

UNIVERSIDAD NACIONAL DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
REPÚBLICA DE GUATEMALA, C. A.

INSPECCIÓN PÓSTUMA

TESIS

PRESENTADA A LA HONORABLE JUNTA DIRECTIVA
DE LA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE LA
UNIVERSIDAD NACIONAL

POR

LEÓN E. SÁENZ Y SÁENZ

Ex-Interno en el Hospital General del Segundo Servicio de Cirujía de Mujeres, del Segundo Servicio de Medicina de Mujeres, de la Casa de Salud de Hombres. Ex-Practicante Auxiliar de los Servicios de Rayos X y Radioterapia, del Laboratorio Clínico y de los Servicios de Cirujía, Medicina, Vías Urinarias y Ginecología de la Consulta Externa del expresado Hospital. Ex-Interno de la Asistencia Común de Mujeres y del Pensionado en el "Asilo de Alienados". Ex-Interno del Tercer Servicio de Medicina de Hombres en el Hospital "San José". Ex-Interno de los Servicios de Cirujía y de la Consulta en el Hospital Militar.

EN EL ACTO DE SU INVESTIDURA DE

MÉDICO Y CIRUJANO

JULIO DE 1936

INSPECCIÓN PÓSTUMA

Conforme el Capítulo VIII Registro de Defunciones del Código Civil, Artículo 312, toda defunción que ocurra en la República debe inscribirse en el Registro Civil. El jefe de la casa o establecimiento donde hubiere fallecido alguna persona, los dueños o administradores de fincas rústicas y los alcaldes auxiliares de los caseríos, aldeas, etc., están obligados a dar aviso al Registro Civil por sí o por medio de otra persona, en un término que no exceda de veinticuatro horas.

El Artículo 335 del mismo código establece, que para extender la partida de defunción será necesaria la constancia médica si hubiese facultativo en el lugar; y el siguiente Artículo 336 estipula, que el facultativo que hubiese asistido a una persona en su última enfermedad y, a falta de él, cualquier otro que se llame al efecto, estará obligado a examinar el cadáver, y a expedir la constancia a que se refiere el artículo anterior.

Donde no hubiere facultativo hará sus veces un empírico. La constancia indicada será expedida gratuitamente.

Tales son algunos de los requisitos legales que en Guatemala deben llenarse para el registro de defunciones, pudiéndose advertir desde luego, que no existe ninguna prescripción o ley que se ocupe de la *inspección póstuma* antes del enterramiento y también por medio de la cual se pueda someter a comprobación el testimonio del facultativo (o persona que haga sus veces) llamado a certificar un fallecimiento.

En muchos países existe un departamento de inspección póstuma, como una sección anexa a los cuerpos de policía judicial y sanitaria, que de acuerdo con un reglamento especial, tiene por misión practicar inspecciones oculares a los cadáveres en el propio lugar del fallecimiento, por medio de sus componentes médicos o practicantes de medicina de últimos años, con el fin de establecer exactamente la causa o causas de la defunción, sea que exista o nó, el certificado de un facultativo.

La inspección póstuma, consiste en una última inspección al cadáver, sin abertura de sus cavidades, y persigue como objetivo principal lo siguiente:

- 1º—Confirmar la realidad de la muerte.
- 2º—No permitir el enterramiento de personas que se hallen en estado de muerte aparente.
- 3º—Descubrir las defunciones debidas a enfermedades infecto-contagiosas, para evitar su propagación.
- 4º—Establecer las causas de muerte violenta o sospechosa, que en muchos casos pasan inadvertidas hasta para el médico que sólo se guía a veces por la indicación o informes de los familiares.
- 5º—Descubrir la verdadera causa de la muerte, que el médico de cabecera puede verse obligado a ocultar por el secreto profesional.
- 6º—Evitar el enterramiento de una persona por otra.

CONFIRMAR LA REALIDAD DE LA MUERTE

Para llenar este requisito, es indispensable la inspección ocular. El Registro Civil no debería admitir partidas de defunción sin tener la seguridad de que existe el muerto, de esta manera se hubiera evitado el "famoso timo del muerto", en que enterraban adobes o leños en lugar del cuerpo del que se creía difunto. Toda vez en presencia del presunto cadáver, tenemos que confirmar la realidad de la muerte, y para esto, hay que tener presentes los signos de ésta que se comprueban, ya sea por simple observación o mediante ciertas pruebas.

Para el médico, la muerte es una serie de cambios y transformaciones que se suceden unas a otras y que no permiten decir cuándo se principia y cuándo se termina de morir. No es como para los profanos, la exhalación del último suspiro, sino la paralización de todas las funciones vitales; pero como ésta no se efectúa al mismo tiempo, no se puede marcar el límite entre la vida y la muerte.

Para los fines prácticos, dos son los cambios vitales que se toman en cuenta para marcar este límite: 1º—La cesación de la circulación y 2º— La cesación de la respiración; bien es cierto que cuando se suprimen estas dos funciones, quedan algunas otras que se van suprimiendo poco a poco, y son ellas: los movimientos peristálticos del intestino, la contracción de los músculos de la pupila por la influencia de la luz, los movimientos de los espermatozoides, etc.

Hay dos clases de signos por los cuales la muerte se manifiesta. UNOS SON DE CAUSA FÍSICA O MECÁNICA y aparecen inme-

diatamente o pocas horas después, y pueden ser *de presunción*, que no nos sirven para diagnosticar la muerte con plena seguridad, y, los *de certeza*, que nos dan pruebas evidentes de la muerte; Y LOS OTROS SON EFECTOS DE DESTRUCCIONES Y TRANSFORMACIONES DEL CADÁVER y aparecen mucho más tarde, entre éstos, tenemos: la putrefacción, la maceración, la momificación y la saponificación.

Entre los signos *de presunción*, están, en primer lugar: la supresión del pulso y los latidos del corazón; la inmovilidad del tórax y la supresión de la respiración; la facies muy característica con la frente arrugada, los ojos excavados y entreabiertos, la nariz afilada, las mejillas hundidas, la boca, por la caída del maxilar inferior, también entreabierta (facies hipocrática); la cabeza se dobla contra el pecho; los brazos están semidoblados; las puntas de los pies están hacia afuera; además hay relajación muscular completa, los músculos que cierran las cavidades naturales (esfínteres) dejan de contraerse, hay dilatación del ano dejando salir materias fecales y también hay salida de semen por la uretra.

