

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA



Algunos Aspectos de la Medicina Legal en El Salvador

TESIS DOCTORAL

PRESENTADA POR

AMADEO CORTÉS MARTINEZ.

SAN SALVADOR, MAYO DE 1953.

19
282
53
Acad.
24



062676

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

Rector:

INGENIERO ANTONIO PERLA.

Secretario General:

DOCTOR JOSE SALINAS ARIZ.

FACULTAD DE MEDICINA

Decano:

DOCTOR ERNESTO FASQUELLE.

Secretario:

DOCTOR ROBERTO A. JIMENEZ.

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA

Primer Examen de Doctoramiento Privado:

CLINICA OBSTETRICA:

Dr. José González Guerrero.
Dr. Salvador Batista Mena.
Dr. Antonio Lazo Guerra.

Segundo Examen de Doctoramiento Privado:

CLINICA MEDICA:

Dr. Luis Edmundo Vásquez.
Dr. Lázaro Mendoza h.
Dr. Pedro Menéndez.

Tercer Examen de Doctoramiento Privado:

CLINICA QUIRURGICA:

Dr. Luis A. Macías.
Dr. Ricardo Posada h.
Dr. Ricardo Jaimes Burgos.

Jurado de Doctoramiento Público:

Dr. Alberto Rivas Bonilla.
Dr. Pedro Menéndez.
Dr. Romeo E. Menéndez.

DEDICATORIA

A MIS PADRES, con eterna gratitud.

A MIS FAMILIARES, con amor filial.

A MIS AMIGOS, con carino.

A MIS MAESTROS, con profundo agradecimiento.

A LAS PERSONAS QUE ME DIERON COLABORACION
PARA ESTE TRABAJO, con sincero aprecio.

PLAN DE TRABAJO

“Algunos Aspectos de la Medicina Legal en El Salvador”

PROLOGO

CAPITULO I

- A) Casos de Muerte por Aborto Criminal. Comentario de Algunos de Ellos.
- B) Abortos Criminales Encontrados en el Servicio “Anexo Maternidad General” en la Revisión de 300 Casos de Aborto.

CAPITULO II

Casos de Muerte por Presumibles Envenenamientos. Comentario de Algunos de Ellos.

CAPITULO III

Consideraciones y Conclusiones Derivados del Anterior Estudio.

PROLOGO

LOS hechos relatados en este trabajo no podrán más que esbozar una desconcertante situación, mostrarán apenas una faceta de un problema complejo, constituyen tan sólo una pequeña fracción de un número múltiple de calamidades, pero pueden servir de índice para señalar un angustioso y alarmante aspecto de nuestra sociedad.

Asombra sobre manera el desprecio con que se estima y se valora la vida humana en nuestro medio, la frivolidad de la Justicia ante las muertes más misteriosas y la indiferencia de la ciudadanía ante los actos delictuosos, evadiendo su colaboración, aún tratándose de la gente de buena cultura, cuando, todo lo contrario, cada ciudadano DEBE SER un policía por convicción, un guardián de las leyes, un pionero en la cruzada contra la delincuencia.

Si se trata de revolucionar al País, la Justicia deberá marchar a la vanguardia, combatiendo al delincuente, garantizando a la persona honrada, protegiendo la moralidad y las buenas costumbres del individuo, como medio profiláctico para evitar que este caiga en la corrupción y en el delito, su consecuencia.

La Historia nos ha enseñado que las civilizaciones más flocientes se han derrumbado cuando los pueblos se corrompieron en sus costumbres, por los vicios, perversiones, latrocinio, crímenes, etc. Nuestro pueblo no ha subido aun en la escala del progreso y si descuidamos su aspecto moral y social, ese será el fatídico lastre que le impedirá levantarse.

Para tal fin deberá mejorarse al individuo, que es la unidad más simple de la sociedad, porque ese individuo RESPONSABLE, sano de cuerpo y espíritu, podrá ser el soporte sólido que mantenga las obras construidas, que las aprecie, las cuide y las supere.

Para realizar un trabajo de la naturaleza del que presento se necesitaban pruebas fehacientes, cuidadosamente recopiladas y no basarse en simples rumoraciones. En busca de tales pruebas me decidí a revisar en el Archivo de Anatomía Patológica, los libros de autopsias abarcando desde 1944 a 1952, ambos años inclusive; en el Servicio "Anexo Maternidad General" revisé el Libro de Exá-

menes Ginecológicos, para obtener 300 casos consecutivos de aborto, de entre los cuales buscaría los abortos criminales, labor que a su vez necesitaba la lectura de las 300 fichas correspondientes, las cuales las obtuve en el Departamento de Información del "Hospital Rosales". Finalmente, para saber el desenlace que tuvieron los casos de muerte por cualquiera de las causas tratadas en este tema, había que revisar los libros de entradas de casos de los juzgados para cerciorarse primero si estaban registrados y luego leer su causa.

Me he asesorado de un abogado únicamente para la explicación de algunas expresiones y conceptos jurídicos indispensables.

Desdichadamente, de los casos que recopilé en los libros de autopsias hube de perder más de la mitad, porque para presentar el caso completo se necesitaba la ficha clínica, la causa, etc., y éstas no estaban o no se lograban encontrar en el correspondiente archivo. Así me logré dar cuenta por ejemplo, que el archivo del Departamento de información del "Hospital Rosales" sólo existe en forma organizada desde el año de 1949 en adelante, pero las fichas registradas antes de ese año, no son más que un cúmulo de papeles polvorientos.

No obstante, me parece que el número de casos que logré completar basta para que el lector se forme el concepto de una caótica situación en nuestra Medicina Legal, y vislumbre las grandes deficiencias de nuestra Justicia.

Antes de entrar en materia debo advertir que he abordado este tema únicamente desde el punto de vista médico-legal, dejando la parte jurídica a un lado, desde luego que ese es problema del abogado.

Es mi deseo ferviente que esta Tesis sea declarada letra muerta pronto, tan pronto como desaparezca el motivo por el cual ha sido escrita, pero nunca antes de ello, para que pueda descansar en paz en su archivo... no como esos muertos que va a remover en su tumba fría.

CAPITULO I

A) Casos de muerte por aborto criminal. Comentario de algunos de ellos.

El Artículo 364 de nuestro Código Penal, dice textualmente:
Art. 364.—El que de propósito causare un aborto será castigado:
1º—Con seis años de presidio si ejerciere violencia en la mujer.
2º—Con cinco años de presidio si, aunque no ejerciere violencia, obrare sin consentimiento de la mujer.
3º—Con cuatro años, si la mujer lo consintiere.

CASO N° 1

Relataré este caso en el cual intervine, de manera directa, buscando que se hiciera justicia.

Se trata de M. O. G., de 30 años de edad, originaria de Teotepeque, Departamento de La Libertad, vecina de Villa Delgado. Registro N° 58160.

El 30 de junio de 1952, el señor Practicante de Turno en el Consultorio Externo, anota los siguientes datos:

“Temp., 36°c. Pulso, incontable. T. A., 80×40.”

HISTORIA: es traída en estado de «shock» por el marido, quien refiere: que había perdido su regla por tres meses. Los dos no querían tener otro hijo.

Ayer salió de su casa a la 10 a. m. y dos horas después (12 Md.) se volvieron a juntar. A las 4 p. m., sintió ella sensación de frío; a las 10 p. m., le entró fiebre, y a las 12 p. m., le comenzó fuerte hemorragia, expulsando abundantes coágulos y aumentándole progresivamente dicha hemorragia. A las 11 a. m. del día siguiente, la paciente se extrajo de los órganos genitales un asunto de hule (¿sonda?) y a las 12 Md. perdió el sentido.

EXAMEN FISICO: paciente en completo estado de «shock», délica, pupilas no reaccionan a la luz.

Aparato circulatorio: ruidos cardíacos, apagados.

Examen ginecológico: uretra y bartolín, negativos; cuello reblandecido, con el orificio externo dilatado, que permite introducir el dedo; cuerpo uterino como de 2½ meses de embarazo. Anexos libres. Dedo sale manchado de sangre.

Abdomen blando, no doloroso, gorgoteo en ambas fosas ilíacas. Hay equimosis en la piel del abdomen.

IMPRESION CLINICA: aborto incompleto. ¿Ruptura uterina?

El señor Permanente fué llamado a consulta, quien dejó la siguiente nota: "Fuí llamado inmediatamente y encuentro que la paciente ha fallecido."

Me di cuenta del caso y sugerí al señor Permanente que ordenara la autopsia y que llamara a la Policía de Investigaciones Criminales, sugerencias que atendió de inmediato.

Presentes los judiciales, les explicamos el caso. Hacen una breve inspección y se retiran, después de pronunciar las siguientes palabras: "no tiene lesiones externas".

Llamamos nuevamente a la Policía de Investigaciones Criminales, llegando esta vez el señor Juez, dos Médicos Forenses y dos policías judiciales; pero en el tiempo que había transcurrido, los dolientes se llevaron el cadáver, pese a las razones que les expusimos para que esperaran.

Posteriormente la Policía de Investigaciones Criminales se limitó a tomar unas cuantas declaraciones de testigos, en las cuales aparecía de por medio una enfermera. En estas condiciones, la causa fué traspasada a uno de los Juzgados de Paz, donde únicamente fué archivada sin que nadie se volviera a ocupar de ella.

El 11 de abril próximo pasado traté de obtener algunos informes, pero fué imposible a los empleados encontrar el proceso en el archivo, el cual, según lo visto, allí quedará para siempre sepultado entre un mare magnun de papeles, que deben representar otras tantas historias semejante a la que hemos expuesto.

De paso contaré este detalle que adquiere la calidad de ridículo, a la vez que denigrante, para una persona honrada. Es el siguiente: En la carátula de la causa archivada por la Policía de Investigaciones Criminales y escrito a máquina, se mencionaba como indiciado al señor Practicante que en el Consultorio fué llamado en consulta para examinar a la enferma. Se trata precisamente de mi compañero, con quien habíamos denunciado el caso a la policía.

COMENTARIO: me parece que este caso no amerita una crítica científica, por estar demasiado crudo el descuido de las autoridades, y creo que tampoco necesitan discusión las cosas que caen de su peso.

Por consiguiente, dejaré el comentario para vosotros, ciudadanos conscientes.

CASO N° 2

F. N. A., 35 años, Registro N° 100635.

Diagnóstico Clínico: miocarditis, hepatitis por intoxicación. Aborto incompleto.

Día de la defunción: 16 de noviembre de 1952 a las 4 hs. 10 mnts. Autopsia N° 895, practicada el 16 de noviembre de 1952 a las 10 hrs.

Resumen Clínico: consulta el día 15 de noviembre de 1952, por hemorragia vaginal y dolor.

Refiere la enferma: que después de perder su regla un mes, el 15 de octubre se introduce en la vagina una pastilla de permanganato de potasio, causándole hemorragia, la cual duró dos días y luego quedó bien, hasta ayer a las 6 a. m., hora en que INGIERE DOS CUCHARADAS DE UN LIQUIDO ACHOCOLATADO QUE LE DIERON PARA LA ANEMIA, presentando a las 8 a. m. escurrimiento vaginal, incoloro, que se volvió sanguinolento ayer mismo por la tarde (4 y 30 p.m.), EXPULSANDO AQUI EN EL SERVICIO UN EMBRION COMO DE DOS Y MEDIO MESES.

Dice también la enferma que después de tomar el líquido se le instaló fuerte dolor en el vientre y rabadilla, persistente hasta hoy. Anoche le empezó cansancio, poniéndose roja de la cara; ha notado que las uñas se le han puesto moradas. Asegura que siempre ha tenido un color amarillento de los ojos, pero que desde anoche este color ha aumentado. Anoche también estuvo «arrojando». Dice no haber orinado desde ayer al mediodía; también ha «escupido sangre».

