad de casos, parecidos a los anteriores, se pueden citar de "cómo médicos perspicaces experimentados, después de auscultar al muerto por mucho más tiempo del que señalan los libros, por una hora y aún más, sin percibir el más leve latido del corazón u otra señal de vida,—habiendo empezado la autopsia—al abrir el

pecho, ¡han encontrado que aún latía el corazón! Ordinariamente, ni aún el médico más desaprensivo (fuera de un hospital y asesorado por otros) se atrevería a proceder a tal acto, antes de que, por lo menos, hubiesen transcurrido DOCE horas de la defunción: lo que prueba lo aleatorios que son todos estos signos o métodos, aislados o reunidos: auscultaciones, cardiopuntura, arteriotomía—y que tampoco fué muy sincera la opinión de Bouchut ni la de la comisión de la Academia de Ciencias que la respaldó. (Observad, entre tanto, que esa *abstención* del médico a practicar una autopsia antes de las doce horas, es ya una confesión tácita de su creencia en la muerte intermediaria, es decir, en que *hay algo* que separa la agonía de la muerte real).

Anteriormente nos ha dicho Jossat que “la muerte aparente y la muerte real parecen idénticas a primera vista”; y la constatación del paro efectivo de los movimientos pulmonares y cardiacos, *no menor de media hora*. (Icard, d’Halluin, Thomassie, Vollum, etc., no sería sino un pronóstico *casi infalible* de que la defunción *habrá de acaecer* en un término más o menos breve, pero no de que el óbito *ya se ha verificado*; citándose en contra de este aserto, casos (que no me atreveré a calificar de excepcionales) de individuos que han vuelto a la vida después de una suspensión *prolongada* de ambas funciones vitales, ya espontáneamente, ya después de eficaces, pero *pacientes y dilatadas* tentativas de reanimación. Estamos tan acostumbrados, en nuestras salas de operaciones a obtener, en los accidentes de la anestesia, tan felices resultados con el método de Laborde (tracciones rítmicas de la lengua) que nos reiríamos de la simplicidad de un campesino que nos dijese: “Pero Ud. no es un médico, es un brujo!—el más bello homenaje que podríamos escuchar de un ignorante!—sencillamente porque, mediante sesenta de dichas tracciones, lográramos devolver la existencia a un ahogado que cayera en un pozo desde una altura de seis metros, permaneciendo bajo el agua tres minutos. (Caso del Dr. Sorre fils).

¿Cuántas enfermedades o manifestaciones más o menos fisiológicas no pueden, por lo demás, simular la muerte real, con paro de la respiración y la circulación, comprobados por estos tres medios? Intoxicaciones—verdaderos proteos en sus síntomas;—lesiones nerviosas, psicosis, estados demeciales del campo de la neurología y de la psiquiatría, caquexias, infecciones, adinamias, etc., pueden perfectamente enmascararse con los afeites todos de la muerte, hasta engañar al espíritu más avisado. Además, no es imposible humanamente simularla: ¿No era así, pues,—fingiéndose muertos y mezclándose con los cadáveres de sus compatriotas ultimados la noche anterior al pie de la muralla, en sus tentativas de evasión,

como se escapaban los boers de la ciudadela estrechada por los ingleses?

—(Todas las noches, bajo las bayonetas enemigas, perecían muchos al escalar los muros o burlando a un centinela, fracasados en su insensata empresa; mas hubo quien discurriera mezclarse con los cadáveres de sus hermanos acuchillados la víspera. Recogido a la mañana siguiente, junto con los *otros cadáveres*, de los que en nada se diferenciaba, y conducido al cementerio por un soldado—sepulturero, supo aguardar que cavara *su fosa*.... De pronto se incorpora, estrangula al enemigo espantado y atónito, sepúltalo en la tumba que aquel mismo *se* había preparado, y huye veloz y libre, gozoso de su hazaña. De él cundió el ejemplo. ¿No fué así, también, fingiéndose muertos, como salvaron la vida muchos *emboscados* en la pasada guerra mundial?)

Si la voluntad sola logra aparentar la muerte y engañar hasta al que ya está sobre aviso contra estos ardides y fraudes de la estrategia o la cobardía, ¿por qué no concebir que con mayores facilidades y mayor verosimilitud, puedan aparentarla estados patológicos ya mencionados, aunque en ellos ya no intervenga aquella facultad (excepto en posibles casos de histeria) y si, en vez de las miradas analíticas y severas que nos contemplan fríamente, fueran los ojos asustados de nuestros deudos que nos miran y tiemblan por nosotros, y a los cuales no osaríamos engañar en esa forma cruel?

¿Qué decir, también, de esos otros estados *supranormales, ultrafisiológicos*, de que el Oriente es tan rico venero y los llega a producir y cultivar intencionalmente—en tanto que en nuestra civilización occidental son insólitos u ocasionales:—la catalepsia, la letargia, el éxtasis, la doble vista, la clarividencia, la telepatía, el hipnotismo, y otros muchos más de los que desconocemos hasta el nombre? Si, aún la esencia misma del más conocido de todos —la histeria—nos escapa—huelga decir que yo me excuso de emitir, por ahora, la menor hipótesis sobre tales fenómenos, concretándome a señalar su existencia y las posibilidades que le abren a la ciencia del mañana; incluyéndolos en este epígrafe porque, dos de los síntomas más impresionantes y ostensibles que suelen presentar, consisten precisamente en la SUPRESIÓN DE LA RESPIRACIÓN Y LA CIRCULACIÓN, con la contingencia de los demás signos de la muerte, al modo como lo hacen los fakires—sin dar lugar a dudas.

¿Qué mucho, pues, que si todos estos estados señalados—desde la más trivial intoxicación hasta el más inaudito del psiquismo—han logrado poner en apuros a *especialistas* y a *médicos experimentados*, no colijamos los múltiples e inevitables errores a que inducirán al empírico que intentase discernir una defunción,

basándose únicamente en estos dos triviales síntomas (triviales por su amplísimo significado): suspensión de la respiración, paro de la circulación. . . . (añadamos el anterior: súbita palidez), y sin ni siquiera recurrir a expedientes—que ya indicaré—nada peligrosos, más caseros, más demostrativos y quizás más concluyentes que la cardiopuntura y la arteriotomía, inasequibles para él?

C) Inmovilidad e Insensibilidad Cutánea y Sensorial.

Para que estos dos elementos sean dignos de tomarse en cuenta como susceptibles de inducir en error al afirmarse un óbito, es menester, desde luego, que anteriormente se hayan establecido los anteriores, y algunos otros más que les son correlativos o subsecuentes.

La *inmovilidad*, por sí sola, no supone nada. Inmóviles estamos durante el sueño, o sea la tercera parte de nuestra vida. “La vida es sueño”—ha escrito Calderón; mas también se ha dicho que el sueño es una imagen en pequeño de aquel otro que no tiene despertar. “Diariamente morimos y renacemos a la mañana siguiente”. Y mientras más gastado está un organismo y más se acerca al borde de la tumba, esta ilusión se hace más aparente. “*Bastará dormir un sueño profundo para exponerse a ser tratado como difunto*”, dice Icard. ¿Quién no ha visto dormir a ciertos ancianos? “En Barcelona—añade—actualmente vive uno, el cual mientras duerme, parece verdaderamente muerto, sin respiración aparente ni movimiento de ningún género. La primera vez que fué observado por la familia, hubo un susto mayúsculo, creyendo realmente muerto al anciano que *solo dormía*.” (Icard)

Criterio, pues, para afirmar la defunción, fué únicamente la *inmovilidad*. ¿A qué quedan entonces reducidos ese “*Siempre será posible diferenciar una muerte aparente de una real, mediante un examen minucioso*”, de Jossat, y todas esas especulaciones de Huber y Bouchut sobre la circulación y la respiración, si ni siquiera esta vez, tratándose de un ser positivamente vivo, fueron suficientes para no inducir en error a una familia? Recordemos que todas mis reflexiones se refieren al empírico en presencia de un presunto cadáver, porque en el caso que cito, fué necesaria la de un profesional para desvanecer las aprensiones de los deudos.

No vivimos, afortunadamente, en climas crueles donde el aire crudo y frío de la noche saluda con una apoplejía al imprudente desarrapado que abandona, alcoholizado, la caldeada atmósfera de un bar; pero, por el propio señuelo de *ivres morts* (no lo dice la propia palabra) podemos colegir la posible y muy humana equivocación de que pueden ser víctimas estos desventurados, al ser conducidos por la rutina e ignorancia policíacas a alguna de sus er-

gástulas—vestíbulos del cementerio—(ya que no directamente a la Morgue, en vez de transportárseles, en volandas, al hospital o casa de socorros más próximos, ahorrándoles un tiempo precioso, y con ello, la misma existencia, seguramente).

Hay un cúmulo de enfermedades (hétero y auto-intoxicaciones, diátesis, lesiones nerviosas, traumatismos, etc.,) que cuentan entre sus principales síntomas la inmovilidad y un *aparente* aletargamiento de los sentidos, excepto el de la audición, que generalmente se aguja; una disminución tal de los movimientos respiratorios y cardíacos, acompañándose de un cambio y demacración tan marcados del semblante, que, al despecho de las opiniones de los autores citados, hacen de todo punto imposible el discernimiento entre la muerte aparente de la real, a los ojos del profano, bien que su examen y su juicio hayan sido sosegados e imparciales, desligado de todo vínculo con el pretendido cadáver.

No tomemos en cuenta los estados mencionados, cuya etiología, patogenia, sintomatología y patocronia serán sólo comprendidas e interpretadas por el clínico, y entre cuyas manifestaciones la *inmovilidad* y la supuesta *suspensión del uso de los sentidos* pueden ser las más ostensibles. Todos ellos suponen anamnésicos y, por consiguiente, una probable asistencia facultativa. Refirámonos a los infinitos casos de muerte repentina, que nos sorprenden desarmados, lejos de todo auxilio médico: a más de ser los más capaces de inducir en error por contar como principal signo la inmovilidad, esta clase de muerte es muy frecuente, y es la que más se acerca al objeto que persigo.

Para los no versados en medicina, la inmovilidad y la insensibilidad son signos inapelables de fallecimiento: “El enfermo no se *mueve*, el enfermo no *siente*, (mejor diríase).—No da señales de sentir, pero. . . ¡siente! *No respira ya, no tiene pulso*: luego ha muerto. Conclusión falsísima y desastrosa: ¡Quién puede calcular cuántas tragedias ha ocasionado!” (Huber).

Del mismo modo que la palidez, ni la inmovilidad ni el enfriamiento sobrevienen de golpe, sino paulatinamente. Los tejidos mueren uno en pos de otro, según lo establecieron Roger y Bichat, por lo cual no serán de extrañar ciertas modificaciones parciales del semblante y del resto del tegumento, las cuales—lejos de poderse interpretar como manifestaciones activas y vitales—no son sino fenómenos cadavéricos, efectos de la rigidez que se instala, del enfriamiento que se extiende, de la putrefacción que comienza su obra: fenómeno—mejor dicho, epifenómenos—que pueden notarse diez minutos después del postrimer latido (movimientos de los labios y los párpados en los decapitados del Dr. Vizet) y continuar durante muchas horas, dando la ilusión de una vida que pugna por manifestarse, y que son evidentemente distintos de los titánicos

esfuerzos que hace el amortajado para revelar a sus allegados la presencia de un alma aún encarnada y *que oye perfectamente (sic) lo que se dice y hace en torno suyo*, procurando salvarse del terrible fin que le espera.

“A la última contracción cardíaca, postrera manifestación de la vida de conjunto, suceden la INMOVILIDAD, la relajación muscular y particularmente la de los esfínteres; se dilata la pupila, se entreabren los párpados, y la caída de la mandíbula inferior entreabre también la boca; se deprimen los relieves musculares, se decolora la piel, tomando la cara un tinte amarillento, céreo; se afila la nariz, y la depresión de los músculos, la retracción de la piel y la vacuidad de los capilares, comunican a la fisonomía una apariencia característica”.

Tal es el estado de *resolución muscular*; es el lapso que tarda en instalarse la *rigidez cadavérica*, la que a su vez cederá su puesto a la *resolución putrefactiva*, como la llama la LONDON PREMATURE BURIAL SOCIETY. Pero, mientras estos diversos estados se determinan y suceden, los tejidos (más aún los músculos y las vísceras huecas) son susceptibles de ciertas modificaciones.

“Después de la muerte, obsérvanse movimientos aparentemente espontáneos, que son debidos al desarrollo de los gases y a la rigidez muscular. Otros movimientos dependen de que algunos segmentos conservan la contractilidad muscular bastante tiempo después de la muerte. El útero conserva una contractilidad que ha bastado en ocasiones para determinar la expulsión del feto, y así se citan curiosos ejemplos de nacimiento después de la muerte de la madre y en el sepulcro (*). Las contracciones intestinales, en ciertos géneros de muerte, subsisten después de la agonia; las materias de la digestión pueden continuar caminando por el tubo intestinal.... No sólo los músculos de la vida vegetativa conservan algún tiempo después de la muerte vestigios de motilidad, sino que también la conservan los músculos voluntarios. Suelen citarse casos de gesticulaciones y sacudidas de los miembros en fallecidos de ciertas enfermedades, especialmente el cólera.” Yo mismo he oído relatos de cómo variaron de posición las manos y extendieron los brazos cadáveres tendidos en actitud devota, dando un susto o un falso alegrón a la familia.

He dedicado este artículo a la *muerte repentina*, a esa que sorprende a los circunstantes y no se había anunciado antes por ningún prodromo ni estado patológico, porque en ella son la inmovilidad y la pérdida del uso de los sentidos los signos capitales

(*) El caso citado en la Introducción es diferente, porque el niño fué encontrado en el brazo derecho de la madre, y no entre sus muslos, como habría sucedido si solamente se hubiera tratado de una contracción uterina *post mortem*.

que más impresionan, acompañados o seguidos de los que ya he señalado anteriormente: requisito *sine qua non* no es posible equivocarse respecto a un fallecimiento. Es claro que, el que ya padecía de alguna afección orgánica o funcional y cae bruscamente siderado, hace sospechar desde un principio, cuál fué la causa. Aquí quiero referirme al individuo sano que se desploma repentinamente, por alguno de los motivos que señalaré, inspirándome en Huber; haciendo notar antes con Devergie,—que adopta las ideas de Bichat en sus *Investigaciones sobre la vida y la Muerte*, que “con frecuencia, no es del cerebro de donde parte el golpe mortal”; que esta clase de “muerte repentina por solo el cerebro son raras”, y más raras aún las ocasionadas por el solo corazón. Sin embargo—ya se sabe—cuando un sujeto muere repentinamente, todos exclaman:—¡Apoplejía! ¡Mal de corazón!—y nadie se preocupa de atribuir a los pulmones la culpabilidad que les corresponde y que, en la mayoría de las veces, compartieron con una enfermedad sórdida de la víscera cardíaca, incongruencia que hace que, en numerosos casos de muerte repentina ocurrida en la calle, se anticipe la autopsia.

Huber distingue cinco eventualidades en que, personas sanas e sin ninguna tara patológica conocida, caen bruscamente fulminadas, constituyendo esa que el vulgo llama “muerte repentina”. Son las siguientes:

- | | |
|--|--|
| 1. ^a —Cataplexia; | c) 4. ^a —Insolación y golpe de calor; y |
| a) 2. ^a —Choque moral; | d) 5. ^a —Acción del frío. |
| b) 3. ^a —Comoción cerebral; | |

Revisémoslas someramente. Excluiré la última, por razones muy atendibles. En cambio, añadiré la asfixia en sus múltiples aspectos: (suspensión, estrangulación, sofocación, fulguración, gases tóxicos, etc.), evitando tratarlas en detalle, porque la causa que los produjo, palmaria casi siempre, habrá de inducir al empírico—con más motivo que nunca, en ausencia del médico—a agotar todas las pruebas de fallecimiento, antes de afirmarlo y echar sobre su conciencia tan pesada responsabilidad.

- 1.^a—Cataplexia.
a) 2.^a—Choque moral.

