CONFERENCIA MAGISTRAL

EL SABER CARDIOPATOLOGICO EN LA HISTORIA

PEDRO LAIN ENTRALGO*

DESDE LA alta cima de la cardiología actual que constituye este nuevo Instituto, sólo por el cual el Maestro Chávez tiene dos puestos de honor, uno en la historia de su país, otro en la historia de la Medicina, yo veo el desarrollo de la patología del corazón como el curso de una sonata en cuatro tiempos, que denominaré sintomático, anatomoclínico, fisiopatológico y antropopatológico.

PRIMER TIEMPO: EL SÍNTOMA

Dura, como es obvio, desde los orígenes de la humanidad hasta que en el siglo XVI comienza la práctica regular de la autopsia anatomopatológica. Siglos y siglos durante los cuales una enfermedad del corazón no es sino un determinado síntoma, cuya génesis se atribuye a un desorden de la víscera cardíaca; más precisamente, a lo que por "corazón" están entendiendo los hombres. Dicho lo cual, parece necesario distinguir en este dilatadísimo periodo dos etapas, ampliamente solapadas entre sí, tanto en el tiempo como en el pensamiento: una etapa empírico-mítica y otra empírico-racional.

1. Antes de Alcmeón de Crotona, a cuya vigorosa genialidad se debe el nacimiento de la medicina fisiológica y racional, el "corazón" es una parte del cuerpo más o menos circunscrita, a la cual pertenece la que nosotros designamos con ese término y directamente relacionada con toda la vida psíquica del hombre, especialmente con la afectiva.

Atengámonos exclusivamente a la cultura occidental, prescindamos de todas las restantes. En el epos homérico, el corazón es designado con cinco nombres distintos: *kardíe, kradíe, ker, etor* y *phren* o *phrénes*. Los cuatro primeros tienen un sentido a la vez anatómico y psicofisiológico. Anatómicamente, corresponden con precisión mayor o menor al corazón; psicofisiológicamente, designan la sede corporal de los afectos del ánimo, y aún la de todo el psiquismo. Más arduo es el problema semántico que plantea el vocablo *phren*, con mayor frecuencia usado en plural, *phrénes*. En singular o en plural, *phren* suele ser traducido por diafragma, y alguna razón hay para ello; pero un examen detenido del contexto en que aparece el término obliga a pensar que con él era unitariamente nombrado cuanto en el interior del tórax hay por detrás del epigastrio, es decir, la imprecisa zona somática —parte del diafragma, pericardio, corazón— en donde "se sienten" las emociones fuertes y la angustia; lo cual hará que durante la etapa del pensamiento griego que acabo de llamar empírico-mítica sea el corazón, llámesele *kardíe* o *phren*, el lugar del cuerpo en que principalmente reside la vida psíquica. La *Ilíada* y la *Odisea* llaman phren, en efecto, al corazón, en tanto que sede de las pasiones, a la mente y a la voluntad, al designio.

2. Con Alcmeón de Crotona comienza, como he dicho, la etapa empírico-racional de la medicina entera, y más especialmente de la cardiología. Mediante expe-

* Catedrático de Historia de la Medicina de la Universidad de Madrid, España.

rimentos en animales, Alcmeón demostró, en efecto, que la destrucción del encéfalo trae consigo la pérdida de las facultades sensoriales; de lo cual concluyó que tanto éstas como el pensamiento tienen su asiento en la masa encefálica y no en el corazón, como tradicional y míticamente se venía admitiendo; lo cual no destituirá al corazón, por supuesto, de toda vinculación funcional con el psiquismo, pero la limitará al área de la vida emocional o afectiva, al *thymós*. Salvo Aristóteles, que a este respecto fue, increiblemente, un verdadero reaccionario, toda la tradición científica ulterior al crotoniata, comenzando por la medicina que solemos llamar hipocrática —hable el escrito *Sobre la enfermedad sagrada*—, aceptará sin reserva el decisivo hallazgo de Alcmeón.

En consecuencia, las "enfermedades mentales" *sensu stricto* ya no van a ser cosa del corazón, sino del cerebro. Ahora bien: en virtud de esa fuerte y curiosa capacidad de pervivencia que poseen algunas palabras, el término *phren*, convertido en prefijo, una y otra vez seguirá refiriéndose al psiquismo. Durante muchos siglos, en griego o en latín, *phrenitis* será una enfermedad aguda con delirio intenso; y casi siempre sin la menor conciencia etimológica, todos nosotros decimos "frenesí", "frenología" y "frenocomio", vocablos de clara significación psicológica y psicopatológica.