EXAMEN FISICO: paciente intranquila, quejumbrosa, presenta la cara congestionada, lo mismo que la pared anterior del tórax, en donde se observan petequias diseminadas, lo mismo que en los miembros superiores y abdomen. Conjuntivas ictéricas, pupilas reaccionan bien a la luz, mucosa bucofaringea congestionada. Hay cianosis perioral, lo mismo que de las uñas.

Aparato Circulatorio: pulso: 140 por minuto, a la auscultación del corazón se aprecia ritmo de galope.

Aparato Digestivo: náuseas y vómitos, cámaras blandas en número de dos, abdomen doloroso, no se puede explorar bien. Bazo: negativo. Hígado percutible desde el 4° E., no palpable, pero el hipocondrio derecho es doloroso.

Aparato Respiratorio: 60 respiraciones por minuto, auscultación y percusión, negativas.

Examen Ginecológico: vulva cerrada, manchada de sangre, vagina libre, cuello abierto, se toca la placenta, útero desviado a la izquierda, aumentado de tamaño, anexos no se pueden explorar bien.

Sistema Nervioso: reflejos patelares disminuidos, cutáneoabdominales abolidos, plantar presente.

Luego hay una nota que dice: 15 de noviembre de 1952, 10 $\frac{1}{2}$ a. m. El cuadro que presenta esta paciente de unas 16 a 18 hrs. de evolución corresponde a una Hepatitis aguda (ictericia marcada, equimosis, petequias, congestión de los tegumentos, vómitos) y ataque al miocardio manifestado por ritmo de galope bien manifiesto. La etiología de este cuadro es muy probable de ser debida a sustancias abortivas: la historia de haber ingerido unas cucharadas de «color y sabor a chocolate» hablaría en favor de ello. El pronóstico es grave.

La paciente falleció el 16 de noviembre a las 4 hrs. 10 minutos.

Tratamiento: oxígeno, Vitamina K, antibióticos, complejo B.—Exámenes de sangre no pudieron ser verificados debido a la gran hemólisis. Los datos que presentan interés para el caso reportados por la necropsia, son los siguientes: A la inspección: tegumentos morenos, con un tinte violáceo de toda la piel. Ojos: color amarillo de las conjuntivas, pterigiones bilaterales. Resto normal.

Incisión: en «Y» sobre tórax y abdomen para la extracción de las vísceras y bimastróideas para extracción del encéfalo.

Cavidad pericárdica: en dicha cavidad se encuentra líquido color rojo oscuro en cantidad de 30cc.

Cavidad abdominal: se encuentra el peritoneo, tanto el parietal, como el que recubre las asas intestinales, de color rojo oscuro. El borde del hígado se encuentra a tres centímetros del apéndice xifoides en la línea media, estando a nivel del reborde costal en el resto. El útero, de color rojo oscuro SE ENCUENTRA A TRES TRAVESES DE DEDO SOBRE EL PUBIS.

Corazón: nada de importancia.

Pulmones: pesaron 575 gramos., pequeños, superficies color rojo oscuro sobre todo a nivel de las bases. Crepitación disminuida del parenquima; al presionarlo en algunos sitios, sobre todo a nivel de las bases, deja escapar un líquido rojo, mientras que en otros sitios se escapa un líquido rosado espumoso.

Hígado: nada de importancia.

Bazo: pesó 135 gramos. Cápsula gris, rugosa, parenquima rojo oscuro, consistencia un poco blanda, dejando escapar al presionarlo abundante líquido de color rojo, espeso. Se aprecian numerosos tractos fibrosos.

Digestivo: estómago presenta su pared externa de color rojo, lo mismo que la correspondiente de las asas intestinales. Mucosa gástrica bien conservada, en la cavidad del órgano se encuentra líquido verde

oscuro, conteniendo mucus. Mucosa intestinal bien conservada, en algunas zonas se encuentran hemorragias de la mucosa, en otras, correspondientes a la porción final del íleon, se aprecian unas ulceraciones de aspecto granuloso y color blanquecino.

Páncreas: nada de importancia.

Riñones: pesaron 210 gms. Su superficie externa de color rojo-regruzco. Al corte la relación córtico-medular está completamente perdida, siendo el parenquima de un color rojo-oscuro, casi negro. Pelvis renales presentan una coloración análoga, aunque más pálida.

Vejiga urinaria: se encuentra vacía, en su pared posterior se aprecia la mucosa de aspecto gelatinoso, de color rojizo.

Útero: mide 10 centímetros de longitud, es de aspecto globuloso, presentando en su cara anterior y cerca del fondo, una tumoración redondeada, de un centímetro de diámetro, color amarillento. La pared uterina mide 2 centímetros de espesor, presenta análogas tumoraciones a la descrita, pero de menores dimensiones. En la cavidad uterina se encuentra la placenta bien adherida a las paredes, el cuello es edematoso.

Cerebro: sin particularidades.

Estudio microscópico: se encontraron anomalías en los siguientes órganos:

Pulmones: hay pequeñas zonas de hemorragia y otras de alveolitis hemorrágicas. Glóbulos rojos hemolizados en su totalidad.

Bazo: pulpa roja fuertemente hiperhemiada, conteniendo glóbulos rojos hemolizados y pigmento hemático.

Riñón: Glomérulos fuertemente hiperhemiados, conteniendo gran cantidad de glóbulos rojos en la cápsula de Bowman. El epitelio tubular está casi totalmente destruido por un proceso de nefrosis aguda y los tubos contienen gran cantidad de glóbulos rojos parcialmente hemolizados.

Útero: hay zonas miomatosas con degeneración hialina. En los espacios conjuntivos se encuentran grandes acúmulos de leucocitos polinucleares, lo que atestigua la presencia de un proceso de miometritis.

Vejiga urinaria: la mucosa falta totalmente en algunas zonas. La sub-mucosa y las capas musculares presentan gran infiltración de células de la línea blanca, a predominio polinuclear.

Intestino: hay necrosis superficial de la mucosa en extensas zonas.

COMENTARIO: visiblemente esta mujer había tratado en una ocasión de provocarse el aborto, sea personalmente o con la intervención de otra, introduciéndose una pastilla de permanganato de potasio dentro de la vagina, maniobra que fracasó. Luego recurrió a otro medio, como

es el uso de las llamadas "substancias abortivas", representado aquí por el "líquido achocolatado" que ingirió y que la llevó a la muerte por envenenamiento, como categóricamente lo afirma el patólogo.

No criticaré en esta ocasión las deficiencias que se cometen para llegar a dictaminar que de un envenenamiento se trata, de lo cual he de ocuparme en el Capítulo II de este trabajo. Me concretaré aquí a hacer notar que nuestra gente recurre también al uso de esas "substancias abortivas". El eminente Médico Legista Nerio Rojas, dice refiriéndose a ellas: "Substancias abortivas. En realidad no son substancias realmente abortivas, sino **MEDICAMENTOS O TOXICOS ACTUANTES POR ENVENENAMIENTO**, provocando el aborto como consecuencia del sufrimiento orgánico, que influye sobre el útero y sobre la vida del feto".

Menciona una lista de dichas substancias, de uso popular, entre ellos los purgantes drásticos, áloes, peregil, apiolina, fósforos, plomo, arsénico, mercurio, estricnina, cantáridas, etc.

Más adelante agrega: "Existen substancias reputadas directamente abortivas. Pero en estos casos, también suele tratarse de un cuadro general de intoxicación más o menos franca...", y cita como ejemplo la ruda, la sabina, el cornezuelo de centeno, tuya, tejo, quinina.

El caso que comentamos reafirma las anteriores aseveraciones y nos sirve de dramática lección: se pierde la vida de una madre, se priva de la vida a un ser indefenso (feticidio) y se trunca un hogar.

Hubiera sido interesante averiguar quién dió a tomar el brebaje a esa mujer, con qué autorización lo hizo, en dónde consiguió las drogas.

Sin embargo, el caso no trascendió a manos de la justicia, el autor se quedó impune, libre de seguir administrando sus drogas, causando nuevas víctimas, enlutando más hogares.

CASO N° 3

(Datos tomados en su totalidad del libro de autopsias por no estar la ficha clínica en el Departamento de Información).

Nombre: M. M., 22 años de edad, oficios domésticos, Registro No. 1697.

Diagnóstico Clínico: aborto incompleto.

Día de la defunción: 31 de agosto de 1948 a las 12 horas.

Autopsia No. 387, practicada el 1° de septiembre de 1948 a las 11 horas.

Resumen Clínico: Esta paciente se presenta al Consultorio Externo el 25 de agosto de 1948 consultando por: "hemorragia genital des-

pués de una caída", siendo examinada e ingresada al Servicio de Maternidad General, donde es atendida al siguiente día por uno de los médicos agregados, quien describe lo siguiente: ULTIMA REGLA EL 10 DE MAYO DE 1948. Sufrió una caída el 25 de agosto.

Examen Ginecológico: CUELLO PERMEABLE AL DEDO, CUERPO GLOBULOSO, CORRESPONDIENDO A UN EMBARAZO DE 4 MESES.

Impresión Clínica: aborto incompleto.

Con la misma fecha aparece un reporte operatorio que dice: Se practica raspado intrauterino por aborto incompleto. Se extraen abundantes restos fétidos. Sulfatiazol 5 gramos en la cavidad.

Anestesia general con pentotal.

La paciente falleció cinco días después de operada, practicándose la autopsia, en la cual se describen como datos más importantes los siguientes: adulta joven, bien constituida, sin anomalías a la inspección.

Cavidad Peritoneal: el peritoneo presenta un proceso fibrino-purulento, abundante, estando el mesenterio fuertemente engrosado. Asas intestinales vacías. Diafragma a la altura del 5°. E. I. a ambos lados.

Hígado no rebasa el reborde costal.

Útero: el cuello presenta el orificio externo dilatado, con abundantes restos. Todo el cuerpo uterino está lleno de los mismos restos.

EL FONDO UTERINO PRESENTA UNA RUPTURA DE FORMA IRREGULARMENTE REDONDEADA, COMO DE 1½ CENTIMETROS DE DIAMETRO MAYOR.

Anexos: no presentan alteración alguna.

ESTUDIO MICROSCOPICO:

Pulmón: hay numerosos olvéolo llenos de un exudado albuminoso. Los septa interalveolares están moderadamente engrosados.

Peritoneo: hay un proceso de peritonitis fibrinoleucocitaria uniforme. El diagnóstico anatómico fué el siguiente: 1) Ruptura uterina. 2) Peritonitis fibrinopurulenta. 3) Sínfisis pleural bilateral. 4) Sínfisis pericárdica. 5) Nefrosis aguda.

COMENTARIO: Conforme la historia, el examen ginecológico practicado y el hallazgo de "restos fétidos" en la cavidad uterina cuando se le operó, es muy posible que esta paciente sufría un aborto incompleto, de un embarazo más o menos de tres meses y medio.

Desde el punto de vista médico-legal se debe criticar el hecho de no haber practicado un estudio histológico más detenido del útero y ovarios. En efecto, es sabido que, en el cadaver, la confirmación de

un aborto se obtiene por dicho estudio, el cual nos demuestra en el útero, la presencia de restos embrionarios, lo mismo que sus modificaciones características debidas al estado de gravidez, como son su tamaño, la hipertrofia muscular, sus fibras que se hacen ondulantes, la hipervascularización, etc.; y en el ovario la presencia del cuerpo amarillo típico de la gestación. La presente autopsia sólo nos proporciona un estudio microscópico de estos órganos, con detalles que si bien de gran valor en favor del aborto, son sin embargo incompletos. Hace falta el estudio microscópico.

