

# La muerte súbita entre nosotros.

Por FORTUNATO QUESADA L.

## SUMARIO

- I.— Clasificación fisiopatológica de los casos de muerte súbita.—  
Primer grupo: muertes súbitas por hemorragias internas.—Segundo grupo: muertes súbitas por asistolias.— Tercer grupo: muertes súbitas por congestiones.— Cuarto grupo: muertes súbitas por intoxicaciones gastro-intestinales.— Apéndice: dos casos de muertes súbitas por afixias y un caso de muerte súbita por intoxicación general.
- Estudio particular de los casos agrupados, insitiendo sobre sus accidentes, etiología, patogenia, profilaxia, especialidades autópsicas y consideraciones médico-legales.
- Estudio de conjunto de los 50 casos, atendiendo a sus frecuencias, por las enfermedades, las causas, los mecanismos, las estaciones, los sexos, las edades, las razas, los estados y las profesiones.
- Investigación de algunos caracteres particulares secundarios: adherencias pleurales y repleción gástrica.
- Las pseudo muertes súbitas.
- Las muertes súbitas rechazadas.
- II.—Relación detallada de todos los casos seleccionados.
- III.—Conclusiones.

Los cincuenta casos de muertes súbitas con sus autopsias, que tengo el honor de presentar a la Facultad y que hemos recogido durante año y medio en la Morgue de esta capital, han sido clasificados en cuatro grupos y un apéndice teniendo en cuenta su fisio-patología.

En el **primer grupo** reunimos trece procesos mortales que han tenido lugar en los dominios del aparato circulatorio y cuyo mecanismo ha sido el de una hemorragia interna. Así, contamos en él:

Un caso de ruptura del corazón y hemorragia intrapericárdica.

Un caso de ruptura de la aorta y hemorragia intrapericárdica.

Un caso de aneurisma de la aorta y hemorragia intrapericárdica.

Dos casos de aneurismas de la aorta y hemorragia intrapleural.

Un caso de hemorragia cerebral y hematoma ventricular.

Cinco casos de ruptura del bazo y hemorragia intraperitoneal.

Un caso de desgarró venoso y hemorragia intraperitoneal. y

Un caso de embarazo tubario y hematoma pelviano.

La ruptura del corazón, (caso N° 1), realizada en un sujeto joven, bien constituido, a quien se descubrieron las huellas de una infección a Espiroquete de Schaudinn, representa,—dentro de los numerosos casos señalados por los autores, debidos al estallido de tan importante víscera,—un ejemplar interesante por la consecuencia rápidamente fatal de la sífilis. El corazón se encontraba envuelto, como en un estuche, por un gran coágulo sanguíneo. La efracción del músculo cardíaco dá inmediatamente salida a la sangre; ésta se colecta en el saco pericárdico, bastando la cantidad de 250 gramos para que sobrevengan los trastornos de compresión del órgano, según varias constataciones que se han hecho; cuando, realizada esa invasión líquida de manera lenta,—como ocurre en las pe-

ricarditis con derrame,— puede llegar la serosa a distenderse tanto, que se han señalado colecciones de 2,000 gramos.

La apertura intrapericárdica de la aorta, (caso N° 2), cuyo mecanismo mortal por hemorragia compresora es semejante al anterior, se verificó en un individuo que pasaba tranquilamente por un plaza pública, llenando así las mejores características de una muerte súbita; a la autopsia se percibió un proceso de miocarditis y también de pericarditis, los cuales tal vez podrían referirse a la indeleble marca tuberculosa encontrada en ambos pulmones, para pensar en una participación del Bacilo de Koch en la aortitis culpable, recordando los casos citados por Brouardel de fallecimientos súbitos por rupturas de las paredes cardiacas minadas por dicha infección sordida.

A cada cual más cautivante, los tres casos de aneurismas de la aorta, inesperadamente rotos, (N° 3, 4 y 5 ), evocan una vez más la singular participación de la lúes en tal entidad nosológica. El primero, abierto dentro del pericardio, por lo que le avecinamos de los dos anteriormente citados, estaba constituido por una dilatación aneurismal pequeña y se acompañaba de una hepatomegalia, de seguro del mismo origen sífilítico. De los otros dos, uno nos revela la tolerancia e incuria en que a pesar de sus buenas dimensiones se había dejado a la bolsa aneurismática, y el otro, conservaba testimonio de lesiones hepáticas y perihepáticas. Los tres correspondían a personas de constitución buena, de cuello congestivo; en ninguno de ellos se ha podido deslindar alguna causa inmediata de la ruptura. En los dos casos de hemorragia intrapleural había una colección sanguínea muy abundante.

Solo podemos ofrecer un caso de hemorragia cerebral, (N° 6), debido a que ésta es más invalidizante que súbitamente mortal, al menos en un primer ataque, que siendo como un anuncio, saca al subsiguiente de nuestro cuadro. Sabido es que al Mal de Bright se le achacan estas hecatombes endocraneanas, según las modernas adquisiciones clínicas. Las nefritis crónicas están a la cabeza de los clásicos inculpados, que son la arterioesclerosis, el alcoholismo, la gota y también la sífilis. Tratándose de un viejo fuerte y sóbrio, asignamos el presente caso al brightismo, siguiendo la corriente dominante. El occiso falleció en su cama.— Estallada,— como se ha constatado en la mayoría de los casos,— la arteria lenticulo estriada, rama anterior de la arteria externa del cuerpo estriado, la sangre se derrama y disocia los elementos nerviosos, inunda el ventrículo lateral, comprimiendo la cápsula interna. En virtud de esta compresión, el atacado cae de golpe en coma y la muerte sobreviene en pocos instantes por la eliminación de centros esenciales a la vida. A la autopsia se encuentra un vasto hematoma compresor,

desparramado por todos los rincones, sin que haya una gran pérdida sanguínea.

