

## Consideraciones acerca de la autopsia del General Lavalleja

Dr. Eduardo Wilson

*Se analiza el informe autopsico del Gral. Juan Antonio Lavalleja y en base a conocimientos médicos adquiridos con posterioridad a la fecha de su muerte.*

*Se propone la tesis que Lavalleja era portador de un hematoma subdural crónico, probablemente bilateral. Este hematoma no actuó como causa de muerte, que seguramente se debió a una afección cardíaca aguda.*

*Se discute la posibilidad de que el hematoma pudiera haber determinado algunos síntomas o signos de la última etapa de su vida, desechándose la posibilidad de que entre esos síntomas estuviera el deterioro intelectual.*

**Palabras clave:**  
Autopsia—historia

**Dr. Eduardo Wilson**  
Profesor Agregado Neurocirugía.  
Facultad de Medicina

El 25 de setiembre de 1853, una asamblea de ciudadanos convocada por el Ministro de Guerra, Cnel. Venancio Flores, realizada en el Fuerte o Casa de Gobierno, decidió la formación de un Gobierno Provisorio para sustituir al Presidente Juan Francisco Giró. Este gobierno provisorio, nuestro primer gobierno colegiado, conocido con el nombre de Triunvirato, quedó integrado por los Brigadieres Generales Juan Antonio Lavalleja y Fructuoso Rivera y por el Coronel Venancio Flores. Lavalleja y Flores asumieron de inmediato sus cargos, pero al día siguiente el segundo fue nombrado Comandante General de Campaña, por lo que abandonó la capital, siendo nombrado en su lugar Don Antonio Zubillaga. Rivera nunca asumió su cargo, ya que recién a comienzos del año siguiente su salud le permitió iniciar el regreso a su patria desde Brasil, aunque sólo para morir en el camino, en las cercanías de Melo, el 13 de enero de 1854.

Este Gobierno Provisorio, de tan inconsistente integración, nombró como ministros a Juan Carlos Gómez, Lorenzo Batlle y Santiago Sayago, y como Jefe del Estado Mayor del Ejército al Gral. Melchor Pacheco y Obes, principal promotor del cambio de gobierno y, junto con los ministros, principal gestor de las decisiones del Triunvirato.

El 21 de octubre por la noche regresó Flores de su gira por el interior del país. Al día siguiente concurrió al Fuerte

para concretar su reintegro al gobierno y el cese de Zubillaga. A las 15 y 30 estaban en el Fuerte Lavalleja, Flores, Zubillaga, los ministros y varios funcionarios. A esa hora falleció el Gral. Lavalleja. Los Dres. Luis Michaelson y Enrique Muñoz llegaron a tiempo para asistirle, pero sólo pudieron realizar una sangría antes del fallecimiento.

Son distintas las versiones sobre los últimos minutos de Lavalleja. Al día siguiente publicó el Comercio del Plata: «Ayer a las 4 de la tarde ha perdido la República a uno de sus hijos más ilustres, el Sr. Brigadier General Don Juan Antonio Lavalleja. Ocupado en poner su firma en varias resoluciones gubernativas, se siente sobrecogido de un malestar repentino que le embarga la mano en que tenía la pluma; la deja, se pone en pie, y después de dar unos pasos, vacila y va a caer, cuando es entonces sostenido por los demás señores que se hallaban presentes y conducido a un sofá; ya lo depositaban cadáver: un ataque de apoplejía fulminante habíale hecho pasar a mejor vida, y fueron inútiles los socorros que inmediatamente le prestó la ciencia». Más adelante, agrega: «Los profesores que acudieron a prestar socorros al Sr. Gral. Lavalleja fueron los doctores Michaelson y Muñoz. Hallábanse con aquél en el momento de su ataque, el Sr. Coronel Flores y el Sr. Zubillaga, miembros del gobierno provisorio y también los tres señores ministros, como que era esa la hora del acuerdo. Acudió a la noticia del suceso el General Pacheco, el Coronel Muñoz y otras personas; y cuando fue el General conducido a su casa, llevábanle en brazos los señores antes mencionados» (1). Por su parte, en la misma fecha, El Orden dice: «La patria ha tenido ayer un día de luto. Ha fallecido repentinamente el patriarca de su independencia, el ilustre jefe de los Treinta y Tres. Se hallaba conversando con sus amigos, cuando

**Correspondencia:**  
Dr. Eduardo Wilson  
Departamento de Neurocirugía  
Hospital de Clínicas  
Av. Italia s/n. Montevideo — Uruguay

le trajeron una orden para firmar, y tomando la pluma sintió paralizada la mano, inmediatamente el brazo, se quejó de sentirse mal, se le reclinó en un sillón, luego en un sofá y aunque los facultativos acudieron sin tardanza, en vano fueron sus esfuerzos por conservarlo a la vida» (2). Ambos artículos fueron escritos antes de conocerse el resultado de la autopsia. Pocos días después Melchor Pacheco, en la carta en la que anuncia a Rivera la muerte de su compadre, expresa: «El 22 hemos tenido la desgracia de perder al Gral. Lavalleja, que sucumbió instantáneamente a un ataque de apoplejía fulminante. Estaba firmando una resolución cuando dijo que sintió algo en el brazo. Acabado de firmar se movió hacia la sala grande del Fuerte, se tiró en una silla y al instante perdió el conocimiento, siendo inútiles todos los auxilios porque en cinco cuartos de hora había rendido el alma» (3). Bonavita refiere que Mariano Ferreira, entonces un joven funcionario, vio a Lavalleja llevarse la mano al pecho (4, 5). No es esto, sin embargo, lo que surge del testimonio del propio Mariano Ferreira en sus Memorias, donde dice: «Era yo entonces auxiliar del Ministerio de Hacienda, y serían las 4 PM aproximadamente, cuando me trasladé al despacho del Presidente, con la orden de recoger la firma de éste, en los asuntos del Ministerio de los cuales era portador. Estaba Lavalleja sentado delante de un bufete, dando la espalda a las ventanas que miraban a la calle Washington, teniendo a su lado de pie al Ministro de Gobierno Don Juan Carlos Gómez, con quien conversaba. Impuesto del objeto que me llevaba firmó el despacho y me retiré. Atravesaba yo el patio de la Casa de Gobierno en dirección a una oficina cuando sentí voces y pasos precipitados detrás de mí; retrocedí a informarme de lo ocurrido y supe entonces que el General Lavalleja había caído fulminado por un ataque apoplético... Fueron pues, las firmas que en ese acto recogí, las últimas del General Lavalleja» (6). Mañé Garzón, en su libro sobre Vilardebó, argumenta a favor de una muerte de causa cardíaca, agregando: «...hecho avalado por el dolor que causó en el tórax y miembro superior izquierdo», dato que probablemente obtuvo de Bonavita.

