

MEDICAMENTA



REVISTA QUINCENAL DE ESTUDIOS
Y TRABAJOS PROFESIONALES DE CIENCIAS MEDICAS



DIRECTORES

Prof. Dr. EDUARDO GARCIA DEL REAL ■ Prof. Dr. PEDRO LAIN ENTRALGO
Catedráticos de la Universidad de Madrid. De la Real Academia de Medicina, Instituto de España.

Redacción y Administración: Ríos Rosas, 37, Madrid. - Teléfonos 42262 y 42263

Fecha periódica de aparición: 1 y 16 de cada mes. Franqueo concertado. Número suelto: 1,50 ptas.

Editada por el Instituto Farmacológico Latino, S. A. Sección de información científica y propaganda.

TRABAJOS ORIGINALES DOCTRINA E INVESTIGACIÓN-PRÁCTICA CLÍNICA

ALGUNAS REGLAS ÚTILES EN LA PRÁCTICA DE LA AUTOPSIA JUDICIAL

por el

Profesor Dr. ANTONIO PIGA PASCUAL
Catedrático de Medicina Legal de la Universidad de Madrid.

Este trabajo tiene como finalidad fundamental facilitar al médico no especializado en Medicina forense la práctica de una autopsia judicial exenta de omisiones de bulto que *a posteriori* dan lugar a graves censuras, o lo que todavía es peor, a serios compromisos con la Justicia.

Aún podríamos añadir otras finalidades que, en distinto punto de vista, sobrepasaran el interés de la antes señalada. Por ejemplo, las que para la ciencia tendrían las enseñanzas recogidas de miles de necropsias hechas con arreglo a una técnica, cuando menos, medianamente aceptable. Creemos recordar que alguna vez el profesor JIMÉNEZ DÍAZ ha señalado el valor científico—independientemente del legal—de la autopsia judicial.

Permítasenos, de momento, que circunscribamos el problema, dejándolo reducido a lo que primero indicamos, esto es, al propósito de decir lo que, en nuestro concepto, merece decirse sobre el modo de hacer una autopsia que «sirva» a jueces y magistrados y no coloque al médico que la practicó, y por ende, a la Medicina, en situación desairada cuando no difícil. Porque la experiencia enseña que casi a diario el eco de la censura resuena en los corrillos médicos o en las escribanías de los Juzgados. El profesor J. DE LA VILLA nos decía una vez que en un caso suyo, operado de vientre, y en el que tenía gran interés por saber los datos necrópsicos relativos al páncreas, el protocolo de autopsia no señalaba nada acerca de dicho órgano y ni siquiera lo mencionaba. No queremos desviarnos por la senda de lo anecdótico. Sería interminable el recorrido, y a veces dejaría al descubierto facetas tristes y grotescas.

Es posible que las anteriores palabras, que no reve-

lon ningún secreto, pues todos, quién más quién menos, guardan entre sus recuerdos ejemplos aprovechables para la ilustración del asunto, induzcan a no pocos médicos a plantear el problema de la responsabilidad de los males señalados. Unos, acaso, se acordarían de la deficiente enseñanza recibida en las cátedras de Medicina Legal, en el pequeño número de autopsias—y esto en el caso más favorable—que presenciaron en el Depósito Judicial, pues pudiera darse el caso de no haber presenciado más que una o...; otros, ya en pleno ejercicio profesional en el medio rural, proyectarían su crítica sobre los medios que los Municipios proporcionan para la práctica de las autopsias judiciales, indignos, por lo general, de la altura del propósito y del respeto a la Justicia; no faltarían quienes recordasen con dolor el haber aprendido muchas cosas que nunca realizaran en su práctica médica a cambio de no poseer los conocimientos precisos a lo que a diario han de hacer. Y todos tendrían un poco de razón.

Pero adviértase la histórica verdad que desde hace muchos años el profesorado universitario de Medicina Legal clama sin cesar por una modificación fundamental en el plan pedagógico y sobre la necesidad de que el joven médico que abandona la Facultad sepa, además de Medicina y Cirugía, etc., lo indispensable en Medicina Legal de urgencia, y de ésta lo relativo a «sujeto muerto». Una autopsia incompleta o deficientemente hecha es una rémora procesal, y en no pocas ocasiones la base de un error judicial con todas sus consecuencias.

