

# Pierre Barbet Revisited

Por

**Frederick T. Zugibe, M.D., Ph.D.**

Profesor Asociado Adjunto de Patología de la Universidad de Columbia, Colegio de Médicos y Cirujanos, N.Y.

Jefe del Servicio Médico Forense, Rockland County, N.Y. (jubilado)

Reimpreso desde la *Sábana Santa N. S.*, Quad. N° 8,  
diciembre de 1995 Copyright 1995 - Todos Los  
Derechos Reservados Reimpreso con permiso.

Visite el sitio Web de Dr. Zugibe: [Crucifixion and Shroud Studies](#) (Las ilustraciones se han agregado a la versión en Internet de este papel para el visor de ayuda)

---

## Introducción

No hay duda de que el Dr. Pierre Barbet fue un pionero en el campo de la crucifixión y envuelta la investigación e hizo importantes contribuciones en intentar intercalar los mecanismos de la crucifixión con las conclusiones sobre la cubierta.<sup>1,2</sup> también es uno de los científicos más ampliamente citadas en la crucifixión la investigación pero, lamentablemente, estas citas de Barbet's estudios suelen malinterpretarse como incondicional, hechos probados en lugar de teorías que requieren confirmación mediante estudios científicos válidos que podrían cuestionar la validez de sus estudios. Muchos artículos médicos han sido escritas, pero son totalmente especulativas y carentes de estudios experimentales. Muchos científicos a menudo se olvida de que es su deber, siempre que sea posible, para proporcionar soporte experimental de sus hipótesis. Padre Weyland, el conocido escultor religioso, resumió este más acertadamente, "conjeturas y teorías no respaldada por experimentos realistas siempre me dejó frío".

Los estudios de Barbet se centran alrededor de tres principales hipótesis:

1. El hombre de la Sábana Santa de Turín fue clavado a través de un área de la muñeca llamado Destot de espacio y no a través de la palma de la mano.
2. Falta el pulgar sobre la cubierta fue debido a una lesión al nervio mediano por el pasaje de la uña.
3. El hombre de la Sábana Santa murieron de asfixia.

*El objetivo del presente trabajo es demostrar que las tres hipótesis de Barbet son, de hecho, insostenible.*

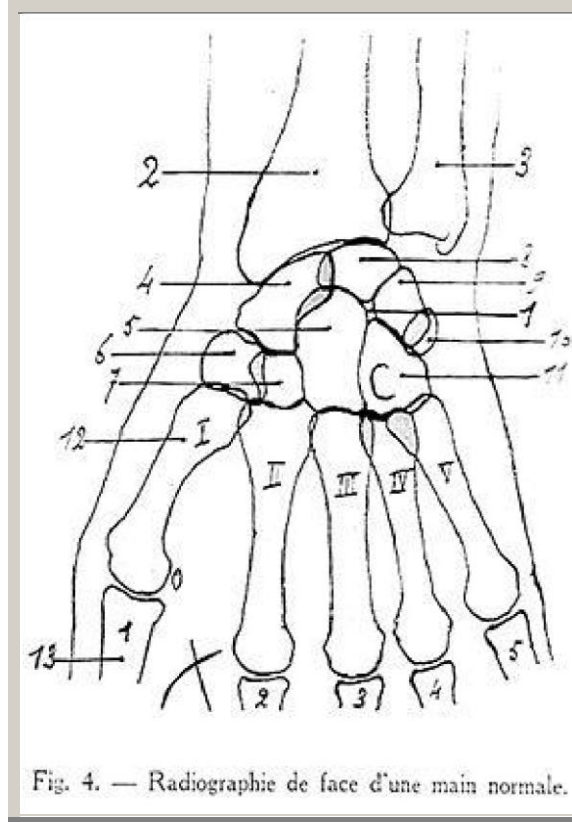
### **Una hipótesis**

El hombre de la Sábana Santa fue clavado a través de la zona de la muñeca llamado **Destot de espacio** y no a través de la palma de la mano. Cuando Barbet pasó las uñas por el medio de las palmas de las manos y encontró recién amputada que desgarraron a través de la piel entre los dedos a un tiro de aproximadamente 88 libras, se intercalan con cálculos matemáticos que reveló que si el cuerpo está suspendido por los brazos en un ángulo de unos 68 grados con los rectos hay un menú en cada mano mayor que todo el peso del cuerpo. Entonces él buscó un área mayor y tras algunas experimentaciones informó que "... se observa que, en el oriente de los huesos de la muñeca, hay un espacio delimitado por el

**Capitadas**, el , el SEMILUNAR **HAMATE TRIQUETRAL** y los huesos. Sabemos que este espacio tan bien que sabemos en conformidad con **DESTOT** .<sup>2</sup>