Pero dejemos al *phren* y sus vicisitudes semánticas, y volvamos al corazón, *kardíe* o *cor*. Más aún: en aras de la brevedad, dejemos intacto el tema de la cardiología hipocrática —defecto bien leve, porque para los hipocráticos el corazón, sede central del calor innato, no podría enfermar—, y vengamos a la del hombre en quien culmina el saber médico de la Antigüedad clásica: Galeno.

Sería desmesura grande atribuir a Galeno una cardiopatología sistemática; más también sería grande injusticia conformarse con lo que en relación con su saber cardiopatológico suelen decir los historiadores de la medicina. En efecto, un examen medianamente detenido de su obra médica permite formular los siguientes asertos:

a) El corazón desempeña en el organismo animal tres funciones principales. En tanto que órgano contráctil, la atracción de la sangre venosa elaborada en el hígado y la impulsión de sangre venosa hacia el pulmón y de la sangre arterial, por la aorta, al cuerpo entero. En tanto que sede de la facultad vital y del calor innato, el mantenimiento de éste, la conversión de la sangre venosa en sangre arterial y el origen del pulso. En tanto que sede, en fin, de la facultad irascible del alma, el gobierno de todos los movimientos anímicos que a ella corresponden, desde la valentía y la ira hasta el miedo y la mansedumbre.

b) A su peculiar modo, el corazón puede enfermar. No padece, por ejemplo, "abscesos", *apostémata* (*de loc. aff.* K. VIII, 47), pero sí desórdenes de las cualidades elementales, por ejemplo, frigidez o sequedad excesivas (*de praesag. ex puls.* K. IX, 245), discrasias (*de loc. aff.* K. VIII, 298 y 302), tumores preternaturales, al menos en el pericardio (*ibid.* K. VIII, 305) y alteraciones consecutivas a las afecciones inflamatorias y erisipelatosas (*ibid.* K. VIII, 302 y 304; *meth. med.* K. X, 904). Las expresiones *páthos en kardía* (*de loc, aff.* K. VIII, 302) y *kardías blábai* (*de usu resp.* K. IV, 508), "afecciones" y "lesiones" del corazón, hablan por sí mismas acerca de la enfermabilidad de éste.

c) Así determinadas, las enfermedades del corazón se manifiestan sintomáticamente según las varias funciones de la víscera cardíaca; por tanto, bajo forma de trastornos del pulso (*de praesag. ex puls.* K. IX, 244 y 343; *de loc. aff.* K. VIII, 303), palpitaciones (*ibid.* K. VIII, 303 y 305; *de placitis Hipp. et Plat.* K. V, 331), síncope (*de loc. aff.* K. VIII; *de simpl. medicam. temper. ac. facult.* K. XI, 605), dolor pre-

cordial (*de placitis Hipp. et Plat.* K. V, 330; *de rem. parabil.* K. XIV, 532 y 550; *in Hipp. de acut. morb. victu* K. XV, 559; *in Hipp de humor.* K. XVI, 50 y 386) y trastornos del ánimo, como la irritabilidad (*in Hipp. epid.* K. XVII B, 258). Conócense las afecciones del corazón —dice sentenciosamente la *Ars medica*— "por las varias especies de la disnea, por las alteraciones del pulso arterial, por la exaltación o la depresión del ánimo, por la fiebre, por los escalofríos, por las alteraciones del color y por el dolor precordial" (K. I, 355-356).

d) En cuanto especies morbosas, las enfermedades del corazón son clínicamente nombradas mediante la palabra que expresa el síntoma dominante: "palpitación" (*palmós*), "síncope", etc. Como la casi totalidad del escrito *de locis affectis*, de tan clara intención anatomoclínica, la anatomía patológica del corazón —salvo en los contados casos en que se refieren a la patología humana hallazgos en cadáveres animales: el quiste hidatídico del pericardio de que se habla en K. VIII, 305— es pura cavilación de gabinete. Lo seguro para el médico, por tanto, es atenerse al síntoma; éste es en definitiva el centro del saber clínico.