Entre los signos *de certeza*, tenemos el enfriamiento, la deshidratación, la hipóstasis y la rigidez cadavérica.

EL ENFRIAMIENTO

Comienza desde el momento de la muerte, es debido a la falta de combustiones en el organismo y se acentúa cada vez más, hasta ponerse la temperatura del cadáver en equilibrio con la del medio ambiente. El tiempo que tarda el enfriamiento es muy variable y depende de varios factores, como son: El clima, el lugar, factores personales, etc. En lugares donde la temperatura ambiente es de 20 a 24 grados, el enfriamiento se completa por término medio a las 22 horas; con la temperatura a 30 grados tarda alrededor de 28 horas.

La desnudez del cadáver y la ventilación del lugar, apresuran el enfriamiento; también influye la extenuación, pues los sujetos bien constituidos tardan más en enfriarse que los extenuados. La edad del individuo también tiene que ver, porque los adultos se enfrían menos rápidamente que los ancianos y los niños.

Hay casos sin embargo, en que la temperatura en lugar de descender, aumenta después de la muerte, persistiendo elevada

algún tiempo, tal sucede en el tétanos, la insolación, algunas meningitis, la fiebre tifoidea, el envenenamiento por la estricnina, la epilepsia, etc. Pero al final aunque un poco retardado, el enfriamiento tiene que producirse irremisiblemente como en todos los cadáveres.

LA DESHIDRATACIÓN

No es más que la evaporación no compensada del agua por la superficie del cuerpo. La piel se pone seca, apergaminada, en los ojos la córnea pierde su transparencia, cubriéndose de una tela opaca.

LA HIPÓSTASIS

Es el depósito de la sangre en las partes de mayor declive del cadáver. Como la circulación se ha parado, la sangre estancada tiende a buscar su nivel, los tejidos se impregnan con las sustancias colorantes que contiene la sangre y forman manchas, al principio rosadas, después violáceas, que cuando están sobre la piel se llaman "livideces cadavéricas", y cuando están en los órganos, se llaman "hipóstasis viscerales".

Las livideces o sugilaciones cadavéricas están en la parte baja del cuerpo. Si éste se haya en decúbito dorsal (de espaldas) las livideces se encuentran en la nuca, en la espalda, en las nalgas y en las pantorrillas. Si el cuerpo se halla en decúbito ventral (boca abajo) las sugilaciones estarán en la cara, en el pecho y en el abdomen. Si el cuerpo está en posición vertical (parado) las manchas estarán en los miembros inferiores como sucede con los ahorcados.

Es importante conocer la situación de estas manchas, pues por ellas se puede deducir la posición que tenía el cadáver al principio y decir si ha sido cambiado de lugar. Por ejemplo: un sujeto que aparece ahorcado y que tenga livideces en la espalda, da lugar a pensar que la muerte fué de otra causa y que el ahorcamiento es simulado, o viceversa, un cadáver que esté en decúbito dorsal, con las manchas hipostáticas en los miembros inferiores, da lugar a pensar que al principio estuvo en posición vertical.

Estas manchas no se encuentran en las partes del cuerpo que están sometidas a compresión; así vemos que en un cadáver que

está en decúbito dorsal, estas manchas faltarán en los omóplatos, en las partes más salientes de las nalgas, en los talones, también en los lugares que comprime la liga, el cincho, el cuello, etc.

Hay que evitar la confusión de las livideces cadavéricas con las equimosis o cardenales, que son debidas a contusiones; éstas tienen regularmente el mismo aspecto y color, por lo que es fácil equivocarse al hacer un examen a la ligera; para diferenciarlas, hay que tener presente que las livideces se presentan siempre en el mismo lugar, es decir, en los lugares de más declive según sea la posición del cadáver; los bordes de las livideces no hacen realce ni se encuentran bien delimitadas; estas manchas están muy superficiales, solamente en la piel, y la sangre que se halla en ellas no se encuentra coagulada; al poner una parte de estos tejidos en agua, sueltan sangre y el agua se colora de rojo. En cambio las equimosis pueden aparecer en cualquier parte del cuerpo, es decir, en aquellas en donde se recibió la contusión, están bien delimitadas y los bordes hacen realce en la superficie del cuerpo; al hacer un corte en una equimosis, se encuentra sangre no sólo en la superficie, sino también en los tejidos profundos, hallándose ésta coagulada; al poner un fragmento de estos tejidos en agua, la sangre no se separa, es decir, el agua no se tiñe de rojo.

Estas manchas hipostáticas aparecen en las personas de piel blanca 3 ó 4 horas después de la muerte, alcanzando su mayor extensión a las diez o doce horas; pero en los climas muy calientes o en los meses calurosos, éstas pueden iniciar su aparición dos horas después de la muerte, terminando de hacerlo a las ocho horas. Favorece la aparición de estas manchas, la gran cantidad de sangre que se halla en los vasos, como sucede en las personas pletóricas o que mueren repentinamente y también la fluidez excesiva de esta misma sangre, como pasa en los ahogados. Retarda la aparición de las manchas, la pobreza de sangre en el organismo, como sucede en los individuos que están muy extenuados por una larga enfermedad o que han tenido grandes pérdidas de sangre antes de morir.

LA RIGIDEZ CADAVERICA

Aparece inmediatamente después de la muerte, sigue a la relajación muscular; principia tres o cuatro horas después de la muerte empezando por los músculos de las mandíbulas, se

completa a las seis u ocho horas y su duración es, por término medio, de 20 a 70 horas, según los individuos, los climas y las enfermedades. Cuanto más joven es el sujeto, más rápida es la rigidez y de esta suerte hay autores que la han negado en los recién nacidos, por la rapidez con que aparece y desaparece. En los individuos de musculatura bien desarrollada y que mueren accidentalmente en poco tiempo, la rigidez aparece más rápidamente que en el cadáver de una persona debilitada.