Analizando las coincidencias y discrepancias de estas versiones, se puede deducir con cierta seguridad que Lavalleja, estando trabajando y sin presentar prodromos, hizo un cuadro brusco que lo llevó en pocos minutos al coma y a la muerte, pasando por un breve período en que fue capaz de quejarse de «sentirse mal» y de un «malestar» o «parálisis» en el miembro superior derecho. No son seguras las referencias a dolor de pecho o del miembro superior izquierdo.

El mismo día, el Ministro de Gobierno, Don Juan Carlos Gómez, ordenó al Presidente de la Junta de Higiene Pública, Dr. Fermín Ferreira, que al día siguiente se practicara la autopsia al cadáver del Gral. Lavalleja «con presencia de todos los facultativos que sea posible».

Comentó el Comercio del Plata: «Tenemos entendido que el gobierno ha dispuesto se haga hoy la autopsia del cadáver del Sr. Brigadier General Lavalleja, para lo cual ha obtenido la aquiescencia de su desolada esposa. Es hoy una práctica generalmente seguida, cuando fallece repentinamente una persona de la posición de la que tenía el ilustre finado, la de proceder a la autopsia, para que sean evidentemente conocidas las causas de la

muerte» (1). A pesar de esta intención del cronista de restarle trascendencia, muy poderosas razones deben haber existido para este pedido de autopsia. No era, en realidad, una práctica frecuente. Entre figuras de relevancia política, sólo había 2 antecedentes en el país: la autopsia del Gral. Manuel Britos, solicitada por Oribe luego de la derrota de Palmar, que descartó la muerte violenta de quien había sido acusado por Ignacio Oribe de ser responsable de la derrota militar; y la del Gral. Eugenio Garzón, 2 años antes, cuyo corolario fuera la suspensión del Dr. Capdehourat como médico por 6 meses. Las razones para el pedido de autopsia son de imaginar. Lavalleja moría súbitamente al día siguiente del regreso de Flores, éste quedaba como único integrante del gobierno, a menos de un mes de instalado. Dice Bonavita: «En voz alta se lamenta la pérdida. Por lo bajo corre algo serio y secreto: sobre el mediodía tuvo lugar un gravísimo incidente entre los colegas de gobierno, tan grave que Flores, queriendo cortar, ha levantado el látigo sobre la cabeza del vencedor de Sarandí» (4, 5). Estas circunstancias impulsaron a Venancio Flores y Juan Carlos Gómez a solicitar la autopsia, para evitar agregar más problemas a los muchos que soportaba el país, enfrentando rumores circulantes o, en todo caso, prontos para circular.

Al día siguiente, a las 24 horas del deceso, se reunieron once médicos, la flor y nata de la medicina montevideana, presididos por Fermín Ferreira, y en la propia casa de Lavalleja, ante la presencia del escribano de gobierno y de varios militares de carrera, se procedió a realizar la autopsia. Por resolución de los facultativos presentes, se nombró a los Dres. Vilardebó, Vavasseur y Correa integrantes de la comisión encargada de practicar las maniobras autópsicas (8). Dice el informe de la autopsia:

«Invitados los inscriptos por el Superior Gobierno, el día 22 de octubre de 1853, a proceder a la inspección del Excmo. Señor General Don Juan Antonio Lavalleja, que había fallecido repentinamente en la casa del Gobierno, a las tres y media de la tarde del mismo día, se reunieron con este objeto, a las tres y media de la tarde del siguiente día, en la propia casa del finado, donde su cuerpo se hallaba depositado; y procediendo en el acto a su reconocimiento, verificaron los siguientes resultados:

### Hábito exterior del cuerpo

Decúbito dorsal, palidez del semblante, ojos entreabiertos, pupilas dilatadas, cuello corto, cuerpo obeso, vientre ligeramente meteorizado, rigidez cadavérica, livideces cadavéricas en las regiones posteriores y laterales de los tegumentos del cráneo, en la nuca, en toda la región dorsal, en la lumbar y las glúteas; una gran mancha violada de forma circular en el cutis que cubre la región anterior e inferior del cuello y la parte superior del pecho; en el brazo derecho se advierten las señales de una sangría practicada en la flexura del brazo.

### Examen de las cavidades

#### Cabeza

Al levantar la bóveda del cráneo, después de haber

practicado en él, horizontalmente, una sección circular, a corta distancia de la protuberancia occipital externa, salen como dos libras de una sangre fluida y negruzca contenida en la cavidad de la aracnoides cerebro-espinal, formada por sus dos láminas parietal y visceral. Procediendo enseguida al examen atento del origen de un derrame sanguíneo tan copioso, se convencieron los infrascriptos de que a más de lo que contribuyó a este derrame, la sección indispensable de la falcemesoria y por consiguiente la del seno longitudinal superior, formado por ella, debió su mayor ser ocasionado por una ruptura de forma elíptica que se advirtió en la parte correspondiente a la pared superior del seno lateral del lado derecho, formado por la tienda del cerebelo. Los bordes de esta abertura son desiguales, su mayor diámetro paralelo a la dirección del mismo seno, de tres a cuatro líneas, y su diámetro transversal como de dos líneas. La superficie de la aracnoides visceral presenta en varios puntos de la parte convexa del cerebro, una inyección arterial muy aparente, los vasos venosos de esa viscera están distendidos por la sangre que contienen; la sustancia medular de los hemisferios cerebrales se observó inyectada y algo reblandecida en las inmediaciones de la sustancia cortical. No se advierte el menor vestigio de hemorragia, ni debajo de la aracnoides visceral, ni en los ventrículos del encéfalo, ni en las comisuras formadas por la protuberancia anular y cuerpo calloso, ni en los tálamos ópticos, cuerpos estriados, hemisferios del cerebro, ni en el cerebelo.

