



I SEMINARIO DE HISTORIA DE LA DERMATOLOGÍA

Trujillo (Cáceres), 21 de noviembre de 2017

Editor

Eduardo Fonseca Capdevila

PRESENTACIÓN

La historia de la dermatología ha recibido poca atención en España y menores aun han sido los esfuerzos para preservar y catalogar la documentación que permita realizar estudios futuros.

Existen excepciones a este panorama, algunas de ellas asociadas a cierta fortuna y tesón individual, como las que llevaron a la recuperación y restauración del Museo Olavide, la conservación de algunas colecciones completas de Actas Dermo-Sifiliográficas y contadas publicaciones en formato papel o electrónico.

En junio de 2009 se celebró en Madrid el XXXVII Congreso Nacional de Dermatología, para conmemorar el centenario de la Academia Española de Dermatología y Venereología. Su junta directiva tuvo la sensibilidad de promover, en tan notable ocasión, una exposición sobre aspectos históricos de la especialidad, cuyo comisariado tuve el honor de compartir con el Dr. Juan Ferrando Barberá. Con tal motivo, evidenciamos que, en gran parte, la falta de interés por la historia de la dermatología se basaba en su desconocimiento y que un pequeño grupo de dermatólogos españoles podían incrementar nuestros conocimientos con aportaciones rigurosas.

Desde entonces hemos acariciado la idea de contribuir de forma más activa al desarrollo de la historia de la dermatología y en concreto de propiciar reuniones de expertos, con desahogo de tiempo y ambiente para el abordaje y discusión de los temas. No ha sido una empresa sencilla, por coincidir con tiempos de dificultades económicas generales y cambios en las actividades de formación continuada.

En noviembre de 2017 conseguimos superar las últimas dificultades y tuvo lugar en Trujillo (Cáceres) el I Seminario de Historia de la Dermatología. En esta publicación recogemos la mayoría las ponencias presentadas en el mismo, con el objeto de difundirlas en el presente y hacerlas accesibles en el futuro.

Nuestro más sincero agradecimiento a todos los ponentes por compartir su tiempo, por sus excelentes aportaciones y por contribuir a la riqueza de las discusiones. Albergamos la esperanza de que esta actividad tenga continuidad y podamos seguir contando con su colaboración.

Tenemos que agradecer también a Novartis su patrocinio, con absoluto respeto al contenido y desarrollo del seminario.

Esperamos que el lector interesado encuentre en estas páginas datos interesantes del pasado de la dermatología, que no dejan de ser explicación de lo que es su presente. Mayor satisfacción sería si, además, consiguiéramos atraer alguna nueva vocación que ampliara la reducida nómina de los que contribuyen a conservar o redactar la memoria de nuestra especialidad.

La Coruña, Marzo de 2018

Eduardo Fonseca Capdevila

©2018 Eduardo Fonseca Capdevila

©2018, De los autores

Reservados todos los derechos.

Queda prohibida, sin la autorización escrita de los titulares del copyright la reproducción parcial o total de esta obra por cualquier medio o procedimiento, comprendidos la reprografía y el tratamiento informático.

ISBN: 978-84-697-9894-2

Depósito legal: C-914-2018

*Editado por la Fundación Profesor Novoa Santos
Xubias de Arriba 84, 15006 A Coruña (España)*

Impreso en España

Con el patrocinio de Novartis

ÍNDICE

Presentación.

Eduardo Fonseca Capdevila 3

Don Benito Hernando y las láminas granadinas del Atlas de Olavide.

Salvio Serrano Ortega 7

La Teresa.

Emilio del Río de la Torre 13

Enfermedades malditas de la piel: Su historia y representación en el arte.

Olga Marqués Serrano 15

Historia de la psoriasis.

José Carlos Moreno Giménez 43

La dermatopatología en la escuela de medicina de Viena.

Ángel Fernández Flores 49

Historia de las reconstrucciones nasales.

Vicente Manuel Leis Dosil 57

José Sánchez-Covisa Sánchez-Covisa y su tiempo.

Eduardo Fonseca Capdevila 65

De Gaspar Casal a Carlos López Otín: Dermatosis desde Asturias.

José Ramón Curto Iglesias 73

Don Benito Hernando

y las láminas granadinas del Atlas de Olavide

Salvio Serrano Ortega

Catedrático de Dermatología. Profesor Emérito de la Universidad de Granada.

C/ Rector López Argüeta 1. 18001-Granada.

salvio@ugr.es

Primero haremos una breve reseña de la biografía de Don Benito Hernando y Espinosa para después pasar a las láminas del Atlas Iconográfico de enfermedades de la piel, de Olavide y algunos datos de Valentín Barrecheguren, el artista que las pintó.

I.- Don Benito Hernando y Espinosa

I.1.- Notas biográficas

Don Benito Hernando de Blas Espinosa nació el 21 de marzo de 1846 en Cañizar (Guadalajara), hijo del cirujano D. Juan de Dios Hernando Cuesta¹.

Después de realizar sus estudios primarios en Cañizar se trasladó al Instituto de Segunda Enseñanza de Guadalajara en el curso 1857 para realizar el bachillerato, donde vivió con su abuela paterna en la plaza de San Andrés². En 1862, a los dieciséis años, obtuvo el grado de Bachiller en Artes con la calificación de sobresaliente y premio extraordinario.

Continuó sus estudios en Madrid, en casa de su tío Pedro Espinosa, sacerdote de la parroquia de San Sebastián². Durante los cursos 1862 a 1867 cursó estudios en la Facultad de Ciencias de la Universidad Central, licenciándose el 25 de junio de 1866, cuando tenía 21 años, con la calificación de sobresaliente y premio extraordinario y, el 21 de septiembre de 1867, obtuvo el grado de doctor, en la Sección de Físicas, con premio extraordinario.

Matriculado en la Facultad de Medicina, se licenció en junio de 1869 y, poco después, en 1870, con 24 años, obtuvo el grado de doctor, expidiéndose el título correspondiente el 10 de enero de 1872. Cabe resaltar que, a los 24 años, ya poseía dos licenciaturas y dos doctorados. En estos años, siendo estudiante de la Facultad de Medicina, padeció una gravísima fiebre tifoidea, de la que fue atendido por dos conocidos médicos de la época, Don José Eugenio de Olavide Landázabal (1836-1901), pionero de la Dermatología en España y Don Rafael Martínez Molina (1816-1888), el “sabio andaluz”, de Jaén³, anatomista y antropólogo, cuya amistad mantendría toda su vida⁴. En el discurso de recepción en la Real Academia Nacional de Medicina de Don Federico Olóriz (1855-1912), para cubrir la vacante dejada por Martínez Molina, Benito Hernando elogió a Martínez Molina de esta forma “*mi antiguo maestro, a quien siempre estaré agradecido, porque, después de Dios, sus cuidados y ciencia me dieron la vida en una grave enfermedad*”⁵.



Benito Hernando y Espinosa en 1872.

En 1872 (Fig. 1), con 26 años, obtuvo la Cátedra de Terapéutica, Materia Médica y Arte de recetar de la Universidad de Granada, por lo que en enero de 1872 fijó su residencia en esta ciudad, donde se casó con la granadina María de Gracia Monge Moreno y de la que tuvo varios hijos⁶. Permaneció en Granada durante 15 años, pasados los cuales se trasladó a la Universidad Central en la que enseñó hasta su jubilación voluntaria anticipada en 1908, cuando ocupaba el puesto 12 del escalafón de Catedráticos de Universidad del Reino⁷.

1.2.- Actividad académica docente

La actividad de Don Benito como docente es muy amplia. Entre 1866 y 1869, ya licenciado en Química y estudiante de la Facultad de Medicina, fue Profesor Ayudante de la Cátedra de Química General y, en el curso 1869-70, Catedrático Interino de Química General en el mismo centro. Simultáneamente su trabajo en la cátedra de Química General con el de profesor de Fisiología e Higiene e Historia Natural en el Colegio privado de San José de Madrid, mientras preparaba las oposiciones a la Cátedra de Terapéutica de la Universidad de Granada, que obtuvo a los 25 años, en 1872, y, por Real de 5 de enero de 1872, se le nombró Catedrático de Terapéutica, Materia Médica y Arte de recetar de la Facultad de Medicina de la Universidad de Granada. El día 25 del mismo mes se trasladó a Granada, donde permanecería durante 15 años.

En 1869, siendo ministro de fomento Ruiz Zorrilla, se publicó el Decreto de Libertad de Enseñanza (21 de octubre de 1868), en el que se establecía que “la enseñanza es libre en todos sus grados y cualquiera que sea su clase”⁸. De acuerdo con lo dispuesto, se crearon las “cátedras libres”, y en curso 1872-73 se fundó en la Facultad de Medicina de Granada, la Cátedra Libre de Dermatovenereología. Se ocupó de la enseñanza de la Dermatología el Dr. Hernando, en el Hospital de San Lázaro, y de la Sifiliografía el catedrático de anatomía Don Antonio García Carrera (1833-1892), en el Hospital de San Juan de Dios⁹. También en 1872, fue nombrado Académico de la Real Academia de Medicina de Granada, donde ocupó el sillón nº 12¹⁰. Durante su estancia en Granada publicó su libro “De la lepra en Granada” (Fig. 2) y trajo a Granada, interesados en sus trabajos sobre la lepra, a figuras destacadas de la medicina europea como Rudolf Virchow, André-Víctor Cornil y Albert L. Neisser¹¹.



Fig. 2: Libro “De la lepra en Granada”, editado en 1881. Ejemplar de la Biblioteca Universitaria de Granada.

En 1887, cuando contaba 41 años, se trasladó a la Universidad Central para ocupar la Cátedra de Terapéutica, Materia Médica y Arte de Recetar. Sin duda, su marcha a Madrid tenía como objetivo principal el conseguir la dotación en Madrid de una cátedra de Dermatología, sobre lo que tenemos pruebas de que realizó una serie de gestiones que fueron infructuosas^{6,12}.

Ante la imposibilidad de conseguir la dotación de la cátedra de Dermatología, solicitó su jubilación voluntaria a los 62 años⁷. La dinámica de la Cátedra de Dermatología de Madrid iba por otros derroteros. En 1892 se nombró “Catedrático libre de Dermatología” a Don Juan Azúa Suárez (1858-1922) y en 1902, al declararse obligatoria la enseñanza de la Dermatología, se le nombró, por un oficio de la Subsecretaría de Instrucción Pública, “profesor Interino de la Cátedra de Dermatología” y, ya en 1911, un año después de leer su tesis doctoral, Catedrático de Dermatología y Sifiliografía^{13,14}. Algunos dicen que cuando se concedió la Cátedra a D. Juan de Azúa, tanto Olavide como Hernando ya eran muy mayores. En 1892, cuando se creó la “Cátedra libre” para Azúa, Olavide tenía 56 años y Hernando 46 y, en 1902, cuando se nombró Catedrático Interino a Azúa, Olavide ya había fallecido, pero Hernando tenía 56 años. No es extraño que ante la imposibilidad de alcanzar el principal objetivo que le llevó a Madrid, pidiese su jubilación anticipada cuando tenía 62 años⁷.

El 31 de marzo de 1895, ya con 49 años, Hernando tomó posesión de sillón nº 36, en la Real Academia Nacional de Medicina, donde pronunció su discurso de ingreso sobre el tema “Algunos detalles del tratamiento de las afecciones sifilíticas del sistema nervioso”, contestado por Don Federico Rubio y Galí (1827-1902), cirujano y político¹⁵ y colaborador en el libro de Olavide¹⁶.

1.3.- Formación dermatológica

La formación dermatológica de Hernando se basa en dos pilares fundamentales: Olavide y Pérez Gallego. Olavide inició la enseñanza de la Dermatología con un curso la Academia Médico Quirúrgica de Madrid en el año 1865-66, que luego plasmaría en el libro “Lecciones de Dermatología General”¹⁷. Además, de acuerdo con el decreto de libertad de enseñanza, los profesores del cuerpo facultativo de la beneficencia provincial, adscritos a la Diputación Provincial de Madrid, crearon en 1868, la “Escuela Teórico-Práctica de Medicina y Cirugía”. En esta Escuela de la enseñanza de la Dermatovenereología se encargaron Don Eusebio Castelo (1825-1892) (Sifiliografía) y Olavide (Dermatología), desarrollándose sus clases teórico-prácticas en el Hospital de San Juan de Dios, con la participación, además, de Pérez Gallego¹⁴, colaborador de Olavide en el Hospital de San Juan de Dios.

Aunque con la Restauración (Decreto Orovio de 1875) se suspendió la Enseñanza Libre, los cursos de Dermatología se siguieron impartiendo hasta que, en 1892, se integró la Dermatología en la Enseñanza Universitaria, de la que encargaron a Don Juan de Azúa.

En el Libro de Olavide¹⁶, en la lámina XI del Grupo de Dermatosis Artificiales, escribe:

“Debemos a la amabilidad de nuestro querido amigo el Dr. Hernando, ilustrado catedrático de la Facultad de Medicina de Granada y muy conocido anteriormente de todos los profesores y alumnos del Hospital de San Juan de Dios por los numerosos trabajos experimentales y de observación a que se dedicaba y con los que enriquecía la ciencia y auxiliaba nuestros estudios.....”

El experimento de inoculación de la blenorragia y chancro venéreo a un gallo, realizada en el mes de julio de 1870, que se describe en la lámina XI del grupo de Dermatosis Artificiales¹⁸, así como la observación descrita en la Lámina IV del Grupo de Dermatosis Phito-parasitarias, también en julio de 1870¹⁹, nos demuestra la actividad investigadora de Hernando con Olavide el año siguiente a obtener la licenciatura de Medicina.

Su vinculación con Don Domingo Pérez Gallego queda demostrada en la dedicatoria de su Libro “De la Lepra en Granada” y sobre la asistencia a las clases de Sifiliografía que este impartía en el Hospital de San Juan de Dios disponemos de un manuscrito, con el “exlibris” de Hernando²⁰.

II.- Las Láminas granadinas del libro de Olavide



Fig. 3: Tiña favosa. Olavide. Dermatología General y Clínica Iconográfica de las Enfermedades de la Piel o Dermatosis.

Olavide publicó por fascículos su Atlas de la Clínica Iconográfica de enfermedades de la piel o Dermatosis¹⁶ y posteriormente, tal como lo conocemos hoy, en dos tomos, el primero con fecha de edición de 1871, es de Dermatología General con nueve láminas y, el segundo volumen, el Atlas que manejamos, editado en 1873, consta de 165 láminas, cada una con su historia clínica y plan terapéutico (Fig. 3). La mayoría son del propio Olavide, que cuenta con la colaboración de los doctores Eusebio Castelo (4 Láminas), Domingo Pérez Gallego (7 Láminas), Moisés San Juan (1 Lámina), Marcial Taboada (1 Lámina), José Lacasa (1 Lámina), Federico Rubio y Galí (Cirujano-Operador), que colabora en varias láminas, y dos láminas copiadas de otros libros, una de Alibert (micosis fungoide) y otra de Rayer (muermo) y las siete láminas de Benito Hernando, todas ellas del grupo de Dermatosis Leprosas. En este “Orden nº 6 de Dermatosis Leprosas” se incluyen cuatro láminas de Olavide y siete de Hernando, pintadas por el médico y pintor granadino Valentín Barrecheguren y litografiadas por José Acevedo en Madrid, en la Litografía de JM Mateu, de la calle de Recoletos nº 4 (Fig. 4).

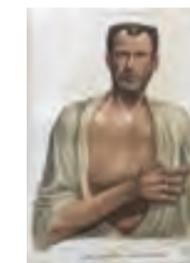


Fig. 4: Lepra anestésica. Olavide. Dermatología General y Clínica Iconográfica de las Enfermedades de la Piel o Dermatosis. Lámina pintada por Valentín Barrecheguren.

II.2.- Valentín Barrecheguren

El autor de las láminas granadinas del libro de Olavide fue Valentín Barrecheguren Santaló (1853-1893), hijo de Valentín Barrecheguren Abásolo (1810-¿)²¹, de Oquendo (Álava) y María de la Concepción Santaló Mañalich, de Granada. Nació en Granada el 19 de diciembre de 1853 (Fig. 5). Casado con María del Tránsito Cobos, no tuvo descendencia y, a su muerte, el 17 de agosto de 1893, dejó sus bienes a sus hermanas Dolores, María y Carmen y a su sobrino Francisco Barrecheguren Montagut (sacerdote redentorista actualmente en proceso de beatificación), hijo de su hermano Manuel, casado con la catalana Manuela Montagut²².

Después de cursar el Bachillerato en el Instituto de Granada, ingresó en 1870 en la Facultad de Medicina de Granada, donde se licenció en 1875²³. En 1872 cursó la asignatura de Terapéutica, Materia Médica y Arte de Recetar, que impartía el Prof. Hernando, en la que obtuvo la calificación de “aprobado”. Durante su estancia en la Facultad de Medicina colaboró con el Prof. Hernando¹¹ pintando del natural, “a pié de cama” a los enfermos de lepra del Hospital de San Lázaro. Entabló una estrecha amistad con Hernando, como recuerda Matías Méndez Vellido²⁴: “*predilecto amigo del insigne doctor Benito Hernando, á quien auxilió de todos modos con Eduardo Olóriz¹ en la publicación de su excelente obra La Lepra en Granada*”. En 1893, por asuntos familiares, tuvo que trasladarse a Lérida para atender negocios de su sobrino Francisco Barrecheguren Montagut, del que era tutor²². En Lérida se sintió enfermo y en el viaje de regreso, en el mes de agosto, descansó unos días en casa de su amigo y maestro el doctor Benito Hernando, hasta el 14 de agosto que volvió a Granada, falleciendo días después, el 17 de agosto.

Estos hechos demuestran una estrecha amistad entre profesor y alumno, que se mantuvo toda la vida.

