

## DOCTRINA

### "Estudio Medicolegal del lugar del Hecho"

*Dr. Luis Alberto Kvitko \**

#### P R E L I M I N A R E S

El motivo del presente trabajo sobre el "*ESTUDIO MEDICO LEGAL DEL LUGAR DEL HECHO*" está fundamentado en la circunstancia de que en la gran mayoría de los libros de la especialidad el tema es abordado en forma muy breve o bien ignorado.

Si bien es cierto que pocos autores conceden relevancia al problema, nos encontramos que el estudiante o el médico general y, aún el especialista que intenta consultar sobre estos aspectos en textos de la especialidad ve dificultada su tarea.

Algunos podrán argumentar que el lugar del hecho se debe estudiar aplicando conocimientos generales de tanatología, lesionología y otros muchos capítulos de la Ciencia Médicolegal y que todos estos pueden encontrarse en cualquier publicación de la materia. Pero, entendemos que es imprescindible contar con un ordenamiento metódico que permita aplicar sistemáticamente tales conocimientos y otros más en cada caso en que se nos llame y debamos intervenir.

Ya en trabajos anteriores nos hemos venido ocupando de este importante capítulo médicolegal. El motivo del presente es el de haber sumado a los antecedentes del tema —para lo cual hemos revisado una importante bibliografía— nuestra experiencia práctica, experiencia avalada por cientos de pericias en el lugar del hecho. Esta circunstancia nos ha permitido evolucionar y

---

**\*\* Médico Legista (UBA) - Médico Psiquiatra (UBA)**

**Docente Adscrito a la Cátedra de Medicina Legal y Deontología Médica de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires.**

**Médico Legista de la Policía Federal Argentina.**

**Secretario General de la Asociación Latinoamericana de Medicina Legal y Deontología Médica.**

tratar de perfeccionar esta práctica y seguimos en el entendimiento de que todavía podemos y debemos mejorarla aún más.

De ninguna manera pretendemos haber agotado el tema, ni mucho menos. El constante adelanto tecnológico y científico, así como la paciente observación, nos ofrecen día a día elementos nuevos que aplicados al tema en cuestión contribuirán a mejorar nuestro estudio.

Estamos convencidos que toda experiencia es útil cuando, además de ser aplicada por quienes la poseen, es transmitida a todos aquellos que están transitando por el mismo camino. Es ésta nuestra intención al realizar este trabajo.

De lograrla será nuestra mayor recompensa.

## INTRODUCCION

La aplicación de la totalidad de los conocimientos médicos a fin de asesorar el mejor proveer justicia está a cargo de la Medicina Legal, disciplina independiente que constituye el puente entre la Medicina y el Derecho.

En consecuencia, por definición, el campo de acción médico legal es muy amplio y, dentro de éste, surge uno de muy antigua data, de valor mayúsculo indudablemente aún en la actualidad y que es desempeñado por los Médicos Legistas de Policía y, en forma extraordinaria por los Médicos Forenses de la Justicia. Nos referimos a lo que nosotros preferimos denominar "*ESTUDIO MEDICOLEGAL DEL LUGAR DEL HECHO*".

La razón por la que, habiendo tan variada cantidad de denominaciones para el tema que nos toca considerar no nos haya impedido acuñar —si se nos permite— nuestra propia denominación, es debido a que entendemos que con ella, realmente definimos en su exacto valor y con el apropiado sentido y alcance la tarea a desarrollar por el Médico Legista cuando es llamado al lugar donde se ha encontrado un cadáver.

Seguimos a Israel Castellanos (15, pág. 49) que adopta la denominación "lugar del hecho" y "lugar del suceso" explicando el porqué de esta denominación tan clara. Dice él: "en verdad, la designación resulta expresiva y correcta, porque lugar significa "espacio ocupado por un cuerpo", y hecho quiere decir "acción, suceso, acontecimiento", por lo cual indica el "espacio ocupado por un cuerpo, en que hubo acción, suceso, acontecimiento". La otra expresión, igualmente, es certera, porque especifica también "espacio ocupado por un cuerpo, en que aconteció o sucedió una cosa".

Ahora bien, nosotros decimos "*ESTUDIO MEDICOLEGAL DEL LUGAR DEL HECHO*", vale decir completamos la denominación especificando

cuál es la labor del Médico Legista en el "lugar del hecho", labor que comprende aplicar el esfuerzo y el entendimiento, poniendo especial cuidado o empeño para llegar al pleno conocimiento de la verdad que se busca, de allí la palabra "*ESTUDIO*". Decimos "*MEDICOLEGAL*" pues el Médico Legista actuará en el lugar del hecho aplicando los conocimientos científicos de la Ciencia Médico Legal, guiado por el criterio médico legal.

## SINONIMIA

Tal como mencionamos más arriba, las denominaciones son múltiples. Citaremos algunas de ellas:

"Alzamiento de cuerpos humanos" (Locard) - "Constataciones preliminares" (Coutagne) - "Constataciones sur les lieux et levee de corps" (Derobert) - "Descrpciones dell'ambiente" (Romanese) - "Diligencia del levantamiento del cadáver" (Casper) - "El lugar de la muerte" (Gresham) - "Escena de los hechos" (Acosta Guzmán) - "Examen del lugar del hecho" (Bonnet, Hofmann, Moran) - "Examen de los lugares" (Thoinot, Hofmann) - "Examen du cadavre" (Briand et Chaude) - "Examen juridique du cadaver" (Briand) - "Inspeccao juridica do local do crimen, do cadaver" (Peixoto) - "Inspección jurídica del cadáver" (González Torres) - "Inspección ocular" (Ponsold) - "Inspección y fijación del sitio del suceso" (Cousiño Mac Iver) - "Investigación de la escena de la muerte" (Vargas Alvarado) - "Investigation at the scene of death" (González y colab.) - "L'etude du cadavre" (Brouardel) - "La levee de cadavres" (Devergie) - "Levantamiento de cadáver" (Fernández Pérez) - "Levantamiento del cadáver" (Legrand du Saulle, Giraldo Giraldo, Gisbert Calabuig, Achaval, Risquez, González Torres, Barreras y Fernández y de Castro y Bachiller, Sánchez) - "Levantamiento de cuerpo" (Fernández Pérez) - "Levantamiento del cuerpo" (Uribe Cualla) - "Levantamiento do corpo ou inspecao juridica do cadaver" (Favero) - "Levée de corps" (Etienne Martin, Vibert, Lacassagne, Piedelievre y Fournier) - "Levée du cadavre" (Briand) - "Levée du corp" (Rabuteau, Achaval) - "Lugar de los hechos" (Acosta Guzmán) - "Lugar del suceso" (Israel Castellanos) - "Lugar del hecho" (Israel Castellanos) - "Medidas que han de adoptarse al descubrirse un crimen" (Balthazard) - "Observaciones sobre el lugar del suceso" (Simonin) - "Perinecroscopia" (Oscar Freire, Helio Gómez, González Torres) - "Punto de crimen" (Hofmann).

## IMPORTANCIA DEL ESTUDIO

El estudio del lugar del hecho es de trascendencia, fundamental. Ya A.S. Taylor (76, pág. 6) dice "Un honorable juge remarquait en une occasion qu'un médecin, quand il voit un cadavre doit remarquer chaque chose".

Casper (14, pág. 143-144) que redactó su Tratado de Medicina Legal conforme a sus observaciones personales, escribe: "El médico legista no está, por lo común presente a la diligencia de levantamiento del cadáver, razón por la que no puedo referir gran número de observaciones sobre este particular".

Uribe Cualla (82, pág. 83) dice: "Aquí, entre nosotros, el médico legista no interviene en la diligencia del levantamiento de un cadáver, porque corresponde única y exclusivamente al funcionario que inicia una investigación al respecto".

Giraldo Giraldo (27, pág. 99) ratifica lo afirmado por Uribe Cualla: "El levantamiento del cadáver es la primera de las actuaciones judiciales en cualquier caso de presunto homicidio, de ordinario es competencia de un funcionario de instrucción o de policía judicial, que puede requerir el auxilio de un médico legista para la práctica de esta diligencia; sin embargo, muchas veces el funcionario tendrá que llevar a cabo esta actuación sin el concurso del médico y por eso son válidas algunas anotaciones médico-legales, siguiendo las indicaciones el orden de frecuencia entre las causas de defunción, por muertes que requieren necropsia médico-legal".

Entendemos, tal cual lo referido por Uribe Cualla y Giraldo Giraldo que en el tema que nos ocupa se observa una muy grave falla en Colombia.

Lacassagne (40, pág. 324) y Etienne Martin (22, pág. 258) coinciden textualmente al puntualizar: "Une levée de corps bien faite constitue les trois quarts de l'autopsie".

Piedelievre y Fournier (60, pág. 295) dicen: "Habituellement elle se limite a une description de toute anomalie observée, mais peut être complétée d'incisions superficielles non mutilantes tendant à mettre en évidence des signes de violence".

No compartimos tal afirmación, pues limitar nuestro cometido a una descripción de lo anómalo observado sería aceptar que sólo debemos realizar un inventario de lesiones, cuando en realidad, lo que debemos hacer es un ejercicio dinámico y, de ninguna manera, realizar ningún tipo de incisiones —por más superficiales y presuntamente no mutilantes que aparenten ser— por el riesgo que corremos de crear falsas vías, desvirtuar importantes signos que se nos muestran y, en definitiva, alterar la realidad de los hechos, realidad que debemos preservar a toda costa.

En esto último, coincidimos con Barreras y Fernández y De Castro y Bachiller (4, pág. 735 y 736) quienes dicen: "Este acto médico legal judicial prescripto en las leyes de Enjuiciamiento Civil y Criminal consiste en una inspección del cadáver, en cuyo cuerpo no deben practicarse incisiones ni operación alguna".

Igualmente coincide Alph. Devergie (19, pág. 551) quien dice: "La levée de cadavres et l'autopsie sont donc deux opérations toutes différentes. Dan l'une la médecin n'est autorisé qu'à examiner y'état extérieur du corps et a en tirer telles inductions qu'il jugera convenable, mais il ne peut sous aucun prétexte porter l'instrument tranchant sur une partie quelconque. Dans

l'autre au contraire, le corps du délit est mis tout entier a sa disposition. C'est pour cette raison que nous avons fait deux chapitres différentes de ces deux opérations".

Concuerda también José María Sánchez (68, pág. 182) "En cuyo cuerpo no deben practicarse incisiones ni operación alguna. Cuando la justicia tiene motivos para sospechar un crimen, encarga la autopsia del cadáver".

Concluiremos diciendo que el estudio del lugar del hecho y la necropsia judicial son dos procedimientos completamente distintos, como bien puntualiza Bonnet (6, pág. 253-254), el primero se verifica in situ, al que denomina, "in loco mortali" y, el segundo, sobre la mesa de autopsia, "in loco Morgagni".

#### CARACTERISTICAS DEL ESTUDIO

El estudio del lugar del hecho, que sin lugar a dudas, debe ser realizado por el Médico Legista, debe cumplir con una serie de premisas que constituyen en su conjunto una suerte de decálogo para llegar a conclusiones valederas. Estas premisas determinan que el estudio debe ser realizado en forma **OBJETIVA, CONCRETA, METODICA, SISTEMATICA, DESAPASIONADA, DESPREJUICIADA, EXHAUSTIVA, DINAMICA, LENTA Y CIENTIFICAMENTE.**

Decimos **OBJETIVA** pues debe estar relacionado con el caso en cuestión en sí mismo y, no con nuestro modo de pensar o de sentir —subjetividad que estamos obligados a dejar de lado—.

Decimos **CONCRETA** pues debemos reducirnos a tratar de una sólo cosa con exclusión de todo otro tema. Vale decir, considerar el lugar del hecho como un todo, independiente de toda otra consideración ajena. Y, entonces, reducir a lo esencial y seguro el problema que abordamos.

Decimos **METODICA** pues debemos actuar con método. Método que siempre debemos aplicar en igual forma, con nuestro modo particular de obrar o proceder, con nuestro hábito o costumbre de plantear el estudio, que sólo así nos permitirá observar a fin de llegar a hallar la verdad, en forma real, analítica y sintética.

Decimos **SISTEMATICA** ya que, siempre, en todos los casos, sin exclusión alguna, por principio actuamos de esta forma, ajustándonos como se suele decir "a un sistema de procedimientos".

Decimos **DESAPASIONADA** pues debemos actuar sin pasión, en forma absolutamente imparcial.

Decimos **DESPREJUICIADAMENTE** pues debemos actuar sin prejuicios, sin prejuzgar, es decir sin juzgar antes de tiempo oportuno, sin tener conocimiento del hecho con anterioridad, dejando de lado todo lo que signifique obrar con antelación o con cualquier tipo de preferencias.

Decimos *EXHAUSTIVA* pues el estudio debe ser completo, agotando todas las posibilidades que se nos ofrecen como única oportunidad en el lugar del hecho.

Decimos *DINAMICA* pues no se trata de una simple toma de datos del lugar a fin de realizar un inventario como algunos creen y/o proceden. Muy por el contrario, el estudio del lugar del hecho implica una actividad plena de dinamismo a fin de lograr la obtención de elementos válidos que serán el soporte de la consiguiente conclusión que es lo que pretendemos lograr.