Se explica la relativa abundancia de casos de muertes súbitas por ruptura del bazo, de los que presentamos cinco (Nº 7, 8, 9, 10 y 11), si se tiene en cuenta que este es un país tropical con endemia palúdica, enfermedad con bazo hipertrofiado y friable por excelencia. En tres de ellos hemos podido establecer la influencia del pequeño traumatismo como causa determinante de la muerte, lo que por otra parte hace que en ellos haya asomado la sospecha del crimen y la cuestión médico-legal correspondiente; en los otros dos, —como que fueron encontrados muertos—, no se ha podido deslindar tal constatación, no indispensable por lo demás, desde que se han dado casos de ruptura "expontánea" del bazo malárico; de estos observamos uno en el Hospital del Callao, acaecido en un japonés, quién se rompió el órgano esplénico por una autopalpación del hipocondrio izquierdo: la cautela que debe usar el médico en el exámen de tales esplenomegalias debe ser por consiguiente grande.

En los cinco casos hemos observado hemorragias abundantísimas, con gran inundación peritoneal. La edad de los sujetos nos revela una franca predilección para los jóvenes, — los más expuestos a golpes de pleito o de juego,— pues solo señalamos un adulto (de 55 años), contra tres menores de 22 años y un niño, (estos cuatro, de 21, 20, 19 y 7 años respectivamente). Tres eran indios, uno mestizo y uno blanco: el paludismo con todas sus consecuencias hace sus mayores víctimas entre nuestra raza indígena. Todos gozaban de una constitución fuerte y ofrecían un buen estado de la nutrición, lo que determina a caracterizar el accidente mortal como súbito. La ruptura comprometía unas veces todo el espesor de la víscera, —en uno tenía 11 centímetros de largo,— y su localización ha aparecido variable en cuanto a la altura de la efracción. El peso del bazo, — que no se pudo averiguar en dos de los casos, en uno por haberse verificado la esplenectomía de urgencia y en el otro por lo avanzado de la descomposición cadavérica, —en los tres que fué averiguada por la balanza, dió este resultado;

Caso Nº. 7 . . . . .	215 gramos
Caso Nº. 10 . . . . .	710 gramos
Caso Nº. 11 . . . . .	530 gramos

El caso de hemorragia interna fulminante, (Nº. 12), en una india adulta, pálida, con el vientre balonado y turgente, dió a la sección de las paredes una gran cantidad de sangre, en tales caracteres, —líquido pálido, seroso, abandonando sus elementos figura-

dos como por precipitación, poco o nada coagulable, — asignados por Tardieu y Lebert a la de los hemofílicos, que lo referimos a la hemofilia. Aguzando nuestra exploración anatómica descubrimos que el desgarro de una venita esplénica supernumeraria, era la causa del gran derrame sanguíneo abdominal, lo que no nos había de llamar la atención, — dada la magnitud del cataclismo hemorrágico frente a la pequeñez de la lesión productora, — desde que los ínfimos vasos intercostales heridos, engendran enormes hemotórax, máxime si está de por medio la hemofilia. Hemos de consignar que el sujeto en cuestión presentaba una hepato-esplenomegalia, con un hígado de 2,770 gramos y un bazo de 1,070. Este caso tendría alguna semejanza con los que refiere Brouardel de hemorragias incontenibles por desgarro de los labios, extracción de molares o rupturas himenales, con muertes súbitas consecutivas, y que al sabio profesor los ha incluido en el campo de la hemofilia.

El de embarazo ectópico con hematoma pelviperitoneal, (caso N.º 13), es de los más vulgares en la práctica ginecológica; la apoplejía ovárica de que habla Forgue, mejor dicho tubaria. Como es generalmente de estilo, encontramos un feto de tres meses. El embarazo se interrumpe trágicamente: la migración del óvulo fecundado detenida por malformaciones o por procesos patológicos anteriores de los anexos, hace que se instale anormalmente en una de las trompas y, como la vascularización y la musculatura de éstas no están preparadas para llenar las funciones de las del útero, se originan hemorragias pequeñas por el mal desarrollo fetal, y a la menor causa coadyugante, se rompe; la inundación sanguínea y la muerte súbita son su consecuencia.

En este primer grupo de las muertes súbitas por hemorragias internas, llamadas también "hemorragias espontáneas", la fisiopatología general puede ser la de un síncope inhibitorio por la invasión brusca del líquido sanguíneo en las serosas esplánicas, lo es también el titulado síncope hemorrágico que traduce la anemia rápida de los centros nerviosos a consecuencia de una abrumadora pérdida de sangre, pero lo que más nos satisface y explica mejor el mecanismo de éstos rápidos fallecimientos, es la falta del medio interno mismo, llevada a límites extremos, cuando tiene la hemorragia un carácter cataclísmico, que detiene el metabolismo de las funciones vitales. Por lo demás, como ya lo hemos hecho notar en los casos pertinentes, si las cavidades son reducidas, — tales como la ventricular y la pericárdica, — entonces, aunque la pérdida de sangre sea pequeña relativamente, su efecto es mortal por los trastornos de compresión que determina.

