

REVISTA

DE LA

FACULTAD DE MEDICINA

Volumen XXIII

Bogotá, Mayo de 1955

Nº 5

Director:

Dr. CARLOS MARQUEZ VILLEGAS, Decano de la Facultad.

Jefe de Redacción: Prof. Néstor Santacoloma.

Comité de Redacción: Prof. J. Hernando Ordóñez. Prof. Jorge Bernal Tirado.
Prof. Agregado José A. Jácome Valderrama.

Administradores: Marco Antonio Reyes, Emiro Bayona Solano

Dirección: Facultad de Medicina —Ciudad Universitaria— Bogotá.
Apartado Nacional Nº 400

Contenido:

I.—EXCLUSION CIRCULATORIA DEL CORAZON DERECHO.

William W. L. Glenn, y José Félix Patiño 217

II.—LOS TUMORES DE LA VESICULA.

Prof. Santiago Triana Cortés 227

III.—CONFERENCIAS ANATOMOCLINICAS. 236

IV.—LISTA DE LOS MEDICOS GRADUADOS EN LA FACULTAD DE
MEDICINA EN EL AÑO DE 1953 DE AGOSTO A DICIEMBRE . . . 255

V.—MEDICOS GRADUADOS DURANTE EL AÑO DE 1954 259

REVISTA

DE LA

FACULTAD DE MEDICINA

Volumen XXIII

Bogotá, Mayo de 1955

Nº 5

Exclusión circulatoria del Corazón derecho

I — OBSERVACIONES PRELIMINARES SOBRE TRASPASO DIRECTO DE SANGRE DEL SISTEMA VENOSO CAVA AL SISTEMA ARTERIAL PULMONAR. CIRCUITO VENA AZIGOS-ARTERIA PULMONAR *

William W. L. Glenn, M. D.

Profesor Asociado de Cirugía, y Jefe de la Sección de Cirugía Cardiovascular, Escuela de Medicina de la Universidad de Yale y Grace New Haven Community Hospital, y

José Félix Patiño, M. D.

J. H. Brown Fellow en Cirugía Cardiovascular y Patología Quirúrgica, y Cirujano Residente Escuela de Medicina de la Universidad de Yale, y Grace New Haven Community Hospital.

Con la ayuda técnica de John E. Fenn

Por cortesía del Yale Journal of Biology and Medicine, Vol. 27, Nº 3, Dec., 1954, órgano de la Ilustre Universidad de Yale, New Haven, estado de Connecticut de la Unión Norteamericana, traducimos y publicamos una trascendental comunicación preliminar del Departamento de Cirugía de la Escuela de Medicina de aquella eximia Universidad. El informe se titula "Exclusión Circulatoria del corazón derecho" y está firmada por los doctores William W. L. Glenn y José Félix Patiño. Este último fue alumno durante cuatro años de nuestra Facultad y ganó en nuestras aulas la Medalla de Fisiología (1945) y el concurso de preparador de Parasitología (1947).

El tratamiento quirúrgico de ciertas lesiones cardíacas de origen congénito caracterizadas por anomalías funcionales o anatómicas de la aurícula o ventrículo derechos, puede llegar a

* Este trabajo ha sido sostenido en parte con fondos del Public Health Service (H851 C4) y del Victoria Fund for Cardiovascular Research de la Universidad de Yale.

depender de que se logre un aflujo directo de la circulación cava a la circulación pulmonar. **

El inmediato y el final éxito de este procedimiento quirúrgico dependería entonces del volumen circulatorio a través de la arteria pulmonar. Dexter et al (1), afirman que: "El volumen de sangre a través de la arteria pulmonar por unidad de tiempo depende de la presión en la arteria pulmonar, la resistencia que ofrece la red vascular pulmonar y la capacidad de las cámaras cardíacas izquierdas para distribuir el volumen sanguíneo que reciben". Basados en los estudios de estos investigadores sobre la presión en la arteria pulmonar de individuos adultos normales, una presión media de 13 a 17 milímetros de mercurio puede considerarse suficiente para impulsar la circulación en la arteria pulmonar en estado de reposo. Una presión venosa de tal magnitud sería insuficiente de por sí para causar edema periférico (2). Una presión venosa alta y prolongada puede sin embargo, dar lugar a varicosidades, y a la formación de circulación colateral.

MÉTODOS

Perros de diferentes razas son anestesiados con nembutal. La toracotomía derecha se hace bajo condiciones de asepsia y la vena azigos se secciona, ligando el cabo periférico. El cabo central se corta cerca de la vena cava superior, mientras la desembocadura en la vena cava es ocluida con una pinza "bulldog" de Potts. La arteria pulmonar derecha es disecada y seccionada cerca de la bifurcación del tronco principal, sobre la cara posterior de la aorta y la vena cava superior. El cabo central de la vena azigos se anastomosa entonces al cabo periférico de la arteria pulmonar. Finalmente, y una vez concluida la anastomosis, la desembocadura de la vena cava superior a la aurícula derecha es ocluida con una ligadura doble de seda.

En uno de los perros, la vena cava inferior fue usada para la anastomosis al cabo periférico de la arteria pulmonar derecha.

Los Estudios de capacidad funcional que se han realizado en la mayoría de estos animales comprenden: Determinación de la presión venosa en la vena cava superior, tomada, (a) antes de la oclusión de la vena cava, (b) después de la oclusión de la cava y antes de abrir la anastomosis con la arteria pulmonar,

** En un escrito presentado ante el Foro sobre Problemas Quirúrgicos Fundamentales, Warden et al (4) describen experimentos en que la aurícula derecha es anastomosada al tronco principal de la arteria pulmonar con el fin de excluir el ventrículo derecho. H. B. Shumacker expresó, durante la discusión del informe, que en su Laboratorio (Universidad de Indiana, Indianápolis, N. del T.) se adelantan experimentos en que las venas cavas se anastomosan a las arterias pulmonares.

y (c) despues de la oclusión de la cava y de abrir la anastomosis. Oximetría (contenido, capacidad, saturación) en la vena cava superior, y aorta, a) antes de la oclusión de la vena cava y b) despues de la oclusión de la cava y apertura de la anastomosis. Se hicieron venogramas de la cava superior en cuatro animales, dos a tres semanas después de efectuada la anastomosis, y en uno de ellos se repitió el venograma 73 días después de la operación. Se usaron 15 a 25 cc., de la solución de 70% de Diodrast, inyectada durante 5 segundos en una de las venas de una de las extremidades anteriores, o directamente en la vena yugular.

TABLA 1. — Determinación de la presión venosa.

Presión en la vena Cava Superior (mm. Sol. Salina)

Experimento N°	Inicial	Después de la oclusión de la vena cava superior. Circuito azigos - arteria pulmonar derecha	
		Cerrado	Abierto
1	60	400	250
2	61	225	180
3	30	245	180
6	30	165	134
7	30	600	214
8	25	300	118
9	30	477	145

RESULTADOS

Los resultados de esta investigación se basan en nueve animales sobre los cuales se realizaron estudios funcionales.

Presión venosa. (Tabla N° 1) La presión en la vena cava superior es baja (30 a 60 milímetros de solución salina fisiológica) antes de la oclusión pero se observa subida rápida con la oclusión completa de la cava (165 a 600 milímetros).

Esta presión en la vena cava ocluida, invariablemente cae al abrir la anastomosis a la arteria pulmonar, a medida que la sangre pasa al circuito pulmonar derecho. Después de abierta la anastomosis, la presión en la vena cava superior se estabiliza en valores que varían entre 118 milímetros (Experimento N° 8) a un máximo de 250 milímetros (Experimento N° 1). El porcentaje de disminución varía entre 18.8 (Experimento N° 6) y 69.6 (Ex-

perimento N° 9). Las determinaciones de la presión en la vena cava fueron repetidas en fechas posteriores en algunos animales. La presión en la vena yugular externa del Experimento N° 1, fué de 68 milímetros y 65 milímetros en los días 73 y 78 del postoperatorio respectivamente, en contraste con el valor de 250 milímetros medido el día de la operación. La presión en la yugular externa del Experimento N° 2., fue de 140 milímetros, 43 días después de la operación, comparados con un valor de 180 mms., el día de operación. La presión en la vena cava superior del Experimento N° 7, a los 21 días, fue casi igual a la presión medida el día de la operación.

TABLA 2. — Oximetría. *

Porcentaje de saturación de O ₂ en la sangre.				
Circuito azigos - arteria pulmonar.				
Experimento N°	Pre.	Post.	Pre.	Post.
	Aorta		Vena Cava Superior	
6	96.5	99.4	48.5	19.2
7	98.7	99.8	92.1	89.9
8	97.4	100	88.8	70.2
9	100	100	68.7	64.5

* Todos los animales respiraron 100% oxígeno.

Oximetría.—(Tabla N° 2) Estos estudios revelan en general una caída de la saturación de oxígeno de la sangre venosa en la vena cava superior en muestras tomadas de 5 a 20 minutos después de la apertura de la anastomosis. No se ha observado ninguna alteración significativa de la saturación de la sangre arterial (aorta).

Angiocardiógrafa.—(Figs. 1 y 2). Se tomaron angiocardíogramas en cuatro animales durante el período postoperatorio. El árbol arterial pulmonar derecho fue visualizado claramente en todos los casos. Se observó una demora en el retorno del medio sobre la región del lóbulo derecho superior en uno de los casos.

COMENTARIO

Los resultados de estos experimentos indican que se puede esperar que una anastomosis practicada entre la vena cava su-

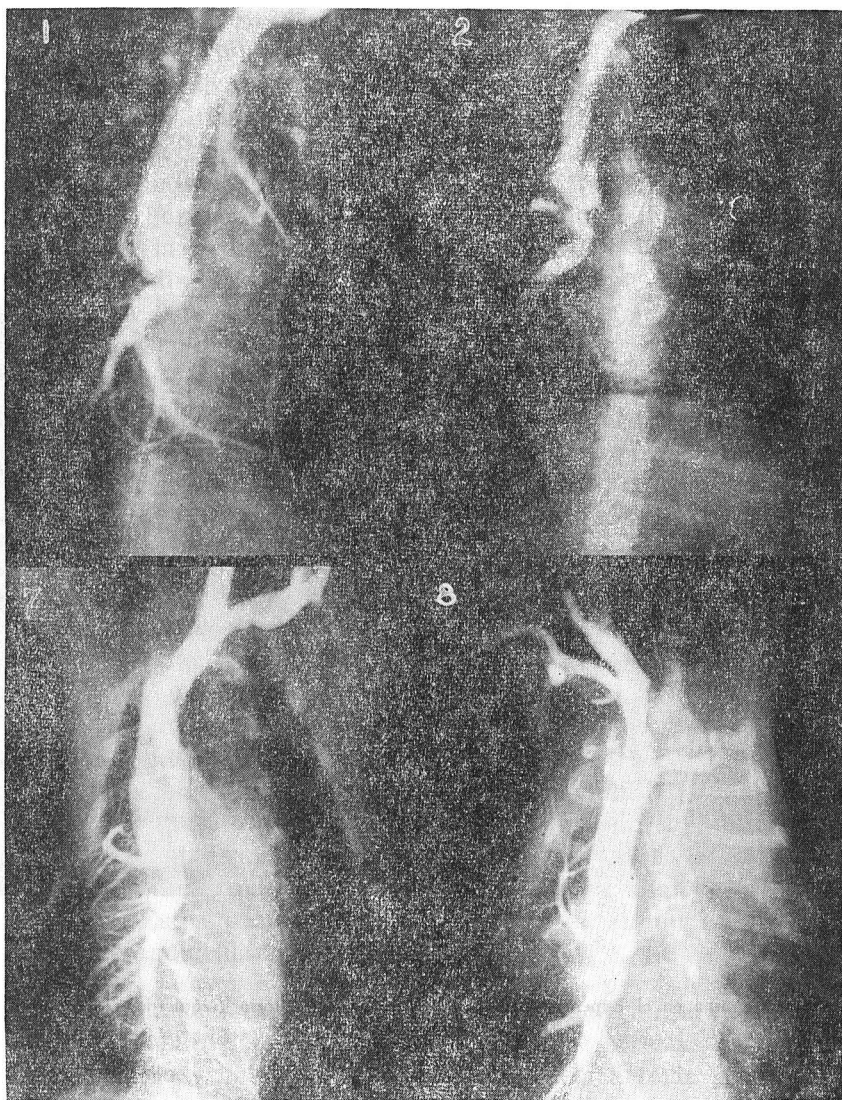


FIGURA N° 1

Angiocardiogramas en cuatro experimentos.

Experimento N° 1 (superior izquierdo) 73 días postoperatorio. Experimento N° 2 (superior derecho) 43 días postoperatorio. Experimento N° 7 (inferior izquierdo) 21 días postoperatorio. Experimento N° 8 (inferior derecho) 16 días postoperatorio.

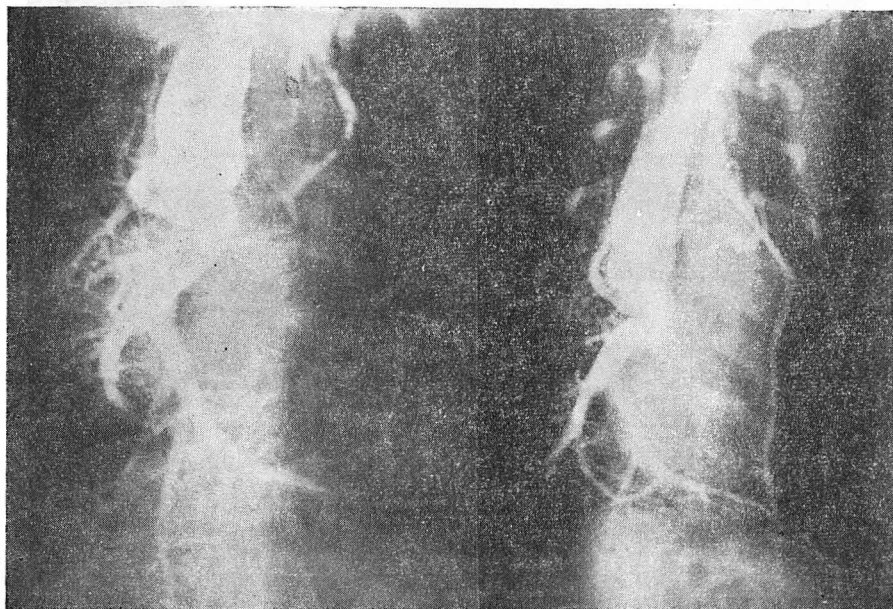


FIGURA N° 2

Angiocardiograma en el Experimento N° 1, 18 días postoperatorio (izquierda) 73 días postoperatorio (derecha).

perior y la arteria pulmonar derecha se mantenga patente en la mayoría de los animales. Es evidente que por lo menos, una parte de la sangre circulante en la vena cava superior pasa a la arteria pulmonar. También parece ser evidente que puede existir una diferencia en la resistencia pulmonar arterial entre los diferentes animales bajo las condiciones experimentales. Se podría sugerir (Experimento N° 1) que en realidad hubiera una disminución de la resistencia pulmonar después de la supresión de continuidad directa de la arteria pulmonar con el corazón derecho. Debe determinarse sinembargo si este fenómeno es una expresión verdadera de disminución de resistencia vascular, o simplemente de disminución de volumen circulatorio a través de la anastomosis debido a una expansión de la circulación colateral entre los sistemas de las venas cavas superior e inferior. Los angiocardigramas seriales tomados a intervalos de 55 días (Fig. 2), en este animal no parecen indicar la formación de extensa circulación colateral.

La exclusión circulatoria del corazón derecho se puede efectuar por anastomosis de las venas cavas superior e inferior, a las arterias pulmonares derecha e izquierda. La exclusión del solo ventrículo se puede realizar por anastomosis de la aurícula derecha al tronco principal de la arteria pulmonar (3). Nuestros intentos para lograr la exclusión total del corazón derecho tuvieron origen al observar el resultado no satisfactorio del tratamiento de varios pacientes con estenosis tricuspídea, por medio de anastomosis entre una arteria del sistema aórtico, y una de las arterias pulmonares. (Operaciones clásicas de Blalock y Potts. N. del T.) Estos pacientes en general presentan un coexistente defecto intraauricular.

Las anomalías cardíacas que pueden beneficiarse al realizar este tipo de operación incluyen las estenosis y atresias de la válvula tricúspide y del "tracto de origen" de la arteria pulmonar. La exclusión circulatoria del corazón derecho también puede estar indicada en casos en que un ventrículo derecho de pobre capacidad funcional, sin presentar obstrucción anatómica, esté acompañado por una posición anormal de la válvula tricúspide (Anomalía de Ebstein). El aflujo directo de la circulación cava a las arterias pulmonares también puede beneficiar casos de ventrículo único o de corazón bilocular. Posiblemente, la exclusión del corazón derecho esté indicada en ocasiones caracterizadas por

hipertensión pulmonar, especialmente en el síndrome de Eisenmenger en el que la hipertensión no ha llegado a la etapa irreversible. Asimismo puede ser de utilidad en casos de transposición de los grandes vasos, y en especial si están acompañados por estrechez pulmonar. La exclusión de igual manera estaría indicada en casos de obstrucción patológica de las venas cavas a su entrada al corazón, o de desembocadura anormal de las cavas en la aurícula izquierda.

Otros experimentos se están adelantando con dos propósitos principales:

1) Determinar si toda la circulación venosa se puede desviar, excluyendo el corazón derecho para entrar directamente al sistema de la arteria pulmonar, y

2) Investigar alteraciones en la resistencia vascular del sistema pulmonar cuando parte o toda la circulación venosa se desvía para excluir al corazón derecho.

BIBLIOGRAFIA:

- 1 DEXTER L., DOW, J. W., HUGHES, F. W., WHITTENBERGER, J. L., FERRIS, B. G., GOODALE, W. T., and HELLEMS, H. K.: Studies of the pulmonary circulation in man at rest. Normal variations and the interrelations between increased pulmonary blood flow, elevated pulmonary arterial pressure, and high pulmonary "capillary" pressures. J. Clin. Invest., 1950, 29, 602.
- 2 RAY, T. and BURCH, C. G., Vascular responses in man to ligation of the inferior vena cava. Arch. Int. Med., 1947, 80, 587.
- 3 RODBARD, S. and WAGNER, D.,: By-passing the right ventricle. Proc. Soc. Exp. Biol., N. Y., 1949, 71, 69.
- 4 WARDEN, H. E., DE WALL, R. A., and VARCO, R. L.,: Use of the right auricle as a pump for the pulmonary circuit. Presented before the Forum on Fundamental Surgical Problems, 40th Clinical Congress, American College of Surgeons, Atlantic City, November 15, 1954.
- 5 PATIÑO, J. F. and GLENN, W. W. L. Circulatory By Pass of the Right Heart. II. Further Observations on vena cava-pulmonary artery shunts. En prensa.