De excepcional importancia, en el sentido que acabamos de señalar, es la tesonera campaña de nuestro ilustre amigo el ilustre profesor de la Facultad de



Medicina de Valladolid doctor ROYO VILLANOVA. Este maestro de la Medicina Legal no ha perdido ocasión de manifestar su preocupación por el hecho de que sus alumnos no puedan recibir las enseñanzas prácticas indispensables. Difícilmente pueden superarse los razonamientos del profesor ROYO VILLANOVA, y nadie, en verdad, le declararía incurso en el delito de haber olvidado sus deberes para con la patria y la enseñanza.

Adviértase, igualmente, que miles de Municipios españoles han vivido sintonizados con la existencia vegetativa de una España sin pulso y sin impulso, colapsada en cuanto se refiere a los ideales de sanidad y cultura. ¿Puede extrañar el incumplimiento de disposiciones en policía mortuoria de carácter forense? Creemos que no.

Por su parte, el Cuerpo Médico forense ha procurado subsanar todas las ingentes dificultades que ha tenido en el cumplimiento de su difícil e elevada misión. Y con fe y optimismo ha llegado el momento actual, en el que un estatuto elaborado por una Comisión ministerial en fecha muy reciente pudiera dar paso a una mejor organización de servicios. En el estatuto se prevé la creación de Institutos anatómico-forenses—idea ésta del ilustre profesor P. DE PETIN—, y se tienen en cuenta las exigencias de la práctica rural. Como es natural, a esta modificación debe corresponder por nuestra parte, profesores y alumnos, forenses y no forenses, un deseo de cooperación a la labor de servir a la Justicia, que no será nunca exclusiva de los médicos legistas, aunque sí quedará muy reducida la intervención de los que no lo sean.

De toda suerte, y sea cualquiera el porvenir que por una acertada reorganización de servicios pueda tener la Medicina Legal en España, siempre será conveniente que el médico general sepa lo indispensable para realizar, a petición de un Juzgado, una autopsia forense. La especialización de conocimientos no es en ninguna ocasión tan absoluta que exima al profesional de intervenciones de urgencia. La realidad así lo prueba. Y de todas maneras, hasta que se logra llegar a la cumbre, hay que andar mucho camino, y en él, el médico general desempeña un papel de notoria trascendencia.

* * *

Y basta ya de consideraciones previas, pues, en realidad, no ganaría gran cosa quien las leyese. Nuestro propósito, concreto, es el de ofrecer al médico práctico algunas reglas útiles para la práctica de una autopsia. *Tales reglas no son expresión de una técnica completa, sino simplemente unas reglas útiles.* Y adelantamos que se refieren al momento, fundamental a nuestro entender, de abrir al cadáver y colocarnos en condiciones de examinarlo como peritos.

¿Cómo abrir las cavidades? ¿Cómo completar la apertura de aquéllas, con lo que en todo caso «debemos ver» como guión obligado a una necropsia correcta? He aquí, a continuación, nuestro método.

Hacemos una incisión que, en lugar de ir de oreja a oreja o de apófisis mastoides a apófisis mastoides en su base, va del vértice de una de ellas a la opuesta. De esta suerte se facilita extraordinariamente el desprendimiento del cuero cabelludo, y no es preciso emplear un tiempo y un trabajo que a veces resulta molesto. Se trata de una pequeña modificación. Sin embargo, debemos decir que el sabio profesor MAESTRE la estimaba benévola como de cierto interés, pues en la autopsia médico-legal importa utilizar métodos rápidos. No se olvide que a veces nos encontramos en la precisión de hacer la autopsia de tres o cuatro cadáveres. Por esto, el método que permita hacer la sección en menos tiempo en igualdad de seguridad en los resultados, siempre será preferi-

ble. Lo mismo decimos de los procedimientos que exigen el menos personal posible, no siempre disponible en la ayuda de quien hace la autopsia.

Puesta al descubierto la bóveda craneal, procedemos en todo conforme al método de MATA, conocido de todos los médicos españoles. Su descripción está hecha en todas las obras de Medicina Legal escritas en lengua española, entre ellas en algunas nuestras. Como hacemos exactamente la misma técnica, nada tenemos que indicar sobre el particular.

A continuación procedemos a una parte de la autopsia, que creemos de enorme trascendencia médico-legal: boca y región cervical.