SEGUNDO TIEMPO: LA LESIÓN

Hasta la primera mitad del siglo XVIII perdura la vigencia de esta rudimentaria cardiopatología sintomática; traduciendo literalmente a Galeno, todos los médicos siguen hablando de *palpitatio cordis, asthma a corde laeso, syncope cardiaca*, etc. Es cierto, sí, que desde que en el siglo XVI comienza a instaurarse como regla la práctica de la autopsia anatomopatológica van siendo frecuentes los hallazgos de lesiones anatómicas del corazón (Marcelo, Donato, van Foreest, Schenck von Grafenberg, Bulgetio, Vieussens); pero la nosografía cardiológica sigue siendo la tradicional; en definitiva, la galénica. Sólo con Lancisi, Albertini y Sénac, es decir, con hombres de esa primera mitad del Setecientos, se iniciará formalmente la cardiología antomoclínica.

Sobre todo, merced a la callada, pero decisiva obra del boloñés Ippolito Francesco Albertini. Mediante numerosas y minuciosas autopsias, Albertini acertó a clasificar las alteraciones morfológicas del corazón según dos géneros principales, el aneurismático o arterial (dilatación de las cavidades izquierdas) y el varicoso o venoso (dilatación de las cavidades derechas). Cada uno de ellos se constituiría, a su vez, con o sin pólipos, los cuales pueden ser verdaderos (excrecencias de la pared cardíaca) o falsos (en rigor, como demostrara la crítica ulterior, coágulos *post mortem*). Tan sencillo esquema anatomopatológico, estimable a pesar de sus errores, es sin embargo menos valioso que los cuidadosos estudios para determinar su equivalencia clínica. Apelando a cuantos recursos exploratorios pudo —palpitación precordial, examen del pulso carotídeo y del radial, inspección de las venas yugulares, respiración, posición del enfermo durante el sueño, etc.—, Albertini se esforzó por establecer el cuadro sintomático y semiológico de cada una de las afecciones mencionadas. Quiso, en suma, según sus propias palabras, "conocer durante la vida de los enfermos lo que en los cadáveres había visto una vez, reiteradamente o con frecuencia, y poseer signos diagnósticos bien estudiados y comprobados, aptos para discernir la lesión anatómica". La investigación de Albertini se mueve, pues, desde el cadáver hacia la clínica: la lesión cadavérica es el punto de partida. Ordena las lesiones en "géneros" y "especies", las nombra técnicamente y trata de hallar en la clínica el cuadro sintomático y semiológico que a cada una de ellas corresponde. Obsérvese la sutil e importante novedad: Albertini —como poco antes, con

menor rigor, Lancisi— pretende elevar la lesión anatómica a fundamento de la especie morbosa, y a esa lesión intenta referir la constelación de los síntomas y los signos que "específicamente" parecen corresponderle. La "especie morbosa" no lleva ya un nombre sintomático, *palpitatio cordis*, etc., sino un nombre anatomopatológico, por ejemplo, *aneurisma sinistri cordis cum polypo vero;* con lo cual la lesión anatómica, que había comenzado siendo simple *hallazgo de autopsia*, llega a ser, aunque tímida y parcialmente, *fundamento de la clínica y de la patología*. Gracias al talento y a la laboriosidad de este modesto médico, en el campo de la patología cardiológica comienza a producirse el gran acontecimiento de la historia general del saber médico que yo he propuesto llamar "giro copernicano de la lesión anatomopatológica". Hasta Albertini, el centro de la nosografía cardiológica era siempre el síntoma, aunque el clínico practicara a veces la necropsia del caso sintomáticamente diagnosticado; desde él, cada vez de modo más preciso, ese centro será la lesión anatómica. Nace así el fecundísimo camino de la ciencia médica que denominamos "método anatomoclínico".

La solemne enunciación formal de dicho método como nervio y guía del saber del médico ante el enfermo será obra de Bichat; y su espléndido, casi definitivo desarrollo, en lo que a las enfermedades torácicas se refiere, mérito insigne de Laennec. La percusión de Auenbrugger y Corvisart, el pensamiento de Bichat y su personal invención del estetoscopio, permitirán a Laennec levantar esa columna miliar de la historia de la cardiología que es la Parte Tercera de su *Traité de l'auscultation médiate*, e incluso configurar la imagen arquetípica del médico moderno; porque desde la segunda mitad del siglo XIX hasta hoy mismo, un estetoscopio en las manos o sobre el pecho de una figura humana será el modo más tópico de representar gráficamente la dedicación profesional a la medicina.