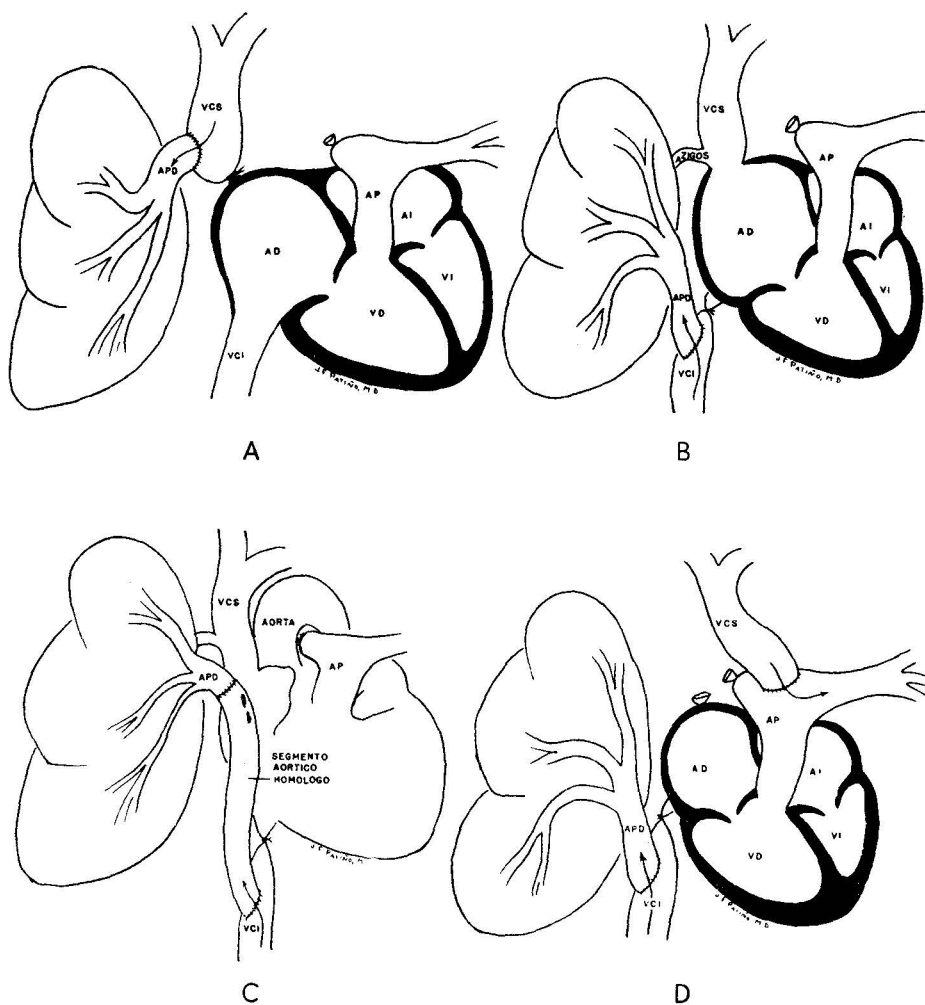


FIGURA N° 3

Diagramas de los diferentes tipos de operaciones usadas en la exclusión experimental parcial o total del corazón derecho. A) Anastomosis de la A. P. D. a la V. C. S., usando la base del cabo central de la V. Asigos. B) Anastomosis de la A. P. D. a la V. C. I. C) Anastomosis de la A. P. D. a la V. C. I., usando un trasplante homólogo de arteria (Aorta torácica). D) Anastomosis de la A. P. D. a la V. C. I. y de la V. C. S. a la A. P. I.; esta preparación representa la exclusión total del corazón derecho. No se han logrado animales de larga supervivencia con este tipo de operación para exclusión total.

ADDENDUM

Desde la preparación del presente informe (Nov. 15 1954) hasta hoy (Junio 23 1955) las investigaciones se han adelantado considerablemente. El total de perros sube a 54, y nuevas observaciones han sido realizadas. Estas incluyen cateterización cardíaca, angiocardiógrafa, oximetría sanguínea y gaseosa, determinaciones de presión intravascular y velocidad circulatoria y especialmente estudios para determinar el volumen circulatorio por minuto (5) a través del circuito. La comunicación formal (5) ya fue remitida para publicación.

Debe hacerse notar que este trabajo está aún en la etapa experimental, y que los autores no harán la aplicación clínica hasta no haber completado a satisfacción los estudios de capacidad funcional en los animales de laboratorio.

Los Tumores de la Vesícula

Prof. Santiago Triana Cortés

TUMORES BENIGNOS

Los únicos tumores benignos frecuentes de la vesícula son los papilomas, que se observan aproximadamente en el 8 por 100 de vesículas extirpadas quirúrgicamente. Exceptuando estas neoplasias relativamente poco importantes, los tumores de la vesícula son raros; se les encuentra con mucho menor frecuencia que los carcinomas primarios de la vesícula. Estos papilomas son pequeños, tienen frecuentemente menos de 0,5 centímetros de diámetro; por lo general su altura no es mayor de cinco a seis veces la de las vellosidades normales. Al menos en el 60 por 100 de casos se encuentran lesiones múltiples distribuidas en forma de placas separadas por la vesícula. A menudo se encuentra los papilomas asociados a colesterosis y pueden contener cantidades considerables de ésteres de colesterolina. Al examen microscópico presentan estos papilomas pocos caracteres que los distingan de las vellosidades hipertróficas de las vesículas-fresa; en los ejemplares de mayor tamaño puede haber una ramificación bien marcada. Se encuentran comúnmente en la vesícula alteraciones inflamatorias o subagudas asociadas, así como los cambios característicos de la colesterosis, y en un tanto por ciento bastante elevado de casos existen cálculos. Gosset y sus colaboradores han aportado pruebas para demostrar que algunas veces se desprenden porciones de papilomas de mayor tamaño y sirven de núcleo para cálculos.

Los papilomas de mayor tamaño son rarezas quirúrgicas. La mayoría de ellos son tumores blandos y friables que pueden ocupar partes relativamente grandes de la luz de la vesícula. A menudo son pedunculados, y a veces se les puede encontrar completa

mente desprendidos y libres dentro de la cavidad de la vesícula. De ordinario se observan grados variables de inflamación, edema o necrosis del tumor, especialmente en las últimas circunstancias mencionadas. Muchos de los grandes papilomas pueden estar teñidos de bilis o incrustados de sales biliares y pigmentos.

Se han descrito papilomas mixomatosos, pero los tipos de papilomas de mayor tamaño son esencialmente variables debidos a un "Hipercrecimiento" de los pequeños papilomas ordinarios anteriormente descritos. Es rara la degeneración maligna. Los tumores de mayor tamaño pueden difundirse por extensión como en el caso descrito por Abell, en que se desarrolló un papiloma en el colédoco algún tiempo después de la extirpación de un papiloma grande primitivo que había llenado por completo la luz de la vesícula. Henry mencionó un caso similar. Algunas veces se encuentran en la vesícula afectada cálculos asociados tanto a las lesiones papilomatosas grandes como a las pequeñas; Sand y Mayer encontraron cálculos en siete de los ocho casos que describieron.

Ciertas alteraciones de la pared de la vesícula, como, por ejemplo, la hiperplasia adenomiomatosa, pueden simular un tumor benigno. La colecistitis proliferante glandular, puede simular también un adenoma. Se han observado extensos cambios quísticos de la mucosa en caso de colecistitis crónica (colecistitis quística) sin formación de verdadero adenoma, y Baroni ha publicado una calculosis intramular.

Raramente se hace el diagnóstico de tumor benigno, excepto en la operación o por colecistografía. Esencialmente los síntomas son los de la colecistitis crónica. Es curioso que los pequeños papilomas causen alguna vez intensos cólicos biliares, pero en general las molestias del paciente son mínimas. Kirklin ha diagnosticado 51 casos de papiloma de la vesícula por medios colecistográficos, aparecidos los tumores como pequeños defectos ovales o semicirculares en el borde de la sombra de la vesícula. Puede explicarse la sombra excepcionalmente densa observada en estos casos por los estudios de Caylor y Bollman, quienes demostraron que las vesículas con los pliegues hipertróficos tan a menudo asociados con los papilomas producen una concentración máxima de bilis y de los colorantes usados en la colecistografía. Kirklin ha podido también diagnosticar adenomas de la vesícula por la presencia de un defecto hemisférico transparente de la sombra co-

lecistográfica observada habitualmente en el fondo. Sin embargo, en la mayoría de los casos no se descubren los tumores benignos de la vesícula hasta que el anatomopatólogo examina la vesícula reseca.

SARCOMA PRIMARIO

Habitualmente se describen estos sarcomas como polimorfos; se han mencionado también angiosarcoma, miosarcoma, endotelioma, y linfosarcoma. En algunos casos se han encontrado en la pared de la vesícula cartílago y hueso. Aproximadamente en los dos tercios de los casos publicados se trataba de mujeres en la edad del cáncer.

Los síntomas son esencialmente similares a los producidos por los carcinomas primarios de la vesícula. El pronóstico es desfavorable debido a que en un período precoz de la enfermedad se presentan metástasis de los órganos adyacentes, particularmente en el hígado y ganglios linfáticos vecinos. Aproximadamente en el 50 por 100 de casos se ha observado metástasis hepática en el momento de la operación.

CARCINOMA PRIMARIO

El cáncer de la vesícula es, una afección relativamente rara. Se observa aproximadamente en el 0,4 por ciento de las autopsias rutinarias. Esto presenta algo menos del 3 por 100 de todas las lesiones malignas. La vesícula se puede clasificar en quinto lugar entre los asientos del cáncer en el tubo digestivo. Se encuentra mayor número de casos en el estómago, el colon, el recto y el esófago, siguiendo este orden. Según los datos obtenidos en el curso de operaciones por enfermedades de la vesícula, la frecuencia habitual de la afección apenas excede del 1 por 100.

Los factores etiológicos en la producción de los cánceres de la vesícula son oscuros. En casi el 80 por 100 de todos los casos publicados se trataba de mujeres (Musser). La distribución según la edad es la del cáncer en otras partes del cuerpo. El período habitual del desarrollo de la enfermedad es la sexta década de la vida. La afección estará en un período precoz de la vida, aunque hay un caso publicado de un paciente de veintidós años. Tienen alguna importancia las alteraciones papilomatosas previas de la pared de la vesícula.

En toda discusión sobre la etiología debe citarse también la colelitiasis. La cifra sobre la frecuencia de cálculos puede ser inapropiada en muchos casos, dado que el diagnóstico quirúrgico de carcinoma se hace basándose en el aspecto macroscópico y habitualmente no se examina ya más el órgano para determinar la presencia o ausencia de cálculos. Sin embargo, la frecuencia publicada de cálculos en las vesículas cancerosas varía del 36 por 100 (Miller) al 100 por 100 (Janowski). No está completamente claro por qué los cálculos deben estar relacionados con el cáncer de la vesícula: la hipótesis aceptada es que la irritación crónica local predispone a las alteraciones cancerosas. Se ha supuesto que constituía una explicación la radioactividad de algunos cálculos mientras que otros investigadores han creído que no puede excluirse la posibilidad de la presencia de algún otro agente carcinógeno en los mismos cálculos. Leitsch emitió la hipótesis de que puede ser la causa un irritante tisular que actúa en presencia de una elevada concentración de colesiterina.

Desde luego no es cierto que cálculos preceden siempre al carcinoma, dado que se ha encontrado cáncer en vesículas que no han presentado manifestaciones previas de enfermedad calculosa, así como en vesículas cuyos cálculos habían sido extirpados mediante una colecistotomía mucho tiempo antes de desarrollarse el cáncer. Sin embargo, predominan las pruebas que indican que los cálculos son casi siempre primarios. Siegert encontró que mientras existían cálculos en el 95 por 100 de casos de cáncer primario de la vesícula, se observaban únicamente en el 15 por 100 de aquellos en que la vesícula era invadida secundariamente desde los tejidos adyacentes. Leitsch y Kazama han afirmado también haber producido neoplasias introduciendo cálculos y guijarros en las vesículas de cobayos. Sus resultados han sido puestos en duda por Delbert y Godard y por Burrws; este último autor creía que si bien la presencia de cálculos en estas condiciones provocaba una rápida proliferación de la mucosa y papilomas, no se desarrollaba un verdadero cáncer.

Se han descrito cuatro diferentes tipos anatomopatológicos de cáncer de la vesícula, pero una distinción precisa entre los mismos es algo artificial, dado que puede encontrarse en el mismo órgano más de un tipo de estructura celular. El llamado carcinoma esquirroso es el más frecuente; por lo general forma un tipo de neoplasia sólida, cicatricial que puede obliterar por completo la vesícula y convertirla en un tumor sólido. Microscópicamente

la lesión consiste en un adenocarcinoma con un estroma de tejido fibroso denso. Los carcinomas papilares son considerablemente menos frecuentes; pueden asemejarse a los papilomas encontrados en la vejiga urinaria, y como éstos, están sujetos corrientemente a hemorragia y necrosis. Al microscopio la estructura típica es la del carcinoma de células cilíndricas. No son raros los carcinomas coloideos. Estas estructuras típicas, blandas, de consistencia de jalea, alcanzan un tamaño considerable y algunas veces llenan la vesícula. Las células escamosas se parecen al escirro común, en su aspecto macroscópico, pero el examen microscópico tiene más o menos la apariencia típica de una estructura derivada del epitelio escamoso. Dado que no hay en la vecindad tejidos con el mismo origen embrionario, es sumamente improbable la posibilidad de que dichos tumores deriven de restos embrionarios. Se ha supuesto que constituye una explicación el fenómeno de la metaplasia. En un caso descrito por Rosenthal se ha encontrado en la vesícula un melanocarcinoma primario.

Se ha afirmado que los carcinomas de la vesícula se originan principalmente en el fondo, pero Judd y Gray no pudieron descubrir predilección por parte alguna de la pared de la vesícula. En algunos casos de carcinoma que surge a nivel del infundíbulo de la vesícula se ha producido como consecuencia una constricción en reloj de arena, mientras que en otros que nacen cerca del conducto cístico puede formarse una hidropesía vesicular. La difusión del carcinoma vesicular sigue un camino más bien típico. La mayoría de neoplasias de la vesícula son sumamente malignas (Webbe) y por esto crecen rápidamente. Por lo general el hígado es invadido precozmente por extensión directa en el curso de la enfermedad. Casi siempre hay metástasis en los ganglios linfáticos regionales, el ganglio del conducto cístico es aparentemente el primero en ser invadido. Por lo común están invadidos también los ganglios linfáticos del epiplón menor y de la Wislow y a partir de esos puntos el proceso neoplásico puede difundirse a los ganglios mediastínicos, tráqueobronquiales y supraclaviculares. Con frecuencia el peritoneo, situado inmediatamente alrededor de la vesícula, es invadido precozmente; la cavidad peritoneal se afecta en una época ulterior. Es común que el proceso invada el epiplón. Se ha descrito un tumor de Krukenberg de los ovarios asociado a un carcinoma de la vesícula. Sin duda en dichas circunstancias el tumor se forma a partir de células tumorales que han caído en la pelvis. Se ha observado la extensión a am-

bas glándulas suprarrenales, con la producción de un cuadro clínico parecido a la enfermedad de Addison.

Con frecuencia pueden desarrollarse metástasis distantes a partir de lesiones primarias muy pequeñas de la vesícula.

El tumor puede afectar, y con frecuencia lo hace, el colédoco por extensión directa o compresión, conduciendo así a una ictericia por obstrucción. De hecho, si existe ictericia, es atribuible casi siempre a esta causa más bien que a metástasis hepáticas. Se ha descrito asimismo como accidente terminal la compresión de la vena porta, con trombosis subsiguiente. El duodeno el colon y el yeyuno pueden estar afectados por extensión directa o por compresión.

Los cánceres secundarios de la vesícula son raros; se desarrollan cuando se presenta una extensión directa a partir de tumores del estómago, páncreas o colon. Estas neoplasias secundarias están en gran parte limitadas a la capa serosa de la vesícula y raramente invaden la mucosa u obstruyen el conducto cístico. Siegert encontró que las neoplasias secundarias eran menos frecuentes entre las mujeres que entre los hombres, y como se han mencionado ya, estas neoplasias únicamente con poca frecuencia estaban asociadas a cálculos.

Síntomas.—Se han hecho muchos intentos para establecer un cuadro clínico que permitiera un diagnóstico precoz del cáncer de vesícula. Por desgracia los fenómenos clínicos asociados a esta afección son extraordinariamente variables. Los síntomas existentes pueden referirse en parte a los efectos locales del mismo tumor sobre tejidos u órganos que lo rodean. En una gran mayoría de los casos el tumor de la vesícula es duro, doloroso espontáneamente y a la presión, y puede alcanzar un tamaño considerable. El dolor producido por el carcinoma de la vesícula difiere considerablemente del atribuible a cálculos. Se describe a menudo como una molestia sorda, taladrante, sin remisiones y de intensidad gradualmente creciente. Puede ser más intenso por la noche y puede extenderse hacia atrás. El dolor no guarda relación con la ingestión de alimentos o con cualquier otra función digestiva.

Los dolores paroxísticos no se acompañan, por lo general, como es la regla en la litiasis, de elevación de la temperatura. Una vez pasado el paroxismo el dolor no desaparece del todo, ni sique-

ra con una medicación intensa y apropiada. Esta medicación calmante resulta, casi siempre, sin efecto. Al mismo tiempo el estado general es atacado; el enfermo enflaquece rápidamente, se presenta la astenia muy considerable.

Auncuando el examen físico resulte generalmente negativo, los dolores de tipo especial ya descritos, la astenia y el enflaquecimiento deben hacer suponer la existencia de un cáncer.

Al lado de estos síntomas, en algunas ocasiones es posible sentir, a la palpación, una masa en la región hepática: es la forma tumoral. Esta masa puede ser ya la vesícula, que forma un tumor redondo, irregular, duro, que va del tamaño de un huevo al de una naranja grande; poco móvil, puede presentar algunos movimientos de arriba a abajo con la respiración, pero no se puede movilizar lateralmente; esta fijación se puede notar perfectamente cuando el enfermo pasa de la posición dorsal al decúbito lateral izquierdo. A veces no es la vesícula sino el hígado el que ha aumentado de tamaño: se encuentra liso y duro dando la impresión de un cáncer primitivo.