Advertí ya que me abstendría de emitir opinión sobre la cataplexia y otros estados análogos que, entre sus primordiales síntomas, cuentan: el detenimiento de la respiración, la ausencia de la circulación, la inmovilidad y la privación de la conciencia (por lo

menos aparentemente). Una de las razones para ello fué que mis ideas discrepan un tanto de las consagradas en nuestra ciencia oficial. Lejos de pensar que sea un síntoma patológico y peligroso que debe combatirse por todos los medios, *salvando* al enfermo que cae en tal estado, pienso, por el contrario, que es uno tan fisiológico como el sueño; que nos depara un reposo aún más completo, y que a él recurre la naturaleza cuando aquel—por prolongado y profundo que sea—no puede ya ser suficiente para reparar las energías de un organismo agotado; no teniendo de peligroso más que los errores de interpretación y rutinas ancestrales a que nos induce su mayor o menor similitud con la muerte real. Cuantos *han vuelto a la vida* después de un sueño cataleptico, por lo común se han sentido, si no curados, inmensamente mejorados de la enfermedad que los aquejaba: por lo cual la catalepsia, aunque desconocida en su esencia, (como pasa con la histeria y otras neurosis), en vista de los felices resultados que reporta a los que *vuelven* de ella, debería la clínica, si no favorecerla, por lo menos respetarla.

Ignoro si haya sido conocida por el Padre de la Medicina, porque los primeros en citarla son Próxagoras, (100 años a. C.) y Plinio, señalando éste los peligros a que expone, más demostrativos en aquellos tiempos en que la hoguera purificadora se antepone al *entierro*, al “*pulvis erit*” que nos trajo el Cristianismo, y a sus consiguientes *inhumaciones*. En los tiempos de este historiador, “un personaje consular se despertó sobre la hoguera y no pudieron socorrerle a causa de la violencia de las llamas”. Otro personaje, Oelius Tuberon, “tuvo la suerte de ser sacado de la hoguera, antes de que se pusiera fuego en ella.” Desde entonces, diversos terapeutas helenos la describen bajo distintas denominaciones, sinonimias cuyas correspondencias en latín: *cataleptis, catochus, detentio, oppressio, aprehensio, prehensio, morbus mirabilis, congelatio* (en la Edad Media, Bernard de Gordon) indican la variabilidad de sus síntomas, y que este estado dió origen a definiciones tantas como fué el número de observadores y el predominio mayor o menor que concedieran a sus proteiformes manifestaciones. Pero, a pesar de tal polimorfismo, puede afirmarse que “la catalepsia es una afección nerviosa, intermitente, *apirética*, caracterizada por accesos de duración variable, durante los cuales, *casi siempre*, se suspenden el entendimiento y la sensibilidad, y *siempre* se interrumpen los movimientos voluntarios, con tensión general o parcial del sistema muscular, y aptitud de los músculos de la vida animal a recibir y a guardar los distintos grados de contracción que les imprime una mano extraña.” “En su más alta expresión, está constituida por una especie de coma, de insensibilidad absoluta, de estado letárgico que anula las funciones de rela-

ción sin atacar las de la vida vegetativa, por la imposibilidad en que se halla el enfermo de cambiar voluntariamente de actitud”. Algunas veces el ataque súbito estalla, sin una causa visible; pero sobreviene bajo el golpe de una viva emoción moral” y “la explosión del acceso es tan repentina, que el enfermo interrumpe su conversación a mitad de una frase, de una palabra, se detiene bruscamente en su marcha o en un movimiento comenzado” y “el cuerpo inmóvil y rígido como una estatua, conserva la posición en que el acceso le sorprendió.”

Basta la anterior descripción para dejar presumir la probable equivocación en que puede recaer el lego en medicina, que afirma la realidad de un óbito, si desconoce la existencia de esta entidad apirética, que se disfraza con las apariencias todas de la muerte repentina y que—como muchas veces pasó en ésta—fué precedida de cefalalgias, vértigos, dolores epigástricos, abatimiento general, etc. ¿No es de sospecharse que también ignore las enfermedades que las producen con mayor frecuencia?

Los Autores modernos clasifican la catalepsia entre las neurosis, asignándole estas cuatro etiologías:

- | | |
|-------------------------------------|---------------------------------|
| 1.ª—Catalepsia idiopática o simple; | 3.ª—Sintomática o complicada; y |
| 2.ª—Epidémica; | 4.ª—Artificial. |

La primera forma recuerda su similitud con la epilepsia esencial y se aviene a tal clasificación, lo mismo que la segunda, que evoca la histeria y trae a la memoria los *convulsionarios de San Medardo*, y las numerosas epidemias neuróticas que se cebaron en los conventos durante la Edad Media donde, en cierto modo, cultivaban esta neurosis (confundiéndola con el éxtasis y el misticismo algunas veces—las menos). La forma sintomática o complicada, en cambio (producida por gusanos intestinales, pneumonia, reumatismo articular agudo, fiebre interminante, etc.), ¿qué razón hay para no asimilarla a la epilepsia jacksoniana? Hay muchas enfermedades y accidentes que nada tienen de neuropáticos, en los cuales, sintomáticamente, se presenta la catalepsia con relativa frecuencia, como “el tétanos con su rigidez y tensión convulsivas, la fiebre tifoidea, el cólera, la apoplejía, la hemorragia desbordada y fulminante”, la fulguración y demás accidentes causados por la electricidad y el estallamiento de los modernos proyectiles de artillería, estudiado en la pasada campaña mundial, debido a la expansión y súbito vacío de la atmósfera.

¿Cuántos combatientes no fueron enterrados vivos, bajo esas condiciones, en los campos europeos! Sin embargo—mejor que la catalepsia—la *convulsión indirecta* podrá explicar y produ-

cir el complejo semiológico que ocasionan la explosión y el simple tránsito de estos difusores de la muerte, para lo cual se han inventado dos teorías:

1.^a—La *decompresión*, que admite que la explosión de un proyectil determina en la atmósfera, en primer lugar, un *cono de rechazo* (*refoulement*) por hiperpresión, y tras él, una zona de *rarefacción*, por hipopresión;

2.^a—La teoría del *choc gaseoso*, o que acepta que el rechazo brusco de la atmósfera que sucede a la explosión de un obús, es capaz de provocar una verdadera *contusión*.

No obstante, no niego que existan afecciones y estados en los cuales puede invocarse un terreno neuropático, tales “el histerismo y toda enfermedad caracterizada por sofocación, la epilepsia y perturbación cerebral, el vulgarmente llamado *mal de San Vito*”, el letargo, el estado hipnótico, el éxtasis contemplativo; pero de ahí no se sigue que todos los estados catalépticos se acuerpen en una sola común definición de *neurosis*, como lo hace la Comisión que redactó el enciclopédico *DICTIONNAIRE DES SCIENCES MEDICALES*. ¿Qué decir entonces de la cuarta categoría, la catalepsia artificial, en la que, como lo hacen los fakires, una potente auto-inhibición los conduce a tal estado, si, forzosamente, los supone seres sugestionables o víctimas de alguna tara psicopática, cuando, muy al contrario, son los hombres de más vigorosa y disciplinada voluntad?

Por causas ocasionales, asimismo, llega a producirse artificialmente la catalepsia; pero, aún así, siempre queda excluida la hipótesis de neurosis “no sólo en las personas débiles, sino también en las robustas,” “por cualquiera excitación intensa y súbita, por un relámpago o un trueno, y experimentalmente, por un golpe de batintín, de tamtám, por la vibración de un diapasón, la entrada repentina de un intenso foco luminoso en una habitación oscura, etc.,” fenómeno que también puede observarse en los insectos: “Una patada brusca o un bastonazo dado en el suelo cerca de un insecto que huye, causa ordinariamente la inmovilidad del mismo; puede cogérsele sin que haga el menor movimiento, pareciendo insensible al dolor.” (Huber).

Morir de miedo, morir de risa, morir de gusto o de rabia, no son exageraciones con que el espíritu andaluz de la raza embelleció la lengua. Son positivas realidades. Una emoción moral, grata o ingrata, puede quitar la vida o inhibirnos a tal punto que, por las consecuencias, el resultado sea idéntico: la tumba. León X, el Mecenas del siglo XVI, “desfalleció” de gozo al ver coronada una de sus grandiosas obras emprendidas en el Vaticano; una mujer murió en Barcelona, en 1910, “del gusto de haberse sacado el premio gordo de la Lotería de Navidad; e igualmente perecieron

dos madres, según refiere Tito Livio, al ver a sus hijos sanos y salvos de regreso de las batallas de Cannas y Trasimeno”. “En fecha recientísima, la madre de Monseñor Cavagliari murió súbitamente al recibir la noticia de haber sido nombrado su hijo Patriarca de Venecia, por el Papa Pío X” (Huber). Sila, en cambio, murió de rabia, al fracasar en una de sus acciones militares contra Mario. “Cierta joven inglés recibió tan honda impresión con motivo de haber sido inesperadamente rechazadas sus pretensiones a la mano de su novia, que se quedó tieso como un tronco y permaneció todo el día en estado de catalepsia.... Bajo juramento, se le hubiera podido tomar por una estatua, más bien que por un hombre”. Y un senador, ante la controversia de su adversario; militares en juerga, con botellas en la mano, a guisa de armas contundentes y proyectables, se han quedado inmovilizados *ex abrupto*, en sus posturas agresivas, como la mujer de Loth. Finalmente, por aprensión o apocamiento, según nos relata Icard, “un labriego se ha quedado muerto al advertir que le habían robado el portamonedas.”

Recuerdo haber leído el experimento cruel que dos profesores hicieron en un condenado a muerte, para ver hasta qué punto y su inhibición podían producirla. Le vendan los ojos, advirtiéndole de antemano que le van a sacar toda la sangre, para que muera; hácenle una insignificante incisión en la región carotídea, dejando caer sobre ella, por medio de un irrigador, un delgado hilo de agua, a la temperatura del cuerpo, para que la víctima creyese que era sangre. A diversos intervalos, alguno de ambos observaba:—“Ya van extraídos cien gramos de sangre.... Ya salió medio litro.... Quizás no soportará el segundo.... Ya apenas bate el corazón.... Ya no hay pulso.... Ya no respira.... *Consummum est*.” Y todo lo que decían estos discípulos de Claude Bernard, se verificaba rigurosamente en el pobre condenado que, en definitiva, murió por un leve arañazo en el cuello, y por algo más, que no he de mentar aquí. Casos parecidos cita Huber (Colegiales *decapitando* a un bedel con un paño mojado sobre la nuca).

Es cierto que hay catalepsias mortales; “pero hay también muchas que no lo son: la inmensa mayoría sólo producen la muerte aparente, que puede dar lugar a errores irreparables. En unas y otras, quedan con *frecuencia*, expeditos los sentidos del cuerpo y las potencias del alma, lo cual puede causar torturas indescriptibles al oír los comentarios de los circunstantes.” Como dije anteriormente, el *oído*, supremo baluarte de la vida, suele persistir hasta el último momento. Cuantos han sido reanimados de este trance, refieren sus angustias al verse en inminencia de ser sepultados vivos, oyendo cuanto se hacía y decía en torno suyo, y sin poder mover un solo dedo. El Padre La Place (de la India) que pasó

por tal prueba, adquirió desde entonces la costumbre, “siempre que lo llamaban para asistir a un moribundo, de exhortarle en voz alta, aún cuando éste pareciera haber perdido el conocimiento y la muerte haber terminado su obra. En tanto que hablaba, tenía en su mano la del moribundo, y con frecuencia, respondiendo éste al llamamiento del sacerdote, le daba a entender, por contracciones más o menos sensibles, que oía su discurso”. (Huber). ¿Influiría en esta percepción la buena voluntad del sacerdote? No lo afirmo; pero de este modo salvó a varias personas, y a todos sus cofrades—confesores misioneros de la India—recomendó igual práctica, sancionada e instituida por la Iglesia. ¿Por qué no la hemos de adoptar los médicos, cuando son tan inseguros los signos precoces de la muerte?

Deduzco, pues, por los numerosos casos que leo en la obra que me guía y por las afirmaciones de otros observadores que, en la mayoría de los casos, no es exacta la definición que hace del cataleptico la Comisión que redactó el citado DICTIONNAIRE: “Las facultades mentales, y todas las manifestaciones del entendimiento y del pensamiento, *todos* los modos de sensibilidad, tacto, vista, *oído*, olfato, gusto, están interrumpidas y como paralizados.” “El enfermo *no oye*, no habla, no siente. . . .” Si, según esta Comisión, la catalepsia es una neurosis como la histeria, ¿por qué no aplicarle también el consejo que nos da Babinsky (para que no se produzcan ya más los llamados estigmas histéricos) de no mentar una sola palabra alusiva, nada que pueda sugestionarla, en presencia de una mujer en estado de *gran mal*, por muy inmóvil e inconsciente que parezca? Los casos mortales, probablemente, se conformarán con tal descripción; pero no aquellos en que la víctima habrá de volver en sí: sus numerosos relatos nos lo están demostrando.—“*Tened esto presente, para que seáis parcos en vuestras conversaciones y conjeturas al lado de un agonizante.*” (Pbro. La Place).

Terminaré este artículo con una última cita del referido DICTIONNAIRE, que tampoco me es posible suscribir:

“Parece averiguado que los catalepticos han sido tomados algunas veces por muertos y enterrados vivos. La catalepsia puede figurar entre las formas de muerte aparente. Sin embargo, creemos que si error tan lamentable ha podido ser cometido por personas inexperimentadas y en una época en que los signos de la muerte eran mal o imperfectamente conocidos, *hoy día es imposible que un observador, por poco instruido y atento que sea, incurra en un error tan grosero y tan fatal.*”

Hay que hacer un diagnóstico diferencial; tener presentes en el espíritu ciertas enfermedades, accidentes y un conjunto de circunstancias que propenden a la catalepsia; es necesario expurgar

tres clases de anamnésticos, sin perjuicio de verificar un examen somático, a cual más minucioso, del individuo que se nos presenta como muerto repentinamente. Pregunto: ¿Estará capacitado el empírico—no digamos el labriego de cualquiera de nuestras aldeas montañosas, sino el *citoyen* de una urbe europea, para aportar tales pruebas y afirmar una defunción con seguro criterio?

La copiosa bibliografía que existe sobre este asunto, la publicación del libro de Huber a raíz de un macabro drama, la prueba del fallecimiento diagnosticado precozmente por Icard, y las precauciones que toman numerosos municipios de la Europa meridional, escarmentados con estos horribles descubrimientos, me indican el inmotivado optimismo de la ya dicha Comisión, sin que por ello el peligro no subsista y no quede justificado el mote con que encabezó este capítulo.

b) Conmoción cerebral.

Desde tres puntos de vista se estudia la conmoción: etiológico, fisiológico y anatómico, en los que se asocia tres hechos distintos: el sacudimiento, los trastornos funcionales y el estado de los órganos, de donde la variedad de definiciones y conceptos del término. Para J. L. Petit (definición etiológica) es el hecho físico mismo, la transmisión de un movimiento, “el sacudimiento más o menos considerable causado en el cerebro por una caída o un golpe violento en la cabeza”. Para Delpech, para Littré y Robin, no es la sola acción física, sino también los efectos fisiológicos de esta acción, especialmente en el encéfalo. Definenla respectivamente: “Sacudida (ebranlement) general o parcial del sistema nervioso, producida por una caída o una percusión violenta”; “Sacudimiento comunicado a un órgano por un golpe o una caída sobre una parte que le está más o menos alejada”. No mixta, sino totalmente anatómica, es la definición de Fano: “Estado del encéfalo caracterizado por un debilitamiento o un aumento de consistencia de la sustancia cerebral.”

Con tal ambigüedad de conceptos, y dándole sucesivamente los tres sentidos con que se la define, será perfectamente lícito decir, según reza el DICTIONNAIRE, de un hombre conmocionado por un trauma en la cabeza: “Esta atacado de conmoción, por conmoción, con conmoción”. Pero estas son sutilezas o deficiencias del idioma, y a nosotros nos corresponde su definición sintomática, y en especial sus manifestaciones clínicas.

Ante un paciente víctima de esta contingencia, un clínico no entiende por ella únicamente “que este hombre ha sufrido una caída o recibido un golpe capaz de sacudir el cerebro,” sino que presenta un conjunto de síntomas imputables al sacudimiento de

la masa cerebral. Conmoción, tomada en este sentido, designa, no la causa de los fenómenos, sino los fenómenos mismos.

Cuando se la nombra, se sobreentiende el adjetivo *cerebral*, y no siempre es así, porque “violencias exteriores, en puntos muy diferentes del cuerpo, el raquis, el pecho, el epigastrio, la nuca y la barba (*rabbit punch* y *upper cut* de los boxeadores) provocan también accidentes súbitos y graves, desde la simple estupefacción, (el *knock out*), hasta la muerte inclusive”; atribuyéndose estos fenómenos a la conmoción de las vísceras, médula, corazón, hígado, riñones, bazo, plexo solar... llegándose hasta a admitir la “conmoción de los huesos y de la sangre.”