Valentín Barrecheguren Pintor

Las primeras lecciones de dibujo las recibió en el colegio de los Escolapios de D. Eduardo García Guerra (1827-1880?), profesor de dibujo del colegio, pintor reconocido, y alumno de José Madrazo y Agudo (1781-1859) y Federico de Madrazo Kuntz (1815-1894), pintor de cámara de la reina Isabel II, y de Carlos Luis de Ribera (1815-1891) en la Academia de Bellas Artes de San Fernando de Madrid. En 1870, cuando Mariano Fortuny (1838-1874), ya pintor consagrado, vino a Granada donde permaneció durante dos años, aprendió de él la técnica de la acuarela²⁵.

Ya finalizada la carrera de Medicina, se fue a París y luego a Roma, para completar su formación artística. En Roma conoció a Francisco Pradilla (1848-1921), pintor aragonés pensionado en la



Fig. 6: La rendición de Granada, obra de Francisco Pradilla y Ortiz. Benito Hernando fue representado como Boabdil.

¹ Creemos que hay un error y se trata de Federico Olóriz, coetáneo y compañero de bachiller y carrera, buen amigo de Hernando, por el que realizó gestiones ante Iturmendi para conseguir, para Hernando, la Cátedra de Dermatología de la Universidad Central. Diario de Federico Olóriz, año 1884, Fondo Olóriz. Universidad de Granada.



Fig. 5: Valentín Barrecheguren Santaló.

de Granada”. Estudió la ciudad que debe plasmar en su lienzo, toma apuntes de los retratos de los reyes católicos, los cetros y coronas depositados en la Capilla Real, el aire y el color de Granada, así como a distintos personajes para incorporar a su lienzo de 3,50 por 5,42 metros (Fig. 6). Entre estos personajes incluyó al Profesor Hernando, que representa al sultán Boabdil y no a un fraile como indicó Fidel Fernández²⁶.

Otros cuadros de Barrecheguren son la Casa de los condes de Castillejo, Mujer abandonada (Fig. 7), Casa de la cuesta de Alhacaba, Pacificación de los moriscos del Albaicín, Una rifa a beneficio de las ánimas, La casa de las sedas, El arco de las cucharas, y sus dibujos sobre Alegorías de la Guerra de Granada, que podemos ver en el Museo de Bellas Artes de Granada.



Su vida polifacética, su dedicación a la medicina y a la pintura, al comercio y la industria le hicieron miembro destacado de la sociedad granadina de la época. En agradecimiento, Granada le dedica una calle (Fig.8).

Fig. 8: Placa de la calle dedicada a Valentín Barrecheguren en Granada.



Fig. 7: La mujer abandonada, obra de Valentín Barrecheguren Santaló.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Hoja de Servicios. Archivo histórico de la Universidad de Granada (AHUG). Año 1873. Exp. 667-60 y Archivo del Cementerio de Guadalajara, en el que encontramos que Juan de Dios Hernando Cuesta, quien suponemos era su padre, fue enterrado el 27/1/1895
- 2.- Diccionario biográfico de la Guadalajara contemporánea. Consultado en octubre 2017 en: <http://bioguada.blogspot.com.es/2014/03/benito-her-nando-espinoza.html>
- 3.- Fermín Palma Rodríguez. Rafael Martínez Molina. En: Pedro Antonio Galera Andreu y Vicente Salvatierra Cuenca. Universitarios giennenses en la Historia: apuntes bibliográficos. Universidad de Jaén. Servicio de Publicaciones, 2004, pp. 173-187.
- 4.- José Gómez Ocaña. Elogio del Dr. D. Benito Hernando. *Anales de la Real Academia Nacional de Medicina*. Tomo XXXIX, Madrid: Real Academia Nacional de Medicina, 1919.
- 5.- Benito Hernando y Espinosa. Discursos leídos en la Real Academia de Medicina para la recepción pública del académico D. Federico Olóriz Aguilera. Madrid: Imp. Nicolás Moya, 1896.
- 6.- Serrano S, Girón F. Benito Hernando Espinosa (1846-1916), uno de los primeros dermatólogos españoles. *Actualidad Médica* 2016;101:196-202.
- 7.- Gacetas de Instrucción Pública y Bellas Artes de 5/6/1908 y 10/8/1908.
- 8.- Viñao Frago A. La educación en el sexenio (1868-1874). Libertades formales y libertades reales. *Anales de Pedagogía* 1985;3:87-102.
- 9.- Benito Hernando. Hoja de servicios, AHUG. Año 1873. Exp. 667-60.
- 10.- José Gutiérrez Galdó. Real Academia de Medicina y Cirugía de Granada, 2 vols. Madrid: Díaz de Santos, 2003, vol. 2, p. 284.
- 11.- Benito Hernando y Espinosa. De la Lepra en Granada. Granada: Imp. de la Libertad, 1881.
- 12.- Diario de Federico Olóriz, año 1884. Fondo Olóriz. Universidad de Granada.
- 13.- Gacetas de Madrid de 168/11/1910 y 3/4/1911. Alfonso Alba Palacios. Vida y obra científica de Don Juan de Azua. Madrid: Universidad, 1962.
- 14.- Del Río de la Torre E. Los orígenes de la escuela madrileña de Dermatología. Tesis Doctoral Universidad Complutense. Madrid, 1996, pp. 91.
- 15.- Valentín Matilla Gómez. 202 Biografías Académicas. Madrid: Real Academia Nacional de Medicina, 1987; Benito Hernando y Espinosa, Discursos Leídos en la Real Academia de Medicina para la recepción pública: “Algunos detalles del tratamiento de las afecciones sifilíticas del sistema nervioso” y Discurso de Federico Rubio y Galí en contestación al anterior. Madrid: Imp. y Librería de Nicolás Moya, 1895; Real Academia Nacional de Medicina. Académicos. <http://www.ranm.es/academicos/academicos-de-numero-antiores/1998-1895-hermandoespinoza-benito.html>. Consultado en noviembre de 2017.
- 16.- Olavide JE. Dermatología General y Clínica Iconográfica de las Enfermedades de la Piel o Dermatitis. Madrid: Imprenta de T. Fortanet, 1879.
- 17.- Olavide JE. Lecciones de Dermatología general o estudio sintético de las afecciones cutáneas. Madrid: Imprenta médica de Manuel Álvarez, 1866.
- 18.- Olavide JE. Dermatología General y Clínica Iconográfica de las Enfermedades de la Piel o Dermatitis. Madrid: Imprenta de T. Fortanet, 1879.
- 19.- Olavide JE. Dermatología General y Clínica Iconográfica de las Enfermedades de la Piel o Dermatitis. Madrid: Imprenta de T. Fortanet, 1879. Lámina IV del grupo de las dermatosis fito-parasitarias. Tiña favosa generalizada. Transmisión de la enfermedad a los animales.
- 20.- Extracto de las lecciones del curso teórico de Sifilografía dado en el Hospital de San Juan de Dios por el Dr. D. Domingo Pérez Gallego, su discípulo agradecido L. Tejero y Malo. Madrid 12/1/1869.
- 21.- Linaje de los Barrecheguren. Wikipedia. Consultado en nov. 2017: <http://www.linajes.net/esq3.php?nombre=Barrecheguren>,
- 22.- Juan Pérez Riesco. Francisco Barrecheguren. Biografía. Granada: PS Editorial. Graficas del Sur, 1992, pp. 13-19.
- 23.- Archivo Histórico de la Universidad de Granada (AHUG). Expediente personal de Valentín Barrecheguren Santaló. Año 1875. Exp. nº 494-87.
- 24.- Boletín del Centro Artístico. Publicación de Artes, Letras y Curiosidades granadinas. Número extraordinario dedicado a la memoria del socio fundador Don Valentín Barrecheguten Santaló. Agosto de 1893.
- 25.- Miguel Gómez Moreno. Barrecheguren pintor. Boletín del Centro Artístico. Granada. Agosto 1893, p. 28.
- 26.- Fidel Fernández Martínez. Don Benito Hernando. La Alhambra, 15/8/1916.

“La Teresa”

Emilio del Río

Clínica Dermal. Santiago de Compostela

Con el nombre de “La Teresa” se conocía popular y cariñosamente a una anciana acogida en el madrileño Asilo de San Bernardino (Fig. 1) en los años ochenta del siglo XIX. Esta interna padecía una neurofibromatosis tipo I muy florida.



Fig. 1. Asilo de Mendicidad de San Bernardino. Creado en 1834, era una institución municipal donde se internaba a quienes ejercían la mendicidad en espacios públicos de Madrid.

El primer contacto con su caso clínico fue a través de una fotografía (Fig. 2) publicada en la “Revista Especial de Oftalmología, Sifiliografía, Dermatología y Afecciones Urinarias” en el año 1880. Se trata de un documento de gran interés científico, ya que en él figura la imagen de cuerpo completo de esta paciente en vista anterior y posterior, en un momento en el que las fotografías científicas eran aún una rareza y un pequeño lujo¹. De hecho, se trata de fotografías originales pegadas una a una en la hoja dedicada a ese fin, como sucede en otros textos de la misma época, por ejemplo, en el libro de “Dermatología Quirúrgica” de Giné Partagás que se publicó poco después.

Esta revista, a la que José Barrio Gardé dedicó su tesina de licenciatura², se enmarca en la llamada segunda etapa de la historia de las revistas dermatológicas españolas, en la cual aparecen artículos de varias especialidades distintas, pero agrupadas por interés o afinidad³.



Fig. 2. Fotografía de una paciente con neurofibromatosis publicada en la Revista Especial de Oftalmología, Sifiliografía, Dermatología y Afecciones Urinarias en el año 1880, dos años antes de la considerada descripción princeps de la neurofibromatosis por Recklinghausen.

Enfermedades malditas de la piel: Su historia y representación en el arte

Olga Marqués Serrano

Madrid

De todas las enfermedades de la piel, la lepra, la sífilis y la viruela han sido las que, por la virulencia de su patología, han generado más miedo y rechazo entre la población a lo largo de la historia.

LEPRA

La lepra es una enfermedad infecciosa, de evolución crónica, producida por *Mycobacterium leprae*, bacilo de Hansen (1873), que afecta sobre todo a la piel y al sistema nervioso periférico. Se distinguen tres formas clínicas: Lepra indeterminada, lepra tuberculoide y lepra lepromatosa.

HISTORIA

- Las descripciones más antiguas de esta enfermedad corresponden a la India, en escritos anteriores a 1500 a. de C., con el nombre de kushta.
- En Egipto, en el papiro de Ebers, 1500 a. de C., se describe una enfermedad parecida, y en tiempos de Ramsés II, en 1250 a. de C., también se habla de ella.
- En el Levítico aparece referenciada con frecuencia una enfermedad a la que llaman tzara'at, que se ha identificado con la lepra. Este término implicaba una especie de castigo divino y fue el causante del terror que durante siglos ha sentido la humanidad por ella.
- En Grecia a la lepra se la designaba como elefantiasis graecorum, y el término lepra hacía alusión a lesiones escamosas como la psoriasis. Hipócrates decía que la lepra más que una enfermedad era un afeamiento de la piel.
- Mercurialis, en su libro *De morbis cutanei* de 1571, ya aclara la distinción entre los dos tipos de lepra.
- En la Edad Media la lepra se extiende por toda Europa, favorecida por las malas condiciones higiénicas, las cruzadas y las peregrinaciones de la época.
- La propagación a América, durante el siglo XVI, se hizo a través de los descubridores y navegantes españoles y portugueses, y más tarde a través de los esclavos procedentes de África Occidental.
- En Europa, la lepra comienza a declinar a partir del siglo XIV, aunque persiste sobre todo en el litoral mediterráneo. Hoy en día, el foco más importante se encuentra en África Central y en la India.

Al pie de esta interesante fotografía aparece el epígrafe de “Clínica del Doctor Pascual Candela” y con la denominación de “molluscum pendulum”. Pascual Candela Sánchez, nació en Segura de la Sierra, en Jaén, en 1844 y falleció en Madrid en 1901. Era, en ese momento de 1880, médico titular del Hospital General. Fue también médico personal de Alfonso XII y académico numerario de la Real Academia Nacional de Medicina⁴.

Esta imagen (que se publicó sin mayor información) es además de gran interés histórico, porque aparece en la revista dos años antes de la descripción princeps y “oficial” de la neurofibromatosis por Recklinghausen en 1882⁵.

La afortunada recuperación y restauración de las figuras de cera del Museo Olavide y el estudio que de ellas ha hecho Felipe Heras Menzada en su Tesis Doctoral⁶ ha permitido sacar a la luz esta representación de un caso de neurofibromatosis (Fig. 3), que, si se compara con la fotografía comentada, se ve que son de la misma persona. En la parte posterior de esta figura se puede leer la historia clínica que permite identificarla.

En el análisis detallado del moldeado de cera permite ver unas pocas lesiones en cuyo centro se ven infundíbulos de tipo comedón. Este hecho ha sido publicado en las últimas décadas como una curiosidad clínico-patológica en dos casos de neurofibromatosis, en los que se veían comedones plenamente desarrollados en el extremo apical y central de varios neurofibromas, comprobados histológicamente e interpretados como un fenómeno de inducción del neurofibroma sobre el epitelio infundibular y folicular⁷.

La historia de “La Teresa” narra como la paciente llevaba con gran dignidad y casi orgullo su RASopatía y explica como el estudio anatómico-patológico de una de las lesiones realizado por el eminente cirujano Federico Rubio Galí mostraba que la lesión estudiada se hallaba centrada “por el desarrollo hiperplásico de un folículo piloso”. Lo cual demuestra que la curiosidad clínico-patológico descrita en el *Journal of Cutaneous Pathology* como original⁷ ya aparecía en esta historia clínica más de un siglo antes.



Fig. 3. Moldeado de cera del Museo Olavide recuperado y restaurado en los últimos años. La historia clínica, recogida por detrás de la figura, explica que se trataba de una interna del Asilo de San Bernardino, conocida popularmente como “La Teresa”.

REFERENCIAS

- Candela P. Molluscum pendulum. *Revista Especial de Oftalmología, Sifiliografía, Dermatología y Afecciones Urinarias* 1880;2:116
- Barrio Gardé J. La Dermatología española a través de la *Revista Especial de Oftalmología, Sifiliografía, Dermatología y Afecciones Urinarias*. Tesina de licenciatura, Universidad Complutense, Madrid, 1989.
- del Río E. Historia de Actas Dermo-Sifiligráficas (I): 1909-1959. *Actas Dermosifilogr.* 2011;102:675-98
- <https://www.ranm.es/academicos/academicos-de-numero-anteriores/868-1887-candela-sanchez-pascual.html> (consultado 25-11-2017).
- https://es.wikipedia.org/wiki/Friedrich_Daniel_von_Recklinghausen (consultado 25-11-2017).
- Heras Menzada F. Figuras e historias clínicas del Museo Olavide: estudio dermatológico. Tesis Doctoral Universidad Autónoma de Madrid. Madrid 2011.
- del Río E, Sánchez Yus E, Simón P, Vázquez Veiga HA Stimulation of folliculo-sebaceous proliferations by neurofibromas: a report of two cases. *J Cutan Pathol* 1998;25:228-32.

Jesús cura al leproso

Mosaico, siglo XII

Monreale, Catedral



El suceso se cuenta en los Evangelios de san Mateo (Mateo, 8). Tuvo lugar cuando Jesús bajó de las montañas, y un hombre que tenía lepra se arrodilló ante él y dijo: Señor si quieres puedes limpiarme. Y Jesús tocándole contestó: sí quiero, y quedo limpio.

Leproso con hábito y campana

Manuscrito, siglo XIV



En esta época, basándose en una libre interpretación de los preceptos bíblicos, se practicaba una terrible ceremonia: Una vez confirmada su enfermedad, el leproso, cubierto con un velo negro, oía una misa de difuntos, se le ponía el hábito de leproso e iba con la cabeza cubierta y la boca tapada. También se le daba una escudilla para la comida y una campana o unas tablillas, llamadas de san Lázaro, para que avisara de su presencia; a partir de entonces, no podía volver a relacionarse con personas sanas ni frecuentar lugares públicos.

Curación del leproso

Sant Climent de Taull, fresco siglo XII
Barcelona, Museo Nacional de Cataluña



El personaje representado en el fresco, llamado Lázaro, es un hombre tullido, semidesnudo, con parálisis y atrofia de ambas extremidades inferiores por una neuropatía secundaria a la lepra. Esta descrito en el evangelio de san Lucas (Lucas, 16), que cuenta cómo su cuerpo cubierto de llagas eran lamidas por un perro, símbolo de los leprosos.

Un personaje: Job

Su vida se narra en uno de los Libros Sapienciales del Antiguo Testamento, que aparecen tras el exilio del pueblo judío en Babilonia. La historia tiene lugar en el año 1500 a. de C. en una ciudad llamada Uz, donde a un hombre llamado Job, rico y respetuoso con Dios, le ocurren toda clase de desdichas. En ella se cuenta como Satanás le dice a Yahvé que Job es un hombre piadoso porque tiene riquezas y salud; ante la controversia surgida deciden poner a prueba su fe.

Primero pierde su hacienda y su ganado, después mueren sus siervos y sus hijos, y, por último, él mismo sufre una "terrible enfermedad de la piel que lo cubre de llagas de pies a cabeza" y le obliga, sentado sobre un montón de cenizas a rascarse las úlceras con un tejo. Su mujer, inducida por Satanás, le insulta diciéndole: "Maldice a Dios y muérete". Al final, Yahvé en persona se aparece y le devuelve su antigua felicidad, curándole y dándole el doble de las riquezas que tenía.

El diagnóstico de esta enfermedad ha sido objeto de gran curiosidad médica y antropológica. Uno de los que se ha valorado como más probable es que tuviera lepra, basándose en las frases de la Biblia: "Entonces salió Satanás de la presencia de Yahvé, e hirió a Job con una úlcera (sarna) maligna desde la planta del pie hasta la coronilla de la cabeza" (Job 2,7), "Mi piel y mi carne se pegaron a mis huesos" (Job 19,20), "Mi piel se ha ennegrecido y se me cae y mis huesos arden de calor" (Job 30,30)

GEORGES DE LA TOUR

Job menospreciado por su mujer, 1650



La Tour es el máximo representante de la Escuela naturalista del Barroco francés. Su estilo está relacionado con los tenebristas holandeses de la Escuela de Utrecht, donde el origen de la luz siempre procede de un punto concreto: una vela, una bujía o una antorcha.