Cuando la propagación se hace hacia el pedículo hepático se presenta la forma ictérica; pero la ictericia que aparece no presenta nada de característico, traduce siempre una evolución ya larga y representa a veces el accidente terminal.

En la forma dispéptica son las perturbaciones digestivas las que predominan. En la infección es la temperatura la que llama la atención.

Cualquiera que sea la forma los dolores continuos aumentan de intensidad y pronto no serán calmados ni por la morfina; la acentuación de las perturbaciones dispépticas puede ir hasta la intolerancia gástrica absoluta; la astenia profunda, el enflaquecimiento extremo, la anemia y las orinas cada vez más oscuras y escasas anuncian el desenlace que se presentará en corto tiempo, en unos pocos meses.

Será considerado en el capítulo del tratamiento quirúrgico de la obstrucción biliar, provocada por tumores de la vesícula, conductos biliares, papilla de Water y páncreas.

Diagnóstico.—Raramente se hace el diagnóstico antes de la operación o de la autopsia, aunque puede sospecharse la afección. La existencia de una historia de colecistitis previa, junto con la

demostración de un tumor duro, doloroso e irregularmente redondeado en el cuadrante abdominal superior, puede conducir a un diagnóstico de presunción. Sin embargo, esta combinación de circunstancias ocurre en menos del 30 por 100 de casos. La persistencia de una fístula después de colecistostomía puede despertar la sospecha (Rhodes y Greenblatt). Cuando existe aumento de tamaño del hígado, ictericia y caquexia el diagnóstico habitual es el de carcinoma metastásico del hígado, de origen desconocido. La falta general de diagnóstico de la enfermedad antes de la operación no es de resaltar cuando se tiene en cuenta que en general el dolor no es ni constante ni característico, que la ictericia existe solo en menos de la mitad de los casos, y que la presencia de un tumor palpable únicamente es algo más frecuente. La colecistografía ha carecido de valor excepto en casos raros, y no hay otros resultados de laboratorio patognómicos, hecho para algunos curiosos: la anemia es frecuente, la leucocitosis y la fiebre no constituyen hechos notables, y la pérdida de peso raramente es evidente hasta que se ha alcanzado la fase terminal de carcinomatosis general o metastasis hepática.

El error diagnóstico más frecuente es considerar los síntomas y signos como atribuibles a una coleditiasis, error que está justificado cuando se tiene en cuenta que en una gran mayoría de casos la vesícula cancerosa contiene cálculos. Alguna vez este error es afortunado porque puede conducir a una extirpación precoz. Más común, después del mencionado, es el diagnosticar un cáncer de la cabeza del páncreas, debido a que es común a ambas enfermedades la existencia de ictericia, caquexia y un tumor palpable. No debe confundirse la vesícula globular y lisa de los casos de distensión con la masa dura e irregular observada en casos de carcinoma primario. La sífilis hepática se caracteriza a menudo por un hígado duro e irregular, dolor, ictericia y fiebre, pero debería distinguirse en la mayoría de casos por los métodos serológicos.

Tratamiento y pronóstico.—Debido a que es casi inevitable el error diagnóstico en el cáncer primario de la vesícula, a menudo se emplea la exploración quirúrgica. En casos dudosos, si la historia previa hace pensar en una coleditis benigna y no hay pruebas notorias de haberse alcanzado la fase de metástasis, es evidente la necesidad de medidas quirúrgicas. Es posible que los medios colecistográficos se desarrollarán finalmente para el diag-

nóstico de las lesiones precoces, pero en la actualidad el caso ocasional precoz y por tanto operable de cáncer de la vesícula constituye casi invariablemente un hallazgo quirúrgico accidental. Rara vez es posible la extirpación quirúrgica.

El pronóstico es casi uniformemente desfavorable; la mayoría de pacientes mueren dentro del primer año de la colecistectomía. El promedio de tiempo, antes de que se desarrollen signos de recidiva y metástasis no excede de dos meses. Únicamente cuatro pacientes en la gran serie de Judd y Baumgastner vivieron más de cinco años después de la colecistectomía. En las series de Quenu hubo dieciocho muertes operatorias, y de los cincuenta y dos pacientes que pudieron seguirse, sólo catorce vivían el año de la operación. Recientemente ha publicado Aiga un caso en que el paciente vivió siete años y medio después de la colecistectomía, aunque antes de la operación existía ictericia y un tumor palpable. En su publicación citó los casos de Korte, Friedrich, Michaux y Payr en que después de la colecistectomía se observaron períodos de supervivencia excepcionalmente largos. Magoun y Renshaw publicaron también datos acerca de pacientes que vivieron ocho, nueve y once años después de la colecistectomía. Sin embargo, estos casos son demasiado escasos para autorizar intentos indiscriminados de tratamiento quirúrgico es grande el riesgo operatorio, e incluso la simple exploración comporta con una elevada mortalidad. La hemorragia constituye un factor que contribuye por lo común al resultado fatal. Si existen manifestaciones de invasión hepática, la operación acelera decididamente los progresos de la enfermedad (Blalock).

El estudio del carcinoma de la vesícula es sombrío y no hay señales que hagan pensar que los años hayan conseguido alguna mejoría ni en el diagnóstico ni en el tratamiento. Como ha hecho observar Miller, la literatura está mucho más abundantemente provista de datos anatomopatológicos y publicaciones de autopsia que de sugerencias referentes al diagnóstico y a la cura radical. En los casos en que se sospecha el carcinoma de la vesícula debe preferirse la peritoneoscopia a la laparotomía con objeto de diagnóstico, dado que esta última va seguida con demasiada frecuencia de una terminación fatal. Si alguna lección puede deducirse de un estudio del carcinoma primario de la vesícula es que la extirpación precoz de las vesículas calculosas reducirá la frecuencia de las enfermedades malignas de dicho órgano.

CONFERENCIAS ANATOMOCLINICAS

CASO No. DIEZ Y NUEVE

Z. J. M. 60 años. Ciudad de origen: Simijaca. Ciudad de procedencia: Tena. Servicio del Prof. Carlos Trujillo Gutiérrez.

NOTA CLINICA: El enfermo ingresa al Servicio de Clínica quirúrgica del Prof. Anzola Cubides el 14 de Enero de 1952 por presentar dolor abdominal difuso con ligera irradiación al hipocondrio derecho, vómito, anorexia, diarreas abundantes y fétidas que nunca se acompañaron de pujo ni de tenesmo, fiebre alta, calofrío y malestar general.

Z

Antecedentes familiares: Sin importancia.

Antecedentes personales: Enfermedades de la infancia. Bleenorragia en la adolescencia. Más tarde, se ha visto obligado a hospitalizarse en 2 ocasiones diferentes cuya fecha no precisa, una por síntomas disenteriformes y otra por erisipela.

Enfermedad actual: Se inició unos 20 días antes de su ingreso al hospital de una manera súbita, con la aparición de dolor abdominal intenso que más tarde se localizó en el hipocondrio derecho, vómito, diarrea abundante y fétida, calofrío, fiebre alta y anorexia. Esta sintomatología no se modificó y el enfermo se vió obligado a ingresar al Hospital.

EXAMEN CLINICO: Enfermo en mal estado general, con facies dolorosas, temperatura de 39.5°C, con tensión arterial de 100 x 80, pulso de 120 por minuto y 25 respiraciones al minuto.

Aparato Circulatorio: Ruidos cardíacos velados.

Aparato Respiratorio: Hay tos frecuente con expectoración mucopurulenta abundante. A la percusión se aprecia submatidez en ambas bases pulmonares y a la auscultación estertores crepitantes y subcrepitantes.

Aparato Digestivo y Abdominal: Lengua sucia, saburral, y temblorosa. Dentadura en mal estado. Abdomen distendido con meteorismo generalizado, doloroso sin ningún punto especial. Hígado percutible desde el 4º espacio intercostal hasta el borde de la reja costal sobre la línea axilar anterior, de superficie regular y no doloroso a la palpación. Bazo ni percutible ni palpable.

Aparato Génito-Urinario: Presenta disuria y polaquiuria.

Sistema Neuro-muscular: Hay temblor generalizado.

Demás órganos y aparatos normales.

EXAMEN DE LABORATORIO: **Hemograma:** (Enero 17/52) eritrocitos 3.760.000; hemoglobina 75%; valor globular 1.01; leucocitos 7.200; polimorfonucleares neutrófilos 80%; linfocitos 20%. **Eritrosedimentación:** a la media hora 53 mm. y a la hora 83 mm. **Azohemia** 24 mlgrms. %. Glicemia 74 mlgrms.%. Reacciones de Widal y Weill Felix (Enero 28/52) negativas. **Materias fecales:** (Enero 17/52) huevos de anquilostomídeos +, huevos de tricocéfalos+. Fotofluorografía Nº 114.673 (Enero 18/52) Negativo para T. B. C. Aorta muy ensanchada.

EVOLUCION Y TRATAMIENTO: En el Servicio de Clínica Quirúrgica, consideraron que el caso no era de tratamiento quirúrgico y que debía ser trasladado a un Servicio de Clínica Médica; durante su corta permanencia recibió penicilina 250.000 unidades en las 24 horas, sulfaguanidina 10 grms. diarios; solución dextrosada al 5% y solución salina 1.000 c.c. diarios y analépticos.

El 30 de Enero de 1952, es trasladado al Servicio de Clínica Médica donde se corroboran los datos de anamnesis remota y próxima ya anotados y se practica examen clínico.

EXAMEN CLINICO: Enfermo con facie demacrada y pálida, escleróticas subictéricas, lengua seca, dentadura en mal estado y piel deshidratada y subictérica.

Aparato Circulatorio: El choque de la punta es difuso y presenta pulsaciones arteriales muy visibles y latidos aórticos supra-esternales bien aparentes. A la auscultación, se observa velamiento de los sonidos cardíacos, aumento del segundo tono aórtico y desdoblamiento del 1º tono en el foco mitral. La aorta pulsa por encima del manubrio del esternón en forma muy clara. Los vasos del cuello son tortuosos y duros especialmente las carótidas. La tensión arterial es de 110 x 90 y el pulso de una frecuencia de 130 por minuto.

Aparato Respiratorio: Se observa depresión franca del hemitórax izquierdo, disnea de 32 respiraciones por minuto con respiración soplane. A la auscultación se encuentran estertores subcrepitantes y crepitantes en los lóbulos superiores y signos de congestión en las bases de ambos pulmones. La frecuencia respiratoria es de 28 por minuto.

Aparato Digestivo y Abdominal: Abdomen globuloso, doloroso a la palpación con sensación franca de honda líquida y de derrame a la cavidad ab-

dominal acompañados de edema de la pared, muy notorio en la región sacra y lumbar. El hígado es percutible desde el 5º espacio intercostal derecho y el borde inferior imposible de determinar a causa del derrame líquido. El bazo es percutible.

Aparato Génito-Urinario: Al practicar tacto rectal, se encuentra una próstata de tamaño y consistencia normales. Los genitales externos son de aspecto y desarrollo normales.

Sistema locomotor: Hay temblor en reposo, debilidad muscular y edema generalizado de los miembros inferiores.

Demás órganos y aparatos normales.

EXAMENES DE LABORATORIO: En los exámenes de control se obtienen datos sensiblemente iguales a los ya anotados. Las reacciones serológicas de Kahn y Mazzini son negativas. (Enero 28/52) **Orina:** (Febrero 11/52) aspecto turbio; color, ámbar, reacción ácida, albúmina ligeras huellas; pigmentos biliares escasos. Urea 22.80 grms.%. Cloruros 11 grms.%. Fosfatos 1.60 grms.%.

EVOLUCION Y TRATAMIENTO: Se continúa con un tratamiento médico a base de antibióticos; se hidrata el enfermo, se administran vitaminas y astringentes. El 20 de Febrero al 1º de Marzo, disminuye notablemente la diarrea y mejora su estado general; el 2 de marzo reaparece el dolor abdominal, se intensifica la diarrea y se observa gran meteorismo; en el corazón, es apreciable desdoblamiento del primer tono y reforzamiento del segundo en el foco aórtico; el pulso supra-esternal no se modifica. El 4 de marzo el estado general es muy malo y no ha presentado modificaciones de su cuadro abdominal; en el pulmón se auscultan estertores húmedos en todos los campos pulmonares y en el corazón aparece ritmo de galope. Se ordena la aplicación de 1/8 de miligramo de Strofosid disuelto en 25 c.c. de suero glucosado hipertónico por vía endovenosa; a las 24 horas se aplica nuevamente Strofosid en cantidad de 1/4 de miligramo en la misma forma. En la noche del 5 de marzo, entra en agonía y muere a las 6 a. m. del día 6 de Marzo de 1952.

DISCUSION CLINICA:

PROFESOR CARLOS TRUJILLO GUTIERREZ:

Como ustedes se han dado cuenta por la historia, en este paciente predomina ante todo un síndrome infeccioso acompañado de un síndrome abdominal. Se puede decir que a un síndrome infeccioso con fiebre de 39 a 39.5°C, que persistió durante muchos días, y que ha aparecido en los comienzos de la enfermedad; también, hizo parte de este síndrome el calofrío inicial. Al lado de ese

síndrome infeccioso hay síntomas de localización intestinal, es decir, diarrea abundante, dolores generalizados a todo el abdomen que el enfermo reside algunas veces al hipocondrio derecho; también hay ascitis o por lo menos derrame peritoneal tan abundante que no permitió al clínico localizar el borde inferior del hígado. Relacionando entre sí estos diferentes datos, llegamos a la conclusión de que se trata de un síndrome infeccioso de localización abdominal.

Yo no voy a afirmar ningún diagnóstico, sino solamente quiero sugerir algunos como hipótesis de trabajo y como posibilidades de las entidades de que pudiera estar afectado este enfermo, sin que yo pudiera de ninguna manera afirmar mi opinión respecto a algunos de esos diagnósticos; así por ejemplo, este enfermo podría tener una peritonitis de neumococos; ustedes saben que una de las peritonitis que dan diarrea es la peritonitis de neumococos y es un signo preciosísimo para el diagnóstico diferencial este hecho. El síndrome peritoneal, se afirma en este caso por el derrame ascítico o por lo menos por el derrame líquido que podría ser purulento; se afirma también por el dolor difuso en toda la región abdominal y por el meteorismo que sugieren lógicamente una peritonitis. Por lo tanto, mi primera hipótesis es la de una septicemia por neumococo localizada especialmente en el peritoneo, es decir, una peritonitis a neumococo. La segunda hipótesis que podría considerarse en este paciente, es la posibilidad de una granulosa tuberculosa con localización predominantemente peritoneal, la cual estaría afirmada en las siguientes bases clínicas: 1º En un síndrome pulmonar clínicamente manifestado según lo relata la historia, por la presencia de estertores crepitantes y subcrepitantes en los dos tercios inferiores de ambos pulmones, por signos de congestión en las bases, por polimnea de 32 respiraciones, por fiebre, por taquicardia y aún por el mismo síndrome peritoneal. Se trataría en este caso, no de la pleuro-tuberculosis de Ferne y Bouline, sino de una tuberculosis peritoneal con derrame. La tercera hipótesis que surge por el dolor localizado en el hipocondrio derecho, por el dolor abdominal más o menos generalizado, por la sintomatología febril, por el mismo calofrío podría ser el de un absceso subfrénico comprendiendo, como lo hace la topografía quirúrgica, un proceso subfrénico colocado por encima del meso-colon transverso y por debajo del diafragma, sin tener importancia el que estuviera por encima, por debajo o por detrás del hígado; esta es una hipótesis bastante

aceptable y parece ser la primera que hicieron en el Servicio Quirúrgico. También podría pensarse en una enteritis tuberculosa a causa de la diarrea y de las deposiciones fétidas, todo lo cual corresponde a la sintomatología de una enteritis bacilar. Podría igualmente pensarse por la diarrea incoercible en una disentería bacilar de forma crónica, aunque faltan los signos de pujo y tenesmo que son tan frecuentes en el síndrome disenteriforme disenterico puro. No debemos olvidar que la disentería bacilar puede hacerse crónica, durar semanas y aún meses y producir una diarrea como la que presentó este paciente sin otra sintomatología y pudiendo faltar el pujo y el tenesmo.

Como ven, son múltiples las hipótesis que pueden hacerse alrededor de este caso, sin contar con la del absceso amibiano del hígado, que tampoco debemos olvidar aquí, por proceder el enfermo de un clima, donde la amibiasis es endémica. De todas ellas, ninguna tiene base suficiente y esperamos que la afirmación o la infirmación por parte de los hallazgos de autopsia, nos aclaren el caso.

DOCTOR ROBERTO DE ZUBIRIA:

Este enfermo nos fué trasladado al Servicio de Clínica Quirúrgica 15 días después de haberse hospitalizado; en nuestro Servicio, el síndrome principal, el síndrome más llamativo que presentó, fué la diarrea incoercible en un principio y que más tarde con el tratamiento médico disminuyó un poco a la reaparición en los días anteriores a su muerte, con las mismas características que presentaba al ingreso. A más de esto, nos llamó la atención, una serie de signos cardiovasculares que están anotados en la historia y que nos dieron la impresión de indicar ataque agudo de este sistema; tales eran: un doble cuadro sintomatológico formado por una parte, por síntomas digestivos y por otra, por síntomas cardiovasculares de predominio aórtico que terminaron en un cuadro de verdadera insuficiencia cardíaca. No pudimos hacer un diagnóstico que nos explicara completamente los síntomas que presentaba el paciente; se nos hizo sugestiva la hipótesis de una T. B. C. intestinal o de un proceso neoplásico del colon. Desgraciadamente el enfermo falleció antes de que hubiéramos podido completar todos los exámenes radiológicos de aparato digestivo y algunos otros exámenes para clínicos que nos hubieran permitido aclarar el diagnóstico.

PROFESOR PABLO ELIAS GUTIERREZ:

Me llama bastante la atención la sintomatología cardiovascular que presentó el enfermo. Me refiero especialmente a la arterioesclerosis que daba signos bastante notorios de déficit, de insuficiencia, principalmente del ventrículo izquierdo como lo afirman el ruido de galope aparecido especialmente al final de la vida del paciente.