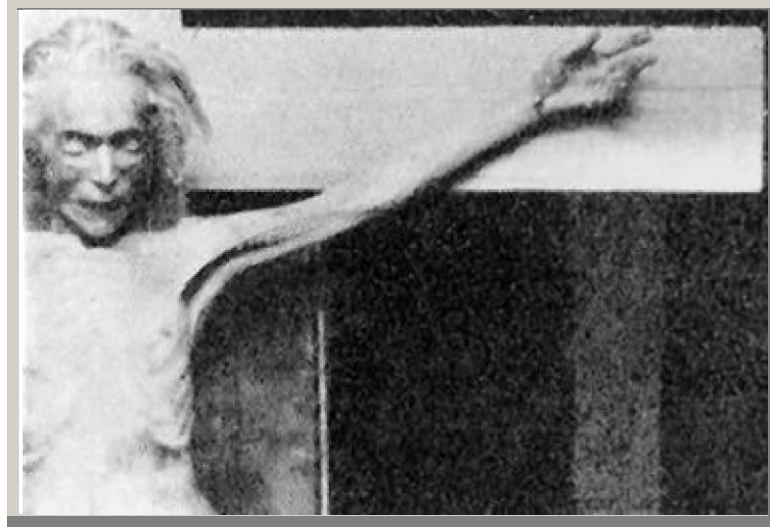


Lamentablemente, **esto no puede ser cierto** porque estos cuatro huesos están situados sobre el dedo meñique ( ) lado cubital de la muñeca, no en el pulgar ( ) del lado radial de la muñeca, como se muestra en la cubierta! **Mira la mano herida IMAGEN SOBRE LA CUBIERTA PARA CONFIRMAR ESTA!**(Fig. 1) *nota que la mano herida la imagen de la Sábana Santa es hecho en el radial (pulgara) lado de la muñeca.*

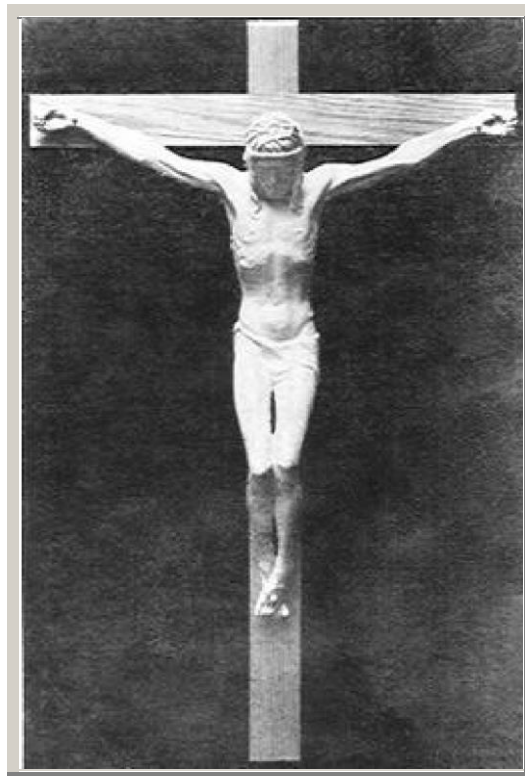


**Podría BARBET han cometido un error en el nombramiento de los HUESOS DE LA MUÑECA?**

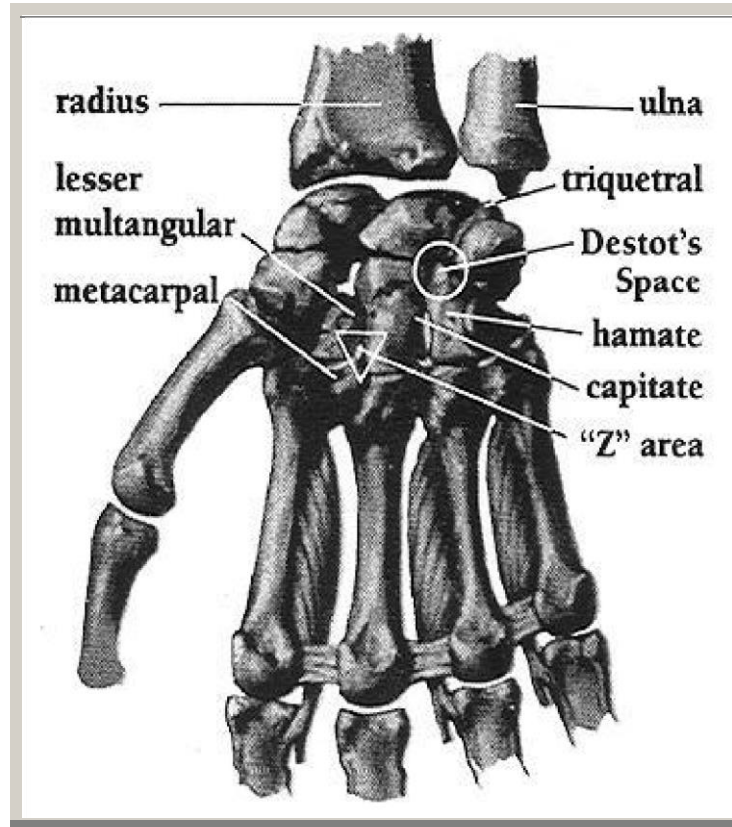
La respuesta es **NO!** A causa de lo siguiente: **en primer lugar, Barbet del 1937** libro,<sup>1</sup> el diagrama **del espacio de DESTOT (Fig.2)** sin duda muestra este espacio en el  **cubital**  (meñique) de la muñeca y **no** en el  **radial**  (pulgares) lado de la muñeca donde la herida es representado en la imagen de la Sábana Santa. Esto es confirmado en cualquier libro de texto de anatomía.



*En segundo lugar*, en el mismo libro hay una fotografía de un cadáver que Barbet clavado en la cruz, que también muestra que las uñas son realmente clavado a través del pequeño dedo ( ) lado cubital de la muñeca y no en el pulgar ( ) lado radial (**Fig. 3**).



*En tercer lugar*, Barbet pidió que Villandre, el maestro escultor, realizar un crucifijo de acuerdo a la "información precisa" él le había dado. Esto se logró a Barbet la satisfacción total. <sup>1,2</sup> otra vez nota que el clavo es pequeño dedo en el lado de la muñeca (**Fig.4**).