El cuadro considerado una de las obras maestras de La Tour, permite identificar el tema por la escudilla de barro rota. Es una composición nocturna, de volúmenes planos, con efectos de iluminación rebuscados y fascinantes, donde destaca el gesto sinuoso de la mano izq. de la mujer, y el interés del pintor por mostrar la carne envejecida por la edad.

FRANCISCO GIRALTE

Job en el muladar, 1550

Valladolid, Museo Nacional de Escultura



La obra formó parte de un retablo ilustrado con la vida de los personajes, con el hilo común de su martirio y dolencias de la piel.

Es la calidad expresiva de la cabeza del protagonista, la disposición del cabello ensortijado, los ojos hundidos y la delicadeza de la nariz, la que permite ponerlo en conexión con la obra del escultor Francisco Giralte.

REMBRANDT

El rey leproso Ozías, 1639

Chatsworth, Colección Devonshire



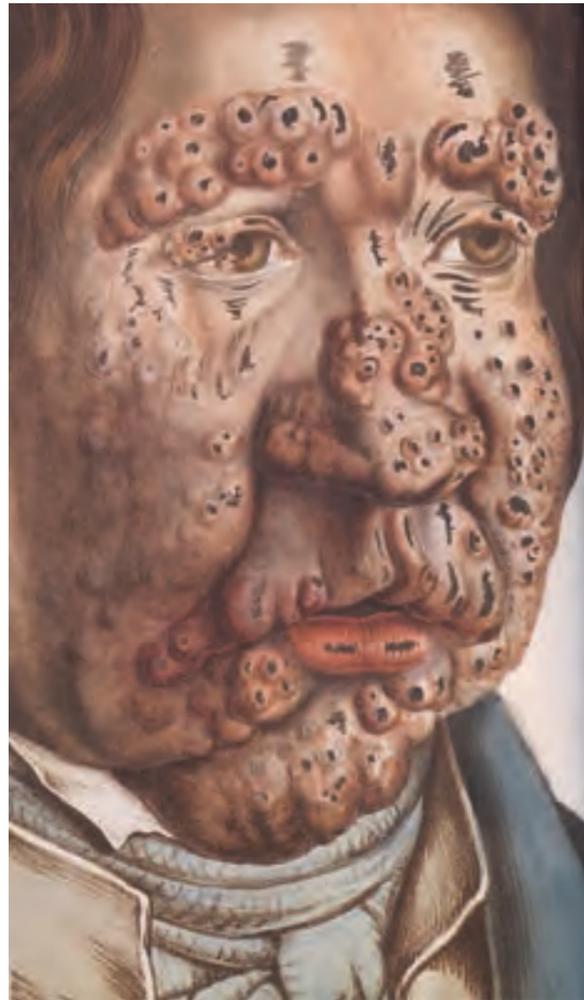
El rey leproso Ozías representa a uno de los Reyes de Judá. Según el Antiguo Testamento, contrajo la lepra como castigo divino por tratar de usurpar el poder de los sacerdotes al quemar incienso sobre el altar del Templo de Jerusalén, algo que sólo podían realizar los sacerdotes hijos de Aarón, que eran consagrados para ello.

Para plasmar la enfermedad que padece, Rembrandt ha cubierto su cara de distintas lesiones. Aunque las más visibles son las heridas escamo-costrosas en el dorso de la nariz, también presenta varias cicatrices profundas y deprimidas en las mejillas.

Lepra tuberculosa

Lámina ilustrada

Wellcome Library (Wellcome Trust)



La lamina muestra la cabeza de un hombre con lesiones de lepra tuberculosa en frente, mejillas y mentón. Está en la Biblioteca Wellcome, donde se encuentra la colección del magnate de la industria farmacéutica Sir Henry Wellcome, que incluye el Museo de la Historia de la Medicina más importantes del mundo, con temas como la alquimia y la brujería, pero también la antropología y la etnografía.

RAFAEL MORALES

(Talavera de la Reina, Toledo, 1919- Madrid 2005)

*Mira esa piel bellísima y rosada
donde la luz y la mañana laten.
¡Ay, mírala, leproso, y no la toques
con tu podrida, atormentada carne!*

*¡Ay, mírala, que bella es la muchacha,
que delicada y pura junto al aire!
Pero no la desees: olvida, olvida.
No sirves ya, leproso para amante.*

*Tu carne enamorada se consume,
se pudre tremenda e implacable
y has de dejar que el alma se te pudra,
sin que comprenda tu tragedia nadie.*

*¡Ay, muérete de amor, leproso, hermano!
¡Ay, muérete de soledad, mi amante!
Sólo tendrás sobre tu cuerpo seco
la caricia purísima del aire.*

SÍFILIS

La sífilis es una enfermedad infecciosa y contagiosa causada por *Treponema pallidum*. Se distinguen cuatro formas clínicas:

- . Sífilis primaria: chancro y adenopatía satélite.
- . Sífilis secundaria: exantema cutáneo.
- . Sífilis terciaria:
 - a) Sífilis terciaria cutánea, con lesiones gomosas que acaban ulcerándose.
 - b) Sífilis visceral, con la aortitis sífilítica.
- . Sífilis nerviosa:
 - a) Parálisis general progresiva, que desemboca en un estado demencial, caquexia y muerte.
 - b) Tabes dorsal con afectación medular.

HISTORIA

La sífilis aparece de forma epidémica a finales del siglo XV, durante el asedio de Nápoles por las tropas del rey francés Carlos VIII, que pretendía esa corona. Nápoles fue reconquistada por los españoles en 1495, durante la batalla de Fornovo, y los franceses tras su retirada van diseminando la enfermedad por Italia, Francia y Alemania. En 1497, se manifiestan los primeros casos de sífilis en Inglaterra, por tanto, antes de finalizar el siglo XV el contagio ya se había extendido por toda Europa.

Se ha considerado que provenía de América, coincidiendo con la vuelta de los conquistadores españoles, pero estudios de paleopatología abogan por la presencia de la sífilis en Europa en épocas mucho más remotas. Se valora también su procedencia de África, pues hay otras trepanomatososis como el pian y la pinta endémicas de allí. Lo que está comprobado es que la nueva enfermedad surgió en pleno Renacimiento, de forma explosiva, produciendo una pandemia en toda Europa.

La sífilis, a la que los napolitanos llamaban el mal francés (*morbus gallicus*) y los franceses el mal napolitano o el mal español, aparece ya referenciada en 1497 por Nicolo Leonicino con el nombre de mal serpentino, y en 1498, Francisco López de Villalobos, publica en Salamanca su Tratado de las pestíferas bubas, escrito totalmente en verso. En 1530, el poeta y médico veronés Girolamo Francastoro, basándose en unos versos de Ovidio, escribe un texto poético en latín *SYPHILUS SIVE DE MORBO GALLICO*, en el que el pastor Syphilo es castigado por el dios Apolo a padecer la enfermedad por haberle ofendido y el término de sífilis quedó definitivamente acuñado para definir la enfermedad, tanto a nivel popular como científico.

Otro término usado con frecuencia es lúes, que en latín es sinónimo de epidemia. Bethencourt la denominó enfermedad venérea, relacionándola con Venus, diosa del amor, manteniéndose hasta el siglo XX, en que la OMS lo cambió por el de enfermedad de transmisión sexual.

FRANCISCO LÓPEZ DE VILLALOBOS

(Zamora, 1474- 1549)

Tratado de las pestíferas bubas

*Más cuando en el miembro esta buba o llaguita
mayormente si es sin dolor y está dura,
dolor de cabeza y color negrecita,
espaldas cargadas y el sueño se quita.
Más cuando ya vienen las negras postillas
dan luego un dolor de juntillos terrible,
primero en los hombros, después en rodillas,
y de ellos descíendese a las espinillas.*

JEAN GALLÉ

Grabado, siglo XVI

Paris, Bibliotheque Nationale



El grabado representa el tratamiento de la sífilis con palo de guayacán.

Está dividido en dos partes: a la derecha, un hombre sentado en una cocina descortiza un tronco de guayacán; sobre una mesa una mujer pesa las raspaduras que servirán para preparar la tisana y al fondo, está listo el fuego para la cocción. En la parte izquierda, se administra el tratamiento al enfermo encamado.

MATIAS GRÜNEWALD

Las tentaciones de San Antonio, 1512-1516

Colmar, Museo Unterlinden



Grünewald, el pintor más importante del Renacimiento alemán después de Durero, pintó esta tabla de san Antonio rodeado de una serie de seres animados y fantasmagóricos: Un demonio le tira del pelo, un ser monstruoso le ataca, un pajaraco le pega con un palo, hay insectos, reptiles, y en la parte inferior e izquierda un desgraciado sífilítico, con todo su cuerpo cubierto de heridas, llagas y ulceraciones asiste a estas tentaciones. Al fondo hay rocas, nubes y ramajes, de un colorido tan prodigioso, que no lo supera ni los famosos incendios infernales del Bosco.

EL GRECO

San Martín y el pobre, 1597-1599

Washington, National Gallery of Art



San Martín y el pobre, muestra, en un plano cercano al espectador, a san Martín, con su exquisita armadura damasquinada típica de Toledo que El Greco realizó para complacer al donante, Martín Ramírez. La figura del santo es armoniosa pero no así la del caballo y del mendigo. Utiliza, por tanto, dos estilos: el tradicional y el personal con figuras alargadas y desproporcionadas. Los azules, grises, verdes y blancos predominan en la pintura. El cuadro se encontraba en la Capilla de San José de Toledo.

Cómo médicos y dermatólogos, llama la atención las úlceras que presenta en ambas piernas, que pueden corresponder a gomas sífilíticas.

JOSÉ EUGENIO DE OLAVIDE

Sifílida polimorfa pápulo-pústulo-tubérculo-crustáceo- ulcerosa, 1879

Atlas de Clínica Iconográfica



Paciente de 17 años de edad, que ingresó en el Hospital de San Juan de Dios el día 18 de agosto de 1874. Su estado era verdaderamente deplorable, pues en toda su cubierta cutánea, incluyendo la cara y el cuero cabelludo, apenas se encontraba espacio en que no hubiera alguna lesión dérmica, también estaban afectados la faringe y pilares del velo del paladar.

Tras un plan curativo con baños de cloruro de mercurio, lavatorios con una solución de ácido fénico, solución de clorato potásico tomado en cucharadas, y píldoras de yoduro potásico y yoduro mercurioso, el enfermo, aunque continuaba con muchas y extensas manchas cobrizas, ya no se acordaba del deplorable estado que ofrecía cuando en la enfermería ingresó y pidió el alta el 6 de diciembre.

TOULOUSE-LAUTREC

La inspección médica, 1894

Washington, National Gallery of Art



En la pintura aparecen dos prostitutas esperando su turno para ser exploradas por el médico. Es un control rutinario que debían realizar para ejercer su profesión y estaba establecido por ley.

Si presentaban síntomas de enfermedad (sífilis o alguna otra ETS), eran internadas en las Hermanas de Saint-Lazare. Si seguían ejerciendo y eran descubiertas se las condenaba a prisión de tres meses a un año.

Las mujeres llevan las faldas levantada para ganar tiempo y simplificar el trabajo. Una de ellas es madura, y la otra parece muy joven. Detrás está la madame del establecimiento.

KEES VAN DOGEN

Mujer rubia desnuda, 1906

Mónaco, David Nahmad



Pintor holandés (1877-1968), integrante del Fovismo. Tras la Primera Guerra Mundial se convirtió en un cotizado retratista de la alta sociedad francesa. Coristas, pobres, cabarets y prostitutas son los protagonistas de sus telas.

El cuadro representa un expresivo y sensual retrato de colores imposibles, de una prostituta.

RAMÓN CASAS

Sífilis, 1900

Barcelona, MNC



Ramón Casas, gran pintor, dibujante y cartelista catalán pintó el cartel por encargo del Dr. Abreu para publicitar el sanatorio que regentaba para sífilíticos. Aunque se aseguraba en él una curación absoluta, cuando se realizó en 1900, aún no se había descubierto ningún tratamiento efectivo.

La modelo, de perfil, vestida solo con un hermoso mantón de Manila, deja un pecho descubierto. Mientras en su espalda se enrosca una serpiente, en la mano izquierda lleva una flor, alegoría del amor.

RICHAR TENNART COOPER

Sífilis, 1912

London, Wellcome Library



Tennart Cooper (1885-1957) fue un artista británico cuyas pinturas fantasmales y metafóricas muestran los efectos negativos de la enfermedad y los tratamientos médicos en el cuerpo humano.

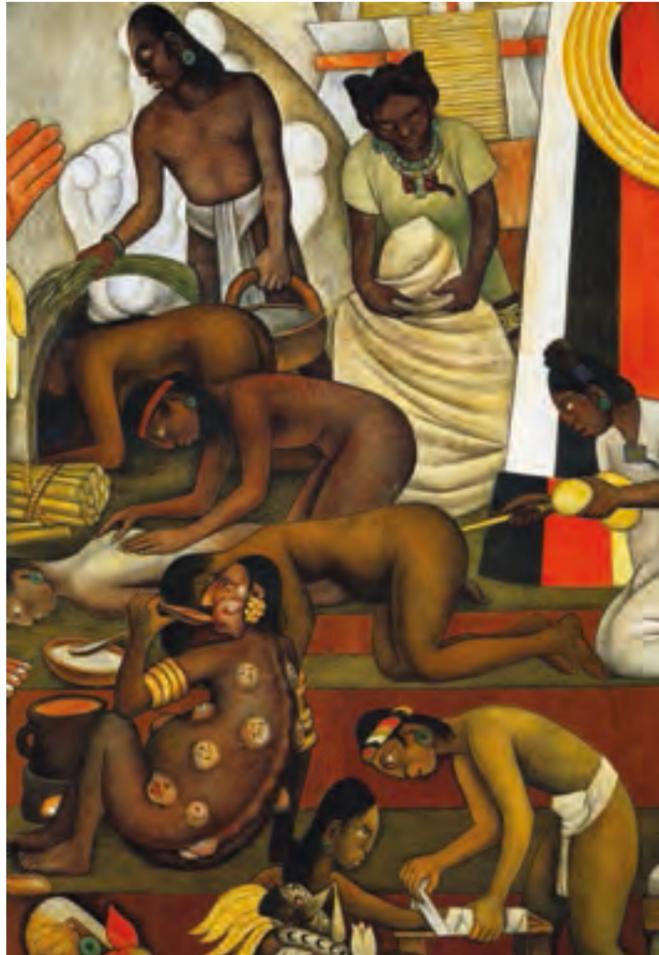
En la acuarela el artista ofrece una versión de la sífilis, donde una provocativa y voluptuosa mujer, acostada en una cama acompañada de un esqueleto cubierto con una capa, representa las consecuencias de la enfermedad. Al fondo, un hombre desnudo se aleja andando penosamente para unirse a una multitud de enfermos moribundos.

DIEGO RIVERA

El pueblo en demanda de salud, 1954

Mural, detalle.

México, Hospital de la Raza



El mural, dividido en dos partes, es un relato visual sobre la historia de la medicina en México. Mientras que en una parte se encuentra la medicina contemporánea resaltando los avances científicos, en la otra, la medicina prehispánica, basada en las plantas medicinales y sistemas curativos tradicionales.

En el detalle se aprecian distintos tratamientos convencionales: entablillados de fracturas, masajes, lavativas, y un sifilítico con todo su cuerpo invadido de tubérculos toma su medicación.

SÍFILIS CONGENITA

EDVARD MUNCH

Herencia, 1887-1889

Oslo, Munch Museet



Herencia muestra a una mujer con su hijo afectado de sífilis congénita; fue pintado por Munch después de una visita a un hospital de mujeres enfermas. En el cuadro la mujer llora, mientras contempla al bebe que tiene en sus rodillas.

Este es un niño enfermo con la cabeza desproporcionada, y su pequeño cuerpo padece un raquitismo evidente; se aprecian, además, unas lesiones rojizas en el pecho, con las que el pintor ha querido reflejar la enfermedad que padece.

SÍFILIS CONGENITA

Wellcome Library (Wellcome Trust)



Cabeza, hombros y manos de un niño enfermo de sífilis congénita, con arrugas, queratitis y toda su piel cubierta de pústulas.

VIRUELA

Está producida por Poxvirus variolae, virus incluido dentro del grupo de los Pox virus, del que forman parte los virus de la vacuna, de la viruela de la vaca, del nódulo de los ordeñadores y del molluscum contagiosum.

Se han descrito dos formas de viruela:

- . Viruela menor o alastrim, con menos del 1% de muertes y lesiones cutáneas muy leves.
- . Viruela mayor o clásica, con una mortalidad de más del 10%.
- . Hay, además, otra forma descrita, viruela hemorrágica o negra, donde las lesiones pustulosas eran sangrantes. Este tipo era siempre mortal.

HISTORIA

Durante el siglo XVIII, la viruela constituyó un gran problema de salud, pues era una enfermedad enormemente contagiosa, con una mortalidad muy elevada.

En 1776, el médico rural Edward Jenner (1749-1823), que había oído contar que las ordeñadoras infectadas por el virus de la vacuna no contraían la enfermedad, inoculó de forma experimental en el niño James Phipps linfa del brazo de una lechera, Sarah Nelmes afectada por el virus. Después de un tiempo, le inoculó pus de la viruela humana, comprobando que el niño estaba inmunizado y no desarrollaba la enfermedad.

Dos años después, en 1798, publicó un libro en el que explicaba cómo las personas afectadas por el virus de la vacuna están libres para siempre de la infección de la viruela humana.



A principios del siglo XIX, el gobierno español, en una expedición dirigida por el médico alicantino Francisco Javier de Balmis, valiéndose de niños que iba vacunando sucesivamente, lleva la vacuna a las colonias: primero de América y más tarde de Filipinas y de Islas Marianas.