Decimos *LENTA* pues nada ni nadie debe apurarnos en nuestro estudio, ni siquiera nosotros mismos, muy por el contrario, debemos utilizar todo el tiempo que sea necesario a fin de aclarar todo aquello que se presente.

Por último, decimos *CIENTIFICAMENTE* pues debemos actuar según los preceptos de la Ciencia Médico Legal. Y, esto significa actuar con total saber, aplicando y buscando sólo aquello que admite principios, consecuencias y hechos rigurosamente demostrados y demostrables. Sólo así se podrá actuar con total seguridad y sin ningún tipo de vacilaciones o dudas.

#### *INFORME PERICIAL MEDICO LEGAL DEL LUGAR DEL HECHO*

Entendemos que esta pericia, previo estudio del lugar del hecho, constituye una verdadera urgencia medicolegal. La misma comprende el estudio minucioso y detallado del lugar físico en que se encuentra el cadáver o cadáveres —al que llamamos Contingente— y, de todos y cada uno de los objetos allí ubicados que, conjuntamente con el cadáver o cadáveres constituyen el Contenido.

En este sentido concuerdan la totalidad de los autores de la escuela médico legal brasilera, Hélio Gomes (29-30), Henrique Tanner de Abreu (75), Afranio Peixoto (59) y otros, entre ellos Eduardo Vargas Alvarado (83), Dardo Echazu (20), Simonin (67), Ramón Fernández Pérez (25), Quiroz Quaron (64).

El lugar del hecho es prácticamente, el único caso en que le toca actuar al Médico Legista de Policía frente al hecho recientemente consumado en la mayoría de los casos, con toda la riqueza de datos que éste le brinda.

Consideramos que el estudio del lugar del hecho es el detallado relevamiento de todo lo encontrado en la escena donde se encuentra el cadáver a fin de saber si la muerte es debida a causa de homicidio, suicidio, accidente, natural o, en ciertas ocasiones —muy contadas por cierto— concluir que la muerte sigue siendo de causa dudosa o sospechosa.

Estamos convencidos que siempre deberá completarse el resultado de nuestro estudio —realizado con sólidos fundamentos científicos— con la posterior necropsia judicial.

Efectuada la correspondiente denuncia ante la autoridad policial y/o judicial, o bien enterada ésta por sus propios medios de la existencia de un cadáver o cadáveres a causa de un posible delito, solicita la inmediata presencia del Médico Legista de Policía en el lugar del hecho.

Es entonces que la intervención del Médico Legista adquiere importancia trascendental. Importancia que siempre existe, en todos los casos, para la pericia médico legal correctamente efectuada así como para la que no se realizó de esta forma. Esto se debe a que el informe medicolegal es en la mayoría de los casos la clave fundamental para esclarecer el hecho en cuestión.

Decimos esto ya que, en oportunidades, por diferentes motivos o causas, no se actúa como es debido en el lugar del hecho desde la óptica médico legal correcta. Y, esto ocurre por diversos factores. Así, en algunos casos no es llamado el Médico Legista y, sin su presencia se retira (levanta) el cadáver del lugar. En otros casos llega el Médico Legista después que otros han estado y actuado en el lugar, alterando las posiciones y relaciones iniciales y, más aún, retirando objetos del lugar (armas, drogas, etc.). Cabe destacar que, al decir otros incluimos a la autoridad policial y/o judicial.

Otras veces, el Médico Legista pese a ser el primero en actuar, lo hace con ligereza o en forma inapropiada. Recordemos que entre las características del estudio hemos dicho que debe ser “exhaustiva y lenta”.

Tenemos razones bien fundadas para insistir en que el Médico Legista de Policía debe ser el primero que debe entrar a la escena del hecho, antes que ninguna otra persona, aún antes que la autoridad policial y/o judicial que está a cargo de la investigación del caso.

Muchas veces se nos ha preguntado y pregunta por parte de las autoridades: “Doctor, qué debemos hacer en el lugar del hecho” y nosotros contestamos categóricamente: “Lo que deben ustedes hacer, es sencillamente no hacer nada y esperar la llegada del Médico Legista”.

Y, es así, no se trata de vanidad profesional alguna.

No nos cansaremos de insistir en que la actuación, tal como hemos visto hasta aquí, logrará una pericia correcta con la cual se cerrará un caso o bien se iniciará un proceso dentro de los carriles correctos y, no por sendas que llevarán irremediamente al error y absolución del o de los culpables o, lo que es mucho más grave, la condena de un inocente.

A continuación, detallaremos la forma en que, metódica y sistemáticamente, aplicamos al estudio del lugar del hecho.

- 1) INTERROGATORIO DE FAMILIARES DE LA VICTIMA, VECINOS, TESTIGOS o AUTORIDADES INTERVINENTES.

- 2) ESTUDIO Y DESCRIPCION DEL LUGAR FISICO DONDE SE ENCUENTRA EL CADAVER O CADAVERES.
- 3) ESTUDIO DEL CADAVER O CADAVERES.
- 4) CRONOTANATODIAGNOSTICO o TIEMPO QUE HA TRANSCURRIDO DESDE LA MUERTE.
- 5) ESTUDIO DE LOS OBJETOS DEL LUGAR.
- 6) RELACION DE LOS PASOS ANTERIORES ENTRE SI Y TENTATIVA DE RECONSTRUCCION DEL HECHO.
- 7) ARRIBO A UNA CONCLUSION DE BASE CIENTIFICA.
- 8) INTERROGATORIO DEL IMPUTADO o IMPUTADOS y de SOSPECHOSOS SI FUERA POSIBLE.

*1) INTERROGATORIO DE FAMILIARES DE LA VICTIMA, VECINOS, TESTIGOS, AUTORIDADES INTERVINENTES.*

Este interrogatorio es, cuando puede realizarse, de gran importancia, pese a que es frecuente que se diga que el perito debe ser sordo a toda información, ya que ésta, se presume —en principio— es tendenciosa o falsa.

Damos valor a este paso ya que así, por medio de la información recibida podremos obtener datos sobre los antecedentes de la víctima, ya sean éstos de tipo familiar, psiquiátricos, laborales, económicos, de salud, políticos, pasionales, religiosos, criminológicos, y de cualquier otro tipo que pudieran existir.

Muchas veces, el antecedente psiquiátrico ayuda a aclarar un suicidio. La existencia de una enfermedad incurable, una muerte natural. Problemas de tipo pasional, político o económicos, un homicidio.

No obstante, debemos dejar debidamente establecido y, es importante tenerlo siempre presente que, sin desmedro de todas estas informaciones sobre antecedentes, suministradas por terceros, el Médico Legista deberá tomarlas con la mayor cautela y, utilizarlas conjuntamente con todos los demás datos objetivos que obtendrá en forma directa.

*2) ESTUDIO Y DESCRIPCION DEL LUGAR DONDE SE ENCUENTRA EL CADAVER O CADAVERES.*

Quando el Médico Legista es avisado y debe concurrir al lugar del hecho, es importante la ubicación geográfica del mismo, lugar que puede corresponder a una zona urbana o bien a un descampado rural. Esto nos permitirá tener un elemento de valor relativo, tal vez para un caso determinado, pero incuestionablemente valedero desde el punto de vista de la estadística criminológica.

Así, en una zona industrial y, dentro de ésta en una planta fabril, muy probablemente nos encontraremos con una muerte de causa accidental. En una zona residencial de un suicidio se tratará. En un barrio de casas de emergencia es muy factible se deba a un homicidio. En un lugar de gran movimiento humano, por ejemplo una estación ferroviaria central, se podrá tratar de una muerte natural. En una zona rural, de una muerte producida por un rayo.

Es indudable que todo esto sirve a manera de posibilidad previa, que deberá ser utilizada conjuntamente con todos los demás hechos objetivos comprobados.

Como bien describe Tanner de Abreu (75, pág. 128), podemos diferenciar dos tipos de lugares del hecho, por una parte el llamado interior, que es aquel en que nos encontramos en interior de viviendas, edificios o de cualquier tipo de construcción por más precaria que fuere. Por otra parte, el llamado exterior, que a su vez puede ser urbano o rural. En el primer caso puede tratarse de un patio, jardín, fondos de una casa, plaza, etc. En el segundo una chacra, ruta, etc.

En los lugares interiores debemos considerar, si por ejemplo se trata de una casa, cuántas habitaciones hay, su disposición, ubicación del baño, de la cocina. Cuáles son las puertas de acceso, ubicación de las ventanas, etc. Luego ubicaremos exactamente la posición del cadáver en relación a lo arriba indicado.

Si se trata de un lugar exterior, por ejemplo la vía pública, describiremos la exacta ubicación del cadáver en relación al número de la calle en que se halla, a qué distancia del frente de la edificación o del cordón de la vereda, de un determinado cartel, semáforo, árbol, vehículo estacionado, etc.

En el caso de descampados rurales se deberá consignar las distancias en relación a postes telefónicos o telegráficos, torres de alta tensión, molinos, silos, tranqueras, alambradas, camino principal o vecinal, ruta, lugar habitado más próximo, etc.

Resulta de gran conveniencia y utilidad confeccionar un plano de abati-miento. No es necesario para ello ser eximio dibujante, muy por el contrario, en forma muy esquemática y sencilla señalaremos en él las paredes, ventanas, puertas, muebles y cadáver, así como los objetos de interés allí ubicados y anotaremos las distancias. Este gráfico no debe de ninguna manera ser hecho a escala, es muy ilustrativo a este respecto Echazú (20, pág. 16). Ver nuestro sencillo esquema de la figura N° 1.

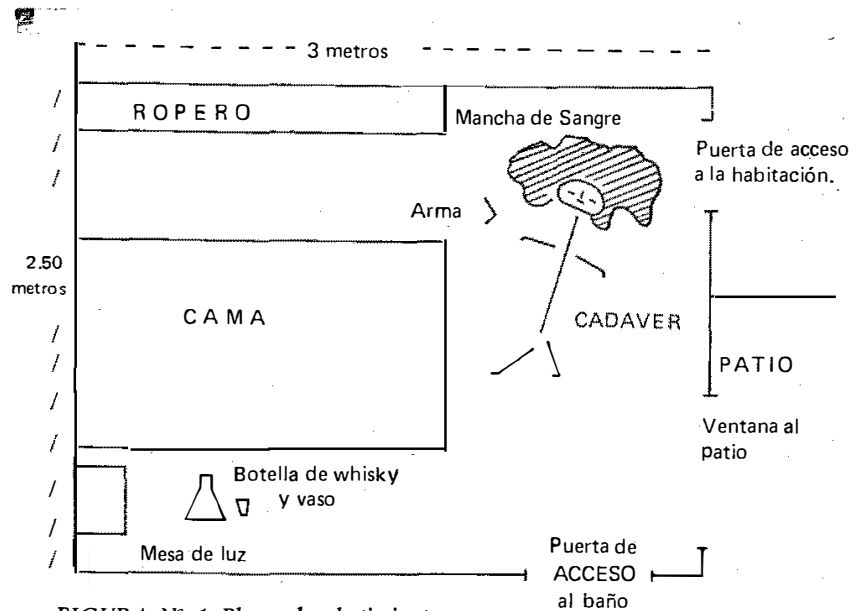


FIGURA Nº 1 Plano de abatimiento

Breve, sencillo y claro.

Es muy importante tener presente que es necesario dejar apuntadas las condiciones del lugar.

Así describiremos si hay luz natural y, si ésta es suficiente o no. Si es necesario trabajar con luz artificial y si la que tenemos es suficiente o no. Esto es de gran valor ya que muchas veces nos toca actuar con muy escasa o nula luz natural y, no habiendo energía eléctrica en el lugar o siendo insuficiente la luz de este origen, debemos manejarnos con una linterna o con un farol, elementos estos que resultan harto insuficientes para un correcto y completo examen. Como resultado de ello es muy probable y, todo aquel que tiene experiencia lo sabe muy bien, que se escapen detalles de capital importancia.

De no proceder así, dejando establecido en el informe las malas condiciones en cuanto a iluminación y, siendo probable que hayan pasado desapercibidos orificios de entrada de proyectiles de arma de fuego —entrada o salida—, estigmas ungueales, pequeñas lesiones incisas, etc., nos quedaremos a cubierto de eventuales responsabilidades que pudieran surgir por no haber podido evidenciar determinados signos de violencias, así como algún arma u objeto utilizado en la agresión.

Para ello recomendamos utilizar la siguiente fórmula: "Habiendo reconocido el cadáver en condiciones muy precarias, con muy poca luz...".

También es de interés consignar la temperatura del lugar, así anotaremos si hay frío intenso, mucho calor frente al horno de una panadería, a pleno sol en la calle, bajo el techo de chapas en una vivienda precaria, etc. También consignaremos la humedad del lugar —muy húmedo, seco— y el viento en ese momento, así como la lluvia, tormentas, rayos, truenos, etc. La mención de las condiciones meteorológicas se hace importante con miras a colaborar con la investigación posterior, fundamentalmente el interrogatorio a sospechosos y/o imputados. También servirá para aclarar cualquier duda que se presente sobre el estado del lugar, la evolución de los fenómenos cadavéricos que se presentan y el estado de los objetos hallados.

Servirá, inclusive para eventuales estudios que se puedan realizar desde la óptica de la escuela criminológica que fundamenta el accionar delictivo en relación a las variaciones meteorológicas.