Es muy lógico que la sintomatología de ingreso hiciera pensar inicialmente en una afección intestinal por la cual fué hospitalizado en el Servicio Quirúrgico y que allí, después de examinarlo detenidamente, lo hubieran trasladado a un servicio de Clínica Médica. En este caso podríamos pensar que a más de lesiones cardiovasculares, que es evidente en este paciente, se injertó una infección generalizada de localización predominantemente peritoneal que bien pudiera tratarse de una tuberculosis intestinal a pesar de que la sintomatología del aparato digestivo es bastante confusa. La presencia de dolores difusos, de ascitis, de subictericia y de diarrea, lo llevan a uno lógicamente a pensar en una infección por bacilo de Koch, no sólo de tipo enteral sino de tipo peritoneal. La peritonitis tuberculosa, en las distintas formas clínicas, es relativamente raro en una persona de 60 años; sin embargo hay una forma de tuberculosis abdominal, acompañada de cierto grado de alteración del estado general y de cirrosis hepática que es lo que los franceses denominan "Cirrosis grasa de los tuberculosos", en la cual se presenta hepatomegalia, esplenomegalia, dolor abdominal más o menos difuso, a veces diarrea, ligero grado de circulación venosa colateral, ascitis, fiebre, desnutrición general y pésimo estado de estos pacientes; todo ésto es sumamente parecido a lo que presentaba este enfermo. A mí se me hace que posiblemente este enfermo a pesar de todas estas consideraciones, no murió de una peritonitis tuberculosa máxime con los resultados negativos de la radiografía.

En este enfermo había una arterioesclerosis generalizada y vale la pena meditar si no pudo haber hecho alguna alteración arterial abdominal o simplemente vascular, que explicara la sintomatología abdominal del paciente. Porque en el curso de la arterioesclerosis se pueden presentar accidentes algunos de tromboarteritis, de tromboflebitis no en la forma de oclusión aguda y brusca sino en la forma de oclusión progresiva de vasos importantes como lo son la mesentérica superior y que dan como todos lo saben

la mesentérica superior y que dan como todos lo saben un dolor intensísimo generalizado, con defensa de los músculos rectos del abdomen, meteorismo, vómitos, supresión del tránsito de las materias fecales por el ano, ascitis y síntomas que en los casos agudos pueden ser de colapso completo. Ese cuadro clínico se confunde frecuentemente con la perforación gástrica cuando es agudo o con cualquiera de las variedades ileo, tales como la intususcepción, el volvulus, el estrangulamiento herniario y aún la misma pancreatitis aguda hemorrágica. Este no era el caso en este paciente, porque la sintomatología no fué tan aguda; pero sí la sintomatología que presentó corresponde a lesiones progresivas de los vasos abdominales principalmente a fenómenos de trombosis no agudas sino lentas. Frecuentemente el médico se olvida de ésto, y sólo piensa, en presencia de una arterioesclerosis, de fenómenos de trombosis de las coronarias, en trombosis de una de las ramas de las arterias meníngeas, en trombosis de las arterias de los miembros inferiores etc. y se olvida de ese enorme sector vascular del abdomen como lo son la aorta abdominal, el tronco sedíaco, las mesentéricas superior e inferior, los vasos renales y toda esa serie de ramas abdominales, que bien pueden sufrir el mismo proceso arterioescleroso que presentan los otros vasos dando manifestaciones abdominales o mejor, abdominoperitoneales, de forma aguda, algunas veces y otras de forma crónica, que explican síndromes como el que presentaba este enfermo y que en efecto, pueden constituir el factor causante de la muerte de estos pacientes arterioesclerosis.

Yo considero que este paciente, que era ante todo un arterioescleroso, tuvo realmente una infección sobre-agregada; presumo que el estudio de los vasos abdominales que he hecho en la autopsia, nos puede explicar satisfactoriamente el cuadro que presentó.

DOCTOR FERNANDO VALENCIA:

En un enfermo de 60 años, con lesiones arterioesclerosas y generalizadas, que afectaban francamente corazón, pulmón y otros órganos, el cuadro abdominal que nos relata la historia puede efectivamente hacernos recorrer toda la patología digestiva capaz de producir diarreas y meteorismo, tal como se ha venido haciendo hasta aquí, sin que en realidad podamos hacer un diag-

nóstico definitivo. Este paciente hubiera necesitado para darnos un criterio diagnóstico, un estudio radiológico de vías digestivas, un examen completo de materias fecales, un estudio de las funciones pancreáticas y algunos otros exámenes para clínicos que no le fueron practicados. En un mismo enfermo de esta edad 60 años, las alteraciones de la pared de la mucosa del estómago, son capaces de dar muchas veces diarreas y síntomas semejantes. Para mí, sigue en pie la hipótesis de una T. B. C. del pulmón la cual no siempre tiene que guardar como sabemos todos, relación con la tuberculosis intestinal; muchas veces son dos entidades en su misma iniciación completamente distinta. En resumen, considero que este paciente, era ante todo un tuberculoso pulmonar que hizo más tarde una tuberculosis intestinal.

PROFESOR RICARDO CEDIEL:

Considero que el ideal en estas reuniones es presentar casos con estudios completos para que el alumno y nosotros mismos podamos tener en definitiva el conocimiento y se pueda hacer el diagnóstico de un paciente completamente estudiado o si la medicina es una ciencia tan difícil que ni aún con todo el conjunto de estudios de especialización y de exámenes paraclínicos se puedan hacer los diagnósticos precisos.

Considero ya el caso que hoy nos ocupa, las posibilidades diagnósticas son en realidad todas las que se han enumerado y simplemente me limitaré a mencionar una más. Llama la atención el que este paciente hubiera comenzado su enfermedad con un cuadro muy agudo, con gastro-enteritis, con vómitos, con dolores abdominales difusos, con diarrea, con fiebre y que esta sintomatología se hubiera continuado en forma interrumpida prácticamente, produciendo un pésimo estado general. Se han descrito casos de gastritis aguda —especialmente por Bows que los menciona en su tratado de gastro-enterología que han hecho un cuadro típico abdominal agudo, especialmente cuando se trata de gastritis alcohólicas y como cosa muy curiosa, en tales casos aparece ictericia. Por esta razón, me pregunta si este paciente no estaría haciendo una gastritis aguda, posiblemente alcohólica, ya que presenta síntomas de alcoholismo tales como temblor, gastritis que se complicó con enteritis y hepatitis que son precisamente las complicaciones de tales entidades.

Respecto del diagnóstico de tuberculosis peritoneal, me parece que la edad está bastante en contra de esta entidad porque la peritonitis tuberculosa es mucho más frecuente y casi exclusivamente de los jóvenes.

DOCTOR ALFONSO DIAZ AMAYA:

Me llama la atención el diagnóstico de peritonitis a neumococo que se ha planteado aquí; pero se me hace que en un anciano de 60 años, es poco probable la existencia de una peritonitis crónica y más bien la consideraría como el proceso final y la causa de muerte. En relación con la peritonitis tuberculosa, no deja de llamarnos la atención la edad del paciente, el comienzo tan agudo con fiebre muy alta, la ausencia de derrame pleural, la presencia de una abreuografía normal y otros datos que excluyen prácticamente la etiología tuberculosa; a la edad de 60 años, lo habitual es que la peritonitis T. B. C. sea un proceso final después de estar invadido pleura y pericardio por un cuadro de poliserositis que también puede ser reumática. Se me hace mucho más interesante considerar el compromiso vascular que existía en este paciente; en efecto había una aorta que no sabemos si era ateromatosa, sifilítica, o simplemente dilatada; en cualquier forma que sea es de esperar que todos los vasos estén comprometidos por el proceso. La historia señala signos típicos de insuficiencia cardíaca congestiva y signos pulmonares de congestión de las bases, acompañada de edema de los miembros inferiores de taquicardia, de disnea, y ascitis que podrían ser simplemente manifestaciones de una insuficiencia cardíaca. Sin embargo, la evolución subaguda me inclina a pensar en la existencia de un proceso infeccioso sobre-agregado a las lesiones vasculares y diferente a la tuberculosis o el neumococo, me inclinaría más bien a pensar en un infarto y finalmente en una insuficiencia cardíaca, la cual se acompañó además de un proceso de enteritis.

PROFESOR ALFONSO BONILLA NAAR:

En este caso, me llama la atención el que no se le haya dado gran importancia a la presencia de anquilostómidos y de tricocéfalos señalados por el examen de materias fecales, que bien podrían estar participando en el proceso diarreico del paciente. Sin embargo, me parece que tiene mucho más interés la consideración

de una enteritis bacteriana, capaz de dar un estado inflamatorio e infeccioso del intestino manifestado por diarrea, por fiebre etc. Una hipótesis quizá más importante que las anteriores, por tratarse de un paciente viejo, con anorexia, y con derrame ascítico con edema de los miembros inferiores y de la pared abdominal, con eritrosedimentación muy acelerada es la de un proceso carcinomatoso peritoneal secundario, a un neoplasma de cualquier otra viscera cuya localización ha pasado inadvertida. No se por qué ese diagnóstico no se ha tenido en cuenta. El diagnóstico de tuberculosis en realidad es muy sugestivo, sólo que sería muy raro que el proceso fuera inicialmente peritoneal puesto que generalmente constituye la localización final de un proceso tuberculoso pulmonar. En cuanto a la muerte, podría atribuirse a una embolia pulmonar o a un infarto en un paciente con lesiones cardiovasculares muy avanzadas.

PROFESOR ALFONSO URIBE URIBE:

Por la historia tan incompleta, uno sólo puede deducir que se trata de un paciente de 60 años con una arterio-hepatía que acusaba palpitaciones en la región supra-esternal, que tenía carótidas elongadas y tortuosas todo lo cual hace pensar en un aneurisma aórtico de apariencia fusiforme más que en cualquier otra entidad. Y naturalmente, una persona con arterias en esas condiciones, debe también tener lesiones en otros vasos tales como las coronarias, las mesentéricas, las arterias suprarrenales, las arterias renales etc. y es más que natural pensar que el sobrevenir una infección, ese sujeto comience a tener fácilmente localizaciones en los órganos ya afectados previamente por alteraciones arteriales y que se presente también fácilmente insuficiencia renal, insuficiencia hepática, insuficiencia suprarrenal e insuficiencia cardíaca. Es curioso que un enfermo de esta edad y con alteraciones arteriales difusas no fuera un hipertenso, a uno le llama la atención la hipotensión arterial, la arteria tan grande en todo momento lo que lo hace pensar en afección suprarrenal sobre todo en la presencia de una insuficiencia cardíaca a través de toda su enfermedad que duró 70 días y que dió al final cuando fué examinado en clínica médica un reforzamiento del segundo tono aórtico una taquicardia y finalmente un ritmo de galope. El reforzamiento del segundo tono aórtico con hipotensión se puede aplicar por esclerosis de las válvulas sigmoideas. Por otra parte,

hay velamiento de los sonidos cardíacos, taquicardia, congestión de las bases pulmonares, fenómenos de anasarca y de congestión pasiva correspondientes a un cuadro muy completo de insuficiencia cardíaca, en el cual muere el paciente. Y bien puede suceder que también la ascitis que fué la última en aparecer, porque en la clínica quirúrgica no la había, tuviera también ese origen. En cuanto al origen del proceso séptico sobre-agregado, en un terreno de lesiones cardiovasculares muy claras, no deja de llamarle a uno la atención el velamiento persistente de los sonidos cardíacos y la facilidad con que se efectúa en el corazón de este paciente; esto es muy sugestivo de una localización endocardítica con miocarditis a la vez, que nos haría pensar en una septicemia cualquiera que fuera el germen. Bien puede suceder que ese germen se hubiera localizado en el hígado dando lugar a un estado de hepatitis de la cual hay signos en este paciente. Y aún en la existencia de una endocarditis, uno tiene derecho a pensar en una peritonitis que se fué presentando con esos signos difusos de dolor, de diarrea etc. No me atrevería sin embargo a hacer un diagnóstico de la clase de enfermedad infecciosa que tuvo este paciente y que dió localizaciones miocárdicas, endocárdicas, peritoneales y de las cápsulas suprarrenales. Vamos a ver qué nos dice la Anatomía Patológica.

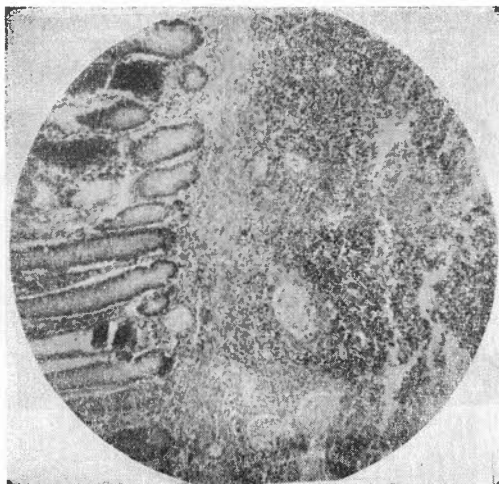
RESUMEN DE AUTOPSIA

DOCTOR JAVIER ISAZA GONZALEZ:

El caso de hoy es sumamente complejo, tanto desde el punto de vista clínico como desde el punto de vista Anatómo-Pathológico. En la autopsia encontramos que la cavidad peritoneal contenía 4.800 c.c. de líquido de aspecto ligeramente hemático y grumoso, proveniente de una inflamación peritoneal generalizada que se confirmó al examen histológico (fotomicrografías Nos. 1 y 2).

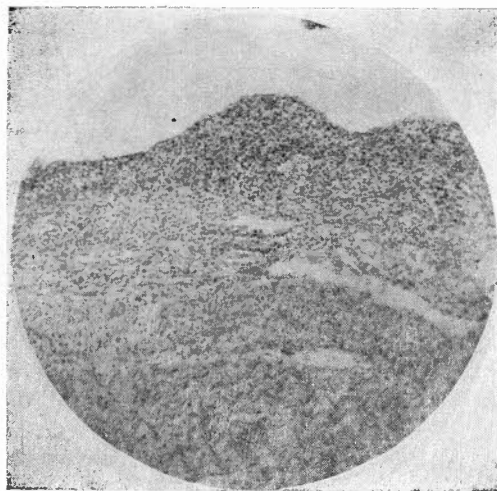
En el sistema venoso encontramos, que la vena mesentérica superior estaba obstruida por un trombo organizado que se prolongaba hacia la primera porción de la porta y terminaba en el sitio de su bifurcación, es decir, en el sitio en que el bazo se dirige hacia los lóbulos derecho e izquierdo del hígado. En el examen microscópico del vaso se encontró un proceso de trombo-flebitis local. (Fotomicrografía N° 3).

El hígado estaba disminuído de tamaño y pesó 850 grms.; era de consistencia firme, de color carne clara y con aspecto de atrofia y degeneración; al disecar la vena porta, se encontró trombo rojo poco adherente, que se con-



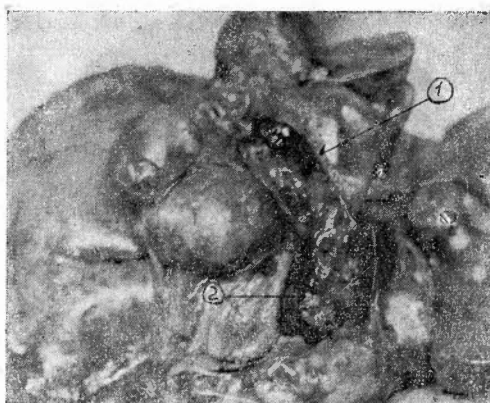
FOTOMICROGRAFIA N° 1

Corte de intestino grueso que muestra un proceso inflamatorio agudo, partido del peritoneo y que compromete especialmente la serosa, las capas musculares y la submucosa.



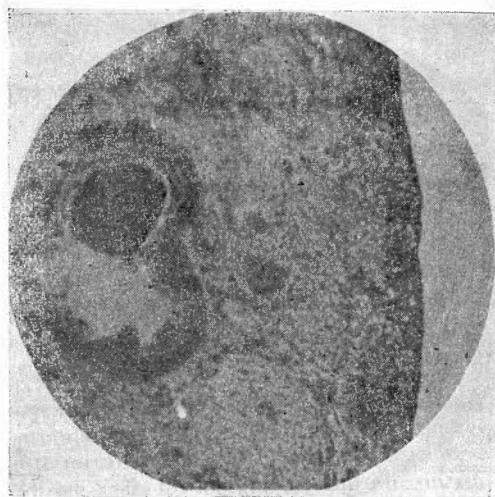
FOTOMICROGRAFIA N° 2

En otras porciones del tubo digestivo, el proceso solo afectaba la serosa y estaba caracterizado principalmente por esclerosis, tal como lo muestra esta fotomicrografía.



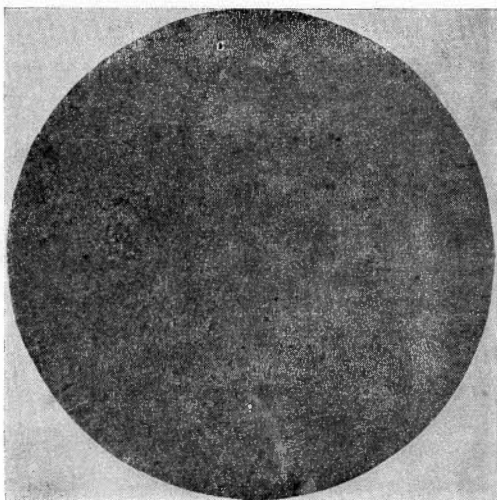
FOTOGRAFIA N° 3

La fotografía muestra en su parte central, la vena porta seccionada sobre su eje longitudinal (1) con el trombo colocado fuera (2).



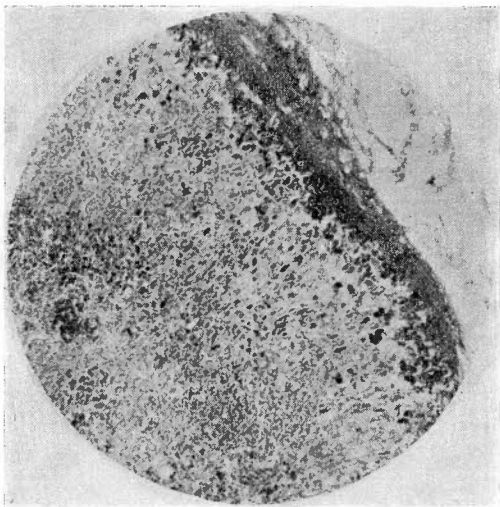
FOTOMICROGRAFIA N° 4

A pequeño aumento, corte del vaso mesentérico trombosado, rodeado por tejido graso del mesentérico.