Laennec, Bouillaud, Corrigan, Stokes, Duroziez, Potain... Con ellos en cabeza se constituye la gran cardiología anatomoclínica del siglo XIX. Junto al neurólogo clásico, también anatomoclínico, por cierto, el cardiólogo de 1900 es el aristócrata de la medicina interna. La finura y la precisión de sus diagnósticos auscultatorios, la legendaria gravedad de las enfermedades del corazón y —*last but not least*— el tradicional prestigio mítico-poético de la víscera cardíaca, son los tres grandes motivos de ese curioso evento médico-social.

TERCER TIEMPO: EL DESORDEN FISIOPATOLÓGICO

En 1901 muere Potain; en 1903 introduce Einthoven el electrocardiógrafo. Además de un nuevo siglo, una nueva época se abre entonces en la historia del saber cardiológico; no para desplazar a la gloriosa cardiología anatomoclínica del Ochocientos, sino para asumirla en un nivel más alto de ese saber. Es la época fisiopatológica de la cardiología.

Desde un punto de vista a la vez objetivo y científico, ¿qué es realmente una enfermedad? Una lesión orgánica susceptible de ser evidenciada por medio de "signos físicos", responde el anatomoclínico. Un desorden del flujo energético-material en que se realiza la vida, replica el fisiopatólogo, y es evidente que con mayor profundidad. Anteriores a la lesión anatómica son, en efecto, los procesos fisiopatológicos en cuya virtud esa lesión se ha constituido; procesos fisiopatológicos son, por otra parte, los síntomas en los cuales y por los cuales se hace efectivamente morbosa tal lesión, cuando de hecho ha llegado a producirse. No hay duda: el nivel científico de la patología fisiopatológica es más alto que el de la

patología anatomoclínica. A condición, claro está, de que sepa asumirla rectamente.

La cardiología fisiopatológica no comenzó con el electrocardiógrafo. Por supuesto, en 1854, fecha de su clásico libro *The diseases of the heart and aorta,* Stokes advierte que el clínico debe conceder mayor importancia que hasta entonces a los "síntomas vitales", reveladores del estado del miocardio, y no darla tan exclusiva a los "síntomas físicos", sólo expresivos del estado de las válvulas. En 1855 idea Vierordt su esfigmógrafo, y en 1860 da Marey noticia del suyo. En 1884 escribe E. von Leyden: "El diagnóstico físico pareció poder y deber hacerlo todo. Se vino a pensar que un corazón en el cual la percusión y la auscultación no pudiesen descubrir nada anormal sería un corazón sano; y recíprocamente, que un corazón en el cual se oye algo anómalo, se hallaría gravemente enfermo. Se olvidaba estimar suficientemente, junto a los síntomas físicos, los *trastornos fisiológicos* relativos al corazón, en modo alguno paralelos a aquéllos". En 1887, A. D. Waller demostrara que las corrientes eléctricas producidas por el músculo cardíaco pueden ser registradas gráficamente, con el animal intacto, empleando electrodos superficiales. Datos que demuestran cómo la consideración procesal o fisiopatológica de la cardiología había iniciado su carrera apenas traspuesto el comedio del siglo pasado. Pero, todos lo sabemos, el electrocardiograma será la gran realidad y el gran símbolo de la fisiopatología cardiológica.

Como signo de realidad, un ECG es un registro gráfico del proceso energético-material subyacente a la actividad contráctil del corazón. Los términos polarización, despolarización, repolarización, potencial de membrana, "bomba de sodio", "bomba de potasio", ¿qué son, sino palabras destinadas a expresar técnicamente un proceso a la vez material y energético? Como signo de enfermedad, el ECG es un dato objetivo que permite al clínico conocer alteraciones de la función cardíaca antes de que éstas hayan cristalizado como "lesiones anatómicas". Verdades obvias en las cuales se nos hace patente la esencia misma de este tercer tiempo, el fisiopatológico, tan decisivo en la historia entera de la cardiología. Gratísimo deber mío es mencionar aquí la parte egregia que en la tarea de crearlo ha tenido la escuela electrocardiográfica de Sodi Pallares y Cabrera.