Las causas predisponentes que hemos investigado en los trece casos referidos se reparten así:

Tuberculosis probable	1 caso
Mal de Brihgt.....	1 caso
Hemofilia.....	1 caso
Malformación.....	1 caso
Sífilis.....	4 casos
Paludismo.....	5 casos

La causa determinante, que puede ser toda aquella capaz de aumentar la tensión en un momento dado, —los esfuerzos, (muchos de estos funcionales: la defecación, el coito, la tos), las emociones, las comidas abundantes y pesadas, etc,— deben ser evitadas. De otro lado, también lo son los pequeños traumatismos, acarreado la ruptura de órganos sanguíneos predispuestos, como lo hemos señalado en varias esplenomegalias fracturadas. Por lo general estas causas se pierden entre las referencias y entonces los especímenes de muertes súbitas adquieren toda su espontaneidad y sorpresa.

En las autopsias de este grupo, muy fáciles por cierto, es de notar, —salvo en las hemorragias pequeñas y bloqueadas, como las intrapéricárdicas y las submeníngeas,— que las livideces cadavéricas están ausentes y se manifiestan sólo muy débilmente, como hemos anotado en nuestras observaciones. Desde que se mira uno de estos cadáveres, profundamente pálidos y sin livideces, a pesar de estar dentro del tiempo en que se las vé, ya se puede sospechar la existencia de un proceso hemorrágico interno, masivo.

Las cuestiones médico — legales que con más fundamento se plantean y que efectivamente hemos visto suscitarse, son con motivo de las rupturas del bazo consecutivas a un pequeño traumatismo, sobre todo cuando éste proviene de una ríña. Se ha tratado de juzgar por delito a quien golpeó como se hace tantas veces en la vida cotidiana, por jugar o por reprender, pero sin desear un homicidio; mientras tanto, se resulta comprometido en uno de veras, porque la acción traumática, de suyo inocua, fué a ejercitarse contra un órgano frágil y predispuesto para tal evento por una infección anterior. La conducta del perito debe sujetarse estrictamente a la patogenia del proceso, que felizmente es revelada claramente por la autopsia. En los archivos de la Morgue se encuentran algunos ejemplos de las conclusiones médico-legales dictadas por nuestro profesor el Dr. Leonidas Avendaño y el Dr. D. Guillermo Fernández Dávila, jefe de trabajos prácticos, en dichos casos. En vista de

la circunstancia atenuante de la lesión latente, la pena, si la hay, tiene que ser mucho menor que si no existiera aquella.

El **segundo grupo** de los casos de muertes súbitas que presentamos, referentes a insuficiencias cardíaca y renal, comprende los doce siguientes:

- 2 casos de miocarditis y asistolia,
- 2 casos de insuficiencia aórtica y asistolia,
- 2 casos de arterio-esclerosis y asistolia y
- 6 casos de cardio-renales con asistolia urémica.

De los dos casos de miocarditis, uno, (Nº. 14), corresponde a un proceso degenerativo escleroso, probablemente debido al reumatismo. El edema de los miembros inferiores, la cianosis facial, el líquido en las pleuras y en el pericardio, los signos de dilatación cardíaca, nos marcan su término por asistolia. El otro, (Nº. 15), con degeneración grasosa del corazón, tan susceptible de pasar desapercibida en la clínica, es revelada, a la autopsia, como en el caso de referencia, por un corazón grande, envuelto en un mango amarillo, con sus paredes pálidas y flácidas, y muchas veces con la grasa infiltrada entre los haces musculares mismos. Anotamos que en el presente caso, por la cianosis, la congestión hepática, el pequeño derrame pericárdico y sanguinolento por la boca, el sujeto acabó por asistolia. Los pediatras recomiendan que los niños atacados de infantilismo no se les bañe en frío, porque el menor trastorno de la circulación puede acarrear la muerte súbita por su corazón grasoso.

A la cabeza de las causas endocárdicas de muerte súbita, conforme con la noción clásica, encontramos a la insuficiencia aórtica, fácil de constatar a la autopsia por la prueba del agua y la hipertrofia del ventrículo izquierdo. Presentamos dos casos, (Nº. 15 y 17) En ausencia de otros testimonios en ambos, asistidos por la frecuencia y viendo un proceso de endocarditis vegetante en uno, ateromatoso en el otro, inculpamos al reumatismo. En el primero es de notar el hidrotórax bilateral, derrame pericárdico abundante, salida de líquido espumoso por la nariz y la boca y relajación de los esfínteres; en el segundo, una pleuresía con derrame abundante, mucho menos en el pericardio y la dilatación manifiesta de la aurícula derecha. Completando la opinión de Mauriac, Brouardel explica la muerte súbita en la insuficiencia aórtica por la anemia cardíaca y cerebral que acarrea la débil onda sanguínea que lanza al miocardio rendido después de haber compensado la lesión hipertrofiándose, a la vez que a la brusca depleción de la circulación superior que pone

al individuo en inminencia de un síncope cardiaco o cerebral, rápidamente mortal, a la menor emoción, esfuerzo o exceso. Respetando la anterior explicación, en nuestros casos, en vista de las constataciones realizadas, creemos justificado referir su término fatal al desarrollo agudo de una asistolia, preparada en la sombra y de paroxismo violento, asistolia de los aórticos cuyos caracteres de suma gravedad ha sido señalada por los clínicos.

La arterio-esclerosis nos ha ofrecido dos casos, (Nº. 18 y 19), ambos en individuos de edad avanzada, de 70 años uno, de 68 el otro, éste en circunstancias bastante violentas, dentro de sus habituales ocupaciones. Dichos sujetos terminan por asistolia, y no titubeamos en aplicar esta terminación a los referidos, desde que en ellos hemos constatado signos de dilatación cardiaca, testimonio autopsico de la insuficiencia cardiaca. La asistolia de los arterioesclerosos, llamada toxi - asistolia por Huchard, debido a la participación que las intoxicaciones tienen en el proceso, lleva consigo manifestaciones extracardiacas numerosas, a las que Fabre trató de verdaderos Proteo y de las que son prueba elocuente el hígado grande y graso y el hidrotórax bilateral del primer caso; el hígado cardíaco, grande y duro, la esplenomegalia con periesplenitis y los riñones grandes, congestivos, duros y adherentes, del segundo.