La experiencia también nos ha enseñado que debe el Médico Legista determinar en su informe pericial el tipo de construcción en la que se encuentra el cadáver. Así tendrá importancia anotar si es una casa o departamento, construido con ladrillos, cemento, etc., o contrariamente si se trata de una precaria casilla con paredes y techos de chapa. Esto también servirá para aclarar, llegado el caso, las variaciones que sufrió en el cadáver en estudio el proceso de putrefacción en relación a la evolución normalmente observada en ese lugar y época del año para el proceso.

No debemos olvidar que los fenómenos cadavéricos inmediatos (deshidratación, enfriamiento y rigidez) así como las diferentes etapas de putrefacción cadavérica, evolucionan en un determinado lugar geográfico y, para cada época del año de manera constante.

Pero no es la misma la evolución de estos fenómenos en pleno invierno, por ejemplo para un cadáver que se encuentra en la vía pública —lugares exteriores— que para el que se encuentra en el interior de una vivienda y, dentro de ésta si se trata de construcción de ladrillos o una de chapas.

De igual manera, en verano no evoluciona de similar manera un cuerpo que se encuentra en el exterior, bajo sol intenso que aquel que está en el interior de una vivienda bien construida con materiales, o dentro de una casilla de chapas, donde la temperatura puede llegar a tener diez o más grados que la existente en el exterior en esos momentos.

Muchas veces somos llamados y consultados por la autoridad policial y/o judicial sobre el por qué de nuestro cronotanodiagnóstico en determinado cadáver, dato que en principio aparenta ser contradictorio y hace dificultoso el esclarecimiento del caso. Como estas preguntas se realizan muchas veces,

habiendo transcurrido bastante tiempo desde que estudiamos el lugar del hecho, si tuvimos la precaución de consignar las condiciones arriba citadas fácilmente aclararemos la situación.

### 3) ESTUDIO DEL CADAVER O CADAVERES

En esta etapa debemos cumplir varios pasos:

a) Primero realizar el diagnóstico de muerte real. Es fundamental, ya que a veces el Médico Legista es llamado al lugar del hecho de muertes múltiples o de verdaderas catástrofes y se encuentra con heridos en estado gravísimo, moribundos, pero que no son cadáveres.

b) Segundo. Constatar la posición exacta del cadáver, determinando en qué decúbito está (dorsal, ventral, lateral). Su exacta relación con el lugar en que se encuentra, sobre el suelo, sobre una cama, parado sobre una escalera, tirado sobre un montículo de tierra, inclinado sobre la baranda de un balcón, dentro de una bañera con agua que lo cubre total o parcialmente, etc. etc. La distancia que lo separa de la puerta de acceso, ventana, pasillo, semáforo, rueda del vehículo que lo atropelló, etc., etc.

Cuando se trata de un cadáver que se encuentra en la vía pública debemos dejar establecido hacia qué lado apuntan sus pies o su cabeza. Resulta muy práctico evitar colocar si apuntan hacia el norte, sur, etc. Ello ayuda a evitar equívocos o discusiones posteriores. Por esto en todos los casos detallamos que, por ejemplo sus pies apuntan hacia la calle tal y, su cabeza hacia la avenida cual; o bien que su cabeza apunta hacia la ruta y los pies hacia el molino de viento.

Coincidimos con Casper (14, pág. 144) en que "No se puede decidir atendiendo sólo a la posición en que se halla un cadáver, si ha habido suicidio u homicidio".

c) Tercero. Actitud del cadáver. Observar la posición de los diferentes segmentos corporales, cabeza, miembros superiores e inferiores y, en especial manos y pies. Aquí cabe destacar, pese a que trataremos el tema más adelante, que es posible encontrar una típica posición de ciertos segmentos del cuerpo debido a la existencia del fenómeno denominado "espasmo cadavérico".

d) Cuarto. Estudio y descripción de las ropas. En este punto coincidimos plenamente con Ramón Fernández Pérez (25, pág. 62) quien dice: "El examen de los vestidos y de las ropas representa siempre un tiempo importante del peritaje médico legal. Son ellos los testigos más seguros de la mayor parte de nuestros actos y de los acontecimientos a los cuales asistimos, registrando en su superficie, pliegues o trauma de sus tejidos, huellas u otros indicios que sobreviven a los hechos. De tal examen podemos obtener datos:

1) Para la identificación de la víctima, por el color de ellas, la marca de

fábrica, talla, el contenido de las bolsas, etc. 2) Para conocer circunstancias y condiciones del accidente o del crimen, o bien reconstruir las fases de él y establecer la sucesión cronológica de ellas. Ayudan a: 3) Precisar la naturaleza del arma que sirvió para producir la muerte, el número de golpes o disparos, etc."

Para cumplir con este paso describiremos con lujo de detalles todas y cada una de las prendas que viste el cadáver. Sus características, tales como la calidad (excelente, buena, mala), el estado de las mismas (arregladas, desarregladas, limpias, sucias, rotas). Si viste completa o parcialmente, puntualizando así si está en paños menores, con o sin calzoncillo o bombacha, con o sin corpiño, con o sin zapatos, etc.).

En caso de encontrarnos con un cadáver sin ropas, verificaremos si en el lugar se encuentran las prendas de vestir, su estado y forma en que se hallan (arregladas, desordenadas). La experiencia nos enseña que los suicidas, en su gran mayoría se quitan las ropas de la zona donde se aplican el arma con la que se quitan la vida. Hay un detalle que debemos tener presente, que las ropas son cuidadosamente acomodadas por los suicidas.

Hofmann (34, pág. 266) dice: "Los suicidas ponen generalmente su arma en contacto directo con la piel, después de haber separado sus vestidos. Las heridas, en tal caso, presentan los caracteres de los tiros disparados a boca de jarro".

Jorge R. Moran (55, pág. 152) dice: "En casi todos los casos de suicidio las ropas se encuentran retiradas en regular orden descubriendo el lugar de las heridas. En el homicidio se encuentran desordenadas, rotas y cubriendo en su mayor parte las heridas del cadáver".

Eduardo Vargas Alvarado (83, pág. 33) dice: "...los suicidas suelen descubrir el área en que se aplican un arma de fuego o arma blanca".

En caso de estar rotas las ropas se describirá el exacto lugar de sus roturas o desgarros y, si éstos aparentan ser recientes o no.

Buscaremos después la presencia de manchas o de secreciones de cualquier tipo en las vestimentas. En caso de hallarse describiremos el exacto lugar en que se encuentran y sus características: forma, tamaño, cantidad, coloración, olor, si tienen apreciado a algún tipo de mancha característica o de líquidos, secreciones o sustancias. También observaremos si en el lugar, en contacto con el cuerpo o alejado de él hay sustancias, ya sea biológicas o no, que puedan ser similares a las antes descritas (sangre, orina, insecticida, lavandina, etc., etc.).

A continuación procedemos a realizar una cuidadosa revisión de los bolsillos y dobladillos de las prendas que viste el cadáver, saco, pantalón,

chaleco, camisa, etc., ya que así podremos encontrar, eventualmente, elementos o manchas diversas —sangre, pelos, uñas, hilos, etc.—.

A veces, gracias a esta revisión se encuentra la pista que permite identificar a la propia víctima. Así, en un caso en que intervinimos, encontramos en uno de los bolsillos del pantalón de un hombre fallecido en una estación ferroviaria central, un boleto del tren, merced al que se supo de dónde provenía, identificándose después ya que no llevaba documentos.

Para terminar con este punto diremos que el meticoloso estudio de la forma en que se encuentra vestido el cadáver, sólo de por sí, en muchas oportunidades sirve para aclarar definitivamente un caso.

En una oportunidad nos tocó actuar en un caso en que un homosexual se presentó espontáneamente ante la policía, diciendo que en su departamento había fallecido repentinamente un amigo que lo había ido a visitar. En el lugar del hecho encontramos un cadáver de sexo masculino en decúbito dorsal sobre una cama matrimonial. Vestía completamente —saco, pantalón, chaleco, camisa, corbata, ropas interiores— pero, con gran sorpresa observamos que los zapatos los tenía puestos al revés (derecho en pie izquierdo y viceversa). Pese a que se sospechaba del denunciante, ante este hallazgo y, en ausencia de signos de violencias externas recientes, un rápido interrogatorio permitió llegar a la verdad. Resulta que, mientras ambos homosexuales estaban entregados a la realización de actos perversos se produjo la repentina muerte de uno de ellos y, el restante lo vistió totalmente, descuidando el detalle que aclaró el caso, cerrándolo. Se trataba de una muerte natural.

En otro caso en que intervinimos, se trataba de un cadáver que estaba en una de las habitaciones de un hotel familiar —donde vivía— no mostrando ningún tipo de violencias recientes, no había desorden pero, lo llamativo era que la única prenda de vestir que tenía puesta, el calzoncillo, estaba con la bragueta en la región interglútea. Este sólo hecho, el estar colocado el calzoncillo al revés, encauzó la investigación del hecho como homicidio, descubriéndose después al autor.

e) Quinto. Desvestir el cadáver. Se procede a desvestir el cadáver, en todos los casos, sin excepción alguna. Coincidimos con José María Sánchez (68, pág. 182): "Tocante a la investigación de los indicios delictuosos o de muerte por violencia, que es el principal objeto que ha de perseguir el médico, supone el reconocimiento del cadáver despojado de sus vestidos, circunstancia ésta que jamás se ha de olvidar para no incurrir en graves errores".

Muchos sostienen que el Médico Legista no debe cortar jamás las ropas del cadáver. Pero todos hemos vistos en la práctica que esta premisa no siempre se puede cumplir. Así es que a veces está el cuerpo en un muy avanzado estado de putrefacción y, la única alternativa para poder examinarlo es cortando las ropas. Por ello es necesario llevar siempre una tijera de sastre con

buen filo. El corte de las ropas deberá ser realizado teniendo presente que se deben respetar religiosamente las partes de las ropas que muestran perforaciones, desgarros, roturas, manchas de cualquier tipo o cualquier otra alteración presente. Nosotros acostumbramos y, recomendamos cortar las prendas por la zona de costura de las mismas. Una vez quitadas las ropas, nuevamente realizamos un prolijo examen de las mismas, puntualizando cada uno de los hallazgos.

f) Sexto. Desvestido ya el cadáver continuamos el estudio de la siguiente forma:

f.1) Descripción de sus características para proceder a su posterior identificación. Este tiempo es de especial importancia en los casos en que la víctima es de identidad desconocida. Así observaremos el color de la piel, tipo y color de cabellos, de los ojos, su talla, su peso estimado. Veremos si se encuentran cicatrices recientes o de antigua data, tatuajes, malformaciones congénitas o adquiridas, amputaciones, pigmentaciones, prótesis, estigmas laborales. Se examinará el estado de las piezas dentarias, de sus cabellos y de las uñas, así como también cualquier otra característica que se presente.

f.2) Diagnóstico de edad aparente de la víctima. Siempre la edad aparente se debe expresar en lapsos de cinco en cinco años.

f.3) Estudio y descripción de los signos de violencias externas de reciente data.

Cumplimos este punto realizando un meticoloso examen de todas y cada una de las regiones topográficas, sin descuidar ninguna de ellas. Comenzamos entonces por el cuero cabelludo y, en forma descendente llegamos hasta los pies.

Aún cuando, por ejemplo se encuentra un orificio de entrada de proyectil de arma de fuego y su correspondiente salida —en cabeza— siendo este hecho suficiente para explicar la causa y el mecanismo de la muerte, debemos continuar con el examen completo del cuerpo.

Tener siempre presente que la causa de un homicidio puede haber sido una violación que trató de ocultarse. Por esta causa en todos los casos, sin excepciones, examinaremos región genital y anal. No olvidar también que muchas veces, por apuro o descuido no se examinan los conductos auditivos externos, ojos, techo de la boca ó axilas y, así se pasa por alto la existencia de orificios de entrada de proyectiles.

Muchas veces en los casos de muerte por electrocución resulta harto difícil encontrar la típica lesión de puerta de entrada de corriente eléctrica, en manos, pies o cualquier otra región.

En este tiempo del examen debemos estudiar detenidamente las manos de la víctima. Así se encontrará manchas de sangre —muy pequeñas a veces—,



restos de pólvora, ahumamiento, algunos cabellos, botones, hilos o lanas, etc. También la cuidadosa observación de las uñas permitirá encontrar debajo de ellas sangre, hilos, etc. Por ello es conveniente ir provisto de una lupa.

f.4) Estudio y descripción detallada de cada una de las lesiones externas de reciente data halladas. A su vez este tiempo comprende:

f.4.a) Descripción de la región topográfica en que se encuentra la lesión o lesiones. Dentro de dicha región la exacta ubicación de la lesión, tratando de determinar si se puede tres puntos de referencia, contrariamente dos. En ciertos casos, accidentes de tránsito por ejemplo, es conveniente consignar la altura de la lesión o lesiones que se encuentran en relación a la planta de los pies o talones.

Simonin (67, pág. 783): "Altura de las mismas en relación con la planta de los pies". Echazú (20, pág. 28): "Es preferible por ejemplo relacionarlas en su posición al talón o al vértice del cráneo".

f.4.b) Tipo de lesión observada. Si se trata de una lesión incisa, punzante, contuso-desagarrada, mordedura, scalp, equimosis, apergaminamiento, atricción, decapitación traumática, quemadura, estallido, orificio de entrada o de salida de proyectil de arma de fuego, fractura cerrada o expuesta, etc., etc.

f.4.c) Características propias de la lesión. Su forma —redondeada, oval, alargada, lineal— su longitud, diámetro, separación entre bordes, características de los mismos, elementos que se observan a su través y el estado en que se encuentran —indemnes, seccionados, desgarrados—, si hay o no salida de elementos anatómicos al exterior y estado en que se encuentran. Es importante observar y describir la zona perilesional también.