Ahora bien: el desorden fisiopatológico previo a la lesión anatómica, y por tanto la lesión misma, ¿cómo se han originado? ¿Cuál ha sido su causa inmediata? Como la mentalidad anatomoclínica o lesional exige el paso a la mentalidad fisiopatológica o procesal, ésta, a su vez, pide su conexión con otra mentalidad médica ulterior, la etiopatológica o causal. Causas reales, causas científicamente comprobadas de las enfermedades del corazón. ¿El reumatismo? Desde luego. Rindamos a Bouillaud el homenaje que a tal respecto merece. ¿El estreptococo hemolítico? Por supuesto. Demos a Schottmüller toda la honra a que es acreedor. Pero he aquí que junto a éstas y a otras causas de las cardiopatías, todas objetivamente detectables, los cardiólogos de nuestro siglo han redescubierto científicamente la enorme importancia que en la causación y en la configuración de las enfermedades cardíacas posee un momento etiológico harto más amplio y envolvente: la vida entera del hombre. Con lo cual entramos de lleno en el cuarto y último tiempo de nuestra cardiológica sonata.

CUARTO TIEMPO: EL HOMBRE ENFERMO

Mencionaré al galope las más grandes figuras de la cardiopatología de nuestro siglo: Mackenzie, Vaquez, Lewis, Wenckebach, Laubry, White . . . Pares de ellos,

los hombres del Instituto que hoy nos congrega, con Ignacio Chávez a su cabeza. Combinando inteligentemente las tres mentalidades médicas que acabo de nombrar, la lesional, la procesal y la causal, apoyados, por tanto, sobre la gran tradición del siglo XIX, ellos y otros han dado cuerpo y figura al espléndido edificio del actual saber cardiopatológico, y por consiguiente han empezado a valorar la enorme realidad que antes mencioné, la vida humana, como ámbito determinante y configurador de las enfermedades del corazón. La vida humana en su triple dimensión individual, personal y comunal.

Vida individual: la propia de un individuo psico-orgánico perteneciente a la especie zoológica *homo sapiens*, al cual modulan anatómica y funcionalmente distintas determinaciones tipificadoras —el sexo, la raza, la constitución biotípica—, el curso inexorable de su edad, su cambiante relación con el medio natural en que existe y la también cambiante interacción entre los sucesivos estados del organismo y de la psique. Todo esto, ¿cómo influye sobre la génesis y la figura clínica de las enfermedades del corazón? Varios capítulos de la cardiología actual, la cardiología constitucional, la psicosomática, la de las edades, etc., comienzan a dar respuesta a esta interrogación ineludible.

Vida personal: la propia del individuo psico-orgánico humano, en tanto que titular de una intimidad racional, libre y responsable, consciente en parte y en parte subconsciente, en la cual ese individuo ejecuta la actividad suprema de poseerse a sí mismo. ¿De qué modo el cardiópata vive como "suya" su enfermedad? ¿Cuál es su actitud ante el sentimiento que en él determina su cardiopatía y ante el conocimiento que de ella tenga? Respondiendo a estas incitantes preguntas, la cardiología se hace formalmente antropopatológica.

Vida comunal: la propia de la persona humana, en tanto que perteneciente a la sociedad, y por consiguiente a una determinada situación social, y en tanto que inmersa en la historia, y por consiguiente en una determinada situación histórica. ¿Cómo desconocer hoy la existencia de un condicionamiento a la vez sociológico y antropológico-cultural de las cardiopatías, cuando se las estudia según toda su humana integridad?

Dos arduos y delicados problemas veo yo entre los no pocos que plantea tan sumarísimo panorama. Uno teorético: la consideración a un tiempo unitaria y sistemática de todos estos aspectos del enfermar, puesto que una y unitaria es la persona que según ellos se realiza. Otro metodológico: la adecuada asunción de la cardiología tradicional —anatomoclínica, fisiopatológica, etiopatológica— en este nuevo y más elevado nivel de la realidad y del saber. El camino de la historia nos ha puesto sin escape posible frente a un empeño metahistórico y doctrinal. En este momento, no puedo hacer otra cosa que enunciarlo. Mas tampoco quiero pasar por alto la mención de un libro en el cual todos estos temas son penetrantes, sugestiva y prometedoramente tratados: el que bajo el título *El hombre y su corazón. Introducción a una cardiología antropobiográfica* recientemente ha publicado el cardiólogo español Vega Díaz.

¿No es paradójica la situación de la víscera cardíaca dentro de la cardiología actual? Reduciéndolo a la condición de bomba hemodinámica y traspantable, el médico ha desmitificado al máximo el corazón del hombre. Viéndolo, por otra parte, como órgano integrado en la compleja totalidad de la existencia humana, de nuevo ha surgido ante sus ojos la relación entre el corazón y la afectividad, e incluso ha pensado que la copiosa mitología de la víscera cardíaca puede aportar algo a la intelección científica, científicamente humana, de las enfermedades cardiovasculares.