En nuestra estadística de muertes súbitas tienen los cardiacos renales una relativa frecuencia. La importancia de las lesiones renales resulta, como lo indica Lacassagne, de su concomitancia con las enfermedades cardiacas. Y esta vinculación, en la que nos hemos basado para crear este grupo segundo, se encuentra apoyada además, por la forma de asistolia que realizan. "Entre las formas de asistolia localizadas, escribe Oddo, se encuentra la asistolia de forma renal, el riñón cardiaco, cuya expresión sintomática está caracterizada por el predominio de los fenómenos urémicos en el síndrome asistólico; en los arterio - esclerosos la asociación frecuente de las lesiones de ambas vísceras crea un tipo cardio renal de los más frecuentes; en un tercer grupo, las alteraciones renales primitivas, obrando sobre el músculo cardiaco, determinan su insuficiencia, y crean una variedad particular de asistolia, la asistolia de origen renal, que ha sido llamada por Merklen asistolia urémica".

De los seis casos que presentamos, (Nº. 20, 21, 22, 23, 24 y 25), el último, como se lee en la relación del accidente súbito, tuvo caracteres de particular violencia. La edad, bastante provecta en cuatro de ellos, pues contaba, por encima de 58 años, era de plena actividad en los otros dos, de 27 y 37 años respectivamente. Los mestizos, llamados "zambos" entre nosotros, que tan repetidas veces los vemos en nuestros hospitales padeciendo de esta afección, tie-

nen en las muertes súbitas correspondientes el 50 % de casos, en todos ellos la constitución era aparentemente fuerte. En los seis casos hemos constatado alteraciones hepáticas: por número igual, el hígado muscado, duro, cirrótico, unas veces, y el hígado grande, congestionado, cardíaco, otras. Ha sido general la constatación de la congestión renal más o menos intensa y la ascitis más o menos abundante. Cuando nos lo ha permitido el color de la piel, hemos podido encontrar las huellas de la congestión subcutánea, particularmente de la cara y el cuello.

Los casos en su totalidad los referimos al Mal de Bright; aparte de lo frecuente que es hoy observar dicho proceso cardíaco renal en las nefritis crónicas y de las dispersas muestras de brightismo que se consignan en nuestros sujetos, porque las lesiones cardíacas primitivas lo mismo que las de la arterioesclerosis generalizada no se han encontrado en ellos, y si constantemente la congestión renal que es el testimonio más fehaciente de las nefritis. Ahora bien, en el comienzo de éstas se produce una hipertrofia cardíaca compensadora de la insuficiencia de la permeabilidad renal, especialmente en el ventrículo izquierdo, la cual hipertrofia la hemos encontrado presente en todos los casos, alcanzando en uno de ellos el corazón el apreciable peso de 710. gramos. Los signos de dilatación cardíaca consecutiva, testimonio asistólico, han sido encontrados también en todos los casos; en dos se ha podido apreciar la congestión pulmonar y en tres la de las meninges.

Como hemos visto, la fisiopatología de este grupo de muertes súbitas por insuficiencias cardíaca y renal es la asistolia; aunque en las miocarditis, una emoción o un esfuerzo cualquiera pueden romper los pilares degenerados o perforar las paredes, entrando entonces en el grupo de las hemorragias,—tal como sucedió en el caso asignado con el número uno,—lo más frecuente a través del ventrículo izquierdo. Repitiendo lo que galanamente expresa Morache refiriéndose a las muertes súbitas por lesiones cardíacas, muy aplicable en este momento de nuestro análisis, "parece que el órgano, como un animal sobre-cansado que ha marchado cuanto ha podido, después, en un instante dado, haciendo un supremo esfuerzo, se doblega y se detiene". Es al colapso cardíaco al que hemos de referirnos en último término a manera de culminación de este proceso asistolizante: el corazón se debilita más o menos rápidamente y la cianosis aumenta. Los otros dos finales de las asistolias, el edema del pulmón y la trombosis cardíaca, no los hemos encontrado.

Repartidas las causas predisponentes de los distintos hechos

referidos, hemos obtenido el siguiente resultado, de atender al pretender inducir una profilaxia adecuada:

Ignorada.....	1
Arterioesclerosis.....	2
Reumatismo.....	3
Mal de Bright.....	6

Entre las causas determinantes señaladas, fatigas, risa o cólera, excesos venéreos, abusos alcohólicos o tabaquistas, congestión pulmonar y embarazo, no nos ha sido dado deslindar su participación en los relatos de las accidentes súbitos recogidos.

En este sentido los casos de este grupo constituyen perfectos especímenes de la clase de muerte que estudiamos, y como falta la participación ocasional que es de donde siempre emana la sospecha criminal, resulta que las cuestiones médico legales que plantean son raras.

Las autopsias de estos casos son delicadas. Es muy importante tomar en seria consideración la forma del accidente súbito, para deslindar desde luego la influencia de un síncope. La autopsia del corazón debe ser objeto de toda pulcritud y cuidado. Jamás debe dejarse de abrir la cavidad craneana. En fin, es en estos casos que se impone, por la exactitud y facilidad de la observación orgánica, esa autopsia de conjunto que preconizara Devergie y de la que después ha hablado Legrand du Salle. Ella es particularmente aplicable en casos como estos de asistolias, en los que no se encuentra la causa de la muerte en la claudicación de un solo órgano.