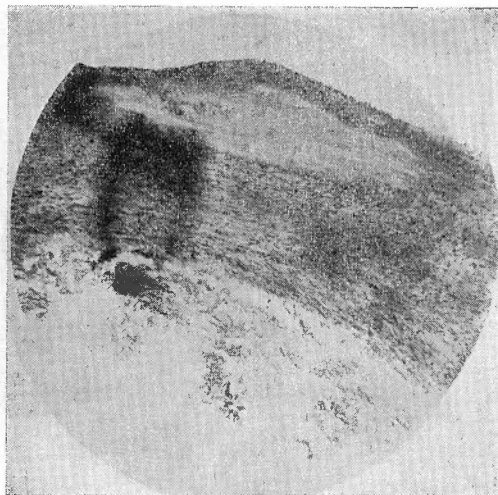
FOTOMICROGRAFIA N° 5

Corte de hígado que muestra gran dilatación de una vena centrolobulillar, esclerosis y cambios degenerativos del parénquima hepático.



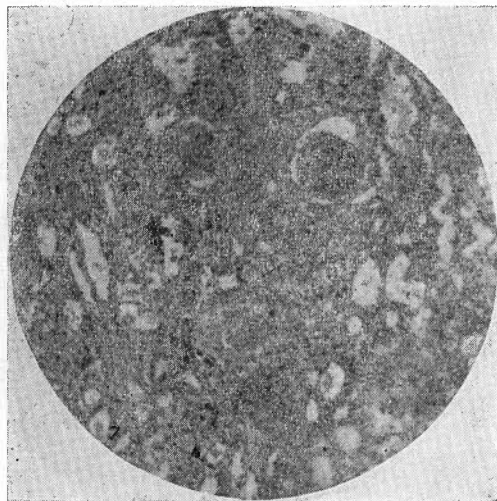
FOTOMICROGRAFIA N° 6

Corte de glándula suprarrenal en el cual se ven los procesos degenerativos de la zona cortical, consecutivos a un estado séptico generalizado.



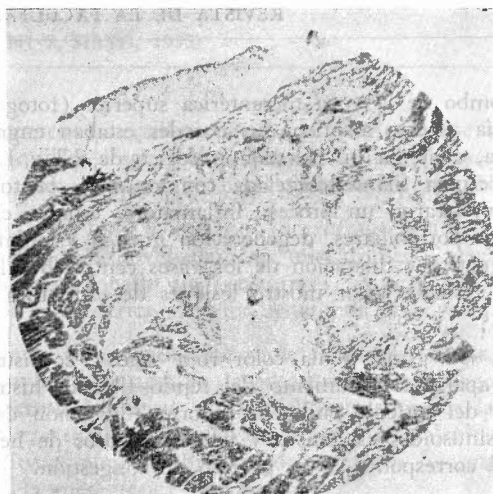
FOTOMICROGRAFIA N° 7

La fotomicrografía muestra los cambios degenerativos producidos en la aorta por la arterioesclerosis.



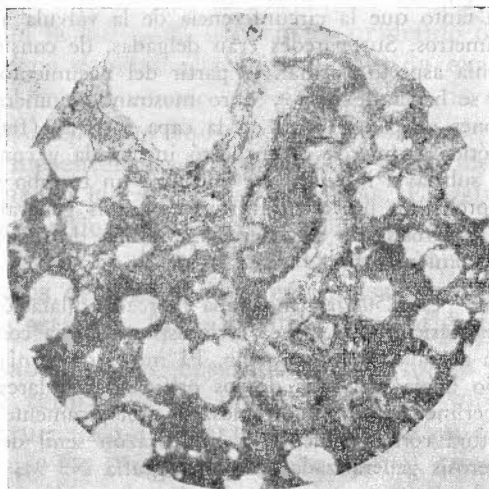
FOTOMICROGRAFIA N° 8

Las flechas señalan glomérulos afectados por degeneración hialina del ovillo vascular, dentro del proceso de arterioesclerosis generalizada.



FOTOMICROGRAFIA Nº 9

El corte muestra degeneración senil del miocardio.



FOTOMICROGRAFIA Nº 10

Fotomicrografía de un corte de pulmón tomado de la base derecha, que muestra esclerosis perivascular, esclerosis del estroma (centro) y reacción inflamatoria bronconeumónica.

tinuaba con el trombo de la vena mesentérica superior (fotografía N° 4). La vesícula biliar tenía aspecto atrófico, sus paredes estaban engrosadas, eran de consistencia fibrosa, contenía un cálculo poliédrico de 2.2 x 1.1 cms. y escasa cantidad de bilis espesa filante mezclada con arenillas. Histológicamente, los cortes de hígado mostraron un proceso inflamatorio crónico especialmente activo en los espacios portobiliares, degeneración grasosa y pigmentaria moderada de la célula hepática y dilatación de los vasos centrolobulillares (fotomicrografía N° 5). La vesícula biliar mostró lesiones de estructura típicas de coledolitiasis.

El bazo pesó 450 grms., tenía color rojo vinoso, consistencia semifirme, arquitectura bien aparente y aumento del tejido fibroso; histológicamente, se encontró esclerosis del retículo endotelio, enorme dilatación de los vasos sanguíneos y de los sinusoides esplénicos y pequeños focos de hemorragia intersticial, todo lo cual corresponde a un proceso de congestión.

Las glándulas suprarrenales pesaron 20 grms. la derecha y 9 grms. la izquierda; la primera mostraba una cavidad de contenido seroso que medía 6 x 5 cms. de diámetro y que se había formado posiblemente a expensas de la cápsula propia; microscópicamente, se encontró un proceso degenerativo más notorio en la glándula izquierda y la formación de una cavidad quística revestida por mesotelio cuboide (fotomicrografía N° 6).

En relación con el aparato cardiovascular, encontramos una dilatación fusiforme de la aorta que se extendía desde su nacimiento hasta el origen de la subclavia izquierda; en la zona dilatada, el vaso tenía una circunferencia de 110 milímetros en tanto que la circunferencia de la válvula aórtica apenas alcanzaba a 60 milímetros. Sus paredes eran delgadas, de consistencia elástica y la capa interna tenía aspecto normal. A partir del nacimiento de la subclavia izquierda, el vaso se hacía flexuoso y duro mostrando numerosas concreciones calcáreas y soluciones de continuidad en la capa interna, (fotomicrografía N° 7). La arteria carótida izquierda se encontró incurvada y con un alargamiento aparente; en la subclavia izquierda se encontró un trombo reciente. Histológicamente se comprobó un proceso de arterioesclerosis generalizado que había dado en el riñón esclerosis con degeneración hialina de los ovillos vasculares del glomérulo. (Fotomicrografía N° 8).

El corazón que pesó 250 grs; mostraba marcada dilatación de la aurícula derecha, edema del pericardio y franca esclerosis coronaria con vasos flexuosos que hacían relieve a través del pericardio. El miocardio tenía aspecto normal y en el endocardio había esclerosis de los orificios valvulares, principalmente del aórtico; sus perímetros eran normales. Histológicamente se encontraron cambios de estructura correspondientes a un corazón senil dentro de un proceso de arterioesclerosis generalizada (fotomicrografía N° 9).

En cuanto a los pulmones, el derecho pesó 870 grms. y el izquierdo 720 grms.; eran de color gris rosado pálido en los vértices y de color violeta oscuro en las bases; al corte, el parénquima de las bases tenía consistencia semifirme, color rosado violáceo, crepitación abolida y dejaba escapar abundante cantidad de líquido sero-hemático; en los vértices la superficie de sección tenía coloración rosada, aumento de la crepitación y aspecto de enfisema. En ambos se encontraron pequeñas granulaciones miliares de aspecto tuberculoso. Histoló-

gicamente se encontró tuberculosis cicatricial antigua que se extendía a los ganglios peribronquiales, esclerosis pulmonar y un proceso bronconeumónico de localización predominantemente basal (fotomicrografía N° 10).

Como ustedes ven, todo lo que nos dice la autopsia es que el paciente era realmente un enfermo cardiovascular con miocardosis y arterioesclerosis seniles en quien habían evolucionado una colelitiasis, una peritonitis y una tromboflebitis de la vena mesentérica superior, extendida a la porta.

La etiopatogenia de la peritonitis y de la tromboflebitis de la mesentérica superior, no se pudieron aclarar en la autopsia. Sin embargo los hallazgos de degeneración y esclerosis hepáticas y de colelitiasis sugieren la hipótesis de que este enfermo hubiera sufrido el enclavamiento de un cálculo en el colédoco seguido de peritonitis y que ésta hubiera determinado finalmente el proceso de tromboflebitis de la mesentérica superior.

En cuanto a la hipotensión que anotaba el profesor Uribe, aparentemente incompatible con la arterioesclerosis, puede explicarse por las lesiones degenerativas que presentaban las glándulas suprarrenales, capaces de producir por déficit funcional, una baja de la tensión arterial a pesar de la arterioesclerosis.

PROFESOR SANCHEZ HERRERA:

Me permito anotar que la trombosis de los vasos mesentéricos hallada en la autopsia, que en un principio dió la impresión de ser de la vena esplénica, estaba localizada exactamente en la confluencia del tronco venoso que a mí se me ha ocurrido llamar "esplenomesentérico", formado por la reunión de la vena esplénica, la vena mesentérica inferior, y la vena mesentérica superior, por detrás de la cabeza del páncreas. El estudio histológico práctico en este sitio mostró un trombo organizado, canaliculado y adherido en gran parte al endotelio de la misma vena en unos sitios, y en otros desintegrado y con masas de polinucleares, hechos éstos que están en favor de una tromboflebitis local.

Ustedes saben que la mesentérica superior es la que recibe la circulación de retorno de la mayor parte del intestino y por lo tanto, su obstrucción puede explicar el derrame líquido de la cavidad peritoneal. En cuanto al trombo mismo, me da la impresión de que no era reciente, es decir, que no se había formado durante los últimos días de la vida de este paciente puesto que el enfermo no presentó un bloqueo súbito de los vasos mesentéricos; creo más bien que su formación es antigua puesto que dió tiempo a que se restableciera parcialmente la circulación sanguínea; el trombo mismo muestra esclerosis y neoformación de vasos, todo lo cual requiere más de quince días o aún más, meses.

PROFESOR CARLOS TRUJILLO GUTIERREZ:

En resumen, en este caso podemos dividir los últimos años de la vida del paciente en tres etapas. Una primera etapa de arterioesclerosis que le produjo aortitis, nefritis crónica y que nos da el terreno orgánico de esclerosis. Una segunda etapa de infección innegable, la cual vino a injertarse sobre un organismo previamente esclerosado; esta infección se caracterizó por fiebre de 39 a 40°C de más de 30 días de duración por dolores abdominales irradiados al hipocondrio derecho, por diarrea fétida y por anorexia con lengua saburral. Y una tercera etapa, la etapa de las consecuencias de esa infección: trombosis de la arteria subclavia izquierda de la cual no alcanzó a haber manifestaciones clínicas a causa de la rápida muerte del paciente: trombosis de la vena mesentérica superior en la confluencia con el tronco esplénomesentérico, trombosis que tenía que ser antigua puesto que el trombo se encontraba organizado, lo cual requiere más de 20 o 30 días y que no puede considerarse como la causa de todos los trastornos del enfermo sino como un fenómeno secundario a la infección persistente y primitiva que hasta el momento no sabemos cuál fué. Por lo tanto este trombo y el de la subclavia izquierda, son manifestaciones de la infección primitiva y no la causa de ésta; lo mismo sucede con la peritonitis y con la bronconeumonía.

Como decía el Profesor Uribe, ese es el inconveniente de que un organismo viejo sufra una infección "el mal terreno; todos estamos cansados de comprobar que las enfermedades evolucionan según el terreno. El gran interrogante que nos queda en relación con este caso, es el de cuál fué la infección que vino a determinar toda esa serie de episodios en un territorio arterioescleroso. Y eso es lo que hemos discutido aquí; unos han pensado en tuberculosis, otros hemos hablado de neumococia peritoneal, que lo mismo puede ser fulminante que durar 8 días o 3 meses como lo he visto yo, etc., etc.

Como no sabemos en definitiva cuál fué la infección primitiva de este paciente, la división en tres etapas de sus afecciones es perfectamente justificada: la primera de terreno, la segunda de infección y la tercera, de todos estos desastres orgánicos que nos presenta la Anatomía Patológica, especialmente de bronconeumonía de peritonitis, de tromboflebitis y de arterioesclerosis.

UNIVERSIDAD NACIONAL — FACULTAD DE MEDICINA

Lista de los Médicos graduados en la Facultad de Medicina en el año de 1953 de Agosto a Diciembre

NOMBRES

Lib. Folio Año

APENDICE DE LA LISTA DE MEDICOS GRADUADOS EN LA FACULTAD,
PUBLICADA EN 1953

— LL —

2.986. — LLERAS CODAZZI SANTIAGO	54-J	391	1937
2.987. — LLERAS RESTREPO ENRIQUE	54-B	175	1942
2.988. — LLERAS RESTREPO ROBERTO	54-E	21	1946

— A —

2.989. — ARENAS SIERRA GUILLERMO	54-J	73	1953
2.990. — ALVARADO CAÑON SILVANO	54-J	89	"
2.991. — ALVAREZ ALVAREZ GONZALO	54-J	125	"
2.992. — AGUIRRE BARRAGAN ALFREDO	54-J	139	"
2.993. — ARGUELLO GOMEZ PEDRO ELIAS	54-J	183	"
2.994. — ARENAS TORRES MANUEL J.	54-J	185	"
2.995. — ALJURE NASSER FORTUNATO	54-J	199	"
2.996. — AREVALO BURGOS ALBERTO	54-J	207	"
2.997. — ARCINIEGAS PEREZ ERNESTO	54-J	233	"
2.998. — ALVAREZ TAMAYO ENRIQUE	54-J	235	"

— B —

2.999. — BELTRAN CRUZ CESAR	54-J	129	"
3.000. — BOTERO PALACIO DIOMEN	54-J	131	"
3.001. — BERTEL LIAN ROGER	54-J	153	"
3.002. — BARRAGAN GARCIA JUAN FRANCISCO	54-J	171	"
3.003. — BUSTAMANTE ALVAREZ GILBERTO	54-J	203	"
3.004. — BERNAL BERNAL EFRAIN	54-J	251	"
3.005. — BENAVIDES ESPINOSA GUILLERMO	54-J	299	"
3.006. — BAUTISTA NUMA A.	54-J	305	"

— C —

3.007. — CARVAJAL BARRERA JOSE ANTONIO	54-J	121	"
3.008. — CARRIONI LOPEZ ANTONIO	54-J	149	"
3.009. — CAICEDO LUQUE JAIME	54-J	165	"

NOMBRES	Lib.	Folio	Año
3.010. — CLAVIJO HUERTAS CARLOS E.	54-J	193	1953
3.011. — CRUZ NAVARRETE RAFAEL ISAI	54-J	219	"
3.012. — CABAL CAICEDO JOSE MARIA	54-J	227	"
3.013. — CASTRO RAYA GONZALO	54-J	231	"
3.014. — CAICEDO BERNAL JAIME	54-J	239	"
3.015. — CUADROS CARO ALVARO	54-J	241	"
3.016. — CASTELBLANCO MARTINEZ RAFAEL	54-J	265	"
3.017. — CARMONA MARULANDA FRANCISCO	54-J	277	"
3.018. — CORTES ALVARO ENRIQUE	54-J	291	"
3.019. — COGOLLOS LARRARTE ALFONSO	54-J	307	"
3.020. — CHAVES CONTI JORGE	54-J	261	"

— D —

3.021. — DAES SEIEH JORGE	54-J	75	"
3.022. — DIAZ PAZ LUIS FELIPE	54-J	163	"
3.023. — DOMINGUEZ M. VICTOR MANUEL	54-J	213	"
3.024. — DUARTE ALFREDO ENRIQUE	54-J	289	"

— E —

3.025. — ECHEVERRY DE LA ROCHE EMILIO	54-J	77	"
3.026. — ESCALLON CORREA JAIME	54-J	281	"
3.027. — ENCISO YEPES CARLOS	54-J	313	"

— F —

3.028. — FORERO CABALLERO HERNANDO	54-J	205	"
3.029. — FERNANDEZ ARENAS MANUEL	54-J	245	"
3.030. — FORERO AMAYA ARMANDO	54-J	285	"

— G —

3.031. — GONZALEZ MONTOYA HERNANDO	54-J	137	"
3.032. — GOMEZ PALACINO JESUS ALBERTO	54-J	147	"
3.033. — GARCIA CARDENAS LUIS ENRIQUE	54-J	159	"
3.034. — GARCES GONZALEZ ORLANDO	54-J	217	"

— H —

3.035. — HENRIQUEZ WILCHES JAIME	54-J	91	"
3.036. — HERRAN RAMIREZ RODRIGO	54-J	145	"
3.037. — HINCAPIE BOSCH JORGE	54-J	275	"

— J —

3.038. — JARAMILLO ALVAREZ MARIO	54-J	113	"
3.039. — JIMENEZ CALA LUCILA	54-J	311	"

NOMBRES	Lib.	Folio	Año
— L —			
3.039 (bis). — LOPEZ ARAGON GABRIEL	54-J	81	1953
3.040. — LIEVANO PERDOMO ROBERTO	54-J	179	"
3.041. — LECHTER EIDELMAN ABRAHAM	54-J	187	"
— M —			
3.042. — MARTINEZ MENDEZ JORGE ELIECER . . .	54-J	109	"
3.043. — MORENO MORENO DAVID	54-J	111	"
3.044. — MEJIA DIAZ MARIO E.	54-J	115	"
3.045. — MARINO FERRER HERNAN	54-J	117	"
3.046. — MUÑOZ OLARTE MARTIN	54-J	133	"
3.047. — MORENO FERNANDEZ LUIS ALFREDO . .	54-J	167	"
3.048. — MOLINA GUTIERREZ ENRIQUE	54-J	197	"
3.049. — MADERO DONADO JORGE E.	54-J	229	"
3.050. — MENDOZA CARRASQUILLA FIDEL	54-J	253	"
3.051. — MOSER MAMBY FRANCISCO	54-J	287	"
— N —			
3.052. — NARVAEZ UTRIA NAYIB	54-J	255	"
3.053. — NOVOA RODRIGUEZ LUIS	54-J	269	"
— O —			
3.054. — OBANDO FORERO ROBERTO	54-J	175	"
— P —			
3.055. — PLAZAS AGUDELO LUIS JUVENAL	54-J	79	"
3.056. — PEÑA BRICENO MARIO	54-J	97	"
3.057. — PALACIO JARAMILLO HERNAN	54-J	119	"
3.058. — PENILLA MORIONES CAMILO	54-J	143	"
3.059. — PARDO CABALLERO DANIEL	54-J	155	"
3.060. — PERALTA PERALTA RAFAEL	54-J	161	"
3.061. — PARRA CABRA JOSE FRANCISCO	54-J	181	"
3.062. — PIÑEROS YORY HECTOR	54-J	209	"
3.063. — POSADA MAC-GREGOR GUSTAVO	54-J	215	"
3.064. — POCATERRA HERAZO ARIEL	54-J	279	"
— Q —			
3.065. — QUIJANO MORALES HUGO	54-J	101	"
3.066. — QUINTERO PRADA ALFONSO	54-J	221	"
— R —			
3.067. — RENGIFO VALENCIA EMILIANO	54-J	83	"
3.068. — RAMIREZ MORENO JOSE MARIA	54-J	93	"