**BARBET continuó su confusión e hizo otro**

**Grave ERROR anatómicas.** Dijo que cuando pilotó el clavo A través del espacio Destot, dondequiera a partir de 1/2 a 2/3 del tronco del nervio mediano se deshizo. Esto *no es* anatómicamente posible debido a que el nervio mediano no está presente en el área **del espacio de Destot** sino que se extiende a lo largo de la muñeca en el pulgar ( ) del lado radial de la muñeca y a lo largo del surco de Teno en la palma de la mano. Una manera fácil de localizar el nervio mediano en su propia muñeca es doblar la muñeca hacia adelante. Usted verá un firme, cuerda-como la estructura que sobresale hacia afuera. Este es el palmaris longus tendón que nos dice que el nervio mediano discurre por el lado del pulgar de este tendón. *Obviamente, Barbet estaba dañando el nervio cubital que se ejecuta en la zona de Destot su espacio.*

**Entonces ¿dónde la herida tiene que ser hecho para ser**

**En consonancia con la Sábana Santa?** Antes de contestar esta pregunta, **recuerde-** la mano herida imagen se encuentra en el dorso de la mano y sólo muestra la **salida** de la uña no su **entrada**. **Nosotros NO**

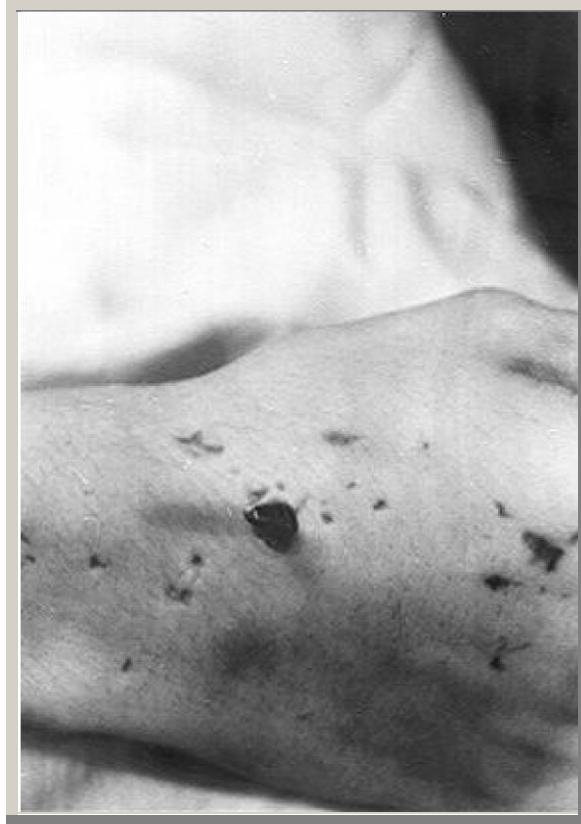
**Concretamente, SABER DONDE LA UÑA entró!**



*Primero* de todos, no puede ser espacio de Destot porque está en el lado equivocado de la muñeca y,

*En segundo lugar*, no puede ser el centro de la palma porque no podría salir en el sitio de la herida imagen donde la cubierta muestra que tampoco puede apoyar el peso del cuerpo como determinada por Barbet de experimentos, y por cálculos matemáticos.

*En tercer lugar*, no puede ser el espacio entre el radio y el cúbito porque no les salga en la cubierta lo muestra.



**Esto deja sólo dos posibilidades:**

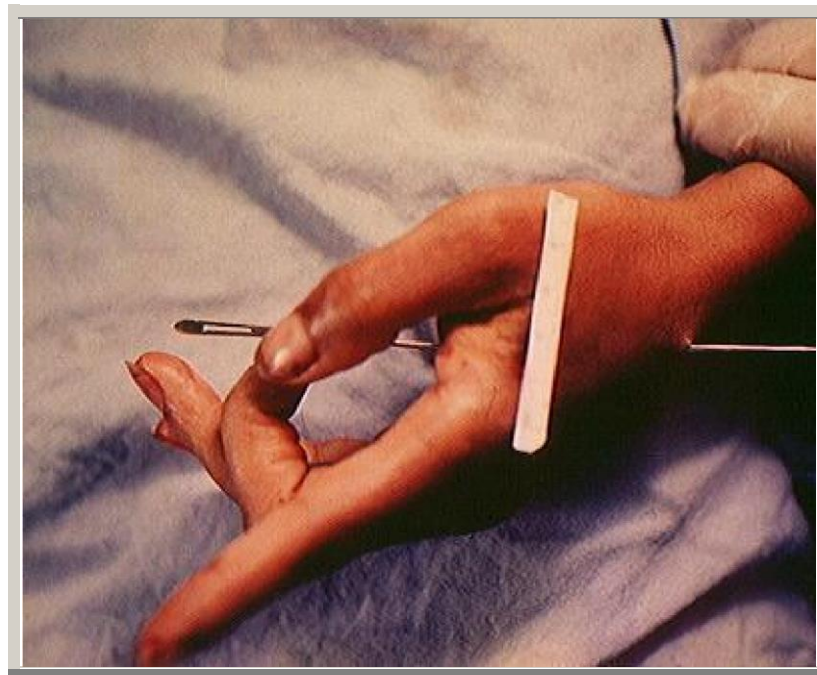
**Uno:** El pulgar (radial) del lado de la muñeca, es decir, la zona de la muñeca opuesta **del** área Destot. La uña puede pasar a través de la radial (pulgares) lado de la muñeca a través de un espacio creado por otros cuatro huesos del carpo; los **naviculares**,

**Lunar, MAYOR MULTANGULAR CAPITADAS** y huesos, emergentes Cuando la Sábana Santa representa. Esta es un área muy fuerte y el tronco del nervio mediano tendría mayor probabilidad de ser dañados por este camino.