Aquí en la capital de Guatemala, no es raro encontrar la rigidez cadavérica 36 horas después de la muerte, principalmente en los meses de frío, (diciembre, enero y febrero). En los climas calientes (costa) es raro encontrar rigidez después de 24 horas; en cambio ésta, debida al calor, aparece más pronto que en clima frío. Hay enfermedades que favorecen la aparición de la rigidez como por ejemplo: el tétanos, los ataques epilépticos, las lesiones del bulbo y de la médula espinal, las que determinan una muerte instantánea, los envenenamientos por sustancias convulsivantes (estricnina, cafeína, alcanfor, etc.) La rigidez ataca pues todo el sistema muscular invadiéndolo de arriba abajo, es decir: la cabeza, el pecho, los brazos, y por último las piernas.

Tiene la especialidad de que al ejecutar movimientos forzados en los miembros rígidos, desaparece para no reaparecer más.

Esto tiene importancia, porque se pueden despistar los suicidios simulados; así, en un individuo que se encuentra muerto por arma de fuego, con la herida en la sien o en el corazón y que tenga el arma fuertemente empuñada, se puede dudar de que sea un suicida y pensar en un homicidio en que el arma fuera puesta en la mano después de la relajación muscular, cuando ya la rigidez comenzaba, puesto que inmediatamente después de la muerte viene un período de flacidez en que la mano suelta todo lo que tiene. Pero para dar un informe a ese respecto, hay que tener presente el "Espasmo Cadavérico", que no es más que la aparición brusca de rigidez después de la muerte, este es un fenómeno muy raro y puede ser localizado a una parte del cuerpo o generalizado, en este último caso el cadáver conserva la postura que tenía el individuo antes de morir y puede presentarse en las personas que mueren instantáneamente, o que reciben un balazo en la frente o en el corazón.

Entre los signos de transformación o de destrucción, tenemos:

LA PUTREFACCIÓN

Que no es más que la multiplicación y diseminación en el organismo, de los microbios que normalmente habitan en el intestino. Al principio son solamente microbios aerobios, pero una vez agotada la provisión de oxígeno que se encuentra en los tejidos, éstos ceden lugar a los microbios anaerobios, que a su vez son productores de gases que se infiltran en los tejidos y distienden el abdomen, empujando el músculo diafragma hacia la cavidad torácica, comprimiendo de esta manera a los pulmones y el corazón, y haciendo salir por la boca un líquido espumoso y sanguinolento que no hay que confundir con el líquido blanco y espumoso que se encuentra en la boca de los ahogados.

El estómago e intestinos también pueden vaciar su contenido en la boca y las vías respiratorias, haciendo pensar que la muerte fuere originada por la asfixia que sigue a la introducción de cuerpos extraños (alimentos, ascárides) en las vías respiratorias.

Puede haber también casos en que los cadáveres de las mujeres embarazadas expulsan el feto, debido a la fuerte presión de los gases ejercida en el abdomen, y al hacer la exhumación se encuentre con extrañeza, dos cuerpos en vez de uno (parto en el féretro.)

También las sustancias albuminoideas, sufren transformaciones químicas, que se acentúan conforme el tiempo avanza. En los climas cálidos, la putrefacción se principia a observar a las 24 horas y en los templados o fríos se nota a las 36 ó 48 horas.

Los primeros signos de putrefacción, son las manchas verdes que aparecen en las fosas ilíacas, después estas manchas se extienden hacia el pecho, el cuello, el tronco, la cara, dejando por último los miembros. Las venas superficiales se dibujan en estas manchas (circulación póstuma) dando el aspecto de vetas marmóreas.

La infiltración de gases en el tejido celular, es tan marcada, que al cabo de 4 ó 5 días en los climas cálidos, es imposible reconocer a un individuo, pues la cara se redondea, los ojos se salen de las órbitas, la lengua puede ser proyectada hacia afuera, las extremidades se engrosan, el pene y las bolsas aumentan de tamaño.

También la sangre y las vísceras sufren grandes cambios, de tal manera que después de algunos días es difícil reconocer alguna alteración patológica que pudieran haber tenido, por eso es que dan pocos datos las autopsias que siguen a las exhumaciones.

Al cabo de dos o tres semanas, el cuerpo adquiere un volumen considerable, debido al gran desarrollo de gases en los tejidos. La presión de estos mismos gases en el abdomen, pueden hacerlo estallar provocando la salida de los intestinos. Una vez vacío de los gases el abdomen, se aplana, pegándose la pared abdominal a la columna vertebral, y es entonces cuando el pelo y las uñas comienzan a desprenderse.

El tórax también se aplana por la ruptura de los cartílagos y la disolución de los pulmones. Los músculos se funden y se pegan a los huesos, desapareciendo la carne y quedando simples colgajos membranosos.

Este ciclo se efectúa más rápidamente en los cadáveres insepultos y expuestos al aire, que en los que se encuentran dentro del agua, y más aún que los que están enterrados, los cuales se descomponen más lentamente. Se han hecho equivalencias, diciendo que en las mismas condiciones de lugar y temperatura, una semana a la intemperie equivale a dos semanas en el agua y a ocho bajo tierra.

LA MACERACIÓN

No es más que la transformación de las partes blandas, en una substancia de aspecto uniforme y especial, muy característica en los fetos muertos en el claustro materno y que es en los únicos en donde se observa.

LA MOMIFICACIÓN

Es una deshidratación rápida del cadáver por la que los líquidos que resultan de la descomposición de los órganos son rápidamente evaporados. Las carnes se enjutan, se apergaminan, el cadáver no se desfigura ni se destruye tan fácilmente, pudiendo ser identificado después de muchos años. Como causas coadyuvantes a la momificación tenemos: La sequedad de los terrenos (arenosos) y la ventilación, también el grado de enflaquecimiento

de los individuos y la falta de vehículo para la repartición de los microbios, como sucede con las víctimas de las grandes hemorragias.