A mi juicio, interesa principalmente en este caso aclarar estas dos interrogaciones: 1) ¿Es éste un caso de aborto criminal o no? 2) ¿Fue perforado el útero por el cirujano en el momento de la intervención quirúrgica o existía ya la perforación uterina a causa de una maniobra abortiva criminal?

La confesión de la enferma admitiendo la provocación criminal del aborto, hubiera esclarecido la primera interrogación; de ahí la importancia que tiene insistir en esa pregunta, procurando hacerla en una forma velada, desde luego que las enfermas, salvo excepciones, en la generalidad de los casos tratan de ocultarlo.

Cuando dicha confesión no se obtiene, como en el presente caso, el médico tendrá que analizar todos los detalles. Por ejemplo: el hecho de haber encontrado en la cavidad uterina "abundantes restos fétidos", desde el siguiente día en que la enferma acusa la "caída", hace sospechar fuertemente que se trata de un aborto criminal, por maniobras directas sobre el útero, las cuales provocaron una contaminación directa del contenido úterino, eventualidad imposible de explicar por una "caída", cuando se presenta tan precozmente. El valor de este dato será de primer orden en favor de un aborto criminal, mientras no se encuentre otra explicación que convenza plenamente de lo contrario.

De inestimable valor en este caso hubiera sido si el médico hubiese buscado señales de traumatismo en los órganos genitales externos e internos, y, precisamente, esa omisión fué la que ha dado motivo a la segunda interrogación, porque en verdad ¿cómo esclarecer si el útero fué perforado con algún instrumento, mientras se consumaba un aborto criminal o por el cirujano cuando operaba?

Antes de la operación hubiera sido posible demostrarlo por la histerometría, localizando la ruptura con el histerómetro, examen que, por otra parte, debe practicarse con mucho cuidado. También la radiografía, antes de la operación, hubiera sido decisiva, demostrando la presencia de aire en la cavidad peritoneal, y, finalmente, ante un cuadro sospechoso de ruptura uterina, una laparotomía exploradora se justifica y hubiera demostrado objetivamente la ruptura.

En cuanto a la peritonitis que complicó el cuadro de la paciente, ni favorece ni se opone a la sospecha de ruptura criminal en este caso,

salvo que se hubiera diagnosticado antes de verificar la operación, lo cual hubiera sumado en favor del aborto criminal.

Pero como el legrado uterino se hizo antes de descubrirse la peritonitis, la duda siempre quedará, para intranquilidad del cirujano y para memoria de los demás.

Este caso nos enseña el compromiso que se puede presentar a un cirujano desprevenido en caso de una demanda, si las leyes algún día se hacen más estrictas.

CASO N° 4

H. Z. P., 19 años de edad, oficios domésticos. Registro N° 43487.

Autopsia N° 565. Diagnóstico clínico: colapso cardiovascular. aborto incompleto. Día de defunción: 29 de junio de 1950, a las 2 horas, 20 minutos. Autopsia practicada el 29 de junio, a las 9 a. m.

(23 de junio de 1950): Temperatura, 40°c. Pulso, 120; T. A., 12×8. Consulta por hemorragia genital.

HISTORIA: Refiere la enferma que ahora en la madrugada se instala fuerte dolor en el vientre y rabadilla, acompañado de hemorragia genital, sin coágulos. Ha tenido varios desmayos. Cuatro embarazos anteriores, dos partos a término, vivos y dos abortos. Último embarazo, hace dos años.

Historia menstrual: abril 12, cuatro días de duración; mayo 15, dos días de duración, abundante; junio 23, acompañada del dolor ya descrito.

Examen físico: enferma joven, febril, quejumbrosa, pálida.

Examen ginecológico: vulva sin particularidades, periné flácido, cuello en el eje de la vagina, reblandecido, desgarrado transversalmente, permitiendo el orificio externo la entrada del pulpejo del índice. No hay coágulos. Fondo de S. L. I., se siente una brida, es doloroso. Fondo de S. L. D., muy doloroso. Cuerpo aumentado de volumen, en anteflexión.

Impresión clínica: ¿Aborto incompleto infectado? ¿Embarazo ectópico?

Indicaciones: Penicilina, 50,000 unidades cada 3 horas. Llamar al Permanente de Turno.

Datos anotados en el Servicio: enferma que hace un mes tuvo hemorragia genital, pequeña, que duró nueve días. Ayer aparece hemorragia genital, sin coágulos, acompañada de dolor en el abdomen inferior que ha ido aumentando. Último embarazo, hace dos años.

Examen: Enferma, sumamente pálida; T. A. 9×4.

Abdomen distendido, doloroso en el hipogastrio. Tacto vaginal: cistocele; cuello de consistencia normal; orificio externo permeable. Útero

aumentado de tamaño. Al tacto combinado con la palpación abdominal, se encuentra aumentada la consistencia de la pared en el F. de S. L. D.

Impresión clínica: aborto incompleto infectado.

(24 de junio de 1950). Enferma intranquila, quejándose de dolor abdominal, sin localización precisa, náuseas, vómitos biliosos y escalofríos, que nos da la historia siguiente: hace 5 días comienza catarro, acompañado de tos. Tres días después, estando aparentemente curada del catarro, comienza escalofríos, seguido de fiebre, la cual no le ha salido. En la madrugada de ayer, siente dolor, tipo cólico, lumbo-hipogástrico, acompañado de hemorragia, sin coágulos y en cantidad mayor que su regla. Además, dolor abdominal difuso, acompañado de enorme timpanismo, lo cual le imposibilitaba estar en decúbito dorsal. Ahora ha presentado vómitos biliosos, otro escalofrío y cefalea.

Examen somático: enferma joven, bien constituida, hidratada, que no responde bien a las preguntas, icterica, polipnéica, quejándose de dolor abdominal difuso, hay ligero edema (?).

Aparato digestivo: vómitos biliosos abundantes, anorexia, abdomen ligeramente timpanizado. Hígado y bazo, no palpables. Dentadura en buen estado, lengua saburral, faringe intensamente congestionada.

Aparato circulatorio y respiratorio: negativos,

Sistema nervioso: ligera obnubilación; pupilas reaccionan bien a la luz.

Ligera rigidez (?), cutáneo=abdominales abolidos. No hay Babinsky. No se investigan reflejos (?) por no haber martillo.

Examen ginecológico: periné firme, uretra y Bartolín negativos, vagina libre, cuello blando, permeable al dedo, no aprecio restos. UTERO PARECE AUMENTADO DE TAMAÑO, la enferma no permite exploración. Fondos de Sacos parecen dolorosos. *Impresión clínica:* aborto incompleto y hepatitis. ¿Atrofia amarilla aguda del hígado?

24 de Junio de 1950. Se practica punción lumbar, los primeros dos tubos salen teñidos de sangre, el tercero agua de roca.

29 de Junio de 1950. A las 2.30 a. m. fui llamado para examinar a la enferma y la encontré en estado agónico, falleciendo a las 2.45 a. m.

Tratamiento: penicilina, suero mixto, suero dextrosado, transfusiones sanguíneas, estreptomycin, morfina, Vitamina K, Vitamina C, tiamina.

Anotaré a continuación los datos más interesantes de la autopsia que se practicó.

Inspección: nada de importancia.

Incisión en Y sobre tórax y abdomen para movilizar las vísceras y bimotoidea para extraer el encéfalo.

Cavidad abdominal: CONTENIENDO ADHERENCIAS FIBRINOSAS GENERALIZADAS, MUY FACILES DE DESPRENDER Y EN CONTACTO CON TODA LA MASA INTESTINAL.

Cavidad Torácica: sin particularidades macroscópicas.

Cavidad Pericárdica y Corazón: hallazgos sin importancia.

Pulmones: pesaron 570 grs. En su aspecto externo los pulmones se encuentran de un tamaño normal. Se aprecian escasos focos de antracosis bilateral. Hay congestión de ambas bases. Al corte el parenquima muestra ligera dificultad.

Bazo: pesó 180 grs., cápsula lisa uniforme. Al despegarla existe cierto grado de dificultad, el parenquima lo acompaña al hacerlo. A su corte el parenquima se muestra blando y de color rojo=oscuro.

Hígado: pesó 1610 grs. Macroscópicamente normal.

Vesícula y Vías Biliares: sin particularidades.

Riñones: normales.

Tracto Gastro-Intestinal: esófago y estómago no alterados. Asas intestinales muy distendidas y cubiertas de adherencias fibrinosas laxas, generalizados, que unen ENTRE SI todo el intestino.

Utero: al examinar este órgano se aprecia aumento de volumen como un embarazo de seis meses (?) A NIVEL DEL FONDO SE APRECIA UN AGUJERO DE 7 CENTIMETROS DE DIAMETRO QUE ESTABLECE COMUNICACION DISCRETA CON LA CAVIDAD ABDOMINAL, existiendo algunas adherencias alrededor de dicho orificio que unen el órgano con las asas intestinales delgadas. El corte se efectúa fácilmente. En su cavidad el endometrio se encuentra enrojecido y a su vez se aprecia restos de membranas y coágulos, sobre todo a nivel de su pared posterior.

Estudio Microscópico.—Corazón: histológicamente normal.

Pulmón: en varios cortes examinados se nota que los alvéolos en su mayor parte están rotos en su estructura y algunos de ellos aplastados. Hay marcada hiperhemia del tejido conjuntivo intersticial, así como infiltración de elementos de la línea blanca, a predominio polinucleares. La pleura es delgada y regular.

Bazo: La cápsula está engrosada e irregular. Los folículos esplénicos bien individualizados. Hay fuerte hiperhemia de la pulpa roja. El tejido conjuntivo intersticial no está aumentado.

Hígado, Riñón y Páncreas: histológicamente normales.

Para finalizar, el diagnóstico anatómico del patólogo es el siguiente: 1) Peritonitis purulenta. 2) Ruptura uterina (fondo del útero). 3) Hiperhemia pulmonar pasiva crónica. 4) Esplenitis. 5) Congestión intestinal.

Accesorio: moderada antracosis pulmonar bilateral.

COMENTARIO: el caso en cuestión no deja lugar a dudas. La muerte fué causa natural y directa de la ruptura uterina y la peritonitis consecutivas a un aborto criminal.

La vida de una mujer cegada en el apogeo de su juventud por un "abortador" irresponsable, ¡bestias humanas que siguen deambulando libremente entre la sociedad decente, al acecho de nuevas víctimas! Junto con esa mujer mataron también a su hijo in-útero.

Este caso no llegó siquiera a manos de la Justicia.

B) Abortos Criminales encontrados en el Servicio "Anexo Maternidad General", en la revisión de 300 casos de aborto.

Los casos que escogí para esta revisión, están anotados en el libro de "Exámenes Ginecológicos" del mencionado servicio, entre las fechas 30 de mayo a 18 de diciembre de 1952, y sus fichas clínicas respectivas se encuentran en el archivo del Departamento de Información del "Hospital Rosales".

No ha sido mi intención, en ningún momento, obtener el porcentaje de los abortos criminales en relación con el número total de abortos por varias razones. Una de ellas es que el personal de médicos y practicantes de nuestro Máximo Centro Hospitalario, nunca ha tenido el cuidado de indagarse de una manera sistemática, si los casos de aborto que se les presentan son de origen criminal o no, y, por consiguiente, ya comenzaríamos basándonos en datos erróneos.