La dirección de la lesión y/o lesiones deberá ser cuidadosamente estudiada. Es fundamental para aclarar ciertos casos. Por ejemplo, en un homicidio en riña, si la víctima fue atacada por dos o más agresores se podrá así excluir a quien por su posición frente a la víctima de ninguna manera pudo haber provocado la lesión o lesiones necesariamente mortales.

También debe ser considerada la probabilidad de que la lesión o lesiones hayan podido haber sido provocadas por la propia víctima. Así, estudiando su exacta ubicación veremos si es posible que se trate de un suicidio o es a todas luces imposible que sea tal.

f.4.d) Llega un paso definitorio en el estudio del caso, capital en el estudio de las lesiones. Es el diagnóstico de lesión vital o lesión post-mortem. Ya en forma macroscópica y, en el lugar del hecho podemos hacer tal diagnóstico con muy pequeño margen de error. Veremos entonces si hay infiltración sanguínea de los bordes de la lesión y las características de la zona perilesional.

En un caso en que fuimos llamados al lugar del hecho ya se había caratulado el caso como "averiguación de suicidio". Aparentemente era un suicidio por lanzamiento al vacío. Se trataba de una mujer de sesenta y siete años de edad que vivía en el piso 19 de un gran edificio en torre y fue encontrada en el patio de la planta baja. Presentaba numerosísimas excoriaciones, fracturas cerradas y expuestas en todas las regiones topográficas. Las fracturas expuestas mostraban tejido celular, músculos y huesos sin ningún tipo de infiltración sanguínea. Eran, sin duda alguna lesiones post-mortem. Vale decir, la víctima era cadáver antes de ser lanzada al vacío. El examen microscópico ratificó el diagnóstico inicial, se encarriló la investigación y fue detenido el homicida.

Una circunstancia, no por todos conocida, Kvitko, L.A. (38) es el hecho de que cuando se lanza al vacío una persona con vida, mientras va cayendo, merced a los movimientos activos que realiza en forma automática, se va alejando del frente de la edificación. Por el contrario, cuando cae un cadáver lo hace a plomo, quedando prácticamente al lado del frente de edificación, salvo que haya realizado una caída en etapas, chocando contra toldos, balcones, etc. En el caso antes comentado el cuerpo estaba junto a la pared.

f.4.e) Relación entre la lesión o lesiones existentes con las ropas que vestía el cadáver. Comprobaremos entonces si hay concordancia o discordancia. Si se corresponden las lesiones con las roturas, desgarros, agujeros, etc., de las ropas o no se corresponden. Así se podrá concluir si la víctima estaba desprovista de ropas al ser agredida o no, si fue o no vestida por su agresor.

f.4.f) Debemos ahora establecer el mecanismo de producción de las lesiones observadas para poder, más adelante considerar si alguno de "LOS OBJETOS" presentes en el lugar del hecho pudo haber sido utilizado para su provocación. Así anotaremos si se trata, por ejemplo de una lesión incisa que fue provocada por el corte de un objeto de bordes muy finos y afilados. En el caso de contusiones, que fueron provocadas por choque o golpe con o contra cuerpo duro o romo o irregular o caída o por presión o deslizamiento ejercidos por una fuerza activa sobre la superficie de la piel.

f.4.g) Pasamos seguidamente al estudio y descripción de los distintos fenómenos cadavéricos existentes:

f.4.g.1) Deshidratación cadavérica. La buscamos en ojos, se trata del signo de Stenon-Louis, consistente en hundimiento del globo ocular con pérdida de transparencia de la córnea, formación de arrugas en la misma y depósito de polvo que le da un aspecto arenoso (telilla glerosa). El signo de Sommer-Larcher consistente en la formación de un triángulo con la base en la córnea en la mitad externa del ojo y luego en la interna.

Otros signos de deshidratación aparecen en los labios, glande y vulva y escroto, observándose un apergaminamiento por desecación.

Recordemos que la deshidratación cobra especial importancia en el caso de cadáveres de fetos y recién nacidos, variando su peso considerablemente a consecuencia de la misma.

f.4.g.2) Temperatura cadavérica. Muchos autores, Echazú entre ellos (20, pág. 29-30) preconizan que es importante tomar la temperatura cadavérica. Para ello debe utilizarse un termómetro que debe colocarse en el recto. En la práctica, nosotros por falta de tiempo —pese a que entendemos el estudio debe hacerse tomando todo el tiempo necesario— no utilizamos este método necrotermométrico. Además no lo utilizamos pues además de ser necesarias por lo menos dos tomas de temperatura con un intervalo de tres horas entre ambas mediciones, el valor de la temperatura cadavérica varía de acuerdo al lugar, condiciones meteorológicas y variaciones en que se halla el cadáver, inclusive en una misma época del año. Así no será lo mismo si el cuerpo se halla en la vía pública, a cubierto en una habitación, vestido o desvestido, tapado por frazadas, paja o tierra.

Debemos recordar que para nuestro posterior cronotanodiagnóstico la temperatura es sólo un signo más, no siendo por sí misma categórica ni terminante.

Nuestra experiencia práctica es tomar al tacto la temperatura en abdomen, cuello y axilas. Vemos si es caliente, tibia, muy tibia, fría o muy fría.

f.4.g.3) Rigidez cadavérica. Se observa si está establecida o no. Si es completa o total o generalizada o por el contrario si es parcial o localizada o incipiente. Si existe la rigidez vemos si es reductible o no es reductible. Si es reductible ver si lo es fácilmente o difícilmente. Para esto hacemos lo que denominamos "gimnasia cadavérica", Kvitko (36-37-38), flexionando uno de sus miembros superiores y uno de los inferiores. Es importante no confundir la rigidez con el espasmo cadavérico, fenómenos completamente distintos en su origen y en su importancia medicolegal. Ver gráficos Nros. 2 y 3.

f.4.g.4) Espasmo cadavérico. Se trata de la fijación de una actitud vital que, acaecida la muerte, la traspone y se nos presenta al examen. Su causa es la lesión de los centros neurológicos centrales.

A causa de este fenómeno, en la zona en que se presenta no hay, inmediatamente después de la muerte, relajación muscular. Al establecerse la rigidez cadavérica, ésta refuerza al espasmo y, con la iniciación del fenómeno putrefactivo, éste desaparece.

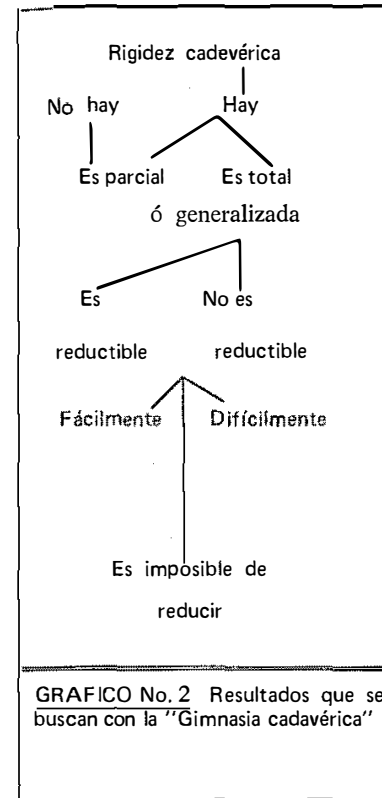


GRAFICO No. 2 Resultados que se buscan con la "Gimnasia cadavérica"

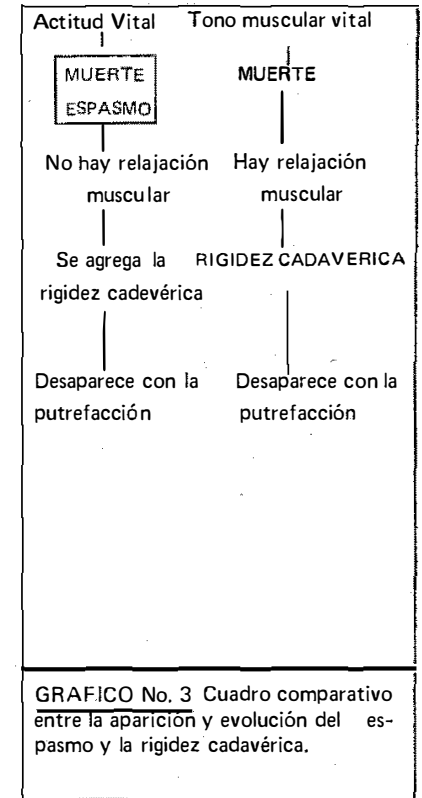


GRAFICO No. 3 Cuadro comparativo entre la aparición y evolución del espasmo y la rigidez cadavérica.

En un caso en que intervinimos, apareció el cadáver de una empleada doméstica en el piso de la cocina del departamento donde trabajaba. Estaba en decúbito dorsal, entre la mesada y la mesa de planchado. Su miembro superior derecho flexionado a nivel del codo y con la mano a la altura de la región esternal media y a unos veinticinco cm. de distancia de la misma en actitud de planchar. Su miembro superior izquierdo estaba flácido. Ambos miembros inferiores estaban envarados, en extensión, en típica posición de firmes. Había una zona de unos treinta cm. por diez cm., correspondiente a quemadura superficial en región supraumbilical y esternal inferior. En ambas regiones ilíacas había excoriaciones lineales muy superficiales. El cuerpo estaba aún caliente y había muy pocas livideces, no fijadas aún. No se observaba ningún otro signo de interés, estando el lugar en completo orden. Entendimos entonces que la posición de miembro superior derecho y ambos inferiores era a causa del espasmo cadavérico. Reconstruimos allí mismo lo que había ocu-

rrido. La mujer, mientras estaba planchando fue atacada desde atrás, siendo tomada por ambas regiones ilíacas, con la plancha mientras forcejeaba con el agresor se quemó la zona descrita muriendo instantáneamente al generarse un reflejo cutáneo, típico de los casos de muerte por inhibición o muertes blancas, produciéndose un paro cardio-respiratorio. Meses después se ratificó lo arriba expuesto al confesar el dueño del departamento que él trató de violarla, sucediéndose los hechos tal cual arriba se describen.

f.4.g.5) Livideces cadavéricas. Se trata de un fenómeno físico, por acción de la gravedad y, después de la muerte, la sangre que se encuentra en el interior de los vasos se dirige al plano más declive del cuerpo. Así en los cadáveres que están en decúbito dorsal aparecen en el plano posterior y vice-versa. Vale decir que están en el plano corporal que está en contacto con el plano de sustentación del cadáver. Las livideces están presentes en todos los casos, sin excepción. Se trata de un signo constante. Comienza a formarse, en términos generales alrededor de una hora después de la muerte, se generalizan a las seis horas y, si se mueve el cadáver, cambiándolo de posición, por acción gravitatoria se dirigen al nuevo plano de sustentación, ocurriendo esto, que se llama "trasposición de las livideces" hasta las doce horas después de la muerte, momento en que se fijan (fijación de las livideces).

Nosotros aceptamos las doce horas como momento de la fijación de las livideces, hay autores que aceptan las ocho, diez y hasta dieciocho horas. En contraste con el fenómeno de trasposición de las livideces significa que el cuerpo fue movido, dato de interés para esclarecer el caso muchas veces.

Frente al cadáver, observamos si hay o no livideces, si son generalizadas o no. Estudiamos su coloración —en los casos de muerte por intoxicación por monóxido de carbono son rosadas—. Luego hacemos la vitropresión de las livideces. Si desaparecen no están fijadas aún, contrariamente lo están. Si estamos en presencia del fenómeno de trasposición preguntamos si alguno de los presentes cambió de posición al cadáver, caso contrario puede el autor o autores del delito haberlo hecho.

f.4.g.6) Signos de putrefacción cadavérica. Observamos si se han establecido y cuáles están presentes. Recordemos que para temperaturas entre los diez y veinte grados centígrados en la ciudad de Buenos Aires, en términos generales se establece la mancha verde en fosa ilíaca derecha a las treinta y seis horas. Ante altas temperaturas este proceso quema etapas y, en pleno verano y bajo el sol puede evidenciarse a las seis u ocho horas después de la muerte. Bajo intenso frío se atrasa su aparición.