Según las más centrales claves de la mitología cardíaca, el corazón simboliza cuanto en la vida del hombre sea sentimiento, pasión, amor, valentía, sinceridad, magnanimidad y esforzada tendencia hacia la perfección personal. Todo nuestro lenguaje, así el coloquial como el literario, se halla empapado por reminiscencias de esta antiquísima, hondísima simbología. "No tiene corazón", decimos todos del hombre cruel, a fuerza de insensible y frío. El corazón puede otras veces ser dulce, noble, generoso, sensible, tierno. "Le dio el corazón", escribe Juan Ramón Jiménez para hacer palabra penetrante una entrega amorosa. "Pocos toreros reúnen a la vez cabeza, corazón y pies", se lee en un viejo tratado de tauromaquia. Religiosos hay, denuncia fray Antonio de Guevara, "que tienen el cuerpo en la celda y el corazón en la plaza". "Cayáte, corazón", salmodiaban los viejos tangos de mi adolescencia. "Allí mi corazón tuvo su nido", canta un cristalino verso de Garcilaso. Cientos y cientos de expresiones, en cuyo fondo laten las varias concepciones míticas de la víscera cardíaca, tan prestigiosa siempre. El cirujano cardiovascular ha desmitificado el corazón; nada más cierto. Pero el clínico que se proponga entender integral y profundamente la personal actitud de un cardiópata ante su enfermedad, ¿podrá eludir el sutil problema de enlazar racionalmente, científicamente, el ECG con la mitología?

Medicina del corazón, poesía del corazón. Una perla gnómica de nuestro Antonio Machado dice así:

Poned atención:
un corazón solitario
no es un corazón.

Más o menos enfermo, verdadero corazón va a ser el de quienes buscando ayuda vengan a éste ya espléndido y todavía creciente Instituto. Porque el corazón de esos enfermos nunca estará solitario: en todo momento le acompañarán la mejor ciencia, la mejor técnica y la mejor humanidad. El lema del propio Instituto nos lo dice: *Amor scientia que inserviant cordi.* O bien, en este endecasílabo castellano: "Sirvan al corazón amor y ciencia".

Maestro Ignacio Chávez:

Los muros de vuestro fabuloso, incomparable Museo de Antropología me han enseñado la letra de una preciosa sentencia poética. Procede de una de las dos grandes raíces culturales del pueblo de usted, este gran México que hoy nos regala su amistad, y dice así:

Toda luna, todo año,
todo día, todo viento
camina y pasa también.
También toda sangre llega
al lugar de su quietud.

Quiero despedirme hoy de usted, Maestro Chávez, deseando que estos dos últimos versos se hagan larga realidad en su vida; haciendo, pues, votos fervientes porque su sangre haya llegado al lugar de su quietud. Pero creo que estas palabras, tan graves como hermosas, exigen un punto de interpretación. Porque para la sangre del hombre, ¿qué es, qué debe ser la quietud? No la inmovilidad, no el reposo mineral, no la muerte. Para la sangre del hombre, la quietud de que nos habla el anónimo poeta del Chilam Balam es, o así la veo yo, la serena y activa posesión de todo aquello que uno haya llegado a ser en el curso de su vida.

Serena posesión; estos es, autoposesión no perturbada por los contratiempos que nos impiden ser, en el seno de nuestra intimidad, dueños de nosotros mismos.

Activa posesión; esto es, autoposesión siempre atenida a la regla de que vivir personalmente es crear, continuar haciendo algo nuevo, no limitarse a la repetición inerte de lo ya hecho.

Poseyéndose a sí mismo en una serena e

incesante actividad creadora, la actividad correspondiente a su propia vocación, el hombre siente que su sangre ha llegado al lugar de su quietud; la quietud de ella misma y no de ninguna otra.

Maestro Chávez:

Este nuevo Instituto debe ser el lugar de la quietud de su sangre; si yo no he entendido mal al poeta del Chilam Balam. En él debe continuar, haciéndole dar al bien de su pueblo y a la ciencia universal todo lo que él sea capaz, la serena actividad creadora de su excepcional persona. Viéndole desde nuestros países, todos nosotros recordaremos con gratitud imborrable las jornadas de su inauguración, y una y otra vez nos diremos en el fondo de nuestra alma: "En ellas tuve yo el privilegio de estar". Sea así años y años.