Si hacer una estadística exacta, en el sentido riguroso de la palabra no es posible, mucho menos lo es cuando de abortos se trata, cosa de todo médico sabida. Sírvanme de apoyo para lo dicho, los siguientes conceptos tomados de los eximios obstetras J. B. de Lee y J. P. Greenhill, autores de una vasta experiencia. Dicen así: "Taussig, después de demostrar que ES IMPOSIBLE HACER CALCULOS EXACTOS DE LA FRECUENCIA DEL ABORTO EN CUALQUIER PAIS DEL MUNDO, formuló la suposición de que en las ciudades por cada 2.5 partos hay un aborto y en los distritos rurales, un aborto por cada cinco partos, lo que da un total de 680,000 abortos cada año en los E. U. de Norteamérica.

“LAS ESTADISTICAS DE LOS HOSPITALES NO DAN IDEA EXACTA DE LAS CIRCUNSTANCIAS QUE PREVALENCEN EN EL EJERCICIO PRIVADO DE LA PROFESION, YA QUE LOS CASOS COMPLICADOS SON ENVIADOS AL HOSPITAL, DE LO QUE RESULTAN INVALIDADAS LAS ESTADISTICAS DE LOS DOS GRUPOS”.

“Por otra parte, se presentan muchos abortos en las primeras semanas del embarazo que se diagnostican como menstruaciones retrasadas copiosas, y, POR ULTIMO, HAY MUJERES QUE INTENCIONALMENTE OCULTAN EL ABORTO”.

“Se puede decir, en general, que el aborto es más frecuente en las ciudades que en las poblaciones rurales, en virtud de la frecuencia de la gonorrea y de la mayor facilidad de encontrar quien lo provoque; es asimismo más frecuente entre las clases bajas, si bien probablemente EL ABORTO CRIMINAL SE EFECTUA CON MAS FRECUENCIA ENTRE LAS ELEVADAS CLASES SOCIALES...”

Por consiguiente, he preferido no enfrascarme en la difícil tarea de obtener un porcentaje de los abortos criminales, sino que mi objeto es demostrar que ese delito se comete, se confiesa sin ningún reparo y a pesar de ello nunca se trata de reprimirlo con ninguna medida, la acción de la Justicia no se hace sentir y mientras tanto continúa la racha, personas inescrupulosas siguen matando mujeres y el fruto de su vientre y ocasionando grandes gastos al hospital.

Los abortos criminales encontrados en mi revisión, por confesión espontánea de las enfermas, son los que siguen:

- R. L. ficha No. 10,153 Provocado con sonda.
A. D. H. „ „ 10,174 „ „ „
A. S. L. „ „ 107,848 „ „ „
O. F. P. „ „ 98,820 „ „ pastillas de permanganato de potasio colocada en el cuello del útero.
M. S. S. „ „ 65,102 „ por ingestión de substancia abortiva.
E. C. P. „ „ 30,313 a quien otra persona le propició un puntapié en el vientre.
T. C. M. „ „ 109,742 Provocada con sonda.

Aquí tenemos, pues, un número de abortos criminales, en los cuales por una u otra razón, la Justicia no actuó y se quedaron impunes sus hechos.

Por otra parte llama la atención en esta revisión la gran cantidad de abortos infectados, con una curva febril franca. Daré a continuación la lista de estos abortos febriles, de la cual he excluido para concretar nuestro fin, los abortos concomitantes con enfermedades febricitantes, como neumonía, paludismo, rubeola, etc. Son los siguientes:

VIA F. D. A., ficha No. 97,712, J. F. H., ficha No. 49,926, G. G. R., ficha No. 98,919, C. C. A., ficha No. 100,767, A. C. G., ficha No. 98,807, F. R., ficha No. 100,138, R. L. M., No. 68,936, G. M. F., ficha No. 19,246, L. M. N., ficha No. 13,968, E. B. Q., ficha No. 63,124, B. A. G., ficha No. 100,620, M. P. L., ficha No. 100,955, M. I. S. D., ficha No. ficha No. 102,208, C. S. R., ficha No. 101,606, A. O. M., ficha No. 101,857., M. A. C., ficha No. 12,818, B. T. S., ficha No. 100,917, E. C. M. ficha No. 42,440, R. R. R., ficha No. 90,920, L. C. B., ficha No. 103,752, M. O., ficha No. 26,087, E. P., ficha No. 74,804, R. B. M., ficha No. 94,278, J. C. M., ficha No. 112,374, E. F. G., ficha No. 109,207, R. G. CH., ficha No. 30,860, M. G. A., ficha No. 40,629.

Se sobreentiende que la circunstancia de que un aborto esté infectado no nos va a probar que su origen sea criminal, desde luego que un aborto espontáneo puede infectarse secundariamente. Pero, como antes dije, lo que resalta es la gran frecuencia y precocidad de estos abortos febriles, sin otra causa aparente que explique la fiebre. Gran parte de estas enfermas refiere como causa de su aborto una "caída", un susto, una cólera, causas que no explicarían la infección tan precoz de los abortos como se advierte en los casos revisados, en donde la infección se presentó antes de las 24 horas de la aducida causa.

Sea cual fuere el número real de abortos criminales, la verdad es que los "abortadores" jamás son castigados, se les deja a su albedrío, de donde resulta que muchas personas se dedican a esa tarea como un modus vivendi, sin importarles las muertes que causan, los gastos que ocasionan a los hospitales en pago de sangre, suero, antibióticos, alimentación de las pacientes, etc. ni les preocupa el relajamiento material y moral que están favoreciendo.

CAPITULO II

Casos de Muerte por Presumibles Envenenamientos. Comentario de Algunos de Ellos.

Algunos conceptos previos relativos a lo que se entiende por envenenamiento, son oportunos para ilustración y mejor comprensión de este capítulo:

"El envenenamiento es el homicidio realizado por medio de sustancias venenosas.

"El Código Penal no proporciona noción legal alguna relativa al veneno. La jurisprudencia relativa a este punto, ha considerado como venenos no solamente las sustancias propiamente venenosas, sino otras perjudiciales a la salud que toxicológicamente no pueden ser calificadas como venenos, por ejemplo, los polvos de vidrio.

"El elemento material del envenenamiento está constituido por el hecho de introducir o de facilitar la introducción, con ánimo homicida, de una sustancia capaz de causar la muerte, en el organismo de la víctima. El medio empleado es indiferente (ya sea por ingestión, inhalación, inyección, contacto, etcétera)." (Tomado del libro «Derecho Penal» de Eugenio Cuello Calón).

"Envenenamiento, según el diccionario de la lengua, es la acción de envenenar o dar veneno, que indudablemente difiere de la palabra italiana «veneficio» que tiene por contenido la idea de la muerte causada mediante veneno...

"¿Qué es veneno? Los romanos calificaron de «venenum» a todo aquello que aplicado a una sustancia, mudaba su naturaleza, y llamaron «veneno bueno» a aquello que mejoraba y «veneno malo» a lo que deterioraba las sustancias a las cuales se aplicaba; y por eso el envenenamiento fué definido por ellos como la muerte producida por «veneno malo»".

Cevadalli que nos cita en su Tratado de Medicina Legal el Doctor Carlos Federico Mora, dice: "Es veneno un cuerpo químico que tiene la propiedad de causar efectos dañosos con pequeñas dosis".

(Tomado del libro «Derecho Penal Salvadoreño» del Doctor Manuel Castro Ramírez b.).

CASO N° 1

La denuncia de este caso fué presentada ante el Juez por una hermana de la víctima.

Se trata de A. R. T., de 17 años de edad, oficios domésticos.

Domicilio: San Salvador. Registro N° 97165.

Diagnóstico Clínico: «Shock».

Día de la defunción: 16 de mayo de 1952, a las 2 horas, 30 minutos.
Autopsia N^o 781, practicada el 16 de mayo de 1952, a las 2 horas, 30 mnts

HISTORIA: después de leer los datos anotados en la ficha clínica y los de la causa que encontré en la Cámara de Segunda Instancia de lo Criminal, podemos hacer la siguiente síntesis: el 15 de mayo de 1952, esta joven se presenta el Consultorio Externo quejándose de dolor en el vientre y en la «parte» (tómese como sinónimo de vulva). Unas horas antes, el hijo de un farmacéutico, donde ella trabajaba, le puso una inyección cuyo nombre no supo y le administró unas «oblas blancas», que, según el decir de la paciente, ahí mismo en la farmacia las preparan, medicamentos que le fueron administrados "PARA QUE LE APARECIERA SU REGLA". Pocos momentos después, le aparece vasca, se le instala bruscamente dolor abdominal de tipo cólico, que termina por localizarse en el hipogastrio.

Examen: paciente sumamente excitada, quejumbrosa, con dolor en el abdomen, sobre todo en el hipogastrio. A la palpación hay dolor en ambas fosas liacas, más acentuado en los fondos de saco derecho y anterior. La paciente no permite hacer un examen detenido.

Aviso al Médico Interno el cual me ordena trasladar la paciente a la sala de operaciones. Se intentan varias venoclisis, no consiguiéndose, hasta que se llega a la transfusión intraarterial de 1000 gramos de sangre, tipo 0-IV-. Luego se inyecta «Peristón» un litro E. V., suero mixto dos litros E. V.

En vista del estado de Shock de la paciente se decide la intervención quirúrgica verificándose laparotomía media infraumbilical, encontrándose únicamente congestión generalizada del intestino. Anexos normales. Se cierra el abdomen y se traslada la enferma a Maternidad General.

A continuación aparece la siguiente nota: A pesar de todo el tratamiento para combatir el Shock, no se ha logrado ninguna mejoría. La enferma continúa con sus cuatro miembros fríos. La tensión arterial y el pulso no se aprecian. Se continúa con efedrina.

La enferma falleció a las 2 a. m. de esa misma noche.

Tratamiento: sangre 1000 gramos tipo 0-IV- (intraarterial). Peristón un litro E. V., suero mixto dos litros E. V., efedrina una ampolla cada 4 horas. Calentarla, abrigoarla.

Los datos de la autopsia que nos interesan son los siguientes:

Inspección: cadáver de adulta joven, muy pálida, cavidades óticas, nasal y bucal vacías, sin particularidades, pupilas contraídas, mucosas pálidas.

Cuello y Tórax: nada importante.

Abdomen: herida quirúrgica reciente.

Genitales: con escasa secreción sanguinolenta.

Incisión: se practica incisión en -Y- sobre tórax y abdomen para movilizar las vísceras y bimestoidea para extraer el encéfalo.

Cavidad abdominal: todo lo descrito es normal.

Cavidad torácica y mediastino: normales.

Cavidad pericárdica: al abrir el pericardio salieron escasos c. c. de líquido amarillo transparente.

Corazón: todo normal.

Pulmones: nada de importancia.

Hígado: pesó 1100 gramos cápsula lisa y brillante, presentando por debajo de ella pequeñas hemorragias de un centímetro de diámetro, en pequeño número y predominando a nivel de la cara superior. Parénquima color amarillento, disminuido de consistencia.

Bazo: cápsula ligeramente arrugada, engrosada, color apizarrada, parénquima color rojo oscuro, consistencia sin particularidades, tejido conjuntivo ligeramente aumentado.

Riñón: nada de particular.

Útero: presentó una fuerte hiperhemia, estando los vasos muy manifiestos; AL CORTE SE ENCONTRO EN SU INTERIOR UN EDOMETRIO HEMORRAGICO Y UNA MASA ROJISA QUE PARECIA CORRESPONDER A UN HUEVO DE DOS CENTIMETROS DE DIAMETRO.

Ovarios: el ovario izquierdo presentó al corte un gran cuerpo amarillo de 5 centímetros de longitud.

Tracto gastro-intestinal: sin particularidades.

En el estudio microscópico, se mencionan como datos de importancia.

Pulmón: ligera hiperhemia.

Bazo: pulpa roja fuertemente hiperhemiada, conteniendo gran cantidad de elementos de la línea blanca, entre ellos numerosos polinucleares.