La vacunación antivariólica ha conseguido erradicar la enfermedad de forma definitiva, considerándose, hasta el momento, como la primera enfermedad que desaparece por medio de la vacunación. Como curiosidad histórica, se dice que la viruela cambió el destino de España, ya que, en 1646, el príncipe Baltasar Carlos, hijo de Felipe IV, destinado a reinar, murió de esta enfermedad. Le sucedió su hermano Carlos II, el hechizado o el impotente, que al no tener descendencia acabó con la dinastía de los Austrias.

Representaciones chinas de Viruela

Flor del cielo, siglo XVIII

París, Bibliotheque Nacional



Pinturas chinas sobre seda que representan a una muchacha china con lesiones de viruela. Está considerada como las primeras pinturas que describe esta enfermedad.

JAMES GILLRAY The Cowpok, grabado, 1802



James Gillray satirizó todos los sucesos importantes de su época, incluyendo los avances de la ciencia y la medicina, en unas caricaturas llenas de sarcasmo y mordacidad que se difundieron por toda Europa.

En el grabado aparece, en primer plano, una mujer sentada en un sillón que va a ser vacunada por el doctor Jenner y por la expresión de su rostro se intuye que está asustada. En segundo plano están los pacientes que esperan su turno para vacunarse, así como los que han sido ya vacunados que muestran pequeñas protuberancias en forma de vacas que emergen por todo el cuerpo, y hace que salgan asustados de la sala. El grabado, constituye una sátira de la vacunación de la viruela, ya que ésta estuvo sometida a una gran polémica dentro de la sociedad inglesa, pues el hecho de vacunarse era algo nuevo que ni se entendía, ni se aceptaba.

The Essentials of Smallpox, siglo XVII

Wellcome Library



Dibujos a mano de un raro y posiblemente único tratado japonés de la viruela: The Essentials of Smallpox, escrito a finales del siglo XVII o principios del siglo XVIII por el doctor japonés Kanda Gensen. Las notables ilustraciones muestran una forma muy diferente de representar la enfermedad.

JUAN DE IRIARTE

(La Orotava, 1702-1771)

La inoculación de las viruelas

*Feliz hallazgo y virtud
del arte medicinal
¡hacer que de injerto mal
brote la misma salud!*

HISTORIA DE LA PSORIASIS

José Carlos Moreno Giménez

Córdoba

Introducción

Psoriasis es una palabra que deriva del griego ψώρα o *psóra*, que significa sarna. Se trata de una dermatosis de causa inmune con implicaciones sistémicas (comorbilidades). Posiblemente se trata de una enfermedad tan antigua como la humanidad, pero su historia está llena de confusión, en cuanto a que ha recibido diversas nomenclaturas, se ha confundido con otras enfermedades eritematoescamosas e incluso con otros procesos totalmente distintos. Comentaremos en este trabajo la evolución histórica de la enfermedad, tanto en sus aspectos clínicos y etiopatogénicos como terapéuticos, siguiendo una cronología clásica¹.

A. Prehistoria

Resulta sorprendente el trabajo realizado por Yen-Lung Lin et al.² en una publicación de las universidades de Oxford y Plymouth. Realizan un estudio comparativo entre el genoma humano actual y el de los hombres de Neandertal (*Homo neanderthalensis* u *Homo sapiens neanderthalensis*), que habitó en Europa durante la época del Pleistoceno medio y superior (250.000 a 28.000 aC). Encuentran que compartimos 17 deleciones exónicas con los genomas de homínidos arcaicos. Los genes afectados son determinantes para: crecimiento, formación de esperma, susceptibilidad a padecer psoriasis y enfermedad de Crohn. Concretamente encuentran deleciones en el gen LCE3C (Fig. 1), que ha sido definido como un factor de riesgo para padecer psoriasis³.

Table 1. List of Exonic Deletions Shared with Archaic Hominin Genomes.

Chromosome	Start	End	Gene	Comment	Ancestral State
chr11	60,228,164	60,229,386	MS4A1	UTR	Introgressed
chr1	213,002,368	213,013,665	SPATA45	Loss-of-function	Introgressed
chr13	30,077,974	30,080,405	TPTE2	UTR	Ancient
chr17	79,285,360	79,286,612	TMM4105	UTR	Ancient
chr19	41,355,733	41,387,636	CYP2A6, CYP2A7	Fusion	Ancient
chr10	124,369,735	124,377,838	DMBT1	Partial-CDS	Recurrent
chr11	3,338,738	3,344,086	ARGPRG	UTR	Ancient
chr8	144,634,064	144,636,239	GSDMD	UTR	Ancient
chr15	25,436,588	25,438,493	SNORD115-12, SNORD115-13	Fusion	Ancient
chr12	27,648,142	27,655,163	SMCO2	Partial-CDS	Ancient
chr11	128,682,716	128,683,410	JL1	UTR	Ancient
chr7	99,461,389	99,463,562	CYP3A43	UTR	Ancient
chr14	73,997,051	74,024,450	ACOT1	Loss-of-function	Ancient
chr4	70,124,301	70,230,600	UGT2B28	Loss-of-function	Ancient
chr1	152,555,542	152,587,742	LCE3C	Loss-of-function	Ancient
chr5	42,628,311	42,630,990	GHR	Partial-CDS	Ancient
chr22	24,343,050	24,397,301	GSTT1, GSTT1	Fusion	Ancient

Figura 1. Deleciones comunes entre el hombre de Neandertal y el actual (Tomada de Yen-Lung Lin et al)

B. Edad Antigua

Comprende el periodo histórico entre el siglo V aC (primeros documentos escritos) hasta el V dC (Caída del Imperio Romano). Durante esta etapa se desarrollan civilizaciones tan importantes como la fenicia (en ella se establece el nacimiento de la Medicina), griega, egipcia y romana, pero en ninguna de ellas se hace referencia a la psoriasis.

BIBLIOGRAFIA

- Aris, A. Medicina en la pintura. Barcelona: Lunwerg Editores, 2002.
- Arpino, G y P. Lecaldan. La obra pictórica completa de Rembrandt. Noguer, 1983.
- Colección Abelló. Madrid: Centro Cibeles de Cultura y Ciudadanía, 2014.
- Courts and Courtly Arts in RENAISSANCE ITALY /edición de Marco Folin. Milan: Officina Libraria, 2011.
- Eco, U. Historia de la fealdad. Barcelona: Lumen, 2007.
- El griego de Toledo. Guía de exposición / Edición a cargo de Fernando Marías. Toledo, 2014.
- El Prado. Lunwerg editores, 2000.
- Georges de la Tour (1593-1652). Madrid: Museo Nacional del Prado, 2010.
- Grandes de la pintura. Madrid: Ediciones Sedmay, 1980.
- Laín Entralgo, P. Historia de la Medicina. Barcelona: Salvat Editores, 1982.
- Marques Serrano, Olga. La piel en la pintura. Madrid: Reprofit, 2009.
- Munch. Barcelona: Ediciones del Aguazul, 2006.
- Museo Nacional de Escultura. Guía. Valladolid: Secretaría General Técnica, 2015.
- Pino Gacucci. Diego Rivera en el hospital de La Raza. FMR. 2005; 6: 113-135.
- Rousselot, J. La medicina en el arte. Argos: 1971.
- Sierra, X. Historia de la Dermatología. MRA Creación y Realización Editorial, 1994.
- Vigué, J y M. Ricketts. La Medicina en la pintura- El Arte Médico. Ars Medica, 2008.

La primera reseña a esta enfermedad se establece en la Biblia, en el Pentateuco, y más concretamente en el Levítico y Deuteronomio⁴. De hecho, en ellos se habla de las “enfermedades leprosas” (*zaraath*), que probablemente incluirían la psoriasis. Mirado desde el punto de vista de los conocimientos actuales, en el *zaraath* se comprenden enfermedades muy diversas, como psoriasis, cáncer cutáneo, vitiligo, tiña y posiblemente lepra: “Cuando el hombre tuviere en la piel de su cuerpo hinchazón, o erupción, o mancha blanca, y hubiere en la piel de su cuerpo como llaga de lepra, será traído a Aarón, el sacerdote, o a uno de sus hijos los sacerdotes” (Lev 13:2). “El sacerdote mirará la llaga; y si pareciere ser más profunda que la piel, y el pelo de ella fuere amarillento y delgado, entonces el sacerdote le declarará inmundo; es tiña, es lepra de la cabeza o de la barba” (Lev 13:30).

En algunas medicinas antiguas, como en la Ayurvédica (India), también conocida como “Ciencia de la vida” y basada en textos como el *Sharaka Samihita* y el *Manuscrito de Bower*, se tratan las enfermedades mediante terapias naturales y acercamiento de la mente. En estos tratados se hace referencia a la *khusta*, en la que se incluyen diversas enfermedades cutáneas (¿psoriasis?).

Hipócrates (460-337 aC) habla en sus escritos de diversas enfermedades cutáneas: *lichen*, *alphos* y *psora*, aplicándose este último término a las enfermedades pruriginosas.

Aulus Cornelius Celsus (25 aC-50 dC), en su tratado “De Medicina” o “De re medica. Libri octo” (Fig. 2), establece el término *impétigo* para describir una enfermedad cutánea que afecta extremidades y uñas, en las que podría estar incluida la psoriasis.

Galeno de Pérgamo (129-99 aC) retoma el término *psora* de Hipócrates como sinónimo de “picazón y escama” y describe un paciente con este tipo de lesiones en párpados y escroto, que para muchos autores correspondería a una dermatitis seborreica, pero hoy día sabemos los límites tan imprecisos que existen entre ella y la psoriasis.



Fig. 2 “De Medicina” o “De re medica. Libri octo” (Aulus Cornelius Celsus)

C. Edad Media

Comprendida entre la caída del Imperio Romano (S V) y el descubrimiento de América (S XV). Es un periodo lleno de oscurantismo, con escaso desarrollo de las ciencias. El conocimiento se centra en los monasterios y prácticamente no hay progresos en la medicina. Quizás pudiéramos salvar de este caos a la civilización árabe. Los médicos árabes hablaban de enfermedades de piel, pero de forma global, sin especificar entidades concretas en sus escritos. Proponen el uso de la psicoterapia en su tratamiento⁵.



Fig. 3.- Epistola Medicinalis de Manardus

D. Edad Moderna

Se establece este periodo entre el descubrimiento de América (S. XV) y la Revolución Francesa (S XVIII). Merece una especial mención la etapa del Renacimiento (siglos XV y XVI), ya que en ella florece un resurgimiento de las ciencias y de las letras, en lo que tiene un papel importante el descubrimiento de la imprenta (Gutenberg. Maguncia 1400-1468).

Johannes Manardus (1462-1536) fue un médico italiano (Ferrara) de gran prestigio, siendo médico personal de Ivan Vladislav, emperador de Bulgaria, y de su sucesor Presian II. Escribió “Epistola Medicinalis” (Fig. 3), donde menciona tanto la lepra como la psora, pero sin entrar en más detalle.

Hieronymus Mercurialis (1530-1606) (Fig. 4). Médico, naturalista y pedagogo italiano de gran fama en su época. Llegó a ser médico personal del Papa Pio IV y consultor del emperador Maximiliano II. Fue autor de diversos tratados entre ellos “De morbis cuatenis et omnibus corporis humani excrementis” (Venecia 1571)⁶, pero no se dedicó exclusivamente a las enfermedades cutáneas, es más, consideraba la piel como una simple envoltura, “como una red que envuelve a los peces”, tal y como había establecido Platón y consideraba que las enfermedades cutáneas no eran tales, sino expresiones de “lo feo y de lo bello”. No obstante, establece en su libro una clasificación de las enfermedades cutáneas en dos grandes grupos:



Fig. 4. Hieronymus Mercurialis (1530-1606)

Enfermedades de la cabeza

- Ofiasis
- Caída
- Alopecia
- Calvicie
- Canicie
- Del resto del cuerpo
- Según el color
- Leuce
- Alfos
- Según su aspereza (tacto)
- Impétigo o liquen
- Prurito
- Sarna o psora
- Lepra: griega y árabe



Fig. 5. Daniel Turner y su libro sobre enfermedades de la piel.

Como podemos observar, equipara la sarna a la psora, sin duda por un concepto etimológico, y considera dos tipos de lepra: la griega (posiblemente la psoriasis) y la árabe (la lepra tal y como la conocemos en el momento actual).

Daniel Turner (1667-1740) fue primero cirujano, obteniendo posteriormente el título de médico por la Universidad de Yale⁷. Tuvo un especial interés por las enfermedades de la piel, escribiendo un libro, “Morbis Cutaneis: Treatise of Disease incident to Skin” (Fig. 5), que puede considerarse como el primer texto dermatológico. Tuvo varias ediciones y por lo tanto una gran acogida. En él separa la lepra del griego de la lepra del árabe.

Charles Anne Lorry (1726-1783) fue un médico francés de gran prestigio, que gozó de la confianza de la casa real (Louis XVI). Puede ser considerado como el primer dermatólogo francés⁸. Publicó un libro, "Tractatus de morbis cutaneis", que contenía más de 700 páginas y adquirió una gran difusión. Fue pionero en utilizar el término "Órgano de la piel", equiparándola a órganos internos, e indicando que tenía interacción con ellos. Concepto totalmente innovador.

Joseph Jacob von Plenck (1738-1807), húngaro de nacimiento, fue un gran cirujano y obstetra que ejerció su actividad en Viena⁹. Extendió sus conocimientos a la botánica, especialmente a las plantas medicinales, llegando a etiquetar más de 800. En 1776 publicó el pequeño libro titulado "Doctrina de morbis cutaneis", en el que hizo una primera calificación de las enfermedades en base a su morfológica. Reconoce 120 dermatosis, que ordena en 14 clases. En lo que a la psoriasis se refiere, la clasifica dentro del orden escamae, pero sin prestarle más atención.

De todo lo comentado hasta ahora, podemos considerar a Turner, Lorry y Plenck como protodermatólogos¹⁰, abriendo camino a los primeros dermatólogos, como R. Willan y J.L. Alibert.

Tras los trabajos de Plenck, veinte años después, el médico inglés Robert Willan (1757-1812), que trabajaba en el Public Dispensary de Londres, publicó el libro "On cutaneous disease"¹¹. En él modificó la clasificación de Plenck, haciéndola más fácil y práctica. Utilizó el término psoriasis en el orden escamae, del que también formaban parte la lepra, la pitiriasis y la ictiosis, manteniendo la nomenclatura de leprum graecorum para la psoriasis y leprum para la lepra tal y como la conocemos en el momento actual. Estableció diferentes formas de psoriasis, con una clasificación muy parecida a la presente: guttata, diffusa, gyrata, palmaria, unguium, inveterata, y describió cuales eran las localizaciones más frecuentes de la enfermedad (codos, rodillas, cuero cabelludo y uñas).

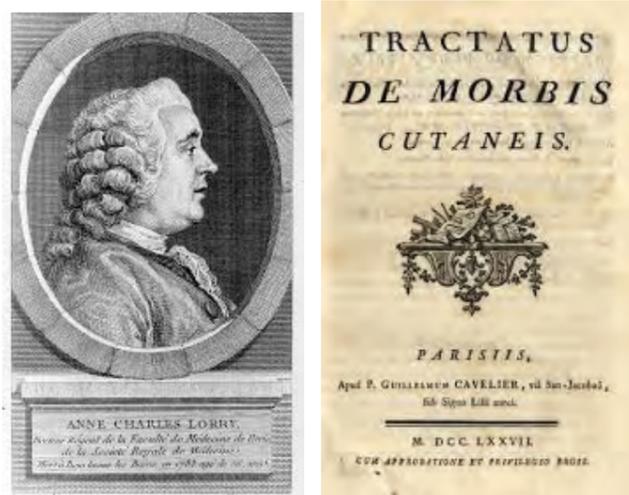


Fig. 7.- Charles Anne Lorry (1726-1783)

E. Edad contemporánea

Se inicia esta etapa al final de la Revolución Francesa y dura hasta nuestros días.

A principios del siglo XIX, el gran médico francés Jean Louis Alibert (1768-1837) trabajó y enseñó en el Hospital de St. Louis en París, dedicado a enfermedades de la piel¹². No aceptó las clasificaciones anteriores de las dermatosis y creó su propio sistema (árbol de las dermatosis de Alibert), estableciendo 12 clases. La psoriasis fue incluida en el grupo de dermatosis dartares, en la que también estaba la lepra. La escuela vienesa tiene un papel destacadísimo en la evolución de la dermatología. A ella pertenecen personalidades tan carismáticas como Ferdinand von Hebra (1806-1880), Moritz Kaposi (1837-1902)^{13,14}. Su labor no solo supuso la descripción de enfermedades desde el punto de vista clínico, sino que también consideraron sus aspectos histológicos, gracias a la colaboración Karl Rokitansky (1804-1878), de tal manera que la Allgemeines Krankenhaus se convirtió en un centro de referencia mundial de la dermatología. Independizan de forma definitiva la psoriasis de la lepra y establecen nuevas terapias como las pilulae asiaticae (arsénico).

Una vez establecida la psoriasis como enfermedad se desarrolla a pasos acelerados el conocimiento de la misma: Leo von Zumbusch (1830-1917) describe las formas pustulosas, Barber-Königsbeck las formas palmo-plantares, Heinrich Köbner (1838-1904) el fenómeno que lleva su nombre, Heinrich Auspitz (1835-1886) el rocío hemorrágico, en 1879 y Duncan y Bulckley completaron lo que hoy conocemos como el "raspado metódico de Brocq", ya que describieron la "película o membrana despegable"

En el aspecto dermatopatológico, destacar las aportaciones de Heinrich Auspitz (1835-1886), que identificó signos dermatopatológicos, como la paraqueratosis y el acantoma típico de la psoriasis¹⁵. A finales del siglo XIX, la micro-morfología psoriásica fue completamente descrita por Hebra, Unna y William Munro, quienes descubrieron el microabsceso (micropústula), es decir, la acumulación de neutrófilos en el estrato córneo.

En la etapa actual, por todos conocida y vivida, se realizan importantes progresos en la etiopatogenia, considerándose como una enfermedad inmunológica, con base genética (se dan a conocer distintos genes implicados), comorbilidades y terapéuticas.