**Dos:** la parte superior de la palma de la mano ... **No POR EL CENTRO DE LA PALMA**. Esta área es tan robusto como espacio de Destot o el área radial indicados anteriormente y van a surgir en el sitio representado en la cubierta. Esta área se encuentra como sigue; toque el pulgar a la punta del dedo meñique. Un surco profundo llamado teno surco es visto en la base de la prominencia voluminosos que se extiende desde la base del pulgar. Esta área fue señalado por Monseñor Alfonso Paleotto, Arzobispo de Bolonia, que acompañaron a San Carlos Borromeo a Turín en 1598. Puede ser de interés que Él postuló que la uña

se hayan introducido en la parte superior de la palma oblicuamente, y apuntando hacia el brazo, no habría surgido si la Sábana Santa representa. Es de interés que Barbet criticó severamente la hipótesis Paleotto como "anatómicamente imposible." Monseñor Paleotto era realmente correcta. Si una uña se conduce hacia el surco, a pocos centímetros de donde empieza el surco en la muñeca, con la punta de la uña en ángulo de 10 a 15 grados hacia la muñeca y ligeramente hacia el pulgar, hay un

La inclinación natural de la uña para un área creada por el hueso metacarpiano del dedo índice y la *menor MULTANGULAR CAPITADAS* y los huesos de la muñeca que hemos acuñado el término "Z" zona (**Fig. 5**). He demostrado esta ruta a lo largo de cuarenta y cuatro años en el laboratorio de disección de anatomía humana (**Fig. 6,7**). El año pasado, un sorprendente evento unrehearsed de monumental importancia tuvo lugar en la oficina del examinador médico que confirma la existencia de este camino. Una joven ha sido brutalmente apuñalado por todo su cuerpo. He encontrado una defensa herida en su mano donde había levantado su mano en un intento de proteger su cara de la feroz embestida. El examen de esta herida en su mano reveló que fue apuñalada en la teno surco en la palma de la mano; el cuchillo había pasado a través de la "Z" y el punto salió por la parte posterior de la muñeca *exactamente donde se visualiza en la funda* (**Fig. 8**). Los rayos X de la zona no mostró evidencia de huesos rotos!





Aunque el lado radial de la muñeca no puede ser excluido como una posible vía, la parte superior de la palma es la ubicación más plausible, por las siguientes razones:

1. La región de Palm es la ubicación la mayoría de los cristianos a través de los siglos, percibe la herida.
2. La ruta a través de la parte superior de Palm es muy fuerte y anatómicamente el sonido.
3. El camino termina exactamente donde la cubierta muestra la imagen de la herida.
4. En la antigua literatura, Lipsius y otros autores, pintores y escultores relacionados y mostraba las manos que habían atravesado en la crucifixión.
5. En quinto lugar, se asegura que no haya huesos rotos de acuerdo con Éxodo 12:46 y Números 9:12.
6. En sexto lugar, se explica la aparente alargamiento de los dedos de la Sábana Santa de Turín a causa de la compresión de uñas en esta área.
7. Por último, es donde la mayoría de los stigmatists( antes del Dr. Barbet' s book ) como san Francisco de Asís, el Padre Pío, Teresa de Konnersruth, Santa Catalina de Siena, santa Catalina de Ricci, Louise Lateau, etc., han mostrado sus heridas a lo largo de los siglos.

## **Dos hipótesis**

Falta el pulgar sobre la cubierta fue debido a una lesión al nervio mediano por el pasaje de la uña. Barbet indicó que cada vez que el clavo fue impulsada a través del espacio Destot, el nervio mediano se separó bien hasta la mitad o dos tercios del camino, causando el pulgar para ser dibujado en la palma de la mano. Esto, naturalmente, es insostenible porque, como hemos demostrado anteriormente, el nervio mediano no pasa a través del espacio Destot sino que corre a lo largo del lado opuesto (lado) o radial del pulgar de la muñeca. Incluso si el nervio mediano fue herido, provocando, estimulación mecánica como Barbet reclamados, esto todavía no causa el pulgar para ser dibujado en la palma de la mano. El Dr. Ernest Lampe, uno de los cirujanos de mano líder del mundo que en la discusión de las lesiones del nervio mediano, relata en su libro, *la anatomía quirúrgica de la mano*, que en la ruptura del **nervio mediano..... "existe incapacidad de flexionar el pulgar y los dedos índice y medio"**. Esto me lo confirmó por varios cirujanos de reconstrucción de mano.

## **Entonces, qué explicaría la falta pulgares?**

Sin embargo, hay una muy sencilla explicación de por qué los pulgares no son visibles en la cubierta. Los pulgares están desaparecidos desde el carenado imagen porque su posición natural tanto en la muerte y en la vida de la persona está en el frente y ligeramente hacia el lado del dedo índice. Por lo tanto, sería prácticamente imposible tener impresiones de los pulgares porque la funda no

estaría en contacto con ellos. Puede demostrar esta colocando los brazos y las manos a los costados y observando que normalmente residen los pulgares en la parte frontal del dedo índice. Cada día los individuos fallecidos son llevados a la Oficina de Examinadores Médicos, muchos de los cuales se transfieren a nuestra oficina desde los hospitales locales. Estas suelen llegar con sus muñecas cruzadas y atadas. En cada caso, los pulgares están ocultos en una posición en la parte delantera y ligeramente al lado del dedo índice.