LA SAPONIFICACIÓN

Es la transformación de las partes blandas en una substancia ligosa como jabón y de un color blanquecino y olor rancio que es llamada "grasa de cadáver", y que se observa en los cadáveres enterrados en los lugares muy húmedos o que permanecen mucho tiempo en el agua. Esta substancia no se forma, sino después de uno o dos meses, y no deforma en nada el cadáver de su estado primitivo, de tal manera que puede identificarse éste después de muchos años y algunas veces se han podido comprobar distintas clases de lesiones.

Las vísceras no son transformadas, siendo solamente los músculos los atacados, éstos desaparecen, quedando las vainas aponeuróticas rellenas de esta grasa de cadáver o adipocera. La piel se cubre de esta grasa, como una especie de barniz, que ayuda a preservar las vísceras de la putrefacción.

MUERTE APARENTE

En la mayoría de los casos, puede el médico comprobar con certeza la defunción, aunque sea muy reciente. En un individuo enfermo, que ha pasado por el período agónico, la suspensión de las funciones respiratoria y circulatoria durante algunos minutos, la abolición de los reflejos, especialmente el de la córnea y la insensibilidad absoluta, bastan para afirmar la realidad de la muerte. No sucede lo mismo en los casos designados con el nombre de "muerte aparente," pues con este nombre se designa aquel estado en que la vida está aminorada, de tal manera que sus manifestaciones exteriores son imperceptibles.

El individuo en estado de muerte aparente no solamente está sin movimiento ni sensibilidad, sino que además los movimientos circulatorios y respiratorios están tan debilitados, que no pueden apreciarse por los sentidos, y no obstante, la vida no está definitivamente perturbada, pudiendo después de cierto tiempo reaparecer normalmente.

La muerte aparente, a excepción de la de los recién nacidos, es un hecho muy raro que sólo se observa en circunstancias

excepcionales y muy bien determinadas; sobreviene de manera súbita o muy rápidamente sin previa agonía y a consecuencia de una causa ocasional evidente, como las siguientes: los síncope cardíacos o los debidos a las grandes hemorragias, determinados traumatismos acompañados de conmoción cerebral o bien de todo el organismo, la fulguración (acción de corrientes eléctricas, el rayo, etc.) la congelación, la asfixia tóxica, por estrangulación, el ahorcamiento, la submersión, el enterramiento, la anestesia quirúrgica (por el éter, cloroformo) la intoxicación por el óxido de carbono.

Por último, la muerte aparente puede también presentarse a consecuencia de una emoción o hasta sin causa apreciable, como en los histéricos u otros neurópatas.

Tenemos pues, que los estados mórbidos en los cuales se presenta la muerte aparente y que el público llama de letargia, son numerosos. TOURDES, reconoce siete formas diferentes: la forma Asfíxica, la Sincopal, la Histérica o Nerviosa, la Apoplética, la Anémica y Asténica, la Tóxica y la Mixta.

Estas diferentes variedades no tienen la misma frecuencia; forman los casos más numerosos, la variedad Asfíxica y la Histérica; vienen después la variedad Sincopal y la Anémica, quedando por último, las variedades Apoplética y Tóxica.

M. JOSAT, coloca primero la Asfixia, después el Síncope, siguiéndole la Histeria, la Apoplejía, el Narcotismo y la Conmoción Cerebral.

En todos estos casos el médico debe pensar inmediatamente en la posibilidad de la muerte aparente e instituir pronto un tratamiento adecuado, observando el retorno de alguna manifestación vital e indirectamente investigando los signos por los cuales se hace el diagnóstico de la muerte.

Algunos autores han alegado, que no se dispone todavía de elementos suficientes para el diagnóstico, porque no existen signos ciertos de la muerte antes de la putrefacción; pero la verdad es, que si se toman en cuenta todas las excepciones más raras y a veces bastante mal establecidas, se puede aceptar dicha opinión; sin embargo, se estima muy difícil admitir que en un caso determinado, todos estos signos sean engañosos. De los importantes trabajos publicados sobre esta cuestión, se desprende que, en ciertos casos, muy raros por cierto, la muerte aparente puede

prolongarse largo tiempo, es decir, varias horas y hasta varios días según se afirma.

M. JOSAT ha observado en 164 casos de muerte aparente que:

30 veces ésta ha durado de 2 a 8 horas.

58 „ „ „ „ „ 8 a 15 „

47 „ „ „ „ „ 15 a 20 „

22 „ „ „ „ „ 20 a 36 „

7 „ „ „ „ „ 36 a 48 „

Así vemos pues, que la duración es muy variable y esto es según las causas productoras. Es corta en la Conmoción Cerebral y en el Síncope; más duradera en la Asfixia; prolongándose aun más en las formas de Congelación y en la Histérica que es la que ocupa el último lugar.

Por excepcional y dudosa que sea esta eventualidad, ella impone al médico una gran circunspección en los casos en que la posibilidad de la muerte aparente se presente. Esta circunspección debe traducirse, por un examen más minucioso y sobre todo repetido varias veces.

En resumen, hay que formular un tratamiento que consista en dejar las causas y restablecer las tres grandes funciones comprometidas.

Se tratará de restablecer la respiración por inhalaciones de oxígeno, por respiración artificial según los varios métodos que hay, por tracciones rítmicas de la lengua, etc.

Se restablecerá la sensibilidad, excitando la piel, las mucosas, los órganos de los sentidos, etc., ya sea por medio de la electricidad o de algunos otros métodos.

Se reanimará el corazón, por sangrías, transfusiones de sangre, inyecciones de éter, adrenalina, etc.

Raras veces se necesita de un plazo de más de 24 a 36 horas para afirmar el fallecimiento en vista de todos los signos inmediatos que no dejarán ninguna duda; rigidez cadavérica, manchas hipostáticas, descenso térmico a 15 ó 18 grados. También se puede apelar a las pruebas siguientes, que son de fácil empleo y de mucha utilidad aun para los profanos, que a falta de un médico pueden cerciorarse de la realidad o inexistencia de la muerte, y ellas son: *la prueba de la quemadura* que se hace aplicando a la superficie de la piel, una llama (ya sea de una vela o

un hisopo con una substancia inflamable) y entonces en el lugar quemado se formará una ampolla si el individuo está vivo; si está muerto, la epidermis se levanta, se encarruja, se pone de color amarillo y al desprenderse deja al descubierto la dermis, que al rato toma el aspecto de pergamino.

