Anales de la Academia de Medicina de Medellín

Fundada en 1888

TERCERA EPOCA – VOLUMEN I – NUMERO 7

ENERO – FEBRERO – 1945

BEDOUT – MEDELLIN.

ANALES DE LA ACADEMIA DE MEDICINA DE MEDELLIN

FUNDADA EN 1888

REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA

TERCERA EPOCA { VOLUMEN I / NUMERO 7

PORTE REDUCIDO EN EL SERVICIO POSTAL INTERIOR — LICENCIA No. 1143

ENERO — FEBRERO — 1945

DIRECTOR, DR. JOSE J. DE LA ROCHE
PRESIDENTE DE LA CORPORACION.

REDACTORES:

Dr. GUSTAVO GONZALEZ OCHOA
Profesor de Clínica Infantil — Médico Jefe del pabellón Clarita Santos — Secretario de la Academia.

Dr. ALFREDO CORREA HENAO
Profesor de Anatomía Patológica. Director del Dpto. de Anatomía Patológica de la Facultad de Medicina.

Dr. ALONSO RESTREPO
Ex-Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia.

Contenido:

Mononucleosis infecciosa.—**Dr. Juan B. Pérez Cadavid** 437
Salas de Espectáculos Públicos. — Informes **Dres. Eduardo Vasco y Alonso Restrepo**.... 459
Meditaciones Biológicas sobre la Muerte.—**Dr. Emilio Robledo** 467
Organo o Miembro.—**Dr. Julio Ortiz Velásquez** 475
Lista de Miembros de la Academia de Medicina de Medellín 482

Permanente:

La publicación de un artículo no implica que la Academia y el Comité de Redacción de estos Anales aceptan las ideas de su autor.

Dr. Juan B. Perez Cadavid

Mononucleosis infecciosa

Definición

La Mononucleosis Infecciosa, llamada también Fiebre ganglionar de Pfeiffer, Angina Monocítica de Schultz y Linfadenosis Benigna, es una enfermedad infecciosa, aguda o subaguda, caracterizada clínicamente por aumento de linfocitos atípicos y por una serología positiva para la aglutinación de glóbulos rojos de carnero.

ETIO-PATOGENIA

Es una enfermedad universal que ataca de preferencia los niños y adultos jóvenes, con mayor predilección los del sexo masculino.

El agente infeccioso es desconocido, algunos creen en un virus linfotropo como el Bacterium monocytogenes hominis de Nyfeldt, otros en un protozoario, el Toxoplasma de Bland, los demás sospechan como agentes de la enfermedad el estreptococo, bacilo diftérico, el de la influenza, como también la asociación fuso-espirilar de Vincent. El papel etiológico de estos últimos agentes es negado a su vez por muchos investigadores, concediéndoles sólo el de agentes secundarios.

El germen, más seguramente un virus, penetra al parecer por las vías respiratorias y digestivas, atacando la red linfática de una manera extraordinariamente intensa y dando lugar a las adenopatías generalizadas o localizadas, tan constantes en la enfermedad.

La rapidez con la cual se propaga en los medios escolares y las manifestaciones catarrales superiores abonan la teoría de la "gota infectante" por la tos, estornudo, etc., como medio de contagio y diseminación.

SINTOMATOLOGIA

Es muy variada pues se observan signos y síntomas del sistema nervioso (cefalalgia, malestar general, dolores en lomos y extremidades, quebrantamiento generalizado, vértigos, espasmos, calofríos, sudores, fiebre); del sistema ganglionar (adenopatías generalizadas, dolorosas en alto porcentaje); del aparato digestivo (anorexia, náuseas, estomatitis, encías sangrantes, dolores abdominales, esplenomegalia); del aparato respiratorio (coriza, epistaxis, garganta sucia, amigdalitis, a veces membranosa, tos, catarro bronquial); del sistema ocular (fotofobia, conjuntivitis); de la piel (reacción urticariana, lesiones máculo-papulosas).

A pesar de este polimorfismo, en la enfermedad se destaca un cuadro clínico que es *básico:* me refiero a la fiebre, a las lesiones amígdalo-faríngeas, a las adenopatías, a la esplenomegalia y a los signos hemáticos tan característicos en esta entidad como más adelante se estudiará.

La incubación es corta, oscilando entre 5 y 15 días.

El comienzo, generalmente insidioso y gradual, con quebrantamiento generalizado, cefalalgia y a veces torpeza cerebral, dolores articulares y en los músculos, fiebre moderada, faringitis, adenopatías, náuseas y vómitos. En otras ocasiones el principio es brusco, mostrando fiebre hasta 39 y 40, sudores, postración y pocos signos físicos.

En su período de estado se comprueban:
los calofríos, a veces frecuentes y *la fiebre* atípica, apareciendo bruscamente, hasta 39 ó 40 y persistiendo varios días, otras veces oscilando entre 37½ y 40, correspondiendo los ascensos a los nuevos brotes ganglionares, u observando febrículas en las formas benignas como también períodos de apirexia de varios días de duración.

Esta fiebre irregular, dura generalmente de 3 a 8 semanas, acompañada de calofríos y sudores, sobre todo al comienzo, cefalalgia, malestar general, dolores en articulaciones y nuca, con una aceleración del pulso, de acuerdo con el alza térmica.

Los calofríos, fiebres y sudores, simulando un paludismo, aparecieron en las Observaciones Nos. 1 y 2. En la primera, el estado febril se prolongó 8 semanas.

La faringo-amigdalitis aparece rápidamente en el 78% de los casos. Las lesiones faríngeas van desde la rubicundez de

los folículos linfáticos hasta la faringitis eritematosa y granular propiamente dicha, acompañándose de un exudado blanco-amarillento, a veces difteroide. Las lesiones amigdalianas se presentan con simple rubicundez, tumefacción, angina folicular o membranosa.

A veces se observan lesiones aftosas y ulcerosas en las mucosas bucal y gingival.

La faringitis fue manifiesta en las Observaciones Nos. 1 y 2.

Las adenopatías no tardan en aparecer, iniciándose según la topografía de la lesión inicial; así en la forma anginosa, se comprueban las supraclaviculares, en la forma faríngea, las occipitales y cervicales profundas.

Estas adenopatías se generalizan con rapidez a las axilas, regiones inguinales, mediastino y retroperitoneo, apareciendo alzas de temperatura con cada brote ganglionar.

Los ganglios son duros o renitentes, de diverso tamaño, dolorosos en alto porcentaje y sin tendencia adhesiva a los planos profundos o superficiales. Cuando se desarrollan en las regiones mediastinal y retroperitoneal se traducen por sus síndromes respectivos o por algunos de sus síntomas como por ejemplo la tos ronca y el dolor abdominal.

La esplenomegalia es concomitante del brote ganglionar, el bazo es percutible en la inmensa mayoría de casos y palpable —de segundo grado— hasta en el 40%. Algunas veces las demás manifestaciones son mínimas y queda sólo la esplenomegalia como signo predominante.

Acompañando el crecimiento del bazo, se observa a veces la hepatomegalia con ictericia, dependiente ésta de hepatitis o de las adenopatías del hilo.

Las lesiones cutáneas como brote urticariano, escarlatiniforme, papuloso, se presentan en algunos casos, especialmente en los febriles que evolucionan a veces en tres períodos: prodrómico, exantemático y adenopático.

Más raramente se presentan *otras manifestaciones* como conjuntivitis y fotofobia, hemorragias nasales, coriza, abscesos retrofaríngeos, otitis, estomatitis, dolores abdominales, albuminuria, nefritis hemorrágica.

Las modificaciones hemáticas son tan características y patognomónicas en esta enfermedad que se detallarán ampliamente en el capítulo del diagnóstico.

La evolución dura de 3 a 8 semanas; manifestándose al principio como un paludismo o como una tifoidea; en ocasio-

nes, la preponderancia de ciertos signos y síntomas la muestra como una afección amígdalofaríngea, digestiva, adenopática, etc.

Por este hecho es necesario describir varias formas clínicas.

FORMAS CLINICAS

La forma anginosa, más común en adolescentes y adultos jóvenes, presenta rubicundez eritematosa en amígdalas y faringe, tumefacción amigdaliana, amigdalitis folicular y seudomembranosa, con exudado blanco-amarillento. Las anginas monocíticas descritas como tales, corresponden a esta forma clínica.

La forma respiratoria se caracteriza por lesiones faríngeas predominantes con eritemas, ulceraciones, falsas membranas, faringitis granulosa y por manifestaciones infecciosas del tramo respiratorio como cefalalgia, coriza, malestar general, tos coqueluchoide, catarro bronquial y dolores en el pecho dependientes de las adenopatías traqueo-brónquicas.

La forma ganglionar o adenopática que ataca especialmente a los niños está caracterizada por la preponderancia de las adenopatías cervicales, axilares, inguinales, mediastinales y retroperitoneales. Las manifestaciones febriles, anginosas y esplénicas son poco pronunciadas y para llegar al diagnóstico es preciso el examen de la sangre.

Las formas abdominales, de comienzo brusco, presentan anorexia, náuseas, vómitos, diarreas, dolores abdominales provocados por las adenopatías, pudiendo simular una apendicitis u otra afección abdominal.

Las esplenomegálicas, cuando el crecimiento del bazo es el signo capital, apareciendo a veces adenopatías y ligeras manifestaciones faríngeas. En estas formas es indispensable el examen sanguíneo, sin el cual el diagnóstico es incierto.

La forma febril, más propia de los adultos, se presenta como un estado infeccioso, generalmente prolongado y evolucionando a veces en tres períodos: el prodrómico con astenia, quebrantamiento generalizado, fiebre, sudoración moderada, coriza y faringitis, apareciendo luégo el exantema urticariano o las lesiones máculo-papulosas y por último las adenopatías que rápidamente se generalizan.

Estas formas simulan la tifoidea, especialmente antes de la aparición de las adenopatías.

Las formas insidiosa y brusca, caracterizada la primera por un principio de varios días de duración, con astenia, quebrantamiento generalizado, cefalalgia moderada, a veces rinofaringitis y sudoración moderada y la segunda por un comienzo agudo, con calofríos, fiebre alta y sudoración profusa, simulando un paludismo agudo.

En ambos casos, las adenopatías, esplenomegalia, lesiones faríngeas y cuadro hemático son característicos.

DIAGNOSTICO

El diagnóstico de esta enfermedad se hace por:

1—El cuadro clínico infeccioso.

2—Por el examen hemático.

3—Por el examen serológico.

4—Por la punción esternal.

5—Por la diferenciación con las demás enfermedades.

La *presunción diagnóstica* se tiene ya con la instalación de una sintomatología infecciosa, acompañada de angina, adenopatías, esplenomegalia, reacción febril con una evolución de 4 a 8 semanas.

El *diagnóstico positivo* se hace unas veces, se confirma en otras, con el cuadro hemático, característico en la enfermedad, confirmado por la aglutinación específica de los glóbulos rojos del carnero.

Cuadro hemático.

Los glóbulos rojos y la hemoglobina no están modificados en procesos de corta duración. En las convalecencias largas se desarrolla una anemia que persiste varios meses.

Las plaquetas tampoco están modificadas sino en casos prolongados donde aparecen fenómenos hemorrágicos por alteración de ellas.

En los glóbulos blancos es donde reside la principal modificación, no sólo en la cuenta total sino también en la diferencial.

La total no es constante ni típica, pues unos enfermos desarrollan una leucopenia (2, 3, 4 mil), otros una leucocitosis de 10 ó 20 mil, especialmente en el período de adenopatías, con rebaja en la tercera o cuarta semana.

La cuenta diferencial es la más notable en el cuadro sanguíneo, pues es constante y típico el marcado cambio hacia

un AUMENTO DE MONONUCLEARES a expensas de los neutrófilos.

Este aumento incluye tanto monocitos como linfocitos, los primeros a veces en número normal, los LINFOCITOS SIEMPRE AUMENTADOS entre un 50 y 90% (en lugar de 30%, cifra normal). Los pro-linfocitos que normalmente no aparecen en la sangre normal, tienen aquí un aumento entre el 1 y el 20%.

Esta leucocitosis linfocitaria es más intensa en las formas febriles y esporádicas y puede persistir durante meses después del ataque inicial.

EL LINFOCITO DE LA MONONUCLEOSIS no es el mismo de la sangre periférica normal; es un *linfocito ATIPICO*, con diversas características, tanto en el protoplasma como en el núcleo. El tamaño es más o menos normal.

El protoplasma, más desarrollado que el del linfocito normal, es basófilo, apareciendo de color azul oscuro, en lugar de azul claro, algunas veces con gránulos azurófilos y mostrando como detalle muy importante la aparición de VACUOLAS, dando el llamado "linfocito espumoso".

El núcleo, en las células de mayor tamaño es con frecuencia excéntrico, llenando a veces toda la célula y en lugar de ser redondo u ovalado como en el linfocito normal, presenta con mucha frecuencia LOBULACIONES. Otra de las características se encuentra en la cromatina nuclear formada de gruesos cordones y masas dando una apariencia nebulosa.

En los linfocitos pequeños se ha descrito más recientemente otro rasgo muy especial, el de las FENESTRACIONES NUCLEARES que lo hacen aparecer como provisto de multitud de nucleolos.

Resumiendo las características, se puede afirmar que el linfocito de la Mononucleosis es una célula un poco más grande de la normal, con un protoplasma espumoso por las vacuolas, con un núcleo a veces excéntrico, de cromatina densa, lobulado y fenestrado.