### Pecho

La cavidad de las pleuras no presentan nada digno de particular mención. El corazón ofrece un volumen algo mayor que en el estado natural, especialmente en su ventrículo derecho; ambos ventrículos están vacíos de sangre, sus paredes reblandecidas, y las válvulas tanto arteriales como aurículo-ventriculares, exentas de toda alteración. Las arterias aorta y pulmonar se hallan en el estado normal. Los pulmones están infiltrados de una sangre negruzca en su parte más declive; fenómeno puramente cadavérico, lo que les da un aspecto lívido, conservando en su parte anterior el color rosado que les es natural.

### Abdomen

El estómago e intestinos se hallan distendidos por los gases resultantes de un principio de putrefacción cadavérica. El estómago contiene como dos onzas de un líquido quimoso y algo espeso del que se halla cubierta la membrana mucosa de esta viscera. El bazo está un poco más voluminoso que en su estado normal. Los demás órganos contenidos en la cavidad del vientre nada ofrecen de particular.

### Conclusión

De todo lo expuesto infieren los infrascriptos que la causa de la muerte del Excmo. Señor General Juan Antonio Lavalleja, deba atribuirse a una congestión cerebral, residente especialmente en las membranas del encéfalo, la que produjo la ruptura del seno lateral ya descrita y el colapso de las fuerzas subsiguientes al derrame sanguíneo.

Este género de muerte está en conformidad con los accidentes de que ha sido acometido en diversas épocas de su vida, en las cuales ha sido asistido, por dos de los infrascriptos, los señores Vavasseur y Odicini, y con la circunstancia, muy notable, de haber fallecido repentinamente varios miembros de su familia. Montevideo, octubre 23 de 1853. Fermín Ferreira, P. Vavasseur, Enrique Muñoz, Gabriel Mendoza, Bartolomé Odicini, Juan F. Correa, Teodoro Vilardebó, Bernardo Canstatt, Luis Michaelson, Juan Martín de Moussy, Juan Carlos Neves» (3).

El dictamen unánime de los once médicos más renombrados de la capital era categórico. No hubo escándalo, desaparecieron los rumores, se cumplieron las honras fúnebres sin inconvenientes, y el episodio pasó al silencio de los archivos.

En 1939, Luis Bonavita sacó el tema del olvido (4). Repasó los datos de la autopsia, buscó la opinión de Alejandro Schroeder y Velarde Pérez Fontana, analizó las pocas referencias a los últimos minutos de Lavalleja y concluyó: Lavalleja murió por un infarto de miocardio.

En relación a los hallazgos intracraneales, afirma: «Negamos la posibilidad de la ruptura espontánea del seno venoso, sin previa lesión del vaso. El seno longitudinal superior es una enorme vena protegida por la hoz media del cerebro. Para que se rompa, es necesario un violento traumatismo craneano, determinado por la penetración de una esquirla ósea en la cavidad, la lesión del vaso y su ruptura inmediata. Un trauma de esa naturaleza deja fuerte huella en tal bóveda. La ruptura espontánea del seno es una lesión desconocida en la patología. Su herida tiene que haber sido un accidente de autopsia; o lo partió el cirujano al levantar la calota, o la rompió el serrucho al penetrar, en una escapada, dentro del cráneo. Descartamos pues, la primera conclusión de la autopsia; la hiperemia del encéfalo no produjo la ruptura del seno» (4). Más adelante, asombrado ante la cantidad de sangre encontrada, ya que dos libras alcanzarían un volumen entre 700 y 900 ml, agrega: «El derrame debió ser menor, proviniendo no sólo de la sangre del seno longitudinal, sino también de las venas del cuello, cuyo contenido gana el cráneo en las autopsias, por la posición declive en que se coloca casi siempre la cabeza sobre la mesa de estudios» (4).

Como argumentos a favor de su tesis de muerte de origen cardíaco, Bonavita enumera los siguientes: el corazón tenía ventrículos con paredes reblandecidas; la ausencia total de lesiones encefálicas parenquimatosas que expliquen una muerte neurológica fulminante ya que la congestión cerebral, única alteración cerebral hallada, podría haber sido agónica; el cuadro clínico, previo a la muerte; las manifestaciones de Mariano Ferreira; y el comentario de Ana Monterroso al enterarse de la muerte de su esposo: «Todos los Lavalleja mueren del corazón», según lo refiriera Pedro Carve.

Desde entonces, han habido referencias al tema hechas al pasar, Flavio García (1954) dice: «Verificada la autopsia, los once facultativos principales de la ciudad confirmaron la fulminante hemorragia meníngea causante del deceso», y, en una nota agrega: «El veredicto médico

estableció la muerte por congestión cerebral. En la lectura del mismo se puede deducir la hemorragia meníngea, posiblemente complicada con una inundación infundibuliforme. En nuestros días el carácter fulminante de este fallecimiento ha hecho conjeturar a los Dres. Bonavita, Schroeder y Pérez Fontana, la posibilidad de infarto de miocardio o trombosis coronaria» (3).

Bergalli (1980) se refiere a la autopsia afirmando que concluye «como lo ha demostrado Bonavita, en un tremendo error forense» (9). W. Lockhart (1976) en una biografía de Flores, habla de la muerte de Lavalleja por «derrame cerebral» (10). J. Lockhart (1985) en su historia del Hospital Italiano menciona como causa de muerte la «hemorragia cerebral» (11).