### **Tres hipótesis**

El hombre de la Sábana Santa murieron de asfixia. La asfixia es un estado fisiológico y químico que resulta de la incapacidad de un organismo vivo para obtener suficiente oxígeno para el metabolismo de las células y a eliminar el exceso de dióxido de carbono. Normalmente, un lapso de seis a diez minutos de completo obstrucción respiratoria provoca daños irreversibles en el cerebro y posiblemente la muerte. *La asfixia o ahogo* fue la primera teoría propugnada por LeBec en 1925<sup>5,6</sup> y Hynek en 1936.<sup>7,8</sup> fue, sin embargo, Barbet quien refinó y dio su mayor impulso cuando dijo que tres tipos de evidencia, *a priori*, apoya su hipótesis:

La primera prueba fue el patrón de bifurcación correspondiente a la imagen de la herida en el dorso de la mano. Esto fue interpretado por Barbet que representan dos posiciones asumidas por Jesús en la cruz a fin de expirar (respire hacia afuera). Él postuló que Jesús fue incapaz de caducar en la posición inferior y tuvo que empujar hacia arriba con sus pies para expulsar el aire de sus pulmones. La interpretación de la bifurcación patrón es completamente absurdo porque *este patrón* se encuentra en el dorso de la mano y no en la parte delantera. ¿Por qué ese asunto? Muy simplemente, el dorso de la mano se presiona contra el patibulum crucis por los clavos. Cómo en el mundo puede obtener una perfecta doble flujo de sangre? El corazón está latiendo y está constantemente la extrusión de sangre a través de la herida y le aseguro al lector que la mano está muy dotada de vasos sanguíneos en vastas redes de alimentación constante de los principales vasos sanguíneos en ambos lados de la mano. Esto crearía una gran mancha de sangre con sangre por toda la mano, la muñeca y el brazo. Esto es apoyado por el British Home Office patólogo James Cameron, un patólogo forense, quien indicó que un clavo atravesando la zona del nervio mediano tendría mayor probabilidad de golpear una arteria principal. Cada movimiento en la cruz se traduciría en episodios de supuración y durante varias horas, se produciría una importante colección de sangre. Otro punto importante que milita contra las dos posiciones causando un "doble flujo de sangre" es el hecho de que la muñeca no cambia su ángulo incluso si la víctima tenía que elevarse para poder respirar. *La razón-los brazos por los codos y no en las muñecas.* Confirmamos esta suspensión durante nuestros experimentos descritos a continuación. Una consideración adicional se deriva del insoportable dolor que sería experimentado si el *cruciaris* intentó plantear a sí mismo poniendo una cantidad de presión igual al peso del cuerpo contra las uñas.

Barbet la segunda derivada de la evidencia o *skelokopia crucifragium* (ruptura) de las piernas de los dos ladrones (no Jesús), postulada por Barbet como prevenir el *cruciaris* de plantear a sí mismo para poder respirar. Las reconstrucciones de las posiciones sobre la cruz por ambas Haas y Sekeles Zias 9 y<sup>10</sup> de la GIV' en hectáreas Mivtar excavación del Crucificado 7 A.D. Judío, sin embargo, presentan evidencia de que las piernas no estaban rotas para impedir que el individuo pueda levantar a sí mismo a respirar porque el cuerpo ya estaba en una posición elevada, máxima. Sekeles Zias y, sin embargo, sostienen que Haas" interpretación que la fractura de tibia y peroné huesos fueron debido a *crurifragium* es incorrecto porque los saltos se encuentran en diferentes ángulos y debe haber ocurrido después de la muerte. Esta interpretación no parece ser correcto desde un punto de vista forense, porque puede haber más de un golpe en diferentes ángulos. El ritual de *crurifragium* (*skelokopia*) se realiza generalmente en un momento en que la víctima estuvo cerca de la muerte. Esto sería el *golpe de gracia* golpe que aceleraría la muerte por causa graves choques traumáticos en una persona cerca de la muerte y, en algunos casos, embolismo graso podrían ocurrir. Algunos autores han indicado que *crurifragium* se hizo para evitar que la víctima del rastreo de distancia tras la retirada de la cruz para que los animales salvajes podría devoran a sus víctimas y fosas et al<sup>11</sup> y Séneca<sup>12</sup> indicaron *crurifragium* también fue utilizado como forma de castigo. Barbet del tercer y último argumento interesadas las conclusiones de los informes de campo de concentración de Dachau, donde las víctimas fueron suspendidas por sus muñecas directamente por encima de sus cabezas que les obliguen a alzarse con sus manos para caducar. *Aplicando estas observaciones a la teoría de la asfixia es como comparar manzanas con naranjas.* He aquí por qué! Cuando las manos y los brazos levantados por encima de la cabeza para sostener el peso del cuerpo, es una situación totalmente diferente a la de una persona suspende a un ángulo de 60-70 grados con el stipes (vertical). Si Jesús fue suspendido con sus manos directamente encima de su cabeza, entonces no podría ser incluso la dificultad para respirar, pero *no si la víctima está suspendido con sus brazos extendidos aparte para crear un ángulo de 65 a 70 grados.* Incluso Barbet concluye que Jesús fue suspendido en un ángulo de aproximadamente 70 grados. Esto también se confirma en la foto del cadáver ha suspendido en su libro Le cinq plaît du Cristo y sobre el crucifijo esculpidos por Villandre<sup>1,2</sup> según las especificaciones dadas por Barbet. Los resultados de los experimentos de Moedder son frecuentemente utilizadas para apoyar la hipótesis de la asfixia, sino que los estudiantes suspendidos por las muñecas con las manos por encima de sus cabezas y con las manos al menos 40 pulgadas horizontal de la libertad bajo fianza. *Puede ser de interés señalar que el Dr. P.J. Smith discrepó con Barbet la asfixia la teoría en el apéndice 2 de Barbet del propio libro<sup>2</sup>.*

