

el pedúnculo vascular cardíaco entre los dedos índice y medio de la mano izquierda, y de un solo golpe de cuchillo se corta necesariamente el principio del cayado de la aorta y el origen de la arteria pulmonar, quedando de esta manera el corazón desprendido del cadáver.

Para ensayar el estado de las válvulas del orificio aórtico y del pulmonar, reconocer su suficiencia ó estrechez, conviene ante todo nivelar bien los dos cilindros de uno y otro vaso, quitar los coágulos de cruor que puedan existir en el orificio del ventrículo correspondiente, y teniendo colgado con ambas manos verticalmente el corazón, echar agua en la aorta y en la arteria pulmonar; entonces la columna de agua distenderá las válvulas sigmoideas, y no estando abiertas las arterias coronarias se podrá juzgar realmente si el no mantenimiento de nivel depende de la insuficiencia de las válvulas. Pero tal prueba requiere una contraprueba, y ésta se obtiene asegurándose de que los ventrículos están realmente vacíos de coágulos que puedan sostener las válvulas y simular una suficiencia que en realidad no exista. Para esto se hace un pequeño corte oblicuo en cada uno de los bordes de ambos ventrículos, cerca de su tercio inferior, lo necesario para que pueda entrar un dedo y sacar los coágulos de la cavidad ventricular, y dirigiendo un corte de manera que sea casi paralelo á las arterias, pero de modo que no se abra ninguna de las dos: repitiendo entonces la prueba con el líquido se podrá estar seguro acerca del resultado del experimento.

Después de esto, la disección del corazón en general es fácil. *Corazón derecho.* Lo primero de todo, debe meterse en la aurícula derecha una rama de tijeras comunes; una vez abierta esa cavidad, hay que vaciarla de la sangre ó de los grumos que pueda contener, observar el estado de sus paredes y del endocardio. Luego, con los tres dedos reunidos, pulgar, índice y medio de la mano derecha, se aprecia la amplitud del orificio aurículo-ventricular derecho, provisto de la válvula tricúspide: si la punta de los tres dedos cabe por el orificio valvular, esta abertura es normal; si se quiere sutilizar más la cosa, entonces se mide con un compás la *longitud* del orificio ventricular abierto, y si la mitad precisa de esta medida corresponde á la altura de los extremos valvulares de la tricúspide, el orificio se halla en estado normal. Hecho esto, el perito debe introducir una de las hojas de la tijera por el interior del orificio derecho ya medido, teniendo la otra rama fuera, cortar á lo largo el borde externo del ventrículo correspondiente y abrir éste hasta la punta del corazón. Anotadas las particularidades morbosas del endocardio ó que haya debajo de éste, las de las válvulas, los tendones y las columnas carnosas, se procede al examen directo de las válvulas sigmoideas. Para verlas bien y enteras, el perito debe coger con la mano izquierda la parte anterior del ventrículo derecho, y colocarla alta y

vertical. Poniendo en seguida el corazón en un plano horizontal con la punta mirando hacia sí, debe apoyar la hoja de la tijera en el tabique interventricular, cortándolo á lo largo desde la punta del corazón hacia la base sin desviarse nada; de este modo, á ojos cerrados se llega necesariamente al intersticio de la tercera con la segunda válvula sigmoidea. De este modo se despliegan á la vista las tres válvulas sigmoideas, en las cuales se encuentran con frecuencia agujeritos que constituyen lo que se denomina estado reticular, y por los cuales puede pasar el agua, pero que no constituyen ninguna grave condición patológica: el perito debe advertir si hay lesiones morbosas y cuáles sean éstas.