En 1989, en el libro sobre Teodoro Vilardebó de Mañé Garzón, se vuelve sobre el tema. Dice Mañé: «Adentrándose a la clínica, la muerte fue demasiado rápida para haber sido provocada por un accidente vascular encefálico primitivo. Muy probablemente se debió a una causa cardíaca no puesta en evidencia en la autopsia» (7). Adjunta a esta opinión suya, la de Soiza Larrosa, recabada como especialista. Soiza Larrosa vuelve a insistir sobre el volumen desmesurado de la sangre escurrida. En la explicación de este derrame descarta la posibilidad de la rotura espontánea del seno lateral derecho, por razones similares y complementarias a las ya expuestas por Bonavita, para agregar: «Deben descartarse en absoluto: los hematomas epi y subdurales por tener sangre coagulada; la hemorragia subaracnoidea espontánea, por lo mismo; el hematoma cerebral abierto en espacio subaracnoideo, porque no existió tal hematoma al corte del cerebro». Llega entonces a la conclusión que «aquí hubo sin duda un escurrimiento de sangre venosa por los gruesos canales abiertos, favorecidos por la fluidez y por la posición de la cabeza en la mesa (en declive) que provino no sólo del cráneo, sino también de las venas extracraneanas. Ello puede ser explicado por la plétora e hipertensión venosa en el territorio cava superior, reconocible también al examen por la plétora en esclavina que típicamente describían los autopsistas». Finalmente, si bien acepta como explicación del cuadro un fallo ventricular derecho en un corazón con hipertrofia ventricular derecha previa, sin poder aclararse la causa íntima del fallo ventricular, no comparte la tesis de Bonavita de un infarto de miocardio por su rareza en la masa ventricular derecha (12).

Una visión del problema desde una perspectiva neuroquirúrgica no puede menos que compartir la opinión de los investigadores mencionados, respecto a una causa extraneurológica de la muerte del Libertador. El informe de la autopsia descarta las hemorragias encefálicas fulminantes, que son una de las causas de la muerte súbita, al describir en forma precisa «no se advierte el menor vestigio de hemorragia ni debajo de la aracnoides visceral, ni en los ventrículos del encéfalo, ni en las comisuras formadas por la protuberancia anular y cuerpo caloso, ni en los tálamos ópticos, cuerpos estriados, hemisferios del cerebro ni en el cerebelo». Otro causal de muerte súbita, el aneurisma disecante de la aorta, se desecha al leer: «las arterias aorta y pulmonar se hallan en el estado normal». Sólo queda como posible el origen cardíaco de la muerte. Una coronariopatía isquémica aguda con compromiso del ritmo y paro cardíaco sería el diagnóstico más lógico, si

no fuera necesario explicar un derrame sanguíneo intracraneano de dos libras. Su existencia y su vinculación con una muerte cardíaca obliga a plantear diversas hipótesis. La explicación de Bonavita de salida de sangre de los senos venosos craneanos no es suficiente como lo explica Soiza Larrosa, ya que ella no puede pasar más de unos pocos mililitros. Interpretar el derrame como consecuencia del drenaje de la sangre por gravedad al abrir el cráneo no resulta satisfactorio. En primer lugar porque el informe no dice que la sangre se escurra del cráneo, como sería el fluir de las venas, sino que «el copioso derrame» sale inmediatamente de levantada la bóveda del cráneo, como si todo él estuviera contenido dentro de la cavidad craneana. En segundo lugar por la enorme cantidad del derrame, reconocida por todos los autores, y que a su vez obliga a Bonavita a pensar que el derrame era menor que lo anotado, y a Soiza Larrosa a plantear un fallo ventricular derecho y una gran plétora sanguínea del territorio cava superior. Creemos que en un informe tan minuciosos, no hay derecho a dudar de lo anotado: 2 libras. La opinión de Soiza Larrosa, por otra parte no nos convence porque de haber un fallo derecho debería haber una severa congestión hepática y del sector de la cava inferior; y la autopsia precisa que salvo un ligero aumento del bazo, las restantes vísceras abdominales eran normales. Habría que admitir una plétora venosa exclusivamente limitada a la cava superior, lo cual no es explicable por los hallazgos autopsicos ni explica una muerte súbita. Hay 2 hechos más que señalar: no hay ninguna referencia a salida llamativa de sangre al incidir cuero cabelludo, que sabemos muy vascularizado; y la sangría a que fue sometido Lavalleja en el miembro superior derecho. No es fácil aceptar que un sistema venoso de cava superior superficial (pues se debe excluir la sangre intracerebral, que quedó contenida), reducido por una sangría, pueda dar lugar a la salida instantánea de 600 a 900 ml de sangre. Creemos que si se pudiera explicar el derrame sanguíneo por otro mecanismo, todas estas suposiciones e intentos de explicación estarían de más, y nada impediría aceptar al infarto de miocardio con paro cardíaco subsiguiente como la causa de muerte.

Pensamos que, efectivamente, ese derrame tiene otra explicación, que parte de la base que el derrame, como lo describieron los médicos de la junta, era realmente intracraneano y realmente patológico en su mayor parte, y sólo una pequeña parte correspondió a salida de sangre venosa de senos y venas.

Imaginemos el ambiente en el cual discurrieron los médicos. Es indudable que el hallazgo, ni bien estuvo abierto el cráneo, de sangre fluida y negruzca en cantidad importante, debe haber provocado asombro en los integrantes de la Junta Médica y la inmediata curiosidad por determinar su origen. Así surge del texto del informe: «procediendo en seguida al examen atento del origen de un derrame sanguíneo tan copioso». Pero al asombro debió seguir la preocupación cuando el minucioso examen de todo el encéfalo, incluyendo cortes de cerebro, cerebelo y tronco, no reveló lesión hemorrágica alguna. Seguramente cundió la inquietud, ya que al mismo tiempo que reconocían lo anormal de un derrame tan importante, no le encontraban la causa. Finalmente, observaron una lesión en el seno lateral derecho y a ello se aferraron para explicar el

sangrado. Esa lesión, de 4 x 6 mm, que sabemos podría ser debida a maniobras autópsicas, ya sea por la sierra, ya sea por arrancamiento de alguna vena emisaria del seno durante el manejo del encéfalo, fue lo único que encontraron. A ella atribuyeron el derrame. Como dice el informe, se «convencieron» de ello. Luego de este convencimiento tan poco convincente, ¿cómo explicar esa rotura? Ahí viene la otra asombrosa conclusión: la rotura del seno lateral se produjo por congestión cerebral. ¿Podemos creer, realmente, que estos razonamientos carentes de lógica y de antecedentes en la patología, pudieran satisfacer en forma unánime a los colegas reunidos? No lo creemos. Particularmente si recordamos la frecuencia con que discrepaban, discrepancias que se ventilaban hasta en la prensa. Es más creíble pensar que todos ellos tenían conciencia, por un lado, de estar frente a una muerte de causa natural y sin violencia, pero cuya naturaleza era incierta o desconocida por ellos. Y por otro lado, de estar frente a una situación en extremo difícil por varias circunstancias: la personalidad del extinto, los rumores y las consecuencias políticas que cualquier duda diagnóstica podía generar, y la presencia de varios militares observando la autopsia, atento a lo que se dijera. Ante esto, optaron unánimemente por el singular diagnóstico de congestión cerebral, rotura consecutiva del seno lateral y derrame sanguíneo. Este diagnóstico resumía, más que unanimidad de opiniones, un deseo unánime de dar concluidas las cosas en paz.