Observamos entonces si se ha establecido la mancha verde putrefactiva, su ubicación, si está localizada o generalizada. Si hay flictenas, su ubicación,

SIGNOS CADEVERICOS QUE SE BUSCAN			
Rigidez Cadavérica.	Livideces	Temperatura	Tiempo desde la muerte
1) Ausente	Ausentes	Caliente	Máximo (1) hora
2) Parcial Incipiente	Pequeñas Incipientes	Caliente 6 Tibio	Hasta tres (3) horas
3) Generalizada, muy fácilmente reductible.	Grandes Generalizadas desaparecen a la vitropresión	Tibio	Hasta seis (6) horas
4) Generalizada y fácilmente reductible	Grandes Generalizadas No desaparecen a la Vitropresión.	Muy Tibio	Más de doce (12) horas
5) Generalizada y reductible con gran dificultad.		Frío	Alrededor de dieciocho (18) horas.
6) Generalizada e Irreductible.		Están ya fijadas,	Muy frío
7) Presencia de mancha verde putrefactiva abdominal.			Más de treinta y seis (36) horas.
<b>CUADRO No. 5. ESQUEMA DE CRONOTANATODIAGNOSTICO</b> para las primeras treinta y seis horas después de la muerte en cadáveres que se encuentran en un medio con una temperatura entre 10 y 20 grados centígrados. Estudiados en la ciudad de Buenos Aires - KVITROL.A.(33)			

tamaño y contenido. Si hay salida de líquidos y/o gases de putrefacción por orificios naturales o provocados. Si se estableció ya la red venosa generalizada. En caso de encontrar flora o fauna cadavérica se toman muestras y colocan en un frasco. En el caso de insectos el frasco debe contener alcohol que mata y fija inmediatamente a los mismos sin alterar sus dimensiones y características. Luego se lo remite para su estudio entomológico, dejándose constancia de ello en el informe. Algunas veces se encuentran cadáveres que están en plena etapa de reducción putrefactiva, ya sea en su fase colicuativa o de reducción ósea.

f.4.g.7) Podemos también encontrarnos con cadáveres que presentan algunos de los procesos de conservación cadavérica, adipócira, momificación, etc.

#### 4) CRONOTANADIAGNOSTICO O DIAGNOSTICO DEL TIEMPO TRANSCURRIDO DESDE LA MUERTE.

Es un diagnóstico fundamental, clave en el estudio e investigación del caso criminal. Siempre, en todos los casos es obligación del Médico Legista, informar desde cuándo data la muerte. En Medicina, ciencia no exacta, rara es constante, por ello las variaciones individuales siempre se hacen presentes. Pero, no obstante podemos precisar con un pequeño margen de error el cronotanodiagnóstico dentro de las primeras treinta y seis horas de la muerte. Ver Cuadro N° 5.

Cabe destacar que, en cada lugar geográfico, en virtud de sus características climatológicas —temperatura, humedad, presión atmosférica, velocidad del viento— los fenómenos cadavéricos evolucionan de determinada forma, constante para cada época del año. Por ello es importante que, siguiendo el criterio del Cuadro N° 5, Kvitko L.A. (38) en cada lugar los Médicos Legistas hagan sus experiencias. No dudamos que serán valiosas y de gran utilidad.

#### 5) ESTUDIO DE LOS OBJETOS DEL LUGAR

Llamamos "OBJETOS" con criterio genérico y sentido Médico Legal, con la finalidad de englobar bajo esta denominación todo tipo de elementos que puedan encontrarse en el lugar del hecho. Por ello bajo este epígrafe consideramos conjuntamente lo biológico y lo que no es tal. Desde un vehículo hasta una colilla de cigarrillo, una mesa o un cenicero, un cuchillo de carnicero, vidrios rotos, un ladrillo, un arma de fuego o una soga. Desde una minúscula mancha de sangre hasta una abundante cantidad de vómito o materias fecales.

Clasificamos a los objetos de dos formas. Por su ubicación y por sus tipos.

##### OBJETOS POR SU UBICACION:

- 1) Objetos que están sobre el cadáver o inmediatamente a su lado.
- 2) Objetos que están mediatos o alejados del cadáver.

##### OBJETOS POR OTROS TIPOS:

- a) Armas de fuego (revólver, pistola, escopeta, rifle) y armas blancas (cuchillo, sable) o de cualquier otro tipo pero utilizado como armas (martillo, pala, hacha).
- b) Proyectiles, cápsulas, impactos de proyectiles en paredes, muebles, puertas, etc.
- c) Medicamentos de todo tipo, especialmente los psicofármacos.

d) Venenos (insecticidas).

e) Libros, diarios, revistas o cualquier tipo de publicaciones.

f) Cartas, mensajes, escrituras en paredes, pisos, muebles, etc., dejadas por la víctima o por quien o quienes la agredieron.

g) Manchas. De sangre, orina, esperma, meconio, materias fecales, vómitos, etc., etc. También de tipo no biológico, como de tierra, pintura, yeso, etc.

h) Pisadas. Pueden estar sobre la tierra, arena, piso de material. Tener presente que muchas veces hay pisadas sobre manchas biológicas, en general de sangre.

i) Huellas digitales. Pueden ser de la víctima o de quien o quienes la agredieron.

j) Bebidas alcohólicas. Vino, whisky, ginebra, cerveza, etc.

k) Animales que pueden haber en el lugar. Perros, gatos, ratas, peces en las lagunas o ríos. Así se podrán explicar eventuales lesiones post-mortem provocadas por los animales del lugar.

l) Estufas o braceros. Se aclara así muchas veces muertes accidentales, suicidas u homicidas por asfixia.

ll) Objetos de cualquier tipo imaginable. Mesas, sillas, vidrios, planchas, máquinas de escribir, ceniceros, artefactos eléctricos, vehículos, etc.

m) Otros.

El estudio de los objetivos del lugar comprende:

- 1) Presencia o ausencia de armas.
- 2) Estudio y descripción de los objetos que están sobre el cadáver o inmediatos al mismo.
- 3) Estudio y descripción de los objetos mediatos y alejados del cadáver.
- 4) Relación de los objetos entre sí.
- 5) Relación de los objetos con el cadáver.
- 6) Determinar si alguno de los objetos del lugar pudo haber sido utilizado para dar muerte a la víctima, o contribuir en la misma.

Es menester aclarar que arma es todo objeto capaz de potenciar la fuerza humana. Así arma será un ladrillo, un palo, un cenicero, una piedra, una máquina de escribir, etc., etc.

Debemos tener presente que, para cumplir con este paso, debemos en principio considerar todos los objetos presentes como de importancia médico legal, aún el más inverosímil.

Lo primero que se busca en el lugar es la presencia o ausencia de armas. En este aspecto hay que ser muy cauteloso, pues la ausencia de armas no nos obliga a pensar que estamos frente a un homicidio, tampoco la presencia de las mismas nos impone como diagnóstico de certeza el suicidio. Veremos las opiniones de diferentes autores que coinciden en este aspecto.

Hofmann (34, pág. 266): "El descubrimiento del arma descargada al lado del cadáver no prueba por sí solo que haya habido suicidio, pues el arma puede haber sido colocada allí intencionalmente; por otro lado, ocurre a menudo que el arma no se encuentra al lado de un verdadero suicida, por habérsela llevado las primeras personas que pasaron por el lugar del suceso".

Intervenimos en un caso como el relatado por Hofmann. Un cadáver con típico orificio "en boca de mina de Hofmann" en la cien derecha, que obligaba a pensar en un caso de suicidio, no mostraba a su lado ni en el lugar, ningún arma de fuego. Poco después se aclaró el hecho, el arma había sido sustraída del lugar.

Volvemos a retomar aquí el signo del espasmo cadavérico. En los casos de suicidio por medio de armas de fuego (revólver o pistola) es muy frecuente que la víctima tenga tomada en su mano el arma con la que se disparó. Otras veces el arma está a su lado pero podemos observar su dedo índice flexionado en posición de gatillar el arma. No confundirse, es esta posición del dedo índice la que permite concluir en que la víctima se disparó a sí misma. No la flexión sobre palma de mano de los dedos, posición que adoptan muchos cadáveres merced al fenómeno de rigidez cadavérica.

Hofmann (34, pág. 266) dice: "El que el cadáver tenga sujeta el arma de una manera convulsiva no prueba absolutamente nada, porque lo propio puede ocurrir cuando un individuo ha sido muerto por un tiro de arma de fuego teniendo él otra arma de fuego en la mano".

Echazú (20, pág. 228/29) dice: "El hecho de encontrar un arma de fuego al lado de un cadáver que presenta una lesión de bala, no quiere decir que el proyectil haya sido disparado por esa arma. El encontrar a un individuo con un arma en la mano en la escena donde hay una muerte por arma de fuego, no quiere decir que tampoco él haya hecho el disparo que mató a la víctima. Se impone en todo caso la identificación del arma".

Carrara, Romanese, Canuto y Tovo (12, pág. 534-35): "La presenza dell'arma vicino al cadavere e stata spesso invocata in favore della ipotesi del suicidio. Tuttavia, come si disse per altri armi, non si potrebbe attribuire a questa circostanza molto valore. Nel 'omicidio l'arma puo venire abbandonata vicino alla vittima, e anche nella disgrasia accidentale puo trovarsi accanto al corpo; inversamente puo venire buttata dal suicida a distanza del punto dove lo sparo era avvenuto; poiche sono possibile atti intenzionali della vittima dopo

che il colpo riuscito mortale e stato esplosivo; oppure finalmente puo essere asportata la chi per il primo scopre il cadavere".

Giraldo Giraldo (27, pág. 100) dice: "Un mito que ha hecho carrera en Medicina Legal, es el referente a la posición de las manos, que dicen los textos clásicos, queda como empuñando el arma; este fenómeno de presentarse sería excepcional; lo que sucede por regla general, es que por el mayor tono de los músculos flexores sobre los músculos extensores, quedan los dedos en semiflexión y esto sucede en cualquier cadáver, pues no es más que la traducción del hábito o posición normal de las manos".

Coincidimos con Giraldo G. en cuanto al predominio de los músculos flexores sobre los extensores, pero insistimos en que el valor está en la típica posición del dedo índice "posición de gatillar" que de ninguna manera puede responder a un juego muscular o a traducción de posición vital normal de la mano.

Además, en relación a lo citado de Echazú, Hofmann, Carrara y colaboradores, cabe destacar que, con posterioridad al estudio medicolegal del lugar del hecho corresponderá a los peritos en Balística Forense determinar las características del arma hallada en el lugar así como de los proyectiles encontrados allí o extraídos durante la autopsia. Así se sabrá si esa arma fue disparada, si los proyectiles hallados corresponden a la misma y, en definitiva si con esa arma se causó la muerte de la víctima.

Echazú (20, pág. 234) puntualiza algo muy importante: "Digamos desde ya que ningún asesino que coloque el arma en la mano de su víctima muerta, puede simular el espasmo cadavérico". Sobre este particular no hay discusión o duda alguna.

Hofmann (34, pág. 266) dice: "Será necesario buscar siempre en las manos las manchas negruzcas producidas por la deflagración de la pólvora, y que se encuentran tanto más fácilmente cuanto con más pólvora estaba cargada el arma. Tales manchas proceden en parte del humo de la pólvora, en parte de los granos de pólvora que han saltado hacia atrás...".

Además de lo citado por Hofmann, debemos buscar si existen pequeñas manchas de sangre en el dorso de la mano que empuñaba el arma del presunto suicida. Indudablemente, este examen del Médico Legista será completado por el personal técnico que hará el test de la parafina y por quienes levantarán las manchas de sangre y, luego de su estudio concluirán si corresponden al cadáver o a su agresor.

Con referencia a las manchas de sangre debemos tener la precaución de realizar una minuciosa búsqueda de las mismas. En algunos casos se presentan cuadros verdaderamente dantescos en la escena del hecho. Así nos encontramos con ropas ensangrentadas en su totalidad, grandes manchas de

sangre en pisos, paredes, muebles y todo tipo de objetos. Pero, en otros casos no es tan florido el cuadro presente.

Debemos entonces buscar si existen manchas de sangre. A tal fin ya hemos visto como se buscan las mismas en las ropas del cadáver. Esto lo completamos buscando restos de sangre en las juntas o uniones de las baldosas del piso, que pese a haber sido lavado a veces por el autor del crimen, muestran en su intersticio muy pequeños restos de sangre. Esta búsqueda la hacemos en la dependencia donde está el cuerpo, así como en el baño, la cocina y el lavadero del lugar, lugares donde pudo el autor del hecho haber lavado sus manos, sus ropas y el objeto utilizado para el hecho. En las armas blancas se busca restos de sangre en la cruz de las mismas —es decir el lugar en que la hoja metálica se une al mango de las mismas—.

En un caso, frente a un cadáver que tenía numerosas lesiones incisas, muy finas y profundas y, considerando que tales lesiones no eran suicidas por su ubicación, buscando encontramos en el fondo del inodoro del baño del lugar una hoja de afeitar que, muy verosíblemente pudo haber sido utilizada por el homicida para lograr su cometido.

Muchas veces, las manchas de sangre, en el piso, muebles o paredes pueden tener en su interior huellas de pisadas o bien impresiones digitales, que deberán ser estudiadas por los peritos.

Refiere Hofmann (34, pág. 273): “En un caso referido por Taylor, se encontraron en el suelo de la habitación en que yacía una persona indudablemente asesinada, tres huellas de un pie desnudo y cubierto de sangre, cuya poca anchura despertó desde luego la idea de que procedía de un pie de mujer. Los pies de la persona asesinada eran mucho mayores, no estaban cubiertos de sangre y, por consiguiente no podían haber dejado tales huellas. En aquella casa solo había dos personas en las cuales podían recaer sospechas de haber cometido el crimen; un hombre y una mujer. Los pies de esta última concordaban perfectamente con el tamaño de las manchas de sangre y, haciendo experimentos con sangre de buey se vio que las huellas producidas de este modo eran absolutamente idénticas a las que se habían encontrado en la habitación de la persona asesinada. Tal descubrimiento fue una de las numerosas razones por las cuales se probó la culpabilidad de aquella mujer”.