**Hemos reunido en el tercer grupo**, —el más numeroso, pues comprende diez y ocho casos,—aquellos procesos congestivos, principalmente pulmonares, cuyo detalle, atentos a sus diagnósticos autopsicos, es el siguiente:

- Un caso de bronco - neumonia (Nº. 26),
- Cuatro casos de pleuro - neumonia (Nº. 27, 28, 29 y 30),
- Dos casos de congestión pulmonar (Nº. 31 y 32),
- Un caso de grippe (Nº. 33),
- Dos casos de neumonia alcohólica (Nº. 34 y 33),
- Siete casos de alcoholismo (Nº. 36, 37, 38, 39, 40, 41 y 42) y
- Un caso de congestión cerebral (Nº. 43).

La congestión pulmonar es, tal cual se desprende de los documentos anexos, el fenómeno dominante, lo que queda consignado en el siguiente cuadro:

Congestiones pulmonares.....	12
Id. id. y congestión mningo-encefálica.....	3
Id. id. id. de las vías respiratorias superiores..	1
Id. cerebral,.....	1
Id. cardiaca.....	1

No vamos hacer aquí,— tal cual hemos verificado en los grupos anteriores y verificaremos en el posterior,—un exámen parcial de cada caso o sub - grupo de casos, desde que no nos lo impone, como en aquellos, la diversa categoría de entidades nosológicas a tratar, en este estudio del tercer grupo seguiremos el ejemplo de la memoria devergiana a la Sociedad de Medicina de París, que es el análisis más prolijo que sobre las muertes súbitas por congestiones se ha hecho, estudiándolas en conjunto.

Desde luego, en las dos terceras partes de ellos encontramos sujetos que aparentan fortaleza. luciendo una buena constitución; todos adultos de más de 25 años, repartiéndose por iguales proporciones entre las decenas siguientes, con una disminución para los menores de 30 y un acrecentamiento para los mayores de 60, como puede apreciarse en la relación que sigue:

de 25 a 30 años.....	1
de 30 a 40 años.....	4
de 40 a 50 años.....	4
de 50 a 60 años.....	4
de 60 a 70 años.....	5

Edades en las cuales más se bebe y más tiempo hace que se ha bebido, a la vez que se es más susceptible a los enfriamientos.

Como no podía dejar de serlo, la raza indígena marcha a la cabeza con 8 casos, siguiéndola los mestizos con 4, encontrándose sólo 3 blancos y 3 negros, pero ningún amarillo.

Si los trastornos congestivos han sido constantes, conforme lo hemos indicado, también se han encontrado alteraciones de otros órganos, en relación siempre con las mismas causas, que luego vamos a seriar, o como simples epifenómenos de los accidentes terminales. Así, las lesiones hepáticas se han presentado en un 70 % de los casos, lo mismo casi las cardiacas, no así las renales y gástricas, que se han presentado con menos frecuencia y sólo en los alcohólicos averiguados, como confirmación de su clasificación, siendo éstas tan demostrativas como sugestiva es la abundancia de las otras. La salida del líquido sanguinolento por la

nariz y la boca únicamente la hemos percibido en poco más de la cuarta parte de casos.

Atendiendo a su fisiopatología como desarrollos súbitamente mortales, tal cual lo piensan los clínicos, las afecciones pulmonares agudas raramente producen asistolias; el mecanismo más corriente en los casos de congestión pulmonar, es la asfixia y el síncope, ésta produciéndose como lo expresa un distinguido profesor de Montpellier ya citado, antes de que el corazón derecho haya podido dilatarse.

La congestión pulmonar, a la que hemos visto corresponden diez y seis casos de este grupo, se debe a fenómenos vaso motrices: el tonus de los vasos pulmonares disminuye por excitación de los vaso dilatadores o por parálisis de los vasos constrictores, dependientes del simpático y del neumogástrico; los vasos pulmonares se dilatan por este motivo al influjo sanguíneo y la congestión queda constituida.

Las causas capaces de acarrear estos trastornos vaso-motores son variadísimas: las lesiones de los mencionados nervios, influenciados reflejamente por el frío u otras afecciones lejanas, directamente por lesiones pulmonares de vecindad o por los tóxicos, microbianos, autógenos o químicos, entre los que descuella el alcohol.

Dicha ectasia sanguínea trastorna la hematosi, los fenómenos asfíxicos se establecen, la acción cerebral tiende a apagarse y consecutivamente sobrevienen la detención de la circulación y la muerte Comenzando por la asfixia, este paroxismo mortal termina por el síncope cardio-bulbar. Nunca se encuentran más cerca dichos fenómenos. Ahora bien, la anemia cerebral que origina la hipostasi pulmonar puede también entrar en juego en este desarrollo fisiopatológico.

Otras veces, como tenemos un caso, la congestión se particulariza al corazón y entonces el síncope toma un lugar preeminente. Con toda claridad lo prevee Oddo: al referirse a la invasión del pulmón por la dificultad de la circulación, dice que «con frecuencia también, y debido a la toxi-infección mejor que a las dificultades mecánicas, el corazón es invadido, pero en este caso el desfallecimiento cardiaco, el síncope, más bien que los trastornos periféricos, son los que constituyen la asistolia». Así ha ocurrido seguramente en nuestro caso de referencia.

En cuanto al caso de congestión cerebral que hemos consignado y cuya fisiopatología nos falta tocar, es explicable por la teoría de shok de Duret: la llegada de sangre en exceso al encéfalo determina una conmoción en sus centros más delicados y esenciales, en los centros bulbares, lo que determina el síncope de origen cere-

bral. Como se vé, el mecanismo de la muerte súbita en este grupo se reduce en último término a asfixias y síncofes cardiacos y cerebrales.