Serología.

(Reacción de aglutinación heterógena.—Reacción de Paul Bunnell).

El test anticuerpo heterógeno es un viejo procedimiento de diagnóstico para la Mononucleosis infecciosa. Está basado

en la existencia de anticuerpos, como lisinas y aglutininas que se encuentran en la sangre de conejos inyectados con varios tejidos de gato, caballo y conejillo de Indias, los cuales aglutinan los glóbulos rojos del carnero.

Estudios en sangre humana normal muestran también la presencia de dichos anticuerpos, llamados heterógenos, los cuales tienen el poder aglutinante para las células rojas de carnero a un título que no pasa del 1x 8. Otros investigadores encontraron un mayor poder aglutinante, hasta el 1 x 64, en individuos tratados por suero de caballo o en enfermedad del suero.

En 1932, Paul y Bunnell encontraron una aglutinación mayor en enfermos de Mononucleosis infecciosa y después de muchos experimentos en enfermedades diferentes, ninguna tuvo un título de aglutinación mayor del 1 x 32. La reacción se considera positiva por encima de este título, lo cual le confiere el carácter de especificidad.

En la Observación número 1, la aglutinación practicada en pleno período de estado, reveló una aglutinación del 1 x 448. El 9 de Agosto, es decir 40 días después y en convalecencia, el título bajó al 1 x 56.

Punción esternal.

Fuera del aumento de linfocitos y prolinfocitos sobre el nivel normal (10% de los primeros y de los segundos), la punción esternal no suministra datos importantes para el diagnóstico positivo de la enfermedad. Sí tiene importancia en el diferencial con la leucemia aguda linfática y con la linfocitosis aguda infecciosa como se verá más adelante.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Hecho ya el diagnóstico positivo de la enfermedad, es necesario revisar el diferencial con varias entidades con las cuales puede confundirse. Para facilitar este estudio, se puede dividir la Mononucleosis infecciosa en tres grandes grupos: el primero comprende aquellos casos de tipo febril, infeccioso; el segundo los anginosos y el tercero en el cual las adenopatías son predominantes.

Primer grupo: *Tipo febril, infeccioso.*

La Mononucleosis de tipo infeccioso puede confundirse clínicamente con Paludismo, Septicemias, Leucemias agudas, Gra-

nuloma maligno, Tuberculosis ganglionar del niño, Influenza, Tifoidea, Tifo exantemático, Dengue, Tiroiditis epidémica, Linfocitosis aguda infecciosa.

Con Paludismo.

La Mononucleosis de comienzo brusco, con calofríos, alzas fuertes de temperatura y sudoraciones puede confundirse fácilmente con el paludismo no sólo por estas manifestaciones sino también por la esplenomegalia, signo constante en ambas enfermedades.

La diferenciación no es difícil con un examen metódico, el cual demostrará que al lado de los síntomas seudo-palúdicos, aparecen rápidamente las manifestaciones de faringitis y adenopatías generalizadas, signos que no son propios del palúdico. Si esto no es suficiente, la prueba terapéutica y la investigación sanguínea ayudarán en último caso a establecer un diagnóstico acertado.

Con las Septicemias.

La Mononucleosis de tipo infeccioso puede confundirse con una Septicemia, porque en ambas enfermedades existe un proceso febril, manifestaciones de orden cutáneo y un aumento leucocitario.

Se diferencian, porque en la primera, al lado de la sintomatología infecciosa, aparecen las lesiones faríngeas, ganglionares, esplenomegálicas, las cuales llevan al diagnóstico; en la segunda, la puerta de entrada (médica, puerperal o quirúrgica), la fiebre persistente y sin localizaciones y la gravedad del estado general hacen sospechar la naturaleza de la enfermedad. El diagnóstico puede ser un poco más difícil en la septicemia post-anginosa, nacida de un absceso amigdaliano, pero en este caso, la aparición de calofríos intensos, de fiebre alta, de toxicidad extrema y de focos embólicos en las distintas vísceras ponen seguramente al clínico sobre la vía del diagnóstico.

Si a pesar de todo no se llega a una conclusión diagnóstica, el examen de sangre borrará las dudas, mostrando en la Mononucleosis, la linfocitosis atípica, y en las Septicemias una leucacitosis con preponderancia de elementos neutrófilos, sin maduración completa, dando un índice de Arneth desviado a la izquierda. Además el hemocultivo es positivo para varios gérmenes.

Con las Leucemias (especialmente Linfoide).

La Mononucleosis, tipo febril, se confunde con la Leucemia aguda, porque en ambas enfermedades puede existir el principio agudo y febril con angina, adenopatías, esplenomegalia y leucocitosis.

Se distinguen fácilmente porque en la Leucemia la fiebre es más alta y sostenida; la angina es intensa, volviéndose necrótica, ulcerosa o difteroide; aparecen hemorragias importantes y repetidas por la trombopenia y signos de una anemia intensa con evolución fatal.

La leucocitosis llega a extremos de 500.000, formada por el leucoblasto o hemocitoblasto, es decir una célula indiferenciada, embrionaria, primordial, la cual puede ser de la serie mieloide, linfoide, monocítica y plasmacítica; células sin maduración, de núcleo mayor, con red cromatínica delicada y rodeado de fina orla protoplásmica muy diferente del elemento linfocitario atípico de la Mononucleosis.

Además, la reacción de las peroxidasas de la sangre es positiva en la leucemia y negativa en la Mononucleosis.

Esta es una reacción de coloración de sangre obtenida con soluciones de sulfato de cobre, de bencidina y peróxido de hidrógeno.

Sirve en el laboratorio para diferenciar las células de la serie mieloide o granular, de la linfoide o no granular, sobre todo cuando existen elementos sin maduración.

Con ella, los glóbulos rojos aparecen de color rosado, los linfocitos rojos y los granulocitos de color azul oscuro.

Con Granuloma maligno.

La confusión con esta enfermedad es debida a la reacción febril, a las adenopatías, esplenomegalia y linfocitosis (ésta inconstante).

Se diferencia porque en el Linfogranuloma la fiebre es recurrente, con períodos febriles y apiréticos de 5 a 15 días de duración, dando una especie de fiebre ondulante; las adenopatías están más desarrolladas, de consistencia elástica, indoloras, sin adherencias a la piel ni a los planos profundos; la esplenomegalia aparece especialmente en el período de generalización, dando un órgano de superficie abollada por las nudosidades granulomatosas; la evolución es progresiva, lenta, fatal.

El examen hemático completa el diagnóstico dando en el Granuloma ya sea leucopenia, ya leucocitosis neutrófila o linfocitaria, ya una eosinofilia hasta del 20% en las fases febriles. En la Mononucleosis predomina siempre su fórmula típica, de linfocitos anormales por su núcleo lobulado, fenestrado y por su protoplasma con vacuolas.

Con la tuberculosis ganglio-pulmonar del niño.

Esta clase de tuberculosis que evoluciona hacia una generalización adenopática o hacia una diseminación miliar puede confundirse con la Mononucleosis infecciosa por las modificaciones de temperatura, entre 37 y 39, por las adenopatías que se presentan con frecuencia, por la tos, la esplenomegalia y la linfocitosis.

Un examen metódico de antecedentes, de signos pulmonares, de manifestaciones cutáneas y óseas, de los signos de impregnación tuberculosa como la anemia, astenia, enflaquecimiento, del curso evolutivo dando la localización tuberculosa, permite en la inmensa mayoría de los casos establecer el diagnóstico acertado. Si esto no es suficiente, la investigación de orden hemático permite resolver el problema.

Con la Gripa.

Muchos casos de Mononucleosis empiezan bruscamente como una infección gripal de las vías respiratorias superiores y por este motivo pueden confundirse con ella.

Pero en ésta se presenta la rubicundez del paladar, istmo de las fauces y amígdalas acompañada de picor, estornudos, tos seca primero y luégo húmeda, quebrantamiento generalizado, inflamación nasal, cuadro clínico que se resuelve en dos o tres días y nunca se acompaña de adenopatías, esplenomegalia. Al examen de la sangre se encuentra una marcada leucopenia.

Con la fiebre tifoidea.

La Mononucleosis de tipo febril franco puede confundirse con una fiebre tifoidea porque en ambas la reacción térmica se sostiene en las vecindades de 39, el abdomen es doloroso, la esplenomegalia es constante, las manifestaciones bronquiales son frecuentes, las lesiones cutáneas son de tipo papuloso y la leucocitosis puede presentarse en ambas.

Pero a pesar de esta sintomatología en común, es fácil establecer la diferenciación clínica, pues en la tifoidea, después

del período prodrómico se instala un cuadro clínico, casi patognomónico.

Así, la *fiebre* es sostenida, asciende en escalera hasta colocarse en las vecindades de 39 y 40 en el curso de 6 u 8 días, se mantiene a este nivel, con leves remitencias, durante una o dos semanas, desciende en la misma forma como ha subido, es decir en escalera.

La *obnibulación* y cefalalgia establecidas en la primera semana son pronunciadas, calmando la última y aumentando la primera en las siguientes semanas.

Las manifestaciones *digestivas* con anorexia, lengua tifosa, aliento fétido, abdomen doloroso y distendido por gases, constipación y esplenomegalia son características.

Los signos *circulatorios* representados por la discordancia entre el pulso y la temperatura, la exageración del dicrotismo normal y la hipotensión arterial son propios de la afección.

Las lesiones *cutáneas*, aparecidas entre el sexto y séptimo días por brotes sucesivos y constituídas por la erupción de roseola o de manchas lenticulares, con carácter papuloso, son muy diferentes del brote urticariano o papuloso de la Mononucleosis.

El estado *tifoso* con apatía, indiferencia, delirio, alucinaciones o una intensa agitación con carpología como el estado adinámico, estuporoso, llegando a veces al coma, sólo se presenta en afecciones tíficas o en infecciones similares por su toxicidad.

La aparición de *complicaciones* de orden digestivo: enterorragias, perforación, hepatitis, ictericia, colecistitis; de orden circulatorio: endocarditis, con sus embolías cerebral y pulmonar, la miocarditis, la flebitis; de orden respiratorio como laringitis, bronquitis, neumonías, bronconeumonías; renales como nefritis albuminúrica, pielitis; las nerviosas como ataxia, adinamia, coma, meningotifo, parálisis diversas no se presentan nunca en infecciones como la Mononucleosis pero sí forman parte del cuadro clínico de la tifoidea.

Y por último el *cuadro hemático* tífico caracterizado por una leucocitosis durante los 5 primeros días, por una leucopenia neutrófila, con linfocitosis relativa al séptimo día, por la seroaglutinación de Vidal después de la primera semana, forma un conjunto muy diferente del observado en la Mononucleosis.

Con el Tifo exantemático.

Esta enfermedad puede confundirse con la Mononucleosis por la fiebre, alta en ambas, por el comienzo brusco, por la tos y síntomas bronquiales, por la erupción y por la leucocitosis.

Se diferencian porque en el tifo el comienzo es más brutal, con cefalalgia intensa, quebrantamiento general doloroso, fuerte congestión encefálica con meningismo, cara y conjuntivas inyectadas, fuertes congestiones gastro-intestinal y pulmonar. La erupción es francamente patequial, generalizada, y el período estuporoso es notable. La leucocitosis que se presenta está en favor de los polinucleares, elementos que están disminuídos precisamente en la Mononucleosis.

Además, los exámenes serológicos con el Weil-Felix positivo, quitan todas las dudas.

Con el Dengue.

También esta entidad es motivo diferencial por el período prodrómico doloroso y febril, por el catarro de las vías aéreas superiores, por el embarazo gástrico, el exantema polimorfo de placas urticarianas o de pequeñas manchas rojas simulando las de roseola y por la presencia de mononucleosis acusada con vacuolización de las células.

Se diferencian porque el Dengue es más francamente infeccioso, su estado prodrómico doloroso más agudo, acompañándose de cefalalgia intensa, de fuerte embarazo gástrico, de reacciones meníngeas, cilindruria y de leucopenia marcada a pesar del predominio de los mononucleares. Dicha leucopenia comprende neutrófilos y linfocitos.

Con la Tiroiditis (modalidad epidémica de la enfermedad de Chagas).

Es también motivo de error por la fiebre, a veces irregular en ambas, por las adenopatías generalizadas y por las esplenó y hepatomegalia.

Se diferencian fácilmente porque en la enfermedad de Chagas se presentan en el mismo período febril los edemas crepitantes, muy marcados en la cara y especialmente en los párpados, también la hipertrofia del cuerpo tiroides y las manifestaciones meningo-encefálicas por irritación piramidal fuera de las lesiones cardíacas, con extrasístoles, palpitaciones, arritmias.

El laboratorio ayudará en último caso, demostrando en la Mononucleosis el cuadro linfocitario típico y en la tiroiditis epidémica el Xenodiagnóstico positivo para el Tripanosoma Cruzi.

Con la Linfocitosis aguda infecciosa.

Esta enfermedad aguda y contagiosa, producida quizás por un virus como la Mononucleosis, era descrita hasta hace poco como formando parte de las reacciones linfocitarias de la leucemia aguda linfática, de la Mononucleosis infecciosa y de las misceláneas infecciosas con aumento de linfocitos.

Las investigaciones más recientes permiten clasificarla aparte y darle autonomía por sus caracteres clínicos, hematológicos y serológicos.

En lo que hace referencia a la Mononucleosis, la sintomatología puede dar origen a errores pues en ambas se encuentran fiebre, dolores abdominales, rinofaringitis y leucocitosis.