Bien o mal, podemos describir la sacudida del corazón, del cerebro, de los sistemas nerviosos, muscular y vascular; pero sabemos muy poco, si no nada, sobre el de las otras vísceras, membranas, huesos, humores, etc. No tomando en cuenta todos estos elementos, jamás llegaremos a un claro discernimiento; y ante la volubilidad de las pruebas, nos exponemos a incurrir en “el escepticismo de autores recomendables negando, no sólo la conmoción cerebral, sino la conmoción en general.”

Dice así en el artículo COMMOTION del Diccionario de donde tomo todas estas citas, estableciendo que no hay solidaridad entre las lesiones macro y microscópicas del encéfalo y los síntomas conmotivos: “Un herido llega poco tiempo después de una caída sobre la cabeza. Está sin conocimiento, en resolución completa; el choque (choc) ha sido muy violento; existe fractura del cráneo y todo hace creer que el cerebro está profundamente lesionado: pronóstico muy grave. Horas después, los síntomas se disipan y la curación se efectúa sin contratiempo. Agradablemente sorprendidos, variamos nuestro diagnóstico por el de simple conmoción cerebral. Pero, he aquí otro herido, en el mismo estado de resolución muscular y de inercia cerebral: todo se ha disipado al día siguiente; todas las funciones tornaron a su curso normal. Afirmando incontinenti: Conmoción simple. Dos o tres días después, se desencadena la encefalitis, mostrándonos la autopsia—no obstante la benignidad de los primeros síntomas—desórdenes considerables de la masa encefálica. Un tercer individuo cae desde un lugar elevado, muriendo pocos instantes después. ¿Quién de nosotros osaría, antes de necropsia, pronunciarse sobre el estado de la masa cerebral y decir de antemano si está contusa o simplemente contusionada?”

A los que tuvieron un substratum anatómico cualquiera, micro o macroscópico, se les destinó nombres especiales; reservándose, en buena lógica, tal término a aquellos casos en que—habiéndose sido fatales—fué muda la necropsia. Doquiera no se encontró el menor vislumbre, de orden anatómico o histológico, que explica-

se los síntomas, se invocó la conmoción cerebral, concediendo así una etiología y patogenia exclusivamente nerviosas a fenómenos generales que muy bien pudieron provenir de causas diversas.

Tal como no existe una relación obligada entre la magnitud de la lesión y los síntomas observados, así tampoco las diferentes teorías patogénicas pueden aplicarse en numerosos casos, ni explicarnos aquellos en que la conmoción se manifestó tardíamente, sin un brutal traumatismo previo. En mi concepto, adolecen de este defecto las hipótesis de la *sacudida encefálica* de Littré (corroborada por el experimento de Gama) y la del *choque del líquido céfalo-raquídeo* de Duret (asesorado por Robin) y que podemos releer en Forgue. Con la primera, explica su autor la muerte del famoso prisionero de 1705, golpeándose la cabeza contra el muro de la prisión, y en cuya autopsia no se encontró lesión alguna de la masa cerebral. En la segunda, Duret nos da razón del complicado mecanismo de la conmoción, y en la cual el líquido céfalo-raquídeo desempeña un papel preponderante, máxime cuando, tras su cono de *depresión*, no se formó otro de *levantamiento* (base del cráneo), sufriendo con ello mayormente el bulbo y las cavidades ventriculares; acción conmotiva que compartieron las arteriolas de la corteza, ya anemiando directamente los centros (isquemia súbita de Fischer), paralizándolos y aún dilacerando la sustancia cerebral, ya actuando indirectamente por decompresión y produciendo a su vez este último efecto, a nivel del cono de *levantamiento*. (Recordemos, de paso, para compararlas con lo ya dicho sobre la conmoción en el artículo anterior, las dos objeciones que, en el texto mencionado, hacen Braquehay y Chipault a esta teoría:

1.^a—El discronismo de aparición (gráficamente demostrable) de la *contusión* del lugar percutido y la del extremo del cono de *levantamiento* verificada, no simultáneamente, sino en el instante que siguió a la depresión;

2.^a—Que las lesiones peribulbares y periprotuberanciales experimentales... no responden a las exactas condiciones clínicas y que se exceden de la *conmoción*, para tornarse en *contusión*.)

En cambio, la tercera teoría que expone el citado texto, de las *lesiones histológicas del tejido nervioso*, patrocinada por Koch y Eilehne y en boga en Alemania, se compadece mejor con el hecho clínico de las conmociones tardías. Estos autores, por medio de pequeños choques, en los que el sacudimiento no fué percibido en la mayoría de los casos, produjeron el síndrome; y en la autopsia de los animales sacrificados no encontraron la menor lesión delataadora, bien que, perfeccionamientos posteriores en las técnicas respectivas, demostraron “microscópicas alteraciones de degeneración en los delicados elementos celulares y las fibras nerviosas.” (Forgue).

Con más eficacia que las anteriores,—repito—esta teoría nos podrá explicar, no sólo la irrupción tardía de la conmoción, sino hasta los efectos contrarios y paradójicos de un mismo hecho—variable únicamente en grado—si fuera cierto que “depende ordinariamente de la duración e intensidad del sacudimiento, que la conmoción sea excitadora o depresiva: la primera producida por vibraciones ligeras y fugaces, la segunda por choques violentos y reiterados”. Aquí también, según la conocida ley de patología general, la excitación antecede a la postración, salvo casos especiales en que sucede lo inverso, la excitación tras la parálisis, como cuando se percute un nervio superficial, el cubital, *vr. gr.*

Todas estas teorías, y las de Fitcher—que da la hipótesis de una parálisis refleja de los vasos del cerebro,—las que acusan al bulbo raquídeo, al origen del pneumogástrico, etc., (aún cuando el animal en experiencia haya sobrevivido muchas horas) se concretan al sistema nervioso central, sin conceder ningún individualismo a los demás tejidos. No toman en cuenta que la conmoción puede estar limitada a un solo segmento del cuerpo, a un miembro, constituyendo ese estado indeciso de *estupor local*, en el que la circulación se modera, se torna obtusa la sensibilidad, los músculos, paréticos, apenas se contraen y la vida, en fin, después de un lapso más o menos prolongado, o bien se restablece *ad integrum*, o cede su puesto al esfacelo. Ni aún los experimentadores, con sus inútiles crueldades de vivisección, han logrado ilustrarnos sobre el “porqué y el cómo, qué órgano o aparato ha suspendido primero su acción”, saliendo todos de la dificultad invocando el *síncope*—ese Clavileño de la Medicina—cuando apremian las respuestas; terminando por no obsequiarnos con el más leve bosquejo de las diversas etapas que precedieron a la muerte de sus animales en experiencia.

Menté; arriba: Conmoción de las vísceras, conmoción de los huesos, de la sangre.... Ya en 1813, escribía Delpech: “Fenómenos generales, muy variados y graves, suceden a las heridas por arma de fuego, por los grandes proyectiles de guerra; la forma atáxica de los accesos designa suficientemente el sistema nervioso como el asiento principal de los efectos de la sacudida *que sufre todo el cuerpo*.” La Comisión de sabios que redactó el Diccionario francés a que ya he aludido, comenta: “Reemplacemos *sacudida total* por *conmoción de la sangre*, y tendremos la hipótesis más reciente de Chasaignac.”

Basta el criterio para que yo, sustentando idéntica opinión, pero desvinculándome del sentir de dicha Comisión—que después adopta Forgue—no tilde, como lo hacen ellos, de pueril e insignificante la experiencia de Gama, a base de la cual Littré cimentó su teoría. Brevemente, en esto consiste: En un matraz de vi-

drio, lleno de gelatina y atravesado por un retículo de hilos teñidos éstos se desplazan cuando se percute el recipiente” (Tomado de Forgue).

El cuerpo humano, con la inmensa cantidad de líquido que contiene (85%, Bezold) ¿por qué no podrá asimilarse a un *coluido*, cuyas partículas en suspensión se conservan en determinado *equilibrio estático* (con relación a los agentes cósmicos) ¿No podrá ser posible que una violencia exterior, sin necesidad de ser muy intensa y, *a fortiori*, si lo es, produzca determinada perturbación molecular, vibratoria o no, que trastorne el dinamismo funcional de la parte afecta, produciendo, ya el estupor local, ya fenómenos excitadores, sin que ni en unos ni en otros intervenga el forzoso reflejo que supone la participación del sistema nervioso central? ¿No es verosímil concebir que, cuando nuevamente se restablece este antiguo e inestimable equilibrio, propio de la vida, cese el efecto y desaparezca la conmoción? Los que le suponen un mecanismo exclusivamente nervioso y central ¿de qué modo más plausible delucidar este tardío despertar a la vida? ¿Qué *abstractum* anatómico confieren al síncope con que la explican? ¿Cómo comparan estos fenómenos generales con los hechos clínicos de síncope y estupor local? Afirmar que “la sacudida de una parte o la totalidad de un órgano, de una región, de un sistema, puede suspender, alterar y aún abolir para siempre sus funciones locales generales, sin producir, no obstante, desórdenes en las partes sacudidas, “es simplemente proponer el problema, pero no resolverlo.”

¿De qué otro modo, fuera de la moderna teoría de *conmoción de la sangre* de Chasaignac—y por extensión, de todos los líquidos orgánicos, *coloides*—pueden explicarnos que una sacudida de la sustancia cerebral, sin dejar huellas, ni histológicas a veces, sea capaz de producir la muerte y, lo más extraño aún, de permitir que la vida se restablezca al cabo de cierto tiempo? ¿Qué es, en definitiva, la inhibición?

“Cuando montamos un caballo al trote, cuando viajamos en ferrocarril, cuando penetramos en un taller donde grandes máquinas están en movimiento, experimentamos sensaciones más o menos desagradables, evidentemente debidas a las sensaciones comunicadas, a las sacudidas impresas a nuestros órganos; instintivamente tomamos, para evitar o aminorar estas sensaciones, diversas precauciones que tienen por objeto descomponer el movimiento o atenuar la vibración”. ¿Será forzoso suponer aquí también un reflejo emanado del cerebro? Y, en caso afirmativo, ¿por qué no pudo emanar del cerebelo, del bulbo, de la protuberancia, de la médula o del simpático—pero especialmente de la médula o del c-

rebelo, donde están los centros del automatismo, del equilibrio y de la locomoción?

No pretendo negar al sistema nervioso la importancia que le corresponde; sino simplemente establecer que, atribuyéndoles participación a los demás tejidos, se hacen más comprensibles diversos hechos, como son: los efectos excitadores o enervantes de las trepidaciones, según sea la intensidad o duración del traumatismo; la patogenia de la inhibición y el síncope, pues, cuando solamente se nos dice que son “un trastorno del dinamismo funcional del cerebro” no se hace sino incurrir en una nueva petición de principio, en proponer el problema sin resolver. Con esta hipótesis, nos explicaríamos la estrecha relación que debe existir entre el estupor o síncope local y la conmoción general, tal como existe otra entre la neurastenia local, la *cenestesia* y la neurosis de aquel nombre. Finalmente, esta teoría—que involucra la patogenia de la inhibición y del síncope—nos daría cuenta del porqué de las conmociones mortales y del retorno *tardío, pero completo*, a la vida en otras muchas, sin que en su interin mediara una razón plausible.

Aunque ya advertí que desdoblaría este trabajo para dirigirme alternativamente, unas veces a las clases iniciadas en Medicina y otras a las indocumentadas en ella, extraña, empero, que me extienda en tan prolijas especulaciones (al parecer tan poco útiles) sobre la catalepsia y la conmoción, en lo atingente a la muerte repentina. Para las últimas serán no comprendidas, y para las primeras sería redundantes, si me atuviera a la opinión de un joven profesional especializado, que me manifestó que “un médico moderno sería incapaz de confundir los letargos catalépticos y comotivos con la muerte real”, desestimando con ello las premiosas advertencias que hacen un Borsatti, un Pacini, un Brown Séquard, un Timmermann, aparte de los autores que documentan mi tesis, poniéndonos en guardia contra tan falaz equivocación.

En las macabras estadísticas que, a costa de mil dificultades, se ha podido establecer, aparecen estos dos estados con el más inquietante porcentaje, toda vez que la insolación, el golpe de calor, la fulguración, el frío, etc., nos ofrecen una cifra insignificante.

Mas, para que la conmoción pueda adquirir tal preponderancia en dichas estadísticas, es decir, ser tan profunda que simule la muerte y durar tanto que exponga a un sepelio prematuro, será preciso que figure en la categoría de *muy grave o fulminante*, según los tres grados en que la divide Forgue; será necesario que, sin variar ni moderar ninguna de sus manifestaciones, se prolongue hasta el instante definitivo de la suprema separación. Nadie, por lo demás, podrá decir hasta cuánto se podrá retardar este instante. “Aún en los mismos animales se ha observado este fenómeno” (¿la catalepsia o la conmoción?) y su retorno a la vida des-

pués de un lapso mucho mayor que el que señalan nuestras prácticas; “pescando con dinamita, gran número de peces que sobrenadaron a causa de la explosión, volvieron en sí y de nuevo se pusieron a nadar”, después de las veinticuatro horas.

Pregunto a mi empírico: ¿Cuáles son los síntomas principales de la conmoción que va a investigar?: “En los casos graves, el herido cae súbitamente en el coma, con resolución completa; la insensibilidad es absoluta, hay pérdida total del conocimiento, *extraña palidez de la cara*, síncope respiratorio, lentitud notable del pulso, que se hace irregular; las pupilas, ya dilatadas, ya contraídas, las extremidades frías, y relajamiento o paresia de los esfínteres”. (Diccionario Hispano-Americano). ¿Cuántos de estos síntomas no son similares a los de la muerte efectiva ante el deudo indocto o preocupado? Y por el contrario ¿no es posible que pudieran inducir en error al profano, si se trata de un desconocido (encontrado quizás en la vía pública) y del que se ignoran los anamnésticos que lo llevaron a tal estado? Afortunadamente—aunque no siempre—la conmoción no suele persistir sin variante durante el tiempo que se retarda el sepelio. Otras veces, los allegados conocieron las circunstancias que la precedieron; mas, como generalmente, ésta fué consecuencia de un suceso que repercutió visiblemente en todo un vecindario, será más que probable que las autoridades civil y sanitaria intervinieran, no dejando, por lo tanto, abandonado al empírico a sus propios conocimientos.

c) Insolación y Golpe de calor.

Me excedo del objeto que persigo para hacer notar la extrema rareza con que hieren estos azotes en nuestras latitudes y climas. El terrible peligro de las “ondas frías” y “ondas de calor” que intempestivamente afligen los países septentrionales, no amaga la privilegiada zona donde vivimos, si no en primavera perpetua, en un verano muy soportable, al que nacemos acostumbrados. La temperatura máxima de unos 95° Fahrenheit (35° centígrados) que en muchos años no se había alcanzado en Boston (Junio de 1928) y que causó muchas víctimas, no mermaría la salud de un hijo de Retalhuleu o de Zacapa. Jamás anotaremos en los anales mosográficos de nuestro país (hechas las reducciones respectivas) que en un solo día fallezcan de insolación 98 personas (sin contar las bestias de tiro del servicio urbano), como pasara en Nueva York (28 de Julio de 1892) y en París (17 de Agosto del mismo año) segando 5 existencias, en el transcurso de una memorable onda calórica. Jamás podremos tampoco, culpando al golpe de calor, temer esos desastrosos accidentes que se ceban en los coloniales de Algeria, en los soldados ingleses de la India, en Biskra,

etc., y de los que en general, se eximen la Siria y el Pondichery, sin duda por bonancibles condiciones climatéricas y telúricas.

En nuestro país—y en toda Centro América—no ocurren tales azares, bien que se suelen presentar las múltiples causas morbiíficas que, en los países citados, de tan antagónicas condiciones, dan origen a estados tan superponibles entre sí, y tan distintos. no obstante.