Tenemos también el *signo de MAGNUS* que se basa en el cambio de coloración que sufre un miembro, al ser puesta una ligadura bien apretada en su raíz; para buscarlo se liga fuertemente la base de uno de los dedos de la mano y al cabo de un rato se verá si conserva el mismo color de los otros dedos, que no han sido ligados, en cuyo caso es señal de muerte, pues está suspensa la circulación; caso contrario, si toma un color amoratado, indicará la persistencia de la vida por haber circulación.

El signo de DONNÉ que se basa en la particularidad que tiene la sangre de un muerto de no coagularse; y se investiga tomando sangre de una vena y poniéndola en un vidrio de reloj; si después de un cuarto de hora la sangre no se ha coagulado la muerte es real.

Pero la comprobación de la muerte, sin la seria intervención de un facultativo, expone a errores transcendentales; obedece a ello el interés que se ha tenido desde hace mucho tiempo en buscar un signo cierto y fácilmente apreciable. ICARD, cree haber hallado las primeras manifestaciones de la putrefacción, que comienzan cuando la vida ha desaparecido. Según él, mucho antes de la aparición de la mancha verde del abdomen, se desprende ya por las ventanas nasales del cadáver, una cantidad de hidrógeno sulfurado, suficiente para diferenciarlo por reactivos químicos; y según este mismo autor, jamás se desprende hidrógeno sulfurado en cantidad notable por el aparato respiratorio de una persona viva.

Para investigar el hidrógeno sulfurado, se coloca adelante de las fosas nasales del presunto cadáver, un pedazo de papel en blanco, en el que se hallan trazado con una solución de acetato neutro de plomo, (10 gramos de acetato neutro de plomo, para 20 centímetros cúbicos de agua destilada) inscripciones, figuras o signos, los cuales son incoloros e invisibles antes de la prueba; si permanecen así después de la prueba, hay vida, puesto que no hay desprendimiento de hidrógeno sulfurado; en cambio, si las inscripciones se revelan en negro, el cadáver lo es efectivamente,

como ha dicho ICARD, se trata de "la inscripción automática de la muerte por el cadáver mismo", porque en cuanto la muerte tiene lugar, comienza el desprendimiento de hidrógeno sulfurado y éste al combinarse con el acetato neutro de plomo, da un sulfuro de plomo que es de color negro.

Tenemos también el procedimiento de LECHA-MARZO, que consiste en colocar bajo los párpados, una tira de papel de tornasol neutro, que se colora en rojo en algunos minutos si el sujeto está muerto, y en azul si está vivo.

El signo de LEVASSEUR o de la ventosa escarificada, que consiste en aplicar una de estas ventosas al hueco epigástrico, proporcionando en el vivo una regular cantidad de sangre, mientras que no da nada en el cadáver

El procedimiento de BRISSEMORET Y AMBARD que consiste en la reacción ácida que da en un cadáver la pulpa esplénica o hepática obtenida por punción. Los referidos autores utilizan esta reacción como signo de muerte, basándose en que durante la vida, la reacción es alcalina, fácilmente apreciable al tornasol, pero después de la muerte, por la autólisis celular ésta se torna ácida, siendo intensa una hora después de ella. Para hacer la prueba se punciona el hígado o el bazo, algunas horas después de la muerte y se aspira en una jeringa la pulpa, ésta así obtenida, se examina en un cuadrado de papel tornasol azul; si la muerte es real, el líquido difundido que tiene reacción ácida dejará en el papel una mancha roja.

La Reacción Físico-Química por la forcipresión. Los tejidos muertos como hemos visto son ácidos; poco después de la muerte la reacción es anfótera, pero después de cinco u ocho horas la reacción es completamente ácida. ICARD, ayudado por una pinza de forcipresión comprime fuertemente un pliegue cutáneo en una región cualquiera. La pinza queda colocada durante cinco minutos y cuando ella se quita se forman dos muescas en el pliegue. Sobre el vivo la piel toma en algunas horas su aspecto normal, y si hay muerte real, las impresiones quedan apergaminadas. Además salen unas gotitas después de quitadas las pinzas, que son las que sirven para hacer la reacción química aconsejada por ICARD. El líquido es alcalino en la persona viva; anfótera o indecisa durante algunas horas después de la muerte, y cinco u ocho

horas más tarde, si el líquido es ácido, se puede asegurar que la muerte es cierta. Este procedimiento no repudia a los familiares, es muy práctico y útil para emplearse de 5 a 8 horas después del dato supuesto del fallecimiento.

La prueba de la Fluorescina de ICARD. Esta prueba es de mucha utilidad y completamente inofensiva, consiste en inyectar en las venas o en los músculos una solución alcalina de fluorescina. Cuando la muerte es real, la circulación está suspensa y la sustancia colorante no es absorbida, permaneciendo en su sitio. Si la muerte es aparente, la fluorescina será llevada por la circulación a todas las partes del cuerpo, y el sujeto presentará una ictericia cutánea intensa y los medios oculares se coloran en verde intenso, pareciendo el globo del ojo, según expresa el autor, "una magnífica esmeralda engarzada en la órbita". Con la inyección intravenosa la coloración es rápida, siendo muy lenta con inyección intramuscular.

En resumen, todas estas pruebas y signos son muy importantes y de utilidad práctica, y aunque no podemos decir que sean patognomónicos de la muerte, sí, con su reunión, se puede diagnosticarla antes de los fenómenos de putrefacción.

En consecuencia, cuando estemos en presencia de un cadáver, tendremos dos clases de signos: *Los inmediatos y los tardíos.* Estos últimos afianzan a los primeros.

SIGNOS INMEDIATOS:

- a*).—La supresión de los latidos del Corazón.
- b*).—La supresión de los movimientos respiratorios.
- c*).—La relajación de los esfínteres.
- d*).—El Ojo cadavérico (mancha de tabaco de la esclerótica, opacidad de la córnea y hundimiento del ojo).
- e*).—La prueba de la quemadura.
- f*).—El Signo de Magnus.
- g*).—El Signo de Donné.
- h*).—El Signo de Icard por el hidrógeno sulfurado.
- i*).—El Signo de Lecha-Marzo.
- j*).—El Signo de Levasseur.
- k*).—El procedimiento de Brissemoret y Ambard.
- l*).—La Reacción físico-química por forcipresión (Icard).
- m*).—La prueba de la fluorescina de Icard, etc., etc.