### **Los experimentos para probar la validez de la teoría de la asfixia.**

Los siguientes experimentos fueron diseñados con miras a determinar si la teoría de la asfixia es sostenible o no.



### **Experimento uno**

Un muy robusto cross fue construido para mí por el difunto Padre Weyland, S.V.D. con el stipes mide 92" de alto y el patibulum mide 3" de ancho y la base fijada con ángulo de hierro reforzado. Una serie de orificios numerados se perforaron a través de cada brazo del patibulum para permitir diferentes longitudes de brazos. Esto era necesario porque cuanto más larga sea la longitud del brazo de la cercana a la vertical del individuo se colgará si un solo agujero fue proporcionada para todas las longitudes de brazos. Cada agujero se perforó un poco en dirección descendente desde delante hacia atrás, de modo que los tornillos pueden ser insertados desde atrás hacia delante en dirección ascendente para evitar el deslizamiento por unos guanteletes de cuero especial utilizado para fijar las manos al patibulum sin restringir las muñecas y comprometer el suministro de sangre. Se proporcionó un orificio en cada guante, a nivel de la base de los dedos del medio, por lo que puede ser colocado en el perno que corresponde a la longitud del brazo del voluntario. Derechos voluntarios entre las edades de 20 y 35 años recibieron un examen físico y se obtuvieron valores de

descanso que incluía, un electrocardiograma de 12 derivaciones, la frecuencia del pulso, la presión arterial, exámenes de auscultación, la capacidad vital y valores de oximetría del oído, la gasometría arterial y las químicas sanguíneas venosa. Un gauntlet fue firmemente atados en cada mano y monitoreo cardíaco se colocaron electrodos en el pecho y conectado a un aparato de pruebas de estrés (**Fig.9**) que supervisan los patrones eléctricos del corazón, supervisó la frecuencia cardíaca con lecturas digitales, y siempre tiras de electrocardiograma, automáticamente cada minuto. Un manguito de presión sanguínea con transductores dobles fue colocado en el brazo y conectado a una unidad electrónica de la presión arterial Infrasonde (**Fig. 9**) y un oído del agua Oxímetro de sonda estuvo conectado a una oreja y conectada a un instrumento que registra la concentración de oxígeno de la sangre en todo momento. Cada voluntario fue instruido para informarnos de cualquier dificultad respiratoria, dolores de cualquier tipo, calambres musculares, o cualquier otro tipo de problemas. *También se les pidió que no intente levantar el cuerpo en cualquier momento estirando sus piernas.* Cada voluntario subido en un taburete, coloca sus brazos extendidos a lo largo del patibulum para alinear los orificios de los guanteletes con los orificios respectivos en el patibulum correspondiente a la longitud del brazo y tornillos insertados en los orificios apropiados a través de la parte posterior del patibulum luego a través de los orificios de los guanteletes. Las heces se retira cuidadosamente permitiendo a los voluntarios para ser totalmente suspendido (**Fig. 9**). Una modificación del cinturón de seguridad se utiliza para proteger los pies a ras de la vertical de la cruz. Una emergencia crash cart con un desfibrilador cardíaco, medicamentos y equipo de intubación estaba a mano para proveer a la seguridad de los pacientes. Los individuos fueron destacados a la derecha y a la izquierda de los voluntarios en caso de una emergencia. Durante el período de suspensión, la siguiente información fue acumulado y tabulados: Inspección visual fue hecha para los espasmos musculares, pecho excursiones, color, sudoración, etc., y la información subjetiva incluyendo dolor, problemas respiratorios, etc. sentimientos psicológicos también fueron registradas. Una evaluación de corazón-pulmón, incluido el examen del corazón y los pulmones con un estetoscopio, periódico de los gases arteriales, oído las lecturas de oxímetro, capacidad vital, electrocardiogramas de candidatos específicos, las presiones arteriales, periódico de química sanguínea incluyendo una rutina de detección química, pantalla con isoenzimas CPK, ácido láctico, etc. Douglas colecciones de la bolsa de aire inspirado y expirado fueron tomadas a diferentes intervalos.

## **Experimento 2**

Un experimento fue realizado en varios de los voluntarios que fueron solicitados a comprometerse con sus pies como se indica en el Barbet la asfixia teoría, para observar el ángulo de la muñeca en ambas posiciones.

### **Experimento tres**

Diez voluntarios con ángulos de sus brazos con el montante de entre 60 a 65 grados fueron estudiadas por los procedimientos anteriores pero sin atarse los pies de la cruz con el cinturón de dispositivo para determinar si los pies apoyo tuvo algún efecto sobre la respiración.