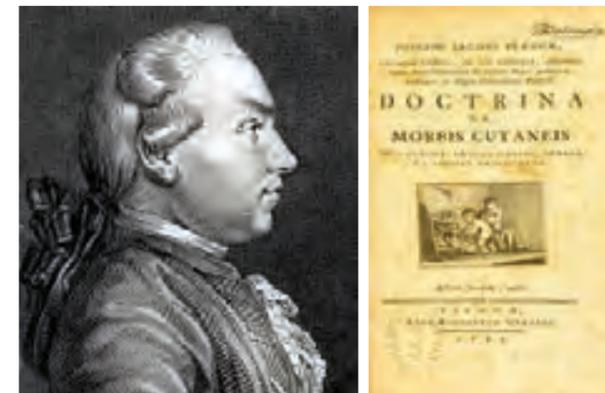


Fig. 8.- Joseph Jacob von Plenck (1738-1807)

Terapéutica en la psoriasis

Vivimos una etapa innovadora y prometedora con la introducción de las terapias biológicas, pero esto no siempre fue así. En etapas pasadas se han empleado terapias muy diversas y que hoy día pueden parecernos "peculiares".

Plenck (1789), en su tratado, proponía como medida terapéutica: "De la corteza interior de los ramos delgados del olmo quatro onzas, agua común dos libras. Se hará cocimiento hasta que merme la mitad. Se tomarán mañana y tarde ocho onzas".

D. Turner (1726) propone tratar la psoriasis con el uso de un ungüento de mercurio amoniacal (hydrargyri amidochlorati) o con un caldo de víboras hervidas. Girdlestone (1868) utiliza al arsénico (licor de Fowler): 6 gotas/8 horas. Becteh (1936) propone una mezcla de arsénico y pimienta negra en acacia en agua (pilulae asiaticae). Posteriormente van apareciendo nuevos tratamientos, la mayoría de uso actual:

Siglo XIX: ditranol, alquitrán de hulla, ácido salicílico, luz de día (de 6 a 10 AM), sales del Mar Muerto y emolientes.

1950: Esteroides tópicos y orales

1960: Hidroxiurea. PUVA (psoralenos más UVA)

1970: Metotrexato

1980-90: Vitamina D3, retinoides y ciclosporina

Como conclusión, podemos decir que aunque la psoriasis es conocida desde la antigüedad, su conocimiento científico comienza en el siglo XIX. Por lo que puede considerarse como una enfermedad científicamente joven

BIBLIOGRAFÍA

1. Brajac I, Gruber F. History of Psoriasis. 2012. Disponible en: www.intechopen.com. Fecha de consulta 4-3-2018.
2. Lin YL, Pavlidis P, Karakoc E, Ajay J, Gokcumen O. The Evolution and Functional Impact of Human Deletion Variants Shared with Archaic Hominin Genomes. *Mol Biol Evol* 2015;32:1008–19.
3. De Cid R, Riveira-Muñoz E, Zeeuwen PL et al. Deletion of the late cornified envelope LCE3B and LCE3C genes as a susceptibility factor for psoriasis. *Nat Genet* 2009;41:2011-5.
4. McCaw IHA. Synopsis of the History of Dermatology. *Ulster Med J* 1944;13:109-22.
5. Shafii M, Shafii SL. Exploratory psychotherapy in the treatment of psoriasis twelve hundred years ago. *Arch Gen Psychiatry* 1979;36:1242-5.
6. Sutton RL. Disease of the skin: Mercurialis 1572. *Arch Dermatol* 1966;94:763-72.
7. Lyell A. Daniel Turner (1667-1740) LRCP London (1711) M.D. honorary, Yale (1723) surgeon, physician and pioneer dermatologist: the man seen in the pages of his book on the skin. *Int J Dermatol* 1982;21:162-70.
8. Everett MA. Anne-Charles Lorry. The first French dermatologist. *Int J Dermatol* 1979;18:762-4.
9. Holubar KH, Frank IJ. Joseph Plenck (1735-1807) A forerunner of modern European dermatology. *J Am Acad Dermatol* 1983;9:326-32.
10. Holubar K., Ferenčič –Fatović S. The roots of international dermatology: seven useful tables on the first dermatological personalities and achievements. *European Society for History of Dermatology and Venereology, Paris 2002*, pp 1-7.
11. Grzybowski A, Parish LC. Robert Willan: pioneer in morphology. *Clin Dermatol*. 2011;29:125-9.
12. Morton LT. Jean Louis Marc Alibert (1768-1837): a bibliography. *J Med Biogr* 1993;1:108-12.
13. Pai-Dhungat JV. Ferdinand Von Hebra. Founder of Classical Dermatology. *J Assoc Physicians India*. 2015 ;63:54.
14. Oriol JD. Moritz Kaposi (1837-1902). *Int J STD AIDS*. 1997;8:715-7.
15. Shareef S, Shareef F, Tongdee E, Florez-White M. Acantholysis or the Auspitz sign? A revelation of the life of Carl Heinrich Auspitz. *Indian J Dermatol Venereol Leprol*. 2017;83:512.

La Dermatopatología en la Escuela de Medicina de Viena

Ángel Fernández Flores

Servicio de Anatomía Patológica. Hospital del Bierzo.

Ponferrada (León)

Introducción

A comienzos del Siglo XIX, Europa sufre una de sus etapas más convulsas. Los últimos movimientos de las tropas napoleónicas se saldan con su derrota en la batalla de Waterloo en 1815. Europa procede al reparto de los territorios confiscados a la expansiva Francia en el Congreso de Viena. De ese modo, el Imperio Austriaco recuperará el Tirol y adquirirá el Reino Lombardo Béneto, así como la Dalmacia. Por otro lado, se constituirá la Confederación Germánica, una agrupación de estados alemanes bajo la Casa de Austria que, fue seguida poco después de la Unión Aduanera de Alemania, con la repercusión en el flujo sociocultural entre países que eso supuso.

La Viena de este Siglo XIX gozará por lo tanto de una economía creciente, de un periodo sociopolítico estable y de una burguesía floreciente. Y de una medicina también llena de ideas y de medios: en pleno corazón de Viena se alza el edificio de su Facultad de Medicina, tan majestuoso por fuera como por dentro, en el sentido de las figuras que lo componen: Skoda y Oppolzer se encargarán de la Medicina Interna, Rockitansky de la Anatomía Patológica, von Hebra de la Dermatología y Schuh de la Cirugía.

Será muy importante el giro conceptual que Rockitansky le imprime a la Anatomía Patológica. Ya en el siglo pasado, Bichat había realizado dos aportaciones cruciales. Por un lado, introduce el concepto de tejidos y órganos para comprender cómo está estructurado el cuerpo humano. Esto, unido a las aportaciones de Virchow, que permiten un cambio en la aproximación de las enfermedades como trastornos humorales y serán abordadas como alteraciones con unas bases anatómicas y fisiopatológicas, hacen que el nuevo enfoque en la escuela vienesa sea totalmente distinto a lo vivido hasta ahora. Por otro lado, Bichat establece un sistema de realización de autopsias que sin embargo nunca llegaría a poner en práctica. Sería dicho sistema el que Rockitansky adoptaría: en él, el cadáver es recibido junto con la historia clínica completa y a la luz de esa información, se intenta buscar la explicación anatómica y funcional del desenlace.

Ferdinand von Hebra: el fundador.



Fig. 1: Ferdinand Von Hebra (Imagen de dominio público).

Rockitansky será junto con Skoda quien más influencia tenga en la formación de von Hebra (Fig.1), que llega en 1841 con 25 años a la Facultad de Medicina de Viena. Se pone muy pronto al servicio de Skoda, quien le encomendará el cuidado de un pabellón especial conocido como “de los sarnosos”. En él, aunque hay 2700 enfermos con distintas condiciones dermatológicas, 2200 están infectados por sarna. El estudio exhaustivo de esta enfermedad le permitirá a von Hebra escribir en tan sólo tres años un tratado sobre la sarna (Uber die Krätze), con dibujos del parásito realizados por él mismo y en el que defiende el concepto de que la enfermedad está exclusivamente causada por la infección por el ácaro, lo cual demuestra induciendo una autoinfección.

En esta misma línea, von Hebra desarrollará la teoría de que la enfermedad dermatológica es producida principalmente por agentes externos irritantes, en oposición a las teorías de los humores internos. Corroboran esta aproximación sus estudios sobre el aceite de Croton como irritante local.

En 1845, con 26 años publica un «Intento para la clasificación de las enfermedades cutáneas según criterios anatomopatológicos» (Versuch einer auf pathologische Anatomie gegründeten Eintheilung der Hautkrankheiten) lo cual resulta un enfoque novedoso en la descripción de las enfermedades dermatológicas. Los grupos en que clasifica las entidades (Hipertrofias, neoplasias, pseudoplasias...) están más cerca de las descripciones virchowianas usadas en la Anatomía Patológica general.

A los 33 años será nombrado Profesor de Enfermedades Cutáneas, puesto que el término “dermatología” no sería empleado con regularidad hasta años más tarde. Con 40 años publica su famoso Hautkrankheiten o «Atlas de enfermedades cutáneas», con excelentes y bellísimos dibujos de los dos ilustradores médicos más famosos de la época (Alton Elfinger y Carl Heitzman).

Ferdinand von Hebra describió el liquen plano (al que llamó liquen ruber), el liquen escrofulosorum (que publicó en el libro de Fagge sobre Enfermedades de la Piel en 1868) y el herpes impegitiniiformis (que publicó en The Lancet en 1872).

A los 53 años obtuvo la Cátedra de Dermatología y en 1879 se convirtió en presidente del Colegio de Médicos de Viena y en miembro de la Academia Imperial de las Ciencias. Fallecería en 1880.

Heinrich Auspitz: el genio.



Fig 2: Heinrich Auspitz (imagen de dominio público).

Aunque Heinrich Auspitz (Fig. 2) nació en Moravia, se trasladará a estudiar medicina a la Facultad de Viena, siendo uno de los discípulos más destacados de Ferdinand von Hebra y cofundador en 1869 de la revista Archiv für Dermatologie und Syphilis.

En 1871 y 1872 atenderá en el Sistema de Salud una epidemia de viruela, trabajo por el que recibirá la Medalla de Oro del Mérito. Ese mismo año se abre en Viena la Wiener Allgemeine Poliklinik, del que Auspitz será su primer director hasta 1884.

En 1875, a sus 40 años, será nombrado Profesor de Dermatología. Sin embargo, su vida personal dará un giro drástico en estas fechas. Con 30 años había contraído matrimonio con Augute Kolar, una exitosa músico y cantante, con la que tuvo un hijo y una hija. El hijo falleció muy pronto en su vida y en 1878 fallece su esposa.

En 1881 escribe su System der Hautkrankheiten (Sistema de las Enfermedades de la Piel), en el que describe entre otras cosas, la acantólisis, con dibujos histológicos, y la explica como una pérdida de la resistencia celular ante la presión mecánica y al suero extravasado.

En 1885, en el capítulo 3 del libro sobre Patología general y terapéutica de la piel de H. v. Ziemssen, afirmará que “el principal proceso que ocurre en la piel es la psoriasis...que es evidentemente una anomalía de la cornificación”. Explicará sus manifestaciones clínicas en la medida en que “se expresa clínicamente por la formación de columnas de escamas de masas de queratina secas, opacas y adherentes” y de que “al mismo tiempo puede observarse bajo estas escamas, que se pueden quitar fácilmente, que las células de las capas jóvenes de epidermis muestran una falta de cohesión”. Será entonces donde presentará uno de los signos que ha pasado a la historia con su nombre: “...bajo estas células alcanzamos por fin la capa de células cilíndricas a través de la cual podemos ver brillar las papilas que, puesto que las células se desprenden con facilidad, albergan los vasos desnudos de la dermis papilar que sangran”.

Henrich Auspitz fallece en 1886, a la edad de 52 años.

Moriz Kaposi: el discípulo controvertido.



Fig. 3: Moriz Kaposi (nacido Kohn)
(imagen del dominio público).

Moriz Kaposi (Fig. 3) fue probablemente el discípulo más destacado de von Hebra.

Nació en 1837 en Kaposvar (Hungría), en el seno de una humilde familia judía. Kaposvar era una pequeña localidad de 20.000 habitantes, dedicada al comercio de ganado y cereal. Ni siquiera contaba en aquel entonces con sinagoga propia (sería construida años más tarde, pero destruida en la Segunda Guerra Mundial).

Con 20 años se fue a Viena a estudiar Medicina, finalizando sus estudios con 25 y su doctorado en cirugía con 26. Siguiendo la tradición de la época, se haría Maestro en Obstetricia con 30 años.

Moriz Kaposi tiene una de las carreras más controvertidas en cuanto a acontecimientos personales. El primero de ellos es con respecto a su apellido. Moriz nació y fue registrado "Moriz Kohn". Se cambiaría el apellido con aproximadamente 35 años, bajo la justificación de que deseaba que sus trabajos no se confundieran con los de ningún otro, y había ya varios médicos "Moriz Kohn" destacados en su época.

Otro de sus episodios personales controvertidos fue su matrimonio: a los 32 años se casa con Martha von Hebra, la hija de Ferdinand von Hebra, en aquel entonces su jefe inmediato.

El tercer cambio controvertido fue la renuncia a su religión original por el cristianismo.

Desarrollaría una carrera meteórica, con más de 110 publicaciones en áreas que incluirían el eritema multiforme, el rinoscleroma o la micosis.

Con 37 años describe cinco pacientes que había visto entre 1868 y 1871, todos varones de más de 40 años, en los que ha visto un "sarcoma múltiple pigmentado idiopático de la piel" (más tarde conocido como sarcoma de Kaposi). El examen postmortem de uno de los enfermos demostró la malignidad de este sarcoma, al encontrarse diseminación de las lesiones en órganos internos. Además, el estudio histológico demostró pequeñas células redondas en la dermis, focos hemorrágicos pequeños dentro de las lesiones y abundancia de pigmento.

También describiría el xeroderma pigmentosum y la dermatitis papillaris capillitii, así como varias publicaciones sobre distintos aspectos de la sífilis, tal y como "Sífilis de la mucosa de la Boca", "La sífilis de la piel y membranas mucosas adyacentes" o "Patología y terapia de la sífilis".

En 1880, su jefe y suegro, Ferdinand von Hebra fallece por lo que queda vacante el puesto de Jefe y Profesor del departamento de Dermatología en Viena. A la plaza se presentarán, junto con Kaposi, el mismo hijo de Hebra (Hans von Hebra), Heinrich Auspitz y Philipp Josef Pick, siendo nombrado Kaposi.

Al estilo del atlas de Hebra, Kaposi publicará su "Atlas de enfermedades de la piel", también con magníficas ilustraciones.

Falleció con 65 años.

Paul Gerson Unna: el discípulo relegado.

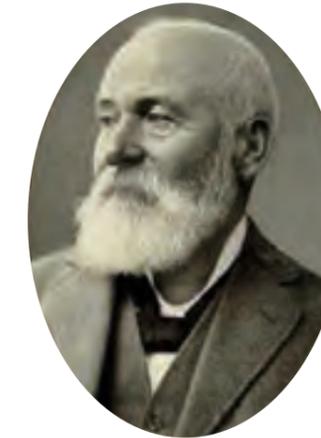


Fig. 4: Paul Gerson Unna
(imagen del dominio público).

Unna (Fig. 4) nació en Hamburgo en 1850 y es víctima de las Guerras Francoprusianas con tan sólo 20 años, en las que tiene que participar activamente. Fue herido en un muslo, lo que sirvió para dos cosas: la primera, que fuese devuelto vivo a Hamburgo. La segunda, para cobrar una pequeña pensión vitalicia, que Unna siempre destinó a la investigación en Dermatología.

Fue discípulo del anatomista Wilhelm von Waldeyer, bajo cuya tutela publicó la tesis doctoral "Entwicklungsgeschichte und Anatomie der menschlichen Haut und ihrer Anhangsgebilde" (Desarrollo y anatomía de la piel humana y sus anejos), llegando a afirmar que "el que no puede aprender nada de la piel, que es algo que está frente a él, no puede aprender nada de ningún otro órgano."

Una de sus contribuciones histológicas más importantes en este periodo, fue la identificación de varias partes en la epidermis, usando nuevas tinciones, tal y como picrocarmin. Así, identificó el estrato basal como la zona regenerativa, un estrato espinoso (que no participaba en la regeneración), un estrato granuloso y un estrato córneo, en el que distinguió varios substratos.

Su tesis doctoral levantó la oposición de varias figuras destacadas del mundo académico de la época. Entre ellas, la de Friedrich von Recklinghausen, quien argumentó que "no era de acuerdo a los principios de la ciencia sacar conclusiones a partir de secciones de tejido que habían sido teñidas con colorantes. Unna fue aconsejado para corregir su tesis y, aunque hizo algunos cambios menores, se negó a modificar sus conclusiones.

Debido a esta decepción con el mundo académico, Unna decide regresar a Hamburgo para dedicarse a la práctica privada con su padre. Sin embargo, afortunadamente para el mundo, decide pasar antes tres meses en Viena para mejorar sus habilidades clínicas. Allí se encuentra con von Hebra, que en aquel entonces es el centro de la dermatología mundial. Sin embargo, Unna recibirá una fuerte impresión de Auspitz, a quien describirá como un genio. Junto con este último, Unna llevó a cabo un extenso estudio de los hallazgos histopatológicos del chancro de la sífilis. Será fruto de este trabajo cuando Unna decide dedicarse a la dermatopatología.

Impresionado por este breve periodo, Unna regresará a Hamburgo en 1877, donde todavía pasará un año con Julius Engels-Reimers, director de Dermatología en el Hospital St. Georg.

En Hamburgo, Unna desarrollará una exitosa carrera dermatológica, combinada con una placentera vida familiar: se casó con Elizabeth y tuvo cuatro hijos y una hija.