Pensando cuales serían las causas primeras de los mencionados procesos, encontramos que se reparten así:

Indeterminada.....	1
Grippe.....	3
Alcoholismo.....	14

El alcoholismo aparece como la causa más frecuente de este grupo, y su elevado porcentaje es toda una revelación funesta. Ahora encontramos explicada la asociación insistente con las lesiones hepáticas, cardiacas y estomacales que hemos constatado, la preferencia por la raza indígena que vive tan dada a la bebida y la ausencia entre los amarillos que, como es notorio, no beben.

Como hemos visto, lo que ya había sido indicado por un profesor francés, el alcoholismo actúa cual causa predisponente para diferentes géneros de muerte, de muertes súbitas en particular. Nos ha sido difícil despistar la causa determinante, pues en solo corto número de casos hemos certificado el alcoholismo agudo; pero, con toda la probabilidad, un golpe de frío ha estado de por medio en la mayoría de los demás.

Esta etiología ética constituye un argumento más en favor de una seria profilaxia antialcohólica. La intemperancia se muestra implacable y sorpresiva en sus mortales consecuencias y una de las mejores pruebas de ello está dada quizás por la determinación que acabamos de hacer de su contribución a la muerte súbita.

En la conducción de la autopsia son de aprovechar los buenos consejos que da a este respecto el profesor Devergie: la apertura del cadáver sin efracción de los grandes vasos, la reparación atenta en el color del pulmón, el exámen in situ de las vísceras torácicas, abdominales y craneanas, el estudio de la repartición sanguínea en los órganos, principalmente en las cavidades cardiacas y en las arterias y venas pulmonares, etc. Son esquisiteces autópsicas que constituyen elementos de primera importancia en las investigaciones sobre la muerte súbita.

Pocas veces dan lugar los sucesos referentes a este grupo a cuestiones médico-legales, como que generalmente se trata de alcohólicos averiguados o de casos en los que el etilismo se ha manifestado sin alguna duda; en tales circunstancias huelga la sospecha del crimen.

Menos favorecido que los demás, el **cuarto grupo** de muertes súbitas solo cuenta con cuatro casos; comprendiendo los procesos que han estallado en el tramo gastro-intestinal y cuyo modo de actuar es el de las intoxicaciones—en esta vez sobreagudas,—encontramos en él:

- 1 caso de dilatación aguda del estómago,
- 2 casos de perforaciones intestinales y
- 1 caso de apendicitis.

El caso de dilatación aguda del estómago con oclusión duodenal, (Nº. 44), por demás interesante, ha sido objeto de un estudio especial por nuestra parte,—publicado en los Anales de la Facultad de Medicina,—haciendo un esbozo etio-patogénico del desarrollo morboso. Para no repetirnos, a él nos referimos: allí dejamos constancia como este sujeto robusto, sin ninguna otra lesión apreciable, se intoxica; partiendo de una gastritis con parálisis de la innervación gástrica y la dilatación consiguiente, le sigue la sobre-distensión por aereofagia neurósica, luego la constitución de la brida mesentérica por rechazo del intestino y el cierre del duodeno en consecuencia, en fin la oclusión gastro duodenal por constitución de la válvula del cardias, apta para la entrada del aire y no para la expulsión; y como resultado de todo, la muerte súbita por autointoxicación. Creemos que el tóxico se haya encontrado en la bebida o en los alimentos ingeridos.

Los dos casos de perforación intestinal, (Nos. 45 y 46), presentan la solución de continuidad en el ileon, cerca del ciego; en ambos se ha podido apreciar el trabajo perforante de dentro a fuera y la multiplicidad de las ulceraciones, en ambos existía una hepatomegalia manifiesta y derrame pleural del lado derecho; en uno de ellos se encontró una pericarditis con dilatación de la aurícula derecha. Ponemos estas perforaciones en cuenta de la tifoidea por los caracteres generales de la autopsia, y en cuanto a su mecanismo mortal, puede ser debido a un reflejo inhibitorio por vía del neumogástrico o del simpático, originados por la irrupción violenta de materias extrañas en el peritoneo, con la distensión graseosa y el rechazo del diafragma consiguiente; al síncope que produce el dolor en sujetos predispuestos con agotamiento nervioso—tal cual sucede en la muerte súbita por una crisis de cólico hepático—y que del cerebro viene a actuar enseguida sobre el corazón; o por una toxi asistolia directa, como se atestigua en uno de los casos referidos y vamos a certificar en el siguiente. Por lo demás, sabemos la gran repercusión del simpático abdominal sobre los núcleos bulbares del neumogás-

trico, que gobierna a su vez también el corazón. Las experiencias fisiológicas comprueban esta patogenia.

El caso de apendicitis gangrenosa (Nº. 47) y muerte súbita, que se presentó en un chino adulto y fuerte, tenía al abrir la cavidad abdominal ese aspecto poco o nada purulento que dan las peritonitis sobre agudas hipertóxicas, en medio de una general normalidad de sus otros órganos. Su fisiopatología, análoga a uno de los casos anteriores, ofrece los signos de la asistolia,—corazón dilatado especialmente en la aurícula derecha,—al mismo tiempo que los caracteres de la sangre envenenada, negra y fluída. El trastorno cardiaco resulta aquí de la acción del tóxico o de la influencia refleja de la lesión por vía simpática, que va a actuar sobre el plexo cardiaco.