Dice también Hofmann (34, pág. 272): “En otro caso en el cual tuvimos que dar nuestro dictamen, observamos en el cadáver de un hombre estrangulado numerosas heridas en la región de la laringe y, en la camisa, a la altura de los brazos, indicios que reproducían la forma de una mano cubierta de sangre. Era, pues casi seguro que el asesino había cogido con sus manos sanguinolentas los brazos de su víctima para hacerla cambiar de posición”.

Siempre se deben adoptar precauciones por parte del Médico Legista así como también por todos los que intervienen en el lugar del hecho. De

más está decir que se impedirá el acceso o permanencia en el lugar de toda persona ajena al equipo de investigación.

Concuerda con esto Plaza Márquez (87, pág. 58-59). También Castellanos Israel (15, pág. 63) quien dice: “Tan pronto como se notifique cualquier hecho delictuoso, adviértase a la persona que haga la denuncia que no toque ni mueva absolutamente nada, ni permita a ninguna persona bajo ningún concepto, que lo haga, hasta la llegada del policólogo o técnico”.

Hofmann (34, pág. 274) citando a Marc, en su trabajo “Suicide simulant l'homicide” And. d'Hig. Publ. 1830, tomo IV, pág. 408, dice: “refiere un caso en el cual el médico llamado en primer lugar dejó al marcharse, después de haber pisado la sangre, huellas desde la habitación en que yacía el cadáver hasta otra inmediata, por lo cual hizo sospechar un asesinato”.

El autor del presente trabajo acostumbra fumar cigarros. En un caso de homicidio en que le tocó actuar se trataba de una mujer que presentaba noventa y una lesiones cortantes y punzantes y, además estrangulamiento a lazo mediante el cable de una plancha. Por olvido dejó un cigarro en el lugar del hecho a medio consumir. El cigarro fue hallado por uno de los policías a cargo de la investigación y considerado elemento de importancia. Durante el velatorio de la muerta observó que había un familiar que fumaba cigarros y pensó que podía ser el autor del hecho. Se lo detuvo pero, por suerte uno de los colaboradores recordó que era el Médico Legista que estuvo en el lugar del hecho quien había fumado y dejado el cigarro en cuestión, aclarándose así el episodio que podía haber llevado a un gran error.

Con referencia a las huellas de los pies citaremos lo referido por PURI (63) en un muy interesante así como completo trabajo sobre las huellas de los pies que recomendamos consultar. “Aunque el valor de los pies sigue dando origen a polémicas, sobre todo por lo que se refiere a los problemas de la toma de las mismas, y en especial, de su explotación y su clasificación, nadie pone en duda que, son muchos los casos, en que pueden facilitar considerablemente las averiguaciones, sobre todo cuando no se dispone de otros indicios o cuando los investigadores operan en un país como la India en el que una parte considerable de la población anda descalza”.

En los casos de cadáveres que se encuentran ahorcados, colgados o suspendidos, es necesario que no sean descolgados por ninguna persona. Deben, por el contrario ser dejados en el estado en que se encuentran para que sea el Médico Legista quien en esa posición inicie el examen del cuerpo. Y, será el Médico Legista y, ningún otro quien de la autorización para descolgar el cuerpo —después de la toma de fotografías— para proseguir con el estudio exhaustivo. En estos casos debemos estudiar cuidadosamente las condiciones y objetos del lugar.

Así se trata de una ahorcadura completa, es decir habiendo separación entre los pies de la víctima y el suelo hay que ver cómo logró subir y luego lanzarse para quedar suspendida.

A tal efecto observaremos si hay en el lugar una silla, escalera, banco, mesa, cama, cajón o cualquier otro objeto que le haya servido para tal fin. Si existe debemos ver si la parte superior de dicho objeto está en un plano superior al plano rasante a las plantas de los pies del cadáver. Esta precaución servirá para aclarar rápidamente los rarísimos casos de ahorcaduras homicidas.

Ya Briand et Cbaude en su "Raport sour un cas d' homicide par suspension simulant un suicide" (9, pág. 795/96) dicen: "les pieds ne pouvaient toucher au sol, dont ils étaient distants 20 centimetres, en admetan qu'il ait eu suicide, H ... aurait du monter sur un objet quelconque; mais l'examen des lieux ne nous fit reconnaitre rien qui ait pu lui servir de support".

Ya, más arriba dijimos que por arma entendemos a todo objeto capaz de potenciar la fuerza humana. Así, en los casos en que el cuerpo presente lesiones contusas o contuso-desgarradas buscaremos si alguno de los objetos del lugar pudo haber sido utilizado con tal fin. Estudiaremos entonces ceniceros, bancos, palos, varillas, sillas y toda otra cosa presente en el lugar. Ubicado el objeto estudiaremos el mismo y buscaremos restos de sangre, pelos, hilos de ropas, etc.

En un caso encontramos en la habitación contigua a la que se hallaba el cadáver, un cenicero blanco de mármol, de diez cm. por lado, que en su base, que estaba en contacto con la mesa en la cual estaba depositado, presentaba pequeñas manchas de sangre y pelos pegados a la misma. Era el objeto utilizado para producir la fractura de cráneo de la víctima.

En otra oportunidad, un cadáver que presentaba numerosas contusiones y lesiones contuso-desgarradas no mostraba a su alrededor ningún objeto que podía haber sido utilizado para su provocación. Buscando en otras dependencias de la casa nos encontramos con una mesa de luz, colocada sobre un ropero que estaba con uno de sus bordes rotos y con manchas de sangre, había sido el ocasionante de las lesiones.

Terminado el estudio de los objetos del lugar debemos constatar si hay "ORDEN" o "DESORDEN".

En Medicina Legal, desorden implica automáticamente que hubo lucha en el lugar, provocada por la resistencia de la víctima frente al agresor. Y, frente a resistencia y lucha estamos frente a un caso de homicidio. Evidentemente que este desorden puede ser el único elemento de juicio existente o acompañar a lesiones de defensa que presente el cuerpo de la víctima. Pero, no obstante lo arriba indicado, hay excepciones a esta norma.

Dicha excepción la constituyen, muchas veces los casos en que nos encontramos frente a cadáveres de ancianos o bien de enfermos mentales, o de personas que vivían solas o en condiciones muy precarias.

La experiencia nos enseña que en la generalidad de estos casos, el lugar del hecho presenta sus objetos con una característica muy especial, orientadora por cierto. Se trata de lugares húmedos, sin luz o con muy poca, con puertas y ventanas cerradas y, todos los objetos del lugar dispuestos de una forma que denominamos "ORDEN DESORDENADO".

Así es que hallamos todo tipo de objetos acumulados, diarios, libros y revistas viejos. Medicamentos, ropas, comidas, latas antiguas. Por todo esto debemos estar prevenidos y no llegar, de ningún modo a la conclusión de que en el lugar del hecho hay desorden por las implicancias arriba descritas.

Ya hemos visto en el punto f,4,f al estudiar las características de las lesiones que es necesario conocer si alguno de los objetos del lugar pudo haber sido utilizado para provocar las mismas, inclusive la muerte. Es este el último paso que debemos cumplir después de haber realizado el estudio de los objetos.

#### 6) *RELACION DE LOS PASOS ANTERIORES ENTRE SI Y TENTATIVA DE RECONSTRUCCION DEL HECHO*

Debemos relacionar todos los pasos anteriores, interrogatorios, características del lugar, posición y actitud del cuerpo, lesiones que presenta, fenómenos cadavéricos, ubicación de los objetos, orden o desorden de los mismos y, con todo ello tratar de hacer la reconstrucción de lo que allí pudo haber sucedido, para poder así arribar a una conclusión de base científica.

#### 7) *ARRIBO A UNA CONCLUSION DE BASE CIENTIFICA.*

Esta conclusión comprende varios puntos:

- 1) DIAGNOSTICO DE MUERTE REAL.
- 2) EXISTENCIA O AUSENCIA DE SIGNOS DE VIOLENCIAS EXTERNAS DE RECIENTE DATA.
- 3) CAUSA Y MECANISMO DE LA MUERTE Y DE LA PRODUCCION DE LAS VIOLENCIAS EXISTENTES.
- 4) CRONOTANATODIAGNOSTICO.
- 5) SI SE TRATA DE MUERTE POR HOMICIDIO, SUICIDIO, NATURAL, ACCIDENTAL o AUN SIGUE SIENDO DE CAUSA DUDOSA o SOSPECHOSA.

Decimos conclusión de base científica por haber seguido un estudio cuyo fundamento es tal, con método, con criterio médico legal, con apreciación única y absolutamente objetiva, despojándonos de toda seguridad perso-

nal que no tenga soportes válidos, habiendo dedicado todo el tiempo requerido para realizar el completo estudio del lugar del hecho y, lo que es lo más importante, sin haber descuidado ningún detalle, por más insignificante que aparentare ser.

#### 8) INTERROGATORIO DEL IMPUTADO o IMPUTADOS y SOSPECHOSOS SI FUERA POSIBLE.

En muy pocos y contados casos el Médico Legista tiene la oportunidad de hacer el examen psicofísico del imputado o de los sospechosos de haber cometido el hecho en estudio. De presentarse esta oportunidad, debe ser muy bien aprovechada. Y, decimos esto ya que la persona será examinada sin haber tenido la oportunidad de asesorarse por terceros —abogados, etc.—. Sabemos bien que tal instrucción altera capitalmente todo lo que puede suministrar un examen en terreno virgen, evitándose eventuales tentativas de simulación.

Citaremos a continuación dos casos en que nos tocó intervenir y en los cuales tuvimos la oportunidad de poder examinar a las personas a las que se les imputaba la comisión del homicidio. El primer caso se trataba de un hombre que vivía en concubinato con una odontóloga.

Se presenta un día lunes del mes de mayo ante la policía a las 18,30 horas. Denuncia que el pasado día viernes a las 18,00 horas —setenta y dos horas antes— llegó como de costumbre de su trabajo y vio en su casa a su mujer y, que a partir de ese momento no recuerda ningún detalle más. Continúa diciendo que se despierta el día domingo a las 16,30 horas encontrándose en la cama matrimonial junto al cadáver de su mujer. Sorprendido sale de la casa y deambula por las calles, decidiendo presentarse ante las autoridades policiales recién a la noche del día lunes. Refiere no haber oído nada ni saber cómo pudo haber fallecido la mujer.

Fuimos llamados al lugar del hecho y nos encontramos con un cadáver en avanzado estado de putrefacción, con red venosa generalizada, superficie del cuerpo totalmente verdosa, abombamiento y deformación por los gases pútridos y amplias flictenas cargadas con abundante líquido, en algunas zonas estalladas. No se encontraron signos de violencias externas de reciente data, recomendándose la práctica de la necropsia judicial. Tratándose de un cuerpo en el estado descrito, durante el mes de mayo, con una temperatura de alrededor de quince grados centígrados en esos días, el cronotanodiagnóstico nos imponía que, el tiempo transcurrido desde la muerte era de alrededor de siete días, pero jamás menor a cinco días, dato que no permitía dudas de ningún tipo.

Terminado de practicar el reconocimiento nos dirigimos a la comisaría a interrogar al concubino. Repitió lo declarado a las autoridades policiales y agregó que el día viernes estaba invitado junto a la mujer a cenar en la

casa de unos parientes de ella, que no recordaba si habían ido o no a la cena. Que era fácil averiguarlo, tenía el teléfono de esas personas en una pequeña agenda que, indicó, estaba en su mesa de luz. Si traíamos la agenda él hablaría y, aclarada la situación posiblemente recordara que había hecho entre las 18,00 horas del viernes y las 16,30 horas del domingo. Entendimos que se trataba de una muy mala tentativa de simulación por la forma de expresarse y la normalidad de la totalidad de las funciones psíquicas que, sumado a un hecho indudable, el estado del cadáver no permitía ninguna equivocación.

La autopsia arrojó como resultado muerte por monóxido de carbono. El hombre confesó haber muerto a su concubina siete días antes.

El segundo caso se presentó en un hotel de alojamiento por horas. En el lugar nos encontramos con un cadáver de sexo masculino sentado dentro de pequeña piletta romana existente en la habitación. Estaba apoyado en uno de los ángulos de la misma. Se encontraba desnudo, la piletta vacía. Presentaba excoriaciones en cuello —ambas regiones carótideas—, en ambas regiones pectorales y ambas axilas, todas ellas de muy reciente data. La dirección de dichas excoriaciones era de abajo hacia arriba, su ancho el de un dedo de tamaño mediano.

Al lado de la piletta estaban, desparramados por el piso, los vidrios de dos copas y una botella de champagne rotas, caídas dos botellitas de whisky y un balde para hielo así como un gran charco de hielo derretido y bebidas alcohólicas. La cama —matrimonial— estaba tendida, solamente presentaba en el extremo opuesto a la cabecera, dos zonas que mostraban la colcha arrugada, correspondientes al lugar donde había, muy probablemente estado sentadas dos personas. Al inspeccionar el baño hallamos en el bidet enormes manchas blanco-amarillentas que, por sus características macroscópicas podían corresponder a flujo vaginal. Fuera de lo arriba citado no se encontró en el lugar ningún otro elemento de interés.

Por las características descritas, violencias de muy reciente data en el cadáver y desorden en el lugar —vidrios, botellas, balde caído y charco de agua y bebidas— en principio estábamos obligados a pensar con todo fundamento, en lucha y, consiguientemente en un caso de homicidio.