Respecto al *corazón izquierdo*, debe procederse de igual manera para el corte de la aurícula, para la apreciación del estado del orificio aurículo-ventricular, para la apertura del ventrículo á lo largo del borde izquierdo del corazón, para el examen de las partes de la válvula mitral y para el reconocimiento de la nutrición de las paredes musculares, y especialmente de su color y consistencia, así como de que existe ó no una verdadera degeneración grasienta que pueda comprobarse con el microscopio. En Medicina legal es muy útil tener en cuenta esto, porque es lo que suele encontrarse especialmente en los envenenamientos por el fósforo. Se examinará si en la capacidad ventricular existen ó no indicios de hipertrofia excéntrica ó concéntrica, especialmente en los casos de muerte repentina, y debiendo advertir que á veces se admiten en los informes de autopsia ciertas hipertrofias excéntricas formadas sólo por la repleción del ventrículo por la sangre que contiene en el momento de la muerte; este es un error evitable, sin más que sacar la sangre que haya en el corazón y lavarlo, y confrontar la densidad de la pared derecha con la de la izquierda, relacionándola con las proporciones generales de la viscera, la edad, sexo, constitución orgánica y profesión del individuo á quien pertenece.

Para poner en evidencia el estado del orificio aórtico, el perito debe proceder de este modo: vuelta hacia arriba la cara palmar de la mano, se introducen los dedos índice y medio de la mano izquierda debajo de los segmentos de la válvula mitral, y abriendo después los dedos en forma de V, distender con fuerza el velo valvular; en seguida se introduce una rama de las tijeras debajo de la válvula mitral así extendida, sin mover la mano izquierda, y siguiendo una línea perpendicular que caiga sobre la mitad de la válvula, cortar ésta derecha con las tijeras, sin detenerse ni desviarse: obrando de este modo y sabiéndolo hacer por un constante ejercicio, se abre perfectamente el intersticio entre válvula y válvula sigmoidea sin tocar á ninguna de las tres. Después de este corte se procede al examen de la aorta y de sus ramificaciones principales, sin omitir tampoco el de las coronarias cardíacas: esto puede ser importantísimo, y debe aparecer en el informe todo cuanto



se relaciona con las condiciones morbosas del centro circulatorio y de los vasos que de él emergen ó á él llegan.

Inútil me parece advertir que debe abrirse la cavidad del corazón por la parte opuesta á aquella en que exista una herida, para ver claramente el aspecto de la lesión, en los casos de heridas del corazón ó de los grandes vasos, ó de uno y otros, sean producidas por instrumentos punzantes ó cortantes, ó por proyectiles de armas de fuego.

Una sola circunstancia práctica es oportuno recordar: la posibilidad de ocurrir casos de muerte repentina sumamente parecidos á los de muerte por envenenamiento agudísimo, ocasionadas por una rotura espontánea de las paredes del corazón afectado de degeneración grasienta, y más especialmente en los individuos que han abusado del vino ó de otras sustancias alcohólicas, ó en los discrásicos, ó en todas aquellas condiciones morbosas capaces de producir una miocarditis aguda ó crónica. En tales casos, el perito está sobre aviso al recoger sangre dentro del pericardio, extravasada con más ó menos celeridad por la desgarradura de la pared cardíaca y que acaba por comprimir el corazón, detenerlo y producir la muerte fulminante. No olvide el perito que en los casos de tanatología forense, en los cuales no se conoce la causa de la muerte y puede residir en las vísceras torácicas, el examen bien conducido en una víscera completa y aclara las particularidades notadas en otros sitios, y por consiguiente, es necesario proceder con método y con una gran cautela antes de emitir el informe.

El perito debe prestar particular atención al exámen del centro circulatorio, por la posibilidad de que existan concreciones sanguíneas. Sin extendernos aquí en detalles anatomo-patológicos, bastará recordar brevemente, para las aplicaciones prácticas, que es necesario diferenciar con exactitud las concreciones sanguíneas acaecidas durante la agonía, de las posteriores á la muerte y de los grumos formados durante la vida por influjo de especiales condiciones morbosas.