Pero la diferencia se puede establecer muy claramente porque en la *Linfocitosis aguda* la temperatura y los síntomas de quebrantamiento sólo se presentan al comienzo o están ausentes; en la *Mononucleosis* persisten generalmente durante 3 semanas; las adenopatías y esplenomegalia no se presentan en la primera; son constantes, durante 3 semanas en la segunda; la cuenta blanca pasa de 20.000 por m. cc., es decir existe una hiperleucocitis cuyo promedio es de 50.000 o más; en la segunda no pasa generalmente de 20.000; la cuenta diferencial está constituída en la primera por neutropenia y linfocitosis pero éstos son pequeños y normales en citología; en la Mononucleosis también neutropenia y linfocitosis, siendo estos últimos atípicos por su protoplasma más desarrollado y con vacuolas y por su núcleo lobulado y fenestrado.

La punción esternal revela en la linfocitosis aguda un crecido número de linfocitos pequeños y normales con elementos mieloides y eritroblásticos; en la mononucleosis es normal, revelando ocasionalmente linfocitos atípicos. La reacción de Paul y Bunnell negativa en la primera, positiva en la segunda.

Segundo grupo.—*Tipo anginoso.*

La Mononucleosis de tipo anginoso se puede confundir clínicamente con difteria faríngea, angina de Vincent, angina folicular, agranulocitosis.

Con difteria faríngea.

La sintomatología de manifestaciones seudogripales, reacciones febriles, falsas membranas en amígdalas y vecindades y adenopatías cervicales se presta a error en ambas enfermedades.

El diagnóstico se hace porque en la difteria, las falsas membranas, ya sean circunscritas, confluentes o sépticas, están firmemente adheridas a su base y sólo se pueden desprender dejando una pérdida de sustancia sangrante; el estado general es malo, con postración e intoxicación profundas; la respiración ruidosa y difícil, disnea creciente, cianosis, tos ronca con cornaje y tiraje si el proceso se ha extendido hasta la laringe; manifestaciones cardíacas por lesiones rápidamente establecidas con miocarditis y dilatación de cavidades; anemia severa con hemorragias; albuminuria y cilindruria; colapso cardíaco, cerebro-tóxico, parálisis y muerte.

Con angina de Vincent.

Aquí también existen dudas por las falsas membranas, la reacción febril, el buen estado general y las adenopatías cervicales.

Esta enfermedad se distingue de la Mononucleosis porque en ella el proceso anginoso es más pronunciado en un lado que en el otro, a veces unilateral; las ulceraciones profundas y crateriformes con exudado gris verde, se presentan con relativa frecuencia; el olor del aliento es generalmente insoportable y característico; las adenopatías son unilaterales y poco pronunciadas y el laboratorio da la asociación fuso-espirilar.

Con la angina folicular.

Algunos casos de Mononucleosis se presentan con lesiones amigdalianas parecidas a las de angina folicular. Ambas pueden empezar por calofríos y fiebre alta, mostrar en las amígdalas enrojecimiento e hinchazón, puntos y exudados amarillentos, adenopatías dolorosas.

Se diferencian porque en la angina folicular el estado general está muy alterado; se presenta la disfagia, muchas veces por abscesos; la enfermedad dura sólo 5 ó 6 días; las adenopatías son unilaterales y por último el laboratorio da datos para una mejor diferenciación.

Con la Agranulocitosis.

También aquí pueden surgir dudas en el diagnóstico por la sintomatología similar: fiebre, lesiones inflamatorias en las mucosas bucal y faríngea, adenopatías cervicales, hepato-esplenomegalia.

Pero al examen clínico y de laboratorio hay diferencias fundamentales. En *la agranulocitosis* (llamada también angina agranulocítica, neutropenia y granulopenia malignas, angina pútrida, noma) existe el antecedente medicamentoso de aminopirina u otras drogas que contienen el grupo bencénico; de curas arsenicales o bismúticas, de salicilatos, piramidón o atofán; de tratamientos aúricos, por rayo X, torio X, causas todas que lesionan gravemente la medula ósea, formadora de granulocitos.

El estado infeccioso que aparece después de las causas atrás anotadas, es secundario y debido a la falta de la serie blanca granulocítica que permite una baja de resistencia orgánica y la invasión consiguiente de las mucosas por gérmenes como el estreptococo, estafilococo, neumococo, bacilo coli, etc.

En la marcha clínica de la agranulocitosis también se encuentran caracteres diferenciales bastante importantes como son: el síndrome toxi-infeccioso con fiebre brusca y quebrantamiento generalizado, cefalalgia, torpeza o agitación; oligoalbuminuria; disnea, vómitos y diarrea; el síndrome anginoso con simple amigdalitis, pero comúnmente con la formación de falsas membranas, debajo de las cuales existen ulceraciones necróticas y fétidas, lesiones que invaden con frecuencia el velo, paladar, encías, mejillas, maxilar inferior y esófago, pudiendo encontrar en ellas gérmenes diversos pero predominando el de Vincent; el síndrome hematológico constituído por la leucopenia neutrófila, hasta de 500 elementos por mm. cc. con linfocitosis relativa y con una marcada disminución de las células granulocíticas en la medula esternal. Además la evolución es fatal en el 90% de los casos.

Tercer grupo: *adenopatías predominantes.*

Cuando en la Mononucleosis predomina el infarto ganglionar, se puede confundir con Linfosarcoma, Granuloma maligno (ya estudiado), Leucemia linfática crónica, Adenitis tuberculosa, Roseola.

Con Linfosarcoma.

Esta enfermedad puede desviar el diagnóstico por las adenopatías, las ulceraciones que se presentan en su forma faríngea. Pero los cuadros clínicos son muy diferentes pues en la linfosarcomatosis no existe reacción febril de enfermedad infecciosa; las adenopatías son duras, adherentes a los planos profundos y superficiales, ulcerándose a veces, localizadas a determinada región fuera del examen hemático que revela una linfopenia y de la evolución, progresivamente fatal.

Con Leucemia linfática crónica.

Este tipo de leucemia por el hecho de presentar a veces en su comienzo una reacción febril, por sus adenopatías generalizadas, por sus signos digestivos y respiratorios y por su hiperleucocitosis de la serie linfática con su hepato-esplenomegalia, se presta a errores con las Mononucleosis.

Pero en ella, las adenopatías generalizadas están constituídas por ganglios más grandes, indoloros y sin tendencia inflamatoria, caracterizando por sí solas el único hallazgo patológico durante muchos meses; la aparición de signos generales hemorrágico-anémicos, digestivos, respiratorios, génito-urinarios y nerviosos y por el cuadro hemático el cual revela una hiperleucocitosis entre 100.000 y 500.000 con un predominio de la serie linfática (linfoblastos, prolinfocitos, linfocitos pequeños).

Con las adenitis tuberculosas.

Las adenopatías tuberculosas de la primera infancia que se presentan con características infecciosas, fueron tratadas atrás en el capítulo de Mononucleosis, modalidad febril.

Existe otro grupo, el de segunda infancia y adolescencia, el cual adquiere el rasgo de micropoliadenopatía, de escrófula o de masa ganglionar escrofulosa, el cual hay que diferenciar pues se acompaña de esplenomegalia y linfocitosis.

En la tuberculosis ganglionar de este tipo, existe siempre un cuadro clínico de enflaquecimiento, astenia, anemia, síndromes traqueobrónquico y retroperitoneal fuera de los signos locales que se observan, por ejemplo en las adenopatías cervicales, las cuales permanecen estacionarias un tiempo más o menos largo, adquiriendo a veces un carácter inflamatorio y supurativo, dando un absceso frío con caseificación, destrucción

de la piel, trayecto fistuloso y cicatriz queloidiana. Además la linfocitosis que se presenta aquí, es relativa, muy diferente del cuadro linfocitario de la Mononucleosis.

Con la Alfombrilla o Roseola.

El error depende de la reacción febril, del catarro nasofaríngeo y de las adenopatías.

A pesar de ello, el diagnóstico diferencial es muy fácil por la erupción exantemática aparecida al segundo día y por las adenopatías cervicales o generalizadas, dolorosas y de mayor tamaño que las de Mononucleosis. La evolución más rápida y el examen hemático mostrando las células plasmáticas, con núcleos en forma de rueda, ayudan a completar el diagnóstico.

NOTA.—*La linfocitosis de la tos ferina* se distingue fácilmente de la Mononucleosis por el cuadro clínico de crisis convulsivas, con asfixia y dilatación de la red venosa, con expulsión de mucosidades y vómito y la presencia de hemorragias conjuntivales.

Las linfocitosis relativas de enfermedades como la tuberculosis y sífilis, la de la malaria y fiebre de Malta, están acompañadas de una sintomatología que no permite el error.

PRONOSTICO Y EVOLUCION

El pronóstico es bueno. La evolución se cumple en 4 a 8 semanas, generalmente sin complicaciones.

TRATAMIENTO

Sulfas, anti-infecciosos, gluconato de calcio, extractos hepáticos, arsenicales como el licor de Fowler a la dosis de 30 gotas diarias, fuera de la medicación sintomática, es la terapéutica actualmente empleada lo que equivale a afirmar que la droga específica se desconoce. También se emplean los extractos de medula y el nucleinato de sodio.

OBSERVACIONES

Primera.

O. H. M., de 12 años; de padres sanos. Como antecedentes se encuentra el de un paludismo, el cual pasó al estado crónico por mal tratamiento y el de una amigdalitis crónica de la cual fue operada.

Enfermedad.

El 20 de junio del año 44 empezó por calofrío, fiebre, sudoración, quebrantamiento generalizado. Estas manifestaciones repitieron durante los cuatro días siguientes. Al segundo día de la enfermedad, en vista de la característica febril y de la esplenomegalia moderada, como del barrio donde vive (Avenida Juan del Corral), prescribí medicación antipalúdica, 1 gr. de sulfato de quinina diariamente.

Cuatro días después, en vista del fracaso de la medicación y de la aparición de nuevos síntomas como catarro bronquial con faringitis hiperhémica, anorexia, vómitos, dolor abdominal, adenopatías cervicales dolorosas y más franca esplenomegalia, pedí al Laboratorio la investigación del hematozoario y la numeración blanca, total y diferencial. Dicho examen dio el siguiente resultado:

Laboratorio Médico.—Dres. Misas y Jiménez.—Junio 27 - 44.

Leucocitos, 6.000 por mm c.—Hematozoario: negativo.

Neutrófilos	29%
Basófilos	0%
Eosinófilos	2%
Linfocitos	57%
Monocitos	12%
Anormales	0%

En vista de este resultado me di a investigar los motivos de la neutropenia y de la linfocitosis y vislumbré la posibilidad de una Mononucleosis infecciosa.

Practicado nuevo examen clínico encontré lo siguiente:

Fiebre de 37,2 en la mañana, de 37,6 en la tarde; garganta eritematosa; ganglios cervicales, axilares, inguinales, dolorosos; esplenomegalia de segundo grado; dolores articulares y en la nuca; región hepática ligeramente dolorosa, más la esplénica, también sensibilidad en la vecindad del ombligo; exantema papuloso en la piel del abdomen y en el pecho (sólo 8 elementos); pulsaciones 96 por minuto; anemia severa.

El cuadro clínico anterior coincidía con las descripciones de la Mononucleosis y para confirmarla acudí al mismo laboratorio para la reacción de cuerpos heterófilos y para la investigación citológica de los linfocitos. Dio el siguiente resultado el día 30 de junio.

Linfocitos de tamaño un poco mayor del normal, con protoplasma más claro y algunos con núcleos lobulados. En varios monocitos se encontraron vacuolas.

El suero de la enferma aglutinó fuertemente los glóbulos rojos de carnero, hasta diluciones al 1 x 448, es decir, la reacción de Paul y Bunnell fue francamente positiva.

Esta misma reacción fue practicada en plena convalecencia, el 9 de septiembre, dando una aglutinación positiva mediana hasta diluciones al 1 x 56.

La evolución de este caso duró 8 semanas; su comienzo simuló un paludismo, rápidamente el cuadro clínico se completó pues al lado de la fiebre, la cual duró exactamente 60 días, con bajas matinales hasta el límite normal y alzas máximas entre las 12 y las 4 de la tarde hasta de 38,4; se presentaron la faringitis, adenopatías, esplenomegalia, dolor abdominal, erupción, fuera de los datos de laboratorio concluyentes para el diagnóstico de la enfermedad.

Segunda.

A. L. M., médico, 29 años (Dres. David Velásquez y Alvaro Londoño M.).

"La enfermedad empezó a manifestarse con accesos febriles, acompañados de cefalalgia, calofríos, sudoración profusa, dolores abdominales y malestar general con insomnio y norexia.

La temperatura del principio fue alta, hasta 40, luégo osciló entre 37,3 y 39, presentándose una mayor elevación entre las 3 y 4 de la mañana y las 4 y 6 de la tarde.

Diez días después del comienzo aparecieron las adenopatías cervicales, las cuales se generalizaron, acompañadas de dolor y tos emetizante, producida ésta por las adenopatías traqueo-brónquicas. Varios días después aparecieron los dolores articulares, no muy intensos, la conjuntivitis con fotofobia y la faringitis. Del lado digestivo, la anorexia ya relatada, los dolores abdominales, la constipación y esplenomegalia. Es de advertir además que el estado general fue satisfactorio durante toda la evolución.