SIGNOS TARDÍOS:

- a*).—El enfriamiento del cuerpo.
- b*).—Las livideces cadavéricas.
- c*).—La rigidez cadavérica.
- d*) —La falta de contracciones musculares por las corrientes eléctricas, etc., etc.

ENFERMEDADES INFECTO - CONTAGIOSAS

Si existe un convenio profesional que prohíbe al médico contar todo lo que ve y lo que el enfermo le dice, hay otro también que le obliga a denunciar las enfermedades que atentan contra la salud pública.

Por eso según nuestras Leyes, todo médico tiene la obligación de declarar ante las autoridades respectivas, el diagnóstico de los enfermos muertos bajo su observación, y que hayan fallecido de las enfermedades siguientes:

Tifus, Fiebres Tifoideas, Viruela, Varicela, Escarlatina, Sarampión, Difteria, Cólera o Enfermedades Coleriformes, Peste, Fiebre Amarilla, Disenterías, y Meningitis Cerebro-Espinal Epidémica.

Pero como entre nosotros, aproximadamente el 50% de habitantes mueren sin asistencia médica y principalmente entre individuos de la clase indígena, quienes por su poco aseo personal son los más atacados por las enfermedades infecto-contagiosas; de ahí, que no existiendo Inspección Póstuma, muchas de estas enfermedades son ignoradas por las autoridades, y por consiguiente, no se hace una desinfección obligatoria en la casa que habitó el difunto, siendo ésta un foco de propagación de dichas enfermedades.

MUERTES VIOLENTAS O SOSPECHOSAS

Muchos autores tratan la muerte violenta y la muerte sospechosa en el mismo capítulo, pero se las puede diferenciar, en que la muerte violenta tarda pocos minutos o pocas horas y siempre debe de ser sospechosa, en cambio la muerte sospechosa tarda algunos días pero no es violenta. La muerte violenta, tiene lugar en personas que aparentemente gozan de buena salud o aunque

estén enfermos, la hora de su muerte parecía estar todavía lejana y mueren de improviso por motivos de un crimen, un suicidio o bien de un accidente.

Puede también no haber causas exteriores que la justifiquen, pues no es necesario que ésta sobrevenga de una manera fulminante; basta con que el accidente primario, aparezca en plena salud o de una manera intempestiva, aunque el desenlace tarde algunas horas o algunos días. Estas serían Muertes Naturales-Sospechosas en razón de la rapidez con que se efectúan, y entre éstas tendríamos algunas muertes súbitas provocadas por *afecciones Cardíacas*: Angina de Pecho o Coronaritis Obliterante, Insuficiencia Cardíaca, Síncopes, Miocarditis crónica, Ruptura de Aneurismas, Aneurisma de la Aorta, Rupturas Arteriales. *Afecciones pulmonares*: Edema Agudo del Pulmón, Embolia Pulmonar, Pneumonía (alienados, viejos o alcohólicos) Pleuresías, Bronquitis capilar (niños) Catarro Sofocante (viejos). *Afecciones del Sistema Nervioso*: Hemorragia Cerebral o Meningea, Meningitis Tuberculosa, Meningitis Agudas, Meningitis Cerebro Espinal, Absceso del Cerebro, Epilepsia. *Lesiones del Tubo Digestivo*: Ulcera del Estómago o del Duodeno, Oclusión Intestinal Aguda. *Otras afecciones*: Cirrosis del Hígado, Cólico Hepático, Ruptura del Colédoco, Uremia (forma pulmonar, forma cerebral, convulsiva, comatosa y forma gastro intestinal,) Ruptura del Bazo (paludismo,) Pancreatitis Agudas, etc. Todas éstas podemos decir que son causas eficientes, hay también causas ocasionales como son la ebriedad, el coito, etc.

La muerte súbita puede sobrevenir en todas las edades, pero es más frecuente en los de edad avanzada. En el niño las causas de muerte súbita pueden ser, la heredo-sífilis (lesiones sífilíticas del corazón y de los vasos,) el catarro bronquico y gastro intestinal, la hipertrofia del timo. Existen también las muertes por inhibición, en las cuales la etiología no está muy clara o bien no hay proporción de la causa al efecto. Para admitir esta muerte, son indispensables los caracteres siguientes: que sea muy rápida (en uno o en dos minutos), que al traumatismo periférico sea relativamente mínimo con relación a las lesiones mortales que ocasionan, que haya ausencia de lesiones orgánicas (cardíacas o nerviosas) y siendo la irritación periférica, el esfuerzo o la emoción los causantes, pero sólo como causas ocasionales.

Hemos visto las Muertes Súbitas Naturales, que son sospechosas por la brusquedad más o menos rápida con que aparecen, pero no dejan de ser sospechosas también, las que se presentan lentamente en algunas horas o días, después de un buen estado general. Estas raramente son bruscas en su principio, pero van precedidas de pródromos.

Las enfermedades infecciosas tienen un período de incubación; las insuficiencias viscerales aparecen de una manera progresiva; pero las intoxicaciones en cambio, casi siempre tienen un principio rápido y van seguidos de síntomas alarmantes, por eso es que toda enfermedad de principio brusco, da la idea de un envenenamiento o de una intoxicación alimenticia.

Para justificar la denuncia de la muerte sospechosa, no es necesario que ésta sobrevenga rápidamente, ni que la persona haya estado gozando de buena salud. Es suficiente que la muerte presente cierto carácter de imprevisto, aunque el individuo haya estado atacado de una enfermedad crónica.