Y, sin embargo, se dan casos en los cuales la causa próxima de la muerte estriba ni más ni menos que en el hecho de la obturación por un grumo sanguíneo de un vaso arterial ó venoso, lo cual engendra condiciones patológicas estrictamente dependientes de la obturación, y viéndose casos en que la muerte puede sobrevenir de improviso y fulminante. Al indicar el perito la causa de la muerte, ¿confundirá una concreción sanguínea cadavérica con un grumo morbosos? No por cierto, porque en el examen anatómico de un vaso, el perito debe tener cuidado y reconocer que un coágulo de agonia es una pura y simple solidificación ó coagulamiento de la sangre, siempre blanda, reluciente, fácil de deshacer y formada por dos sustancias, de las cuales una es blanquecina ó amarillenta, plasmática, opalescente, que recuerda la formación de la costra cuórica de la sangre en el vaso después de una sangría,

y la otra es rojiza, por causa de los glóbulos sanguíneos. Tal aspecto podrá modificarse por el mayor ó menor espacio de tiempo transcurrido desde el principio de la formación del coágulo, por la mayor ó menor concretabilidad de la sangre, por la mayor ó menor riqueza de glóbulos blancos en comparación de la de glóbulos rojos; pero el hecho principal es el de que existe una separación, por expresión, entre una y otra parte del líquido sanguíneo. La concreción verdaderamente cadavérica es un coagulamiento del cruor, fácil de deshacer, disgregable, sin ningún signo de movimiento interior que produzca en diversos momentos su estratificación, y cada vez más condensado y descolorido; en suma, es una condensación glutinosa pura y simple.

En cambio, el grumo sanguíneo es más compacto que la concreción, y más resistente á las tracciones, estando dispuesto estrictamente en capas, entre las cuales pueden distinguirse las más antiguas de las más recientes, porque el color de las primeras es de carne y el de las segundas es rojo sanguíneo; además, con el microscopio se advierten en el interior del grumo los resultados de un trabajo patológico durante la vida; así es que cuando el perito trata de extraer del vaso la concreción cadavérica, ésta sale con facilidad y las paredes del vaso tienen un aspecto sano; pero para extraer el grumo pueden hallarse dificultades y resistencias, á causa de hallarse alteradas las paredes del vaso.

Reconocido que un vaso está enfermo y contiene un grumo, pero no una concreción, antes de perturbar las relaciones entre las partes conviene advertir si dicho coágulo cierra total ó parcialmente la luz del vaso, y si termina en cono ó está truncado y con superficie granulosa, como si estuviese en vías de disgregación molecular. Compréndese que de este examen depende la importante diferenciación de si el grumo se ha formado en el mismo vaso (coágulo autóctono), ó si representa una parte desprendida de otro coágulo (émbolo), que transportado por la corriente sanguínea hasta las más lejanas y sutiles ramificaciones, haya suspendido la circulación en aquella parte y engendrado gravísimas consecuencias, que pueden llegar á ser hasta una muerte instantánea por embolia cerebral, pulmonar ó cardíaca.

Abierta la cavidad abdominal, el perito procederá con orden al examen de las partes en ella contenidas. Lo primero que hay que tener en cuenta es si han salido gases ó líquidos. Los gases pueden ser producto de la putrefacción, ó salir por alguna úlcera de los intestinos ó del estómago, ó por heridas ó desgarraduras de estas vísceras, ó por lesiones producidas criminalmente por diversas armas ó por accidente. Sea como fuere, el perito se dará razón de lo que exista, tanto por las circunstancias particulares del caso, cuanto por el período de la putrefacción y por las noticias que puedan conocerse con respecto al hecho acaecido.



Ya hemos dicho cómo deben recogerse los líquidos, pesarse y describirse las diversas cualidades de colorido, consistencia, olor, etc., por medio de las cuales pueda decidirse si son serosos, purulentos, sanguíneos, intestinales, estomacales, y así de los demás. Si se hubieren inferido heridas penetrantes en la cavidad abdominal, antes de remover cualquiera víscera, el perito debe reconocer exactamente las relaciones de las partes entre sí y las lesiones existentes, midiéndolas y describiéndolas con todas sus particularidades; también se precisará la mayor ó menor altura del tabique diafragmático. Anotado cuanto se advierta en las hojas peritoneales y acerca del estado del omento mayor, el perito levantará en alto el omento derecho, detrás del cual se observa el colon transversal, y podrá de esta manera inspeccionar los intestinos, en especial los delgados, cuyas vísceras, si no presentan ningún carácter particular en cualquier punto de su trayecto, podrán sacarse, poniéndolas á la izquierda hacia la región cólica derecha. De este modo será visible toda la parte anterior de la columna vertebral y todas las partes vasculares nerviosas y glandulares que en ella descansan: la fosa ilíaca, la excavación pelviana, la vejiga, el intestino recto, y en la mujer el útero con sus anejos.