El Laboratorio demostró lo siguiente:

Cuenta blanca total, 15.200 x mm. c.

Cuenta diferencial

Neutrófilos	53%
Basófilos	1%

Linfocitos	34%
Monocitos	12%
Total mononucleares:	46%

Seroaglutinaciones, negativa para tíficos; investigación de hematozoario y espiroquetas negativa; Indice de Vélez y Resorcina negativos.

La reacción heterófila (Paul y Bunnell) fue francamente positiva. (En esta observación no se dio el título, como tampoco la citología de los linfocitos).

La convalecencia ha sido lenta. La evolución febril duró 40 días.

El 20 de agosto - 44 se practicó un nuevo examen de sangre, dando el siguiente resultado:

Cuenta total, 15.200 x mc.

Neutrófilos	55%
Eosinófilos	4%
Linfocitos	37%
Monocitos	4%

Examinada la citología de las células blancas dio vacuolas en linfocitos y monocitos.

El 4 de septiembre, nueva fórmula leucocitaria dando:

Cuenta blanca total, 16.100 x mc.

Cuenta diferencial

Neutrófilos	43%
Eosinófilos	7%
Linfocitos	40%
Monocitos	10%

(Esta Observación es copia fiel de la enviada por el enfermo).

Tercera.

(de los Dres. David Velásquez y Guillermo López V.)

E. S., natural y procedente de Barranca, de 40 años, soltero. Enfermedades anteriores: paludismo.

Enfermedad actual:

Hace 30 días le empezó con calofrío, temperatura de 38 y 39, con ligeras intermitencias. Presenta tinte subictérico, bazo palpable, hepatomegalia moderada y dolorosa, adenopa-

tías generalizadas, con ganglios duros, dolorosos, aislados, sin adherencias a la piel ni a los planos profundos. Estado anginoso.

Se le practican los siguientes exámenes de Laboratorio:

Hemograma.

Eritrocitos ..... 3.600.00 mmc.
Hemoglobina ..... 7 grs.
Volumen células rojas empacadas 40
Promedio volumen corpuscular.. 111 micrones cúbicos.
" Hemoglobina corpuscular 20 micromicrogramos
" concentración Hb corpuscular 17%
Ligeras anisocitosis y policromatofilia.
Leucocitos ..... 14.000 mmc.
Neutrófilos 7%
Linfocitos 89%
Monocitos 4%

Lectura:

Anemia macrocítica hipocrómica. Leucocitosis con gran linfocitosis.

Mielograma.

Mieloblastos 2%
Promielocitos 2%
Mielocitos neutrófilos 10%
" eosinófilos 3%
Metamielocitos 18%
" neutrófilos 5%
" eosinófilos 1%
Linfoblastos 5%
Linfocitos 53%
Monocitos 1%

Megaloblastos y normoblastos abundantes. Eritroblastos escasos.

TRATAMIENTO

Extracto de medula ósea, nucleinato de sodio, extracto hepático.

Mejora el estado general. Los síntomas desaparecen casi por completo.

25 días después:

Eritrocitos	5.000.000
Hemoglobina	12,50 grs.
V. C. R. E.	42
P. V. C.	84 micrones
P. H. C.	25 micromicrogramos
P. C. Hb C.	29%

Leucocitos	8.900
Neutrófilos	38%
Eosinófilos	4%
Basófilos	1%
Linfoçitos	52%
Monocitos	5%

El 10 de julio de 1943 regresó a Barranca en magníficas condiciones. Meses más tarde nuevo examen el cual reveló buen estado de salud.

Comentarios a este caso.

Considero indispensable y lógico hacer un comentario sobre la anemia macrocítica presentada por el enfermo.

Se afirma en todas las descripciones sobre Mononucleosis, que en ella no se presenta la anemia, sirviendo en parte este síndrome para el diagnóstico diferencial con las leucemias agudas donde sí es notable.

Pero en las Observaciones números 1 y 3, la anemia fue intensa y en la última, el Hemograma de Wintrobe, demostró plenamente la característica macrocítica-hipocrómica.

La macrocitosis puede explicarse en dicho enfermo por falta de almacenamiento o de utilización del principio antipernicioso A. P. debido a lesiones hepáticas —por el paludismo crónico— en la primera hipótesis o por el sufrimiento medular, —de orden infeccioso— en la segunda.

Esta última explicación parece la verdadera pues el Mielograma con sus reacciones mieloide y linfoide exageradas así lo atestiguan.

El mismo sufrimiento medular explica la hipocromía porque la medula lesionada en sus funciones de relleno hemoglobínico permitió la salida al torrente circulatorio de elementos rojos sin la suficiente coloración.

J. B. Pérez Cadavid

Octubre de 1944.

Dr. Eduardo Vasco
Dr. Alonso Restrepo

Salas de Espectáculos públicos

Informes

Señores Académicos:

El problema del cine que ha sido sometido a nuestra consideración es de gran actualidad y trascendencia; es más: es un problema de higiene social en el cual entran el aspecto general y el aspecto mental.

No sólo se ventila en él todo lo relacionado con los peligros del aire enrarecido por el exceso de anhídrido carbónico y la falta de ventilación adecuada; ni es tampoco cuestión únicamente de la manera como los cambios bruscos de luz y de temperatura afectan la visión y el aparato respiratorio, ni tampoco se trata solamente de las enfermedades transmitidas por factores muy frecuentes en los lugares públicos, no suficiente ni frecuentemente desinfectados, ni del peligro de esos lugares encerrados que no tienen salidas suficientes de emergencia, lo cual en un momento dado puede ocasionar una verdadera catástrofe.

El problema es mucho más grave y mucho más complejo, puesto que abarca, fuera de lo enunciado más arriba, la azarosa interrogación de cómo reacciona a la influencia del cine destinado al grueso público la psiquis del niño y del adolescente, y sobre todo la personalidad psicopática. Lo que quiere decir, que el asunto sometido a la consideración de la H. Academia, plantea cuestiones trascendentales que van desde los peligros de toda promiscua aglomeración en lugares encerrados y a los cuales tiene acceso libre toda clase de enfermos, hasta la misma etiología de la delincuencia y la neurosis, punto este último que paso a tratar muy someramente.

En primer lugar, hay qué reconocer que el cine responde a una necesidad psicológica cual es la de alimentar esa sed de fabulación y de ensueño que vive latente en la estructura espiritual del hombre; de allí su éxito sin medida, su influencia incontrastable y desgraciadamente también su enorme peligrosidad.

Con sobrada razón escribía el Dr. Gustavo Lebón: "si fuera dueño de los cinematógrafos del país, transformaría las costumbres y las creencias de todos los ciudadanos". Bien hubiera podido agregar el ilustre profesor que podría también agudizar la inteligencia, ampliar el radio de los conocimientos, apresurar el avance de las ciencias, robustecer la afectividad de las nuevas generaciones y aun meojrar la biología de ellas con un cine adecuado rigurosa y científicamente controlado, dirigido, no a la satisfacción de los apetitos inferiores, sino a altas y nobilísimas labores constructivas, tal como el que se emplea hoy en las industrias de guerra y que es el reverso de ese lodo camuflado que pasa por las pantallas de nuestros teatros y en el cual incuban todas las alimañas que han de morder hoy o mañana el cuerpo o el espíritu.

Aparentemente parece una gran audacia decir que el cine transforma la estructura somática del individuo. Pero las estadísticas son concluyentes: una niña sometida tempranamente a la excitación de películas realistas, sacada de un medio discreto y sin ninguna preparación para la vida, al ambiente sensual de la sala de cine, madura precozmente su sistema gonadial, despierta tempranamente sus instintos y apresura su menstruación. Lo mismo puede decirse de los jóvenes. El análisis del promedio de niños y niñas que frecuentan habitualmente las salas de cine, comparado con el de los que no lo hacen o las frecuentan muy de tarde en tarde, muestra que en los primeros es más precoz su desarrollo sexual, más viva y extensa aunque no más profunda su capacidad de comprensión y mucho más vulnerable su personalidad al imperativo de las tendencias inferiores. Esto en cuanto a los aparentemente normales.

Ahora: en cuanto a su influencia sobre los neurópatas que son legión entre nosotros, es sencillamente desastrosa; acentúa la hiperemotividad en los unos, la perversión en los otros, la fuga de la realidad y la apatía en los de más allá, y disminuye en todos ellos su capacidad de resistencia a las llamadas del instinto y a los choques y fracasos naturales de la vida.

Bien puede decirse que la capacidad intelectual de esta generación del cinematógrafo es superior a la anterior en cuanto a conocimientos generales y a experiencias adquiridas, pero es inferior en el esfuerzo de concentración, en la tenacidad ante la dificultad y en cuanto al sentido de responsabilidad.

Sencillamente porque el alimento que reciben, es decir, la nutrición del cuerpo y del espíritu es deplorable: dejan de consumir, aunque los tengan, alimentos indispensables a la estructura y conservación del soma, para hartarse de excitantes que queman inútilmente las energías hormonales y vitamínicas en las salas de cine, en los cafés de moda y en los contactos epidérmicos bajo la semioscuridad de la ventana celestina.

Hay personas que necesitan el cine, como otras el café y otros estímulos; tal pasaría, por ejemplo, con los hipotiroidianos y los vagotónicos en general, pero

la gran mayoría de nuestras gentes son impresionadas en forma intensa por el cine.

Localizando el problema a la infancia y a la adolescencia, la cuestión se hace mucho más espinosa porque en ellas el cine va a perturbar el flujo y reflujo de aquella conciencia naciente; porque va a acentuar y a hacer más peligrosas las conmociones de la pubertad y porque le va a dar armas de dudosa moral a un ser en quien no se han formado todavía firmemente los resortes morales y por tanto no puede aplicar los controles en el momento necesario; porque la mayor parte de las cintas que van a pasar ante sus ojos, son ejemplos de disolución y de crimen, y porque va a creer que en la vida real como en el cine, la ciencia y la fortuna se conquistan en un día, y esto lo volverá un arribista que quiere llegar pronto sin importarle los medios; porque va a exaltar hasta lo imposible su imaginación, quitándole intensidad a las otras funciones de la inteligencia y porque al exacerbar su irritabilidad nerviosa, debilita su voluntad, quebranta su salud y por lo tanto disminuye su rendimiento escolar.

Porque hay que convenir que la casi totalidad de las cintas que pasan en nuestros teatros, no enseñan nada fructuoso sino que la mayoraí de las ocasiones perturba y corrompe. Un niño es llevado a una película que se dice educativa, pero en ella intercalan trozos de otras que se darán en los días siguientes, y de estos extractos casi siempre exhiben lo peor, lo excitante, lo que deja flotando a flor de piel la sensualidad; de allí el que un joven que trasponga los umbrales de una sala de cine diariamente, cambia unas pocas horas de esparcimientos por días de incertidumbre, semanas de irritabilidad nerviosa, meses de desafecto por las cosas sencillas de la vida y años de aridez y de neurastenia.

Y si ese adolescente pertenece a la extensa familia psicopática, entonces aquella influencia produce sobre la psiquis predispuesta una verdadera intoxicación, de la cual resultan muchas crisis de tipo convulsivante, terrores nocturnos, pánicos inmotivados, aberraciones y fobias, forjando en ella con la siembra permanente, la neurosis y el delito; es decir, que despierta predisposiciones que estaban adormecidas por la intimidación social y que en un momento dado rompen las capas protectoras, dejando al descubierto toda la gama de los apetitos inferiores.

La pregunta concreta que debemos considerar es la siguiente: a qué edad debe permitírsele al joven que éntre libremente en las salas de cine? Tratándose de las cintas que nos vienen y que son exhibidas diariamente en nuestros teatros y teniendo en cuenta las anteriores consideraciones, bien pudiera contestarse que aquella libertad sólo debe otorgarse después de los 18 años, es decir, cuando en la gran mayoría va aminorándose la crisis de fermentación por la cual pasa la juventud con más o menos violencia de los doce o trece años en adelante. Pero como esta sería una solución drástica da-

dos nuestros usos y costumbres, se nos ocurren dos soluciones: la primera sería solicitar de los empresarios horas y días especiales para la exhibición de películas educativas escogidas y seleccionadas por una junta técnica, procurando darles la mayor atracción posible a aquellas exhibiciones por medio de dibujos animados, cintas históricas y de excursiones hechas únicamente con el fin de ilustrar. Una vez que se hayan organizado debidamente estas exhibiciones, entonces se procede a prohibir con absoluta rigidez la entrada a las salas generales y especialmente en las horas nocturnas a menores de 18 años, a menos que vayan acompañados por sus padres o representantes.

La otra solución podría ser la siguiente: Hasta los doce años, permitir a los niños la entrada únicamente a espectáculos especiales y seleccionados previamente, y de allí en adelante autorizar la entrada general a las salas comunes siempre que los empresarios se prestaran a llenar determinadas condiciones tales como evitar los cortos de películas que en alguna forma afecten la moral y las buenas costumbres, seleccionando para las vespertinas cintas interesantes de tendencias altruistas y de miras educativas.

Y al escoger la edad de los doce años, queremos dar esta explicación: en aquel período de la vida el adolescente pasa por una etapa de ensimismamiento, se le nota alelado y tímido, como desprovisto de curiosidad por los problemas de afuera, el torbellino exterior le llega lejano y disminuído, y son menos vulnerables a las sensualidad, de modo que al permitírseles la entrada a ciertas películas en este momento de su vida, se les perjudica un poco menos y a algunos pocos hasta se les ayuda a salir de su ensimismamiento.

