

NOCIONES DE MEDICINA LEGAL PRACTICA

Por el Dr. *Guillermo Sarmiento L.*

La Autopsia Médico-legal

Nos proponemos en esta descripción, por lo demás pobre en detalles, hacer recordar algunas nociones de orden general, sobre el modo como se deben practicar las autopsias judiciales, a los médicos que tienen que ejercer las funciones de médicos-legistas en aquellas poblaciones que carecen de personal especializado.

No son nuestros deseos constituírnos en maestros de los médicos que ejercen los cargos de peritos; solamente el interés, de que esta clase de conceptos estén hasta donde las circunstancias del medio lo permitan, basados en sólidas conclusiones científicas y tratando de este modo, de subsanar en parte la falta de un personal preparado para el efecto.

Nada nuevo se encontrará en esta descripción; se trata de un extracto de los diversos métodos conocidos, tomando de cada uno aquello que nos ha parecido más práctico. El término autopsia, impropio por su constitución etimológica, (del griego autos-por sí mismo y ophis-vista) es la operación que consiste en abrir un cadáver y examinar detenidamente sus órganos, aparatos y tejidos. También ha recibido el nombre de necropsia, (de necros-muerte y ophis-vista, ver). Esta intervención no consiste como todos suponen, en ver únicamente, sino que hay que palpar, oler, seccionar, medir y pesar.

La definición más completa de autopsia es la siguiente: "El estudio detallado de un cadáver con el objeto de buscar y si es posible comprobar la causa de la muerte y las circunstancias en que ésta ocurrió". Muchas veces para llegar a conclusiones precisas, es necesario complementar la autopsia con exámenes de anatomía patológica, de bacteriología, de química orgánica y de medicina experimental.

En algunos países el legista interviene, antes de practicar la autopsia, en el levantamiento del cadáver, con el objeto de no per-

der ciertos detalles que servirán después de orientación al practicarla.

Entre nosotros la autopsia es obligatoria para todo individuo que haya muerto trágicamente, de modo repentino o sin asistencia médica. El artículo 305 del Código Penal dice: "el funcionario practicará una inspección ocular para examinar detenidamente el cadáver, la situación en que se encuentre y las heridas, contusiones y demás signos externos de violencia que presente. En seguida procederá a identificarlo y ordenará que se practique la autopsia para que se determine la causa de la muerte". El artículo 306 dice: "Sin haber practicado la autopsia a que se refiere el artículo anterior, no se inhumará el cadáver y si se hubiera inhumado sin ese requisito se exhumará para cumplirlo, dando aviso a la persona encargada del lugar donde se hizo la inhumación".

Principios Generales. Antes de practicar una autopsia, se debe recordar: 1—No existe detalle por pequeño que sea, que no pueda adquirir en ciertas circunstancias un valor de primer orden; razón por la cual se impone un examen minucioso del cadáver. 2—Las conclusiones a que se llegue después de practicar una autopsia médico-legal, están en estrecha relación con los conocimientos del profesional que la practica. Será por lo tanto necesario que el médico tenga conocimientos bien cimentados de anatomía humana, anatomía patológica, etc., y en especial de las relaciones que guardan entre sí los distintos órganos, las alteraciones que sufren estos al pasar por los distintos estados de la putrefacción cadavérica. 3—Como operación que es, debe seguirse en un orden metódico los distintos tiempos que la regulan. 4—Se debe disponer de un local conveniente y de un instrumental lo más completo que sea posible, lo mismo que de personal. 5—Debe evitarse el despedazamiento, el arrancamiento brutal de los tejidos y órganos. Evitar desprender o quitar colgajos importantes. Los cortes deben ser netos, sin tajos, practicando las incisiones perpendiculares a la piel. 6—El hecho de encontrar en un principio la causa posible, de la muerte, no implica el que se dé por terminada la autopsia; esto, con el objeto de evitar una exhumación en el caso de que el funcionario pidiera una ampliación del dictamen.

Debe recordarse siempre las siguientes frases: "La autopsia cualquiera que sea el objeto no debe ni deformar, ni dilacerar la parte sometida al examen". Zächias dice: "Una autopsia mal hecha no puede rehacerse nunca".