Hígado: los lobulillos hepáticos están muy mal individualizados...

La trabécula hepática está profundamente turbada. Las células hepáticas presentan un grado avanzado de degeneración grasosa, de vacuolas finas; el núcleo está bien conservado y algunas son binucleadas. Hay algunas áreas de hiperhemias y también pequeñas hemorragias intersticiales.

Riñón: hay marcada hiperhemia de los glomérulos y marcada degeneración tubia del epitelio tubular, especialmente los tubos contorneados proximales.

Útero: endometrio presentando el típico aspecto del endometrio del embarazo con transformación decidual de la superficie. Hay tam-

bién numerosas vellosidades coriales que corresponden a los de un embarazo de los primeros meses.

Ovario: hay cuerpo lúteo del embrazo.

Diagnóstico anatómico: 1) hepatitis aguda alterativa. 2) hepatitis aguda intersticial. 3) embarazo de las primeras semanas. 4) esplenitis aguda. 5) hiperhemia renal. 6) hiperhemia uterina.

Como antes dijimos, este caso se ventiló en un juzgado por denuncia de una hermana de la ofendida y para mayor información me parece interesante exponer a continuación el reconocimiento de los médicos forenses. Dice así: "En San Salvador a las doce horas del día veinte y nueve de julio de mil novecientos cincuenta y dos,

"Presentes en este juzgado los peritos (nombres de ellos), preguntados conforme el reconocimiento que han practicado, unánimemente dijeron: que a presencia de los infrascritos, Juez y Secretario, han reconocido, ampliado el reconocimiento de A. R. T., de fojas dos frentes y teniendo a la vista el informe del resultado de la autopsia del cadáver y examen anatomopatológico, somos de parecer que la causa natural y directa de la muerte fué una hepatitis aguda. Que lo dicho es la verdad por constatarles según su saber y entender..."

Y, por último, en el fallo del Juez se lee: "Se ha depurado en lo posible el presente informativo y no ha sido posible establecer el cuerpo del delito de homicidio, ni mucho menos la delincuencia del reo..., en consecuencia sobresee en el procedimiento en favor del procesado".

COMENTARIO: este es un caso crudo, típico de nuestro gran atraso en cuestiones de Medicina Legal, en donde es notoria la falta de organización de esa Ciencia en nuestro país, por factores diversos que consideraremos en el Capítulo III de este trabajo.

La historia de esta paciente nos revela que la alteración de su salud se presentó "pocos momentos" después de haberle puesto una inyección de medicamento desconocido y de haberle hecho ingerir unas "oblas blancas", que se ignoraba de qué estaban compuestas, medicinas prescritas por alguien que no era médico "para que le apareciera su regla".

Con esos datos, más el cuadro clínico que presentó la enferma, lógico era sospechar que se trataba de un envenenamiento a raíz de una tentativa de aborto con una substancia abortiva.

En todo caso de envenenamiento la ayuda del laboratorio es imprescindible, porque la autopsia de por sí no puede ser concluyente, aunque su valor es indiscutible.

Los peritos deberían haber mandado a investigar substancias venenosas en el estómago y su contenido, lo mismo que una porción del intestino y de otras vísceras (hígado, bazo, riñón, etc.) Una mues-

tra de orina siempre debe remitirse, salvo que no se obtenga. Como en los vómitos se elimina veneno, en muchos casos será necesario tomar muestra de los vómitos para investigar venenos, o en las heces; en fin, se investiga en utensilios de cocina u objetos sospechosos que han estado en contacto con el enfermo.

Los peritos en su dictamen afirman: "...somos de parecer que la causa natural y directa de la muerte fué UNA HEPATITIS AGUDA. Que lo dicho es la verdad, etc....", pero era necesario tratar de dilucidar la causa de la hepatitis, en un caso como este en que la muerte se presentó en forma ex-abrupta. Según el diagnóstico anatómico, además de la hepatitis aguda había una esplenitis aguda, hiperhemia renal e hiperhemia uterina, es decir, había lesiones generalizadas. Los envenenamientos producen lesiones generalizadas de ese tipo y son capaces de causar la muerte en una forma tan rápida como se observó en esta enferma. Por consiguiente fué un descuido imperdonable no investigar venenos en el organismo por medio de exámenes de laboratorio porque siempre se dejaría esta duda: ¿fué la hepatitis aguda causada por una substancia venenosa o infecciosa, o viral, etc.?

El deber del perito es concretar lo más posible, ser claro en su informe, no dar respuestas tan vagas que puedan prestarse a diversas interpretaciones.

Por lo demás, el desenlace de este caso no tiene nada de original. En casos de esta naturaleza nunca se establece el cuerpo del delito, ni mucho menos la delincuencia de los indiciados.

CASO N° 2

Este caso fué presentado en una conferencia anatomo-clínica en el Hospital Rosales. Fué muy ruidoso por las severas críticas que se hicieron respecto de la terapéutica seguida, como por la discusión que se suscitó alrededor de su diagnóstico. Lo presentaré porque el dictamen de "muerte por intoxicación alcohólica", se hace entre nosotros sin ningún reparo, muchas veces para encubrir nuestra ignorancia y, este caso que el azar nos ha traído, nos dará una magnífica lección.

Se llamaba B, M., de 40 años de edad, registro N° 90119:

Diagnóstico clínico: ¿COMA ALCOHOLICO? ¿Coma diabético? ¿Accidente cerebro vascular?

Día de la defunción: 15 de febrero de 1952, a las 10 horas, 35 mnts. Autopsia N° 752, practicada el 16 de febrero de 1952, a las 10 a.m.

HISTORIA: (15 de febrero de 1952, a las 5 horas, 30 minutos), "Es traído en estado comatoso"; (según lo expresó verbalmente el Prac-

ticante que lo examinó en el Consultorio, fué la Policía quien lo condujo al Hospital, mostrándole unos envases vacíos de aguardiente nacional).

En el Consultorio se describe: "pulso, 48; T. A., 120×75.

Es un paciente adulto con examen general negativo, sin señales de traumatismo craneal, **CON EL ALIENTO FETIDO Y OLOR A ALCOHOL**. Es etiquetado: **COMA ALCOHOLICO** e ingresado urgentemente a un Servicio de Medicina.

Por la mañana del mismo día, probablemente fué examinado por el Personal del Servicio, pues aún cuando no aparecen datos de examen, ni impresión diagnóstica, se encuentran indicaciones: Viacilina, un litro de suero mixto, un litro de suero fisiológico, examen de orina, investigando glucosa, examen de sangre dosificando glucosa, urea, N. N. P., creatinina y ácido úrico.

Dice una nota: "se practica punción lumbar saliendo un líquido a gota rápida, hemorrágico, que no coaguló". — (NO HAY FIRMA RESPONSABLE).

En la tarde es examinado por el Servicio de Guardia de Medicina, a las 3.40 p.m.; se le describe: paciente en coma profundo, sin edemas, ni ictericia, polipneico, respiraciones profundas y rítmicas (52 por minuto). No hay aliento acetónico, ni urinoso. Cabeza, oídos, fosas nasales y mastoides, nada que notar. Lengua seca, pésima dentadura, globos oculares blandos, pupilas desiguales, miosis izquierda, midriosis derecha, no reaccionan a la luz. Reflejos tendinosos normales, el plantar izquierdo muy disminuido, no hay Babinsky, ni reflejos de defensa. Cutáneo-abdominales y cremastéreos abolidos. No hay rigidez de la nuca, ni Kernig. Hay enorme globo vesical. Hipotermia.

Impresión: ¿Coma diabético? (Hay un examen de orina que delata 14 gramos de glucosa por litro). Segunda posibilidad: Accidente cerebrovascular. Se indicaron: leucograma, gota gruesa, dosificación de N. N. P., urea, creatinina, ácido úrico y glucosa en la sangre.

En la visita regular del Servicio de Guardia de Medicina, es visto nuevamente a las 7.15 p.m., describiéndose más o menos el mismo estado, con algunas discrepancias: "coma profundo, hiperventilación pulmonar, lengua completamente seca, (a pesar de cuatro litros de suero, dos mixtos y dos fisiológicos), tensión normal de los globos oculares, aliento francamente acetónico (a frutas), pupilas fijas, paralizadas, ausencia de reflejo corneano, anisocoria, midriasis derecha.

Examen físico pulmonar: negativo, aún cuando por el estado del paciente, no es completamente satisfactorio.

Aparato circulatorio: negativo: Abdomen: nada que notar. Bazo e hígado: negativos. Sistema nervioso: hipotomía y frialdad de los 4 miembros; el resto del examen neurótico, de acuerdo con el practicado por el Ayudante del Médico Interno: T. A., 150×100.

COMENTARIO: Se encuentra en el protocolo un dato de punción hemorrágica que no parece haber coagulado espontáneamente, aunque el fuerte aliento acetónico, la gran deshidratación del paciente, la hiperventilación pulmonar (acidosis) orientan hacia un coma metabólico (diabético); se practica en este momento cateterismo vesical y en una muestra de orina se investiga glucosa (método rápido de Sheftel) y acetona, siendo ambos negativos. Además, encontramos un examen del Laboratorio Central que dice: **GLUCOSA EN LA SANGRE 113 MILIGRAMOS POR CIENTO.**

Este dato descartaría el coma diabético, de ser cierto, y entonces dándose valor al dato del líquido céfalo raquídeo hemorrágico y sin comprobar síndrome de irritación meníngea, habría que orientarse en el sentido de un accidente cerebro-vascular, probablemente hemorrágico. Como tercera posibilidad queda un coma urénico... (a causa de la relativa hiperventilación pulmonar, acidosis y aliento a frutas). El problema del tratamiento no puede ser orientado científicamente, sin ayuda más directa del laboratorio (poder combinante del gas carbónico, cuerpos nitrógenados en la sangre). Por otra parte, el estado del paciente es muy grave. Nota: (prosigue) considero una falta grave en el manejo de un coma, no dejar constancia de las indicaciones terapéuticas cumplidas, ni de su razón de ser. (La enfermera espontáneamente ofrece la información de que al paciente le fué inyectado "un cuarto de insulina" (¿?), por indicación verbal de un practicante), puesto que podría darse la posibilidad de que la glucosa de la sangre, encontrada en el protocolo, fuera consecuencia de la dosis de insulina puesta. (Firmado).

Exámenes de Laboratorio: Hemograma: G. R. 4.488.000. Hg. 16 grs.%; eritrocitos empacados: 42%; V. G. M. 93 u., G. B. 7.000, neutrófilos 90; E. O., linfocitos 7. Velocidad de sedimentación 11 m. mts. Glucosa 113 mgrs.% (en la sangre). Orina: albúmina negativa, glucosa 14.4 gramos por litro. Acetona y cuerpos acetónicos negativos. Otro examen de laboratorio que fué ordenado por la noche dosificando glucosa sanguínea, reportó glucosa 113 miligramos %.

Por orden de uno de los médicos internos, la necropsia es practicada, de la cual señalaré, en honor a la brevedad, únicamente los datos que interesan para el caso.

A la Inspección: se describe como un cadáver de adulto bien constituido, talla mediana, tegumentos oscuros, ligeramente pálidos, rigidez cadavérica y una lividez cadavérica en el hombro derecho. Cavidades ótica y nasal vacías, cavidad bucal llena de líquido espumoso, blanquecino. El resto del examen de inspección, sin particularidades.

Incisión: en "Y" para tórax y abdomen para movilizar las vísceras y bimastoidea para extraer el encéfalo.

Cavidad Abdominal: nada de interés.

Cavidad Torácica y Mediástica: cavidad pleural izquierda se encuentra vacía, a nivel del vértice pulmonar presenta adherencias laxas, fácilmente desprendibles; la pleura es lisa y brillante... mediastino sin particularidades.