Vallin ha demostrado su diversidad de etiología, patogenia, fisiología y anatomía patológicas, que acaso no tienen de común más que sus síntomas. Repitamos su experiencia y la de Ch. Richet. La de este último (*Société de Biologie*, 1886): “Si, en un clima cálido, exponemos al sol, sobre una plancha metálica, un perro provisto de un bozal e incapacitado de proyectar la lengua, de abrir ampliamente el hocico y de luchar contra el exceso de calor—activando su transpiración lingual—éste presentará prontamente graves accidentes; en tanto que otro perro, sin bozal y en idénticas condiciones, permanecerá indemne”. La de Vallin: Colocar una especie de gorro de caucho sobre la cabeza del animal, por cuyo interior circula agua a una temperatura a 45° o 50°. En el perro en que experimentaba, la temperatura central no se elevó sino uno o dos grados; pero el animal presentó trastornos graves de la inervación, acelerándose, moderándose y luego tornándose espasmódica la respiración (Cheyne Stokes). Quitósele el aparato, pero el perro acusó durante dos meses fenómenos cerebelosos de equilibrio y locomoción: su autopsia demostró lesiones meníngeas. “Si hubiera muerto durante o poco después de la experiencia, habría encontrado flácido e inexcitable el corazón (pero no contracturado el ventrículo izquierdo, *leñoso*, como pasa en el golpe de calor) tanto como el diafragma, y las meninges y el encéfalo EN ESTADO DE CONGESTION.” (Lesiones parecidas a las que halló Richet).

Fundándose en estos hechos, Vallin admite que la insolación mata provocando lesiones meníngeas, en tanto que el golpe de calor lo hace elevando en exceso la temperatura del cuerpo; afirmación que corroboran los datos de Mathiew y Urbain, quienes han observado, en este último caso, “que el fenómeno inicial es una actividad más grande de los fenómenos de combustión: las oxidaciones que se producen en los músculos dando por resultado su acidez y la coagulación de la miosina.” “Cuando el calentamiento es gradual—continúa Vallin se producen, antes de esta coagulación transtornos de la inervación y detenimiento del corazón por excitación del pneumogástrico”. Como se ve, estos datos de necropsia no se pueden parangonar con los que suministró la insolación, en la que predominaron las lesiones meníngeas y donde la elevación térmica fué menor.

La insolación—lo dicen los autores—es un accidente que bruscamente hiere al individuo, sin respetar latitud, altitud, clima, edad, raza ni aclimatamiento, y que se hace más inminente cuando el inmigrante paga el “pesado tributo a las tierras cálidas” (miasmas de paludismo, de disentería, de tifoidea, de uncinariasis, etc). Ya estalla bajo plena irradiación solar, cerniéndose sobre soldados en marcha, ya ataca destacamentos en siesta (Algeria); pero “bajo un cielo encapotado”. Sólo el bochorno de la hora lo habrá hecho prever: no las buenas condiciones del individuo.

El golpe de calor, por el contrario, sobreviene en condiciones especiales: no es afección de la intemperie, a cielo abierto, sino accidente de las atmósferas confinadas y saturadas de mil vahos, productos de nuestras fuentes de calor, industriales o domésticas; acumulación de vapor de agua que muy bien puede encontrarse al aire libre, como reputo el caso de los soldados argelinos, atacados en pleno descanso “bajo un cielo nuboso, lleno de humedad.” Se ensaña en determinados oficios (fogoneros, vidrieros, fundidores, herreros, panaderos, etc.,) y muestra predilección por la raza blanca (razón por la cual se sustituyó con raza negra a los maquinistas de navíos que atraviesan el Mar Rojo, cuya temperatura alcanza, en el departamento de máquinas, 69° centígrados). Según los autores que me documentan, tampoco respeta clima ni latitud, ni toma en cuenta el lugar, sino el local. Mas, al decir de L. Collin, se anuncia por ciertos prodromos: los individuos que se salvarán del ataque experimentarán una comezón, *eczema tropical*, (*sarpullido*?) erupciones cutáneas (*gálico beduino o bourbouille*), sequedad de la piel: fenómenos que explicarán el compensativo exceso de eliminación renal: “No podrán retirarse del mingitorio”. Inversamente, los pacientes con estos síntomas que no originaron, están destinados a la muerte. “Diferencia—dice Collin—casi igual a la que existe entre los animales colocados en una estufa seca y los incluidos en una húmeda.”

No podré invocar estos estados como causas de defunción—ni siquiera de muerte aparente al modo como lo hacen Huber y los autores en que se inspira, insinuando con ellos un peligro de inhumación precoz. Los señalo por no apartarme del plan general de su obra, y por la extrañeza que me causa el hecho de que en nuestras latitudes no constituyan la positiva amenaza que ha movido la pluma de dicho autor.

La insolación se presenta con igual insidia en regiones diametralmente opuestas en todos sentidos: lo mismo hiere al atezado ribereño del Ganges como al rubio hijo de las praderas del West End y al hiperbóreo de las márgenes del Hudson. Pero, en los Estados Unidos y en la Nueva Inglaterra me la explico perfectamente: son tan bruscos los cambios de estación; se pasa tan violentamente:

tamente de un riguroso frío a un calor más violento aún que, por decirlo así, en cada uno de estos cambios, con el agravante de las "ondas termométricas", el organismo es sorprendido inerme, sin elementos ni tiempo de adaptarse a las nuevas circunstancias, en una verdadera *minor resistentia*.

Pero, ¿por qué la insolación existe en el Indostán y el Asia Menor y no se presenta en la América tropical (ignoro si en las Antillas), cuyas condiciones de latitud, climatéricas, telúricas, etnográficas, etc., se les parecen tanto, por lo menos, más que las de cualquier país de la zona templada donde azota?

El golpe de calor es otro flagelo que también se encarniza en las comarcas indicadas, y así mismo la próspera naturaleza nos favoreció negándonos *acciesit* a tal contingencia. Más que todo, es un mal artificial, gaje de la civilización, de la mala higiene, efecto del vapor de agua saturando la atmósfera confinada de un local. Doquiera haya un hombre que en tal recinto se acerque, semi-desnudo, ante una hornaza, esta emergencia será posible. Pero ¿por qué no acaece tal entre nosotros? Las máximas temperaturas que se soportan en nuestros climas cálidos, igualarán y aún excederán a los que victiman a los hijos de las latitudes antagónicas citadas. ¿Habrá mayor humedad en el ambiente, o serán menos ventiladas las modernas e inmensas instalaciones fabriles de los Estados Unidos que las, un poco más modestas, de nuestra incipiente industria, al grado que aquellas favorezcan este accidente, y no las nuestras? Y, en lo relativo a la India, ¿será tan tupido el dombo de nubes que oculte al astro rey en las estaciones cálidas y lluviosas para que, en las fraguas del trabajo, sea propiciado así el golpe de calor, como antes lo fué la insolación?

Podría continuar especulando sobre estos asuntos, distanciándome del de mi tesis. Mas, al hacer resaltar estas que concepción anomalías nosográficas, afirmo que entre nosotros ni la insolación, ni el golpe de calor, constituyen un amago de defunción, como sin duda lo serán en otros países, al grado que alarmaron a Huber y a los autores que vitalizan su obra.

- caj D) a) Rigidez;
b) Enfriamiento;
c) Putrefacción inicial.

(Mancha esclerótica de Larger).

Están tan ligadas entre sí la inmovilidad y la rigidez cadavérica, que mucho de lo que ya dije sobre la primera podrá aplicarse a la segunda, tanto más cuanto que ésta, en circunstancias habitua-

les, no podrá aparecer sin que aquella pre-exista; el enfriamiento y la putrefacción inicial les serán consecutivos, mas pudiendo manifestarse aisladamente. No son absolutamente exactos los decires populares: "Rígido y frío como un difunto," "aceptados por una pseudo ciencia. Se han observado cadáveres en plena putrefacción, en *cremacausia*, sin que nunca hayan estado rígidos; otros, igualmente putrefactos, que guardaban una temperatura superior a la del medio ambiente y otros, en fin, en los que la putrefacción se inició sin que antes desapareciera la rigidez. Pero las excepciones confirman la realidad de lo que pasa en el orden natural, y el en que estos fenómenos se suceden: inmovilidad, rigidez, enfriamiento, putrefacción.

Esta última, y la rigidez, son dos signos unidos a otros menos importantes o del dominio de la Oftalmología, en los que se funda la generalidad de autores para asegurar el óbito; opinión de la que discrepan Huber y Gannal, (por lo menos en lo tocante a la rigidez, diagnosticada y comprobada en forma). Uno y otros señalan casos en que jamás se presentó, y el primero nos cita uno en que "era tan característica esta rigidez"—se trataba de una joven histérica—que todo un congreso de médicos lioneses dictaminó su fallecimiento; no logrando salvarla de la tumba sino los ruegos de una hermana, haciendo demorar por unas horas el sepelio y permitiéndole, de este modo, volver a la vida.

El enfriamiento, más trivial como síntoma (envenenamientos hipostenizantes, caquexias...) quizás menos dramático y aparatoso para el profano que desconoce sus causas y no lo sabe investigar ni discernir constituye, para el supuesto cadáver—mayormente si concurre la rigidez contractual—un peligro aún mayor, que lo expone a pagar su tributo a la madre tierra de un modo lúgubremente anticipado.

Tal ocurre también con la putrefacción inicial, ese "odor cadavéricus" *característico*. ¿Existe en tales momentos? ¿No es posible que se le confunda con los abyectos vahos de un cuerpo ya próximo a disgregarse? No es cierto, en modo alguno, "que el olfato reconozca de una manera instintiva este signo misterioso de la muerte"; y lo que Zacchias pone en boca de Herodoto: "Los persas no permitían la inhumación mientras que las aves y los perros no se aproximaran al cadáver para devorarlo, como si el instinto de los animales suministrara el mejor signo de muerte", no es sino una negación de lo que vemos a cada instante: aves de rapiña atisbando a reses moribundas y comenzando su obra cuando ya no se pueden defender. Únicamente los perros fieles, auxiliándole a la muerte y dejándose morir de hambre sobre la sepultura de su amo enterrado vivo, demuestran un instinto muy digno de tomarse en cuenta. La tribu de los *parsis*, en el Indostán,

amaestran perros dedicados exclusivamente a este objeto; y no son sólo estos fieles compañeros del hombre, sino otros animales, los que gozan de esta prodigiosa facultad; y así “el Dr. Bary, médico general del ejército inglés en la India, fué enterrado vivo y desenterrado posteriormente por su orangután.” (Norme, Dr. Chierici).

No será tampoco ese “odor cadavericus”, pero sí la intuición, el presentimiento y otras facultades del alma, las que intervienen cuando una madre, un hijo, una esposa, una amiga se niegan irrazonadamente a aceptar el dictamen de una junta de médicos sobre que su deudo ha muerto, exigiendo el supremo convencimiento de la putrefacción, o empleando u obligando a emplear ciertos medios aptos para volverlo a la vida: Exhumaciones horripilantes y casos felices refiere también Huber, que no es ocasión de citar, pero que hacen desear que la medicina moderna se espiritualice un poco, concediendo algún valor a fuerzas y potencias psíquicas que hasta ahora se empieza a estudiar, como lo hacen Richet y Stéphen Chauvet.

Pero, aún concediéndole a estos estados—mayormente a la rigidez—ese valor decisivo que se le atribuye, se tropezará con la dificultad de saberlos constatar y diferenciar de otros que, más o menos burdamente, los pueden aparentar. Ahora bien: si hasta los mismos médicos —y en consulta—han sabido equivocarse y no han sido capaces de diferenciar la rigidez cadavérica de una simple contractura histérica (como tampoco lo pudieron hacer en el caso del Rector PARMÍÑO) ¿qué podrá pedírsele al *paisano* que dictamina sobre una defunción, basándose únicamente en la rigidez, en el enfriamiento, y en ese “mal olor” del presunto cadáver, cuya naturaleza no puede elucidar?

a) Rigidez.

¿A qué es debida la rigidez cadavérica? “Proviene de la coagulación de la grasa por el enfriamiento del cuerpo y de la coagulación de la sangre que ha dejado de vivir.” En la muerte ocurrida por insolación o por golpe de calor, Brücke y Kühne afirman que es precoz, porque coagula asimismo la miosina a 45°, bien que García Solá pretenda lo contrario. De todo lo cual, tomando en cuenta que hay enfermedades y estados que anticipan estas manifestaciones (hipertermias favoreciendo la formación de la miosina o sintonina), se colige que la rigidez puede ser anticipada: en los fallecidos de fatiga, como el soldado de Maratón; en los hiperexcitados (tetánicos, esticninizados, hidrofóbicos, epilépticos, etc); en las mielo—y encefalopatías.

Lo corriente es que, en los cadáveres de los adultos normales, comience la rigidez dos o tres horas después de la defunción (ese período de resolución muscular de muerte intermediaria) y se ex-

tienda a todo el cuerpo en las tres o cuatro siguientes, en este orden: mandíbula inferior, nuca, cara, miembro superior, miembro inferior (Nysten); (Larger, en su Memoria a la Academia de Ciencias de 10 de Marzo de 1862, señala otro orden: mandíbula inferior, miembros abdominales, cuello, miembros torácicos), verificándose la relajación putrefactiva en sentido inverso a como he enumerado estos segmentos corporales. En los miembros paralizados (hemiplegia, enfermedad de Heine-Medin) probablemente no se manifieste nunca; hará falta también, según Maschka, en los envenenamientos por los hongos o por el hidrógeno sulfurado. Durará ordinariamente 88 horas (término medio 48 a 72; promedio difícil de establecer y poco interesante para los fines de este estudio.)

Pero es preciso que sepa el empírico que hay un cúmulo de circunstancias que la anticipan, la retardan y aún la suprimen, en consorcio o no con la putrefacción y el enfriamiento; y que también hay enfermedades y estados mórbidos que la simulan más o menos. Sabiéndolo, aguzará su perspicacia, concentrará mejor sus facultades de observación, concederá mayor seriedad a las pruebas de fallecimiento, utilizándolas concienzudamente; y meditará, en fin, sobre los terribles peligros a que él mismo se halla expuesto: saludable profilaxia que no podrá sino redundar en beneficio de la persona sobre cuya vida o muerte se trata de resolver.

Huber nos habla de *estaciones*, que anticipan o retardan la rigidez, las cuales me relevaré de considerar, por las mismas razones porque también eludí tratar del *frío*. Nos dice también que “es tardía y prolongada en los asfixiados por el óxido de carbono”—detalle que tampoco tomaré en cuenta, toda vez que nuestros sistemas de alumbrado, calefacción y actuales industrias nos hacen gracia de tales percances.

“Será precoz y de corta duración en los viejos e individuos debilitados; precoz igualmente y de larga duración en los vigorosos, fallecidos de muerte arrebatada. (Briand opina lo contrario). En ciertos casos, especialmente a continuación de una muerte *repentina*, causada por una lesión cerebral o cardíaca, la rigidez se produce instantáneamente, y al mismo tiempo, los miembros conservan la postura y el semblante la actitud que tenían en el momento mismo de sobrevenir la muerte”. Este detalle puede aprovecharse para diferenciar la que es efecto de la muerte real de la que es producida por cualquier otra causa: en la primera—salvo las excepciones apuntadas—aparece tardíamente, tres, cuatro, seis horas y más, comenzando por los músculos maseteros y siguiendo la norma ya indicada; en la segunda, aparecerá de golpe, desde el primer instante. Pero habrá otros medios más de distinguir una de otra:

1.º—La rigidez cadavérica, una vez vencida, ya no se restablece (nuestras prácticas de anfiteatro, imponiendo movimientos a un miembro, para movilizar sus segmentos), en tanto que, tratándose de una rigidez vital, si hemos logrado vencerla, se restablece inmediatamente;

2.º—Investigando la excitabilidad electro-muscular, que perdura dos o tres horas después de la muerte (Eppinger), *galvanismo* del cual Nysten mostró todo el partido que se podía obtener; prueba que, desgraciadamente, no está al alcance al no versado en Medicina; y

3.º—Ensayando la prueba del hilo azul y la de Brissemoret, que indicaré oportunamente.

Dice García Solá: “El músculo en contracción vital es transparente, contráctil, elástico y flexible; al paso que hallándose retraído por la rigidez cadavérica, está opaco, no es contráctil ni elástico, y cuando se extiende con fuerza no se contrae de nuevo y queda blando”: de todo lo cual podemos deducir fecundas conclusiones. Quede, no obstante, establecido como regla general: *Rigidez demasiado anticipada, probabilidad de pseudo-muerte*, regla que, análogamente, podremos aplicar al desprendimiento prematuro del gas sulfhídrico por la boca, a la hora de la putrefacción.