La autopsia médico-legal, difiere de la autopsia clínica en los siguientes puntos: 1—Se ignoran generalmente los antecedentes a la muerte. 2—El operador no lleva diagnóstico alguno. 3—Se practica inmediatamente o mucho tiempo después de la muerte. 4—Se

abren todas las cavidades y se hace la disección de todos los tejidos. 5—La inspección general tiene que ser minuciosa y tiene mayor importancia que en la autopsia clínica. 6—Se practica siempre por orden de una autoridad competente.

Instrumental: Se debe tener un instrumental lo más completo posible, a saber: cuchillos de lámina conveja, cuchillos de lámina recta, cuchillos para cerebro con punta afilada, escalpelos de varias dimensiones, tijeras rectas y curvas, pinzas de disección, costótomos, sondas acanaladas, estiletes romos, martillo de gancho, mazo de hierro, ruginas, raquitótomo, palanca de Farabeuf, sierras, separadores, pinzas de huesos, cinceles, rodillos, cinta métrica metálica, compás de espesor, cerdas o hilos, agujas de sutura, aparato de Balthazar para fijar la cabeza, lupas, catéteres, jeringas, esponjas, balanzas, guantes y bocales.

Personal: En toda autopsia deben intervenir, un operador, un ayudante y un escribiente. Este último tiene por funciones anotar inmediatamente todos los detalles que vayan observando el operador y su ayudante durante la práctica de la autopsia; evitando de este modo, confiar a la memoria ciertos datos, que aunque considerados aisladamente no tienen mayor importancia, llegado el momento pueden influir de modo decisivo sobre las conclusiones.

Técnica General de la Autopsia: Antes de seguir adelante, insistimos una vez más, sobre la obligación que hay de practicar la autopsia completa, evitando darla por terminada al encontrar en un principio la causa posible de la muerte. La operación debe continuarse hasta que todas las cavidades, órganos y tejidos hayan sido minuciosamente explorados.

Inspección general: Si el cadáver está vestido se procede a desvestirlo, anotando y enumerando cuidadosamente pieza por pieza, el estado de éstas, si presentan manchas de sangre o de otras substancias, si hay desgarraduras, huellas de violencia o de lucha, se busca la correspondencia de una perforación de la ropa con la herida que pueda presentar el cadáver, si hay tatuajes en la ropa, etc. Una vez desnudo se procede a la inspección propiamente dicha; edad aparente, sexo aparente, conformación del cuerpo, estado de nutrición, estatura, corpulencia, actitud general de la cabeza, del tronco y de los miembros, estado de rigidez, color, alteraciones cadavéricas, estado de la piel, huellas de violencia (equimosis, hematomas, erosiones, escoriaciones, heridas abiertas, etc.), tatuajes, cicatrices, huellas de intervenciones quirúrgicas recientes o antiguas.

Descripción minuciosa de las heridas, sitio de localización, dimensiones, caracteres de los bordes, clase de arma con que fueron causadas. En caso de encontrar equimosis es necesario describir su extensión, situación, coloración, profundidad y fecha aproximada

del traumatismo que la produjo. Conviene tener especial cuidado en no confundir una equimosis con una lividez cadavérica; en caso de duda debe recordarse que una equimosis no desaparece a la presión y que al practicar una incisión de los tejidos en donde se halla localizada, se puede apreciar que éstos, se encuentran infiltrados de sangre. No hemos podido comprobar que haya producción de equimosis después de la muerte, como sostiene algunos autores. Por último se hará un examen detenido de los orificios naturales y de los órganos genitales externos.

Exploración de las heridas. Se principia por separar los bordes de la herida, para poder apreciar en el fondo lo que se vea buenamente; enseguida se talla un cuadrilátero, interesando la piel y que sobresalga cinco centímetros aproximadamente de cada lado de la herida, diseccándolo después para observar lo que se vea en este plano. Hechas las anotaciones del caso, se procede de modo semejante a la disección de los tejidos blandos subyacentes, plano por plano, hasta penetrar en la cavidad si es el caso o llegar al hueso o al orificio de salida. Terminada la exploración de todo el trayecto de la herida se procede a colocar los colgajos en su orden y a practicar las suturas respectivas.