Y de los 18 años en adelante, debe dárseles entrada franca a donde quiera, pero las juntas de censura deben ser especialmente estrictas con cirtas películas que no son de recibo ni aún para un público culto y preparado, y mucho menos para el de los suburbios a cuyos teatros van a dar las películas más peligrosas y más desvergonzadas.

EDUARDO VASCO

Señores Académicos:

De manera consciente unas veces, inconscientemente las más, y de seguro por herencia de un vicio contra el cual nunca nos propusimos luchar, en nuestro paradójico país para cada realización se aplica, en forma sistemática, la célebre frase arriera de que "las cargas se arreglan en el camino"...

Pueblo el nuestro de inteligencia innegable y de una desorbitada imaginación abstracta, no aplica la primera y carece de la segunda para acometer actuaciones prácticas y trascendentales.

Vale decir que tenemos ausente el sentido de la realidad, y a punto tan

máximo que sin protestas ni descargos, por lo abrumador y multiforme de las pruebas, nuestro filósofo González acusó a nuestros Legisladores de "viciosos solitarios"...

Y tanto es así que ahí está nuestro fárrago ingente de leyes impracticables y nuestro cúmulo extraordinario de obras incompletas y defectuosas para demostración concluyente, perentoria.

Y para todo aquello en que pudiera tomarse en cuenta la sanidad colectiva, sí que faltó siempre previsión a nuestros dirigentes!...

Dando de mano a pormenores y detalles de cada uno de estos problemas fundamentales, irresolutos todavía, y circunscribiéndonos ahora, apenas al de la salubridad de las Salas de Espectáculos, veamos someramente cómo ha brillado por su falta la higiene en sus construcciones y en su sostenimiento y más aún cómo el creciente e irritante intervencionismo del Estado, tan intenso y tan implacable en todo cuanto atañe a la producción nacional, no se ejerció nunca, como debiera, en velar por el bienestar y por la defensa de la salud de nuestro pueblo.

Que otros, de mejor y más profunda preparación que la mía, aborden las cuestiones interesantísimas, y de considerable importancia colectiva, de los efectos psíquicos y morales, pedagógicos y culturales, nerviosos y sobre todo oculares del Cinematógrafo contemporáneo, que yo he de esbozar sólo, en estas breves notas, la presencia de peligros de orden químico, bacteriológico y parasitológico inherentes a los edificios donde a diario se congregan, para ver de divertirse, masas cuantiosas de gentes de todo género de categorías.

Ante todo, por lo que respecta al simple factor espacial, creo que autoridad sanitaria alguna intervino nunca en el estudio de los planos para ordenar siquiera el cubaje mínimo de aire por espectador.

Ni se ha previsto su acertada renovación, ni mucho menos un número de escapes suficientes para el caso de siniestros.

Aparte de la toxicidad creciente del aire por escasez progresiva de Oxígeno e incremento del Gas Carbónico expirado, precisa agregar la que van sumando sustancias volátiles innegables, muy tóxicas y mal estudiadas en su mayoría, excretadas por los pulmones, por la piel y sobre todo por el intestino, amén de la viciación adicional por el humo denso que expiden los fumadores.

Valdría la pena investigar si no pocos síndromes neuro-anémicos registrados en personas de las clases pudientes, cineastas inveteradas, encontrasen su origen en las largas tenidas en estos espacios confinados tras las frecuentes sesiones de 5 y 6 horas de las "películas dobles".

En uno de nuestros teatros más lujosos se creyó resolver el problema con el "Aire Acondicionado" y, ciertamente, daría una solución satisfactoria si los aparatos se manejasen con el debido acierto.

Mas el público mismo ha hecho nugatoria esta medida exigiendo más

bien "aire fresco" que "aire puro", y todos hemos comprobado, (y hemos sido víctimas de ellas en nuestras propias vías respiratorias superiores) las rachas de aire frío con que a cada recalentamiento del salón, nos obsequia compasiva y peligrosamente el manipulador del aparato.

De suerte que demasiados corizas, sinusitis, gripas, rino-faringitis, laringitis y bronquitis tienen más bien este origen que la salida del espacio cerrado a la desigual temperatura de la calle.

Dalla Valle y Hollaender estudiaron las posibilidades de transmisión de agentes infecciosos por medio de los actuales sistemas de "Aire Acondicionado".

Los resultados fueron concluyentes y tanto más cuanto mayor fuere la aglomeración y más frecuente la recirculación del aire.

Poniendo esporas de Bacillus Subtilis en diversos puntos del aparato ventilador, investigaron su presencia y su concentración en la zona de influencia, comprobando una difusión muy extensa en el espacio ventilado.

Y por su parte Dwight O'Hara en un folleto titulado "Air-Home Infection" (The Commonwealth Fund, New York, 1943) marca la extraordinaria frecuencia de las infecciones por inhalación: Coriza, Difteria, Viruela, Pneumonía, Tuberculosis y demás enfermedades aeróforas.

"El aire se carga tanto más de microbios cuanto más estrechamente rodee una aglomeración" (Courmont).

Rossi en un patio del Hotel-Dieu de Lyon obtuvo 1.884 bacterias y 833 hongos por metro cúbico a una temperatura de 5°.

Miquel en un gramo de polvo de su laboratorio encontró 750.000 gérmenes y en otro gramo de una viviendo de la Rue Monge 2,100.000.

Y a la vez observó que las alternativas de contaminación del aire en Montsouris, precedían al aumento de la mortalidad en París.

En salas de hospital entre los agentes patógenos flotantes se comprueban, invariablemente, Estafilococos, Estreptococos de toda clase, Pneumococos, Bacilo Tuberculoso y Vibrión Séptico.

Y las experiencias de Cadeac y Malet demuestran que el Bacilo de la Tuberculosis resiste a la desecación, en el polvo, hasta 150 días.

Ya Flügge, y más tarde Wells habían demostrado la gran peligrosidad del aire que rodea a los tuberculosos por difusión de las partículas microscópicas (y las muy visibles) de saliva que todo el mundo emite cuando habla, tose, se suena o estornuda.

Y la experiencia indica que todo tísico, durante su enfermedad, infecta un promedio de 7 personas.

Por mi parte aficionadísimo al teatro, en diversas representaciones he visto concurrentes a quienes en la misma semana hice baciloscopias fuertemente positivas.

Trillat, de la Academia de Medicina de París, en una memorable serie de

estudios señaló la persistencia de los gérmenes patógenos en las vesículas acuosas flotantes en la atmósfera y desplazadas por los vientos.

Y el paralelismo de sus curvas de los vientos húmedos dominantes en Europa y de la difusión, morbilidad y mortalidad de la gran epidemia de Gripa de 1918-1919 son sobrado demostrativas y absolutamente concluyentes.

Está probado también que la Forma Pneumónica de la Peste Bubónica suele transmitirse por el aire que circunda a los enfermos.

En la actualidad, para yugular estos peligros en países cuidadosos del bienestar y de la profilaxia anti-infecciosa de su población (contribuyente exclusiva del bienestar y de la holgura despreocupada y feliz de sus dirigentes), se está practicando la desinfección cuotidiana, sistemática, de estos espacios confinados con la combinación de las acciones fuertemente bactericidas y antisépticas de las irradiaciones ultra-violetas y de los vapores de Glicol-Propileno, agente de alto poder higroscópico y de gran solubilidad en el agua y en la gran mayoría de los demás solventes habituales.

Henle y Werner investigaron experimentalmente la acción antiséptica de este fármaco y la bactericida de la luz ultravioleta exponiendo ratones blancos, en jaulas, en una sala de hospital.

En una de las jaulas pulverizaron cultivos de Estreptococo hemolítico del Grupo C de Lansfield y en otra Virus de Influenza del Tipo A.

Ambos se propagaron rápidamente en la atmósfera del salón.

Los Rayos Ultra-violeta impidieron la muerte de los animales en los cubículos irradiados.

El Glicol-Propileno defendió a todos los ratones expuestos en otras jaulas.

Cuando el aire estaba muy contaminado (más de 9.000 gérmenes por metro cúbico), la tercera parte de los ratones testigos pereció de Pneumonía y Septicemia Estreptocócica, en tanto que con concentraciones bajas (600 a 1,500 x m^3) todos los animales testigos sobrevivieron y los cultivos pulmonares fueron negativos al 8° y al 10° días.

En otros experimentos comprobaron que los testigos se hacían portadores de virus, lo cual no ocurría con los que fueron protegidos con vallas de Luz Ultra-violeta.

Y como conclusión señalan que ambos medios constituyen desinfectantes eficaces y que su selección y combinación ha de variar y de adaptarse a cada problema particular que se suscite.

Otro peligro formidable de las aglomeraciones en espacios confinados viene a ser el de los ecto-parásitos y entre nosotros, muy especialmente, el que representan las pulgas que pululan y hacen insufrible a veces la permanencia en nuestros teatros, y cuyas actividades mórbidas, de considerable importancia colectiva, puntualizamos en nuestra crónica médica "Pestes y ratas, pulgas y piojos" publicada en la Entrega 1ª., Volumen I, 3ª Epoca de "Anales

de la Academia de Medicina de Medellín" y que reprodujo "El Diario" en la semana que siguió a su salida.

Ello nos excusa de insistir en este aspecto trascendentalísimo de la sanidad urbana.

Tenemos una magna cantidad de problemas patológicos sin resolver, sin abordar siquiera, por falta de institutos y de laboratorios oficiales de investigación, que hombres idóneos sobran, y ante estas amenazas propias y las que vendrán con la inmigración numerosa, innegable, que traerá la post-guerra, no es posible, ni admisible que el Estado continúe indiferente esperando que surjan los peligros y las dificultades para ver de combatirlos y resolverlas mediocre o malamente como siempre.

Como lo dije al principio no debemos continuar "arreglando las cargas en el camino" sino salir con ellas lo mejor acondicionadas que fuere posible para que la jornada rinda y los animales, en este caso el pueblo, no sufran las consecuencias desastrosas de la negligencia, de la despreocupación, de la incuria, y de la exasperante y hasta delictuosa falta de previsión de los dirigentes.

Y conste que el teatro me gusta al perder, si bueno por ello y si malo para divertirme con la imbecilidad de los actores al estropear las obras que representan.

A falta de este espectáculo literario y tri-dimensional que prefiero siempre, acudo al Cine con relativa frecuencia, sin importarme (no es falta de modestia) las consecuencias personales que puedan sobrevenirme por esta exposición voluntaria y segura a toda suerte de contagios, pero como ciudadano, como médico y como hombre de estudio no puedo permanecer indiferente ante los riesgos y peligros, prodigados, a que, por ignorancia colectiva y por indolencia oficial, está expuesto de continuo mi pueblo, al que quiero y al que quisiera ver disfrutando de una salud y de una pujanza crecientes y que más bien va perdiendo lamentable y fatalmente sin que el Estado trate de evitarlo.

Honorables Académicos.

ALONSO RESTREPO

Villaluz, Septiembre de 1944.

Dr. Emilio Robledo

Meditaciones Biológicas sobre la Muerte

Con este título y en una edición muy nítida salida de los talleres de la Tipografía Bedout, publicó en el mes de abril de este año de gracia el Dr. Alonso Restrepo, una obra de alto valor literario y científico, que nosotros hemos leído de la cruz a la fecha con el más vivo interés, y acerca de la cual vamos a escribir unas breves apostillas.

En diecinueve capítulos, que el autor llama puntos, estudia con erudición el aparecimiento de la enfermedad y la muerte sobre la tierra; la vida y la renovación biológica, las diversas teorías acerca de la muerte, las distintas clases de muerte y los signos de ella; la química de la putrefacción y los agentes animales y vegetales que desfilan por la carroña humana; los sistemas de enterramiento y ritos funerarios con que el hombre pretende disimular su horror ante el pavoroso enigma y, finalmente, el que pudiéramos llamar con Fenelon el diálogo de los muertos y que el autor nombra el elogio de la muerte.

En ninguna época los hombres de ciencia se han conformado con el agnosticismo en punto de la vida y la muerte; antes bien, ansiosos de penetrar el hondo arcano y viendo que la ciencia se lo rehusa o a lo menos no los satisface, han dirigido su mirada a la filosofía y ésta les ha ofrecido tres hipótesis desde hace más de dos mil años que se planteó el problema, a saber: el *animismo,* el *vitalismo* y el *monismo* o doctrina físico-química de la vida. Hay pues actualmente representantes de esos tres sistemas que se han disputado siempre la explicación de los fenómenos vitales: hay todavía animistas, vitalistas y unicistas. Por de contado que las investigaciones científicas no han sido estériles y se advierte en los distintos campos una renovación y una tendencia a modificarse de acuerdo con la marcha de las adquisiciones en el campo de la biología.

Una de las primeras curiosidades del salvaje o del hombre primitivo es la diferencia del cuerpo vivo, del cadáver: aquel es una mansión habitada; éste es una casa vacía. Para esas inteligencias rudimentarias, el habitante misterioso es una especie de *doble* o duplicado de la forma humana que se revela

por la sombra que sigue el cuerpo cuando se halla iluminado por la luz del sol; por la imagen que se fija en el agua; por el eco que repite la voz. No se ve sino en sueños y las figuras que pueblan y animan dichos sueños no son otra cosa que esos seres impalpables. Algunos salvajes piensan que en el momento de la muerte el *doble* o sea el alma, va a alojarse en otro cuerpo. Según Maspero, los egipcios contaban hasta cinco almas de las cuales el *Ka* o doble sería la repetición aérea o vaporosa de la forma viva. El aire se puebla de esas almas viajeras que abandonan el cuerpo para ir a ocupar otros. Son los espíritus propicios o malignos.