### **Resultados**

1. Los voluntarios fueron suspendidos por períodos que van de 5 a 45 minutos determine cuándo querían venir abajo. Las principales razones para esta decisión fue casi siempre debido al dolor o calambre en los hombros, brazos y manos.
2. El ángulo de los brazos con el montante variaba entre individuos con una amplia gama de 60 a 70 grados.
3. No hubo evidencia visual de dificultades respiratorias durante la suspensión.
4. Subjetivamente, cada voluntario afirmó que no había absolutamente ninguna dificultad para respirar durante la inspiración o espiración. Una queja común fue una sensación de rigidez torácica y calambres en las piernas de entre 10 y 20 minutos en suspensión. Cuando esto ocurrió, se les permitió enderezar sus piernas o venir abajo.
5. El contenido de oxígeno de la sangre aumentó o se mantuvo constante. Ambas observaciones visuales y Douglas bolsa estudios determinaron que este sea el resultado de hyperventilation con respiración abdominal inicio después de 4 minutos a una velocidad de unos 4-5 veces lo normal.
6. Sudoración varían en cantidad de leve a marcada ocurrió a aproximadamente 6 minutos en la mayoría de los voluntarios.
7. La frecuencia cardíaca aumentó hasta 120 pero no hubo arritmias. Ocasionalmente se rápidas tasas tan altas como 175 pero esto pasó después de que el voluntario superé la ansiedad inicial. El aumento de la presión sanguínea en diversos grados, pero nunca por encima de 160 mm, sistólica en todo el mundo, dependiendo de su estado de acondicionamiento. El electrocardiograma sólo mostraba los temblores musculares y sin anomalías cardíacas.
8. Las espaldas de los voluntarios nunca tocó la cruz, excepto en la región del hombro donde fue leve. Dolor en el hombro causado a muchos de ellos a arch sus cuerpos hacia atrás de modo que la parte superior de la cabeza tocó el stipes y así aliviar algo del dolor .
9. Ninguno de los voluntarios de las Naciones Unidas intentó empujar hacia arriba para facilitar la respiración como se alega por Tribbe y otros, salvo cuando se les pida que lo hagan.
10. En ningún momento las muñecas cambia su ángulo cuando los voluntarios fueron solicitados para empujar a sí mismos en lugar de los brazos por los codos flexionados naturalmente.

11. Los voluntarios que fueron suspendidos sin proteger sus pies no tenía dificultad para respirar y brindó idénticos valores clínicos como aquellos que tenían sus pies asegurados. La única diferencia fue que algunos tenían dificultades para conseguir el alivio del dolor de hombro debido a la dificultad de arquear la espalda como fue hecho por quienes habían asegurado sus pies. Como resultado de sus tiempos de suspensión varía de 8 a 18 minutos.

### **Causa de muerte:**

A fin de llegar a la causa más probable de la muerte, es esencial examinar la secuencia de todos los eventos de Getsemaní por el Calvario; la angustia mental severa exhibidos en el Jardín de Getsemaní provocaría una pérdida en el volumen de sangre tanto en el caso de sudoración y hematódrosis y provocar una marcada debilidad. La bárbara flagelación que utilizó un flagrum compuesto de colas de cuero que contienen metales de pesas o hueso en la punta podría causar la penetración de la piel con un trauma a los nervios, los músculos y la piel reduciendo la víctima al agotamiento, condiciones lamentables con escalofríos, sudoración severa, frecuente muestra de decomisos, y un anhelo por el agua. Los resultados podrían causar un grado de lesiones traumáticas (golpes) y la hipovolemia (pérdida de líquido), la última resultante de la transpiración y la etapa temprana de la acumulación de líquido alrededor de los pulmones (derrame pleural) de los efectos de la flagelación. La experimentación animal por Daniels y Cate<sup>13</sup> mostró que los golpes en el pecho en animales provocó la rotura de los espacios de aire del pulmón (alvéolos) y espasmos de los tubos de aire (bronquios). Además, el término "pulmón húmedo traumático" se refiere a la acumulación de sangre, líquido y mucosidad de traumas graves (lesiones) en el pecho. La conclusión del choque traumático de flagelación, también fue realizada por ambos Tenney<sup>14</sup> y Primrose.<sup>15</sup> La irritación de los nervios occipital mayor y trigémino del cuero cabelludo por la PAC de las espinas de la planta, la espina de Cristo sirio *Ziziphus spina christi*, especialmente después de que fue golpeado varias veces con juncos contribuiría también a choques traumáticos. Los baches, camino cuesta arriba hasta el Gólgota en el sol caliente, con la cruceta en el hombro por un tiempo, con la caída de algunos de los momentos y golpeado otras veces también se sumó a la hipovolemia y choque traumático.

La progresión del derrame pleural llevaría a aumentar la hipovolemia. La gran plaza clavos de hierro impulsada a través de ambas manos en la cruz podría dañar las ramas sensoriales del nervio mediano resultando en uno de los más exquisitos dolores jamás experimentada por la gente y conocido médicamente como causalgia. Las uñas a través de los pies que también provocan un gran dolor. Ambos generarían otros choques traumáticos y de hipovolemia. Las horas en la cruz, con la presión del peso del cuerpo en las uñas a través de las manos y de los pies podrían causar episodios de una terrible agonía cada vez que el *cruciaris* movido. Estos episodios, y el incesante dolor de la pared torácica de la flagelación contribuiría en gran medida a empeorar el estado de choque

traumático y la excesiva sudoración inducida por el trauma constante y por el calor del sol, podría causar un aumento en el grado de shock hipovolémico.