Este método tiene la ventaja, de que la herida no sufre modificación alguna durante la exploración, evitando borrar así ciertos datos que puedan ser de gran importancia.

En el caso de una herida causada por proyectil de arma de fuego, se procede de manera semejante, teniendo el cuidado previo de estudiar detalladamente el orificio, el tatuaje, las granulaciones de pólvora, el chamuscamiento de los pelos, etc. En algunos casos es conveniente conservar un fragmento de piel y de los tejidos blandos interesados por el proyectil para hacer los correspondientes exámenes de laboratorio.

Autopsias de las cavidades. Cuando se presuma encontrar en determinada cavidad la causa de la muerte, la autopsia se comenzará por abrir dicha cavidad; en el caso contrario se comenzará por abrir la cavidad craneana. En las tres cavidades se apreciará: a) situación de los órganos, b) color y particularidades de la superficie de éstos, c) cuerpos extraños, gases, líquidos, coágulos, etc., y d) examen en particular de cada órgano.

Autopsia del cráneo. Después de explorar minuciosamente las distintas partes de la cabeza, para buscar lesiones externas, se procede a colocar en la región de la nuca un rodillo de madera, para darle más firmeza a ésta. 1er. Tiempo: Incisión bimastróide, en un corte semicircular del cuerpo cabelludo y de la aponeurosis hasta el hueso, pasando por la porción baja del occipital y partiendo del lado izquierdo. Cuando sea necesaria la exploración de las partes

internas de la cara, se prolongará la incisión hasta el cuello, desprendiendo después la piel hacia delante. Para abrir la cavidad craneana se puede también practicar otra incisión que siga el plano frontal y que parte de la inserción del pabellón de la oreja izquierda a la inserción del pabellón de la oreja derecha.

2º Tiempo. Separando los labios de la incisión, se lleva hacia delante por simple tracción, el colgajo anterior o frontal, incidiendo con un bisturí aquellas adherencias, que no cedan a ésta; el desprendimiento de este colgajo se lleva hasta los rebordes orbitarios y la raíz de la nariz. El colgajo posterior u occipital, se lleva hacia atrás, haciendo uso del bisturí, por presentar mayores adherencias; el desprendimiento se lleva hasta por debajo de la protuberancia occipital externa.

3er. Tiempo. Corte circular con bisturí de la aponeurosis y de los músculos temporales, que pase por delante a un centímetro por encima de los rebordes orbitarios, por detrás por la protuberancia occipital externa y por los lados a nivel del borde superior del pabellón de las orejas.

4º Tiempo. Levantamiento de la bóveda craneana. La sección del cráneo debe hacerse con sierra, si no se tiene a la mano un trépano eléctrico, y nunca con cincel y martillo. Se comenzará la sección por la región frontal izquierda, después región frontal derecha, región temporal derecha, región occipital, región temporal izquierda, para terminar en el punto de partida o sea en la región frontal izquierda. Debe evitarse que la sierra penetre profundamente, caso en el cual, interesaría las meninges y las circunvoluciones cerebrales. Terminada la sección del casquete óseo, se introduce la punta del gancho del martillo, a nivel de la parte frontal de la sección, y manteniendo fija la cabeza, se hace una fuerte tracción hacia arriba y atrás, obteniendo de este modo el desprendimiento del casquete. Queda así al descubierto la duramadre.

5º Tiempo. Liberación de la masa encefálica. Antes de proceder a practicar este tiempo se debe explorar detenidamente la duramadre y sobre todo el estado de las arterias meningeas medias. Después se practica la incisión de la duramadre; incisión que se puede practicar de dos modos. a) A nivel de la línea frontal media se practica una pequeña incisión en forma de ojal; por este ojal, se introduce la rama roma de una tijera (con el objeto de proteger el cerebro) y se secciona de delante atrás de cada lado, siguiendo la línea de sección del cráneo. Se obtienen de este modo dos colgajos que tienen su inserción a nivel del seno longitudinal superior. En seguida se desprende la hoz del cerebro de su inserción en la apófisis "crista gall" y se termina tirando hacia atrás y hacia abajo la hoz del cerebro. b) También se puede practicar dos incisiones en

forma de T, de cada lado del seno longitudinal y de tal modo que la rama transversa de la T sea paralela a éste seno.