El genio sutil de los griegos había concebido una imagen graciosa de ese soplo que se escapa, de ese algo que vuela en el momento de la muerte: se representaban la vida o el alma bajo la forma de una mariposa (Psique) que huía del cuerpo como una especie de falena vagarosa que abre sus alas de safiro.

Los romanos se daban tres almas y la muerte era producida por su separación del cuerpo: la primera, el espíritu, subía hacia los espacios celestes; la segunda, la sombra, permanecía en la superficie de la tierra alrededor de las tumbas; la tercera, los manes, descendía a los infiernos. La pluma de uno de sus más preclaros ingenios, el autor de *De Rerum Natura,* nos ha trazado en admirables estrofas los efectos de esa separación y entre otras cosas nos dice:

No pudiendo sufrir, en fin, el cuerpo
la partida del alma sin que exhale
Fétido olor después de corrompido,
¿dudas que el alma descompuesta escape
de lo interno del cuerpo como humo?
y qué ¿tan grande alteración del cuerpo,
de sola corrupción originada,

y su rüina general no anuncian
que el alma de su puesto fue arrojada,
y que sus partes por los miembros manan
por los conductos que hay en todo el cuerpo?

Esto comprueba haber salido el alma
dividida primero por los miembros,
y que en el mismo cuerpo descompuesta,
en el fluido aire después nada.

La creencia de los hindúes difería poco de la anterior: el cuerpo volvía a la tierra, el soplo al viento, el fuego a la mirada, al sol; el alma etérea, al mundo de los espíritus puros.

El animismo moderno, convertido en doctrina médica por Stahl como reacción contra la teoría mecanicista, fue puesto al día por Chauffard quien se propuso armonizarlo con la ciencia moderna y despojarlo de los reproches que le habían asestado.

El vitalismo hacía del hecho vital algo absolutamente específico, irreductible a la vez a los fenómenos de la psique general y a los del pensamiento. Aislaba por completo la vida, separándola del alma arriba; y de la materia inanimada abajo. Pitágoras distinguía el alma verdadera, el alma pensante, el *Nóumeno,* principio inteligente e inmortal caracterizado por los atributos de la conciencia y de la voluntad, del principio vital, la *psique*, que da al cuerpo el soplo y la animación, y que es un alma de segunda magnitud, activa, pasajera y mortal.

Este sistema ha sufrido más cambios que el anterior, en el afán de sus adeptos por ajustarlo a los conocimientos modernos. No es el mismo el vitalismo de Galeno con sus espíritus *animales, vitales* y *naturales,* que el de Paracelso en el siglo XVIII para quien todos aquellos espíritus se convirtieron en espíritus *olímpicos;* ni que el de Van Helmont, el de Bichat, el de Cuvier. Este último nos ha dejado su concepción de la vida y la muerte en un cuadro emocionante. Representa una mujer en todo el esplendor y la fuerza de la juventud herida de súbito por la muerte. Las formas esculturales se borran y muestran la salida angulosa de los huesos; los ojos, poco ha brillantes, se empañan; el tinte encarnado se torna en una palidez lívida; la graciosa flexibilidad del cuerpo se convierte en rigidez. Y agrega el ilustre zoólogo: "los cambios más horribles no tardan en producirse. Las carnes pasan del color azul al verde y al negro; una parte corre en sanies pútrida, otra se evapora en emanaciones infectas. Al fin no queda más que algunos principios minerales salinos o terrosos: todo lo demás ha desaparecido.

Reinke, Armand Gautier, Chevreul y Claudio Bernard mismo, vitalistas filósofos creen que el misterio de la vida no reside en la naturaleza de las fuerzas que ella anima, sino en la dirección que ella les da: en la fuerza "directriz". Colin, Pierre Lean, Driesch y otros, son los representantes más modernos de esta doctrina.

La doctrina *monista* nivela y confunde las tres formas de actividad: espiritual, vital y material. Ha tenido su expresión en los siglos XVII y XVIII en el "iatro-mecanicismo" de Descartes y Borelli y en el "iatro-quimismo" de Sylvius y Le Boe, concepciones a las cuales han sucedido más recientemente la doctrina "físico-química de la vida" y, en fin el "materialismo moderno".

El Dr. Restrepo, sin decirlo, enfila entre los animistas ortodoxos que aceptan que hay en el hombre una naturaleza y una persona compuesta de la unión sustancial del alma y el cuerpo.

En el estudio que el autor hace de la vida celular y sus complejos expone los modernos sistemas de cultivo de los tejidos según las técnicas de Carrel,

Ueling y sus colaboradores; asimismo explica con claridad la teoría seductora de Lumiére sobre los estados coloidales y la floculación y cómo esta manera de interpretación de los fenómenos vitales explica muchas manifestaciones o síntomas que no habían sido satisfactoriamente resueltos. Como ejemplo de la facultad que tienen muchos elementos de nuestro organismo de reanimarse y vivir aun después que la máquina animal se ha resquebrajado, debemos recordar aparte de los que cita el autor, el famoso experimento de Kuliabko. Este experimentador hizo funcionar y palpitar con la misma regularidad que durante la vida, el corazón de un hombre, 18 horas después de la comprobación oficial de su muerte.

La biología moderna ha expuesto los rasgos característicos de la vida elemental y los ha reducido a los siguientes: unidad morfológica, unidad química, forma específica, metabolismo, que es decir propiedad de crecimiento o nutrición y, en fin, la reproducción, que es una consecuencia de la anterior. Estas características vitales de los elementos existen en los organismos monocelulares —protofitos y protozoarios—; pero también se hallan en las asociaciones celulares, o sea en los metazoarios y metafitos. Libres o asociados, los elementos anatómicos funcionan del mismo modo, se nutren, crecen, respiran, digieren. Verdad es que las relaciones de asociación de las células acarrean algunas variantes en la manifestación de los fenómenos comunes; pero esas ligeras diferencias no ocultan la comunidad esencial de los procesos vitales demostrados por el gran fisiólogo Cl. Bernard.

Conocidos los rasgos característicos de la vida elemental, veamos cuales son los cambios producidos por la muerte. En primer lugar, los cambios físicos de la célula se maniifestan por la pérdida de la turgencia en especial en la célula vegetal, la fragmentación del protoplasma y su destrucción o plasmólisis. Los cambios químicos son de índole diversa. Pero sea cual fuere el proceso mortal de los elementos, éste no es nunca instantáneo: tiene un principio, un desarrollo, un fin. Dicho proceso según las circunstancias, puede ser abreviado o alargado; en el primer caso, cuando la muerte es el resultado de un acto brutal, los acontecimientos se precipitan y las trasformaciones constituyen la *necrobiosis* de la cual hay varias especies, pero siempre de origen exterior. Entre los procesos mortales de marcha lenta se cuentan la senectud y la vejez. Y aquí se suscita el problema que tanto ha preocupado a los biólogos y filósofos: la vejez y la muerte son fenómenos fatales y naturales? o, por el contrario, a lo menos la vejez ¿es un accidente remediable?

Es a Metchinikoff a quien debemos la teoría del mecanismo de la senectud general. Para él, los elementos del tejido recticular: fagocitos macrófagos que se ven por doquiera en los elementos anatómicos especializados y más nobles, destruirían y devorarían a estos últimos desde que su vitalidad decae y ocuparían su puesto. En el cerebro, por ejemplo, serían los fagocitos los que atacando a los elementos nobles los harían incapaces de defenderse y al ser

sustituídos por el tejido conjuntivo que sólo posee propiedades vegetativas triviales, la decadencia sería evidente. Por de contado que esta teoría tiene muchos impugnadores. De ella se ha hecho cargo el Dr. Restrepo.

Todas las meditaciones que venimos acotando son de sumo interés para quien las lee con espíritu científico; pero hay algunos capítulos de un realismo descriptivo que con gusto prohijara el autor de "L'A somoir". Zola, en el "Vientre de París" no es más realista que los puntos XIV, XV y XVI donde el Dr. Restrepo trata acerca de la química de la putrefacción y de los agentes vegetales (hongos y bacterias) y animales (insectos) que devoran la carroña.

Es muy sensible que los experimentos de Bourjon Canuyt, citado por el autor, hayan infirmado la creencia en la conservación de las imágenes en la mancha amarilla de la retina de los moribundos, porque se ha echado a perder el significado de aquellas estrofas de Julio Flores:

Dicen que en la pupila del que muere
retratada se va la imágen última,
cual girón de la vida que se arranca,
de la existencia en la postrera lucha.

Por si es así, cuando me esté muriendo
tus ojos clava en mi pupila turbia:
quiero llevar dos soles que me alumbren
la oscuridad horrible de la tumba.

En el capítulo que el autor consagra al estudio de los diversos procedimientos de enterrar a los muertos, se echa de menos el que no se mencionen los sarcófagos y urnas funerarias talladas en piedra que han sido halladas en nuestro departamento y que atestiguan la antigüedad de los habitadores de esta porción del territorio colombiano, ya prevista por uno de los cronistas de Robledo cuando advierte que se hallaron unas vías que hacían presumir ser anteriores a las del Cusco. Pero el capítulo es una síntesis admirable de las costumbres funerarias de los míseros mortales y de que tanto detestan San Agustín y Montaigne poruqe casi siempre son una exteriorización de la vanidad de los que quedan de este lado de la muerte.

El último punto del libro que comentamos no es menos diciente desde el punto de vista de los libros severos y sabios consultados, que los restantes. Al leerlo, provoca ir agregando nuevos interlocutores y participar en el diálogo con los autores favoritos como con Jorge Manrique cuando dice:

Este mundo es el camino
para el otro, qu'es morada
sin pesar;

mas cumple tener buen tino
para andar esta jornada
sin errar.

Partimos cuando nacemos,
andamos mientras vivimos,
y llegamos
al tiempo que fenecemos;
así que cuando morimos
descansamos.

O aquella hermosa sentencia de Plotino:

Hombre, de qué te quejas? De la lucha? Es la condición de la victoria. ¿De una injusticia? Qué es eso para un inmortal! De la muerte? Es la liberación.

El hombre cierto, como los demás animales, está sometido a la dura ley de la muerte, mas al paso que los irracionales no tienen la noción de la muerte y no son atormentados por el sentimiento de su fin inevitable, el hombre conoce y comprende esta fatalidad. Como ellos ,tiene el instinto de conservación, el contento de la vida y al propio tiempo el conocimiento y el temor de la muerte. Esta desarmonía es una de las fuentes de sus desdichas.

Sea que la muerte sobrevenga por accidente o se presente como el término regular del ciclo normal, siempre se reputa como prematura y sorprende al hombre en el momento en que no ha terminado su evolución fisiológica: de ahí la aversión o el terror que inspira. Además, todos los actos verdaderamente naturales son solicitados por un instinto cuya satisfacción es una necesidad y un goce. La necesidad de la muerte debería pues aparecer hacia el fin de la vida como llega la necesidad del sueño al fin de la jornada. Sin duda aparecería si se hubiese cumplido el ciclo normal de la existencia y si la evolución armónica no fuese interrumpida por el accidente. La muerte sería entonces bien acogida y aun deseada y perdería su horror. Entonces el instinto de la muerte reemplazaría al de la vida. El hombre moriría sin pesar y "lleno de días" según la bella expresión que emplea la Biblia para Abraham, Isaac y Jacob.

Pero ¿cuál es la duración natural de la vida? Metchinikoff admite como muy probables las edades atribuídas a varios patriarcas bíblicos: Abraham, vivió 175 años, Ismael 137, José 110, Moisés 120. Baffon expuso una relación entre la longevidad de los animales y la duración de su crecimiento y fijó en 7 dicha relación. Según esto, un animal cuyo desarrollo dure dos años, tendrá 14 de vida. Este supuesto nos prometería 140 años; pero la cifra es exagerada y Flourens redujo la relación de 1 a 5, lo que nos daría 120 años.

Para alcanzar el término de la longevidad prometida no podemos contar con el elíxir de larga vida, ni con el oro potable de los alquimistas, ni con la *piedra de la inmortalidad* que no impidió a Paracelso, su inventor, morir a los 58 años, ni con la gerokomía del rey David. *Contra vim mortis, non est medicamen in hortis.* dejó escrito la Escuela de Salerno. Valdrán, por ventura los modernos procedimientos de los hormones como el testosterón, los injertos orgánicos de Voronoff o los métodos aconsejados por Metehinchoff en sus interesantes estudios científico-filosóficos sobre la naturaleza humana? Sin duda todo lo que hace relación a la higiene mejora las condiciones de la vida orgánica y eso solo ha constituído uno de los triunfos de la medicina moderna: el arte de prolongar la vida, ha dicho alguien, consiste en no acortarla.

Pero una naturaleza humana ideal, sin discordancias ni vicios, no se realizará en este mundo de pecado; debemos aspirar, eso sí, a poseer una juventud sana, apta para la acción; una edad adulta prolongada, símbolo de la fuerza y una vejez normal, adecuada al consejo. Los grandes negocios —dice el autor del tratado *De Senectute*— no se tratan por la fuerza, ni por la velocidad, ni por la agilidad sino más bien por medio de la prudencia, la autoridad, los buenos consejos, que se hallan en un grado superior en la vejez. Pero la vejez de que que nos habla Marco Tulio es la vejez ideal, no la prematura, deformada y egoísta que es la consecuencia del estado patológico.