Los eventos fisiopatológicos que ocurren como resultado de estos acontecimientos que condujeron a la muerte son los de trauma (lesión) y hipovolémico (bajo volumen de sangre y líquido) shock. Choque, independientemente de su causa se define " ... como una constelación de síndromes caracterizados todos por perfusión baja e insuficiencia circulatoria, lo que provoca un desequilibrio entre las necesidades metabólicas de los órganos vitales y el flujo de sangre disponibles.<sup>16</sup> Es ".. un estado de inadecuada perfusión de todas las células y tejidos, que en un primer momento conduce a lesión hipóxica reversible, pero si lo suficientemente prolongada o grave, lesión de órgano y celular irreversible y a veces hasta la muerte del paciente.<sup>17</sup> Este presenta una matriz muy compleja de factores de iniciación, compensatorio y reacciones diversas interrelaciones demasiado complejo para incluir aquí. Para una discusión en profundidad de los mecanismos de choque invocarse durante la crucifixión desde el inicio hasta la muerte, favor de referirse a mi artículo, "muerte por crucifixión." <sup>18</sup>

#### **Conclusiones:**

- 1. Espacio de Destot no se ajusta a la imagen de la mano sobre la Sábana Santa de Turín. La mano herida, la imagen de la sábana es en el radial (pulgar) lado de la muñeca del espacio Destot mientras está en el cubital (meñique) de la muñeca.**
- 2. Además, el tronco del nervio mediano no podía separarse si una uña pasa a través del espacio Destot porque el nervio mediano no está presente en el área del espacio de Destot sino que corre a lo largo del lado opuesto (radial) de la muñeca en el teno surco en la palma.**
- 3. El Sudario de Turín muestra sólo el sitio de la uña es salir y no donde el clavo introducido. Sólo hay dos posibilidades en cuanto a donde el clavo introducido: Por el lado radial de la muñeca o a través de la parte superior de la palma en ángulo hacia la muñeca.**
- 4. La mayoría plausible región para las uñas sitio entrada en el caso de Jesús es la parte superior de la palma desde esta zona fácilmente puede soportar el peso del cuerpo, asegura que no haya huesos rotos, marca el lugar donde la mayoría de la gente cree que las cuentas de donde la mayoría de los stigmatists han mostrado sus heridas y es donde los artistas a través de los siglos han designado y finalmente se explica la aparente alargamiento de los dedos de la mano, debido a la compresión de la uña.**
- 5. Falta el pulgar sobre la cubierta de la imagen no era debido a una lesión al nervio mediano por el pasaje de la uña. Lesión del nervio mediano no causaría la flexión permanente (flexión del pulgar en la**



- palma). Además, el nervio mediano no está situado en la zona de Destot espacio donde Barbet condujo su uñas.
6. Los pulgares están desaparecidos desde el carenado imagen porque la posición natural tanto en la muerte y en la vida de la persona está en frente y ligeramente hacia el lado del dedo índice.
  7. La asfixia teoría es completamente insostenible.
  8. La causa de la muerte en la crucifixión es una consecuencia del choque.

## Referencias

1. P. BARBET, *Les Cinq Plaies du Christ*, 2ª ed. Paris: Adquirir du Carmel de l'Acción de Gracias de 1937.
2. P. BARBET, *un Doctor en el Calvario*, Nueva York: P.J. Kennedy & Sons 1955; Imagen Books, 1963.
3. A. PALEOTTO, *Esplicatione del Sacro Lenzuolo Ove Fu Involto il Signore*, Bolonia, 1599.
4. E. W. Lampe, *la anatomía quirúrgica de la mano con especial referencia a las infecciones y los traumatismos*, Ciba Clin. Los simposios 9:3-46, 1957.
5. A. LEBEC, *un estudio fisiológico de la Pasión de Nuestro Señor Jesucristo-*, el tutor Médica Católica, 1925.
6. A. LEBEC, *Le Supplice de la Croix, l'Evangile dans la vie*, abril de 1925.
7. R.W. HYNEK, la *Ciencia y la Sábana Santa*, Chicago: Prensa Benedictina, 1936.
8. R. W. HYNEK, *LeMartire du Christ*, 1937.
9. N. HAAS, *antropológico, observaciones sobre los restos óseos de Givat ha Mivtar en descubrimientos y estudios de Jerusalén* 1970 *Israel Exploration J.*20:38-59, 1970.
10. J. ZIAS y E. SEKELES, *El Hombre crucificado de Giv'at ha-Mivtar*, *Israel Explor. J.* 35: 22-27, 1985.
11. R. Tumbas y J. PODRO, *Nazareno Evangelio Restaurado*, Nueva York, Doubleday.
12. Séneca, Ad Lucilius Epistulae morales. Epístola CL.
13. R. A. JR. DANIELS y W. R. JR. CATE, *Wet Lung-An Estudio experimental*, *Ann. Surg.* 172:836,1948.
14. S. M.TENNEY, *a muerte por crucifixión*, *Amer. Corazón J.* 68:286287,1964.
15. W.B. PRIMROSE, *un cirujano examina la crucifixión*, *La Hibbert J.* 47:382-388, 1949.
16. S. L. petirrojos y R. S. COTRAN, *base patológica de la enfermedad*, 2ª edición. W.B. Saunders & Co. Phil. 1979, pág. 112.
17. S. L. ROBINS, R. S. COTRAN y V. Kumar, *base patológica de la enfermedad*, 3ª edición. W B. Saunders & Co. Phil. 1984, pág. 138.

18. F. T. ZUGIBE, muerte por crucifixión, Can. Soc. Para. Sci. J. 17:1-13, 1983.