6º Tiempo. Separación y extracción del cerebro. Se introducen los tres dedos medios de la mano izquierda por debajo de los lóbulos frontales, procurando levantarlos con los bulbos olfativos; después se procede a seccionar vasos y nervios así: nervios ópticos (II par) antes de su salida por los agujeros ópticos; arterias carótidas a nivel de los agujeros carotídeos; un poco hacia atrás el nervio motor ocular común (III par). Después, siguiendo por el lado derecho y practicando simultáneamente la desinserción de la tienda del cerebelo a nivel del seno petroso superior, se seccionan; un poco hacia afuera y empezando a incidir la tienda del cerebelo, el patético (IV par); detrás del patético, el trigémino con sus dos raíces (V par); hacia adentro y atrás, se secciona el motor ocular externo (VI par) a nivel del seno cavernoso; el facial (VII par), auditivo (VIII par) e intermediario de Wirsberg a su salida por el agujero auditivo interno; glosio-faríngeo (IX par), neumogástrico (X par) y espinal (XI par), en las inmediaciones del agujero rasgado posterior, y por último, junto al agujero condileo anterior se secciona el nervio craneano más inferior e interno, en relación con los últimos nervios citados, el nervio hipogloso (XII par) y las arterias vertebrales. Después se hace lo mismo del lado izquierdo. Para terminar se secciona la medula de izquierda a derecha, dando un corte recto y lo más bajo que se pueda en el conducto raquídeo.

7º Tiempo. Examen de la masa encefálica. Inmediatamente después de haber caído la masa encefálica por acción de su propio peso, se explora detenidamente la base del cráneo, limpiando con una esponja los líquidos orgánicos. Se separa después el encéfalo del mesocéfalo, practicando un corte transversal a nivel de los pedúnculos, por encima de la protuberancia, dirigido de delante atrás y de derecha a izquierda.

Para explorar el cerebro se pueden practicar diversidad de cortes; sin embargo, estimamos como muy prácticos los que aconseja el Prof. Bosch, y que son: 1º Frontal, que pasa inmediatamente por delante de los lóbulos temporales. 2º Pasa por delante del quiasma óptico y comprende la parte anterior de los lóbulos temporales. Este corte permite ver el cuerpo calloso, por debajo, el septum lucidum, al que se unen los pilares del triángulo, y a los lados los ventrículos laterales. En la línea media y debajo el ventrículo medio, y a los lados los núcleos caudados. 3º Pasa por los tubérculos mamilares. Permite ver los ventrículos laterales separados por los plegos coroides, unidos éstos, a los pilares del triángulo. 4º Pasa por detrás de los pedúnculos cerebrales y deja ver los cuernos occipitales de los ventrículos laterales. 5º Pasa por el rodete del cuerpo callo-

so. Deja ver en cada ventrículo, en su porción posterior, la bóveda formada por el segmento posterior del asta occipital del cuerpo calloso o forceps mayor y el piso, por la porción inferior del asta esfenoidal del cuerpo calloso o tapetum.

El cerebelo se explora en su parte interna, haciendo un solo corte que pasa por delante por el surco bulbo protuberancial y por detrás, por el gran surco marginal de Vicq D'Azyr. El corte debe seguir una dirección perpendicular al eje sagital del itsmo. Ambos hemisferios aparecen unidos por las formaciones del vermis, que son de delante atrás, la úvula y la pirámide de Malacarne.

8º Tiempo. Una vez terminada la exploración se coloca la masa encefálica en la cavidad craneana, se tapa con el casquete óseo que se ha quitado, se rebaten los colgajos del cuero cabelludo y se suturan.

Autopsia toraco-abdominal: Conviene abrir primero el tórax y después el abdomen, evitando en lo posible la comunicación de las dos cavidades; de este modo, no hay desplazamientos viscerales, ni paso de los líquidos de una cavidad a la otra, lo que haría difícil la exploración.