Edad, estado hígido y características somáticas del sujeto (alto o bajo, gordo o flaco, etc.—lo que constituye el *segmento antropométrico de Bouchard*), género de muerte, *repentina*, por enfermedad crónica o aguda, por determinadas intoxicaciones convulsionantes, mielopatías, etc.,... tienen una influencia manifiesta, que es preciso que conozca el profano. En los niños que fueron sanos, aparecerá la rigidez hasta las 24 o 36 horas, durando apenas 48; en los fetos a término no se manifestará nunca; será prematura en ciertos envenenamientos (ácidos, estricnina), en los fallecidos por insolación o por el rayo, y será tanto más precoz y de más larga duración cuanto más desarrollados sean los músculos. La eclampsia y el puerperio obrarán de igual manera, y en ambos será igualmente precoz la putrefacción.

En definitiva, se puede establecer el diagnóstico entre la rigidez cadavérica y la patológica:

1.º—En la muerte aparente, es un accidente primitivo, que se manifiesta al mismo tiempo que la pérdida del conocimiento;

2.º—El músculo contracturado es duro, desigual, con predominio de los flexores, y muestra un estado de dureza que no presentan los músculos antagonistas. Si la muerte es real, los músculos que sirven a las acciones contrarias están en el mismo estado.

b) Enfriamiento.

Fenómeno consecutivo a la inmovilidad, rigidez y suspensión de las grandes funciones, el enfriamiento no constituye, *per se*, un signo de defunción. ¡Cuántos estados debilitantes pueden contarlos entre sus síntomas, y cuántos cadáveres, por el contrario, muestran una temperatura superior a la del ambiente! Mas, estamos tan apegados a suponer que un cuerpo orgánico—rígido—irremisiblemente tiene que estar frío, que conceptuamos el enfriamiento como sinónimo de muerte, y no hay razón para que con ello fomentemos una creencia popular. Conjunta y paralelamente a la aparición prematura de la rigidez, lejos de enfriarse a la hora de la muerte, subirá la temperatura del cadáver muchos grados arriba de la normal (43° 2 Eulenberg, y aún 45°) en ciertas enfermedades como el cólera, el tétanos, la asfixia y los envenenamientos que presentan sus caracteres, la escarlatina, el reumatismo (Wunderlich) especialmente en su forma cerebral, la viruela, la tifoidea, las afecciones del sistema nervioso: ataques de epilepsia, estados convulsivos, reblandecimiento cerebral (Huber): efecto que es debido a fenómenos bioquímicos pre y post mortem. (Particularidades sobre las cuales debe estar prevenido el no experimentado).

Mas lo corriente, fuera de lo enumerado, es que el cadáver se enfríe con tanta mayor rapidez cuanto más larga y marcada fué la muerte intermediaria, descendiendo así más pronto al *frío propio de la muerte real*. (20° según las 1,100 observaciones tantométricas de Bouchut). Dé más está decir que las condiciones de humedad y sequedad del ambiente, y otras más, prolijo de enumerar, influyen en su aparición más o menos pronta. Roger (citado por Lombroso) afirma que la temperatura desciende *dos grados* por hora, y “este tiempo varía según el lugar, el género de lesión que ha ocasionado la muerte, la elevación de la temperatura del cuerpo en el momento en que acaece”. Ese sudor frío y viscoso (García Solá) tanto más abundante cuando más larga y dolorosa fué la agonía—efecto de una enfermedad febril o infecciosa—hará que, por la mayor rapidez de evaporación sobre la superficie del tegumento, este enfriamiento sea más pronto (enfermedades crónicas y hemorragias). En cambio, será lento en aparecer en la apoplejía y la asfixia. Por razón similar, el cadáver de un niño se enfriará más brevemente que el de un adulto—por una más rápida irradiación de calórico (merced a lo anterior, comprenderéis por qué me referí anteriormente a esos tristes *ivres-morts* “cuyo cuerpo inerte, faz lívida, sin respiración, sin pulso, absolutamente fríos” (Huber) engaña a la policía, que los conduce a las prisiones en vez de transportarlos *tout de suite* a los hospitales).

“Para apreciar estos detalles, generalmente sólo está *capacitado* el médico; . . . el prudente nunca será precipitado en dar juicio sobre la realidad de la muerte, porque debe saber que personas aparentemente muertas y de nuevo vueltas a la vida, habían pasado por las fases antedichas de inmovilidad, de insensibilidad y de enfriamiento”. (Huber).

Por lo demás, téngase presente que los cadáveres siempre parecen más fríos al tacto de lo que en realidad están.

¿Qué corresponde entonces decir sobre el profano?

c) Putrefacción Inicial.

(*Mancha esclerotical de Larger*).

La putrefacción es el signo decisivo e inconfundible de la muerte. Sepámosla conocer precozmente, y habremos resuelto el gran desideratum. Recordemos los premios establecidos para diagnosticar la defunción: el de P. Manni, obtenido por Bouchut (1837); el de Ourches, que nadie obtuvo; el Dugate, concedido en 1860 al Dr. Maze y, en fin, los dos ruidosos triunfos logrados por el Prof. Severino Icard quien—asimilando la putrefacción a la muerte real—dió en la manera de establecerla anticipadamente, dándonos su SEÑAL DECISIVA, FÁCIL Y POPULAR, que exigía el segundo concurso—desierto.

Me referiré a los signos principales para apreciar la putrefacción que se inicia: las manchas verdes del abdomen, las livideces cadavéricas y el desprendimiento del gas sulfhídrico. Pero antes quiero hacer hincapié en esa “mancha esclerotical de Larger”, “*intermediaria* entre el fenómeno primitivo de la rigidez y los desórdenes de la putrefacción” (Briand), descrita por primera vez en 1833 por Sommer, de Copenhague. No se concibe que, siendo tan tentadores los premios asignados, nadie la tomase en cuenta, constituyendo, como lo constituye, el signo premonitor de la putrefacción. Se disfrazará,—es cierto—bajo las opacidades corneanas; pero esto no será sino un aliciente para que se la investigue con mayor ahínco.

Larger la considera como una *imbibición cadavérica del fondo (?) del ojo*. “Este fenómeno—dice—está caracterizado por la presencia, sobre la esclerótica, de una mancha negruzca”; “poco aparente, después es una mancha más extensa, casi siempre de forma redonda u oval, rara vez triangular (y entonces, la base del triángulo es adyacente a la superficie (circunferencia?) de la córnea”. Aparece *siempre* del lado temporal del ojo (dos o tres casos de excepción); más tarde, otra mancha, menos pronunciada, viene a ocupar el lado nasal; “una vez aparecidas, no tienden sino

a crecer”, a unirse por el borde inferior de la córnea, formando un segmento de elipse: figura que completarán un poco más tarde, reuniéndose por el contorno superior. “Algunas veces las livideces de la piel preceden a esta mancha; más frecuentemente, aparecen con ella, y más frecuentemente aún, no aparecen sino más tarde” (livideces que van acompañadas de hinchamientos de las venas abdominales, por una combinación sulfurada de hematina que se extravasa por trasudación): de donde deduciremos que, aún siendo características de la muerte tales livideces, no se suelen presentar sino después que la putrefacción inicial ha dado sus pruebas, es decir, cuando ya se ha podido recurrir a otros medios de comprobación. La mancha esclerotical “se producirá más rápidamente por una temperatura caliente, en los tísicos, en los niños, en los tifóidicos”. Datos que nunca será enojoso que los retenga en la mente el no iniciado en Medicina.

Thoinot afirma que “la mancha esclerotical es debida al *secamiento* de la esclerótica, que se hace entonces transparente por desecación, a través de la cual se mira la coroides”; lo cual no está en antagonismo con la hipótesis de Larger.

Concediéndole o no voto de calidad al signo anterior, me referiré a los *clásicos* de la putrefacción, ya señalados.

La Academia de los Santos Cosme y Damián de Barcelona, concluyó que: “Antes de aparecer la *putrefacción*, no existe signo alguno, ni conjunto de signos, que baste a dar certeza absoluta del estado cadavérico”. (Excluyamos los signos oculares). Así también lo entendieron el Congreso Internacional de Bruselas y la Academia de Medicina de París, denegando el Premio de Ourches. Igualmente, figura como el “último y definitivo de los ONCE SIGNOS” para la comprobación de la muerte que requiere la Sociedad de Londres (fundada en 1896) para evitar los entierros prematuros; está prevista también en los estatutos de cierta institución que persigue fines idénticos, presidida por una dama sueca, en los Estados Unidos, desde antes de la guerra, y que imitó una similar, dirigida por el Prof. Alex Wilder, de Nueva York, en Massachussets.

Estatuye Franck: “Siendo la putrefacción el signo cierto de la muerte, se sigue que hay esperanza de reviviscencia hasta que se haya manifestado dicho fenómeno”. Y en otra parte: “El único medio científico de establecer con certeza el diagnóstico de la muerte real, es la *putrefacción*.”

In illo tempore, y aún antes de los días de Icard, cuando no había avanzado *tanto* la Tanatología, se era más prudente para asegurar un óbito, haciéndolo “con gran sentido práctico para los muertos, pero cuidando poco del peligro para los vivos”. (Huber). Los judíos guardaban tres días sus cadáveres, cuatro los

dos: Rayos X., fuentes eléctricas, ingredientes costosos y técnicas más o menos complicadas (imposibles de practicarse *en villa*), dividiré estos signos y pruebas: los que están al alcance del profano en un hogar sin elementos; los que necesitan la actuación del médico; los que exigen, además, proceder en gabinetes especiales.

Existen signos secundarios de la muerte, que nadie investiga; medios múltiples de comprobación a que se podría y se debe recurrir, a los que nadie ocurre; hay en fin, numerosas tentativas de reanimación que se podría ensayar, antes de declarar el triunfo de la muerte, y que tampoco nadie emplea.

La constatación de una sola de estas tres afirmaciones palmarias, basta para explicar la génesis de esta tesis y cohonestar los loables propósitos que la inspiraron.

a) Signos accesorios de defunción.

α.—“Facies cadavérica (hipocrática): frente arrugada, ojos hundidos, nariz arrugada, con orla negruzca; sienes deprimidas, vacías y arrugadas; orejas retraídas hacia arriba, labios colgantes, pómulos hundidos, mentón arrugado y reseco; piel seca, lívida y plomiza; pelo de la nariz y orejas sembrado por un polvillo blanquecino, semblante haciendo *visajes* y desfigurado”. (Thoinot). Este signo se podrá presentar en las dolencias largas y debilitantes, sin que el paciente muera; y en cambio, puede faltar en una enfermedad aguda, en una muerte trágica o repentina, que sorprenda al sujeto en pleno vigor.

β.—El cadáver aparenta estirarse y empequeñecerse al mismo tiempo: se deprime el pecho, se elevan los hombros, y el cuello y la barba se hunden entre ambos. Las uñas, pálidas, simulan alargarse.

γ.—Pérdida de la transparencia de las manos y de los dedos, de las orejas y alas de la nariz. Vistos al trasluz, ofrecen una coloración amarillenta, y no la rosada propia de la vida.

δ.—Coloración amarilla de la palma de las manos y de la planta de los pies. (Aspecto que puede confundirse con el signo de Filippowicz).

ε.—Flexión de la primera falange del pulgar sobre el meñique; pronación de los miembros superiores y rotación externa de los inferiores, en extensión.

ζ.—Dilatación de los esfínteres: ano y expulsión de materia; rodete anal de la mucosa ectropionada; incontinencia de orina y a veces presencia de semen en la uretra; caída de la mandíbula inferior (Thoinot la asimila a un esfínter); abertura de los ojos, de la boca y dilatación pupilar, por la misma razón: “Ninguna persona muere con la boca y los ojos cerrados” (Camper).

η.—Emigración de parásitos, *pediculi capitis y pubis*, y de gusanos intestinales que se dirigen a regiones donde no se les encuentra de costumbre. (Boca, fosas nasales, perineo).

θ.—Pérdida de la transparencia de la córnea, con formación de una tetilla *glerosa (glairreuse)*, perdiendo su brillo el ojo y hundiéndose los globos oculares. (Falta de tensión).

ι.—Si existe algún exutorio en el tegumento (escaras, úlceras, llagas, etc.), desde horas antes de morir se seca o casi se suprime el exudado. Thoinot atribuye a la deshidratación la pérdida de peso, el apergaminamiento cutáneo, la desecación de los mucosas y los indicados fenómenos oculares y tegumentarios. “Toda zona cutánea, excoriada por roce o compresión, ya inmediatamente antes de la muerte, ya en el cadáver, se apergamina por falta de riego sanguíneo, apareciendo como una placa amarillenta, seca, espesa y recorrida por vascularizaciones de tinte más sombrío.

κ.—Las livideces cadavéricas que aparecen en los puntos declives (o sea en la espalda y región glútea) en el decúbito dorsal habitual de los cadáveres. Cualquier otra manifestación “livida” será sospechosa.

b) Pruebas-Signos de defunción.

I. Los que pueden investigarse en casa, por el profano.

α.—PRUEBA DE LA LIGADURA. (Magnus). Un simple cordoncito se anuda al rededor de un dedo, del cual la extremidad se hincha y se vuelve azul si el individuo está vivo; coloración que desaparece al quitarse la ligadura. En el cadáver no ocurrirá lo mismo: la huella del cordón permanece pálida, en tanto que en el viviente recobró su coloración natural. Si se trata de un obrero de gruesa epidermis digital, tal prueba se podrá investigar en el lóbulo de la oreja.

β.—PROCEDIMIENTO DEL DR. OTT (de Lillebonne). Consiste en aproximar a la cara interna del antebrazo del muerto una bujía encendida. Al cabo de algunos instantes, se produce una hinchazón de la piel, que termina por estallar con ruido perceptible. Si se examina el lugar donde ha sido realizada la experiencia, se verá que la epidermis ha adquirido el aspecto del pergamino; pero no aparecerá ninguna serosidad, ningún líquido. Esto será el índice del fallecimiento. Si la experiencia se hubiese realizado sobre un ser viviente, habríase formado una ampolla con líquido; sobre el cadáver, sólo se obtiene una ampolla de aire que termina por reventar. (Diario de Yucatán, 6 de febrero de 1927.)

γ.—SIGNO DE DUNCAN. Parecido al anterior, y experimentado también por Christison, Lepret, etc., está destinado a demostrar la ausencia de la sensibilidad y ciertas lesiones características, tales cuales la flictena serosa y la areola inflamatoria, al

rededor de los tejidos quemados. "Se emplea el agua hirviendo, el martillo de Mayor, el hierro rojo, la llama de una bujía, etc., aplicando el calórico, sea inmediatamente, sea a distancia. Mediante la primera, (en el cadáver) la epidermis se crispa, amarillea, se seca y deja al desnudo el dermis de color blanco, que bien pronto se seca y amarillea a su vez, formando la impresión apergamina-da". No ocurre lo mismo en el vivo, en el que sobrevendrían fenómenos inflamatorios.

δ.—CALORICO A DISTANCIA. El Dr. Martenot, de Cordone, ha propuesto una prueba que designa bajo el nombre de FLICTENA EXPLOSIBLE: "Se coloca, a uno y medio centímetros de la punta de un dedo o de cualquier artejo, la llama de una bujía: se ve poco a poco amarillear la epidermis, crispase, después elevarse *de golpe* bajo forma de una flictena, que estalla con ruido seco; puede ser tan fuerte la explosión que apague la bujía."

ε.—SIGNO DE FOEDORE. Aplicación de ventosas escarificadas para reconocer la circulación capilar. Si las ventosas producen sangre y se llenan los vasos recipientes, es una prueba de que la vida no se ha apagado, y que existe en los capilares un resto de movimiento. Es en el epigastrio o en su vecindad, donde el calor se conserva más largo tiempo, el lugar en que se debe aplicar la ventosa. (Lavasseur, 1867).

ζ.—DESECAMIENTO DE LAS EXCORIACIONES. La piel se deseca prontamente sobre los bordes de una excoriación: entre la 6.^a y 12.^a hora, a lo más, la placa apergamina-da se completa. La piel es friccionada durante uno a dos minutos, con un cepillo, un trapo áspero, el dorso de un cuchillo, etc. "Si la circulación capilar existe todavía, la reacción provoca aflujo de sangre, con rubicundez e hinchamiento de los tejidos. Si ha cesado, la evaporación produce una desecación rápida." "Signo indicado en el Concurso para el Premio de Aurches, propuesto como pudiendo ser reconocido por simples ciudadanos, la Comisión, por el órgano de M. Devergie, le concede una gran importancia."