De allí, inmediatamente nos dirigimos a la comisaría para interrogar y examinar a la mujer, detenida. Cuando llegamos nos enteramos que ya había declarado ante la autoridad policial, refiriendo que la muerte había sido espontánea y que no había tenido relaciones sexuales con la víctima en el hotel.

Ante su declaración y, solo con la mujer se le impuso el riesgo que corría si en sus manifestaciones no refería lo que realmente había sucedido. Inmediatamente y, sin esperar respuesta le solicité me informara desde cuánto tiempo hacía que tenía flujo vaginal. Quedó muy sorprendida preguntando de donde había logrado tal información. A partir de ese momento decidí



contar la verdad. Había salido por primera vez con ese hombre y, una vez llegados al hotel estuvieron charlando sentados en el extremo de la cama. Luego, mientras el hombre habría las canillas para llenar la pileta ella fue al baño donde se higienizó. Pidieron luego champagne y whisky y colocaron los mismos y las copas al borde de la pileta. Luego realizaron el acto sexual dentro de la pileta, cubiertos por el agua. Al finalizar la relación el hombre perdió el conocimiento cayendo sentado dentro de la pileta. Como estaba cubierto por el agua ella desesperadamente destapó la misma para desagotarla y quiso levantarlo tomándolo del cuello —ambas regiones carotídeas— y no pudo movilizarlo. Rápidamente empujó las botellas, copas y balde para sacarlas del borde de la pileta y trató nuevamente de sacarlo, tomándolo para ello con ambas manos de las axilas y empujando hacia arriba presionó en ambas regiones pectorales. No pudo sacarlo tampoco de esta forma. En ese momento se dio cuenta de que el hombre había fallecido. Seguidamente le practicamos un examen externo a la mujer que mostró muy abundante flujo vaginal y ausencia absoluta de violencias externas de reciente data. Le pedimos que realizara los movimientos que había hecho con la víctima y, rápidamente lo hizo. Tales movimientos coincidían con las excoriaciones que presentaba el cuerpo y, la ausencia de violencias externas recientes en el cuerpo de la mujer permitió concluir hasta tener el resultado de la necropsia que se estaba en presencia de una muerte natural.

Realizada la necropsia el resultado de la misma fue infarto cardíaco masivo.

Un correcto estudio del lugar del hecho, seguido de un buen interrogatorio de la mujer permitió aclarar rápidamente una investigación mal encaminada inicialmente, tal era “averiguación de homicidio”.

### C O N C L U S I O N E S

- 1) “EL ESTUDIO MEDICO LEGAL DEL LUGAR DEL HECHO” es la denominación apropiada que nosotros entendemos se ajusta al verdadero cometido del Médico Legista cuando es llamado a hacer una “levée de corps”.
- 2) El Médico Legista debe tener presente que la realización de esta pericia constituye una verdadera urgencia médico legal.
- 3) El lugar del hecho, constituye un todo, formado por su continente y su contenido. Ese todo siempre, en todos los casos nos está indicando algo. Algo que puede ser muy poco o demasiado, pero que siempre será suficiente para llegar al conocimiento de lo que allí ha sucedido. De lo que realicemos en el lugar y, cómo lo realicemos depende que lleguemos al conocimiento de ese algo y, a su través a la verdad.

- 4) Siempre, en todos los casos el estudio deberá realizarse con absoluta libertad, completa presteza y justicia, conforme a la legislación procesal vigente.
- 5) El Médico Legista deberá observar las siguientes premisas: absoluta objetividad y veracidad, total y completa ecuanimidad, gran moderación, absoluta precisión y prescindencia de vanidad personal.
- 6) La actuación del Médico Legista deberá ser en todos los casos, anterior a la intervención de los demás miembros del equipo investigador del hecho. Por ello, es el Médico Legista quien deberá entrar, ver, tocar, oír, mover y oler antes que nadie. Por su formación y criterio amplio será él quien indicará las tomas de fotografías y sugerirá la conveniencia de practicar determinados estudios posteriores a realizarse por los técnicos correspondientes.
- 7) Siempre, cada Médico Legista deberá aplicar sistemáticamente su propio método, condicionado por su particular forma de proceder habitual.
- 8) Mediante estudio prudente, calmo y lento, deberá evaluar meticulosamente las condiciones del lugar, continente y contenido, cadáver y objetos del lugar, estudiando luego las diferentes relaciones y posibilidades.
- 9) El primordial objetivo es llegar a un aserto de bases científicas, comprobadas y comprobables y, de ninguna manera a presunciones.
- 10) Dicha conclusión —con base científica— tiene como finalidad colaborar con la instrucción a fin de esclarecer el hecho, tratando de que no se cometa ningún tipo de error.
- 11) El informe médico legal deberá ser redactado en forma breve, sencilla, evitando utilizar términos y denominaciones que escapan al conocimiento de aquellos a quienes va dirigido. Deberá apuntarse en él, todos y cada uno de los pasos seguidos y los resultados logrados que, relacionados entre sí llegan a la conclusión final.
- 12) Estamos convencidos de que es imprescindible que una copia de dicho informe acompañe al cadáver a la Morgue Judicial para ser leída por quienes estarán a cargo de la necropsia del mismo.
- 13) Tener siempre presente que una vez realizado el levantamiento del cadáver, jamás se podrá rehacer la escena original.

BIBLIOGRAFIA

1. ACOSTA GUZMAN Alfonso. Medicina Legal y Toxicología. Costa Rica, 1961. Tercera edición. Páginas 426 a 430.
2. ACHAVAL Alfredo. Manual de Medicina Legal, Práctica Forense. 2da. edición. Buenos Aires 1979. Páginas 184-185.
3. BALTHAZARD V. Manual de Medicina Legal. 2da. edición española. Barcelona 1926. Págs. 611 a 614.
4. BARRERAS y FERNANDEZ Antonio y DE CASTRO Y BACHILLER Raimundo. Manual del Médico Forense Cubano. La Habana 1920. Págs. 735 a 739.
5. BOKARIUS H. C. Medicina Legal para Médicos y Juristas. Jarcov (Ucrania) 1930. Págs. 108 y 109.
6. BONNET Emilio F. P. Medicina Legal 2da. edición. Buenos Aires 1980. Págs. 337 a 341.
7. BORRI L., CEVIDALLI A., LEONCINI F. Trattato di Medicina Legale. Volume IV. Milan 1926. Págs. 471 a 489.
8. BRIAND J. Manuel. Complet de Médecine Legale. Sixieme édition. Paris 1858. Págs. 24 a 26, 332 y 333.
9. BRIAND J. et CHAUDE Ernest. Manuel Complet de Médecine Legale. Paris 1869. Huitieme édition. Págs. 285 a 289, 347 a 355, 795 y 796.
10. BROUARDEL P. La mort et la mort subite. Paris 1895. Págs. 1 a 9.
11. BROUARDEL P. Les exptosifs et les explosions. Paris 1897. Págs. 4 y 5.
12. CARRARA Mario, ROMANESSE Ruggero, CANUTO Georgio, TOVO Camilo. Manuale di Medicina Legale. Turin 1937. Páginas 534 a 539.
13. CASPER J.L. Tratado práctico de Medicina Legal. Traducción del alemán por Don Florencio Alvarez-Osorio. Tomo III. Madrid 1885. Páginas 250 a 252.
14. CASPER J. L. Tratado práctico de Medicina Legal. Traducción del alemán por Don Florencio Alvarez Ossorio. Tomo IV. Madrid 1886. Págs. 146 a 148.
15. CASTELLANOS Israel. El investigador dermatoscópico en el lugar del suceso. La Habana 1957. Págs. 49 a 51.
16. COUSIÑO MAC IVER Luis. Breve Curso de Medicina Legal. San Bernardo, Chile, 1942. Págs. 344 a 348.
17. COUTAGNE Henry. Précis de Médecine Légale. Lyon-Paris, 1896. Págs. 84 a 88.
18. DEROBERT L. Medecine Legale. Collect'on médo-chirurgicale a revision periodique. Chapitre 5. Paris 1974.
19. DEVERGIE Alph. Médecine Légale Theorie et pratique. Troisieme édition. Tome deuxième. Paris 1852. Páginas 549 a 554.
20. ECHAZU Dardo. Investigación de la muerte. Buenos Aires 1973. Págs. 24 a 35, 228 a 234.
21. ENGESET E. y SIMASTUEN I. Identificación de una huella de pie. Revista Internacional de Policía Criminal. Agosto-Septiembre 1972. Nº 260. Págs. 188 y 189.
22. ETIENNE MARTIN. Précis de Médecine Légale. 3a. édition. Paris 1950. Págs. 257 y 258.
23. FAVERO Flaminio. Medicina Legal. 4a. edicao, 2do. volume. Sao Paulo, Brasil 1951. Págs. 48 a 50.
24. FAVERO Flaminio. Medicina Legal. 10a. edicao. 1er. volume. Belo Horizonte, Brasil. 1975. Págs. 493 a 497.
25. FERNANDEZ PEREZ Ramón. Elementos Básicos de Medicina Forense. México 1977. Págs. 61 y 62.
26. GAJARDO Samuel. Medicina Legal y Psiquiatría Forense. Santiago de Chile 1931. Págs. 205 a 214.
27. GIRALDO GIRALDO César Augusto. Medicina Forense. Medellín, Colombia 1977. Págs. 33, 99 a 101.
28. GISBERT CALABUIG Juan A. Medicina Legal y Toxicología. Valencia, España. 1977. Págs. 279 y 280.
29. GOMEZ Hélio. Medicina Legal 3a. edicao. Rio de Janeiro 1953. Págs. 816 a 824.
30. GOMEZ Hélio. Medicina Legal. 19a. edicao. Rio de Janeiro 1969. Págs. 614 a 616.
31. GONZALEZ TORRES Dionisio M. Medicina Legal. Asunción, Paraguay. 1965. Págs. 47 a 51.
32. GONZALEZ Thomas. A., MORGAN Vance, HELPERN Milton, UMBERGER Charles J. Legal Medicine Pathology and Toxicology. Second edition New York. 1954. Págs. 8 a 14.
33. GRESHAM Austin G. Atlas de Medicina Forense. Barcelona 1977. Págs. 14 a 31.
34. HOFMANN E. Elementos de Medicina Legal y Toxicología. Madrid 1882. Págs. 261, 265, 267, 272 a 275.
35. KIRII Takashi. Cómo detectar las huellas digitales en los tejidos. Revista Internacional de Policía Criminal. Enero 1976. No. 294. Páginas 25 y 26.
36. KVITKO Luis Alberto. La importancia del lugar del hecho. Trabajo presentado en la V Reunión de la Academia Internacional de Medicina Legal y Medicina Social y 1er. Congreso Venezolano de Medicina Forense. Caracas Venezuela Dic. de 1977.
37. KVITKO Luis Alberto. Aspectos médico legales de la escena del crimen. Revista del Instituto Nacional de Medicina Legal de Colombia. Año 3, Vol. III, No. 1 Bogotá, Julio 1978. Págs. 111 a 124.
38. KVITKO Luis Alberto. Aspectos médico legales de la escena del crimen. Revista Judicial. Corte Suprema de Justicia. Año III, No. 11, Marzo 1979. San José de Costa Rica. Págs. 15 a 21.
39. KVITKO Luis Alberto. Estudio del lugar del hecho. Conferencia pronunciada para Personal Judicial por invitación especial del Organismo de Investigación Judicial de la Suprema Corte de Justicia de Costa Rica. San José de Costa Rica, 19 de Octubre de 1979.
40. LACASSAGNE A. Précis de Médecine Légale. Paris 1906. Pág. 324.
41. LAURENT S. Precauciones a adoptar por los investigadores que lleguen primero al lugar del delito. Revista Internacional de Policía Criminal. Año 32. No. 312. Noviembre de 1977. Págs. 274 a 277.
42. LEVIT Leon. Medicina Legal. Rosario, Argentina. 1969. Páginas 93 y 94.
43. LEGRAND DU SAULLE. Tratado de Medicina Legal, de Jurisprudencia Médica y de Toxicología. Tomo I. Madrid 1886. Págs. 367 a 370.
44. LEGRAND DU SAULLE. Tratado de Medicina Legal, de Jurisprudencia Médica y de Toxicología. Tomo II. Madrid 1887. Páginas 489 a 493.
45. LEGRAND DU SAULLE. Tratado de Medicina Legal, de Jurisprudencia Médica y de Toxicología. Tomo III. Madrid 1889. Páginas 559 a 561.
46. LOCARD Edmond. Manual de Técnica Policiaca. 4a. edición. Barcelona 1963. Págs. 28 a 30, 105 a 143 y 357.
47. LOMBROSO Cesare, Lezioni di Medicina Legale. Torino 1886. Págs. 291, 295, 301 y 302.
48. MADIA Ernesto. Trattato di Medicina Legale. Napoles 1924. Págs. 126 a 130.
49. MARTIN E. P. Las fibras de lana como indicio y su valor de prueba en la causa Criminal Revista Internacional de Policía Criminal. Mayo 1975. No. 288 Págs. 126 a 137.