Cavidad pericárdica: nada de interés.

Corazón: nada de interés.

Pulmões: pesaron juntos 1,230 gramos. El parenquima es de color rojo oscuro, la crepitación está disminuida y al presionarlo sale abundante líquido espumoso de color rosado; este proceso es más acentuado a nivel de las bases. La tráquea y los bronquios están llenos de líquido espumoso color rosado, la mucosa de la tráquea está ligeramente hemorrágica.

Hígado y Bazo: nada de interés.

Riñones: al corte ligera hiperhemia.

Tracto gastrointestinal: en toda la longitud del intestino se encontró hiperhemia.

Cerebro: AL LEVANTAR EL CASQUETE CRANEAL SE ENCONTRO A NIVEL DEL HEMISFERIO IZQUIERDO Y POR FUERA DE LA DURAMADRE, UN COAGULO DE 15 CTMS. APROXIMADAMENTE DE DIAMETRO MAYOR, QUE HABIA DESPLAZADO EL HEMISFERIO HACIA LA LINEA MEDIA. EN EL CRANEO SE ENCONTRO UNA FRACTURA A NIVEL DE LA ESCAMA DEL TEMPORAL QUE LLEGA HASTA LA BASE DEL CRANEO, HASTA LA APOFISIS PETROSA DEL TEMPORAL. POR FUERA, SUB-YACENTE AL CUERO CABELLUDO, SE ENCONTRO UN HEMATOMA DE 5 CTMS. DE DIAMETRO.

Además, en el estudio microscópico describen en el PANCREAS: EN UNA DE LAS MUESTRAS EXAMINADAS casi todo el tejido está necrosado y es casi imposible distinguir células pancreáticas. No se observan fenómenos infiltrativos; en el tejido conjuntivo circunvecino se encuentran algunas porciones hemorrágicas.

El diagnóstico anatómico del patólogo fué el siguiente:

1) Fractura del cráneo, porción escamosa del temporal. 2) Hemorragia meníngea supradural izquierda, voluminosa 15x7x5 ctms. 3) Edema pulmonar. 4) Hiperhemia renal. 5) Hiperhemia intestinal. 6) Adherencias pleurales, bilaterales. 7) Hemorragia pancreática.

COMENTARIO: este paciente es uno de los muchos que son ingresados al hospital con el diagnóstico de «coma alcohólico» y la casualidad ha querido que, al fin, uno de esos casos llegue a la autopsia,

indudablemente porque a la par del diagnóstico de «coma alcohólico», se sostenían las hipótesis de coma diabético, accidente cerebro-vascular, etc., y la autopsia se consideró de interés.

Cuando se discutió este caso en la conferencia anatomo-clínica muchos médicos —y con mucha base— sostuvieron el diagnóstico de intoxicación alcohólica, dados los antecedentes del aliento con olor a alcohol y los envases de aguardiente que la policía dijo haberle decomisado. Otros médicos sospecharon la hemorragia meníngea. Célebres fueron las palabras de uno de nuestros maestros cuando dijo: "...y sospecho que este paciente murió de una hemorragia meníngea-traumática, en primer lugar, porque lo trajo la policía...". Con esas pintorescas palabras nuestro distinguido médico retrataba irónicamente las pocas garantías que algunos miembros de ese cuerpo le dan a la ciudadanía.

Una vez dado el resultado de la autopsia, todos los médicos aceptaron la fractura del cráneo y la "voluminosa hemorragia meníngea supradural" como causa suficiente y primordial de la muerte del enfermo.

La hemorragia pancreática era pequeña y el resto del páncreas estaba normal.

El edema pulmonar se presentó mucho después del traumatismo, cuando el enfermo estaba en el servicio y por consiguiente sólo fué una complicación terminal.

La diabetis no se pudo comprobar con los exámenes de sangre ni por el estudio histológico del páncreas, etc. Algunos consideraron que el hallazgo de 14 gramos de glucosa en la orina se debió a la inyección de dos litros de «suero mixto» (glucosa al 5% en suero fisiológico).

Con relativa frecuencia llegan a morir al hospital personas en quienes por una simple inspección se dictamina "muerte por intoxicación alcohólica" sin que se agoten los medios científicos para comprobar si esa causa es la real. Una autopsia debe practicarse siempre en estos casos, la cual nos ayudará a descartar otras causas o nos mostrará las lesiones que se observan en los sujetos muertos de embriaguez: congestión y edema pulmonares, congestión meníngea, talvez se encontrara en el estómago parte del alcohol ingerido, etc. Además sería de gran ayuda la dosificación del alcohol sanguíneo o en la orina o en los diferentes órganos, por el método Nicloux u otros. Se ha comprobado, después de muchos análisis, que "el alcohol se difunde por todos los humores y órganos hasta llegar a una distribución casi homogénea".

El método de Nicloux es recomendado por V. Balthazard, quien se expresa elogiando al autor en su «Manual de Medicina Legal», con estas palabras: "El gran mérito de Nicloux es haber aportado un procedimiento práctico y seguro para que a la hora presente podamos sistemáticamente buscar la impregnación alcohólica de cuantos cadáveres se autopsien".

Según el mismo Balthazard, la muerte por intoxicación^{al}alcohólica se produce cuando la concentración de alcohol en la sangre es aproximadamente de 10 por 1000. Sin embargo, aunque la concentración no haya llegado a esa altura, un alcohólico puede morir en la fase depresiva de la embriaguez, por enfriamiento, para citar un ejemplo; así es que hay que tomar en cuenta otros factores que se pueden agregar al alcoholismo agudo.

Todos estos datos sumados a los de la anamnesis y a los del examen clínico del sujeto, si es que se logró ver con vida, serían de gran valor para aproximarnos más a la verdad.

El presente caso nos demuestra que no todo individuo que está ebrio muere de intoxicación alcohólica y que siempre es obligatorio un estudio completo y sistematizado para obtener las pruebas.

Este caso tampoco llegó a manos de la justicia, desde luego que en ningún juzgado se encuentra la causa.

Hagamos estas preguntas ante la conciencia ciudadana: ¿Quién ocasionó a B. M. el traumatismo que lo llevó a la muerte? ¿Se golpeó solo? ¿Lo golpeó un enemigo? ¿Lo golpeó la policía? ¿En dónde está el culpable de esa muerte?

Esperemos la respuesta, puede ser que la justicia salga y vuelva por sus fueros, nunca es tarde para empezar, ayudémosla.

CASO N° 3

Nombre: C. A. S. G., de 12 años de edad, originario de San Salvador.

Diagnóstico clínico: intoxicación medicamentosa.

Día de la defunción: 26 de noviembre de 1951, a las 6 a. m.
Autopsia No. 720, practicada el 26 de noviembre de 1951, a las 2 p. m.

La historia clínica de este niño puede resumirse en la forma siguiente: según las declaraciones de los familiares el niño se encontraba padeciendo de sinusitis y del estómago, pero su estado no era grave, no guardaba cama y llevaba una vida corriente y ordenada como de costumbre.

Refiere el padre del niño que su médico le recetó algunas medicinas, entre ellas 12 comprimidos de sulfaguanidina, pero en la farmacia donde las compró le entregaron sulfato de quinidina; al proceder su expresado hijo a ingerir dos tabletas, se sintió mal, viéndose obligado a guardar cama, y en seguida empezó a vomitar grandes cantidades de sangre y espuma por la boca. Se llamó en consulta a otro médico, PERO EL NIÑO FALLECIO POCOS MOMENTOS DESPUES.

Luego el padre del niño entregó a las autoridades correspondientes las medicinas recetadas por el médico o sean: unas tabletas, un frasco conteniendo un líquido parecido al argirol, cuya leyenda dice: "cuatro gotas en cada fosa nasal", Nº 802725, Dr...; otra caja cuya leyenda dice ser de «Rhinalgol» y otro frasco cuya leyenda dice: «Chloromycetin».

De las tabletas que se decían ser de quinidina, unas se enviaron a laboratorios extranjeros para análisis químico, por iniciativa del padre del niño; otras se mandaron a los Laboratorios de la Facultad de Química y Farmacia de la Universidad Nacional y otras quedaron en poder del Juez.

Se practicó una autopsia judicial, de la cual he tomado los datos que tienen interés para el caso.

Inspección: cadáver de adolescente, muy pálido, de regular constitución; de las fosas nasales, lo mismo que de la boca, salió un líquido color rojizo.

Incisión en «Y» sobre tórax y abdomen para movilizar las vísceras y bimestoidea para extraer el encéfalo.

Cavidad abdominal, cavidad torácica y mediastino, cavidad pericardiaca: nada de importancia.

Corazón: las cavidades derechas parecían un poco dilatadas.

Pulmones: pesaron juntos 1,400 gramos; parenquima no crepitó y al corte salió abundante líquido color rosado espumoso de alvéolos, bronquios y tráquea.

Bazo: parenquima color rojo oscuro, congestionado.

Hígado: pesó 1,040 gramos; parenquima color rojo oscuro, congestionado.

Riñones: se decapsularon con dificultad, parenquima color rojo oscuro, muy aumentado de consistencia.

Tracto gastro=intestinal: el esófago, estómago y duodeno se mandaron a los Laboratorios de Química y Farmacia; en el intestino delgado y grueso se encontraron zonas de hiperhemia.

Cerebro: bien formado, con hemorragia subaracnoidea muy extensa, con predominio en la base alrededor de los pedúnculos cerebrales, cerebelosos, protuberancia y lóbulos temporales. Al hacer cortes horizontales del encéfalo se demuestra una pequeña cantidad de sangre coagulada en el cuerno posterior del ventrículo lateral derecho. Sustancia blanca y gris, bien individualizadas.

ESTUDIO MICROSCOPICO. — *Corazón:* la superficie del pericardio muestra una pequeña cantidad de exudado albuminoso; en la zona limítrofe con el músculo cardíaco, hay numerosas hemorragias petequiales: la fibra cardíaca está bastante fragmentada, pero el núcleo está bien

conservado. Los espacios conjuntivos intersticiales son bastante amplios y en algunos de ellos hay también extravasaciones sanguíneas importantes, algunas de ellas en la zona subendocárdica.

Pulmón: pleura ligeramente engrosada, posiblemente por edema, alvéolos llenos de exudado albuminoso y sangre; epitelio broquial parcialmente desprendido conteniendo glóbulos rojos en el interior de los bronquios.

Cerebro: hay una extensa hemorragia por debajo de la meninge pial. En todos los cortes la substancia blanca y gris está bien conservada.

En resumen el diagnóstico anatómico del patólogo fué el siguiente: 1) hemorragia meníngea generalizada, sub-aracnoidea. 2) Edema pulmonar agudo. 3) Hiperhemia del bazo. 4) Hiperhemia del hígado. 5) Hiperhemia del riñón.

Los Médicos Forenses encargados del reconocimiento, dictaminaron que, en su opinión, la causa natural y directa de la muerte fueron la hemorragia cerebral y el edema pulmonar agudo.

Además, agregan: "en atención a la edad del fallecido (doce años aproximadamente), y de su estado físico general, normal, dictaminamos que la hemorragia cerebral y edema pulmonar se deben directamente a la ingestión de un poderoso estimulante cardíaco".

Por ser de sumo interés para el caso, vale la pena decir las conclusiones de los Laboratorios de la Facultad de Química y Farmacia, las cuales fueron dadas a conocer transcurrido un enorme lapso de tiempo, después de varios reclamos del señor Juez. Los señores laboratoristas pretextaban que no podían dar los resultados del análisis toxicológico, porque el Jefe del Laboratorio, quien había practicado ya dicho análisis, se había marchado hacia México sin haber dado a conocer dichos resultados, por lo cual tenían que esperar su regreso.