Ya hemos dicho más arriba que, abierta la cavidad abdominal, el perito debe examinar y tomar nota del estado de las hojas peritoneales, de la superficie externa del estómago y del omento mayor, y examinar el estado externo del paquete intestinal, volviendo hacia arriba el epiploon mayor y sacando los intestinos delgados hacia fuera y á la derecha. Para abrir bien y con facilidad el tubo intestinal, el práctico debe buscar la segunda curvatura del duodeno, y una vez hallada, levantarla hasta poner tensas las dos hojas mesentéricas que lo unen con bastante fuerza á la columna vertebral; después debe hacerse un ojal con las tijeras en la proximidad á la inserción del mesenterio en el tubo intestinal, y hacer dos ligaduras con hilo doble, á la distancia de 3 ó 4 centímetros una de otra, en la porción levantada del duodeno. En seguida, de un tijeretazo se divide la porción comprendida entre ambas ligaduras, resultando así ligados los dos extremos de intestino delgado, uno de los cuales mira hacia el estómago y el otro hacia los intestinos. Teniendo en la mano derecha el lazo inferior que constriñe el principio del intestino delgado ó yeyuno, se tira de él hacia abajo de modo que se vea la inserción del mesenterio, el cual debe desprenderse del tubo intestinal con pequeños cortes hechos con tijeras comunes. El mesenterio debe desprenderse lo necesario para obtener en libertad un trozo del tubo intestinal de la longitud del brazo derecho del disector, y sin separarse de la mesa de disección, teniendo siempre lo suficientemente tenso con la mano izquierda aquel pedazo de intestino, se penetrará con una rama de la tijera en el interior de él y procede-

rá siempre por la línea de inserción mesentérica de atrás á adelante, conduciendo las tijeras de modo que rocen como si cortaran de filo. Obrando de esta manera se llega á abrir con gran facilidad y prontitud ese trozo de tubo intestinal, práctica utilísima con que puede indicarse el punto preciso en que se encuentra una lesión dada. Distendiendo este trozo de intestino abierto sobre el muslo correspondiente del cadáver, ligeramente vuelto hacia afuera, puede lavarse bien con agua pura la mucosa y ver todas las alteraciones desarrolladas sobre ó debajo de ella ó en sus túnicas. Así se continúa hasta la inserción del ileo con el saco cecal, siendo necesario disecar el ciego mismo, desprendiéndolo del tejido celular flojo que lo une con las partes profundas, y seguir después el mismo método para abrir su cavidad.

Es fácil desprender el colon transversal de las dos hojas gastro-epiploicas, siguiendo en el corte la curva inferior del estómago; así como es muy fácil disecar la curva del colon descendente, la S ilíaca y el recto, para acabar la disección con la apertura de esta parte del intestino grueso, después de haberla cerrado con una fuerte ligadura. Párecenos superfluo recomendar que se adviertan con toda atención todas las alteraciones que se hallen en la mucosa, así como anotar la calidad y cantidad de las materias contenidas en todo el tubo intestinal.

En casos de heridas ó desgarramientos de estas vísceras ocasionados por muerte violenta, el perito debera indicar la situación, las medidas exactas y la descripción de las lesiones, así como el resultado que hayan producido y las concomitancias y sucesiones morbosas dependientes de ellas, hechos de apreciación científica que deben señalarse con exactitud. Recordaremos que en la práctica forense preséntanse casos en los cuales, por lesión morbosa, y por consiguiente no violenta, del tubo intestinal, han ocurrido muertes repentinas con un aparato de síntomas que hacen pensar seriamente si la causa de ese suceso será violenta. Algunas veces puede sospecharse que existan envenenamiento ú otras formas de muerte cuyas causas residan en otras vísceras, mientras que el motivo próximo esté realmente en las condiciones del intestino. Los procesos morbosos intestinales que producen este resultado, y por consiguiente tales sospechas, son las ulceraciones, el invaginamiento y la estrangulación intestinal.