Cuando en el cadáver hay lesiones exteriores, hay que ver si las lesiones son suficientes para explicar la muerte, en cuyo caso se trata de una muerte violenta, y habrá que averiguar si se trata de un crimen, un suicidio o un accidente. Si a la inspección pues, se sospecha muerte violenta o sospechosa de criminalidad, es indispensable la autopsia según el Artículo Nº 269 del Código de Procedimientos Penales que dice: "se debe proceder a la autopsia, aun cuando por la inspección exterior puede presumirse la causa de la muerte." Puede suceder que éstas lesiones no tengan ninguna relación con la muerte. En todos estos casos es indispensable el dictamen de un médico y en la mayoría de ellos, el del Médico Forense.

EL SECRETO PROFESIONAL

Este es entre nosotros la obligación moral que tiene el médico, de no divulgar lo que sus ojos ven, ni lo que en sus oídos depositan sus clientes respecto a su estado de salud. Pero el secreto profesional, no está solamente destinado a proteger los intereses particulares, él es también de orden público. Así tenemos que cuando la conservación del secreto no atañe más que al enfermo, el papel del médico debe de ser reservado para no tener cargos de conciencia; pero si este secreto ataca a la

comunidad, a la salud pública, o apaña crímenes, entonces este silencio debe ser roto. Porque así como la moral médica obliga a callar muchas veces, otras en cambio, el callar hace al médico cómplice de crímenes o delitos al ir contra los intereses sociales, pues comete un mal más grave como es el de amparar un delito con su silencio.

Muchos médicos se oponen al quebrantamiento del secreto profesional, fundándose en que es tan sagrado, como para el sacerdote. En el Inspector de Inspección Póstuma, sería muy distinto, ya que en éste, no existiría el secreto profesional por estar autorizado para denunciar enfermedades infecto-contagiosas o dar diagnósticos más o menos exactos de la muerte, que el médico tratante (si lo hubo) no quiso hacer, ya fuera por complacencia familiar o amistosa, o bien, por respetar la promesa que se hiciera a la cabecera del enfermo antes de su muerte; por ejemplo en los envenenamientos, en que hay obligación de denunciarlos a las autoridades, un médico puede no hacerlo, ya sea por complacer al enfermo o a los familiares, que quieren ocultar la verdad para evitar que se haga la autopsia que es de ley. Entonces el médico se escudará en otro diagnóstico distinto aparentemente, pero en el fondo tiene toda la razón. En este caso, el Inspector de Inspección Póstuma, puede con la ayuda de los antecedentes que se le den del muerto y la lectura de las recetas del médico tratante, llegar a la causa que produjo la muerte.

LA CÉDULA DE VECINDAD

Debe de ser indispensable al identificar un cadáver, y este requisito debe exigirlo el Inspector de Inspección Póstuma, para evitar que se entierre a una persona por otra. (Como sucedió en los casos del Timo del Muerto.) En caso que la persona muerta, no tenga cédula de vecindad, ya sea porque no la haya obtenido, porque la haya perdido o porque sea menor de edad, será necesario el testimonio de los padres, parientes cercanos o personas que lo conozcan o que den fé de conocerlo, siempre que éstos también se identifiquen.

En nuestro país, valdría la pena de que los poderes públicos tratasen de instituir esta clase de Inspección Póstuma aún cuando fuera en forma gradual, es decir, principiando por la Capital y

cabeceras de mayor importancia o en las que se disponga de suficiente personal facultativo para integrar esos organismos.

Sin tener a la mano las estadísticas respectivas para poder justificar esta afirmación, puede asegurarse sin embargo, porque es bien sabido, que más de un 80% de enfermos mueren sin asistencia médica en toda la república. Esto se deduce, por las estadísticas de la Capital, en donde hay 140 médicos y un número de 141,611 habitantes y sin embargo hay proporción del 45% que mueren sin asistencia médica. Y si esto es en la Capital, en donde hay mayor número de gente ladina y gente consciente de sus deberes. ¿Cómo será en el resto de la República, en donde hay 130 médicos y 2.231,472 habitantes, siendo la mayoría de indígenas? Y como no se llena para la inhumación más que el requisito a que al principio me referí, se ve, que queda un amplio margen para la comisión de graves errores, y éstos pueden ser por ignorancia o por mala fe de los encargados de certificar un fallecimiento.

Frecuentemente ha ocurrido, que tras un certificado de defunción en apariencia honorable y autorizado, se esconden motivos criminales, que el Juez se ve más tarde obligado a esclarecer, ya cuando una exhumación tardía, resulta ineficaz por el estado de descomposición del cuerpo del occiso.

Volviendo a esa Inspección Póstuma, en los reglamentos respectivos se podrían especificar los requisitos que tienen que llenar los inspectores, las causas que éstos deben conceptuar como sospechosos después del examen ocular, y las investigaciones pertinentes para que sean puestas en conocimiento de las autoridades correspondientes y se proceda a practicar la autopsia de ley o retrasar la hora del sepelio.

Los inspectores deben exigir que el cadáver sea desvestido de pies a cabeza, los familiares deben de dar todos los datos de la enfermedad desde el principio al fin, y deben presentar los medicamentos y recetas que últimamente le hayan sido prescritas al difunto.

Las causas que deben conceptuarse como sospechosas son las siguientes: Señales de violencia, presunción de envenenamiento, sospecha de muerte aparente, haberse efectuado la muerte rápidamente, haber habido un accidente, tratarse de suicidio u homicidio, posibilidad de aborto criminal (tratándose

de recién nacidos), no haberse proporcionado al difunto la asistencia médica que en su enfermedad requería (ingreso a hospitales), haberse encontrado muerto un sujeto desconocido, haber sido asistido el enfermo por un charlatán o un empírico no autorizado para el caso, cuando se presume que la muerte la haya producido alguna de las enfermedades infecto-contagiosas (citadas en la página 23), cuando el diagnóstico del inspector no esté de acuerdo con la papeleta de defunción.

En España, y en la mayor parte de las grandes poblaciones, se lleva a efecto el servicio de inspección póstuma a domicilio o en la oficina de cadáveres, que practican los médicos conforme a reglamentos especiales. Insertamos algunos artículos de la Ley del Registro Civil que se refieren a este asunto.