η.—PRUEBA DEL HILO AZUL. Leo, en el diario de Mérida ya citado, el descubrimiento de un químico inglés (Inglaterra es el país que ha tomado mayores precauciones contra el peligro de las inhumaciones precipitadas): "Se trata, nada más, que de hacer pasar por una parte del cuerpo un hilo de color azul. La sangre humana, mientras vivimos, es alcalina; cuando fallecemos, tórnase ácida. Si, en realidad, la muerte se ha producido, el hilo se pondrá de color amarillo; de lo contrario, quedará azul". (Como se verá, esta prueba no es sino una aplicación casera de los principios en que se basan Brissemoret y Ambard para establecer la suya, que expondré más adelante). Sólo ofrece una causa de

error: los muertos por fatiga, que acumulan miosina—miosina que engendra compuestos lácticos—y tornaría amarillo el hilo, tal vez sin que el óbito fuese cierto.

θ.—PRUEBA DE LABORDE. (1870). Se funda en la falta de oxidación de las agujas de acero introducidas en los tejidos. "Cuando la aguja se retira limpia y sin oxidación, desde la media hora que sigue a la muerte en adelante,—dice Laborde no perdiendo en nada su brillo metálico, cabe afirmar la realidad de la muerte."

ι.—DINAMOSCOPIA DE COLONGUES. Es, cuando menos, un signo ingenioso, fundándose en el siguiente hecho: "Cuando se introduce en el oído el dedo de un sujeto vivo, se percibe un ruido continuo, y semejante a un zumbido, "ruido rotatorio de Colongues," que no se oye jamás cuando se introdujo, en cambio, un pedazo de madera o cualquier cuerpo inerte". Auscultando las diferentes partes del cuerpo, y principalmente las extremidades de los dedos del cadáver, valiéndose o no del dinamoscopio de Colongues, se observa que el ruido, perceptible aún al poco rato de la muerte, va debilitándose hasta llegar a la extinción completa, que ocurre de las 10 a las 16 horas. El zumbido muscular, vital no se percibe únicamente en los dedos, sino en todas las regiones musculares y cutáneas. Su desaparición comienza por las manos y los pies, siguiendo luego los antebrazos y brazos, piernas y muslos, abdomen y pecho, quedando, como último punto de supervivencia, las regiones precordial y epigástrica". (Thoinot).

κ.—PRUEBA DEL VASO DE AGUA. (Propuesta por Winslow y Thierry). Cuando se coloca sobre la región epigástrica (boca del estómago) un vaso lleno de agua, el menor movimiento respiratorio hace que esta agua se agite, más o menos perceptiblemente.

λ.—PRUEBA DEL ESPEJO. Es muy conocida: se empuja un espejo colocado sobre la boca, si aún hay aliento, es decir, vida. Hay que tener cuidado que esté muy seco y a la temperatura ambiente.

μ.—MOTA DE ALGODÓN. Filamentos muy tenues de algodón, a poca distancia de las fosas nasales y la boca, se agitan si aún hay respiración.

ν.—PRUEBA DEL ACETATO DE PLOMO DEL PROFESOR SEVERINO ICARD. Con el fin de hacer resaltar su capitalísima importancia, la he dejado de último, para que, en adelante, empleándola, no sean, como son hoy, "nuestros sepelios otros tantos casos justiciables de imprudencia temeraria y ciega" (Rosa de Luna).

ξ.—Cuando el escepticismo de la ciencia hubo demostrado que, por decirlo así, casi el único signo absoluto de la muerte es la pu-

treificación, todos los empeños tendieron a saberla diagnosticar de un modo precoz, gloria que le cupo a Icard, quien redactó además, en el Progress Médical, un *Reglamento que debe ser rigurosamente implantado en todo país culto*, por el cual, en adelante, *todo Ayuntamiento o juzgado municipal, deberá tener expedida, a disposición de las familias, o éstas prepararse por sí mismas, una mezcla en caliente de 10 gramos de acetato neutro de plomo (azúcar de Saturno) y 20 de agua destilada muy pura.*

Sepamos en qué consiste, y recordemos el desprendimiento prematuro (exclusivamente en las muertes reales) de hidrógeno sulfurado y amoniaco por la mucosa del árbol pulmonar, anterior al de cualquier otra mucosa o al del tegumento, y que se inicia infaliblemente entre la 6.^a y 12.^a hora de la defunción—cualquiera que haya sido el género de ésta. Ahora bien: empleando como reactivo una sal de plomo, el azúcar de Saturno, *incolora*, e imbibiendo con ella un algodón o papel secante que colocamos sobre la boca o las fosas nasales del finado, este algodón o papel quedarán como estaban, si el óbito no es cierto. Mas, si la muerte es real, y hay un desprendimiento de sulfhidrato de amoniaco y de ácido sulfhídrico, se producirá una doble descomposición, se formará sulfuro de plomo, *negro*, que, al salir al ambiente, colorará a aquellos. En el papel secante grabamos una frase, “Yo estoy muerto”, por ejemplo, y lo depositamos uno sobre una ventana de la nariz; otro sobre el vientre. La frase, invisible al principio, aparece en negros caracteres antes de las doce horas, (primero la de la nariz). “Cómo no creer, en efecto, el paladino testimonio del muerto, cuando, gracias a la magia blanca de la ciencia, lo escribe el cuitado sobre el papel reactivo, con el sulfhídrico de su aliento cadavérico? El propio papel es, por tanto, la más leal de las certificaciones facultativas, y sin su presentación al Juzgado es, desde hoy, sépase bien, crimen de lesa humanidad el sepultar al desgraciado, condenándole, quizá por ignorancia, al más horrendo de los suplicios”. (Roso de Luna).

“Hay que matar a la muerte”—dijo algún pensador. Y generalizándola y haciéndola obligatoria, esta prueba de valor absoluto y decisivo, antes de autorizar una inhumación, cesarían para siempre las aprensiones y mórbidos terrores que atormentaron la imaginación de hombres como Winslow, Meyerbeer, y tantos otros.

Como en este trabajo sólo me refiero a la actitud que debe asumir un empírico en presencia de un supuesto cadáver, sobra advertir que las pruebas que siguen, sólo posibles al médico (unas a domicilio, otras en gabinetes adecuados, y las restantes, en fin, requiriendo conocimientos especiales), exceden los límites que me he trazado, mentándolos únicamente a fuer de ser lo más completo posible.

II. Pruebas-Signos comprobados por el médico, *a domicilio.*

α.—PRUEBA DE LA ATROPINA.—Falta de dilatación pupilar con ese colirio.

β.—PARO DEL CORAZÓN, debidamente constatado, durante siete segundos.

γ.—PRUEBA DE LA FLUORESCEINA DE ICARD. “Consiste en inyectar algunos centímetros cúbicos de una solución alcalina de esta substancia colorante, perfectamente inofensiva, pero de una potencia tal que, basta un gramo para colorar 45,000 litros de agua. Si el individuo no está muerto, la substancia colorante será llevada a todo el cuerpo por la circulación; la piel y las mucosas tomarán un cierto tinte amarillo, y el cuerpo todo del muerto aparente se pondrá amarillento, con los ojos color esmeralda. Si la muerte es efectiva, la inyección quedará localizada y no se observará coloración alguna ni en los ojos ni en la piel.” (Diario citado). La solución empleada es la siguiente (Vibert).

Fluoresceína.	10 gramos
Carbonato de sodio.	15 gramos
Agua destilada.	50 centímetros cúbicos

de los que se inyectarán 5 o 6 c. c. intramuscular o endovenosamente. Mas he aquí el reproche que le asesta Huber: “Por lo que se refiere a estas inyecciones (fluoresceína), yoduros, sales de litio y otras substancias volátiles, como medio de descubrir la circulación de la sangre o viceversa, el paro del corazón, no creo necesario hacer hincapié; porque, además de otras dificultades prácticas, aunque por ellas se comprobase que ha cesado la circulación —y esto ya es difícil—todavía está pendiente la cuestión fundamental, a saber: que hasta el presente no se ha demostrado cuántas horas puede permanecer en estado de vida latente una persona, después que la circulación ha quedado suspendida.”

δ.—PRUEBA DE MONTIVEROLI. (*Novena* de las exigidas en los Estatutos de la London Premature Burial Society). Ausencia de rubicundez de la piel, después de las inyecciones subcutáneas de amoniaco.

ε.—SIGNO DE DONNÉ. “Se funda en que la parte líquida de la sangre que permanece en los vasos después de la muerte, es incapaz de coagularse. Para asegurarse de la muerte, bastará, pues, abrir una vena, recoger la sangre en un vidrio de reloj y observar si hay o no coagulación”. (Thoinot).

ζ.—PRUEBA DE LA ARTERIOTOMIA. Discutida ya en la página 27.

η.—CARDIOPUNTURA (ACIDOPEYRÁSTICA del Dic. de Garnier y Delamare). Discutida en las mismas páginas, “es

una especie de registro automático de la ausencia de latidos del corazón. Consiste en hundir en el corazón, a través de la pared torácica, una aguja de acero o de platino: si su extremidad libre permanece inmóvil, es que el corazón ha cesado de latir" (Thoinot).

0.—PRUEBA DE BRISSEMORET Y AMBARD. "Presentan las vísceras, durante la vida, una reacción alcalina, fácilmente apreciable al tornasol; reacción que después de la muerte y bajo la influencia de la autólisis celular, se trueca rápidamente en ácida, siendo intensa una hora después de la muerte. Los referidos autores han propuesto utilizar esta reacción como signo de la muerte, puncionando, después de algunas horas de ésta, el hígado o el bazo, y aspirando con jeringa. La pulpa recogida se examina en un cuadrilátero de papel de tornasol azul; sólo cuando la muerte es real, el líquido difundido tiene reacción ácida—(láctica)—y deja una mancha en la superficie inferior (¿reverso del papel?) del papel reactivo". (Thoinot).

III.—Pruebas-Signos comprobados por el médico, en *gabinetes especiales*.

α.—MASAJE DEL CORAZÓN. "Consiste en abrir el tórax y, tomando el corazón con la mano, apretarlo según el propio movimiento rítmico, hasta hacerlo funcionar" (Huber). Empleado quizás únicamente como un *pis aller* en desesperados accidentes anestésicos, "hasta hoy ha sido muy usado: tal vez, sin embargo, sea la práctica del porvenir." (Autor citado). No será de recomendarse sino a cirujanos peritísimos. No como una prueba de defunción sino como una tentativa de reanimación se le ha empleado.

β.—NECRO-RADIOGRAFÍA DE VAILLANT. Hace veintidós años, el Prof. Vaillant, (radiólogo) en una sensacional comunicación a la Academia de Ciencias de París, estableció que "tanto la cabeza como el tórax de un muerto, no difieren de los de un ser viviente. En cambio, el abdomen proporciona indicaciones realmente interesantes. El estómago, el hígado y los intestinos, aparecen con una nitidez que no se logra en un vivo, y esa nitidez aumenta a medida que transcurre el tiempo del fallecimiento." (Diario yucateco ya citado).

γ.—GALVANISMO. Nysten ha demostrado que, "cuando la pila de Volta no produce ya efectos sobre la contractilidad muscular, puede afirmarse que la vida está extinguida" (Briand). "Bien considerado todo, el experimento por el galvanismo es lo más seguro de todo; los cadáveres *no debería jamás* ser enterrados sino después de haber sido sometidos a este experimento" (Marc, citado por Briand).

IV.—Pruebas-Signos del dominio de la *Oftalmología*.

α.—Decoloración de la red capilar de la coroides.

β.—Desaparición de la papila del nervio óptico.

γ.—Interrupción de la columna sanguínea en las venas de la retina.

c) Métodos de reanimación.

Ha demostrado el Dr. Piorry, de la Academia de Medicina de París, que es la asfixia la que pone término al mayor número de enfermedades, y que es raro que un individuo fallezca de la que sufre; afirmación que concuerda con la que, por su parte, nos hace Goubert: "De todas las enfermedades en las cuales puede tener lugar la resurrección, la asfixia, bajo sus diversas formas, es la más frecuente". Luego—análogamente a lo que pasa con la terapia de ciertas intoxicaciones, en tanto se elimina el tóxico—"si se pudiese impedir este accidente (la asfixia) y dejar que la enfermedad siguiese su curso, en gran número de casos se terminaría por la curación". (Huber).

Recordemos los consejos de los sacerdotes misioneros indostanos, La Place, Guigou, etc.; evoquemos el hermoso aforismo de Leard: "Más vale tratar a un muerto como si estuviese vivo que, viceversa, exponerse a tratar a un vivo como si estuviese muerto"; tengamos presentes las instituciones que da la Iglesia a sus párrocos, de administrar los sacramentos al "cadáver", de confesarlo y exhortarlo *condicionalmente*, antes de que hayan transcurrido dos horas del momento llamado comúnmente "muerte", considerando como a un vivo, que oye y entiende y aún puede revelar su vida por insignificantes contracciones que percibe la mano que estrecha la suya mientras se le habla; tomemos en cuenta, además, los trabajos de d'Halluin, sobre el paro y resurrección del corazón, *le dernier mot* de la ciencia a la hora presente, cuando nos dice que: "Los centros nerviosos son más resistentes de lo que uno puede suponer, y son susceptibles de volver a la vida aún después de un estado de muerte aparente", y compulsemos este criterio con la opinión de Franck, que cree en una "siempre posible reviviscencia, mientras no se haya manifestado la putrefacción". Con todo ello, comprenderemos la altísima misión que le está reservada a la Medicina del mañana—Medicina resurreccionista que no se declara vencida antes que una innovadora Iglesia que marcha a compás con la Biología—y que perseverará en sus esfuerzos, aún más allá de las *dos horas* que prescribe aquella, dándole una presa a la muerte.

La muerte aparente... ¡Cuántas monografías podían haberse escrito, desde distintos puntos de vista: médico, legal, médico-legal, sociológico, estadístico, histórico, y aún hagiográfico! Autoridades médicas hablan de ella como de un hecho demostrado, y a los sacerdotes,—insisto—"se les advierte el deber de administrar *precautoriamente* los sacramentos, porque, los que

hasta ahora eran tomados por muertos, no son más que moribundos, los cuales, aunque al parecer privados de sentidos, conservan muchas veces el uso de la razón y del oído." (Huber).

¿Por qué el médico-sacerdote, ante el desconcierto de una familia, ha de lanzar el impotente "*Non possumus*," el desesperado "*Lasciate ogni speranza*," frente a un *cadáver*, que exhaló su postrer aliento, y frente también a su coadyuvador el sacerdote, quien, por su parte, permanece ecuánime a la cabecera, distribuyendo consuelos por doquiera, tanto acallando a los que claman como impetrando al que quizás ya calló para siempre?...

¿Por qué esa cobarde defección, saliendo *a furto* por las escaleras de servicio, si pudo salir por la puerta principal? ¿Dónde termina su deber? No me corresponde este asunto, y únicamente lo subrayo, recalcando, con Huber y muy discretos autores, que "urge introducir reformas en la formación de los jóvenes de la carrera de Medicina, porque estos novísimos asuntos son bastante desconocidos de la mayoría de los médicos actuales, por no ser tratados en las aulas."

Como quiera que, según los estudios de Bichat, Bouchut, d'Halluin, etc., el fenómeno de la muerte sobreviene por suspensión de alguna de las tres grandes funciones,—aislada o combinadamente—se sigue que todo esfuerzo de reanimación deberá dirigirse a ellas. Y como están compenetradas íntimamente, no hará distinciones en los diversos medios a que se debe recurrir. Expondré tales procedimientos, del más sencillo al más complicado, recalcando que todos ellos, uno tras otro, se deben emplear; y que será tanto más probable y más pronto el éxito, cuanto en mayor número y de consuno se les emplee.

La London Society of Premature Burial, el Reglamento de Policía de Baviera (Tebb y Vollum), la Sociedad fundada en Boston, etc., dan estas reglas:

1ª Abrir las ventanas y calentar la habitación (innecesario entre nosotros).—2ª Practicar la respiración artificial.—3ª Aplicar sinapismos en el pecho y extremidades.—4ª Hacer fricciones con un cepillo suave, con un pedazo de bayeta, empapado en vinagre o alcohol alcanforado o con un paño caliente.—5ª Excitar cosquilleo en la garganta con una pluma de ave.—6ª Hacer oler amoníaco.—7ª Echar en la boca del paciente de vez en cuando algunas gotas de esencia; yo añadiré: 8ª Insistir en todos estos medios hasta que llegue el médico o se haya perdido toda esperanza. "Estas prácticas no son exclusivas: no pudiendo causar daño, quedan recomendadas todas las que ha consagrado el uso popular." (Huber.) Pero he aquí otras recopiladas por Geniesse:

a) Instilar debajo de los párpados algunas gotas de éter, y aún mejor, introducir una bolita de algodón empapada en él.