Los mencionados Laboratorios respondieron que las tabletas que les entregaron para análisis eran en realidad de sulfato de quinidina y que cada tableta contenía veinte centigramos de dicha substancia y 49 miligramos de substancia inerte (excipiente).

La respuesta del análisis toxicológico de las vísceras fué la siguiente: **RESULTADO DEL ANALISIS:** el líquido purificado NO dió reacciones características que determinaran la presencia de ningún alcaloide, ni de ningún cuerpo tóxico.

Argumentaron además, que: 1º. si el niño había ingerido sulfato de quinidina, este medicamento ya había sido eliminado de su organismo al momento de tomar las vísceras." 2º. si el período de tiempo entre la ingestión y la muerte de C. A. S. G. fué corto, eso sería indicio que la cantidad de sulfato de quinidina ingerida fué pequeña, caso de haber ingerido sulfato de quinidina". Alegaron también los señores laboratoristas que no se les había remitido una muestra de orina.

No vamos a pormenorizar las discusiones de carácter jurídico que se desarrollaron en esta causa, porque eso se sale del marco de este trabajo; únicamente diremos que el Sr. Juez decretó sobreseimiento en favor de los indiciados (el médico y el propietario de la farmacia), en vista de que "NO SE LOGRO ESTABLECER LEGALMENTE EL CUERPO DEL DELITO".

COMENTARIO.—Tenemos aquí otra dolorosa tragedia, que llevó luto a un hogar más y constituyó un nuevo fracazo para la justicia.

Es triste tener que aceptar que cuando en un organismo priva la anarquía o la incapacidad técnica de su personal, se hace difícil poder responsabilizar a alguien en particular, desde luego que es el conjunto el que no funciona acorde, sucediéndose los errores en un círculo vicioso en el cual no se puede acertar en dónde comenzó la falla. La solución es, naturalmente, reformar por completo ese organismo.

Los peritos hicieron bien en mandar a practicar la autopsia y el análisis toxicológico de las vísceras, pero descuidaron mandar a examinar los vómitos, aunque de ellos hubiera quedado únicamente los más pequeños vestigios, en la ropa de cama, recipiente en que vomitó el paciente, etc. Olvidaron también mandar una muestra de orina y los señores laboratoristas estuvieron prestos a reclamarlo.

La historia dice que después de ingerir las tabletas el niño se sintió mal y en seguida comenzó a vomitar. Cuando se ingieren medicamentos en forma de tabletas, estas se pueden expulsar en su totalidad si los vómitos se presentan rápidamente, sin que se absorba nada del medicamento. De ahí la importancia de examinar los vómitos.

El examen de orina era importante, en este caso. Veamos lo que dicen los autores Goodman y Gilman en su libro "Bases Farmacológicas de la Terapéutica", refiriéndose a la eliminación de la quinidina: "El sulfato de quinidina, preparación ordinariamente empleada, se absorbe rápidamente en el tracto intestinal. LA MAYOR PARTE SE ELIMINA PRONTO POR LA ORINA, CASI SIN MODIFICARSE".

Según los autores mencionados, la quinidina puede matar por fibrilación ventricular o por detención del ventrículo, debido esto último a que "deprime los nódulos S-A y A-V y en el corto período de reposo que se produce en los aurículos al cesar el movimiento de circuito, el centro originador de los impulsos puede no recobrar su función rápidamente, lo que puede ser fatal".

Los médicos forenses sospecharon que la hemorragia cerebral y edema agudo del pulmón se debían a la ingestión de un poderoso estimulante cardíaco. Como la quinidina no es un estimulante cardíaco, sino todo lo contrario "es un depresor de la musculatura esquelética y cardíaca"; entonces tendríamos que admitir que la sustancia ingerida por el niño no fué sulfato de quinidina y que esta sustancia, al menos en parte, fué asimilada.

Es de lamentar por otra parte que los laboratorios de la Facultad de Química y Farmacia retarden tanto tiempo sus contestaciones y el pretexto que esgrimen no puede aceptarse, porque eso revelaría nada más su desorganización.

Como puede verse, la incógnita de la muerte de este paciente siempre ha quedado y ante los hechos observados, la confianza que podemos tener en nuestros medios de investigación se debilita más y más.

CASO N° 4

En el Servicio de Maternidad Febril del Hospital Rosales, se registró el día 20 de febrero de 1946, la muerte de dos niños, los cuales murieron con un intervalo de 30 minutos entre uno y otro. Ninguno de ellos tenía historia clínica. Veamos lo que dicen las autopsias:

A.—*Nombre:* G. R. G., un mes de edad.

Diagnóstico: no tiene; se ordenó la autopsia porque murió súbitamente.

Día de la defunción: 20 de febrero de 1946, a las 19 horas, 5 mnts.

Autopsia N° 90, practicada inmediatamente después de la muerte.

Resumen clínico: existe sospecha de que este niño estaba tomando un preparado sulfamídico a dosis fuerte.

Estudio microscópico: por el estudio de las vísceras sólo pudimos comprobar una hiperhemia generalizada de todos los órganos y un color sepia de la sangre.

Bazo: hay gran hiperhemia de la pulpa esplénica. Los folículos linfáticos son apenas visibles, y el tejido apenas recuerda la estructura normal del bazo.

Hígado: hay una destrabeculación enorme, los sinusoides están ingurgitados de sangre. Parece haber en algunas zonas regular cantidad de bacuolas de grasa.

Riñón: hay un grado de hiperhemia bastante marcado de los glomérulos. Los tubos prestan un grado moderado de degeneración turbia. Los vasos del tejido conjuntivo están ingurgitados de sangre.

Diagnóstico anatómico: 1) ¿Sulfahemoglobinemia? 2) Hiperhemia de todas las vísceras.

B.—*Nombre:* M. de J. D., de un mes de edad.

Diagnóstico: no tiene; se ordenó la autopsia porque murió súbitamente.

Día de la defunción: 20 de febrero de 1946, a las 19 horas, 35 minutos.

Autopsia N° 91, practicada inmediatamente después de la muerte.

Resumen clínico: existe sospecha de que este niño estaba tomando un preparado sulfamídico a dosis fuerte.

Estudio microscópico: igual que el de la autopsia N^o 90.

Bazo: nada importante, fuera de la hiperhemia.

Hígado: en las zonas subyacentes de la cápsula, hay regular cantidad de vacuolas claras que pueden corresponder a degeneración grasosa. Los sinusoides están bastante ingurgitados de sangre.

En muy pocas células hepáticas se constata núcleo y casi todas ellas presentan un grado avanzado de necrosis.

Riñón: hay hiperhemia de los glomérulos y tejido conjuntivo intersticial. Epitelio tubular, bien conservado.

Timo: histológicamente normal.

Diagnóstico anatómico: 1) ¿Sulfahemoglobinemia? 2) Hiperhemia de todas las vísceras.

COMENTARIO: hemos supuesto este caso, más que todo para que el lector se dé cuenta de que por sí lo mal que se estudia un caso médico-legal en nuestro país.

Las autopsias nos demuestran lesiones que bien pueden corresponder a una intoxicación, pero faltaba que se demostrara el tóxico y esa parte le correspondía a un Laboratorio de Toxicología. Se hacía necesario y obligatorio, en nombre del prestigio de esa Ciencia llamada Medicina Legal, que se ordenara un análisis toxicológico completo, pero ese detalle tan elemental como decisivo, no se llevó a la práctica.

En esta forma jamás se logrará dilucidar ningún caso de envenenamiento y la inocencia o culpabilidad de un indiciado tampoco se podrá probar.

Casí podemos decir que la justicia en El Salvador no ha salido aún de su fase rudimentaria a base puramente de retórica.

Para finalizar este capítulo quiero citar aunque sea a grandes rasgos, otros dos casos presumibles de envenenamiento, los cuales no fueron denunciados a las autoridades para que estos investigaran de qué manera ocurrieron los hechos, como debería hacerlo todo ciudadano que se diera cuenta de un hecho de esta índole. Tampoco en estos casos se hicieron análisis toxicológicos, desde luego, que no aparece consignado que se mandaran vísceras o porciones de vísceras para ello.

CASO N^o 5

A nuestro juicio, en esta ocasión sí se colmó con creces la medida, porque es inconcebible que funcionario alguno, se llame juez o se llame médico forense, haya dejado pasar semejante caso sin efectuar las diligencias que la honestidad de la Justicia reclama.

El difunto se llamaba A. G. V.; no consignaron su edad, sexo masculino. *Profesión:* Químico Farmacéutico.

Diagnóstico Forense: intoxicación con cianuro de potasio.

Día de la defunción: 16 de abril de 1946, a las 4 horas 30 minutos.

Autopsia No: 137: practicada el 21 de junio de 1946, a las 10 horas.

Resumen Médico Forense: "Tengo conocimiento de que el señor A. G. V., falleció el 16 de abril; y que EL FORENSE LLAMADO A RECONOCERLO EN ESA OPORTUNIDAD, DICTAMINO MUERTE POR INTOXICACION CON CIANURO DE POTASIO; que el señor G. V. fué inyectado con formalina y sepultado el día 17 de abril".

"Llamado por la viuda del Dr. A. G. V. e invitado por atenta nota del señor Juez..., me presento a practicar la autopsia del cadáver del señor G. V., el 21 de junio de 1946, es decir 60 días después de su fallecimiento..."

Se practicó la necropsia, haciendo constar el patólogo que el cadáver estaba en buen estado de conservación y que a la inspección encuentra dos pequeñas heridas por arma corto-punzante, separadas entre sí por un espacio de un centímetro, a nivel del mamelón izquierdo.

El diagnóstico anatómico, fué el siguiente: 1) Necrosis de la mucosa gástrica y duodeno-leal. 2) Hiperhemia renal muy marcada. 3) Hiperhemia hepática. 4) Degeneración grasosa del hígado, moderada.

Accesorio: 1) Herida corto-punzante doble (suturada), a nivel del mamelón izquierdo, penetrando hasta la hoja parietal de la pleura. 2) Hemorragia subcutánea a nivel del mamelón izquierdo, 3) Hemorragia pleural izquierda, discreta, (aproximadamente 10 gramos). 4) Herida de 6 centímetros de longitud, suturada en la parte superior del muslo derecho (inyección de formalina).

COMENTARIO: es verdaderamente inaudito que se dictaminara "muerte por intoxicación con cianuro de potasio", por la simple inspección, sin recurrir a los exámenes de laboratorio y a la autopsia. Pero lo que causa espanto es que el perito haya hecho ese dictamen y haya permitido, juntamente con el Juez, que se sepultara el cadáver sin hacerle autopsia, no obstante haberse dado cuenta que éste presentaba dos heridas a nivel de la tetilla izquierda.

Cualquier iletrado campesino sabe que a ese nivel está el corazón y que una herida, por pequeña que parezca, si es profunda puede causar la muerte. Era una muerte sospechosa y había que ponerla en claro.

Fué necesario que surgieran las dudas y las protestas para que al cabo de 60 días se verificara la exhumación.

CASO N° 6

Nombre: A. R., 7 años de edad. No hay ficha clínica.

Diagnóstico: abdomen agudo.

Día de la defunción: 11 de abril de 1946, a las 11 p. m.

Autopsia No. 114, practicada el 12 de abril de 1946, a las 9 a. m.

HISTORIA: su tarjeta de ingreso dice así: enfermo que consulta por vómitos que comenzaron ayer y dolor difuso en el abdomen.

Al examen no da la impresión de un abdomen agudo. Se indica: observación, bolsa de hielo abdominal, suero fisiológico, leucograma de urgencia. El enfermo falleció el mismo día de su ingreso.