En el ejercicio de su práctica privada fue progresivamente exitoso, hasta que en 1881 toma la determinación de abrir su propia clínica privada y poco después abandonar la práctica de la medicina general en favor de la dermatología. La nueva clínica tuvo un éxito rotundo. Tanto es así que en 1883 compró una propiedad en Eimsbüttel, que era como un pequeño parque. Allí construirá una nueva clínica dividida en

varios edificios, incluido uno para pacientes, otro para laboratorios y otro para su familia. No obstante, las instalaciones dedicadas a la docencia se le quedaron tan pequeñas que tuvo que construir un edificio adicional llamado "Dermatologikum". En breve, Unna había construido un complejo asistencial y docente que superaba el de cualquier universidad de la época. En su afán por mejorar el tratamiento de las enfermedades dermatológicas, Unna estableció una colaboración con su amigo Paul Beiersdorf, a quien Unna describió en su autobiografía como un "ingenioso científico y generosamente considerado farmacéutico". Colabora gratuitamente con el farmacéutico a cambio de que la farmacia apoyase todos sus experimentos e investigaciones, así como en la elaboración de sus remedios. Esta colaboración redundó en alguno de los productos más exitosos de la dermatología, como el esparadrápalo "Leukoplast", el Cignolin para el tratamiento de la psoriasis o la famosa crema Eucerin, conocida popularmente más tarde como Nivea. En 1882 Unna fundó junto con su compañero de facultad, Oskar Lassar y con el hijo de Ferdinand von Hebra, Hans von Hebra, la Revista Mensual de Dermatología Práctica ("Monatshefte für praktische Dermatologie"), que dado su éxito cambiaría luego el título a Dermatología Semanal ("Dermatologische Wochenschrift").

Unna trabajaría con el Hospital General de Viena, sobre todo en el terreno de la sífilis. Sin embargo, en Viena Unna no lo tendría más fácil que en Breslau con los estamentos académicos. Cuando Eduard Láng y Hans von Hebra le propusieron en marzo de 1894 como miembro honorario de la Sociedad Dermatológica de Viena, Moriz Kaposi declaró públicamente que, de producirse el nombramiento, él abandonaría inmediatamente la Sociedad.

Son varios los ejemplos de esta hostilidad. El propio Albert Neisser, jefe de Dermatología de la Universidad de Breslau, tuvo un perro vicioso en su clínica, le llamó "Unna".

En 1891, Unna publicó, junto con Henri Leloir (Francia), Malcolm Morris (Inglaterra) y Louis Duhring (Estados Unidos), el International Atlas of Rare Skin Diseases. Entre las muchas entidades incluidas estaban el angioqueratoma de Mibelli, así como la acantosis nigricans.

Uno de los artículos más importantes escritos por Unna fue sobre la dermatitis seborreica, de la que Unna hace una precisa descripción histológica, aunque considera responsable de esta entidad (así como de todos los eccemas) al *Morococcus*.

Aficionado desde su tesis a las técnicas de histoquímica, Unna desarrolló el azul de metileno policromado, que le permitió identificar a los mastocitos de la urticaria pigmentosa y en 1891 describir por vez primera las células plasmáticas.

Junto con Hermann Arthur Thost, describió lo que hoy se conoce como el síndrome de Unna-Thost.

En 1894, en un texto de dermatopatología que era parte del Tratado de Anatomía patológica Especial por Johannes Orth de Göttingen, describe la degeneración vacuolar de la epidermis característica de la viruela.

En 1903 ofrece una explicación histopatológica y fisiopatológica del estrato espinoso, proponiendo que las fibras celulares eran capaces de atravesar la membrana celular y penetrar en la célula adyacente, recirculando entre varias células. Las "espinas" serían por lo tanto fibras cruzando de una célula a otra. También será defensor del concepto "abtropfung" para los nevus, según el cual los melanocitos se originan de la epidermis y bajan o caen hacia la dermis.

A pesar de las numerosas contribuciones de Unna al mundo de la clínica y de la histopatología, la hostilidad del ámbito académico hacia él no cesó ni en la última etapa de su carrera. Cuando su discípulo y amigo Ernst Delbanco organizó un acto conmemorativo para el sexagésimo cumpleaños de Unna en 1910, acudieron dermatólogos de todo el mundo, pero ninguno de Alemania. Sin embargo, al final de sus días el canciller alemán Otto von Bismarck manifestó su intención de concederle el título de Profesor, a lo que Unna declinó, dadas las "circunstancias inapropiadas" del entorno.

Durante las dos primeras décadas del Siglo XX, la revista más importante de Dermatología en el Mundo (Archiv für Dermatologie und Syphilis) honró conmemorativamente a varios dermatólogos: entre ellos, Moriz Kaposi, Filipp Josef Pick, Caesar Boeck, o Julius Caspary. Paul Gerson Unna no estuvo entre los afortunados.

Isidor Neumann



Fig. 5: Isidor Neumann
(imagen del dominio público).

Isidor Neumann (Fig. 5) nace en Moravia en 1832 y también se trasladará a estudiar medicina a Viena, donde fue discípulo de Ferdinand von Hebra, ganando su doctorado en 1858. En 1881 fue nombrado Profesor de Dermatología y director de la Clínica de Sífilis. Se llegó a decir de Neumann que sabía más de sífilis que cualquiera de sus contemporáneos, con la posible excepción de Fournier.

En 1886 publica en la revista "Vierteljahrsschrift für Dermatologie und Syphilis" la descripción de un tipo especial de pénfigo, que más tarde sería conocido con el nombre de pénfigo vegetans de Neumann, describiendo la histología del mismo, con crecimientos papilares, infiltrado dérmico perivascular superficial, vasos dilatados en la dermis e infiltrado perianexial.

También fue el primero en publicar un estudio detallado del envejecimiento debido a la exposición a causas ambientales (Über die senilen Veränderungen der Haut des Menschen). No sería hasta años más tarde cuando pondría nombre a estas alteraciones: *seemannshaut* (piel de marinero).

Fallece en 1906.

BIBLIOGRAFÍA

1. Holubar K. The man behind the eponym. Remembering Heinrich Auspitz. Am J Dermatopathol. 1986;8(1):83-85.
2. Fatovic-Ferencic S, Holubar K. Carl Heitzmann's painting: early evidence of Kaposi's sarcoma. Lancet. 2005;365(9458):474.
3. Holubar K, Frankl J. Moriz (Kohn) Kaposi. Am J Dermatopathol. 1981;3(4):349-354.
4. Holubar K, Fatovic-Ferencic S. 1902-2002: a hundred years later. Moriz Kaposi 1837-1902: a historical reappraisal. Wien Klin Wochenschr. 2001;113(22):885-893.
5. Holubar K, Fatovic-Ferencic S. Entities and eponyms: two each, and a painter--"175" years on. Skinmed. 2012;10(4):241-243.
6. Holubar K, Fatovic-Ferencic S. Papillary tip bleeding or the Auspitz phenomenon: a hero wrongly credited and a misnomer resolved. J Am Acad Dermatol. 2003;48(2):263-264.
7. Pesapane F, Nazzaro G, Coggi A, Gianotti R. Mór Cohen, better known as Moriz Kaposi. JAMA Dermatol. 2014;150(3):265.
8. Pretterklieber ML. Ferdinand Ritter von Hebra--founder of modern dermatology. Isr J Med Sci. 1996;32(7):584.
9. Vaira F, Nazzaro G, Veraldi S. The men or women behind nevi: Paul Gerson Unna. JAMA Dermatol. 2014;150(2):176.
10. Hollander A. Glimpses at the life and work of P. G. Unna. Am J Dermatopathol. 1980;2(2):137-142.
11. Hollander A. P. G. Unna revisited. Am J Dermatopathol. 1981;3(2):187-189.
12. Hollander AW. Development of dermatopathology and Paul Gerson Unna. J Am Acad Dermatol. 1986;15(4 Pt 1):727-734.

Vicente Manuel Leis Dosil

Hospital Universitario Infanta Sofía. Universidad Europea de Madrid

San Sebastián de los Reyes. Madrid

Aunque en los siglos XVIII y XIX el cáncer de labio era, según la literatura, el más frecuente, nos encontramos con casos publicados de tumores cutáneos en otras localizaciones faciales y, entre ellas, la nariz era un asiento habitual de lesiones tumorales.

La historia de la rinoplastia es una de las más conocidas, por su curiosidad y por la existencia de textos antiguos que nos la documentan. Desde la antigüedad se conocían técnicas de rinoplastia, como la realizada en la India y recogida en el Susruta Samhita (Fig. 1) para reconstruir la nariz de aquellos delincuentes condenados a su amputación, trayendo la piel desde la frente en dos tiempos, de forma similar al colgajo mediofrontal, que aún se practica hoy en día.



Fig. 1: Estatua idealizada de Susruta en Jariduar. Susruta fue un médico y cirujano indio del siglo VII o VI a.C., autor del Susruta Samhita y uno de los fundadores de la medicina ayurveda, tradicional de la India.



Fig. 2: Libro de Gaspar Tagliacozzi "De Curtorum Chirurgia per insitionem", publicado en Venecia en 1597.

Posteriormente, en 1597, Gaspar Tagliacozzi¹ haría una modificación de otra técnica conocida como "italiana", que pasaría a denominarse método tagliacociano, consistente en formar la nueva nariz a partir de la piel del bra

Dado lo incómodo y violento de la postura forzada en que debía permanecer el paciente (Fig. 3), hasta 40 días según la descripción original, se buscaron zonas donantes más cómodas, como el antebrazo. Tagliacozzi fue criticado, e incluso acusado de impostor, y su técnica fue siendo sustituida por la india progresivamente.

Además, es obligado recordar que 25 años antes que Tagliacozzi, en 1574, el español Francisco Arceo, nacido en Fregenal de la Sierra (Badajoz)², publicó el caso de un paciente con una herida desde las cejas a los labios, "de suerte que la nariz juntamente con la mandíbula superior y dientes, descansaban sobre la barba". Mediante vendajes y puntos de sutura, consiguió reconstruir la cara del sujeto, quedando "tan curado, que después apenas se conocía la herida"³ (Fig. 4).



Fig. 3: Esquema del método de rinoplastia de Gaspar Tagliacozzi.

Estas técnicas clásicas estaban indicadas en casos de reconstrucción de toda la pirámide nasal, pero los cirujanos debían enfrentarse a distintos escenarios, con defectos mayores o menores, afectando a unas u otras unidades de la nariz. Uno de los tratamientos más clásicos de las úlceras cancerosas de la nariz era la cauterización, bien por cáusticos, bien por medios físicos.

Una muestra es un caso recogido en la literatura, del año 1855, en un paciente añoso, de 100 años, manchego de Saelices, con una extensa úlcera en la nariz, de 6 años de evolución, muy manipulada por el paciente. Se describía del siguiente modo: *“Todo el espacio comprendido entre la comisura bucal izquierda y el ala nasal del mismo lado y hasta una pulgada en dirección de la mejilla estaba ocupado por tubérculos, costras y ulceraciones de un color jaspeado de rojo, amarillento y como azulado oscuro: las últimas, algo fungosas, destilaban un humor como seroso, turbio y tan acre que irritaba la piel porque pasaba. El ala de la nariz estaba completamente separada de la mejilla y disminuida de volumen, por una ulceración que avanzaba en el interior de las fosas nasales del lado enfermo”*. El autor se planteó un diagnóstico diferencial entre un cáncer (*noli me tangere*) y un lupus o herpes corrosivo, decantándose por lo primero. Lo trató aplicando una pasta arsenical llamada *de Frai Cosme*, formándose una escara que al desprenderse dejaba una *“úlcera rosada y mucho más pequeña”*. Al revisar al paciente un año después y persistir la lesión aplicó de nuevo la pasta de *Frai Cosme*, *“quedando la ulceración existente, tan reducida a la caída de aquella que toda la población se admiró”*⁴.

Incluso se recurría a estos métodos en lesiones extensas y profundas, como el caso que se recoge a continuación:

“Ventura Navarro, vecino de esta corte, natural de Cuarte (Valencia) de 40 años de edad, estado casado, oficio buñuelero, temperamento sanguíneo y constitución buena, había gozado habitualmente de satisfactoria salud [...]. En el año de 1839 advirtió una pustulita indolente en la parte lateral izquierda de la nariz, que se rompía fácilmente al lavarse; [...] la miró con indiferencia [...] hasta que los progresos de la ulceración le intimidaron. [...] cansado el paciente de la rebeldía del mal, se redujo a emplear con fé y alternativamente cuantos remedios le propinaba el vulgo, hasta el 5 de abril de 1845 que tuvo la bondad de consultarme.

La úlcera que desde luego me pareció de naturaleza cancerosa, ocupaba la parte lateral izquierda de la nariz hasta el ángulo interno del párpado inferior, estendiéndose un poco al lado derecho por encima de los huesos propios; estaba cubierta de una costra dura semi-desprendida; los bordes duros, callosos y desiguales; rodeada de vejiguillas y destilando serosidad acre, corrosiva y de olor fétido. [...] Reconocí con el estilete [...] y me persuadí, tocando las desigualdades de la apófisis ascendente del maxilar, que estaba cariada esta parte [...] Con unas hilas empapadas en la tintura de mirra y planchuelas de cerato se consiguió detener y mejorar la caries. [...] hice pequeñas incisiones en los bordes para dar salida a la serosidad acre [...] y el punto cariado se mejoró notablemente, cubriéndose por fin de partes blandas.

Apliqué una pequeña cantidad de los polvos benedictos de la F de Loeches en toda la superficie ulcerada; se desarrolló una inflamación ligera que cedió a los emolientes, y después de caída la escara que produjeron los espesados polvos con las planchuelas de cerato, apareció la úlcera de un color sonrosado y sin fungosidades. El desprendimiento de esta escara fue seguido de una leve hemorragia que se combatió con el agua aluminosa.

*Seguí empleando las planchuelas de cerato, con los fomentos del cocimiento del diascordio, y cada día se presentaba con mejores condiciones la úlcera; hasta que últimamente, tocando sus bordes con el nitrato de plata, se consolidó la cicatriz sin haber dejado deformidad notable”*⁵.



Fig. 4: “De recta vulnerum curandorum ratione”, obra de Francisco Arceo (1493-1580). Edición en alemán de 1674.

En tumores pequeños el cierre directo, por primera intención, era la opción deseada; a pesar de la sencillez de la intervención el paciente podía permanecer 3 semanas ingresado en el hospital⁶. Otras veces se extirpaba la lesión y se dejaba cicatrizar por segunda intención, con especial cuidado de los apósitos empleados y las curas realizadas; como en el caso de una mujer de 45 años con unas úlceras de característica carcinomatosas en la punta de la nariz que no habían respondido a *“ioduro potásico, cicuta y otros remedios”*, por lo que se procedió a *“separar la porción ulcerada y los tejidos de su periferia, que estaban indurados, por medio de una incisión circular”* y con *“una cura sencilla salió ya en muy buen estado a los trece días de la operación”*⁷. Pero podía ocurrir que esta cicatrización por segunda intención fracasase, con la recidiva de la lesión; eso sucedió en el siguiente caso, en el que la recidiva se trató mediante estrangulación del tumor por su base:

“José Rodríguez Luque, vecino de la ciudad de Loja, de edad de 80 años [...] se me presentó en 27 de octubre de 1844 con la exigencia de que le cortase una escrescencia desarrollada en el lado izquierdo de la nariz, tanto para evitar los sarcasmos de los muchachos que por todas partes le seguían, como por la incomodidad y dolor que le hacía sufrir. [...] era del volumen de un huebo de gallina, de figura oblonga, cubierto de una película fina [...] pero á medida que se aproximaba al vértice, aumentaba de consistencia, [...] de donde salía una producción córnea, de unas nueve líneas de longitud, [...] con un crecimiento tan rápido, que solo habían transcurrido 43 días desde su aparición.

Tranquilizé al enfermo ofreciendo que lo observaría diariamente, como en efecto hice once días en cuyo tiempo, aumentó notablemente el tumor y se exasperó el dolor [...] por lo que juzgando de mala índole este producto morbos, y temiendo estragos de consideración, practiqué la escisión inmediatamente por su base y cohibí la hemorragia destruyendo algunas induraciones que quedaban. Con el cauterio actual enrojecido hasta el blanco.

Al tercer día levanté el apósito [...] se presentaba la úlcera de un hermoso color sonrosado y tendía a la cicatrización; mas el enfermo, desconfiando de su pericia por parecerle progresaba poco su curación y a impulsos de gestiones hechas por personas propicias á destruir el buen nombre de los profesores (efímero premio de sus desvelos y tareas) se puso en manos de un curandero que le ofreció dar en quince días por terminado su padecimiento.

Habrían transcurrido como unos sesenta días y nada sabía del enfermo en cuestión, cuando unos amigos de mi consideración y respeto se interesaron, para que nuevamente me encargase en la asistencia de este desgraciado; me dirigi a su casa y quede sorprendido al ver reproducida una nueva vejación o tumor del volumen de media naranja, informe, de aspecto pultáceo y cubierto de costras gruesas de un moreno sucio, con varias fisuras tortuosas, de las que fluía un humor fétido e icoroso [...]: le manifesté era necesario escindirle de nuevo, y habiéndose negado, discurrí ligarlo con un hilo de plomo.

Al siguiente día circunvale el tumor por su base con el hilo, y reunidos sus extremos, di con ellos dos vueltas produciendo una mediana compresión. A los doce de repetir esta maniobra los dolores se hacían intolerables, y me fue preciso recurrir a las preparaciones narcóticas, con los que pudo sufrir la estrangulación hasta el día 25 que hallando el enfermo en un estado de frenesí, quité la ligadura y escindí el tumor por el pedículo que lo sostenía.

Toda la pared de la nariz correspondiente al tumor desde el borde inferior de los huesos piramidales hasta el ala izquierda y una gran porción de la punta, fueron separadas al hacer la escisión, quedando al descubierto parte el vómer y cartílagos laterales en estado de putrefacción que corte con las tijeras corbas, y termino tratando la úlcera resultante con planchuelas de hilas cargadas del cerato simple, con cuyo auxilio se completo la curación a los trece días sin que hasta ahora se hayan notado señales de recidiva, a pesar de haber transcurrido 19 meses”.