Creemos que lo que realmente mostró la autopsia del Gral. Lavalleja fue un hematoma subdural crónico, patología desconocida en esa época, que siguió siendo desconocida mientras vivieron los integrantes de la Junta Médica y que apenas era conocida en la época en que Bonavita realizó sus deducciones.

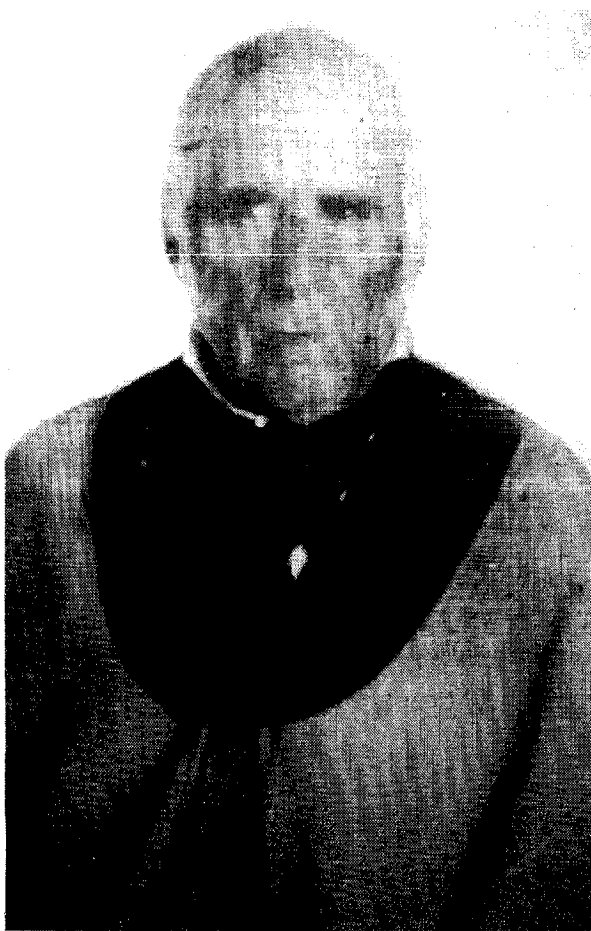
A pesar de la publicación de Trotter en 1914 (13), fue a partir del trabajo de Putnam y Cushing de 1925 (14), que incluyó 10 casos no todos personales, que el hematoma subdural crónico comenzó a reconocerse y tratarse quirúrgicamente (15). En 1935 Horrax y Poppen (16), en una revisión no exhaustiva, contabilizaron una centena de casos publicados y propusieron una técnica sencilla para su evacuación que rápidamente se difundió en el ambiente neuroquirúrgico. En nuestro país, la primera referencia a estos hematomas es de Braun (17), en un trabajo de revisión, sin casuística, de 1936. Le sigue la de Ramírez (18), de 1944, quien publicó un caso con estudio anatómo-patológico. En este trabajo, Ramírez relata haber asistido a una operación del Prof. Schroeder en un portador de esta afección. El primer caso operado publicado es de Vigil de 1946 (19) y la primera serie publicada es la de Schroeder y col. de 1948 (20). Esta serie de 8 casos tiene 6 operados y curados de los cuales el más antiguo es del 19 de enero de 1943, y es seguramente el mencionado por Ramírez, ya que este autor figura como ayudante en el acto quirúrgico realizado por Schroeder. Es a partir de estas últimas fechas, posteriores al escrito de Bonavita, que el mundo médico uruguayo toma verdadero conocimiento del hematoma subdural crónico.

Sin embargo, mucho antes de Trotter, de Putnam y de Cushing, los patólogos se habían enfrentado a casos con hematoma subdural crónico, que hoy, y en especial luego del advenimiento de la tomografía computada, sabemos

muy frecuentes, pero equivocaron su interpretación. En 1857 Virchow (21) describía la paquimeningitis hemorrágica, a la que atribuyó una causa inflamatoria. Se trataba de un hematoma subdural crónico. Y por más de medio siglo el mismo error se fue repitiendo.

Nuestra hipótesis, que Lavalleja era portador de un hematoma subdural crónico se apoya en dos elementos: la ubicación del derrame y las características de la sangre, elementos que pasamos a analizar.