No hay ninguna duda de que una ulceración intestinal puede, particularmente si es de alguna naturaleza especial, producir un derrame en el peritoneo de pronto y con ausencia de los síntomas morbosos más característicamente propios de aquélla, sobreviniendo, por tanto, una peritonitis crónica mortal. Entre las afecciones agudas que pueden producir perforación intestinal, las más generales son los procesos tifoideo y disentérico, así como entre los procesos lentos existen las perforaciones tuberculosas y cancerosas. Por orden de frecuencia vie-



nen después las ulceraciones crónicas, dejando á un lado por el momento las mecánicas y las producidas por estrangulación intestinal interna ó externa. Si ocurre esto, como la observación lo pone en claro diariamente, el perito tiene una guía segura para saberse conducir sobre este particular, pues en cuanto á las perforaciones del primer género no podrán faltar noticias suficientes para poner en claro el caso, y raro será que se haga una pregunta fuera de quicio en tales circunstancias; y además, en el informe de la autopsia se debe exponer razones tan claras y completas que constituyan su precisa demostración. En cuanto á la segunda posibilidad, la anatomía patológica presenta argumentos deducidos del estado local y general, con los cuales puede resolverse la cuestión. En cuanto al tercer género, no puede negarse que, quizá por la naturaleza misma y por la marcha particular de dicho proceso, el caso sería más difícil de explicar y daría apariencias sospechosas fundadas por el momento, porque en realidad el curso de las ulceraciones crónicas ofrece ciertos períodos de bienestar, por efecto de la cicatrización, los cuales suspenden, por decirlo así, la duda de que por efecto de ellas pueda morir de repente; pero aun para estos casos la anatomía patológica tiene signos precisos con que diferenciar su naturaleza, como veremos que los hay para distinguir una úlcera cancerosa de una tuberculosa ó folicular, ó de una perforación aguda cáustica, etc., etc.

Sea como fuere, si urge que el perito tenga presentes todos estos diversos tipos de ulceración y es necesario que los sepa distinguir, sin embargo, importa más que los sepa encontrar con tanta evidencia, que le permita poder sostener que en realidad el resultado funesto fué la consecuencia inmediata de ese proceso morboso dado. He aquí la manera de proceder que debe tenerse en todos los casos: para reconocer si hay ó no perforación, dónde existe y si es única ó múltiple, no pudiendo por los líquidos contenidos en el peritoneo deducir todos los caracteres evidentes de una extravasación intestinal ó estomacal, y no debiendo desarreglar las partes que pueden haber sido alteradas por engrosamiento, por adherencias ó por cualquier desorden, el práctico tomará un sifón lleno de agua, é introduciendo el tubo en un trozo de intestino vacío, el más próximo y superior á la alteración morbosa del tubo intestinal, verterá agua por él, mirando con atención si sale y por dónde sale. Ó bien, si se hubiese desprendido en masa el grupo de los intestinos enfermos y se hubieran enredado de una manera muy complicada, lo mejor sería sumergirlo en una vasija llena de agua pura, é inyectar aire en el trozo de intestino sano, mirando con atención al punto por donde saliese este aire en forma de burbujas. Es evidente que si con unas pinzas se comprime el punto por donde sale el aire, y si se continúa inyectando éste sin que se salga ya, entonces

habrá motivos para creer que la perforación es única; si ocurriese lo contrario habría derecho para admitir la existencia de más de una. En cuanto á las invaginaciones, cuidando mucho de distinguir las cada- véricas de las morbosas, la práctica consiste en limitar el asa intestinal asiento de la enfermedad entre dos ligaduras, una puesta encima y otra debajo, procediendo después al examen anatómico y á la apreciación de las consecuencias mortíferas; lo mismo debe hacerse con respecto á las estrangulaciones y oclusiones intestinales propiamente dichas, hechos en que la necesaria sintomatología clínica, de acuerdo con la anatomía patológica, pueden ilustrar lo suficiente su producción y efectos hasta el punto de desvanecer todas las dudas forenses.