1er. Tiempo. Incisión mento-pubiana profunda, que partiendo a un centímetro por debajo del mentón, sigue la línea media, contornea el ombligo a la izquierda y termina en la sínfisis pubiana. Esta incisión debe poner al desnudo la aponeurosis del abdomen. Aconsejamos practicar una segunda incisión transversal, que va de una articulación acromio clavicular a la otra y que tiene por objeto facilitar la exploración del tórax.

2º Tiempo. Disección y rebatimiento de los colgajos cutáneo musculares, poniendo al desnudo la pared anterior del tórax hasta más allá de la línea axilar anterior.

3er. Tiempo. Sección y levantamiento del plastrón esterno costal. Con un costotomo se seccionan las costillas a unos ocho o diez centímetros hacia afuera de la línea condro-costal, de abajo arriba. Al llegar a la segunda costilla se procede a la desarticulación de la clavícula con el esternón; seccionando con un cuchillo de tamaño mediano, los ligamentos y la cápsula articular contornándola y dirigiendo el filo del cuchillo hacia la clavícula y la punta al exterior. Esta desarticulación debe hacerse con sumo cuidado, con el objeto de evitar herir los vasos subyacentes; pues en el caso de lesionarlos se produciría una gran hemorragia que estorbaría las ulteriores exploraciones. Después se termina la sección de las costillas.

Para terminar este tiempo se introduce la mano izquierda por debajo del plastrón y en la región del apéndice xifoides, se levanta con fuerza de abajo arriba y se van cortando las inserciones musculares y serosas retro-externales. Obrando así, queda separada la ca-

vidad torácica de la abdominal por el diafragma que ha permanecido intacto y guardando sus relaciones con los músculos de la pared abdominal.

4º Tiempo. Levantado el plastrón se abren la pleuras y el pericardio; se examinan en su lugar, el mediastino, los ganglios torácicos, el timo, los grandes vasos, el corazón y los pulmones. Se saca el corazón se abre cada aurícula, cada ventrículo por separado, se examinan las válvulas, se ve el estado de los orificios arteriales y después el del músculo cardíaco. Extracción de los pulmones, se practican cortes de éstos y se inciden con tijeras los grandes vasos pulmonares y las vías aéreas hasta donde sea posible.

5º Tiempo. Abertura del abdomen. Se profundiza la incisión que se ha practicado en el primer tiempo, llevándola hasta el peritoneo. Después con unas tijeras romas se secciona el peritoneo, al que se le ha practicado previamente una incisión pequeña. Queda así a la vista toda la cavidad abdominal, separada de la torácica por el diafragma.

6º Tiempo. Exploración de la cavidad abdominal. Inspección in situ del epiplón, estómago e hígado. Levantado el epiplón se exploran en orden los demás órganos, minuciosamente.

7º Tiempo. Se termina por colocar convenientemente las vísceras en sus respectivos sitios y se cierran las cavidades, uniendo con puntos de sutura los colgajos que se han practicado.

Autopsia medular. Cuando haya necesidad de practicar la exploración del conducto raquídeo y de los centros nerviosos que contiene, debe hacerse primero que la de las demás cavidades, es decir, cuando el cadáver está intacto.

1er. Tiempo. Incisión occipito-sagrada, siguiendo la línea de las apófisis espinosas e interesando profundamente los tejidos blandos.

2º Tiempo. Desprendimiento de las masas musculares que ocupan ambos lados de las apófisis espinosas.

3er. Tiempo. Sección de las láminas vertebrales con el raquitó-tomo ordinario recto, de abajo arriba, aislamiento y ablación de las apófisis espinosas.

4º Tiempo. Liberación y ablación de la medula espinal, puesta al desnudo.

5º Tiempo. Sección transversal de la cola de caballo por debajo de la tercera vértebra lumbar, desprendimiento de la superficie exterior de la dura madre, sección de los pares raquídeos y por último desprendimiento de la dura madre alrededor del agujero occipital.