El patólogo describe, como datos de importancia, los siguientes: *Inspección:* cadáver de niño con moderada rigidez cadavérica, pupilas dilatadas y simétricas. Cavidades ótica y nasal, vacías. La cavidad bucal está vacía, pero sobre las regiones genianas y mentoniana se encuentran huellas de vómitos sanguíneos, que se escapan de la comisura labial. Como el resto de la descripción no tiene nada de especial, anotaré el diagnóstico anatómico en seguida: 1) Hiperhemia de la mucosa estomacal (gastritis). 2) Hiperhemia de la mucosa esofágica. 3) Hiperhemia de la mucosa yeyunal. 4) Adenopatía mesentérica. 5) Hiperhemia pulmonar (ambas bases). 6) Hiperhemia del páncreas.

Ninguno de estos hallazgos anatómicos puede reputarse causante de la muerte. El cuadro clínico y la autopsia podían encajar en un envenamiento que debió investigarse.

CASO N° 7

(Datos tomados del libro de autopsias). *Nombre:* A. C., 23 años de edad, jornalero.

Diagnóstico: ¿Hemorragia meníngea?

Día de la Defunción: 21 de febrero de 1949, a las 21 hrs. 15 mnts.

Autopsia N° 449: practicada el 21 de febrero de 1949, a las 23 hrs.

(21 de febrero de 1949). *Historia:* ahora, después de dormir una borrachera, se levanta, cae con convulsiones y entra en coma.

Impresión: ¿Hemorragia meníngea? ¿Coma diabético?

Se ingresa al 1er. Servicio de Medicina Hombres, en donde el señor Interno anota: 21 de febrero de 1949. Enfermo en estado de coma, respiración estertorosa, el examen físico es prácticamente negativo.

Aparato circulatorio: no puedo auscultarlo por los ruidos bronquiales.

Aparato respiratorio: roncus y sibilancias en todos los campos pulmonares. Hipernea, respiración rítmica, regular.

Sistema nervioso: pupilas en miosis, no reaccionan a la luz. Reflejos tendinosos abolidos. No hay signos de irritación meníngea.

El enfermo presenta los ojos inyectados, vidriosos, sanguinolentos. Y luego continúa el señor Interno: Este enfermo ingresó al Servicio a las 2 y 25 a. m. de este día. Se cumplieron las indicaciones que traía o sea: insulina 80 Us. endovenosa a las 2 y 25 a. m., 80 Us. subcutáneas a las 2 y 50 a.m. y 80 Us. subcutáneas a las 5 y 50 a. m., es decir, 240 Us. en total. Además se inyectaron tres litros de suero glucosado, por no haber suero fisiológico.

Dos médicos descartaron el coma diabético en vista del resultado de la dosificación de glucosa sanguínea, que dice: glucosa: 0.50 gramos por litro y por lo mismo indicaron glucosa E. V. y, además penicilina.

El estado del enfermo era casi agónico, falleciendo a las 12 hrs. 30 minutos del mismo día. La temperatura anotada era 37.5°c y pulso 100 por minuto.

Los datos importantes que describe la autopsia son los siguientes:

Inspección: En la parte media de la región frontal se aprecian dos heridas contusas, paralelas, que se dirigen de arriba hacia abajo, e interesan únicamente la piel, las rodea una zona tumefacta. Pupilas dilatadas y simétricas. Cavidad nasal, óticas y bucal llenas de líquido sanguinolento...uñas cianóticas.

El diagnóstico anatómico fué el siguiente: 1) Esplenitis aguda. 2) Hiperhemia hepática. 3) Hiperhemia renal. 4) Hiperhemia pulmonar. 5) Hipertrofia pancreática.

Accesorio: 1) Herida contusa de la región frontal. 2) Hemorragia vesical submucosa.

En resumen, este paciente murió en forma rápida y oscura. El estado comprometido que presentaba cuando llegó al Hospital, fué agravado por el empleo desacertado de la insulina; pero faltaba que averiguar la causa que produjo un quebranto tan brusco en su salud. ¿Sería el alcoholismo agudo? ¿Sería otra substancia tóxica?

Las lesiones anatómicas no demuestran la causa de su muerte. Se necesitaba un estudio más detenido y una investigación de las circunstancias en que ocurrieron los hechos por parte de las autoridades.

CAPITULO III

Consideraciones y conclusiones derivadas del anterior estudio.

Basándonos en lo dicho en las páginas anteriores, llegamos fácilmente a la conclusión de que nuestra Justicia no cuenta actualmente con el aporte científico necesario para la investigación de las pruebas, cuando estas necesitan la intervención de peritos o técnicos, debido a que la Medicina Legal no existe todavía en El Salvador como una verdadera Ciencia organizada.

Puntualizando algunos detalles someramente, tenemos: que hace falta, en primer lugar, el médico legista, quien para obtener el diploma de tal debe hacer estudios especializados.

En países más avanzados que el nuestro como Estados Unidos de Norte América, Inglaterra, Francia, España, Argentina, etc., pasó hace mucho tiempo la época en que un médico general hacía las veces de médico legista. Veamos, por ejemplo, cómo son los estudios en la Argentina, según palabras de Nerio Rojas: "Los cursos para el diploma de médico legista, creados por proyecto del Dr. Osvaldo Loudet, que funcionan con regularidad desde 1924, comprenden: Medicina Legal general (2 años); Toxicología (1 año); Traumatología (1 año); Clínica Psiquiátrica (1 año); Psiquiatría médico-legal (1 año); Criminología (1 semestre), con clases, trabajos prácticos y de seminario y exámenes en cada materia". Lo cual nos está demostrando que no solamente es una especialidad la Medicina Legal, sino que Ella misma se ha dividido a su vez en varias especialidades.

Las razones por las cuales ninguno de nuestros médicos ha escogido la carrera de médico-legista, son obvias. Por una parte está la falta de estímulo moral para los galenos que ocupan cargos de médico forense, a quienes no les han dado la importancia que se merecen, desde luego que nunca se les ha dotado siquiera de los instrumentos más indispensables para su trabajo, o de una buena biblioteca para consulta, que son los DETALLES elementales, por donde se comienza.

Por otra parte, está la circunstancia capital de que a los médicos forenses se les paga sueldos exigüos, insuficientes para cubrir sus nece-

sidades vitales, de donde resulta que ellos se ven obligados a buscar otros medios de ingresos económica, sin dedicarse de lleno al estudio de la Medicina Legal.

Entre otras razones de peso, vale la pena decir que el médico forense es un empleado del Estado, y como tal, en épocas anteriores, se ha visto expuesto a los vaivenes de la política, que ya sabemos como ha sido de inestable. Es muy justo el anhelo de todo individuo de asegurar su porvenir, su vejez y el porvenir de su familia por medio de una profesión, de la cual pueda servirse siempre.

Por otra parte, tropezamos con la dificultad que no existe en el país un Laboratorio de Toxicología que dé garantías en los exámenes que solicita el médico forense. La Toxicología ha llegado a ser una especialidad importante, que consta de tres partes: una química, otra clínica y una tercera legal; por lo tanto, no se puede improvisar el personal que va a trabajar en tan delicada materia.

No tenemos tampoco los adelantos de la técnica policial, que en otros países ha llegado a perfeccionarse mucho, contando, por ejemplo, con gabinetes de identificación bien equipados, para verificar antropometría, dactiloscopia, aparatos microfotográficos, microscopios, espectroscopios, micro-espectroscopios, instalaciones de rayos X para el reconocimiento de perlas y alhajas, instalación de rayos ultravioleta, material de química que permita el análisis de moneda falsa, polvos metálicos, tintas, drogas, el barro de un lugar que puede llevar alguien en los zapatos, etc., etc.

La misma técnica policial ha perfeccionado métodos para investigación de manchas de sangre, calostro, leche, meconio, unto sebáceo, manchas de fruta, etc. Así, por ejemplo, según dice un trabajo del Medicólogo cubano J. A. Díaz Padrón, puede determinarse si una mancha es de sangre o no lo es; si es de sangre, puede llegarse a determinar si es de ave, reptil, etc., o humana; y finalmente, con un 90% de probabilidades, puede llegar a decirse si pertenece a una persona determinada, después de un análisis ingenioso, aunque la mancha de sangre tenga uno o más años.

La técnica policial nos ayuda al reconocimiento de balas, armas de fuego; determinación de "la mano que disparó un arma de fuego", (prueba de la parafina), etc.

Lo dicho anteriormente me parece suficiente para que reconozcamos que nuestra Medicina Legal necesita una organización completa, una reforma total, y para que tal empresa fuera iniciada, me permito sugerir lo siguiente:

1º.—Se necesita la preparación de varios médicos legistas, sobre quienes ha de recaer la dirección de la organización. No importa que se comience por uno o dos, porque estos tendrán que hacer escuela,

que sentar las bases. Estos médicos legistas han de tener una preparación general, que abarque el conjunto de las materias, porque una persona estrictamente especializada en una rama de la Medicina Legal, como decir: Traumatología, no podrá organizar las distintas dependencias.

2°.—Se necesita que se manden a estudiar Toxicología a algunos de nuestros laboratoristas.

3°.—Se necesita la creación de una Biblioteca de Medicina Legal.

4°.—Se necesita la creación de un Gabinete de Identificación, bien equipado, que cuente en un principio, por lo menos, con los aparatos y materiales que hemos mencionado antes.

5°.— Se necesita la creación de un Museo de Medicina Legal, que servirá también para la enseñanza.

6°.— Creación de una Morgue para las autopsias judiciales, en donde deben practicarse obligatoriamente autopsia en casos de muerte súbita, muertes por fracturas, casos quirúrgicos, muertes por accidentes de cualquier clase, ya sea ahogados, muertos en incendios, etc.

7°.—Un incremento en la enseñanza de la Medicina Legal, tanto en la Escuela de Medicina, como en la de Jurisprudencia y Ciencias Sociales.

Que los galenos conozcan más de legislación, en qué consiste la responsabilidad médica, si tienen la obligación de reportar los casos infectocontagiosos a la Sanidad en defensa de la colectividad, hasta qué punto tienen derecho de operar a un paciente que llega al hospital, con qué requisitos se debe contar, deben conocer el Código de Farmacia, etc.

El estudiante de medicina debe tener una preparación adecuada para que cuando le corresponda hacer su Servicio Médico Social, obligatorio, desempeñe también el cargo de forense, con lo cual se aliviará bastante la necesidad de médicos legistas.

Debe también elaborarse una reglamentación de las funciones de los médicos legistas.

Así hemos expuesto, aunque sea en forma panorámica, porque el tema es inmenso, la gravedad de nuestro problema médico-legal, y las deficiencias que comporta a la Justicia, en perjuicio de los habitantes del Terruño y de las personas que vienen en busca de su "asilo sagrado".

BIBLIOGRAFIA

- 1) Nerio Rojas Medicina Legal.
Cuarta Edición (1950).
- 2) Dr. V. Baltazard Manual de Medicina Legal.
Sexta Edición (1947).
- 3) Eugenio Cuello Calón Derecho Penal. Tomo II
- 4) Dr. Manuel Castro Ramírez h.... Derecho Penal Salvadoreño.
- 5) L. Goodman y A. Gilmann Bases Farmacológicas de la Tera=
péutica: Quinidina. Tomo I.
- 6) José A. Díaz Padrón Interpretación y Alcance del Exa=
men de Manchas de Sangre en Me=
dicina Legal (Trabajo de ingreso
leído en la sesión celebrado el día
4 de noviembre de 1944 en el Ins=
tituto Nacional de Criminología).
- 7) De Lee y Greenhill Principios y práctica de Obstetri=
cia: Aborto y Parto prematuro.
Octava Edición. Tomo I.