Por el orden necrotómico que vamos siguiendo, corresponde ahora examinar el estómago. Al ocuparnos de la disección de los intestinos hemos indicado la manera de ligar la segunda curva del duodeno; ahora debe hacerse una ligadura en la última porción del esófago, á unos cinco traveses de dedo de la abertura del cardias, y para hacerla con más comodidad es necesario cortar el diafragma por el medio hasta sus pilares. Hecho esto será fácil, con una buena disección, dejar enteramente libre el estómago, perfectamente ligado, tanto en la abertura esofágica como en la duodenal. Antes de pasar más adelante conviene recordar un caso posible que algunas veces ocurre en la práctica, y es el de que en los cadáveres enterrados se presenta el reblandecimiento cadavérico del estómago, que por efecto de leyes químicas puede ocurrir inmediatamente de cesar la vida (reblandecimiento pultáceo de Cruveilhier), y que debe diferenciarse con exactitud de otras lesiones morbosas para no incurrir en errores siempre graves, pero perniciosísimos en la práctica médico-forense. Insistimos en esto porque el reblandecimiento pultáceo y la perforación por él producida se parecen á los efectos de la acción de un ácido ó de un álcali diluido é inyectado en el estómago ó en los intestinos de un cadáver. El perito debe en estos casos advertir la ausencia de síntomas directos de una enfermedad del estómago, lo cual es ya un primer criterio negativo; que en el reblandecimiento cadavérico faltan todos los signos de flogosis ulcerativa, aguda ó crónica, tuberculosa ó cancerosa, así como faltan los exudados característicos de todo proceso agudo del tiempo de la vida; si está extendido y no circunscrito, á diferencia de cómo suele presentarse el reblandecimiento en las inflamaciones agudas; que casi siempre se encuentra el reblandecimiento pultáceo ó cadavérico en un estómago lleno de materias alimenticias, mientras que con una gastritis aguda ó ulcerosa no se tolera el alimento; que si hubiera sobrevenido una ulceración flogística del estómago durante la vida, no podrían faltar los signos de la peritonitis; que aun suponiendo la posibilidad de una gastritis crónica, y por consiguiente de una ulceración crónica, la enfer-



medad es larga y produce emaciación de los tejidos; que, además de esto, la ulceración crónica tiene bordes regulares relucientes, con opacidad de la mucosa, hinchazón de las paredes y adherencias de las partes, mientras que la ulceración cadavérica tiene bordes franjeados, sin enrojecimiento, ni opacidad, ni hinchazón, ni adherencias, ni depósitos de tubérculos, cánceres ni ningún otro neoplasma. Por todos estos medios podrá distinguir el perito el reblandecimiento estomacal posterior á la muerte de un proceso ulcerativo acaecido durante la vida.