6º Tiempo. Después de haberse explorado el conducto raquídeo y la medula aisladamente, se coloca ésta en su sitio, después las

apófisis y por último se rebaten los colgajos cutáneo-musculares, suturándolos.

Autopsias en casos especiales.

En los recién nacidos. Al practicar una autopsia en un recién nacido, hay que tener en cuenta lo siguiente: 1—Al abrir la cavidad craneana no se debe usar la sierra; basta con hacer uso de unas tijeras, ya que no hay una total osificación. 2—Como generalmente los funcionarios piden concepto sobre edad, es necesario investigar cuidadosamente los núcleos de osificación, pesar y medir el cadáver y ver detenidamente el estado de la piel. 3—Conviene siempre practicar las pruebas de docimacia, para saber si ha respirado o nó. 4—Buscar detenidamente huellas de violencia en el cuello, en la boca y ver el estado del cordón umbilical. 5—Al explorar el corazón hay que ver el estado de las válvulas, si persiste el agujero de Botal o el conducto arterio-venoso. 6—Ver el estado del timo, de los huesos y de las fontanelas. 7—Al hacer la autopsia toraco abdominal, hay que tener cuidado de practicar una incisión que partiendo del mentón se dirija hacia abajo, siguiendo la línea media: al llegar por encima del ombligo se bifurca y cada rama, se dirija respectivamente al punto medio de la arcada crural correspondiente.

Docimacia. Para esta prueba se coloca una ligadura en la tráquea por encima del esternón, antes de abrir el tórax. Después se secciona la tráquea por encima de la ligadura y se extrae con los demás órganos torácicos. El conjunto se lleva a una vasija llena de agua pura, para ver si sobrenada; en seguida separando el timo y el corazón se practica la misma prueba. También se practicarán cortes del pulmón y se observará si hay crepitación; después se hará la misma prueba de la docimacia con estos fragmentos y se tendrá el cuidado de comprimirlos dentro del agua para ver si salen burbujas a la superficie.

En los envenenados. Si se sospecha intoxicación o envenenamiento, se principiará la autopsia por la cavidad abdominal y se tendrá especial cuidado en apreciar el aspecto exterior de las vísceras (vascularización y color) y se tomará nota del olor. Se observará también, el estado de la mucosa de los labios y de la boca en general.

Como es necesario practicar algunos exámenes de laboratorio, se colocarán ligaduras a nivel del cardias y del duodeno por debajo de la desembocadura del colédoco, se secciona por encima y por debajo respectivamente de estas ligaduras y se extraerá el estómago y su contenido, llevándolos después a un bocal. También se extrae-

rá orina por punción de la vejiga y sangre de la profundidad de los órganos (especialmente del corazón). Si se sospecha una intoxicación crónica por arsénico se tomarán muestras de las uñas, pelos y de los huesos planos.

Estas piezas que se envían al laboratorio, deben ir en bocales o frascos de cristal herméticamente cerrados, sin agregar substancia alguna, como alcohol o formol. Nunca se debe emplear recipientes metálicos.

SUMARIO

- I—El autor, Jefe de trabajos de Medicina legal, presenta un estudio titulado "La autopsia médico-legal".
Hace una breve descripción del tema y lo inicia con una definición sobre autopsia.
- II—Anota los principios generales que han de seguirse y llama la atención sobre este punto recordando las siguientes frases:
"La autopsia cualquiera que sea el objeto no debe ni deformar, ni dilacerar la parte sometida al examen". "Una autopsia mal hecha no puede rehacerse nunca".
- III—Aconseja el instrumental que debe emplearse, el personal y la técnica general que ha de seguirse en cada una de las regiones, considerando además a los recién nacidos y a los envenenados.

SUMMARY

- I—The writer, director of medico-legal operations, gives, in a paper entitled "Medico-legal postmortems", a short description of the subject, commencing with a definition of "postmortem".
- II—He indicates the main principles to be followed, and calls attention to the point established in the following phrases: "Postmortem, whatever its object, must never deform or mutilate the organ under examination". "A badly executed postmortem can never be repeated".
- III—Advice on instruments required, the assistance necessary and general technique to be adopted in each portion of the body, with special consideration regarding newborn babies and poisoning cases.