Como hemos visto, en los casos de este grupo, el tóxico envenena al sujeto por ataque general rápido, actuando directamente sobre los centros vitales del cerebro, cual corresponde al primer caso; o determina un síncope doloroso reflejo por vía simpática hácia el corazón; o procede por asistolia, como lo hemos establecido en los dos últimos, con acción especial sobre el centro cardiaco. Otras veces, puede la asistolia plantearse por acción refleja, también por vía simpática (por sus raíces espinales y por el gánglio torácico superior) sobre el plexo pulmonar, determinando una vaso contricción pulmonar.

Las causas eficientes han sido en este grupo:

Apendicitis.....	1
Intoxicación alimenticia....	1
Tifoidea.....	2

Las autopsias de estos casos son sencillas. La reparación de la lesión es fácil. A pesar de esto es inconveniente no dejar de explorar el estado de todas las vísceras. Ninguna cuestión médico legal hemos visto plantearse a propósito de los casos de este grupo.

Después de los cuatro grupos que hemos compuesto con nuestros casos, colocamos un **apéndice**, en el que incluimos a aquellos cuya fisiopatología no encuadra dentro de dichas agrupaciones y que por ser casos aislados no vamos a ponerlos en la misma categoría.

El caso de repleción traqueal (Nº. 48), a la que según las estadísticas de otros autores se debe muchas muertes súbitas, ocurrido en un párvulo de 2 años, lo incluimos recordando aquel caso de Corvisart (Nº. 122 de Brouardel), cuyo conserje, sorprendido por la visita de su ilustre jefe, se cayó muerto por haber querido ocultar que estaba comiendo, habiéndose encontrado a la autopsia el árbol

respiratorio lleno de las materias alimenticias. En nuestro caso, la causa de la brusca repleción ha sido seguramente la caída del niño de cabeza dentro de la acequia, no siendo una asfixia por sumersión, porque ninguno de los caracteres de ésta se encontraron, mientras la laringe, tráquea y bronquios se descubrieron repletos de materias alimenticias (arroz etc.), profundamente encajadas en las ramificaciones del árbol respiratorio y obturando en varios sitios su conducto. Seguramente la proyección de las materias se verificó por los gritos de desesperación del occiso. En cuanto a su mecanismo mortal es el de la asfixia por obstáculo mecánico, con la detención cerebral inmediata y la parálisis circulatoria subsiguiente.

Cerca del anterior, ponemos el caso de edema agudo del pulmón, (Nº. 49), porque su mecanismo es semejante, aunque sus causas sean tan diferentes. El edema agudo del pulmón también mata por asfixia. La invasión brusca del parénquima pulmonar por la serosidad produce un obstáculo mecánico a la hematosi y por un desarrollo análogo al que acabamos de indicar en antes, acarrea un rápido término fatal. En el caso de referencia creemos que la iniciación del proceso está en el alcoholismo, cuyas huellas autópsicas se han mostrado indudables. En la patogenia de esta clases de muerte hemos pensado en el papel que han de jugar los suprarrenales por el establecimiento de la hiperepinefria.

Del caso de muerte súbita por peste bubónica (Nº. 50), que cierra nuestra estadística, solo hemos de decir, en vista de que no se ha encontrado ningún género de otras lesiones, que fué originado por una intoxicación masiva de los centros nerviosos, producida por una septicemia sobre aguda, debida a una hipervirulencia de los gérmenes de Yersin o a una falta de defensas del sujeto atacado. En estas condiciones, un síncope inhibitorio mortal surjido de aquella determinó el rápido término fatal.

Hecho este exámen por grupos vamos a hacer un estudio de conjunto de los diferentes casos.

Repartiendo los cincuenta casos según su frecuencia, obtenemos el siguiente cuadro:

Alcoholismo . . . . .	7
Cardiorenales . . . . .	6
Rupturas del bazo . . . . .	5
Pleuroneumonias . . . . .	4
Aneurismas de la aorta . . . . .	3
Miocarditis . . . . .	2
Insuficiencia aórtica . . . . .	2
Arterioesclerosis . . . . .	2

Congestión pulmonar.....	2
Neumonias alcohólicas.....	2
Perforaciones intestinales.....	2
Ruptura del corazón.....	1
Ruptura de la aorta.....	1
Hemorragia cerebral.....	1
Desgarro venoso.....	1
Embarazo ectópico.....	1
Bronco neumonia.....	1
Grippe.....	1
Congestión cerebral.....	1
Dilatación aguda del estómago.....	1
Apendicitis.....	1
Repleción tranqueal.....	1
Edema agudo del pulmón.....	1
Peste bubónica.....	1

Como se vé, dentro de los diagnósticos señalados, ganan en frecuencia, el alcoholismo, los cardiorrenales y las rupturas del bazo respectivamente.

Si investigamos la **etiología** de cada uno de los casos y los agrupamos, tenemos en orden de mayor abundancia, la relación que va en seguida:

Alcoholismo.....	15
Brightismo.....	7
Paludismo.....	5
Sífilis.....	4
Reumatismo.....	3
Grippe.....	3
Tifoidea.....	2
Arterio esclerosis.....	2
Indeterminada.....	2
Tuberculosis.....	1
Hemofilia.....	1
Mecánica.....	1
Malformación.....	1
Apendicitis.....	1
Peste.....	1
Intoxicación alimenticia.....	1

Luego la causa más frecuente aparece ser el alcohol, por gran mayoría, siguiéndola el Mal de Bright y el paludismo

Reunamos ahora los **mecanismos** mortales conforme a los que hemos encontrado que han terminado los casos estudiados; y obtenemos este resultado:

Congestiones pulmonares.....	16
Asistolias.....	14
Hemorragias internas.....	13
Intoxicaciones.....	3
Asfixias.....	2
Congestión cardiaca.....	1
Congestión cerebral.....	1

De donde resulta claramente que la patogenia más en boga de muerte súbita es la de congestión pulmonar, viniendo muy enseguida la asistolia y la hemorragia interna.