El artículo 77 dice: "El facultativo que haya asistido al difunto en su última enfermedad o en su defecto el titular del ayuntamiento respectivo, deberá examinar el estado del cadáver; y sólo cuando en él se presenten señales inequívocas de descomposición cadavérica, extenderá en papel común y remitirá al Juez Municipal certificación en que exprese el nombre, apellido y demás noticias que tuviere acerca del estado, profesión, domicilio y familia del difunto; hora y día de su fallecimiento si le constara, en otro caso los que crea probables; clase de enfermedad que haya producido la muerte y señales de descomposición que ya existan."

"A falta de los facultativos indicados, practicarán el reconocimiento y expedirá la certificación cualquiera otra persona llamada de intento, y a quien se abonará por los familiares o herederos del finado, los honorarios que marca el reglamento."

El artículo 84 dice: "si hubiere indicios de muerte violenta, se suspenderá la licencia de entierro, hasta que lo permita el estado de las diligencias que por la autoridad competente habrán de instruirse en averiguaciones de la verdad."

El artículo 13 de la misma ley del Registro Civil dice: "El servicio de reconocimiento de cadáveres, donde se haya organizado o donde se organice en lo sucesivo, se verificará a domicilio o en los depósitos que se establezcan, ya sea por todos los médicos del Registro Civil propietarios o suplentes, pudiendo los de un distrito auxiliar a los de otro, cuando a juicio de los respectivos jueces municipales fuere preciso."

“Si alguno de los médicos del Registro Civil, creyere necesaria la concurrencia de otro facultativo extraño al cuerpo, podrá proponer su nombramiento en concepto de auxiliar a la dirección general del ramo, y lo acordará desde luego para que pueda desempeñar sus funciones.”

El artículo 14 dice: “En el punto en que se establezca la sección de defunciones en cada distrito, habrá guardia permanente de un médico del Registro Civil, para que pueda prestar sus servicios donde fuere llamado”. Los artículos de la Legislación Francesa que se ocupan de esta materia son el 77 y 78 del Código Civil y el 358 y siguientes del Código Penal. “En las ciudades, en lugar del Alcalde, es un médico delegado por la Autoridad Municipal el que acude al domicilio correspondiente para comprobar el fallecimiento, no admitiéndose el acta de la declaración de los testigos, sino después de la visita del médico verificador. Pero en las poblaciones restantes no sucede así, siendo muy raro que el Alcalde acuda al domicilio del difunto; entonces son los parientes o los vecinos los encargados de esta declaración”. De manera que si se tiene en cuenta la incompetencia, la ignorancia, los prejuicios y la negligencia de estas gentes, se comprenderá fácilmente la posibilidad de que tengan lugar inhumaciones prematuras. Aunque la mayoría de estas inhumaciones son puramente imaginarias, no es menos cierto, sin embargo, que muchas veces se ha declarado el fallecimiento de individuos que no habían muerto.

Por raros que sean estos hechos, son de tal naturaleza, que producen un pánico enorme, turbando a veces la serenidad del facultativo encargado de extender la certificación del óbito; pues a veces ha sido un facultativo el que ha certificado la muerte de un sujeto que no había fallecido. Sin embargo, tales errores solamente pueden cometerse en circunstancias muy excepcionales.

CONCLUSIONES

Es necesario que las leyes de Guatemala tomen en cuenta la INSPECCIÓN PÓSTUMA, no sólo para que se examine a todos aquellos que han muerto sin asistencia médica, sino sobre todo para aquellos lugares en donde no hay médicos.

- 1º—Porque la INSPECCIÓN PÓSTUMA, no permitiría la inhumación de personas que se hallen en estado de muerte aparente. Estos casos no ocurren con la frecuencia que se teme, pero se registran en ocasiones y por lo tanto la Ciencia y las leyes deben de tomarlos en cuenta.
- 2º—Porque se descubrirían algunas defunciones debidas a enfermedades infecto-contagiosas, que no fueron declaradas por falta de médico; por consiguiente, la INSPECCIÓN PÓSTUMA evitaría la propagación de estas enfermedades que atentan contra la salud pública.
- 3º—Porque podría determinarse la causa de la muerte, que el médico tratante ocultó por no revelar el secreto profesional.
- 4º—Porque evitaría el enterramiento de una persona por otra, como sucedió en algunos casos del "timo del muerto". Esto se subsanaría, exigiendo la cédula de vecindad, con el fin de identificar al difunto.
- 5º—Sería también una buena medida para combatir el empirismo y las barbaridades que se apañan con él.

Por lo dicho, para ser INSPECTOR PÓSTUMO caso de no ser Médico, se necesitaría como requisito indispensable, haber asistido por lo menos tres meses al Anfiteatro de Autopsias de la Capital y estar entrenado en el reconocimiento de cadáveres.

León E. Sáenz.

Vº Bº
F. Mora.

Imprímase,
E. Lizarralde.

BIBLIOGRAFIA

- | | |
|---------------------------|--|
| Ant. Lecha Marzo..... | Tratado de Autopsias y Embal-
samamientos |
| Lacassagne y Martín..... | Précis de Médecine Légale |
| Carlos Federico Mora..... | Medicina Forense |
| Balthazard..... | Medicina Legal |
| L. Thoinot..... | L'autopsie Médico Légale |
| Ch. Vibert | Medicina Legal |

PROPOSICIONES

Anatomía Descriptiva.....	Canal Inguinal
Bacteriología	Bacilo Botulinos
Botánica Médica.....	Atropa Belladona
Clínica Quirúrgica.....	Punción Sub-Occipital
Clínica Médica	Reacción de Meltzer-Lyon
Física Médica.....	Termocauterio de Paquelin
Fisiología	Bilis
Ginecología	Aborto
Higiene.....	Ocular del recién nacido
Medicina Legal.....	Inspección Póstuma
Medicina Operatoria.....	Resección del Maxilar inferior
Obstetricia	Placenta previa
Patología Externa	Peritonitis T. B. C.
Patología Interna.....	Absceso Hepático
Patología Tropical.....	Sprue
Pediatría.....	Sarampión
Química Médica Inorgánica....	Sulfato de Magnesia
Química Médica Orgánica.....	Formol
Terapéutica	Urotropina
Toxicología.....	Intoxicación por la Belladona
Zoología Médica.....	Amibas