## BIBLIOGRAFIA

1. ACOSTA GUZMAN Alfonso. Medicina Legal y Toxicología. Costa Rica, 1961. Tercera edición. Páginas 426 a 430.
2. ACHAVAL Alfredo. Manual de Medicina Legal, Práctica Forense. 2da. edición. Buenos Aires 1979. Páginas 184-185.
3. BALTHAZARD V. Manual de Medicina Legal. 2da. edición española. Barcelona 1926. Págs. 611 a 614.
4. BARRERAS y FERNANDEZ Antonio y DE CASTRO Y BACHILLER Raimundo. Manual del Médico Forense Cubano. La Habana 1920. Págs. 735 a 739.
5. BOKARIUS H. C. Medicina Legal para Médicos y Juristas. Jarcof (Ucrania) 1930. Págs. 108 y 109.
6. BONNET Emilio F. P. Medicina Legal 2da. edición. Buenos Aires 1980. Págs. 337 a 341.
7. BORRI L., CEVIDALLI A., LEONCINI F. Trattato di Medicina Legale. Volume IV. Milan 1926. Págs. 471 a 489.
8. BRIAND J. Manuel. Complet de Médecine Legale. Sixieme édition. Paris 1858. Págs. 24 a 26, 332 y 333.
9. BRIAND J. et CHAUDE Ernest. Manuel Complet de Médecine Legale. Paris 1869. Huitieme édition. Págs. 285 a 289, 347 a 355, 795 y 796.
10. BROUARDEL P. La mort et la mort subite. Paris' 1895. Págs. 1 a 9.
11. BROUARDEL P. Les explosifs et les explosions. Paris 1897. Págs. 4 y 5.
12. CARRARA Mario, ROMANESSE Ruggero, CANUTO Georgio, TOVO Camilo. Manuale di Medicina Legale. Turin 1937. Páginas 534 a 539.
13. CASPER J.L. Tratado práctico de Medicina Legal. Traducción del alemán por Don Florencio Alvarez-Osorio. Tomo III. Madrid 1885. Páginas 250 a 252.
14. CASPER J. L. Tratado práctico de Medicina Legal. Traducción del alemán por Don Florencio Alvarez Ossorio. Tomo IV. Madrid 1886. Págs. 146 a 148.
15. CASTELLANOS Israel. El investigador dermatoscópico en el lugar del suceso. La Habana 1957. Págs. 49 a 51.
16. COUSIÑO MAC IVER Luis. Breve Curso de Medicina Legal. San Bernardo, Chile, 1942. Págs. 344 a 348.
17. COUTAGNE Henry. Précis de Médecine Légale. Lyon-Paris, 1896. Págs. 84 a 88.
18. DEROBERT L. Medecine Legale. Collect'on medio-chirurgicale a revision periodique. Chapitre 5. Paris 1974.
19. DEVERGIE Alph. Médecine Légale Theorique et pratique. Troisieme édition. Tome deuxième. Paris 1852. Páginas 549 a 554.
20. ECHAZU Dardo. Investigación de la muerte. Buenos Aires 1973. Págs. 24 a 35, 228 a 234.
21. ENGESET E. y SIMASTUEN I. Identificación de una huella de pie. Revista Internacional de Policía Criminal. Agosto-Septiembre 1972. Nº 260. Págs. 188 y 189.
22. ETIENNE MARTIN. Précis de Médecine Légale. 3a. édition. Paris 1950. Págs. 257 y 258.
23. FAVERO Flaminio. Medicina Legal. 4a. edicao, 2do. volume. Sao Paulo, Brasil 1951. Págs. 48 a 50.
24. FAVERO Flaminio. Medicina Legal. 3a. edicao. 1er. volume. Belo Horizonte, Brasil. 1975. Págs. 493 a 497.
25. FERNANDEZ PEREZ Ramón. Elementos Básicos de Medicina Forense. México 1977. Págs. 61 y 62.
26. GAJARDO Samuel. Medicina Legal y Psiquiatría Forense. Santiago de Chile 1931. Págs. 205 a 214.
27. GIRALDO GIRALDO César Augusto. Medicina Forense. Medellín, Colombia 1977. Págs. 33, 99 a 101.
28. GISBERT CALABUIG Juan A. Medicina Legal y Toxicología. Valencia, España. 1977. Págs. 279 y 280.
29. GOMEZ Hélio. Medicina Legal 3a. edicao. Rio de Janeiro 1953. Págs. 816 a 824.
30. GOMEZ Hélio. Medicina Legal. 19a. edicao. Rio de Janeiro 1969. Págs. 614 a 616.
31. GONZALEZ TORRES Dionisio M. Medicina Legal. Asunción, Paraguay. 1965. Págs. 47 a 51.
32. GONZALEZ Thomas. A., MORGAN Vance, HELPERN Milton, UMBERGER Charles J. Legal Medicine Pathology and Toxicology. Second edition New York. 1954. Págs. 8 a 14.
33. GRESHAM Austin G. Atlas de Medicina Forense. Barcelona 1977. Págs. 14 a 31.
34. HOFMANN E. Elementos de Medicina Legal y Toxicología. Madrid 1882. Págs. 261, 266, 267, 272 a 275.
35. KIRII Takashi. Cómo detectar las huellas digitales en los tejidos. Revista Internacional de Policía Criminal. Enero 1976. No. 294. Páginas 25 y 26.
36. KVITKO Luis Alberto. La importancia del lugar del hecho. Trabajo presentado en la V Reunión de la Academia Internacional de Medicina Legal y Medicina Social y 1er. Congreso Venezolano de Medicina Forense. Caracas Venezuela Dic. de 1977.
37. KVITKO Luis Alberto. Aspectos médico legales de la escena del crimen. Revista del Instituto Nacional de Medicina Legal de Colombia. Año 3, Vol. III, No. 1 Bogotá, Julio 1978. Págs. 111 a 124.
38. KVITKO Luis Alberto. Aspectos médico legales de la escena del crimen. Revista Judicial, Corte Suprema de Justicia. Año III, No. 11, Marzo 1979. San José de Costa Rica. Págs. 15 a 21.
39. KVITKO Luis Alberto. Estudio del lugar del hecho. Conferencia pronunciada para Personal Judicial por invitación especial del Organismo de Investigación Judicial de la Suprema Corte de Justicia de Costa Rica. San José de Costa Rica, 19 de Octubre de 1979.
40. LACASSAGNE A. Précis de Médecine Légale. Paris 1906. Pág. 324.
41. LAURENT S. Precauciones a adoptar por los investigadores que lleguen primero al lugar del delito. Revista Internacional de Policía Criminal. Año 32. No. 312. Noviembre de 1977. Págs. 274 a 277.
42. LEVIT Leon. Medicina Legal. Rosario, Argentina. 1969. Páginas 93 y 94.
43. LEGRAND DU SAULLE. Tratado de Medicina Legal, de Jurisprudencia Médica y de Toxicología. Tomo I. Madrid 1886. Págs. 367 a 370.
44. LEGRAND DU SAULLE. Tratado de Medicina Legal, de Jurisprudencia Médica y de Toxicología. Tomo II. Madrid 1887. Páginas 489 a 493.
45. LEGRAND DU SAULLE. Tratado de Medicina Legal, de Jurisprudencia Médica y de Toxicología. Tomo III. Madrid 1889. Páginas 559 a 561.
46. LOCARD Edmond. Manual de Técnica Policiaca. 4a. edición. Barcelona 1963. Págs. 28 a 30, 105 a 143 y 357.
47. LOMBROSO Cesare, Lezioni di Medicina Legale. Torino 1886. Págs. 291, 295, 301 y 302.
48. MADIA Ernesto. Tratado di Medicina Legale. Napoles 1924. Págs. 126 a 130.
49. MARTIN E. P. Las fibras de lana como indicio y su valor de prueba en la causa Criminal Revista Internacional de Policía Criminal. Mayo 1975. No. 288 Págs. 126 a 137.

50. MATA Pedro. Tratado teórico práctico de Medicina Legal y Toxicología. Tomo II. Madrid 1903. Sexta edición. Págs. 631 a 636 y 671.
51. MATA Pedro. Tratado teórico práctico de Medicina Legal y Toxicología. Tomo III. Madrid. 1903. Sexta edición. Páginas 249 a 257.
52. MATHYER Jacques. Fotografía y Policía. Revista Internacional de Policía Criminal. Marzo 1972. No. 256. Páginas 73 a 82.
53. MARTINEZ MURILLO Salvador. Medicina Legal. 12a. edición. México 1979. Pág. 61.
54. MORALES COELLO J. Medicina Legal y Nociones de Psiquiatría Forense. 3a. edición. La Habana 1951. Págs. 117 a 122.
55. MORAN Jorge R. Medicina Legal. Buenos Aires 1940. Págs. 147 a 157.
56. NAG N. K. y MAZUMDER T. Identificación de un Puñal en un caso de asesinato gracias a las marcas encontradas sobre el cordón de un teléfono. Revista Internacional de Policía Criminal. Febrero 1977. No. 305. Págs. 63 y 64.
57. ORFILA M. Traité de Médecine Légale. Quatrième édition. Tome premier. Paris 1848. Páginas 476 a 482.
58. ORFILA M. Traité de Médecine Légale. Quatrième édition. Tome deuxième. Paris 1848. Págs. 396 a 405.
59. PEIXOTO Afranio. Medicina Legal. 4a. edicao. Rio de Janeiro 1927. Págs. 248 a 250.
60. PIEDELIEVRE René, FOURNIER Etienne. Médecine Légale. Paris 1963. Pág. 295.
61. POILROUX Manuel. Médecine Légale, Criminelle. Seconde édition. Paris 1837. Chapitre premier, Páginas 1 a 57.
62. PONSOLD Albert. Manual de Medicina Legal. Madrid 1955. Pág. 155.
63. PURI Dewan K. S. Las huellas de los pies. Revista Internacional de Policía Criminal. Abril 1965. No. 187. Páginas 106 a 111.
64. QUROZ CUARON Alfonso. Medicina Forense. Editorial Porrúa S. A. México D.F. Año 1977. Págs. 503 a 507.
65. RISQUEZ Francisco A. Manual de Medicina Legal. Santiago de Chile 1939. Páginas 131 a 137.
66. ROJAS Nerio. Medicina Legal. 9a. edición. Buenos Aires 1966. Págs. 79 a 90.
67. SIMONIN C. Medicina Legal Judicial. Barcelona 1973. Rempresión de la 2a. edición. Págs. 779 a 784.
68. SANCHEZ José María. Medicina Legal. Tomo II. Buenos Aires 1924. Págs. 181 y 182.
69. SHARMA B. R. Legítima defensa ó asesinato. Revista Internacional de Policía Criminal. Octubre 1972. No. 261. Págs. 216 a 220.
70. SOUZA LIMA Agostino J. Tratado de Medicina Legal. 5a. edicao. Rio de Janeiro 1933. Págs. 87 a 91.
71. STUCCHI Alberto. Manual de Medicina Legal. Córdoba, Argentina, 1917. Tomo II. Págs. 204 a 206.
72. SIDNEY SMITH. Medicina Forense. Barcelona 1926. Versión del inglés en español. Págs. 32 y 33.
73. SCHLOCKOW, ROTH y LEPPMANN. Traité de Médecine Légale, traduit d'après la 5me. édition allemande par De Boeck et Heger-Gilbert. Bruselas 1908. Págs. 15 y 43.
74. TABORDA Héctor. Compendio de Medicina Legal. Buenos Aires 1917. Tomo II. Págs. 149 a 151.
75. TANNER DE ABREU Henrique. Manual de necropsia forense. Segunda edicao. Rio de Janeiro 1930. Pás. 127 a 138, 139 a 151.
76. TAYLOR A. S. Traité de Médecine Légale. Paris 1881. Págs. 6 a 8, 269 a 279.
77. THOINOT L. Tratado de Medicina Legal. 2da. edición. Barcelona 1927. Tomo 1. Págs. 427 a 432.
78. THOINOT L. L'autopsie Médico-Légale. Paris 1910. Págs. 67 a 69.
79. THOMPSON J. W. Las estrías del vidrio roto. Revista Internacional de Policía Criminal. Marzo 1969. No. 226. Págs. 62 a 64.
80. TOURDES Gabriel et MEZQUER Edmond. Traité de Médecine Légale. Paris 1896. Pág. 562.
81. URIBE CUALLA Guillermo. Compendio de Medicina Legal. Bogotá 1935. Págs. 26 y 27.
82. URIBE CUALLA Guillermo. Medicina Legal y Psiquiatría Forense. 5a. edición. Bogotá 1950. Págs. 83 y 84, 272 y 273, 280 y 283.
83. YARGAS ALVARADO Eduardo. Medicina Legal. San José, Costa Rica 1977. Págs. 31 a 36.
84. VIBERT CH. Précis de Médecine Légale. Septieme édition. Paris 1908. Págs. 67 a 70.
85. BALTHAZARD V. Signes de la mort, Chapitre III, Páginas 11 a 15. Précis de Police. Scientifique. Paris 1936.
86. OTTOLENGHI S. La température post mortem et le refroidissement du cadavre dans les morts violentes. XIII Congrès International de Médecine. Section de Médecine Légale. Págs. 52 a 57. Paris 1900.
87. PLAZA MARQUEZ, Rodolfo. Doctrina y Acción del Cuerpo Técnico de Policía Judicial. Caracas 1966. Capítulo Divulgación de principios básicos de Policía Judicial. Págs. 53 a 59.
88. TORRES TORIJA José. Medicina Legal, Temas para estudios. Séptima edición, México D. F.