"Tiene dos efectos preciosos: descubrir la circulación, aún mínima, por el *enrojecimiento* del ojo, y excitar intensamente los centros nerviosos." (Como se ve, constituye también una prueba de defunción cuando falta este enrojecimiento);

b) Pellizcar el pezón, que es sensibilísimo, o molestarlo con el aparato de Jossat. (En el hombre serían el escroto o el glande);

c) Usar el martillo de Mayor, y colocarlo sobre el estómago con aplicaciones repetidas, pero cortas, para evitar lesiones profundas;

d) Hacer cosquillas en el interior de la nariz con una pluma pincelito;

e) Recurrir al procedimiento, casi desconocido, propuesto por el Pbro. Debreyne: comprimir fuertemente la región del estómago. "Los enfermos—dice—abren en seguida los ojos, oyen y hablan." (Se refiere a casos de síncope, histeria y epilepsia). Tal procedimiento se lo transmitió a Geniesse un médico de París, y se abstiene de pronunciarse sobre su valor, por no haberlo aún experimentado suficientemente;

f) Tracciones linguales de Laborde. Las tracciones rítmicas de la lengua son las más eficaces de todas las tentativas de salvamento, y a ellas se deberá recurrir desde el primer momento. Su técnica se lee en los carteles de Instrucciones contra los accidentes de mar, colocados en los muelles de los grandes puertos franceses, en los puentes del Sena, del Támesis y el Rhin. No constituyen exclusivamente un método utilizable en los casos de asfixia por submersión, sino también en todas sus variedades (estrangulación, insolación, letargia, catalepsia, intoxicaciones varias, fulguración, muerte aparente y apnea de los recién nacidos, etc.) Recordemos los magníficos resultados que da este método en los síncope de la anestesia: "*prácticamente*, se hace poco uso de él: lo cual es una de tantas aberraciones, tan frecuentes como incomprensibles." (Huber). Decía Laborde, en 30 de Enero de 1900, ante la Academia de Medicina de París: "La aplicación sistemática de este procedimiento no constituye solamente el medio más poderoso y eficaz de reanimación de la función cardio-respiratoria, y por consiguiente, de la vida, en todos los casos de asfixia y muerte aparente, sino que, además, cuando la acción es negativa, esto es, cuando resulta infructuoso su empleo durante un período medio de *tres horas* o más, constituye un signo cierto de muerte real." Su segunda afirmación ha sido enteramente combatida, lo que no impide que la primera tenga un valor indiscutible.

Empleándolo, en el espacio de cuatro años, la Directora de la Casa de Maternidad de Londres resucitó setentidós criaturas; el Dr. Marimón, a una niña, muerta de tos sofocante; y otros dos médicos a dos niños, fallecidos de tos espasmódica y coqueluche.

Su autor afirma que su método le ha dado resultados felices "en todos los casos en donde habían fracasado los procedimientos ordinarios, incluso la insuflación."

Un empleado de aduanas, en Carentan, en un cuarto de hora reanimó a un ahogado *blanco*, que permaneció veinte minutos bajo el agua, mediante tracciones linguales, conforme prevenían las instrucciones del cartel de salvamento: sin duda tendría presente el aforismo del Dr. Sorre f.: "*Obrad con presteza, perseverad, y sobre todo, tiradle de la lengua.*" Exitos análogos, en casos idénticos y en el mismo tiempo, ha logrado el Dr. Fourés.

Asimismo, contra las descargas eléctricas, las tracciones son la primera de las prácticas que ordenan las Centrales de electricidad (Electrical Review), e igual consejo da Lullin, en el *Journal de Gêneve*, (2 Nov. 1893), sobre las corrientes eléctricas aéreas y subterráneas.

Este método ha dado resultados sorprendentes en casos de estrangulación (suicidios, aún después de algunas horas; en accidentes de insolación, de catalepsia, del *plomo* de los poceros, y se le recomienda, en fin, en todas las crisis de los centros nerviosos que presiden la respiración y la circulación (angina de pecho, enfermedades cardio-pulmonares, intoxicaciones, etc.)

Su práctica, por lo demás, es sencilla, no requiere ningún instrumental, lo que lo hace precioso en cualquier desesperada emergencia. He aquí en qué consiste esta técnica "de las tracciones reiteradas y rítmicas de la lengua," que—al decir del Dr. Coutenot—"debe ser conocida de todo el mundo:" método que "gracias a su facilidad y eficacia, debe ser enseñado como el primero y más poderoso medio de resurrección en el caso de muerte aparente." (Dr. Martin).

"Cójase fuertemente—dice Laborde—el cuerpo de la lengua (tercio posterior) entre el pulgar y el índice, cubiertos con un lienzo cualquiera (el pañuelo) o en último caso, con los dedos desnudos, y ejérzanse sobre ella *fuertes tracciones, reiteradas, sucesivas, y rítmicas*, seguidas de pausas, de quince a veinte por minuto, imitando los movimientos rítmicos de la propia respiración." Es menester cerciorarse de que realmente se tira sobre la raíz de la lengua (pasivamente elástica). Cuando se empieza a sentir alguna resistencia, se puede afirmar el éxito: desaparece el tinte violáceo de las alas de la nariz, se verifican uno o dos movimientos de deglución, seguidos de una aspiración ruidosa y, en general, no falta nunca un hipo inspiratorio. Más tarde aparecen los movimiento del tórax. Si se trata de ahogados, es útil aligerar el estómago provocando el vómito, introduciendo el índice de la mano libre al fondo de la garganta. Para mantener la boca abierta, cualquier instrumento duro que esté al alcance es suficiente.

Huber, Laborde y otros autores, citan éxitos inesperados en casos de hipo incontinente, de fracturas de la base del cráneo, de meningo-encefalitis, de adenopatía tráqueo-brónquica, que habían llegado a simular la muerte; y es por su importancia y por lo poco que se le emplea (fuera de los accidentes anestésicos) por lo que he insistido sobre este procedimiento.

g) Tracciones nasales. "Según lo que refiere un periódico de Roma *La Tribuna Illustrata* (5 de Julio, 1904) el Dr. Penyerek, de Praga, ha escogitado otro procedimiento más sencillo y fácil que el del Dr. Laborde: consiste en empuñar la nariz con la mano, directamente o mediante una compresa mojada en agua y vinagre, tirando *hacia arriba y hacia abajo*, siguiendo el ritmo de la propia respiración. De esta suerte se produce una excitación local, que se refleja en los centros respiratorios, haciéndolos funcionar a los dos minutos." (Dr. Geniesse, citado en Huber).

h) Procedimiento de Sylvester. (Respiración artificial). Como el anterior, derivado del de Laborde. La lengua será tirada y mantenida fuera de la boca:

1º—El operador se coloca detrás de la cabeza del enfermo; toma sus brazos o sus antebrazos en la vecindad de los codos, aplicándolos fuertemente sobre los lados del tórax, comenzando así por una especie de espiración forzada, que expulsa las mucosidades del árbol aéreo;

2º—El segundo tiempo consiste en llevar los brazos a cada lado de la cabeza del enfermo, por un movimiento amplio y regular de separación y elevación simultáneas, que ensancha el tórax, permitiéndole amplificarse.

Los brazos deben ser elevados francamente y llevados lo más cerca posible de las partes laterales de la cabeza, para distender el tórax al máximo. Esta posición se mantendrá uno o dos segundos; luego los brazos serán llevados a su primera posición, unidos al pecho y comprimiéndolo suavemente. (P. Ardín Delteil). Será recomendable que otra segunda persona practique simultáneamente las tracciones linguales de Laborde o las nasales de Penyerek.

Pues bien: todo lo expuesto en cuanto antecede: Signos de defunción primordiales y secundarios (con sus correspondientes especulaciones doctrinarias y científicas y aplicaciones prácticas); estados o enfermedades que ponen *sobre aviso*; múltiples medios de comprobar un fallecimiento—desde los empleados en el hogar o por el más ignaro hasta los que podrían requerir médicos generales, gabinetes especiales y aún especialistas; prácticas de reanimación a que se deberá siempre recurrir y que, igualmente, exigen determinadas capacidades intelectuales e independencia moral: todo ello indica la perfecta indocumentación de la persona no acostumbrada a ver cadáveres, y que se ve obligada a dictaminar

sobre un fallecimiento, sin más guías que sus prejuicios seculares y su ignorancia. Compréndase, pues, la necesidad absoluta del médico en tales casos, y quede, por última vez, ratificada la exactitud de lo que sustentan estos dos capítulos: la incapacidad del empírico para dictaminar sobre una defunción y autorizar un sepelio.

DATOS ESTADISTICOS.—CONSIDERACIONES

Si fuésemos a visitar las tumbas y las huesas, cuántos cadáveres encontraríamos con evidentes señales de haber sido enterrados vivos los sujetos a quienes pertenecieron. (P. Mata.)

Casi ni una de las muchas tentativas de reviviscencia se practica en nuestra América Española, ni tampoco se recurre a los diversos signos de comprobación, como debería hacerse sistemáticamente; todo con el agravante de que muy rara vez, en un porcentaje insignificante, es el médico quien da la última inspección *seria* al cadáver, tanto entre las clases pobres como entre las adineradas, más por motivos distintos.

Nuestro ningún temor a los sepelios prematuros y falta de precauciones, no son sino fruto de secular rutina e ignorancia, pues los países adelantados, cuanto más cultos, más se preocupan de estos problemas. Ejemplos: Inglaterra, con su Sociedad de Premature Burial, desde 1896; la instituida en Massachussets por una dama sueca, antes de la guerra y, en general, todos los Estados Unidos, con sus modernos "undertakers" y leyes municipales adecuadas; Alemania y toda la Europa central, con sus "torres de silencio" y sus "casas mortuorias," funcionando continuamente. Sólo en ciertas regiones de Italia y España (raza nuestra), únicamente cuando el *fortuito* descubrimiento de uno de estos casos espeluznantes conmueve los ánimos (casos que día a día, al decir de Huber, aparecen en los diarios) se fundan sociedades y corporaciones que tienen la efímera vida de lo que tardaron en disiparse estas dolorosas impresiones... para restablecerse, apenas se conoce un nuevo caso. (Epidemia de 1884-86, que asoló Italia, el Medio Día de Francia y España).

Aún más: mientras más instruida es la persona, mayores son las precauciones que toma: díganlo el compositor Meyerbeer, Winslow, Vollum (Presidente de la Sociedad de Estadística del

Reino Unido)—gran impugnador de la vacuna—ambos enterrados dos veces, y muchos otros. En la iglesia de Poissy se conserva un epitafio: "*bis vivus bis mortuus*"—"dos veces vivo, dos veces muerto"); nuevo Lázaro, añade la inscripción, que volvió a la vida después de ser enterrado y abandonado como muerto. Ello dió origen a temores y aprensiones que, en cercanas épocas, inspiraron testamentos originales, proponiendo soluciones homicidas (ya indicaré por qué), que jamás deberá apañar el médico honrado.

En la ya citada Revista "Excelsior" (16 de Oct. 1927) leo las declaraciones que el Dr. F. Pietrusky (de la Universidad de Breslaw) hizo al "Munich Medical Weekly:" "Muchos practicantes de Alemania son enteramente incapaces de determinar, sin la más ligera duda, si un paciente está vivo o muerto." "Ha habido veces—añade—en las cuales las personas declaradas muertas por médicos de reputación, se han levantado del lecho con el consiguiente susto de las familias."

Si esto pasa hoy, ¿qué no sería ayer? Hubo época, repito, en que, paralelamente, se desarrollaron tragedias tremendas *sub terra* en Inglaterra, Alemania y aún en Francia (personajes políticos vueltos a la luz del día por circunstancias providenciales): casos escandalosos que dieron origen, vuelvo a decirlo, a que todos tomasen precauciones extremadísimas y aún contra-productentes; *precauciones*, al fin, hijas de un justificable pánico efecto del conocimiento, en todo caso más loable que la indolencia de la ignorancia.

Citaré unos cuantos extractados al azar de la obra que me guía, para demostraros, no sólo la realidad de las inhumaciones precoces, sino su inconcebible frecuencia y hacer patente la musulmana indiferencia nuestra ante problema de tal magnitud, callejón sin salida, que atañe a todos los humanos, y del que ninguno escapa, a despecho de las soluciones más o menos suicidas que ya anuncié.

Sepamos, ante todo, según el Dr. Geniesse, cómo se descubren estos casos de muerte aparente y sus lúgubres despertares, casi todos ellos sorpresas de la "Madre Casualidad."

1.º—Casos de personas muertas que, antes de ser colocadas en la tumba, vuelven a la vida, ya espontáneamente, ya bajo la influencia de ciertas causas, como el llanto, la emoción de una persona querida, etc.

2°—Casos de personas que vuelven en sí en el sepulcro y que, si no son socorridas a debido tiempo, mueren en medio de horribles tormentos, pues han sido halladas con los cabellos arrancados, mordidos los dedos, etc.

3°—Casos de personas que despiertan en la tumba sin dejar señal alguna o que se encuentran en tal estado de descomposición que no permiten asegurar nada; y

4°—Casos de personas que, en el estado de muerte aparente, hubieran podido ser llamadas a la vida, con la aplicación de ciertos procedimientos y que sin embargo, ya no retornan a la existencia ordinaria, si no realmente mueren en la tumba, tengan o no conciencia de su estado.

Desde luego, me referiré a los dos primeros, advirtiendo que, forzosamente deben ser más numerosos los dos últimos. Más se podría objetar.

“Que no son de fiar los datos y casos terribles citados por las revistas y periódicos,” a lo que Geniesse se apresura a responder; aún admitiendo que solamente la mitad de los casos y aún menos de la mitad sean auténticos, esto es más que suficiente: 1° Porque los casos que refieren los periódicos son *excesivamente numerosos*.—2° Porque por diversas razones, un grandísimo número de éstos no figura ni por asomo en el periódico, a saber: los de personas que despiertan en la tumba sin que jamás nadie lo sepa; muchos cuya revelación dañaría al mismo paciente, o bien podía comprometer a algún médico, a algún oficial del Estado o talvez causaría gran aflicción a los parientes, ignorantes del hecho o que no quieran que las personas con sus propios nombres sean publicados en los periódicos.”

No obstante las anteriores objeciones y salvedades, que apenas disminuyen las cifras estadísticas, el número de enterrados en vida es realmente numeroso. He aquí unos datos tomados a Huber:

Pineau escribía en 1776: “No pasa día que no se entierre personas vivas, incluso en Francia.” Jossat añade que “esas horribles tragedias pueden renovarse treinta a cuarenta veces por año.” La estadística de Le Guern (1700 a 1785) “No cuenta menos de 1,202 individuos que hubieran sido enterrados vivos si un variado concurso de circunstancias; y menciona otros 582 sobre los cuales se tiene la certeza que fueron enterrados vivos y murieron en la tumba o sea en total 1,784. No es menos demostra-

tiva a la estadística de Bruhier d'Ablancourt: 181 casos, de los cuales 50 inhumaciones antes de tiempo; 4 resurrecciones durante la autopsia 55 espontáneas y 72 provocadas por diferentes medios.

Tal se pensaba en las postrimerías del siglo XVIII y los dos tercios del pasado. Comparando datos, se ve que en nada ha merchado el peligro, y quizás ha aumentado, por atenernos en exceso a una balbuciente Tanatología y por los cambios y despreocupación de nuestras costumbres: ya no *duermen* los cadáveres su última noche en la iglesia, ni hay misas de *cuerpo presente*, como antaño: circunstancias que les deparaban una oportunidad más de despertar a tiempo. Pruebas al canto: Gaubert hace ascender a 8,000 el número anual de las personas en Francia, víctimas de la muerte aparente; y el Dr. Hartmann, basándose en autores dignos de fe y en hechos bien comprobados—según dice—cita números que establecen la proporción de *un enterrado vivo por cada doscientas inhumaciones*. (Sea un 0.5 %) Y ambos autores son relativamente contemporáneos. El ya citado caso del Rector Parmiño en Maracaibo, el idéntico y muy reciente del sacerdote sepultado vivo en el Ecuador (Gaceta Policiaca, 21 de Octubre de 1928) y otros muchos de actualidad que Huber cita hasta el hastío, demuestran que, hoy como ayer, los sepelios prematuros siguen constituyendo un peligro social, del que todos los países y todos los individuos—cuanto más cultos—se preocupan, menos nosotros.