El práctico pasará después á examinar la superficie interna del estómago, siendo también importantísimo en tanatología forense describir la cantidad y calidad de las materias encontradas dentro de dicho órgano en el momento de la disección, porque á veces se han obtenido indicios hasta de identificación personal encontrando sustancias que dieron á conocer que el individuo había comido cerca de algún sitio donde se vendían aquellos comestibles, y porque calculando bien la fase digestiva experimentada por aquellas sustancias, se puede establecer ó confrontar aproximadamente el tiempo en que fueron ingeridas. En cuanto al hallazgo de sustancias sospechosas ó seguramente venenosas, ya trataremos al ocuparnos de la toxicología. En estas investigaciones importa mucho que el perito advierta el mayor ó menor estado de irritación de la mucosa. En general, la existencia de los signos de una gastritis se regula por las mismas condiciones patológicas de la meningitis y de la peritonitis, en cuanto que estas enigmáticas inflamaciones esenciales, estos procesos morbosos tan complejos y que se han querido á toda costa admitir *sine causa*, son los últimos fulgores de una edad media científica, y tales que paralizan los trabajos del anatómico y los del químico cuando uno ú otro tienen ante su vista un efecto cuya causa deben inquirir. El perito debe prestar grandísima atención á esos enrojecimientos tan variables y tan inciertamente apreciados y descritos de la mucosa estomacal, con tanto mayor motivo, cuanto que alrededor de este asunto, de este resultado anatómico, se agrupan graves y delicadísimas cuestiones. Si nos es lícito decirlo así, casi toda la doctrina de la tanatología toxicológica forense se refiere á la descripción del estado de la mucosa entérica en general y del estómago en particular. Si el perito al abrir el estómago encontrase abundante secreción de mucosidad adherente á la mucosa estomacal, vivamente irrigada en una zona circunscrita, con finísimas inyecciones de las redes capilares, con puntitos rojos formados por las criptas mucosas prominentes, con equimosis intersticiales, con plenitud de los grandes vasos venosos y arteriales del estómago, todo esto podría hacerle decir que se trata de una congestión flogósica. Mas para hablar de flogosis y poderla demostrar en una cuestión médico-forense no bastan presunciones científicas, sino que se requieren hechos claros y com-

pletos; así, pues, para decir que existe una gastritis aguda se necesita demostrar un estado hiperémico, y después cierto grado de congestión y una exudación.

Por eso el perito debe reunir el conjunto de los signos clínicos que indiquen una gastritis (cuando pueda, y si no puede, no debe decir ni una palabra); apreciación de la causa que la haya originado (ingestión casual, criminal ó voluntaria de una sustancia irritante, etc.); del asiento, extensión y profundidad de los signos de un proceso inflamatorio; de las lesiones del estómago con respecto al estado de nutrición del individuo; y apreciación escrupulosísima de los signos anatómicos diferenciales arriba enunciados como propios de los efectos cadavéricos. Si el perito supiese siempre cuándo se ha ingerido una sustancia corrosiva ó irritante, de cualquier modo que se quiera, entonces al encontrar reblandecida la mucosa, desprendida aquí ó allá, con equimosis visibles, vivos enrojecimientos circunscritos, sangre extravasada que colorea los tejidos de negro pizarra, etc., en ese caso la respuesta es muy fácil. Pero la dificultad estriba precisamente en aquellos casos en los cuales falta el dato conocido, y precisamente por el estado de la mucosa estomacal hay que inducir cuál es la causa probable de los desórdenes hallados. En esos casos debe recordar el perito que los enrojecimientos flogísticos de una gastritis son siempre circunscritos, tienden á concentrarse debajo de la mucosa, la cual se convierte en una emulsión gelatinoidea, y pueden ocupar cualesquiera partes del órgano sin necesidad de que sean de las más declives, donde precisamente se ponen en contacto con el tejido mucoso las causas irritantes.

En cuanto á las diferencias entre la gastritis aguda y la crónica, las indican los signos exteriores, juntamente con los interiores del cadáver; porque si bien la gastritis aguda puede matar pronto, y si bien puede haber habido pérdidas orgánicas producidas por el dolor, por los vómitos, por el insomnio y por la fiebre, sin embargo, la consunción no será tanta como cuando se trate de una gastritis rebelde; y, según hemos visto, los signos internos de la gastritis aguda son bastante diferentes de los de la crónica, donde los tejidos adquieren un color gris pizarra, producto de la sangre que se estanca en los vasos diseñados con estrias lívidas, á diferencia de las coloraciones cadavéricas, que siempre son difusas; éstas se hallan limitadas á placas de pequeños puntitos negruzcos modelados sobre las criptas solitarias de la mucosa ó esparcidos debajo de ella; la misma mucosa se hipertrofia también en sus elementos glandulares, igual que las demás tunicas, que el perito encuentra gruesas, duras, relucientes, y cuya hipertrofia disminuye la capacidad de la viscera en proporción con el aumento de grosor de las paredes. En cuanto á los resultados de la flogosis aguda