Termina el artículo el autor, Francisco Salos, de Motril, responsabilizando de la recidiva a los cáusticos usados por el curandero, los *polvos de Rousselot*, y no al hecho de que había realizado



Fig. 5: Melchor José M. Sánchez de Toca y Sáenz de Lobera (1804-1880) Catedrático de Operaciones del Colegio de Medicina de San Carlos (Facultad de Medicina de Madrid).

una destrucción incompleta de la lesión en el primer tratamiento⁸. Esto es otra muestra del habitual enfrentamiento entre los cirujanos y los curanderos o ministrantes.

En ocasiones se realizaban extirpaciones con márgenes amplios, con una minuciosa hemostasia, pero sin preocuparse mucho por la reconstrucción, dejando inestéticas amputaciones en la cara de los pacientes. Sirvan de ejemplo los siguientes casos de la Clínica del Dr. Melchor Sánchez de Toca (Fig. 5):

“Una mujer, de 50 años, natural de Carabanchel, [...] se presentó en la clínica con la afección que os ocupa atribuyéndola a la inoculación que la pudo causar una niña enferma de una dolencia sospechosa que se encargó de destetar, hacia ya seis años. [...] Fue creciendo esta pequeña vegetación, a pesar del uso repetido de cauterizaciones, y vino después a transformarse en una elevada úlcera, de bordes callosos y redoblados, de fondo desigual y sucio, que daba sangre con facilidad y era el origen de dolores pungitivos. [...] tenía además otra pequeña escoriación y dureza hacia el ala izquierda de la nariz [...]. La operación consistió solo en estirpar circularmente no solo la porción

ulcerada, sino todos los tejidos periféricos que estaban indurados, en el lado derecho; y en el izquierdo, se quitó una porción de la mucosa nasal y del fibro-cartilago; fue necesario ligar algunos ramos de las arterias labial y nasal, y se terminó con una cura sencilla”⁹.

“Basilia Cercenada, de Cuenca, de 56 años [...]. Hacia 12 años, se le presentó una verruguita, que escindida, resultó una úlcera, que en vez de cicatrizar, progresó llegando a destruir completamente la nariz y parte de los huesos propios. El día 4 de octubre fué a la clínica; la úlcera tenía el diámetro de un peso duro, bordes duros, desiguales, rubicundos y como amoratados, vueltos hacia fuera, dejando al descubierto los bordes desiguales y cortantes de los huesos propios; tenía inyección en la conjuntiva ocular izquierda, é imposibilidad de cerrar los párpados del mismo lado. Se la dispuso ración y media y chocolate, cocimiento de cebada y cura de la úlcera mañana y noche con cerato opiado. El día 15 se la operó haciendo una incisión vertical de forma elíptica, alrededor de la úlcera, se dividieron hasta el hueso, las partes blandas, teniendo que ligar las arterias labiales, la facial y la suborbitaria izquierda; con una sierra de arco se cortaron de abajo á arriba, y á nivel de las partes blandas los propios de la nariz, las apófisis ascendentes de las maxilares, los tabiques de las fosas y las espinas nasales. [...] Se aproximaron los bordes de la herida, sosteniéndolos con sutura ensortijada y entrecortada, y se cubrió la parte con hila informe, una compresa y una careta. [...] Siguió mejorando, y el día 13 hubiera salido de la clínica; pero por la escasez de recursos, se la permitió continuar en ella hasta el 23, sesenta y ocho de la operación, en que salió completamente curada”¹⁰.

Pedro Sama, de Talavera la Real, publicaría en 1866 un caso de un extenso tumor en el que se realiza una amplia extirpación, reconociendo en el texto los resultados poco estéticos. El artículo es interesante, principalmente por la descripción que se hace del caso y la intervención, así como por unas reflexiones finales del autor acerca del cáncer y la cirugía:

“Isabel Pilita, natural de Montijo, casada, de 34 años [...]. Hace seis años, en una de las escenas matrimoniales tan propias de la clase social que ocupa, recibió un fuerte golpe en la punta de la nariz, y se la formó una herida, la que, a pesar de los medios empleados en su tratamiento por los profesores del hospital de Badajoz, como por otros de esta provincia y del vecino reino de Portugal, jamás se cicatrizó desde que obró el agente traumático, y muy lejos de esto ganaba en extensión y tomaba peor aspecto.

Así las cosas, después de tres años de tratamiento y viendo que todos los profesores la daban á entender que no podía curarse por calificar la úlcera de cancerosa, se presentó en esta localidad para que la desengañase, si se moría como ya se lo había dejado entrever algunos médicos que la habían visto. [...]

Una horrorosa úlcera por sus dimensiones y aspecto, y cuyo centro correspondía al sitio que ocupó la punta de la nariz, de forma angular con el vértice hácia arriba, de bordes desiguales, duros y tirados hácia fuera, olorosa y dando sangre al menor estímulo, de aspecto sucio y con dolores lancinantes desde que invadió el tejido del labio superior, de unas dimensiones muy pronunciadas, puesto que empezaba por su parte superior muy cerca de la raíz de la nariz, llegando por la infusión á la reunión de la piel con la mucosa del labio superior; por sus lados se extendía al borde anterior de los maseteros, y toda cubierta de una sanies acre y corrosiva que despedía ese olor sui generis que denominamos olor canceroso.

[...] le di mi parecer espresado en los siguientes términos: “A usted solo pueden salvarla los medios quirúrgicos, es decir, quitándole todo lo malo” [...] se presentó resuelta á operarse, lo que se verificó el día 5 de marzo de 1864.

El día referido y acompañado de los ministrantes Mauricio Guisado y Justo Macías, se dio principio á la operación del modo siguiente: Colocada la enferma en una cama que de antemano se tenía preparada, mirando directamente á la luz natural, se le aplicó á la parte anterior de las fosas nasales una compresa empapada en cloroformo, y á los pocos momentos se presentó la anestesia sin otro accidente que unas ligeras convulsiones. Tomando en seguida un bisturí recto, practiqué una incisión en el lado derecho de la úlcera, la que, empezando en la piel que cubría la articulación de los propios con el coronal, bajaba en dirección oblicua de arriba abajo y de la línea media de la cara hácia fuera para terminar muy cerca de la comisura de la boca del mismo lado. Hecha esta primera, hice una segunda enteramente semejante á aquella en el lado opuesto, quedando por consiguiente formado un triángulo, cuyo tercer lado estaba representado por el borde libre del lábio superior. Acto seguido empecé la disección de los tejidos por la parte superior de las incisiones, y luego que disequé la piel que cubría los propios, y llegado a su parte inferior, dirigí el bisturí de arriba abajo, de fuera á dentro, y de delante atrás, interesando todos los tejidos blandos, incluso los cartílagos, y así que llegué á los huesos, hice un cambio en la dirección del bisturí, llevándolo de arriba abajo, pero de atrás á delante, cortando en este movimiento toda la porción que había de nariz y lábio superior hasta muy cerca de las comisuras. No hay para qué decir que, concluido este primer tiempo de la operación, tuve que hacer compresión de las extremidades de la arteria labial superior hasta que se suspendió la hemorragia. Luego que esta cesó, desarticulé los propios, y al propio tiempo hice la resección de la mitad anterior del cornete inferior de las fosas nasales. Para la reunión de los tejidos que habían de constituir el labio superior, disequé la piel y tejido celular más inmediatos, y así que pude reunir sus bordes, puse un alfiler en la parte más inferior con su correspondiente asa de hila, y un poco mas arriba, coloqué otro para formar con los dos un ocho de guarismo y quedó formado el lábio superior. La reunión más inmediata superior, como el resto de la herida, no pudo formarse por falta de tejidos, así que se aproximó lo que pudo con tiras de aglutinante para que cicatrizara por segunda intención, y se le puso el apósito correspondiente. Vuelta en sí la enferma se la trasladó a su cama habitual [...].

El día 20 se vió toda la superficie cicatrizada, y entonces solo se le ponían los lechinos á fin de que le quedase espedito el paso del aire á los pulmones. [...] quedó muy desfigurada, pues que su cara es completamente plana [...]. Despues de dos años la he vuelto a ver y está bien, tanto es así, que despues ha parido y está de nodriza.”

Tras describir el caso, se recogen unas reflexiones del autor acerca de la definición del cáncer, su etiopatogenia y la existencia o no de una diátesis que predisponga a ciertas personas a padecerlo. En aquel momento todavía no existía una definición del cáncer aceptada por todos, y se hablaba de trastornos profundos de la nutrición que provocaban crecimiento de tejidos semejantes al de origen, o bien de meras descripciones anatómicas. La causa no era tampoco conocida, y se observaban casos en los que un *ligerísimo golpe determina la afección al paso que otras no bastan á producirla grandes agentes*. De esto deducía que debía existir un *modo de ser especial* o diátesis; esta predisposición consideraba que no era permanente y podía cambiar a lo largo de la vida, por lo que, *siempre que la caquexia no haya empezado y las partes lo permitan, se debía operar el cáncer*¹¹.

Pero al hablar de rinoplastia en España en el siglo XIX es imprescindible recordar a José González Olivares. Además de ser un personaje clave en la introducción de la anestesia en nuestro país, publicó varios casos de destrucciones de pirámide nasal reconstruidas con su técnica de rinoplastia. En la edición en español del Manual de Medicina Operatoria de Malgaigne, en la que se añadieron procedimientos de autores españoles, encontramos una referencia a su manera de realizar esta operación; básicamente se trataba de un colgajo compuesto de piel, tejido celular subcutáneo y músculo, procedente de la frente, en dos tiempos, y usando algún tipo de molde que diese forma a la nueva nariz (tela almidonada, cartulina o mechas de hila); pasado un tiempo prudencial se cortaba el pedículo¹².

En 1849 el propio González Olivares explica su técnica y sus motivaciones. Para él, a la hora de reconstruir una ablación total o parcial de la nariz, *“lo importante de esta operación es dar al colgajo que le ha de suplir, la forma, la estension convenientes”*. Por ello desecha los procedimientos conocidos y adopta uno con ciertas ventajas: *“1º que el pediculo del colgajo esté colocado en el punto mas rico en vasos sanguíneos y nervios para que con su riego sostengan el color y la vida y se apresure la cicatrización; 2º que la base sea muy ancha, circunstancia de grande importancia; 3º que el colgajo al colocarse en el sitio que debe estar no sufra ranversamiento alguno que impida el circulo por los vasos mas tenues; 4º en fin la dirección de los cortes proporciona algunas ventajas para la aproximación de los bordes, y que no queden anchas y deformes las cicatrices”*.

Para la reconstrucción total, situaba el pedículo del colgajo en el canto interno del ojo; las incisiones del colgajo las situaba, una desde la fosa temporal hasta la ceja del lado contrario, otra desde el inicio de la primera en oblícuo hasta la raíz de la ceja ipsilateral, y la última hacia abajo desde el final de la segunda, pasando por el puente nasal hasta el tendón del orbicular de los párpados. El espesor del colgajo alcanza hasta el plano muscular (frontal, superciliar y principio del elevador de la nariz). Este colgajo se rota y se amolda sobre *dos lechinos gruesos colocados en las aberturas anteriores de las fosas nasales*, sujetándolo con puntos de sutura entrecortada. Posteriormente, al 5º o 6º día se seccionaba el colgajo, utilizando esta porción de piel para cubrir en parte el defecto secundario en la frente. La técnica de González Olivares es, por tanto, otra variante de la clásica técnica indiana, disponiendo el colgajo de forma más horizontal en la frente, y con un amplio pedículo que ocupaba todo el ancho de la raíz nasal, que garantizase su viabilidad¹³.

Para defectos parciales de la nariz recurría a su técnica de autoplastias múltiples, mediante la cual cubría el defecto con un primer colgajo de transposición, el defecto secundario lo cubría con un segundo colgajo, y así sucesivamente hasta que el defecto se podía cerrar directamente¹⁴. En el caso de la nariz tomaba el primer colgajo de piel que cubría la porción ascendente del maxilar y la porción orbitaria del malar; el siguiente de la mejilla, y un tercero, si era preciso, del cuello.

BIBLIOGRAFÍA

1. Taliacotii, Gasparis. De Curtorum Chirurgia per insitionem. Venecia : Apud Gasparem Bindonum iuniorem, 1597.
2. Chinchilla, Anastasio. Historia particular de las operaciones quirúrgicas. Fabricación de una nariz artificial. Anales Históricos de la Medicina en General. 1841, Vol. I, pp. 61-7.
3. Arceo, Francisco. De recta curandorum vulnerum ratione. Antwerp : Ex officina Christophori Plantini, 1574.
4. Cancer de piel de labio, megilla y nariz, asi como de la mucosa bucal, en un anciano de 100 años. Notables efectos de la pasta arsenical de Frai Cosme. Rubio, ES. 181, Madrid : s.n., Octubre 5, 1855, El Porvenir Médico, Vol. III, pp. 217-8.
5. Carcinoma de la nariz. Curación. Fernández, Matías Fresco y. 18, Madrid : s.n., mayo 3, 1846, Anales de Cirugía. Periódico de la Academia Quirúrgica Matritense., Vol. 1, p. 138.
6. Hospital General de Pamplona. Cirugia de Mugeris. Larrayoz, José María. 65, Madrid : s.n., Abril 18, 1847, Anales de Cirugia. Periódico de la Academia Quirúrgica Matritense., Vol. II, p. 535.
7. Reseña de las operaciones practicadas en este Hospital durante el mes de abril. Clínica del doctor D Melchor Sánchez de Toca. Estirpación de unas úlceras carcinomatosas. Goicoechea, J de. 14, Madrid : s.n., Junio 10, 1857, La Iberia Médica, Vol. I, pp. 106-7.
8. Observación de un tumor fungoso de naturaleza herpética, desarrollado con rapidez en el lado izquierdo de la nariz y curado radicalmente por estrangulación con un hilo de plomo. Salos, Francisco. 24, Madrid : s.n., Junio 14, 1846, Anales de Cirugía. Periódico de la Academia Quirúrgica Matritense, Vol. 1, pp. 189-190.
9. Estirpación de una úlcera carcinomatosa en la nariz. de Goico-Echea, J. 6, 1857 : s.n., Abril 30, 1857, La Iberia Médica, Vol. 1, p. 43.
10. Destrucción completa de la nariz y parte de los huesos propios de este órgano por una úlcera carcinomatosa inveterada. Operación seguida de bien éxito. de la Torre, D. 15, Madrid : s.n., Junio 15, 1857, La Iberia Médica, Vol. 1, p. 118.
11. Un caso mas en pró de las operaciones en las afecciones cancerosas. Estirpacion de una úlcera cancerosa de la cara, con ablación de los huesos propios de la nariz, de sus cartílagos y parte del cornete inferior de las fosas nasales. Sama, Pedro. 559, Madrid : s.n., Agosto 23, 1866, La España Médica, Vol. 10, pp. 402-4.
12. Apéndice. Rinoplastia. [book auth.] JF Malgaigne. [trans.] Benito Amado Salazar. Manual de Medicina OperatoriaManual de Medicina Operatoria. 4ª. Madrid : Librería de D Ángel Calleja, 1848, Vol. 2, pp. 328-9.
13. Rinoplastia. Nuevo procedimiento que asegura y facilita esta operación. González Olivares, José. 23, Santiago de Compostela : s.n., Febrero 1, 1849, Revista Médica. Periódico de la Academia de Emulación de Santiago., pp. 511-4.
14. Ventajas que en el método plástico resultan de estraer mas de un colgajo, cuando hay que cubrir estensas superficies desnudas de tegumentos. González Olivares, José. 14, Madrid : s.n., Abril 6, 1851, Boletín de Medicina, Cirugía y Farmacia., Vol. 1, pp. 108-9.

José Sánchez-Covisa

Sánchez-Covisa y su tiempo

Eduardo Fonseca Capdevila

Servicio de Dermatología

Complejo Hospitalario Universitario de La Coruña (España)

Dirección para correspondencia: fonseca@especialistasdermatologia.com

José Sánchez-Covisa Sánchez-Covisa nació en Huete, provincia de Cuenca, el 28 de junio de 1881, pero antes de cumplir los 3 años se trasladó a vivir a Madrid, al cambiar de destino su padre¹.

En su familia fueron 9 hermanos. Su hermano Isidro (1880-1946) se licenció en medicina el mismo año que él y se considera uno de los fundadores de la urología como especialidad en España.

En 1912 contrajo matrimonio con Teresa Hernando Ortega, hermana de su íntimo amigo Teófilo Hernando Ortega (1881-1976), catedrático de Terapéutica, Arte de Recetar y Materia Médica de la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Madrid, introductor en España de la farmacología clínica. Fruto de este matrimonio, tuvo tres hijos: María, Joaquín y Teresa.

Su sobrino y ahijado Luis Hernando Avendaño (1926-2017), hijo de Teófilo, fue introductor de la nefrología en España².

Sobre su carácter y creencias, todas las fuentes coinciden en que era bondadoso, cordial, inteligente, trabajador, organizado, honesto, amante de su familia, modesto, con gran sentido del bien común, liberal y agnóstico.

Estudios

Cursó el bachillerato en el Instituto Cardenal Cisneros de Madrid y la carrera de medicina en Universidad Central de Madrid, obteniendo la licenciatura, con premio extraordinario, en 1903. Fue alumno interno, por oposición, de la Beneficencia Provincial de Madrid y de la Facultad de Medicina, en la Cátedra de Patología Quirúrgica, dirigida por Alejandro San Martín y Satrústegui (1847-1908) y la de Clínica Médica, dirigida por Manuel Alonso Sañudo (1856-1912), con quien continuó desde 1906 como profesor ayudante de clínica hasta su ingreso como médico de la Beneficencia Provincial de Madrid, adquiriendo una sólida base como internista. En 1904 alcanzó, también con premio extraordinario, el grado de doctor, tras la lectura de la tesis "Algunas consideraciones generales sobre el concepto de la clorosis"^{1,3,4}.