¿De qué modo se descubren estas catástrofes? He aquí algunas de las causas que enumera Geniesse:

Cambios de tumba, ordinariamente entre los ricos; *apertura de la caja para hacer un reconocimiento*: (La citada Revista “Excelsior” da cuenta del caso que relata el Dr. Pietrusky: por orden judicial, para reconocer una prenda de su vestido, se abre el ataúd de una mujer que ya había sido declarada muerta por un médico competente. “Ante la estupefacción de todos, se encontró que la muerta había resucitado: se la condujo a un hospital y fué salvada”) *apertura de la tumba y del féretro por orden judicial*, con el fin de examinar un cuerpo, muerto por envenenamiento, homicidio, etc.; *apertura del ataúd*, inspirada en el afecto de un deudo o de un amigo, que desea ver una vez más a una persona amada, o para desvanecer en su ánimo la idea o presentimiento de que el difunto no estaba muerto en el momento de la inhumación.

ción (*); *infracción de la tumba y del ataúd* por los ladrones (muchos casos de esta índole son novelescos). Estos sacrilegios eran más frecuentes antes del 79, cuando se ataviaba a los muertos con sus mejores trajes y joyas “para que se presentaran lo más ricamente engalanados al suntuoso viaje que emprendían”, pasando muchas veces su postrera noche en la capilla del cementerio (como me informa una estimable persona de la Antigua): creencia popular y circunstancia que fomentaba y de que se sabían aprovechar ciertos custodios; *apertura del subterráneo o cripta para depositar otro cadáver*, el de un recién nacido, por ejemplo, fallecido pocos días después de su madre: se ha observado que el primer cadáver ya no estaba en la posición en que se le depositó; *autopsia* antes o después de la inhumación; *lamentos o gemidos* percibidos por los sepultureros o por cualquier viandante al rededor del cementerio: en 1906, la prensa de San Etienne relataba el caso de un Choveau, que dejó oír gemidos en el fondo de su tumba; y el caso ya citado de la Gaceta Policiaca, el del Rector Parmioño y otros muchos leídos en Huber, demuestran que, sin las aprensiones de los enterradores, esos desgraciados se hubieran salvado; *retraso* en la celebración de los funerales, por aguardar a algún deudo; *incredulidad* de una madre, un esposo, una amiga, etc., que interviene para impedir la inhumación y emplea o hace emplear medios de reanimación; *excitación* producida en el difunto por el llanto de una persona amada. Como se ve, sólo estos tres últimos eventos ofrecen una coyuntura feliz al muerto-vivo.

Yo añadiré, sin embargo, que el mayor contingente de estos macabros descubrimientos—el único con que se puede formar estadísticas—es aportado por las exhumaciones “de renovación”, tras el término de ley. Mas, tanto cuando se descubren cadáveres sepultados en nicho (fábrica media, cada seis años) como cuando se exhuman los que estuvieron en contacto con la tierra (fábrica ínfima, cada cuatro años), es necesaria la inspección de un ojo instruido. ¿Cómo determinar, en efecto, si una postura extraña, distinta de la en que fué colocado el cuerpo (máxime cuando está revuelto con la tierra) fué debida a las dislocaciones cadavéricas,

(*) Una madre insiste con tal tenacidad y vehemencia sobre que su hija ha sido enterrada viva, que la familia consiente en mandar desenterrar el cuerpo. Con gran horror de todos, se encontró el cadáver retorcido, vuelto de lado, con las manos atarazadas por crueles mordiscos y todas las señales de un sepelio precipitado.—(Huber.)

a los gases de la putrefacción, a un movimiento sísmico, o si lo fué, más bien, a un desesperado esfuerzo para forzar la sepultura? Para mal nuestro e insuficiencia de las estadísticas, esta actitud singular es casi el único indicio que podemos recabar del silencio de las tumbas y reconstruir el final de una existencia que terminó bajo la tierra.

Mas, aparte de que no todas las posturas (exceptuando algunas asaz demostrativas) indican un despertar horrible, hay otros muchos casos en que, sin movilización de los restos, todo hace suponer que el sepultado despertó. Se han encontrado cadáveres más o menos modificados que, por los rasgos de su semblante—y sin que el cuerpo variara de posición—denotaban su innarrable suplicio al asfixiarse. Un sacerdote amigo me relataba, poco ha, la terrible impresión que le produjo el rostro de una momia que existía o aún existe en La Merced, conservando a través de los siglos las huellas indelebles de su dantesco tormento. En 1870—nos refiere Harmann—un médico de profesión visitó la cripta de la Catedral de Burdeos. El cementerio inmediato, conteniendo cerca de 200 cadáveres, estaba impregnado de materias antisépticas, lo que quizás explica porqué los 30 o 40 que contenía dicha cripta estaban relativamente bien conservados; pero entre éstos, “uno se hallaba ladeado en el féretro, con las piernas levantadas.... en tal posición, que hacía suponer sus desesperados esfuerzos para forzar el ataúd. El aspecto de su cara escapa a toda descripción. Otro se había vuelto de bruces, como si hubiese intentado romper la tapa”.

Insiste Huber sobre estos fatales descubrimientos: “En 1792, el Revdo. Schwager declaró que él mismo había predicado durante más de veinte años contra las inhumaciones precipitadas, y a petición de muchas sociedades había presentado pruebas sobre el peligro de tales inhumaciones; hacia 1800, se manifestó en Alemania una gran agitación a raíz de algunos casos de personas de alto grado, escapadas a duras penas del peligro de ser enterradas en vida: muchos libros y opúsculos se publicaron, y el clero pronunció muchos discursos.” (Tebb) Igualmente, en 1874, el Dr. Alex Wilder leyó una memoria ante las Cámaras Legislativas de Nueva York. Lecturas con igual fin se han escuchado asimismo en las Cámaras francesas.

Cotejando fechas y recordando el decir del Prof. Pietrusky, germinó en las clases instruidas o nerviosas una verdadera *tanato-*

...dando ocasión a testamentos y codicilos extraordinarios, sin que se comprendiera que las disposiciones homicidas que en ellos se tomaban no harían más que precipitar el horrendo suplicio que se trataba de rehuir.

Lady Garvagh, por ejemplo, ordena que la degüellen antes de inhumarla, en presencia de sus deudos; idéntica disposición adopta la viuda Bosny—dejándole un legado al médico. La autora inglesa Miss France Power Cabbe pide que se le corten las carótidas, las yugulares, la tráquea—una decapitación—so pena de anular su testamento. Por último, el rico filántropo Gilbert, en 1904, dejó un copioso legado mediante la condición de que no se le enterrase sino hasta que su cuerpo hubiese empezado a descomponerse, para lo cual dos médicos observarían diariamente su cadáver, hasta comprobar el fenómeno. Como se puede ver, esta práctica fué la más acertada de todas, práctica que—un poco más exigente y complicada—impusieron Meyerbeer, Vallum y Tebb.

Mas estas precauciones no son sino actos homicidas; son como se dice vulgarmente, “salir de las llamas para caer en las brasas,” y hacen el temido suplicio mil veces más espantoso. He aquí las principales.

1.^a—Inhumación sin féretro (como en los campos de batalla y en algunos monasterios de la Edad Media): al volverse en sí, se moriría irremisiblemente asfixiado;

2.^a—La cremación (de que es ocioso hablar entre nosotros). Mas, suponiéndola ¿no es mil veces más horrorosa la incineración a fuego vivo que la *cremacausia*, si el pretendido cadáver oye, comprende y sabe la suerte que le espera? ¿Preferible sería entonces la hoguera antigua, al aire libre, que aún dejaba una leve probabilidad de salvamento, a nuestros herméticos hornos crematorios, que roban hasta el vislumbre de una esperanza y no permiten ni que se reconozca después el espantable error!

3.^a—Vaillant (de Alsacia) recomendaba la autopsia sistemática;

4.^a—Pagliani (de Turín) abre las principales arterias. Mas ambas prácticas, sobre ser innecesarias, son un atentado al derecho de gentes. Sobre muchos problemas de Medicina Legal que suscitarían, ¿a quién le podrá agradar la perspectiva de saber que su cuerpo será irremediabilmente despedazado a la hora de su muerte?

5.^a—Carpmael aboga por las inyecciones de estricnina; Forb muestra su preferencia por la morfina: modernos procedimientos, pero idénticos al de los antiguos pueblos africanos, empleando el áspid de Cleopatra, la cicuta, la coca de Levante, el M'Boundou, etc.

6.^a—Hay quien prefiere substituir el aire respirable del ataúd por gases deletéreos y asfixiantes, práctica que ha originado numerosos procedimientos;

7.^a—Existe además, en Austria (villa de Gratz) y en algunos países de la Transilvania, “la horrible e inhumana práctica de atravesar el corazón”. (Icard). Emplean estacas de palo; pero estas nefandas costumbres no son sino resabios de antiguas supersticiones. (*Vampirismo*).

Como se comprende, esto se llama MATAR A CIENCIA Y CONCIENCIA, a fin de propiciarnos una muerte rápida e inconsciente (?) y no esa lenta y en relativa lucidez en las tenebrosidades de un sepulcro.

—“Pero, señores,—dice Huber—el deber de la Ciencia, la misión de la Medicina, es salvar, no asesinar; reanimar al moribundo, no acabarlo de matar; evitar todo posible despertar en la tumba, no acelerarle la muerte real con recursos violentos y medidas inhumanas.”

Quien haya dado una ojeada a este trabajo, se habrá dado cuenta de lo engañoso que son todos los signos de la muerte y habrá abarcado los numerosos medios de comprobación a que es preciso recurrir y las no menos numerosas tentativas de reanimación que es necesario emplear,—reconociendo que, entre nosotros, a nada de esto se recurre. Quien se haya percatado de las fantásticas cifras de enterrados en vida que dan las estadísticas y los datos que anualmente suministran los países más cultos del mundo, donde se retienen los cadáveres el mayor tiempo en casa, para mayor abundancia de precauciones—recordando, a su vez, que entre nosotros pasa exactamente lo contrario: supina despreocupación, hija de la ignorancia y quizás de la falta de escarmiento, (*) premura por llevar nuestros muertos a su último descanso (muchas veces esperando apenas 12 horas). Quien se aperciba del examen sumarásimos que hace del cadáver (cuando lo hace) la persona que, más o menos oficiosamente, va con la noticia de la defun-

(*) En un trabajo posterior, según el plan trazado de esta tesis, aparecerán algunos relatos a este respecto.

ción al Registro Civil—donde se la atiende sin más trámites—: podrá concederle crédito al profano que asegura la realidad de un óbito y no recurrió a los expedientes enumerados? Tratándose de sí mismo o de sus deudos sobre todo—tomará precauciones para cuando le llegue su hora, convencido, a falta de otro criterio, de que, puesto que en otras partes se fundan sociedades y los gobiernos y los pueblos las secundan, es porque el peligro de los sepelios prematuros es extremo, interesa a todos los hombres y sigue siendo tan amenazador como antes.

A priori se comprenderá que entre nosotros, por causas obvias, el peligro es tanto o quizás más grande que en otras partes. *Annibal ad portas*, aunque no nos demos cuenta, sempiternamente.

CONCLUSIONES

- 1.^a—Fijar un plazo mínimo y no máximo (que actualmente es de veinticuatro horas) para verificar los sepelios, plazo que casi nunca se respeta. En el certificado de fallecimiento deberá designarse la hora antes de la cual no podrá verificarse el entierro.
- 2.^a—Encargar a un entendido, en las poblaciones donde no haya médico, el extender el certificado médico de defunción, y no como en el presente se hace, que es el jefe de familia o cualquier otro quien da parte al Registro Civil.
- 3.^a—Establecer en los cementerios de mayor movimiento por ahora, la obligación de sujetar a determinado número de pruebas a los cadáveres que no lleven consigo dicha certificación, tales como la fluoresceína, el acetato de plomo, el galvanismo, etc.
- 4.^a—Anexar a la Dirección General de Salubridad Pública un personal técnico comprobador de defunciones, para quienes fallecieron sin asistencia médica.
- 5.^a—Fomentar en el público el espíritu de asociación, a fin de que se constituyan corporaciones similares a la Sociedad Londinense para evitar los entierros en vida, y a otras muchas con fines idénticos en diversos países.
- 6.^a—Divulgar, por todos los medios, entre nuestras diversas clases sociales, los diferentes métodos de reanimación y pruebas de comprobación del óbito que les sean accesibles.

FIDEL FIGUEROA.

Vº Bº,

R. MAURICIO.

Imprimase,

JUAN J. ORTEGA.

BIBLIOGRAFIA

- Tratado completo de Medicina Legal y Toxicología* por J. Briand, J. Bouis y J. L. Casper. (Traducido al castellano por M. y J. R. Gómez Pamo, II tomo).—Madrid, 1872.
- Tratado de Medicina Legal y Cirugía Teórica y Práctica* por el Dr. don Pedro Mata, II tomo, 1866.
- Tratado de Medicina Legal*, por L. Thoinot, traducido al castellano por W. Coroleu, tomo I.
- Tratado de Medicina Legal*, por don Mateo Orfila, traducido al castellano por el Dr. don Enrique Ataide, (1847).
- Tratado de Patología General y de Anatomía Patológica*, por el Dr. don Eduardo García Sola, (1882).
- Traité Elementaire de Patologie Generale* par H. Hallopeau, E. Apert. 1904.
- Traité de Pathologie Médicale y Thérapeutique appliquée. Neurologie*, tome V et VI (Publié sous la direction d'Emile Sergeant, París, 1926).
- Manual Práctico de Medicina Legal*, por Manuel A. Fuentes, (1869).
- Medicinal Legal* por César Lombroso, (traducida al castellano por Pedro Dorado).
- Medicina Legal*, por el Dr. don Eduardo R. von Hofmann, traducido al castellano, por don Gaspar Sentiñón, tomo II, 1891.
- Memorandum de Medicina Legal* por el Prof. Pablo Lefert, traducida al castellano por don Cipriano Moreno Grau.—Madrid, 1911.
- Manuel de Petite Chirurgie et de Technique Médicale journaliere*, P. Ardin Delteil, P. Soubeyran, París, 1923.
- Précis de Pathologie Externe*, E. Forgue.—París, 1922.

Despertar en la tumba. Estudio histórico científico sobre la muerte real o supuesta por el Prof. Dr. Huber. Barcelona, 1915.

Hacia la Gnosis. Dr. Mario Roso de Luna, (1921).

Medicine Légale, por Vibert.—París, 1924.

Thérapeutique, A. Manquat.—París, 1911, tomo III.

Diccionario Enciclopédico Hispano Americano, Montaner y Simón.—Barcelona, 1893.

Dictionnaire Encyclopedique de Sciences Medicales.—París, 1880.

PROPOSICIONES

<i>Anatomía Descriptiva.</i>	Páncreas.
<i>Anatomía Patológica.</i>	Del fibroma uterino.
<i>Bacteriología.</i>	Bacilo tífico.
<i>Botánica Médica.</i>	Digitalis purpúrea.
<i>Clínica Quirúrgica.</i>	Punción lumbar.
<i>Clínica Médica.</i>	Exploración del Hígado.
<i>Física Médica.</i>	Osmosis.
<i>Farmacía.</i>	Pasteurización.
<i>Fisiología.</i>	Hipófisis.
<i>Ginecología.</i>	Cáncer uterino.
<i>Higiene.</i>	Profilaxia del Paludismo.
<i>Histología.</i>	Fibra muscular.
<i>Medicina Legal.</i>	Signos de la muerte real.
<i>Medicina Operatoria.</i>	Apendicectomía.
<i>Obstetricia.</i>	Mole hidatiforme.
<i>Patología Externa.</i>	Lujación del Hombro.
<i>Patología Interna.</i>	Úlcera Duodenal.
<i>Patología General.</i>	Embolismo.
<i>Química Médica Orgánica.</i>	Digitalina.
<i>Química Médica Inorgánica.</i>	Yodo.
<i>Toxicología.</i>	Intoxicación por la Cocaína.
<i>Zoología Médica.</i>	Ascárides lombricoides.
<i>Terapéutica.</i>	Ergotina.