El erudito libro de nuestro distinguido colega merece aplauso y nosotros se lo tributamos de la manera más viva y sin escatimarle nada, deseando que él sea ampliamente conocido del público. Mas como todo no ha de ser miel sobre hojuelas y estamos haciendo un estudio crítico ¿nos permitirá el Dr. Restrepo decirle al oído que en algunos puntos traspasó los límites de la familiaridad; que en más de una ocasión dejó decaer la gravedad del tema y no pocas veces el léxico sufrió agravios con vulgarismos, barbarismos y solecismos? El autor, cierto nos ha autorizado pero también lo fue Gil Blas por el Arzobispo de Granada al decirle: "Cuando percibas que mi pluma se envejece, cuando notes que se baja mi estilo, no dejes de advertírmelo: de nuevo te lo encargo, no te detengas un momento en avisarme cuando observes que se debilita mi cabeza..." Y cuando el incauto de Santillana se atrevió a decir con todo respeto que el último sermón no le parecía tener la solidez de los precedentes, Su Ilustrísima, que no estaba acostumbrado sino a escuchar alabanzas, muy irritado contestó que aquella homilía era la mejor que había compuesto y Gil Blas perdió la privanza y fue puesto en la calle.

Estos lunares no afectan gravemente la ímproba labor de nuestro colega: ellos son a nuestro juicio un trasunto fiel del temperamento del Dr. Restrepo, hombre sensible y emotivo si los hay, que así tiene elaciones a lo Vicente de Paúl como arrebatos de un doctor Fausto; que en su ex-libris aparece como partidario de la teoría materialista de Lucrecio según la cual el lodo de la tierra es el origen de todas las especies, pero que sin embargo da fin y remate

a sus bellas lucubraciones haciendo aparecer entre celestes radiaciones a Cristo Señor "magnífico de serenidad y se sencillez y exclamando:

Yo soy el Principio y el Fin
El Sendero seguro y la Paz invariable,
La Verdad y el Amor,
La Resurrección y la vida"

Medellín, septiembre 1944.

EMILIO ROBLEDO

Dr. Julio Ortiz Velasquez

Organo o miembro

Cuál es el significado que debe dársele a estas palabras que se hallan comprendidas en el artículo 374 del Código Penal vigente, al referirse a la perturbación funcional por pérdida de un órgano o Miembro?

ARTICULO 374.—Si la lesión produjere la perturbación funcional transitoria de un órgano o miembro, la pena será de dos años a cinco años de presidio y multa de doscientos a cuatro mil pesos.

Si la perturbación funcional o psíquica fuere permanente, la pena será de dos a seis años de presidio y la multa de doscientos a cinco mil pesos.

Atendiendo a lo solicitado por el señor Juez del Circuito en lo penal de Frontino (A) en su exhorto de fecha 27 de septiembre del presente año, en el cual se nos pide: "que por medio de los reconocimientos periciales que nos transcribe de un sumario que se sigue contra José María Correa, por el delito de lesiones a Francisco Durango, dictaminemos sobre los siguientes puntos:

a) Qué considera dicha oficina que es un órgano o miembro?

b) Si la mano toda es un órgano o miembro del cuerpo humano o si puede considerarse como tal dos o tres dedos de la mano?

c) Si dos o tres dedos de la mano son parte integrante del órgano o miembro o constituyen un órgano o miembro?

d) Si cuando el Código Penal en su artículo 374 habla de perturbación funcional de carácter permanente o transitorio de un órgano o miembro, se puede considerar por el solo hecho de existir la perturbación en dos o tres dedos de la mano, que es perturbación funcional del órgano o miembro? y por lo tanto quedar incluído dentro de este artículo para los efectos consiguientes de excarcelación y penales?

Los reconocimientos a que se refiere el exhorto son los siguientes:

Con fecha 11 de Agosto de 1944 dicen el perito Dr. Bernardo González y otro: Francisco Durango presenta 3 heridas producidas con arma cortante y contundente (Machete) situadas así: en la cara dorsal y borde externo del antebrazo derecho, tercio inferior, de dirección transversal y mide 6 centímetros de longitud por uno de anchura; afectó piel, tejido celular, tendones extenseros del pulgar e índice; cara dorsal; otra herida, entre los metacarpianos del pulgar y del índice mide 8 centímetros de longitud por 2 de ancho y afectó

músculos; y una tercera herida en la cara dorsal del índice de la misma mano derecha de dirección transversal de 3 centímetros de longitud por ½c de anchura; afectó piel, tejido celular y tendón extensor del pulgar".

Y con fecha 5 de septiembre siguiente, los mismos peritos dicen que "las heridas que recibió Francisco A. Durango y de que tratan los reconocimientos anteriores— no han cicatrizado todavía completamente debido a que no ha tenido tratamiento apropiado. De haberlo tenido había conseguido la cicatrización en 20 días, llegando por consiguiente la incapacidad de 31 a 32 días. Le queda como consecuencia una perturbación funcional que consiste en la supresión de los movimientos de extensión de los dedos índice, medio, y pulgar por ruptura de sus tendones extensores. Equivale tal perturbación a un 20% de disminución de su capacidad obrera por tratarse de 3 dedos de la mano derecha".

Posteriormente, el 21 de Septiembre afirma que "la perturbación es de carácter permanente; hubiera quedado aunque el tratamiento hubiera sido correcto yel régimen apropiado".

Comenzando por lo que consideramos esencial para la recta aplicación de la pena en el presente caso, o sea sobre la verdadera incapacidad sufrida, y que el Sr. Juez olvidó o no creyó preciso consultar, contestamos: heridas como las descritas en Francisco Durango, cuando son tratadas oportunamente mediante los procedimientos quirúrgicos y con buen régimen dietético y curativo producen, una incapacidad de 15 días, y en eso conceptuamos la incapacidad sufrida por Durango, pues el agresor no tiene por qué responder del tiempo que se haya excedido dicha curación debido a negligencia del herido o de los que debieran atenderlo.

Si los extremos de los tendones extensores hubieran sido afrontados y suturados, es muy probable que no le hubiera quedado al ofendido la perturbación funcional de que hablan los peritos.

Concretándonos a la parte pertinente del cuestionario del Sr. Juez respondemos:

a) Los empleados de la oficina Central de Medicina Legal de esta ciudad —de acuerdo con la doctrina sentada por el Profesor Dr. Guillermo Uribe Cualla, jefe nacional del servicio Médico-Legal—, cuando hablamos de órganos, nos referimos a un conjunto de tejidos que efectúan simultáneamente en el ejercicio de determinada función; por ejemplo: hígado, brazo, pulmones, riñones, ojos, etc.

Anatómicamente un ojo es un órgano, un testículo es un órgano, un riñón es también un órgano; pero en el lenguaje jurídico del actual Código Penal hay que entender como órgano el conjuntos de ambos ojos, o de ambos riñones, y aún de la vejiga que con los riñones hace parte del aparato urinario, de ambos ovarios, que con el utero y las trompas son parte integrante del aparato genital femenino, todo ésto teniendo en cuenta los principios de la fisiología.

Por lo acabado de anotar, sobemos que, hay organos que pudiéramos llamar pares, y órganos impares; órganos que podemos considerar aislados y órganos que podemos y debemos considerar en conjunto, siendo éstos últimos los que denominamos aparatos: aparato digestivo, urinario, genito-urinario, respiratorio, etc. Quien a consecuencias de unas heridas pierde el bazo, pierde un órgano, quien pierde la lengua, pierde también un órgano, pero no podemos decir lo mismo cuando lo perdido es un ojo, porque el perderse uno de los ojos, es claro que disminuye el poder visual, se ha debilitado el sentido de la vista, y es ésto lo que constituye una perturbación funcional permanente. Como el órgano de la vista está integrado por los dos ojos, quien pierde uno de ellos, no puede decirse que ha perdido el órgano de la vista, puesto que su función no ha desaparecido, el sujeto no está ciego, lo que podemos decir es que se ha deblitado o perturbado permanentemente el órgano de la visión.

No aceptamos que un ojo sea miembro del órgano de la vista, sino en el sentido de que hace parte de él como elemento intgerante de un todo, pero no como verdadero *miembro,* palabra que se refiere únicamente a cualquiera de las cuatro extremidades que se articulan con el tronco, o al miembro viril. No consideramos por lo tanto como sinónimas las palabras órgano o miembro, y en el lenguaje ordinario y jurídico tienen su significado propio.

De lo acabado de expresar se desprende, que debe entenderse por pérdida de un miembro la que se refiere a cualquiera de las 4 etxremidades en toda su extensión y capacidad funcional, o a la pérdida del miembro viril.

b) Si la mano toda es un órgano o miembro del cuerpo humano o si puede considerarse como tal 2 o 3 dedos de la mano.

Respuesta. La mano, es parte no de un órgano sino de un miembro, que se llama extremidad superior derecha o izquierda; y dos o tres dedos de la mano son también partes constituyentes de ese miembro. Quien pierde uno o más dedos de la mano no ha perdido el miembro superior, ha perdido una parte integrante de ese miembro, se ha ocasionado en el sujeto una perturbación funcional permanente de ese miembro, y corresponde al Juez valorar la intensidad de la pena de acuerdo con la parte del miembro perturbado. Si lo perdido es la totalidad de la mano o la mano y el antebrazo se ha perturbado la función del miembro superior.

c) Si dos o tres dedos de la mano son parte integrante del órgano o miembro o constituye un órgano o miembro?

Respuesta. Está contestada en la pregunta anterior.

d) Si cuando el Código Penal en su artículo 374 habla de perturbación funcional de carácter permanente o transitorio de un órgano o miembro, se puede considerar el solo hecho de existir la perturbación en 2 o 3 dedos de la mano, que es perturbación funcional de órgano o miembro, y por lo tanto

quedar incluído dentro de este artículo para efectos consiguientes de excarcelación y penales?

Respondemos: Consideramos que es a los señores jueces a quienes corresponde absolver dicha pregunta, de acuerdo con lo acabado de exponer, porque son éllos los llamados a valorar la pena, de conformidad con la intensidad o calidad de la perturbación funcional, pues es claro que no debe tener la misma pena el agresor que hace perder un dedo, que aquél que hace perder 3 dedos o la mano entera.

No creemos del caso terminar esta exposición, sin antes hablar de otra perturbación funcional permanente que no está prevista en el Código Penal vigente y que es tenida siempre en cuenta por los médicos legistas, y es la siguiente:

Cuando a un individuo hay necesidad de practicarle una laparotomía para suturarle sus perforaciones intestinales o viscerales, y cohibir la hemorragia qué le ocasionó la peneración de un arma a la cavidad abdominal, a dicho individuo le queda una cicatriz de la herida operatoria más o menos extensa, por lo regular de 12 centímetros o más. Pues bien, nosotros como peritos forences, calificamos dicha cicatriz como una perturbación funcional permanente e irreparable.

A primera vista parece que esto no fuera lógico, porque el Código Penal solo admite las perturbaciones funcionales al referirse a órganos o miembros, y nó siendo la pared abdominal órgano ni miembro, no parece bien traída dicha calificación.

Pero el fundamento científico de esta calificación como perturbación funcional consecutiva a una cicatriz de laparotomía, está en que queda un debilitamiento de la pared abdominal, que disminuye la resistencia y estática de las vísceras abdominales, sobre todo los intestinos, que son órganos, puesto que hacen parte del aparato digestivo, predisponiendo a la eventración; quedando el sujeto imposibilitado para grandes esfuerzos físicos y teniendo que llevar una vida más o menos reposada o tranquila y usar, en lo general, una faja abdominal que no siempre corrige satisfactoriamente dichas perturbaciones.

Hay, además, otras clases de perturbaciones funcionales que pasan desapercibidas para la mayoría de los peritos médicos, tales como las relacionadas con las heridas y traumatismos de la bóveda del cráneo.

Por lo regular, los médicos en tales casos se contentan con observar el curso de evolución de la cicatrización de la herida para fijar la incapacidad definitiva sufrida por el traumatizado, y se preocupan poco o nada por volverlo a ver, días o meses después, con el fin de cerciorarse si presenta o no alguno o algunos de los síntomas residuales de los traumatizados del cráneo, que por lo regular les quedan, aun en el caso de que los golpes o heridas hayan sido leves.

El suscrito, que desde el año de 1928 viene observando a dichos sujetos,

y que tiene publicado un trabajo sobre algunos de ellos, titulado "PORVENIR DE LOS TRAUMATIZADOS DEL CRANEO, TREPANADOS O NO TREPANADOS", conoce la importancia de dicho estudio y por lo tanto, somete a rigurosa observación a tales sujetos, haciéndoles presentar cada tres meses a su oficina.

Solo así puede darse cuenta el perito de si han quedado o nó, algunos síndromes residuales y si son o nó simulados alguno o algunos de dichos síndromes.

Para corroborar la importancia de dicho estudio que nos lleve a conceptuar sobre las perturbaciones funcionales de los traumatizados del cráneo, cito de entre las muchas observaciones que poseo, las dos siguientes:

JUAN ARANGO, de 45 años de edad, casado y pintor de profesión, quien fue atropellado el cuatro de julio de este año por un carro de tracción animal, cayendo contra el pavimento, produciéndose una herida de cuatro centímetros de longitud, situada en la región parietal derecha, que interesó el cuero cabelludo. Conducido a la Policlínica Municipal, se le hallaron signos de contusión y conmoción cerebral; la punción lumbar dio líquido cefalo-raquídeo hemorrágco. Al día siguiente presentaba trastornos mentales, consistentes en incoordinación de las ideas, amnesias anterógrada y retrógrada y disartría y ejecución de sus necesidades fisiológicas sin dominio de la voluntad.