«Si, como dice Legrand du Salle, se remonta el mecanismo de la muerte, han de referirse todas las muertes a la conmoción del sistema nervioso, al síncope o a la asfixia». Así lo hemos podido establecer en el curso de nuestro estudio. Volvemos al «**tripode vital**» de Bichat, proclamado en su obra sobre la vida y la muerte: siempre se muere en última instancia, por el cerebro, el corazón o el pulmón.

Hemos investigado la relación de los casos estudiados con las diferentes **épocas del año**. Al hacerlo no hemos seguido el ejemplo de otros autores, quienes han considerado, en esta comparación, todos los procesos; creemos que solo debemos tener en cuenta al establecer ésta, aquellos casos en que pueda tener alguna influencia la estación.

Así en el cuadro siguiente, no consideramos sino 31 de los 50 casos estudiados. Consignaremos los datos de marzo de 1918 (nuestras observaciones emanan del 15 de febrero en que se fundó la nueva Morgue) a febrero de 1919.

1918. Mar.	,-
Abr.	
May.	,-, -, -, -, -, -, -, -
Jun.	,-, -, -, -, -
Jul.	,-
Ago.	,-
Set.	,-
Oct.	,-, -
Nov.	,
Dic.	,
1919 Ene.	
Feb.	,, -,

Salta a la vista que los casos de muertes súbitas se han marcado por su abundancia en los meses de mayo y junio, lo que no deja de estar en relación con el mecanismo más frecuente que acabamos de constatar, desde que entre nosotros es la época de los primeros fríos. Por lo demás, la epidemia de gripe que atacó a la ciudad en los meses finales del año pasado, no se ha marcado absolutamente

También hemos buscado el porcentaje relativo con respecto al **sexo** de los fallecidos súbitamente y obtuvimos este dato:

Hombres.....	76 %
Mujeres.....	24 %

La muerte súbita tiene especial predilección por el sexo masculino y esto no es de extrañar dadas las causas y circunstancias que hemos establecido.

La preferencia por denominadas **edades** resulta del cuadro comparativo que ponemos a continuación:

0 a 9 años	,-
10 a 19	,,
20 a 29	,, ,-, -, -, -, -, -
30 a 39	,, ,-, -, -, -, -, -
40 a 49	,, ,-, -, -, -, -, -, -, -, -, -
50 a 59	,, ,-, -, -, -, -

60 a 69	„	,-, -, -, -, -, -, -, -, -, -
70 a 79	„	,-, -, -

Se observa una marcada predilección por los adultos. No hemos observado muertes súbitas por debajo de la edad de 2 años y más allá de los 75. Las decenas más favorecidas son las de 40 a 49 y de 60 a 69 años.

En cuanto a las **razas**, obtenemos la repartición siguiente:

Indígenas.....	19
Mestizos.....	15
Blancos.....	8
Negros.....	6
Amarillos.....	2

Más o menos en relación con el número de sujetos de las diferentes razas que pueblan nuestras regiones, quizás un tanto exageradas para Lima en los indios y poco abundante en chinos.

Respecto a las profesiones, que hemos consignado en cada caso, hemos de indicar que se refieren sobretodo al elemento obrero, notando una variedad tal de oficios, que no podemos señalar preferencia por alguno.

En fín, la averiguación del **estado civil** de los muertos súbitos, nos revela una especial preferencia por los solteros.

Hemos investigado insistentemente la presencia de **adherencias pleurales**, a las que Lacassagne dá mucha importancia como elemento coadyuvante: las hemos encontrado en 66 % de los casos; no así la **repleción estomacal**, indicada con igual carácter por el mismo autor, que solo raramente hemos constatado.

Entre los cincuenta casos que hemos seleccionado, conforme al criterio expuesto en un artículo anterior, (Publicado en la Revista de Psiquiatría), se encuentran unos pocos casos (5) que podemos calificar de **pseudo muerte súbitas**; éstas, a las que algunos autores, injustificadamente en nuestro parecer, asignan las muertes por inhibición, son aquellas en que una noción anterior,—como la existencia de una epidemia (casos 26, 28, 33 y 35),—o un informe posterior—como la comprobación de un diagnóstico médico (caso 23)—han debilitado en nuestro juicio su carácter súbito, que además de la falta de traumatismo mortal o de envenenamiento grave, requiere la

clandestinidad de la causa morbígena y la apariencia de perfecta salud.

Por otra parte, además de los casos registrados que forman la documentación anexa, hemos tenido que desechar otros (14), que ni siquiera llegan a los límites de las muertes súbitas falsas, sino que sencillamente no pertenecen a esta clase de muerte; lo hemos expresado llamándoles **muertes súbitas desechadas**, porque, apesar de que en el parte policial se les calificaba de tales, en la relación del suceso o en las investigaciones autópsicas hemos encontrado las huellas de una enfermedad larga,—imposible de haber pasado desapercibida si un ojo médico la hubiese visto,—o de un desastre violento, oculto, sólo por obra de un examen superficial. Entre estas muertes súbitas rechazadas, no obstante la opinión profesional, (rápida y algidamente producida), las noticias de los diarios y el parte de policía,—en el que se hablaba de un ataque cardiaco,—se encuentra el caso de aquel sujeto muerto en el patio de la casa de un alto personaje político durante las últimas elecciones, que remitido a la Morgue con la nota que hemos aludido, le encontramos una herida de bala que había perforado la aorta acarreando un fin rápido.

(Continuará)