La región cervical—permitásenos el escolio—es una de las más importantes del cuerpo humano en las peritajes forenses. El cuello es una caja de Pandora que nunca dejaremos sin abrir y sin examinar detenidamente. Claro está que se hace así en toda autopsia bien hecha, sea cualquiera el método empleado; pero no se hace en la forma que a continuación diremos, y, sobre todo, no se hace dejando *in situ* los órganos objeto de la necropsia. Nuestro proceder tiene esa ventaja fundamental. Digamos, porque es justo decirlo, que está copiado de la técnica de THORNTON. Se diferencia, no obstante, en varios puntos. Y, so-

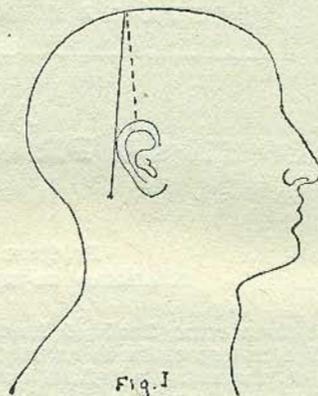


Fig. I

bre todo, forma parte de un todo en la sección anatómico-forense, que es lo que interesa a los fines periciales.

Hacemos una incisión que comienza en el borde superior, punto medio, del labio inferior, y sigue por la línea media de la región cervical hasta el mango esternal. La incisión debe hacerse a fondo, y no importa que se abra la tráquea. En el mentón se legra la masa muscular, y, después de haber separado lo necesario los colgajos labiales, se procede a aserrar el maxilar inferior, procurando no tocar con la sierra el labio superior, justamente por la parte correspondiente a la incisión cutánea. Una vez aserrado, se secciona la lengua por la mitad, y podemos contemplar las fauces, el suelo de la boca y el sistema dentario con toda facilidad.

Contéplase, igualmente, la rinofaringe, el velo del paladar, la epiglotis y los canales faringolaringeos, cuya observación detenida puede adquirir interés médico-legal.

La sección de tráquea y laringe, esófago y faringe se hace de delante atrás. Conviene ir plano por plano, y no realizar secciones caprichosas y arbitrarias. Podemos tener la seguridad de que todo será asequible a nuestra observación, y, sin la menor duda, que la presencia o ausencia de signos en la región que estudiamos nos proporcionarán juicios estimables para el informe de autopsia. Las conexiones vasculares de las paredes faringeadas serán tenidas en cuenta, y lo-

mismo las que la bóveda faríngea presenta con la apófisis basilar del occipital. No está de más el recordar el dato anatómico de que el límite inferior de la faringe corresponde a un plano que fuese tangente al borde inferior del cricoides; pero éste y otros detalles tienen escaso valor para la autopsia médico-legal, pues ésta busca, en la muerte violenta, el modo cómo se ha hecho un disparo, por ejemplo, la distancia a que se hizo, la posición relativa de agresor y agredido, etc., etc., y para ella no tiene demasiado interés una precisión anatómica que, por otra parte, no siempre está refrendada por todos los autores. Tal ocurre, por ejemplo, con la distancia que separa la extremidad inferior de la faringe y los arcos dentarios. Sería imperdonable un gran error anatómico; pero es de mayor trascendencia un erróneo concepto médico-legal. Lo primero afecta al profesional que lo comete, y tiene previsible arreglo. Lo segundo afecta al Derecho, y puede ser irremediable. De todos mo-

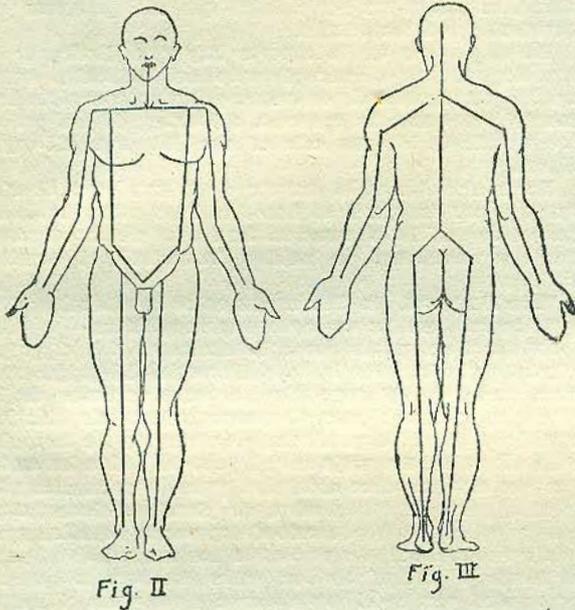


Fig. II

Fig. III

dos, es seguro que cualquier técnica de autopsia forense se convertirá en rutina de mozo de Depósito en manos de un médico olvidado de la Anatomía topográfica.