A los treinta días fue retirado del Hospital. El 18 de agosto siguiente, presentaba los siguientes síndromes de los traumatizados del cráneo, los cuales son ya permanentes e irreparables: Mareos, sordera, ceguera verbal y visual, irascibilidad, irritabilidad, dificultad para la marcha, amnesia total hasta el punto de no poder nombrar los objetos por sus nombres, siéndole preciso valerse de rodeos o circunloquios. Así, por ejemplo, no conoce el nombre de su mujer, ni el de ninguno de sus hijos que son ocho, cuatro hombres y cuatro mujeres. Para designar al mayor de los hombres, le dice a su mujer: "ese hijo tuyo que trabaja sastrería"; al sombrero lo llama: "esa cosa que se pone uno en la cabeza", y para pedir un plátano banano, dice: "eso que es largo, amarillo y dulce"; pero todo esto lo hace con marcada dificultad en la expresión de la palabra. Tiene hoy apatía o indiferencia por su familia y es una perfecta carga para ella, y va a pasos agigantados hacia la imbecilidad.

JAIRO CARDONA, de 23 años de edad, soltero, quien hallándose el seis de abril del presente año en una cacería, en terrenos de jurisdicción de Puerto Berrío, fue herido, involuntariamente, por uno de sus compañeros, con un disparo de escopeta, produciéndole varias heridas de perdigones, con orificios de entrada, localizados, así: Dos en la región temporal izquierda; tres en la región parietal del mismo lado; uno en la parte superior y posterior del pabellón de la oreja izquierda; uno en la región mestoidiana izquierda. Varios de los perdigones penetraron a la cavidad craneana. A su llegada al Hospital de San Vicente de Paúl de esta ciudad, al día siguiente, hallamos, además

de lo anotado, hematoma de toda la región fronto-temporal izquierda e infra-auricular, que iba hasta la mitad del cuello; propulsión del globo ocular izquierdo, con dilatación pupilar y hematoma del mismo ojo; líquido cefalo-raquídeo francamente hemorrágico, disartria, vómito cerebral, ochenta pulsaciones por minuto, reflejos tardíos y temperatura de 38º.

Abril 8/44.—Se le hizo una trepanación de la bóveda craneana; le quedó una brecha ósea de seis por dos centímetros de etensión. Salió del Hospital el diez y nueve de mayo de este año. Su incapacidad definitiva fue de treinta días. Le quedó una perturbación funcional permanente e irreparable, consistente en su brecha ósea de seis centímetros en el sentido antero-posterior por dos centímetros en sentido vertical, en la región parieto-temporal izquierda, como consecuencia de su trepanación, y los siguientes síndromes de los traumatizados del cráneo: Trastornos de la memoria y visuales, ceguera verbal, no puede leer, pues las letras se le vuelven borrosas, y a pesar de distinguir a veces las letras separadas, es incapaz de juntarlas para leer las palabras; dificultad para la expresión de las palabras (disartria); dificultad para la escritura, porque no da con el nombre de las palabras; cambio de carácter, irascibilidad, impulsivilidad, abulia, frigidez sexual hasta tal punto, que desde el día de su traumatsmo del cráneo no se ha presentado en él una sola erección, ni siquiera una polución involuntaria. La expresión de su fisonomía es hoy la de un imbécil; le es imposible guiarse por sí solo en la calle y necesita de apoyo para andar porque siente desvanecimientos con su estación de pié.

Hay que tener en cuenta, que no solo las grandes heridas del cráneo tienen consecuencias graves, pues es frecuente encontrarlas en sujetos que fuera de su contusión, no presentan herida alguna o presentan únicamente un ligero hundimiento, como puede verse en los siguientes casos:

SOTERO ALZATE.—De sesenta años de edad, quien el 23 de junio de este año, en un accidente de tránsito sufrió una contusión en el cráneo y fue conducido a la Policlínica Municipal, con los siguientes síntomas: Epistasis abundante; cincuenta y cuatro pulsaciones por minuto, náuseas, vómico, obnubilación, líquido cefalo-raquídeo hemorrágico. Permaneció hospitalizado hasta el día 10 de agosto, que fue retirado por su familia, a pesar de la reserva del pronóstico.

Ese día presentaba como síndromes residuales de los traumatizados del cráneo, lo siguiente: Cefaleas, mareos, amnesia total, desorientación en el tiempo y en el espacio.

ESAU CIRO, de Mesopotamia. Traumatizado con palo. Presentó: Contusión con hematoma en la región parietal izquierda, de cinco por cuátro centímetros de extensión. Examinado el dos de mayo de este año, le encontramos: Otorragia izquierda, al principio y después L.C.R. hemorrágico, bradicardia, anisocoria, vómitos frecuentes, signos estos y sobre todo el primero, de una

fractura de la base del cráneo. Estuvo con pronóstico reservado durante diez días, y su incapacidad definitiva fue de diez y ocho días. Le quedó una perturbación funcional permanente e irreparable, consistente en: pérdida de la agudeza auditiva izquierda, zumbido en ambos oídos, mareo, desvanecimientos y frigidez sexual hasta tal punto, que desde la fecha de su traumatismo (mayo 1º de 1944) hasta el día de hoy, no ha podido verificar un sólo acto sexual, por falta de erección.

JULIO ORTIZ VELASQUEZ

Academia de Medicina de Medellín

LISTA DE LOS MIEMBROS ACTUALES DE LA ACADEMIA DE MEDICINA DE MEDELLIN.

Mesa Directiva.

Presidente,	**Dr. José J. de la Roche**
Vicepresidente,	**Dr. Julio Ortiz Velásquez**
Secretario,	**Dr. Gustavo González Ochoa**
Tesorero,	**Dr. Edmundo Medina Mejía**

MIEMBROS DE NUMERO.

Dr. Manuel S. Arango M.
" Alfonso Arango Vieira
" José J. de la Roche
" Alberto Gómez Arango
" José J. Aristizábal
" Gonzalo Botero Díaz
" Miguel María Calle
" Pedro Nel Cardona
" Alfredo Correa Henao
" Jorge Castro Duque
" Jesús Ma. Duque
" Martiniano Echeverri Duque
" Carlos Fernández Quevedo
" Gil J. Gil
" Gustavo González Ochoa
" Miguel B. Isaza Misas
" Braulio Henao Mejía
" Emilio Jaramillo
" Luis Martínez Echeverri
" Cipriano Mejía
" Wenceslao Montoya

Dr. Edmundo Medina Mejía
" Gabriel Noreña Angel
" Antonio J. Ospina
" Julio Ortiz Velásquez
" Carlos J. Vásquez C.
" Eduardo Vasco
" David Velásquez
" Juan B. Pérez Cadavid
" Juan de J. Peláez
" Jesús Peláez Botero
" Hernán Posada
" José Posada Trujillo
" Agustín Piedrahita Restrepo
" Alonso Restrepo
" José Miguel Restrepo
" Emilio Robledo
" Ernesto Rodríguez
" Elkin Rodríguez
" Lázaro Uribe Cálad
" Gustavo Uribe Escobar
" Alberto Uribe Uribe

MIEMBROS HONORARIOS.

Presidente Honorario:
Dr. Braulio Mejía.
" Juan B. Londoño
" Nicanor González Uribe
" Antonio Mauro Giraldo
" José María Montoya
" José Ma. Montoya — Bogotá
" Maximiliano Rueda — "
" Miguel Antonio Rueda — "
" Jorge Cavallier — "
" Arcadio Forero — "
" Manuel J. Luque — "
" Julio Aparicio — "

Dr. Gonzalo Reyes G. — Bogotá
" Héctor Pedraza — "
" Carlos C. Pava — "
" Bernardo Samper — "
" Roberto Franco — "
" Roberto Franco — "
" Próspero de Villa Nueva — "
" Pedro Eliseo Cruz — "
" Alfonso Orozco — "
" Carlos Acosta — "
" Tomás Rengifo — Buga
" Rafael Rengifo — "
" Emile Brumpt — París

MIEMBROS CORRESPONDIENTES.

Dr. Miguel Martínez Echeverri
" Antonio Osorio Isaza
" Abelardo Arango
" Venancio Díaz
" Gonzálo Pérez
" David Pérez
" Agapito Uribe C.
" Daniel Gutiérrez
" Aquilino Soto
" Ricardo Jaramillo Arango Mles.
" Jaime Mejía Salamina
" Manuel Avello Fálquez
" Heráclides de Sousa Araújo Brasil
" Jacinto Echeverri Duque Bgtá.
" Luis F. Osorio Gil Maniles.
" Carlos Arboleda Díaz Bogotá
" Juan Ramón Beltrán Bs. Aires
" Ramón Atalaya Bogotá
" Hernando Azola "
" Luciano Restrepo I. Remedios
" Luciano Restrepo V.
" Manuel Bernal Jiménez

Dr. David Castro Senior Bquilla.
" Mario Correa Rengifo Cali
" Guillermo Echeverri Pereira
" Luis Cuervo Márquez Bogotá
" Carlos Márquez Cali
" Alberto Saldarriaga Bogotá
" Bernardo Mejía Jaramillo Pereira
" César Uribe Piedrahíta Bogotá
" Eduardo Cuvides Pardo
" Raúl Villalobos Rojas Ciénaga
Abraham Afanador Salgar Btá.
" Mario Bernal Londoño Bogotá
" Pablo E. Falla Orozco
" Sixto Mejía Pereira
" Jorge Llinas Olarte
" Benjamín Atalaya Bogotá
" Emiliano Vicaría
" Eusebio Vargas Vélez Cartagena
" Arturo Ponce Rojas Bquilla.
" Gregorio Gómez Henao Envigado

MIEMBROS DE NUMERO QUE PERTENECIERON A LA ACADEMIA DE MEDICINA DE MEDELLIN.

Dr. Manuel Uribe Angel
" José Ignacio Quevedo
" Ramón Arango
" Francisco Arango
" Francisco A. Uribe M.
" Andrés Posada Arango
" Manuel Vicente de la Roche
" Antonio Mendoza
" Florencio Mejía
" Emilio Alvarez
" Ricardo Escobar Ramos
" Rafael Campuzano
" Ricardo Rodríguez R.
" Rafael Pérez
" Tomás Quevedo
" Juan de Dios Uribe
" Justiniano Montoya
" Joaquín Castilla
" Francisco Molina
" José M. Hernández
" Julio Restrepo U.
" Alejandro Restrepo
" Tomás Bernal
" Julián A. Peña
" Eduardo Zuleta
" Juan Clímaco Alvarez
" Julio Restrepo Arango
" Enrique Villa
" Tedomiro Villa
" Carlos Mejía

Dr. Vespaciano Peláez
" Rodolfo Zea
" Emiliano Henao
" Avelino Saldarriaga
" Carlos de Greiff
" Lisandro Posada Berrío
" José Vicente Maldonado
" Jorge E. Delgado
" Eduardo Lince
" José Vicente Uribe
" Joaquín Castilla
" Teodoro Castrillón
" Leopoldo Hincapié Garcés
" Baltasar Ochoa
" Antonio Posada L.
" Juan B. Montoya y Flórez
" Eduardo Uribe R.
" Alejandro Vásquez B.
" Alfonso Castro
" Rafael Mejía Uribe
" Dionicio Arango Ferrer
" José Antonio Sierra
" Antonio J. González
" Jacinto Echeverri Duque
" Nepomuceno Jiménez
" Emilio Quevedo
" Gabriel Toro Villa
" Juan Uribe Williamson
" Alberto Bernal Nicholls
" Jaime Bernal Moreno

MIEMBROS CORRESPONDIENTES QUE PERTENECIERON A LA ACADEMIA.

Dr. José M. Martínez Pardo Ant.
" Ambrosio Nepomuceno Villa y V.
" Ambrosio Viand Grand Horais
" Fabricio Villa Antioquia
" Joaquín Albarran
" Indalecio Camacho
" Juan de Dios Carrasquilla Bgtá.
" Evaristo García
" Jesús M. Gómez
" Antonio Gordon y Acosta
" Sebastián Henao Sonsón
" Alejandro Londoño Manizales
" Manuel M. Ponce
" Federico de La Riviere
" Santiago Ramón y Cajal España
" Pablo García Medina Bogotá
" José Antonio Botero Retiro
" Jesús M. Espinosa Abejorral
" Juan S. Castelbondo Jericó
" José Tomás Henao Manizales

Dr. José M. Hernández
" Joaquín Restrepo Isaza Sonsón
" Ciro M. Uribe Panamá
" Francisco Velásquez
" Miguel Arango M. Barranquilla
" Luis Cuervo Márquez Bogotá
" Manuel José Jaramillo
" Nicanor Jaramillo A.
" Juan C. Restrepo U.
" Obdulio Toro Riosucio
" Eduardo Uribe Costa Rica
" Luciano Botero B. Armenia
" José J. Giraldo Sonsón
" Evaristo García Cali
" Luis M. Ruiz Sonsón
" Juan C. Restrepo Jericó
" Francisco A. Molina Donmatías
" Jesús M. Gómez Marinilla
" Lázaro Escobar Rionegro
" Gregorio Vélez La Ceja