Dice el informe de la autopsia: «salen como dos libras de una sangre fluida y negruzca contenida en la cavidad de la aracnoides cerebro-espinal, formada por sus dos láminas parietal y visceral». Ni existe una cavidad de la aracnoides ni ésta tiene dos láminas. Es sabido que la piamadre adhiere íntimamente a la corteza y que está recubierta por la aracnoides, dejando entre ambas el espacio subaracnoideo, que contiene líquido céfalo-raquídeo y múltiples adherencias o puentes entre aracnoides y piamadre. Este espacio es más amplio en la base, donde forma las cisternas, que son ocupadas por vasos gruesos. La disección de este espacio es sumamente dificultosa, por las adherencias a los vasos y a la piamadre y nunca puede transformarse en cavidad. La hemorragia subaracnoidea o meníngea impregna este espacio, que queda teñido por la sangre derramada y coagulada, pero que no puede constituir un coágulo único, por las múltiples adherencias aracnoideas que tabican el espacio. El único espacio entre las meninges que puede ocuparse por derrame líquido es el espacio subdural. El mismo informe agrega más adelante: «no se advierte el menor vestigio de hemorragia, ni debajo de la aracnoides visceral...» refiriéndose evidentemente a la verdadera aracnoides y al espacio subaracnoideo que nada tienen que ver con la anteriormente mencionada cavidad aracnoidal. Finalmente, se atribuye el derrame en esa cavidad aracnoidal a una rotura del seno lateral. Este, como es sabido, está formado por un desdoblamiento de la duramadre, o sea que al romperse sólo puede sangrar al espacio contiguo: el subdural. Esta confusión de llamar aracnoidal a la cavidad subdural no es original del informe. En 1845 Hewitt (22) titulaba «Sobre extravasaciones de sangre a la cavidad aracnoidal» un trabajo que describía una colección sanguínea subdural. Hasta en 1924, en el *Precis de Pathologie Chirurgicale* de los agregados franceses, donde no se menciona al hematoma subdural crónico, se afirma que las lesiones que dañan piamadre y rompen aracnoides sangran hacia la cavidad aracnoidal. Esta confusión de términos es más explicable en los casos de hematoma subdural crónico, que tiene una cápsula externa, vascularizada, adherida a la duramadre y una cápsula interna transparente, avascular, adherida a la aracnoides, quedando entre ambas la colección líquida. Recordemos que en la conclusión del informe se dice «...congestión cerebral residente especialmente en las membranas del encéfalo». Esas membranas congestionadas, ¿no serán la duramadre adherida a la cápsula externa del hematoma y la piamadre adherida a la cápsula interna, tomando así el aspecto congestivo? Recordemos que Virchow describió esto como una paquimeningitis. Un examen no advertido de esto, puede calificar de láminas aracnoidales a las cápsulas del hematoma, y de cavidad aracnoidal a la cavidad ocupada por el hematoma.



**Figura 1.** Daguerrotipo del Gral. Lavalleja, probablemente de 1853. (Original en el Museo Histórico Nacional).

Nos parece que resulta claro, pues, que cuando el informe dice aracnoides parietal, se refiere o a cápsula externa del hematoma adherida a duramadre, o, en todo caso, a duramadre; que cuando dice aracnoides visceral se refiere o a cápsula interna del hematoma adherida a aracnoides o, en todo caso, a aracnoides; y que cuando dice cavidad aracnoidal se refiere, en cualquier caso, al espacio subdural. Por lo tanto, la ubicación del derrame no puede ser otra que subdural.

Las características del derrame son la que hacen calificar de crónico al hematoma. El hematoma subdural agudo es un coágulo extenso, sólido y coherente; el sub-agudo está formado por coágulos separados, cruóricos. Por esta razón, como lo dice Soiza Larrosa, ambos se descartan. Pero el crónico está formado por sangre líquida de color negruzco variando a amarillento según el tiempo de evolución. Por la descripción autopsica, «sangre fluida y negruzca» hay que pensar en un hematoma crónico. No podemos dejar de señalar la similitud entre el derrame de Lavalleja y el del caso de Ramírez, quien escribe: «al incidir la meninge dura llamó la atención la salida de una gran cantidad de sangre negra, líquida, de ambos lados»; o con las descripciones operatorias de Schroeder: «salen

250 g de sangre líquida oscura», «sale abundante líquido color marrón».

Respecto al parénquima cerebral dice el informe de la autopsia: «la sustancia medular de los hemisferios cerebrales se observó inyectada y algo reblandecida en las inmediaciones de la sustancia cortical». En el hematoma subdural crónico con necropsia de la serie de Schroeder, Medoc observó, en el hemisferio cerebral comprometido, deformaciones y cierto grado de edema de sustancia blanca subcortical, lo cual coincide con la descripción del cerebro de Lavalleja.

Queda por definir si se trataba de un hematoma unilateral, en ese caso derecho dado que la rotura del seno lateral era de ese lado, o un hematoma bilateral. Creemos que al no señalarse asimetrías en los hemisferios en un examen tan prolijo, es probable se tratara de un hematoma bilateral. Ello explicaría, además, la abundancia del contenido y la buena tolerancia clínica.

De esta manera puede aceptarse sin dificultades el voluminoso derrame intracraneano de Lavalleja, considerando el hematoma subdural crónico bilateral, con un volumen de 150 a 300 ml de cada lado, sumado a la sangre proveniente de los senos venosos craneanos y la sangre originada en el vaciamiento del sistema venoso cava superior pletórico.

Si aceptamos la existencia del hematoma subdural, surgen tres interrogantes inmediatas: ¿Qué vinculación tuvo con la muerte? ¿Produjo algún síntoma en sus últimos tiempos? ¿Qué repercusión pudo haber tenido sobre su conducta?

Es sabido que el hematoma subdural crónico es consecuencia de un traumatismo craneano en general mínimo, que antecede varias semanas a la instalación de síntomas, que puede haber un largo período asintomático o con síntomas frustros y reversibles, que esos síntomas son diversos y atípicos, incluyendo cefaleas, elementos focales y deterioro intelectual, y que tienen una marcha progresiva que lleva al coma y a la muerte.

En relación a las interrogantes señaladas, en primer lugar se puede afirmar categóricamente que la muerte de Lavalleja no fue motivada por un hematoma subdural crónico, por la brusquedad de la misma. Además, de haber habido una hipertensión intracraneana descompensada, ésta se hubiera traducido en lesiones secundarias de tronco cerebral. El informe de la autopsia deja constancia precisa de la ausencia de tales lesiones.

En segundo lugar, no es posible asegurar que Lavalleja haya tenido síntomas atribuibles a un hematoma subdural, pero es necesario tener en cuenta los siguientes hechos:

- 1) En carta de junio 1<sup>º</sup> dirigida a Rivera, manuscrita de puño y letra de Lavalleja, luego de referirse a la salud de su compadre, dice textualmente: «...yo no estoy nada bueno de ataques nerviosos, pero en fin, voy viviendo...» ¿A qué llama Lavalleja «ataques nerviosos»?
- 2) En el párrafo final de las conclusiones del informe de la autopsia, luego de atribuir la muerte a una congestión cerebral, se agrega: «este género de muerte está en conformidad con los accidentes de que ha sido

acometido en diversas épocas de su vida, en las cuales ha sido asistido por dos de los infrascriptos, los señores Vavasseur y Odicini...». Es decir que había presentado sintomatología vinculable a una afección encefálica o «en conformidad» con una congestión cerebral.