Lo ya hecho, que se lleva a cabo en muy pocos minutos, evita la posibilidad de duda diagnóstica en el caso de que, con carácter de homicidio o suicidio, una bala haya penetrado por la boca. No puede quedar ignorado un cuerpo extraño que, por penetrar en las vías aéreas superiores, haya producido la muerte. No es factible el olvido del estado de la mucosa laríngea, de la existencia o ausencia de tumores, pólipos, etcétera. No hay medio de que el observador no esté en condiciones de apreciar los signos de estados anoxémicos por CO y otra causa ni los dependientes de estrangulación, ahorcadura, sumersión o sofocación. Todo ello conseguido en poquísimo tiempo y sin necesidad de desplazamiento de órganos, con muchísima menos mutilación que con cualquier método de los conocidos, que en apariencia, por no hacer la incisión labial, son más conservadores de la morfología del cadáver.

Una incisión de la pared posterior de la tráquea en

toda su extensión pone al descubierto el esófago. El interés de su exploración salta a la vista. Con un poco de práctica es posible obtener datos relativos a la marcha de la descomposición cadavérica que no se logran en la inspección de la piel o de las vísceras. Además, como es natural, pone de manifiesto todo cuanto conviene sobre la naturaleza de sustancias ingeridas—ácidos, álcalis, materias colorantes o coloradas—y también las expulsadas por vómito, y que, limpiadas acaso por alguien en la boca, no han podido serlo en el esófago.

Después incidimos la pared posterior del esófago y faringe, y examinamos la aponeurosis prevertebral. Jamás dejaremos de hacerlo.

Un «ahogado blanco», en el que, después de una autopsia aparentemente completa, diagnosticamos un síncope cardíaco o algo parecido, nos obligará a rectificar la diagnosis de diez veces dos o tres, por lo menos, si examinamos su región cervical en la forma que venimos explicando. Desde luego, en no pocas ocasiones encontraremos la fractura aislada de un cuerpo vertebral cervical, y con suma frecuencia contusiones, zonas equimóticas en la aponeurosis vertebral, cuyo significado en Medicina Legal aparece evidente en cualquier obra de dicha materia.

Los esquemas adjuntos que ilustran este artículo dan clara idea de nuestro modo de proceder y nos evitan una larga descripción de lo que significa el método. Fíjese el lector, si le place, en la incisión que, a partir del término de la incisión medio cervical, termina en los hombros. Fácilmente se comprende que permite diseccionar dos amplios colgajos cutáneos que ponen al descubierto los músculos del cuello. En caso de tentativa de estrangulación, por ejemplo, vale más lo que se ve debajo de la piel que lo que en ésta queda como huella de la agresión. Puede ocurrir que, pese a lo que dicen los autores clásicos, y aun modernos, no existan en la piel señales inequívocas de haberse intentado estrangular a una persona, y, sin embargo, que las encontremos sin dificultad en planos más profundos. El examen de aponeurosis y músculos proporciona al médico legista o al médico que actúa como tal incidentalmente seguridades que no suele hallar en la inspección del tegumento cutáneo. Todo es muy importante, y debe ser recogido o anotado; pero, repetimos, la exploración por planos y el examen hecho en la forma que recomendamos, proporcionará al perito no pocos éxitos en su misión ante los Tribunales de Justicia.

Coincide lo que acabamos de decir con el cuidado que, en todo caso de muerte violenta, realizamos la autopsia de las extremidades. Una hipostasis pulmonar difícilmente explicable quedará explicada con diafanidad, encontrando una fractura maleolar no consolidada y que apenas si produce desdibujo anatómico y llama la atención de quien cree encontrarlo todo en las tres cavidades. La prueba objetiva de que ha habido lucha, defensa por parte de la víctima, de que ha sido maniatada, pese a sus esfuerzos por impedirlo, la encontraremos al realizar sistemáticamente las secciones que están representadas en los esquemas.

En otra ocasión es posible que hablemos de nuestro modo de actuar en la autopsia de las cavidades. De momento, sólo nos interesaba dar cuenta de las pequeñas reglas prácticas basadas en la necesidad de contestar en los informes médico-legales lo que en ellos tiene importancia sumarial y procesal. No olvide nunca quien realice una autopsia forense que en ella debe haber algo más que la descripción de los signos de una peritonitis o de una hemorragia cerebral. Eso es una parte necesaria de la autopsia, pero nada más que una parte.