NOMBRES	Lib.	Folio	Año
3.069. — RINCON PEREZ JORGE	54-J	103	1953
3.070. — REVEIZ VALENCIA LUIS	54-J	169	"
3.071. — RUIZ ARCILA BERNARDO	54-J	189	"
3.072. — RUEDA GONZALEZ RICARDO	54-J	195	"
3.073. — RODRIGUEZ SOTO ARTURO	54-J	211	"
3.074. — RODRIGUEZ PEREZ LUIS EDUARDO	54-J	225	"
3.075. — REVEREND PACHECO HECTOR A.	54-J	243	"
3.076. — RIOS RUIZ ANIBAL ARTURO	54-J	249	"
3.077. — RENGIFO ARBOLEDA JORGE	54-J	257	"
3.078. — RODRIGUEZ FORERO CARLOS ARTURO	54-J	273	"
3.079. — ROJAS CASTAÑEDA PABLO ALFONSO	54-J	283	"
3.080. — ROMERO HERNANDEZ GUSTAVO	54-J	297	"
3.081. — RAMIREZ DE QUIJANO LEONOR	54-J	303	"

— S —

3.082. — SALCEDO CORTES LUIS M.	54-J	99	"
3.083. — SOTO VILLADA ALVARO EMILIO	54-J	123	"
3.084. — SUAREZ ORTEGA ARTURO	54-J	127	"
3.085. — SOTOMAYOR MACEA ALVARO F.	54-J	135	"
3.086. — SALCEDO SANDOVAL FABIO	54-J	151	"
3.087. — SCIOVILLE SAMPER GUSTAVO	54-J	201	"
3.088. — SANDOVAL MEDINA JULIO	54-J	233	"
3.089. — SABOGAL REY ALVARO	54-J	295	"
3.090. — SANCHEZ GARCIA SIMON	54-J	301	"

— U —

3.091. — URREGO BERNAL ENRIQUE	54-J	223	"
3.092. — URIBE VELEZ JAIME	54-J	271	"

— V —

3.093. — VILLAMARIN GUTIERREZ GABRIEL A.	54-J	105	"
3.094. — VARGAS RODRIGUEZ ALVARO	54-J	107	"
3.095. — VALENCIA RODRIGUEZ LUIS EDUARDO	54-J	141	"
3.096. — VALENCIA GONZALEZ ISAAC	54-J	173	"
3.097. — VILLEGAS VILLEGAS HORACIO	54-J	177	"
3.098. — VELEZ URIBE HERNANDO	54-J	237	"
3.099. — VILORIA HORMECHEA HUGO	54-J	259	"
3.100. — VILLARREAL MEJIA JORGE	54-J	263	"
3.101. — VALDERRAMA RICO CARLOS	54-J	267	"

— Y —

3.102. — YORY RODRIGUEZ GUILLERMO	54-J	85	"
3.103. — YANCE ACOSTA NAZARIO	54-J	247	"

— Z —

3.104. — ZAPATA CAICEDO RAMON	54-J	157	"
3.105. — ZAPATA RAMIREZ ALVARO	54-J	309	"

Médicos graduados durante el año de 1954

NOMBRES	Lib.	Folio	Año
— A —			
3.106 — ANGEL MEJIA KEVIN	54 J.	325	1954
3.107 — ALJURE ASUF FARID	54 J.	333	"
3.108 — AMAYA DURAN JORGE	54 J.	349	"
3.109 — ALBAN MUÑOZ VICENTE	54 J.	391	"
3.110 — AGUILERA BALLESTEROS ALVARO	54 K.	11	"
3.111 — ANGEL VILLEGAS ANGELA ZEA DE	54 K.	23	"
3.112 — ARBELAEZ LONDOÑO HERNAN	54 K.	67	"
3.113 — ASSIS MASRI GEORGES	54 K.	71	"
3.114 — ALDANA MONTEGRO GONZALO	54 K.	103	"
3.115 — ALFONSO SUAREZ GUILLERMO	54 K.	163	"
3.116 — ANGEL VILLEGAS JORGE	54 K.	181	"
3.117 — ARBOLEDA CASTAÑO CESAR	54 K.	193	"
3.118 — ACOSTA ACOSTA FERNANDO	54 K.	233	"
3.119 — ACOSTA BORRERO ROBERTO L.	54 K.	234	"
3.120 — ACOSTA GOMEZ JORGE	54 K.	234	"
3.121 — ACUÑA JIMENEZ STELLA	54 K.	234	"
3.122 — AFRICANO ZAFRA ALVARO	54 K.	234	"
3.123 — AGUAYO SARRIA REYNALDO	54 K.	235	"
3.124 — ALBORNOZ RUIZ GABRIEL	54 K.	235	"
3.125 — ALITOWSKI S. LEON	54 K.	235	"
3.126 — ALVARADO CASTILLA JAIME	54 K.	235	"
3.127 — ALVAREZ BARRIOS CIRO	54 K.	236	"
3.128 — ALVAREZ HERNANDEZ WLADIMIRO	54 K.	236	"
3.129 — AMAYA OVALLE RAMIRO ALBERTO	54 K.	236	"
3.130 — AMORTEGUI ORDÓÑEZ JAIME	54 K.	236	"
3.131 — ALGELCHICK K. JEAN (Francia)	54 K.	237	"
3.132 — ANGEL TORRES JAIME ANTONIO	54 K.	237	"
3.133 — ANZOLA TRUJILLO FIDEL GUILLERMO	54 K.	237	"
3.134 — ARANGO VELEZ GUSTAVO	54 K.	237	"
3.135 — ARBELAEZ ARIAS NESTOR J.	54 K.	238	"
3.136 — ARANGUREN ALVAREZ JULIO ROBERTO	54 K.	238	"
3.137 — ARBOLEDA OSORIO ALVARO	54 K.	238	"
3.138 — ARANGO GUZMAN LUIS ABELARDO	54 K.	238	"

NOMBRES	Lib.	Folio	Año
3.139 — ARCHILA ARCHILA HERNANDO	54 K.	239	1954
3.140 — ARCILA GIRALDO MEDARDO A.	54 K.	239	"
3.141 — ARCINIEGAS GAVIRIA NESTOR	54 K.	239	"
3.142 — ARGUELLO PINZON ALVARO	54 K.	239	"
3.143 — ARIAS DUQUE HUGO	54 K.	240	"
3.144 — ARIAS DUQUE HORACIO	54 K.	240	"
3.145 — ARISTIZABAL PAYAN NUBIA	54 K.	240	"
3.146 — ARIZA COTES GUSTAVO ALBERTO	54 K.	240	"
3.147 — ARREDONDO ALBA MARIO	54 K.	241	"
3.148 — ARRIETA FRANCO ALFONSO	54 K.	241	"
3.149 — AYALA GALINDO ARIEL	54 K.	241	"

— B —

3.150 — BARRAZA PALLARES FELIX	54 J.	319	"
3.151 — BARRERA CASTRO ABELARDO	54 J.	329	"
3.152 — BARBUDO PACHECO ANDRES	54 J.	389	"
3.153 — BERMUDEZ MONTANA GONZALO	54 K.	3	"
3.154 — BECERRA BARON ENRIQUE	54 K.	55	"
3.155 — BOSSA JIMENO SIMON	54 K.	63	"
3.156 — BRETON MUTIS GUILLERMO	54 K.	91	"
3.157 — BARRENECHE SIMONDS RODRIGO	54 K.	119	"
3.158 — BERNAL BERNAL ROSA	54 K.	143	"
3.159 — BAQUERO CORREAL LUIS ARTURO	54 K.	241	"
3.160 — BAQUERO ACOSTA RICARDO	54 K.	242	"
3.161 — BARRERA FORERO GUILLERMO	54 K.	242	"
3.162 — BARRETO BRUCE LUIS	54 K.	242	"
3.163 — BARRETO BUITRAGO HERNANDO	54 K.	242	"
3.164 — BARRIOS SALCEDO MANUEL A.	54 K.	243	"
3.165 — BASTO POVEDA ALVARO	54 K.	243	"
3.166 — BECERRA LARA ANTONIO JOSE	54 K.	243	"
3.167 — BEDOYA FLOREZ ALFONSO	54 K.	243	"
3.168 — BEDOYA BOLIVAR JAIRO	54 K.	244	"
3.169 — BELTRAN MORA GERMAN	54 K.	244	"
3.170 — BELALCAZAR CORTES RANDOLFO	54 K.	244	"
3.171 — BERMUDEZ BERMUDEZ ARTURO EDUARDO	54 K.	244	"
3.172 — BITAR PEREZ REMBERTO RAFAEL	54 K.	245	"
3.173 — BLANCO C. LUIS FELIPE	54 K.	245	"
3.174 — BOHORQUEZ RUBIO ROBERTO	54 K.	245	"
3.175 — BONILLA GUTIERREZ ALEJANDRO	54 K.	245	"
3.176 — BONILLA SALINAS CARLOS A.	54 K.	246	"
3.177 — BORRERO CONSUEGRA ARMANDO	54 K.	246	"
3.178 — BOTERO RESTREPO MARIA LILIA	54 K.	246	"
3.179 — BORJA MEJIA MIGUEL A.	54 K.	246	"
3.180 — BRENES SAENZ ALBERTO (Costa Rica) . . .	54 K.	247	"
3.181 — BUENAVAR VILLAMIZAR JORGE RAMON .	54 K.	247	"
3.182 — BARRAGAN LEAL LUIS ALFONSO	54 K.	247	"
3.183 — BARAQUE BUCHAR ANUAR ABRAHAM . .	54 K.	247	"

NOMBRES	Lib.	Folio	Año
3.184 — BURITICA TRIANA ROBERTO	54 K.	248	1954
3.185 — BUSTILLO SIERRA EDUARDO	54 K.	248	"

— C —

3.186 — CORONEL BECERRA JOSE GREGORIO . . .	54 J.	341	"
3.187 — CUELLAR LARA HERNANDO E.	54 J.	365	"
3.188 — CALDERON GOMEZ ERNESTO	54 J.	395	"
3.189 — COLLAZOS HERRERA ARMANDO	54 K.	5	"
3.190 — COIFFMAN ZAICAINSCHY FELIPE	54 K.	9	"
3.191 — COPETE LOZANO HERNAN	54 K.	27	"
3.192 — CORDOBA FRANCO ENRIQUE	54 K.	43	"
3.193 — CUERVO HERRERA DARIO	54 K.	47	"
3.194 — CAYCEDO PEREA HUMBERTO	54 K.	51	"
3.195 — CONSTAIN MORA LUIS JOSE	54 K.	53	"
3.196 — COBOS COLMENARES LUIS FRANCISCO . .	54 K.	65	"
3.197 — CABANZO CABANZO SILENIA	54 K.	81	"
3.198 — CEDIEL NAVARRO FRANCISCO	54 K.	85	"
3.199 — CASTILLA ZARATE LUIS	54 K.	93	"
3.200 — CORREAL BARRIOS PRIMITIVO	54 K.	107	"
3.201 — CAMARGO FRANCO JAIME EDUARDO . . .	54 K.	141	"
3.202 — CASTRO CASTRO SERGIO ALVARO	54 K.	151	"
3.203 — CATANO PIEDRAHITA JOSE MARIA . . .	54 K.	159	"
3.204 — CORTES CARDENAS PEDRO	54 K.	207	"
3.205 — COVELLI OTERO VICTOR HUGO	54 K.	211	"
3.206 — CABRERA FORERO GONZALO	54 K.	248	"
3.207 — CACERES DURAN ROSENDO	54 K.	248	"
3.208 — CACERES C. EDUARDO	54 K.	249	"
3.209 — CACERES LEONOR BECERRA DE	54 K.	249	"
3.210 — CADENA LEGUIZAMON ALVARO	54 K.	249	"
3.211 — CAJIAO LOPEZ HENRY	54 K.	249	"
3.212 — CALDERON VILLAR HUGO (Francia) . .	54 K.	250	"
3.213 — CAMACHO CARVAJAL LUIS JAIME	54 K.	250	"
3.214 — CAMACHO PAZ HERNANDO	54 K.	250	"
3.215 — CAMACHO ARANGO ISMAEL	54 K.	250	"
3.216 — CAMERO CRUZ FERNANDO	54 K.	251	"
3.217 — CAMPO JARAMILLO HUGO JOSE	54 K.	251	"
3.218 — CARO MOLINA RODRIGO	54 K.	251	"
3.219 — CARVAJAL ARJONA ENRIQUE	54 K.	251	"
3.220 — CARVAJALINO CABRALES AURELIO . . .	54 K.	252	"
3.221 — CARRIZOSA GOMEZ GONZALO	54 K.	252	"
3.222 — CASTAÑEDA NEIRA DIEGO	54 K.	252	"
3.223 — CASTAÑO HENAO ARTURO	54 K.	252	"
3.224 — CASTELLANOS PEÑA ALBERTO	54 K.	253	"
3.225 — CASTILLO CORREDOR LUIS E.	54 K.	253	"
3.226 — CASTILLO MALDONADO ALVARO	54 K.	253	"
3.227 — CASTILLO BOLIVAR ANTONIO	54 K.	253	"
3.228 — CASTRO ARIAS CARLOS E.	54 K.	254	"

NOMBRES	Lib.	Folio	Año
3.229 — CASTRO NIÑO JOSE MIGUEL	54 K.	254	1954
3.230 — CASTRO ROMERO HUGO	54 K.	254	"
3.231 — CIFUENTES RAMIREZ ARMANDO	54 K.	255	"
3.232 — CONSTANTIN JIMENEZ ARRY	54 K.	255	"
3.233 — CONSUEGRA ORDONEZ IGNACIO	54 K.	255	"
3.234 — CORDOBA ROJAS LUIS EMILIO	54 K.	255	"
3.235 — CORIAT HENAO JAIME	54 K.	255	"
3.236 — CORONEL BECERRA JULIO ERNESTO	54 K.	256	"
3.237 — CORTES ROJAS CARLOS ENRIQUE	54 K.	256	"
3.238 — CORTES BARBOSA ALFREDO J.	54 K.	256	"
3.239 — CORTES GONZALEZ JUAN	54 K.	256	"
3.240 — CORREDOR VENEGAS ANGEL MARIA	54 K.	257	"
3.241 — COTES COLLANTES LUIS S.	54 K.	257	"
3.242 — CARDONA CORREA HERNANDO	54 K.	257	"
3.243 — CARO AGUIRRE ARMANDO	54 K.	257	"
3.244 — CHAYA SAGRA ALBERTO	54 K.	89	"
3.245 — CHAVARRO HERRERA HERIBERTO	54 K.	258	"
3.246 — CHAVES MONTOYA ROBERTO	54 K.	258	"

— D —

3.247 — DE LA TORRE RUIZ GERMAN	54 J.	339	"
3.248 — DELGADO CASTRO FRANCISCO JOSE	54 K.	19	"
3.249 — DURAN ARIAS JESUS ALFONSO	54 K.	75	"
3.250 — DUQUE BOTERO MARIO	54 K.	77	"
3.251 — DURAN MEDINA ALBERTO	54 K.	123	"
3.252 — DELGADO GARCIA ALBERTO	54 K.	223	"
3.253 — DELGADO GARCIA RAMIRO	54 K.	221	"
3.254 — DAZA HURTADO CARLOS HERNAN	54 K.	258	"
3.255 — DE LA PAVA PALACIOS SAMUEL	54 K.	258	"
3.256 — DE LEON JIMENEZ LUIS JORGE	54 K.	259	"
3.257 — DIAZ BENAVIDES CARLOS	54 K.	259	"
3.258 — DIAZ AMAYA JESUS ANTONIO	54 K.	259	"
3.259 — DIAZ ARIZA EZEQUIEL	54 K.	259	"
3.260 — DIAZ ALVAREZ PEDRO	54 K.	260	"
3.261 — DIAZ GRANADOS JOSE IGNACIO	54 K.	260	"
3.262 — DIAZ GOMEZ ORLANDO	54 K.	260	"
3.263 — DUARTE SOTO LUIS ENRIQUE	54 K.	260	"
3.264 — DUQUE GARCIA ALVARO	54 K.	261	"
3.265 — DUQUE CORREA HUMBERTO DARIO	54 K.	261	"
3.266 — DUQUE ESTRADA HERMAN	54 K.	261	"
3.267 — DURAN FORERO MANUEL ANTONIO	54 K.	261	"
3.268 — DURAN RIVERA MARCOS CESAR	54 K.	262	"
3.269 — DURAN DEL CASTILLO CARLOS	54 K.	262	"
3.270 — DUSSAN ROMERO JOSE RICARDO	54 K.	262	"
3.271 — DUSSAN ROMERO MIGUEL IGNACIO	54 K.	262	"

— E —

3.272 — ESCOBAR HERNANDEZ JULIAN	54 K.	7	"
--	-------	---	---

NOMBRES	Lib.	Folio	Año
3.273 — ECHEVERRI GARCIA GERARDO	54 K.	95	1954
3.274 — ESPINEL MARTINEZ JOSE HUMBERTO . .	54 K.	121	"
3.275 — ESPINOSA ORTIZ FRANCISCO	54 K.	161	"
3.276 — ECHEVERRY GARCIA JOSE IGNACIO . . .	54 K.	263	"
3.277 — ESCANDON SORZANO JORGE E.	54 K.	263	"
3.278 — ESCOBAR BALLESTAS GABRIEL	54 K.	263	"
3.279 — ESCOBAR MELENDRO ALFONSO	54 K.	263	"
3.280 — ESCOBAR BALLESTEROS LUIS A.	54 K.	264	"
3.281 — ERAZO CASTRO ERLINTO ANTONIO	54 K.	264	"
3.282 — ERAZO BENAVIDES SERVIO TULIO	54 K.	264	"
3.283 — ESTRADA MONTOYA JOSUE	54 K.	264	"