- 3) La última fotografía de Lavalleja, y creo que también la única, es un daguerrotipo tomado en 1853, probablemente durante su época de triunviro. Ella muestra un rostro con ligera asimetría facial compatible con una paresia facial derecha (figura 1).

Estos tres hechos, de por sí insuficientes para afirmar síntomas neurológicos, y menos atribuirlos a un hematoma subdural crónico, son, sin embargo, llamativos y sospechosos de algún compromiso neurológico, cualquiera fuere su causa.

Con respecto a la tercer interrogante, consideramos que se puede desechar la posibilidad que un hematoma subdural crónico pueda haber deteriorado las facultades intelectuales de Lavalleja. Este es un aspecto sumamente importante, ya que entre las últimas actitudes tomadas por Lavalleja, existen algunas que han dado lugar a polémicas, particularmente su supuesta confesión a Juan Carlos Gómez de su fe colorada y su decisión, según su esposa Ana Monterroso, de donar la espada de Sarandí a Melchor Pacheco, conspicuo representante de la Defensa, decisión que ella intentó llevar a cabo luego de fallecido Lavalleja. Y creemos que esa posibilidad se puede descartar porque, aún estando en una posición pública fácilmente observable y criticable, no se escucharon críticas ni comentarios al respecto en la prensa de la época. Por otra parte, si bien no existen manuscritos posteriores a la carta a Rivera de junio, sí existe el testimonio de su firma manuscrita, y ella no muestra modificaciones en los últimos meses de vida, ni siquiera el último día de sus 69 años de vida, respecto a su firma de la época de madurez (figura 2).

## Agradecimientos

Deseo hacer constar mi agradecimiento a la Directora del Museo Histórico Nacional Prof. Elsa Minetti de Vidal Perri, y a la Srta. Susana Mollajolis por su colaboración para obtener la copia del daguerrotipo del Gral. Lavalleja.

## Résumé

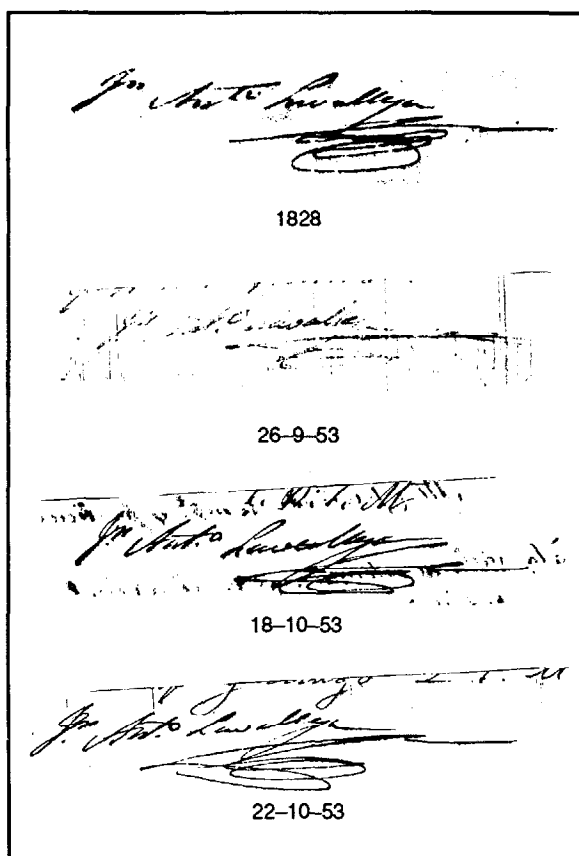
*Le rapport d'autopsie du Général Juan Antonio Lavalleja est analysé, sur des données médicales postérieures à sa mort.*

Il se peut que Lavalleja soit porteur d'un hématome sous-dural chronique probablement bilatéral. Celui-ci ne causa pas son décès, sûrement dû à une affection cardiaque.

*La possibilité d'influence de l'hématome sur des symptômes ou des signes révélés pendant la dernière période de sa vie, y est discutée. On refuse l'idée que la détérioration cérébrale fuisse comprise parmi ces symptômes-là.*

## Summary

*An autopsy report of General Juan Antonio Lavalleja is*



**Figura 2** Firma manuscrita del Gral. Lavalleja en diferentes momentos

*carried out on the basis of knowledge available after his death.*

*It is contended that Lavalleja was affected by a chronic subdural hematoma, probably bilateral. This hematoma may not be regarded as the cause of his death which was surely due to an acute cardiac condition.*

*The possibility is discussed that the hematoma might have determined some symptoms or signs at the last stage of his life, the likelihood of intellectual deterioration caused by such symptoms being discarded.*

## Bibliografía

1. «Comercio del Plata». Montevideo, 23-10-1853.
2. «El Orden». Montevideo, 23-10-1853.
3. García F. Lavalleja en el Triunvirato (1853). Bol Estado Mayor Gral. Ejército, 1954;61:3.
4. Bonavita L. (M Ferdinand Pontac). La tragedia de Lavalleja. Suplemento dominical «El Día», Montevideo, 23-4-1939.
5. Bonavita L. Sombras heroicas. Montevideo: Ceibo, 1945.
6. Ferreira M. Memorias. Montevideo: Renacimiento, 1920; T I:102.
7. Mañé Garzón F. Teodoro Vilardebó, primer médico uruguayo. Montevideo: Academia Nacional de Medicina, 1989: 211.
8. «El Orden». Montevideo, 24-10-1853.



9. **Bergalli L.** La cirugía militar en el Uruguay desde la independencia hasta la guerra del Paraguay. *Rev Cir Urug* 1980; 50:185.
10. **Lockhart W.** Venancio Flores, un caudillo trágico. Montevideo: Banda Oriental, 1976: 24.
11. **Lockhart J.** Historia del Hospital Italiano, Montevideo: 1985:20.
12. **Soiza Larrosa A.** En Mañé Garzón F: Teodoro Vilardebó, primer médico uruguayo. Montevideo: Academia Nacional de Medicina, 1989: 211-2.
13. **Trotter W.** Subdural Hemorrhage of Traumatic Origin and its Relation to Pachimeningitis Hemorrhagica Interna. *Br J Surg* 1914; 2:271.
14. **Putnam T, Cushing H.** Chronic Subdural Hematoma. *Arch Surg* 1925; 11:329.
15. **Keegan JJ.** Chronic Subdural Hematoma. *Arch Surg* 1933; 27:629.
16. **Horrax G, Poppen JL.** The recognition and treatment of chronic subdural hematoma: A favorable intracranial condition frequently overlooked. *Surg Clin North Am* 1935; 15:1489 (Lahey Clinic Number).
17. **Braun A.** Tratamiento quirúrgico de las hemorragias intracraneanas. *Ateneo Clin Quirur* 1936; 2:508.
18. **Ramírez F.** Trastornos mentales por hematoma subdural. *Rev Psiquiat Urug* 1944; 9:23.
19. **Vigli Sófira E.** Hematoma subdural crónico. Operación. Curación. *Bol Soc Cir Urug* 1946; 17:408.
20. **Schroeder A, Medoc J, Rodríguez B, Arana Iñiguez R.** Hematoma subdural. *Bol Soc Cir Urug* 1948; 19:394.
21. **Virchow R.** Haematoma Dura Matris. *Verhandl Phys Med Gesellsch* 1857; 7: 134.
22. **Hewitt P.** On extravasations of blood into the cavity of the arachnoid. *Trans Med Chir Soc Lond* 1845; 28:45.

### **Enfermedades de denuncia obligatoria y sus procedimientos**

El Sindicato Médico del Uruguay recuerda a los profesionales de todo el país la nómina de enfermedades de NOTIFICACION OBLIGATORIA PRIORITARIA, y los procedimientos para hacer efectivas las denuncias. Se ha destacado la importancia de la notificación en todos los casos en que el profesional actúe, a fin de facilitar a las autoridades sanitarias y de vigilancia epidemiológica su tarea y el más acabado conocimiento de la realidad de salud del país en cada momento.

#### **Datos a remitir:**

En todos los casos se comunicará nombre y apellido del paciente, edad y sexo, domicilio, localidad, su estado inmunitario cuando corresponda (si está vacunado), fecha de inicio de la afección, lugar de infección y la firma del profesional denunciante.

Las enfermedades de notificación obligatoria prioritaria se dividen en 3 grupos:

**GRUPO A)** Corresponde efectuar la notificación en el día, por la vía más rápida, telefónica, telegráfica o personalmente.

DIFTERIA, FIEBRE TIFOIDEA, GANGRENA GASEOSA, MENINGITIS SUPURADA O A LIQUIDO CEFALO-RAQUIDEO CLARO, POLIOMELITIS, RABIA HUMANA Y ANIMAL, SARAMPION, SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (S.I.D.A.), ENFERMEDADES SUJETAS AL REGLAMENTO SANITARIO INTERNACIONAL (Cólera, Fiebre Amarilla, Peste), ENFERMEDADES EXOTICAS PARA LA ZONA (Paludismo, etc.)

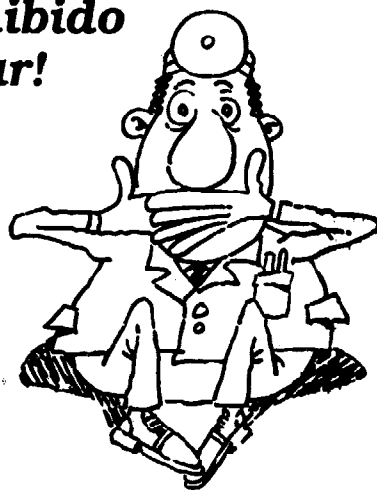
**GRUPO B)** Corresponde efectuar notificación semanal o a los tres días que siguen a la finalización de cada semana epidemiológica, por la vía telefónica o por boletas.

CARBUNCO, DIARREA (en el niño), GRIPE, INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS, HEPATITIS «A» Y «B», PAROTIDITIS EPIDEMICA O CUALQUIER MANIFESTACION DE ENFERMEDAD URLEANA, RUBEOLA, TETANOS, TOS CONVULSA, ENFERMEDAD DE CHAGAS, INTOXICACIONES AGUDAS Y CRONICAS.

Tanto para el Grupo «A», como para el Grupo «B» las denuncias deben efectuarse a: DEPARTAMENTO DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA (M.S.P.), Av 18 de Julio 1892, 4º piso, Of 404, Montevideo, Tel.: 49 12 00.

**GRUPO C)** Corresponde la notificación directa a los programas respectivos que se mencionan a continuación:

### **¡Prohibido callar!**



- ✓ **ENFERMEDADES DE TRASMISION SEXUAL (E.T.S.), SIFILIS PRIMARIA, SECUNDARIA, CONNATAL, GONOCOCCIA, PEDICULOSIS, SARNA HUMANA, O CUALQUIER OTRA ENFERMEDAD DE TRASMISION SEXUAL QUE IMPLICA UNA ACCION EPIDEMIOLOGICA.**

Las denuncias deben remitirse a: Sección E.T.S. del MSP, Av 18 de Julio 1892, 4º piso, Of 408 (MSP). Tel.: 48 24 14, Montevideo.

- ✓ **HIDATIDOSIS:**

Las denuncias deben remitirse a: COMISION HONORARIA PARA LA LUCHA CONTRA LA HIDATIDOSIS, Av Bulevar España 2373, Montevideo, Tel.: 78 92 58 o 77 03 31

- ✓ **LEPRA:**

Las denuncias deben remitirse a: INSTITUTO HANSENIA-NO, Cabrera 6355, Tel.: 30 98 75, Montevideo

- ✓ **TUBERCULOSIS**

Las denuncias deben remitirse a: COMISION HONORARIA PARA LA LUCHA ANTITUBERCULOSA, Av 18 de Julio 1715, Tels.: 40 14 44 - 49 84 89, Montevideo

**SINDICATO MEDICO DEL URUGUAY**