— F —

3.284 — FERNANDEZ JOSE DEL CARMEN	54 J.	361	"
3.285 — FRANCO VARELA RAUL	54 K.	203	"
3.286 — FELFLE HAYDAR CARLOS	54 K.	265	"
3.287 — FERGUSSON MANRIQUE GUILLERMO . . .	54 K.	265	"
3.288 — FERNANDEZ CESPEDES JULIO CESAR . . .	54 K.	265	"
3.289 — FLOREZ ROMERO CARLOS A.	54 K.	265	"
3.290 — FLOREZ STOVER LUIS A.	54 K.	266	"
3.291 — FLOREZ VALLEJO EMMA	54 K.	266	"
3.292 — FONSECA GUZMAN MIGUEL ALBERTO . . .	54 K.	266	"
3.293 — FORERO CIFUENTES JOSE JAIME	54 K.	266	"
3.294 — FORERO CUBILLOS GABRIEL	54 K.	267	"
3.295 — FORERO VALDES LUIS ENRIQUE	54 K.	267	"
3.296 — FRANCO FRANCO RAMON A.	54 K.	267	"
3.297 — FRANCO LEGUIZAMON NAPOLEON	54 K.	267	"
3.298 — FUENTES HERNANDEZ PEDRO HERNANDO	54 K.	268	"

— G —

3.299 — GARCIA PRADA HENRY	54 J.	315	"
3.300 — GONZALEZ MEJIA OSCAR	54 J.	323	"
3.301 — GUZMAN VILAR TOMAS ANTONIO	54 J.	327	"
3.302 — GUTIERREZ GONZALEZ HERNANDO	54 J.	337	"
3.303 — GONZALEZ PACHECO CASTRO RAFAEL . .	54 K.	13	"
3.304 — GUZMAN GUTIERREZ JAIME	54 K.	31	"
3.305 — GOMEZ DUQUE RODRIGO	54 K.	57	"
3.306 — GARTNER TOBON MARIO	54 K.	125	"
3.307 — GRU UCHITELL ISAAC	54 K.	177	"
3.308 — GIRALDO GOMEZ MERCEDES	54 K.	183	"
3.309 — GARZON ROJAS JOSE ENRIQUE	54 K.	191	"
3.310 — GOMEZ SALCEDO GUILLERMO	54 K.	215	"
3.311 — GUERRERO MEDINA ENRIQUE	54 K.	227	"
3.312 — GUTIERREZ RESTREPO URIEL	54 K.	231	"
3.313 — GUTIERREZ GONGORA ALVARO	54 K.	231	"
3.314 — GAITAN MARULANDA EDUARDO	54 K.	233	"

NOMBRES	Lib.	Folio	Año
3.315 — GAITAN MARQUEZ EDUARDO	54 K.	268	1954
3.316 — GALARZA DUARTE ARMANDO	54 K.	268	"
3.317 — GALLO AYA OSCAR	54 K.	268	"
3.318 — GAMBOA SEPULVEDA EDUARDO	54 K.	269	"
3.319 — GARCIA CONTI JOSE ENRIQUE (España)	54 K.	269	"
3.320 — GARCIA ESCOBAR HENRY	54 K.	269	"
3.321 — GARCIA OROZCO HUMBERTO	54 K.	269	"
3.322 — GARCIA CASTELL EFRAIN	54 K.	270	"
3.323 — GARCIA ORTIZ MARIO	54 K.	270	"
3.324 — GARCIA SALAS ABELARDO	54 K.	270	"
3.325 — GIRALDO ARANGO GUILLERMO	54 K.	270	"
3.326 — GOMEZ CADENA LUIS A.	54 K.	271	"
3.327 — GOMEZ HURTADO ALBERTO R.	54 K.	271	"
3.328 — GOMEZ SARMIENTO HERNANDO	54 K.	271	"
3.329 — GOMEZ RIVEROS MANUEL ENRIQUE	54 K.	271	"
3.330 — GOMEZ ARANGO SILVIO	54 K.	272	"
3.331 — GOMEZ DIAZ ALVARO ENRIQUE	54 K.	272	"
3.332 — GOMEZ ARANGO GONZALO	54 K.	272	"
3.333 — GOMEZ GOMEZ JUAN ANTONIO	54 K.	272	"
3.334 — GOMEZ MONCADA CARLOS EDUARDO	54 K.	273	"
3.335 — GONALEZ GUEVARA LUIS OCTAVIO	54 K.	273	"
3.336 — GONZALEZ S. VICTOR	54 K.	273	"
3.337 — GONZALEZ AGUILERA GABRIEL	54 K.	273	"
3.338 — GONZALEZ CAMARGO MIGUEL A.	54 K.	274	"
3.339 — GONZALEZ GUTIERREZ HUMBERTO	54 K.	274	"
3.340 — GONZALEZ CHARRY YEZID	54 K.	274	"
3.341 — GONZALEZ JAIMES RAFAEL ANGEL	54 K.	274	"
3.342 — GONZALEZ ACEVEDO ALFONSO	54 K.	275	"
3.343 — GONZALEZ CASTILLO LUIS ALFONSO	54 K.	275	"
3.344 — GONZALEZ MARTINEZ CIRO A.	54 K.	275	"
3.345 — GONZALEZ DONOSO VICTORINO	54 K.	275	"
3.346 — GONZALEZ ESCOBAR OSCAR	54 K.	276	"
3.347 — GONZALEZ CEBALLOS ROGELIO	54 K.	276	"
3.348 — GONZALEZ SORNOZA RICARDO	54 K.	276	"
3.349 — GONZALEZ RODRIGUEZ ERNESTO	54 K.	276	"
3.350 — GONZALEZ MORA CESAR JULIO	54 K.	277	"
3.351 — GRANADOS ORJUELA EDUARDO	54 K.	277	"
3.352 — GUEVARA JARAMILLO HUGO	54 K.	277	"
3.353 — GUTIERREZ RICO IGNACIO	54 K.	277	"
3.354 — GUTIERREZ RENGIFO EDUARDO	54 K.	278	"
3.355 — GUTIERREZ ALZATE JOSE J.	54 K.	278	"
3.356 — GUTIERREZ RODRIGUEZ JOSE A.	54 K.	278	"
3.357 — GUTIERREZ ALDANA GUILLERMO	54 K.	278	"
3.358 — GUZMAN MEJIA JAVIER	54 K.	279	"

— H —

3.359 — HERNANDEZ LUIS GUILLERMO	54 K.	29	"
--	-------	----	---

NOMBRES	Lib.	Folio	Año
3.360 — HERNANDEZ PEREZ ENRIQUE	54 K.	113	1954
3.361 — HERRERA REYES ALBERTO	54 K.	135	"
3.362 — HENAO CORREA EDGARD	54 K.	279	"
3.363 — HERNANDEZ ANGULO ALVARO	54 K.	279	"
3.364 — HERRERA GARCIA JOSE MARIA	54 K.	279	"
3.365 — HERRERA URIBE CARLOS JULIO	54 K.	280	"
3.366 — HIDALGO HIDALGO ALBERTO	54 K.	280	"
3.367 — HUERTAS VEGA ALBERTO	54 K.	280	"
3.368 — HURTADO CHAPARRO HECTOR	54 K.	280	"

— I —

3.369 — ILLERA RESTREPO ANTONIO JOSE	54 K.	17	"
3.370 — ILLERA PARRA CARLOS	54 K.	281	"
3.371 — ISAZA ANGEL CARLOS ALBERTO	54 K.	281	"

— J —

3.372 — JARAMILLO ECHEVERRI HERNANDO	54 K.	37	"
3.373 — JIMENEZ RUBIANO VICTOR MANUEL	54 K.	139	"
3.374 — JANER RUIZ HUMBERTO	54 K.	281	"
3.375 — JARAMILLO BOTERO MARIO	54 K.	281	"
3.376 — JARAMILLO CABEZAS CARLOS (Ecuador)	54 K.	232	"
3.377 — JARAMILLO MONTOYA HELIODORO	54 K.	282	"
3.378 — JARAMILLO URICOCHEA ROBERTO	54 K.	282	"
3.379 — JIMENEZ C. FRANCISCO EDILBERTO	54 K.	282	"
3.380 — JIMENEZ FONSECA JUAN ANTONIO	54 K.	283	"
3.381 — JIMENEZ JIMENEZ GUIDO (Costa Rica)	54 K.	283	"
3.382 — JIMENEZ TIRADO HECTOR JOSE	54 K.	283	"
3.383 — JULIAO FORTICH SAUL	54 K.	283	"
3.384 — JOLIN MORENO ANGEL	54 K.	284	"

— K —

3.385 — KLAHR KONIGSBERG SAMUEL	54 K.	69	"
---	-------	----	---

— L —

3.386 — LONDOÑO GUTIERREZ FERNAN	54 J.	335	"
3.387 — LATORRE MELENDEZ MARCOS	54 J.	363	"
3.388 — LAFAURIE COTES ANDRES	54 J.	373	"
3.389 — LONDOÑO JARAMILLO SILVIO	54 K.	101	"
3.390 — LOPEZ LOPEZ MANUEL MARIA	54 K.	145	"
3.391 — LEON GOMEZ JORGE	54 K.	209	"
3.392 — LAGUNA LUIS ERNESTO	54 K.	284	"
3.393 — LAMUS GUERRERO GABRIEL	54 K.	284	"
3.394 — LASCARRO MENDOZA LEOPOLDO	54 K.	284	"
3.395 — LATORRE ESCOBAR HERNANDO	54 K.	285	"

NOMBRES	Lib.	Folio	Año
3.396 — LEAL DELGADO EVARISTO	54 K.	285	1954
3.397 — LEAL GONZALEZ EFRAIN	54 K.	285	"
3.398 — LEAL BARRERA CARLOS M.	54 K.	285	"
3.399 — LEDESMA WILCHES ENRIQUE	54 K.	286	"
3.400 — LEOINE PEREZ MAURICIO	54 K.	286	"
3.401 — LEVY TESONE JACOBO	54 K.	286	"
3.402 — LOGREIRA AVILA RAFAEL	54 K.	286	"
3.403 — LOMANTO MORAN ALFREDO	54 K.	287	"
3.404 — LOMANTO MORAN ENRIQUE	54 K.	287	"
3.405 — LOPEZ DIAZ JORGE HUMBERTO	54 K.	287	"
3.406 — LOPEZ CASTAÑO WILLIAM	54 K.	287	"
3.407 — LOPEZ HINCAPIE LUIS OLMEDO	54 K.	288	"
3.408 — LOPEZ LOPEZ OLMEDO	54 K.	288	"
3.409 — LOPEZ RINCON LUIS ANTONIO	54 K.	288	"
3.410 — LOPEZ HORMAZA FABIO CESAR	54 K.	288	"
3.411 — LOPEZ RIVAS JULIO CESAR	54 K.	289	"
3.412 — LOPEZ BALLESTEROS ALFONSO	54 K.	289	"
3.413 — LORZA ARCE ALVARO	54 K.	289	"
3.414 — LOPEZ VIÑAS ENRIQUE A.	54 K.	289	"
3.415 — LOTERO MUÑOZ GILBERTO	54 K.	290	"
3.416 — LUCIO CHAVES HERNANDO	54 K.	290	"
3.417 — LUGO PEÑALOZA GUSTAVO ADOLFO	54 K.	290	"
3.418 — LUNA SANTOS RUFINO	54 K.	290	"

— LL —

3.419 — LLANOS ARANA HERN CAMILO	54 K.	291	"
3.420 — LLANOS ARANA HIRNE BASILIO	54 K.	291	"

— M —

3.421 — MARTES ALGARIN EMMANUEL	54 J.	317	"
3.422 — MORALES ARENAS MIGUEL	54 J.	343	"
3.423 — MANTILLA ARENAS JAIME	54 J.	351	"
3.424 — MATTIEU OSORIO WILFRIDO	54 K.	39	"
3.425 — MURCIA LOMBANA JOSE MARIA	54 K.	59	"
3.426 — MAZENETT FUENTES EDMUNDO	54 K.	129	"
3.427 — MILLAN RODRIGUEZ FRANCISCO	54 K.	139	"
3.428 — MUÑOZ PIEDRAHITA DIEGO OMAR	54 K.	155	"
3.429 — MEJIA LONDOÑO ANCIZAR	54 K.	189	"
3.430 — MARTINEZ R. CARLOS	54 K.	229	"
3.431 — MORALES SANCHEZ HERNANDO	54 K.	231	"
3.432 — MACIAS PIMIENTA MARCELIANO	54 K.	291	"
3.433 — MANRIQUE ACUÑA HERNANDO	54 K.	291	"
3.434 — MARMOLEJO BORJA HERNAN	54 K.	292	"
3.435 — MARQUEZ RUEDA ROBERTO	54 K.	292	"
3.436 — MARTHE ZAPATA LEONELLO	54 K.	292	"
3.437 — MARTINEZ ZUÑIGA HUGO	54 K.	292	"

NOMBRES

	Lib.	Folio	Año
3.438 — MARTINEZ MARTINEZ JORGE	54 K.	293	1954
3.439 — MARTINEZ CALDERON ALCIDES	54 K.	293	"
3.440 — MARTINEZ ARIZA GONZALO	54 K.	293	"
3.441 — MARTINEZ SALAMANCA CARLOS A.	54 K.	293	"
3.442 — MARTINEZ MEJIA JOSE MARIA	54 K.	294	"
3.443 — MARTINEZ SALTAREN ANSELMO A.	54 K.	294	"
3.444 — MATALLANA TRUJILLO JORGE ENRIQUE	54 K.	294	"
3.445 — MATEUS QUINONEZ RAMON	54 K.	294	"
3.446 — MATEUS CORTES DANIEL ANTONIO	54 K.	295	"
3.447 — MEDINA RIVERA GERARDO	54 K.	295	"
3.448 — MEJIA ORDOÑEZ LUIS ENRIQUE	54 K.	295	"
3.449 — MELENDEZ PINZON ARTURO	54 K.	295	"
3.450 — MENDEZ LUQUE JAIME	54 K.	296	"
3.451 — MENDEZ GALVIS LUIS EDUARDO	54 K.	296	"
3.452 — MENDEZ REYES FRANCISCO	54 K.	296	"
3.453 — MENDEZ BRID ALFREDO	54 K.	296	"
3.454 — MENDEZ RODRIGUEZ EFRAIN	54 K.	297	"
3.455 — MENDOZA ANGARITA PEDRO E.	54 K.	297	"
3.456 — MENDOZA CONTRERAS JOSE ALEJANDRO	54 K.	297	"
3.457 — MESA AMAYA ALVARO	54 K.	297	"
3.458 — MEZA BENITEZ GONZALO	54 K.	298	"
3.459 — MONTAÑEZ VERA CARLOS ALFREDO	54 K.	298	"
3.460 — MONSALVE CUADRADO ORLANDO	54 K.	298	"
3.461 — MONTAÑEZ VERA CIRO ALFONSO	54 K.	298	"
3.462 — MONTEALEGRE VILLANUEVA MANUEL J.	54 K.	299	"
3.463 — MONTOYA G. OVIDIO	54 K.	299	"
3.464 — MONTOYA ECHEVERRY BERNARDO	54 K.	299	"
3.465 — MORALES MONTAÑA JOSE ANIBAL	54 K.	299	"
3.466 — MORALES RODRIGUEZ FABIO E.	54 K.	300	"
3.467 — MORENO WINCHERY LUIS ALFREDO	54 K.	300	"
3.468 — MORENO RICO MANUEL	54 K.	300	"
3.469 — MORENO OCAMPO JAIME	54 K.	300	"
3.470 — MORENO CORREDOR TEOFILO	54 K.	301	"
3.471 — MORENO TORRES LUIS FELIPE	54 K.	301	"
3.472 — MORILLO BURGOS GASTON	54 K.	301	"
3.473 — MOTTA MONTES JAIME	54 K.	301	"
3.474 — MOYANO TORRES SEGUNDO AURELIO	54 K.	302	"
3.475 — MUÑOZ SALAS HECTOR	54 K.	302	"
3.476 — MUÑOZ WTSCHER GERMAN	54 K.	302	"

— N —

3.477 — NIÑO CELY HOMERO FRANCISCO	54 K.	131	"
3.478 — NAVARRO NAVARRO GUILLERMO	54 K.	302	"
3.479 — NARVAEZ GUZMAN OSCAR	54 K.	303	"
3.480 — NAVARRETE PARDO JOSE MIGUEL	54 K.	303	"
3.481 — NEIRA MENDEZ JOSE AMOS	54 K.	303	"
3.482 — NIETO SIMANCA FRANCISCO A.	54 K.	303	"

NOMBRES	Lib.	Folio	Año
3.483 — NHORA WAQUED LUIS ENRIQUE	54 K.	304	1954

— O —

3.484 — OTERO AMAYA LUIS EDUARDO	54 J.	377	"
3.485 — OROZCO GOMEZ JUAN CARLOS	54 J.	393	"
3.486 — OSORIO HINCAPIE HUGO	54 J.	397	"
3.487 — OBANDO VELASCO CESAR	54 K.	25	"
3.488 — OREJUELA BUENO RAUL	54 K.	79	"
3.489 — OCAMPO ARIAS ARISTOBULO	54 K.	137	"
3.490 — ORTIZ ALVAREZ SERGIO	54 K.	171	"
3.491 — ORTEGA JULIDO HERNANDO	54 K.	225	"
3.492 — OBESO JIMENEZ ENRIQUE	54 K.	304	"
3.493 — ORDONEZ GALVIS LUIS	54 K.	304	"
3.494 — ORDONEZ CAMARGO HERNANDO	54 K.	304	"
3.495 — OROZCO HOYOS MARIO	54 K.	305	"
3.496 — OTERO CASTELLANOS GUILLERMO	54 K.	305	"
3.497 — ORTIZ RODRIGUEZ NICOLAS	54 K.	305	"
3.498 — ORTIZ SOTO EDUARDO	54 K.	305	"

— P —

3.499 — PEÑA OGIASTRI ALFREDO	54 J.	353	"
3.500 — PELAEZ GOMEZ JOSE	54 J.	381	"
3.501 — PEÑA BAENA OSWALDO	54 K.	73	"
3.502 — PAREJA JIMENEZ ADOLFO	54 K.	99	"
3.503 — PACIFIC ROBLES HERNANDO	54 K.	115	"
3.504 — PARDO RUIZ JORGE	54 K.	157	"
3.505 — PERAZA BALLESTEROS JORGE	54 K.	175	"
3.506 — PELAEZ SALAZAR ROBERTO N.	54 K.	179	"
3.507 — PEÑUELA GALARZA JORGE ARTURO	54 K.	185	"
3.508 — PIERROTTY VICTORIA JOSE T.	54 K.	187	"
3.509 — PARDO COLMENARES RAFAEL	54 K.	195	"
3.510 — PARDO CASTAÑEDA LELIO	54 K.	213	"
3.511 — PACHECO MORA JAIME	54 K.	231	"
3.512 — PAEZ ROA GUILLERMO	54 K.	303	"
3.513 — PALACIO JARAMILLO JAIME	54 K.	306	"
3.514 — PARDO SANTAMARIA ARGEMIRO	54 K.	306	"
3.515 — PAREDES POLANIA ANGEL MARIA	54 K.	306	"
3.516 — PARRA ARCE HERNAN	54 K.	307	"
3.517 — PARRA VALENZUELA JORGE	54 K.	307	"
3.518 — PAYAN MORALES ADOLFO LEON	54 K.	307	"
3.519 — PEDRAZA GAITAN EFRAIN	54 K.	307	"
3.520 — PERAFAN FAJARDO CARLOS A.	54 K.	308	"
3.521 — PEREZ ARCHILA JAIME	54 K.	308	"
3.522 — PEREZ GARCIA AUGUSTO	54 K.	308	"
3.523 — PEÑA CORTES CARLOS ENRIQUE	54 K.	309	"
3.524 — PERILLA MORALES ALVARO	54 K.	309	"

NOMBRES	Lib.	Folio	Año
3.525 — PINEDA PEÑA CARLOS	54 K.	309	1954
3.526 — PINEDA GALVIS ALFONSO	54 K.	309	"
3.557 — RADA TOVAR JOSE VICENTE	54 K.	313	"
3.528 — PINZON MANTILLA JORGE	54 K.	310	"
3.529 — PINZON GARCIA LUIS IGNACIO (Venezuela)	54 K.	310	"
3.530 — PITTY VELASQUEZ FELIX ANTONIO	54 K.	310	"
3.531 — POSADA CONTRERAS HERNANDO	54 K.	311	"
3.532 — POSADA ORTIZ ALFREDO	54 K.	311	"
3.533 — POSADA HOYOS GONZALO	54 K.	311	"
3.534 — POSADA CARDENAS HECTOR	54 K.	311	"
3.535 — PINTO PEDRO JOSE	54 K.	312	"

— Q —

3.536 — QUIJANO CAICEDO GONZALO	54 J.	389	"
3.537 — QUIROGA MOYA GILBERTO	54 J.	399	"
3.538 — QUINTERO QUINTERO LUIS A.	54 K.	49	"
3.539 — QUEVEDO FORERO RAMON ANTONIO	54 K.	111	"
3.540 — QUIJANO GOMEZ JOSE ARTURO	54 K.	199	"
3.541 — QUINTERO ACOSTA CARLOS EDUARDO . .	54 K.	312	"
3.542 — QUINTERO ALVAREZ JAIME	54 K.	312	"
3.543 — QUINTERO ZAMORA OCTAVIO	54 K.	312	"
3.544 — QUINTERO ZAMORA MARINO	54 K.	313	"
3.545 — QUINONEZ ORTIZ EDUARDO ALFREDO . .	54 K.	313	"

— R —

3.546 — RANGEL ROZO FIDOLY	54 J.	321	"
3.547 — RESTREPO URIBE GUSTAVO	54 J.	331	"
3.548 — RUIZ LAVERDE JAIME	54 K.	21	"
3.549 — REYES M. JORGE HUMBERTO	54 K.	45	"
3.550 — RAMIREZ ROJAS JOSE DEL C.	54 K.	97	"
3.551 — RONDON MELENDEZ HERNANDO	54 K.	105	"
3.552 — RAMIREZ CALDERON PABLO E.	54 K.	117	"
3.553 — RAMOS CAYCEDO ANDRES ABELINO	54 K.	127	"
3.554 — RAMIREZ SANCHEZ LUIS JAIME	54 K.	147	"
3.555 — RUEDA ARGUELLO JAIME ALBERTO	54 K.	153	"
3.556 — ROZO PARDO LUIS FRANCISCO	54 K.	201	"
3.557 — RADA TOVAR JOSE VICENTE	54 K.	313	"
3.558 — RAMIREZ AGUIRRE GUILLERMO	54 K.	313	"
3.559 — RAMIREZ GUARNIZO OSCAR FRANCISCO . .	54 K.	314	"
3.560 — RAMIREZ LEYVA CARLOS JULIO	54 K.	314	"
3.561 — RAMIREZ PERILLA PEDRO ANTONIO	54 K.	314	"
3.562 — REINA RUEDA HERNAN	54 K.	314	"
3.563 — RESTREPO ANGEL ROBERTO	54 K.	315	"
3.564 — RESTREPO FLOREZ BERTHA	54 K.	315	"
3.565 — RESTREPO ISAZA GUILLERMO LEON	54 K.	315	"
3.566 — RESTREPO MURILLO JAVIER	54 K.	315	"

NOMBRES	Lib.	Folio	Año
3.567 — RESTREPO VILLEGAS LUIS CARLOS	54 K.	316	1954
3.568 — REYES NOSSA NICOLAS	54 K.	316	"
3.569 — REYES SUAREZ JESUS	54 K.	316	"
3.570 — REY LEON CARLOS	54 K.	316	"
3.571 — REY REY HUGO	54 K.	317	"
3.572 — RIAÑO GONZALEZ EDUARDO	54 K.	317	"
3.573 — RIAÑO SANCHEZ HUMBERTO JAIME	54 K.	317	"
3.574 — RICO JIMENEZ JULIO CESAR	54 K.	317	"
3.575 — RICO NIETO TRIFON	54 K.	318	"
3.576 — RINCON CARUSSO ARMANDO	54 K.	318	"
3.577 — RINCON LARA VICENTE	54 K.	318	"
3.578 — RIVADENEIRA GOMEZ RAFAEL	54 K.	318	"
3.579 — RIVAS DIAZ CARLOS	54 K.	319	"
3.580 — RIVAS DIAZ ENRIQUE	54 K.	319	"
3.581 — RIVAS TRUJILLO JAIME ENRIQUE	54 K.	319	"
3.582 — RIVERA BONILLA ARMANDO	54 K.	319	"
3.583 — RIVERA ROJAS PABLO	54 K.	320	"
3.584 — ROCHA RIAÑO SEGUNDO JOSE	54 K.	320	"
3.585 — RODRIGUEZ ABELLA JOSE HUMBERTO	54 K.	320	"
3.586 — RODRIGUEZ DEL BUSTO JAIME A.	54 K.	320	"
3.587 — RODRIGUEZ DUARTE LUIS ENRIQUE	54 K.	321	"
3.588 — RODRIGUEZ FLOREZ LEOPOLDO	54 K.	321	"
3.589 — RODRIGUEZ GUTIERREZ FELIX	54 K.	321	"
3.590 — RODRIGUEZ PACHON OLIVERIO	54 K.	321	"
3.591 — RODRIGUEZ PAEZ LUIS JOSE	54 K.	322	"
3.592 — RODRIGUEZ SANCHEZ VICTOR M.	54 K.	322	"
3.593 — RODRIGUEZ VARGAS LUIS HERNANDO	54 K.	322	"
3.594 — ROJAS GARCIA JOSE MIGUEL	54 K.	322	"
3.595 — ROJAS GOMEZ LIBARDO	54 K.	323	"
3.596 — ROJAS MUÑOZ HECTOR A.	54 K.	323	"
3.597 — ROJAS RAMIREZ JAIME	54 K.	323	"
3.598 — ROJAS SANCHEZ LIBARDO	54 K.	323	"
3.599 — ROJAS ZARATE ALFONSO	54 K.	324	"
3.600 — ROMAN SUAREZ PEDRO MIGUEL	54 K.	324	"
3.601 — ROMERO ANGEL FERNANDO	54 K.	324	"
3.602 — ROMERO CRUZ GABRIEL	54 K.	324	"
3.603 — ROMERO LOZANO FLAVIO	54 K.	325	"
3.604 — ROMERO TERREROS GERMAN	54 K.	325	"
3.605 — ROSAS ALARCON ALVARO HUMBERTO	54 K.	325	"
3.606 — ROSASCO ESTUPINAN HUMBERTO	54 K.	325	"
3.607 — ROSILLO CAÑON JORGE ALBERTO	54 K.	326	"
3.608 — ROTLEWICZ GOLDSTEIN ARON	54 K.	326	"
3.609 — ROZEMBERG LEVY DAVID	54 K.	326	"
3.610 — RUBIANO GROOT FLORENTINO	54 K.	326	"
3.611 — RUIZ RAMIREZ JAIME	54 K.	327	"
3.612 — RUIZ RUIZ JORGE ALBERTO	54 K.	327	"
3.613 — RUIZ UMAÑA FRANCISCO	54 K.	237	"
3.614 — RUSSI BELTRAN JOSE IGNACIO	54 K.	327	"

NOMBRES	Lib.	Folio	Año
3.615 — ROMERO BELTRAN ARTURO	54 K.	328	1954
— S —			
3.616 — SILVA GOMEZ JOSE MARIA	54 J.	347	"
3.617 — SAAVEDRA MOYANO LEOPOLDO	54 J.	355	"
3.618 SZAPIRO RUTTA BERNARDO	54 J.	357	"
3.619 — SABBACH DADA ENRIQUE	54 J.	385	"
3.620 — SALAZAR GUTIERREZ RUBEN	54 K.	15	"
3.621 — SANCHEZ GOMEZ ENRIQUE	54 K.	41	"
3.622 — SAMPER POLANDO RAUL	54 K.	109	"
3.623 — SUAREZ GELVEZ RAFAEL A.	54 K.	205	"
3.624 — SAA VARONA CARLOS	54 K.	328	"
3.625 — SABOGAL SANTOS JORGE	54 K.	328	"
3.626 — SAENZ JIMENEZ LENIN (Costa Rica)	54 K.	328	"
3.627 — SALGAR RODRIGUEZ ALVARO	54 K.	329	"
3.628 — SALGAR BEDOYA PEDRO ANTONIO	54 K.	329	"
3.629 — SALES SALES FRANCISCO	54 K.	329	"
3.630 — SANCHEZ AVELLA LIBORIO ALFONSO	54 K.	329	"
3.631 — SANCHEZ GIL CARLOS EDUARDO	54 K.	330	"
3.632 — SANCHEZ LAMPREA LUIS CARLOS	54 K.	330	"
3.633 — SANCHEZ MONTENEGRO JOSE ALFONSO	54 K.	330	"
3.634 — SANCHEZ MUÑOZ FABIO	54 K.	330	"
3.635 — SANCHEZ PUYANA ENRIQUE	54 K.	331	"
3.636 — SANCHEZ SANCHEZ MANUEL ENRIQUE	54 K.	331	"
3.637 — SANCHEZ TORRES FERNANDO	54 K.	331	"
3.638 — SANCHEZ TORRES JOSE JAIRO	54 K.	331	"
3.639 — SANDOVAL GUTIERREZ ALVARO	54 K.	332	"
3.640 — SANDOVAL LLANOS TULIO EMIRO	54 K.	332	"
3.641 — SANDOVAL RINCON CARLOS ARTURO	54 K.	332	"
3.642 — SANDOVAL RODRIGUEZ GUSTAVO	54 K.	332	"
3.643 — SANTACRUZ MONCAYO LUIS ARTURO	54 K.	333	"
3.644 — SANTAMARIA HERMIDA ARMANDO	54 K.	333	"
3.645 — SANTOS URREA JUAN JOSE	54 K.	333	"
3.646 — SEGARRA PEREZ RAMON (Ecuador)	54 K.	333	"
3.647 — SEGURA GARZON ANTONIO	54 K.	334	"
3.648 — SERRANO REMOLINA CARLOS VICENTE	54 K.	334	"
3.649 — SILVA GOMEZ GUSTAVO JOSE	54 K.	334	"
3.650 — SOLANO RAMIREZ ROMILIO	54 K.	334	"
3.651 — SOTELO ZARATE HUGO	54 K.	335	"
3.652 — SOTO JIMENEZ DIEGO	54 K.	335	"
3.653 — SOTO VILLADA GILDARDO	54 K.	335	"
3.654 — STARUSTA BACAL PEREZ	54 K.	335	"
3.655 — SUAREZ BUITRAGO ANTONIO	54 K.	336	"
3.656 — SUESCUN VILLALOBOS ERNESTO	54 K.	336	"

— T —

3.657 — TORRES RAMIREZ JOSE A.	54 J.	345	"
--	-------	-----	---

NOMBRES	Lib.	Folio	Año
3.658 — TAVERA GUZMAN BENJAMIN	54 J.	375	1954
3.659 — TORRENTE GUERRA LEOPOLDO	54 K.	217	"
3.660 — TAPIAS ROCHA ALFONSO	54 K.	336	"
3.661 — TARQUINO NIÑO JAIME	54 K.	336	"
3.662 — TENORIO CAICEDO CESAR.... .	54 K.	337	"
3.663 — TELLEZ DIAZ JAIME	54 K.	337	"
3.664 — TELLO QUIJANO JORGE	54 K.	337	"
3.665 — TIRADO PLATA BERNARDO	54 K.	337	"
3.666 — TIRADO PLATA MANUEL	54 K.	338	"
3.667 — TOBON MONTOYA DARIO	54 K.	338	"
3.668 — TORRADO NUÑEZ LUIS FRANCISCO . . .	54 K.	338	"
3.669 — TORRES AGREDO MAURO	54 K.	338	"
3.670 — TORRES GUEVARA ALVARO HERNANDO.	54 K.	339	"
3.671 — TORRES LOPEZ LEOVIGILDO	54 K.	339	"
3.672 — TURBAY BURGOS SALOMON	54 K.	339	"

— U —

3.673 — ULLOA ORTIZ EDUARDO	54 J.	359	"
3.674 — URIBE ALVAREZ ARMANDO	54 J.	379	"
3.675 — URIBE ACEVEDO ALVARO	54 K.	167	"
3.676 — URIBE OSPINA RAFAEL	54 K.	339	"
3.677 — URICOHEA GUTIERREZ JAIME	54 K.	340	"
3.678 — USCATEGUI MANTILLA BERNARDO . . .	54 K.	340	"

— V —

3.679 — VILLAMIZAR MUÑOZ GUSTAVO	54 J.	383	"
3.680 — VASQUEZ GARCIA RAUL	54 K.	33	"
3.681 — VASQUEZ ZAFRA JAIME	54 K.	35	"
3.682 — VIVAS JAIMES ALBERTO CAMILO	54 K.	61	"
3.683 — VERA JIMENEZ NAZARIO.... .	54 K.	83	"
3.684 — VARON ACOSTA HUMBERTO	54 K.	87	"
3.685 — VENEGAS GALLO MANUEL A.	54 K.	149	"
3.686 — VALDERRAMA BOHORQUEZ HUMBERTO ..	54 K.	165	"
3.687 — VILLAMIZAR ALBARRACIN RAFAEL . . .	54 K.	173	"
3.688 — VARGAS MEDINA WILLIAM	54 K.	197	"
3.689 — VALENCIA PIEDRAHITA GUILLERMO . .	54 K.	219	"
3.690 — VELASQUEZ ARROLLAVE HUGO I.	54 K.	231	"
3.691 — VALENCIA JIMENEZ GERMAN	54 K.	340	"
3.692 — VALENCIA QUINTERO EDISON	54 K.	340	"
3.693 — VALLEJO SILVA JORGE	54 K.	341	"
3.694 — VARGAS DIAZ JAIME	54 K.	341	"
3.695 — VARGAS SANCHEZ ENRIQUE	54 K.	341	"
3.696 — VARGAS VARGAS GABRIEL	54 K.	341	"
3.697 — VARGAS VILLANUEVA MARCO E.	54 K.	342	"
3.698 — VARON RINCON CARLOS DANIEL	54 K.	342	"
3.699 — VASQUEZ BARON HUMBERTO	54 K.	342	"

NOMBRES	Lib.	Folio	Año
3.700 — VASQUEZ JIMENEZ JAIME	54 K.	342	1954
3.701 — VASQUEZ ORDOÑEZ FERNANDO J.	54 K.	343	"
3.702 — VASQUEZ RODRIGUEZ JOSE ANTONIO	54 K.	343	"
3.703 — VASQUEZ ZAMBRANO JORGE ENRIQUE	54 K.	343	"
3.704 — VELANDIA GUTIERREZ LUIS EMIGDIO	54 K.	343	"
3.705 — VELASCO CHIRIBOGA ALVARO	54 K.	344	"
3.703 — VELASQUEZ ACUÑA GUILLERMO	54 K.	344	"
3.707 — VELASQUEZ LOPEZ OSCAR	54 K.	344	"
3.708 — VELASQUEZ RAMIREZ CARLOS H.	54 K.	344	"
3.709 — VELEZ ROJAS CARLOS EMILIO	54 K.	345	"
3.710 — VELOSA GONZALEZ ALFONSO	54 K.	345	"
3.711 — VERGARA GARCIA JOSE IGNACIO	54 K.	345	"
3.712 — VILLA ESGUERRA ALBERTO	54 K.	345	"
3.713 — VILLARREAL RIVERA HENRY	54 K.	346	"
3.714 — VILLEGAS BOTERO ABEL	54 K.	346	"

— W —

3.715 — WILCHES SALINAS NICOLAS	54 K.	346	"
---	-------	-----	---

— Y —

3.716 — YUNIS TURBAY EDMOND	54 J.	371	"
3.717 — YAMIN HABIB LUIS EDUARDO	54 K.	346	"
3.718 — YANEZ PEÑARANDA GILBERTO	54 K.	347	"
3.719 — YEPES SANTOS HERNANDO	54 K.	347	"
3.720 — YUNIS TURBAY EDUARDO JOSE	54 K.	347	"
3.721 — YUSTI NIETO HAROLD	54 K.	347	"

— Z —

3.722 — ZAMBRANO CAMPO ERNESTO	54 J.	367	"
3.723 — ZARAMA OTERO JAIME	54 J.	387	"
3.724 — ZUÑIGA IDROVO BELISARIO	54 K.	133	"
3.725 — ZAPATA ESCOBAR AQUILINO	54 K.	308	"
3.726 — ZAMORA RUBIO JOSE ANTONIO	54 K.	348	"
3.727 — ZAMORA RUBIO GUILLERMO	54 K.	348	"