Su formación como internista fue destacada también por José Gay Prieto (1905-1979), su más destacado discípulo y sucesor en la cátedra, señalando que "siempre proyectó su influencia en la actuación clínica del dermatólogo, evitándole caer en la barbarie del 'especialista puro' y haciéndole enfocar el estudio de sus enfermos con criterio amplio y humano de médico general"⁵.

A partir de su ingreso en San Juan de Dios, fue el principal discípulo de Juan de Azúa Suárez (1858-1922), primer catedrático de Dermatología y Sifiliografía en Madrid, con el que se especializó en esta disciplina.

En 1928, el propio Sánchez-Covisa reconocía a Alonso Sañudo y a Azúa como "formadores de mi espíritu".

Médico de la Beneficencia Municipal de Madrid

Ingresó, por oposición, en este cuerpo en 1904 y poco tiempo después solicitó la excedencia para dedicarse a la labor de profesor ayudante de clínica con Alonso Sañudo. En 1916 se hizo cargo de la consulta de dermatología que se creó en esta institución, desempeñándola en la Casa de Socorro del Distrito Centro hasta 1926, cuando solicitó la excedencia al ocupar la cátedra de Madrid.

Médico Director de Balnearios

Entre 1925 y 1935 participó en diversos concursos, primero como médico habilitado y más tarde como médico director propietario de instituciones balnearias y de aguas minero-medicinales. Fue nombrado director de los balnearios de Cortegada (Orense) y Villaro (actualmente Areatza) en Vizcaya, pero no nos consta que ejerciera dicha actividad.

Médico del Hospital San Juan de Dios (Madrid)



Fig. 1: José Sánchez-Covisa en 1912. Archivo del autor, cedida por la familia Sánchez-Covisa.

En 1908 ingresó, por oposición, como médico de guardia en el Hospital de San Juan de Dios de Madrid, perteneciente a la Beneficencia Provincial de Madrid y dedicado a las enfermedades cutáneas y venéreas. En sus primeros años allí fue agregado al servicio de Azúa. En 1912 (Fig. 1) consigue la plaza de médico de número en el mismo hospital, puesto que implicaba la dirección de un servicio.

Mientras residió en España, Sánchez-Covisa realizó su labor asistencial, docente e investigadora en colaboración con Julio Bejarano Lozano (1893-1966), denominando su servicio en el Hospital de San Juan de Dios "Servicio de los Drs. Sánchez-Covisa y Bejarano", a partir de la incorporación de este último como médico de guardia en 1919.

El ingreso como médico del Hospital de San Juan de Dios, que durante muchos años fue el más prestigioso de España y uno de los más relevantes del mundo como centro monográfico de dermato-venereología, fue simultáneo con el de Enrique Álvarez Sainz de Aja (1884-1965), compañero de estudios durante la preparación de las oposiciones. En pocos años sus servicios se convirtieron en los más destacados del hospital y entre ambos se estableció una correcta rivalidad científica.

Catedrático de Dermatología y Sifiliografía

Además del periodo como profesor de clínica con Alonso Sañudo, entre 1914 y 1917 fue profesor auxiliar interino de Terapéutica, en la cátedra de Teófilo Hernando, a propuesta del Claustro de Medicina.

En 1924 fue nombrado profesor agregado de la Cátedra de Dermatología y Sifiliografía de la Universidad Central de Madrid por la Junta de Facultad, a petición propia y valorando el interés docente de su servicio en el Hospital San Juan de Dios. En 1926 sucedió a Azúa como titular de la cátedra, siendo el primer catedrático de dermatología en España nombrado por oposición, labor que desempeñó hasta la Guerra Civil en el Hospital Clínico de San Carlos (Fig. 2). Bejarano señala como sus condiciones pedagógicas más salientes: "Exposición clara y sistematizada, aun de las materias más arduas; experiencia clínica prolongada; material abundantísimo de enseñanza, recogido en largos años de actividad hospitalaria; y sobre todo una base de cultura médica general, imprescindible para el que tenga como misión fundamental difundir una especialidad entre los futuros médicos prácticos"⁶.



Fig. 2: Sánchez-Covisa dando clase en la Facultad de Medicina de Madrid. Fotograma de "La Terrible Lección" (1927).

Su labor docente se extendió mucho más allá de la docencia oficial, siendo especialmente importante la realización de cursos de postgrado, tanto en el Hospital de San Juan de Dios como en la Facultad de Medicina, en los dispensarios antivenéreos y otros centros asistenciales. Fue también un destacado ateneísta.

En 1929 Julio Bejarano Lozano fue nombrado profesor auxiliar temporal de la cátedra, posición que conservaría hasta su exilio.

En mayo de 1933 Sánchez-Covisa ocupó, tras propuesta unánime de su Junta de Profesores, el cargo de Decano de la Facultad de Medicina⁷ (Fig. 3) y en agosto de 1936 el de director del Hospital Clínico de San Carlos⁸. Como decano hubo de enfrentarse a importantes disturbios estudiantiles, incluso con tiroteos en la facultad y en los que trató de mediar; cesó por renuncia en octubre de 1934⁹. La plaza de director del Hospital Clínico la abandonó el 8 de noviembre de 1936, cuando el Gobierno se desplazó a Valencia. Esta decisión suscitó numerosas críticas y fue considerada una deserción por el Comité del Frente Popular de San Carlos.

En 1937 es nombrado profesor agregado temporal de dermatología de la Facultad de Medicina de Barcelona, hecho que parece más destinado a proporcionar un apoyo personal que a una finalidad docente, dado que la Guerra Civil había interrumpido casi por completo la vida académica.

En febrero de 1938 superó el proceso depurativo de las autoridades republicanas y se le reconoció la plenitud de sus derechos.

Sociedad Española de Dermatología y Sifiliografía y Actas Dermo-Sifiliográficas

En 1909 fue uno de los miembros fundadores de la Sociedad Española de Dermatología y Sifiliografía, promovida por Azúa y que devendría en la actual Academia Española de Dermatología y Venereología. Entre los años 1909-1922 fue secretario-contador de la sociedad, bajo la presidencia de Azúa. Tras el fallecimiento de éste, fue elegido presidente, cargo que ejerció en el periodo 1922-1927.

Los siguientes presidentes elegidos fueron Enrique Álvarez Sainz de Aja, durante el periodo 1927-1931 y Julio Bejarano Lozano, de 1931 a 1934, pasando a ser presidente de honor durante sus mandatos. En 1934 fue reelegido presidente efectivo de la entonces denominada Academia Española de Dermatología y Sifiliografía¹⁰.

Su segundo periodo como presidente efectivo se vio interrumpido por la Guerra Civil. La Academia reinició sus actividades en el territorio controlado por los nacionales y en febrero de 1939 la junta directiva fue sustituida por otra provisional, dirigida por José Fernández de la Portilla, quien era vicepresidente de la última junta elegida. En octubre de ese mismo año, Fernández de la Portilla fue confirmado como presidente, designado por el Ministerio de Educación Nacional.

En cuanto a la revista de la Sociedad, Actas Dermo-Sifiliográficas, durante el periodo 1909-1917 Sánchez-Covisa fue secretario de redacción, pasando luego a miembro del comité de publicación. En los periodos en que ejerció la presidencia de la Sociedad, fue también director de la revista, según lo previsto en sus estatutos¹¹.

Academia Nacional de Medicina

Elegido Académico de Número de la Academia Nacional de Medicina, tomó posesión del sillón número 20 el 6 de junio de 1928, con el discurso "El problema de la lepra en España"^{3,4}.

Este discurso incluía críticas al funcionamiento del Sanatorio Leprológico de Fontilles y motivó una fuerte polémica con su director médico Mauro Guillén Comín (1876-1932). En 1931, ya como diputado, promovió una serie de actuaciones e inspecciones, en las que participó personalmente, que llevaron a que un año más tarde el sanatorio fuera incautado y se convirtiera en una institución estatal.



Fig. 3: Retrato de Sánchez-Covisa en 1934, cuando ejercía el cargo de Decano de la Facultad de medicina en la Universidad Central (Madrid). Realizado con motivo del I Congreso Nacional de Sanidad, Madrid 1934.

Diputado de las Cortes Constituyentes de la II República Española



Fig. 4: José Sánchez-Covisa (identificado con el número 2) en un mitin político de en Huete (1931). Archivo del autor, cedida por la familia Sánchez-Covisa.

Al igual que otros muchos médicos, Sánchez-Covisa fue candidato a Diputado en las elecciones a Cortes Constituyentes, en junio de 1931. Su actividad política la hemos valorado con detalle en una publicación previa¹².

Se presentó como candidato del partido Derecha Liberal Republicana por Cuenca (Fig. 4), que en esa circunscripción concurría con la Conjunción Republicano-Socialista. Esto ha hecho que muy a menudo se haya afirmado que se presentó por el Partido Socialista, de ideología marxista, que nunca compartió.

En agosto de 1931, Derecha Liberal Republicana cambió su nombre por Partido Republicano Progresista. La discusión del tema de la religión supuso una crisis en el partido.

Los fundadores Niceto Alcalá-Zamora y Torres (1877-1949) y Miguel Maura Gamazo (1887-1971) votaron en contra de la redacción final laicista y dimitieron de sus cargos como Presidente del Gobierno Provisional de la República y Ministro de la Gobernación respectivamente. Sánchez-Covisa mantuvo sus promesas electorales y votó a favor; a continuación, abandonó el partido, en octubre de 1931.

En marzo de 1932 se afilió a Acción Republicana, el partido dirigido por Manuel Azaña Díaz (1880-1940). Las Cortes se disolvieron el 9 de octubre de 1933 y Sánchez-Covisa no volvió a concurrir a nuevas elecciones, pero mantuvo la militancia en Acción Republicana y el partido continuador de este, Izquierda Republicana.

Su implicación y el prestigio que alcanzó como parlamentario fueron muy grandes. Resultó elegido Secretario 4º de la mesa de la cámara y posteriormente pasó a Secretario 3º, lo que implicó que a sus numerosas intervenciones en comisiones y plenos se sumaran labores organizativas y de representación de la Cortes. También fue miembro y en la elaboración de muchas leyes presidió la Comisión Permanente de Gobernación, incluyendo algunas tan trascendentes como la Ley de Orden Público. Pese a ser muy distantes de su profesión, sus opiniones sobre temas legislativos eran muy respetadas entre los parlamentarios y los medios de comunicación especializados (Fig. 5).

Dedicó también gran atención a las leyes relacionadas con su circunscripción electoral, la enseñanza y la medicina.

Otros cargos

Miembro de la Academia Médico-Quirúrgica Española desde 1908, de la que fue nombrado secretario primero en 1913 y presidente en el periodo 1921-1923; inauguró los cursos de 1922-3 y 1923-4 con sendos discursos sobre "Patogenia y tratamiento del prurito" y "El bismuto en el tratamiento de la sífilis". Presidente del Colegio de Médicos de Madrid, elegido en 1920 y dimitió un año más tarde. Presidente de Honor del Colegio de Médicos de Cuenca. Miembro del Consejo Nacional de Sanidad, nombrado en 1931; pasó en 1933 a ser consejero nato como decano de la Facultad de Medicina de la Universidad Central y vuelto a nombrar como consejero electivo en julio de 1936. Miembro de la Liga Internacional de Dermatología. Consejero Técnico de la Unión Internacional contra el Peligro Venéreo y nombrado presidente de la asociación en la reunión celebrada en Madrid el 19 de mayo de 1934 tras el I Congreso Nacional de Dermatología^{13,14}.



Fig. 5: Caricatura de Sánchez-Covisa publicada en ABC (1932), ilustrando la crónica parlamentaria.

Publicaciones

Su principal publicación fue "Elementos de Dermatología", realizada junto a Julio Bejarano. Es considerada el primer tratado moderno de la especialidad en español y consta de un único tomo de 514 páginas.

Concebido como un manual dirigido a estudiantes y médicos no especialistas, destacaba por sus numerosas ilustraciones (215 figuras). Fue editado a expensas de sus autores y el hecho de que apareciera en 1936 limitó mucho su difusión. A fin de evitar la incautación de los ejemplares no vendidos, la familia de Sánchez-Covisa, depositaria de los mismos, difundió que habían sido destruidos en un bombardeo durante la Guerra Civil, versión que ha sido reflejada en diversas publicaciones¹⁵.

Los trabajos realizados en su cátedra fueron recogidos en 5 tomos, tres publicados bajo el título "Trabajos de la Cátedra de Dermatología" y dos como "Modernos Estudios sobre Dermatosifiliografía". La mayoría de estas publicaciones aparecieron también en Actas Dermo-Sifiliográficas.

Completan su bibliografía diversos capítulos de libros, monografías de discursos académicos y cerca de doscientos artículos y notas clínicas en revistas especializadas, con predominio de los dedicados a la venereología^{13,14}.

Como contribución original destaca la descripción de la piodermatitis chancriforme (pseudochancros), delineada en varias publicaciones a partir de 1919 y conocida con el epónimo piodermatitis chancriforme de Covisa y Bejarano.

Participación en Congresos

Asistió como delegado oficial, representando a España, al VIII y IX Congresos Internacionales de Dermatología de Copenhague de 1930 y Budapest en 1935, a la Asamblea de la Unión Internacional contra el Peligro Venéreo en Ámsterdam y La Haya, en julio de 1936 y a los Congresos de Dermatólogos y Sifiliógrafos de Lengua Francesa II (Estrasburgo 1923), III (Bruselas 1926), IV (París 1929) y V (Lyon, 1934).

Había sido nombrado Vicepresidente de la VI Reunión de Dermatólogos y Sifiliógrafos de Lengua Francesa, que tenía que celebrarse en Barcelona en 1937 y Presidente del X Congreso Internacional de Dermatología y Sifiliografía, con sede en Madrid en 1940. Ambos fueron suspendidos por la Guerra Civil, trasladándose la sede del Congreso Internacional a Nueva York y más tarde aplazado, a causa de la II Guerra Mundial, hasta 1952, teniendo lugar en Londres. La VI Reunión de Dermatólogos y Sifiliógrafos de Lengua Francesa se celebró en París en 1939.

También en el ámbito internacional, fue miembro de honor de las sociedades dermatológicas de Francia, Italia, Hungría y Cuba y corresponsal de las de EE.UU., Alemania, Austria, Dinamarca, Hungría y Argentina.

En los años 30 propuso, junto a Pedro L. Baliña, de Buenos Aires, la creación del Colegio Latino Americano de Dermatología¹⁶, que no llegó a materializarse hasta 1948.

Su participación en congresos realizados en España fue también relevante. Incluyen el Congreso Internacional Monográfico de Cáncer de Piel (Barcelona 1929), el Congreso Internacional de Lucha Científica y Social contra el Cáncer (Madrid 1933), el I Congreso de Dermatólogos Españoles (Madrid 1934), con el que se conmemoró el XXV Aniversario de la Academia Española de Dermatología y Sifiliografía y el II Congreso Nacional de Dermatología (Granada, 8-10 de junio de 1936)^{13,14}.

Guerra Civil y Exilio

Como comentamos más arriba, en noviembre de 1936, al partir el Gobierno hacia Valencia, abandona Madrid y se dirigió a París, ciudad a la que previamente se había exiliado su cuñado Teófilo Hernando y donde gozaba de numerosas amistades. Al igual que había hecho para disculpar la marcha de Teófilo Hernando, transmitió que motivo del viaje era para adquirir medicamentos para la República. Le acompañaron en el viaje su mujer y su hija menor. La mayor ya había contraído matrimonio y su hijo no podía abandonar el país por encontrarse en edad militar, motivo por el que no

se planteó un exilio definitivo. A fin de evitarle los riesgos del frente, consiguió que su hijo Joaquín fuera nombrado secretario privado de Juan Negrín López (1892-1956)¹⁵.

José Sánchez-Covisa era un convencido republicano y se había comprometido firmemente con la República en su actuación como diputado en las Cortes Constituyentes. Como tal, había votado a favor del laicismo del estado y el Estatuto de Cataluña, lo que le valió furibundas críticas desde los partidos de derecha. Incluso, en agosto de 1936, cuando se hizo cargo de la dirección del Hospital Clínico de San Carlos, había manifestado que “el que no sienta suficiente entusiasmo por servir a la política del Frente Popular, deberá alejarse”. Sin embargo, era demasiado moderado para los tiempos que corrían en Madrid en otoño de 1936 y, además del riesgo de que los nacionales ocuparan la capital, su vida corría un grave riesgo procedente de elementos republicanos. En concreto, los militantes de Izquierda Republicana habían sido amenazados de muerte por la CNT^{17,18}.

También en noviembre de 1936, su hermano Isidro fue evacuado a Valencia por el Quinto Regimiento de Milicias (comunistas), junto a otros notables intelectuales y artistas, de acuerdo con el Gobierno de la República y la Junta de Defensa de Madrid¹⁹. En ocasiones se han producido confusiones entre la identidad de los dos hermanos, incluyendo a José entre los evacuados.

Desde París, Sánchez-Covisa regresó a Valencia y al desplazarse de nuevo el Gobierno, esta vez a Barcelona, se mudó a esta ciudad, donde, como ya comentamos, fue agregado temporalmente a la Facultad de Medicina de Barcelona. Por petición expresa de Negrín, viajó a Madrid en las postrimerías de la Guerra Civil, donde llegó a la conclusión de que era imposible reiniciar ninguna actividad y abandonó definitivamente España en compañía de su esposa y sus hijos Joaquín y Teresa¹⁵.

El exilio definitivo lo inició de nuevo en París, desde donde viajaron a Nueva York. Allí desechó instalarse en Méjico, como la mayoría de los republicanos españoles, incluido su amigo y colaborador Julio Bejarano, ya que no quería seguir viviendo el clima del final de la República.

Actividad profesional en Venezuela

En Nueva York, su amigo José María Álvarez de Mendizábal y Bonilla (1891-1965), exministro de Agricultura, Industria y Comercio de España y también diputado por Cuenca en la misma legislatura que Sánchez-Covisa, le transmitió una invitación para ser nombrado Asesor Técnico de la División de Venereología del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social de Venezuela, lo que le hizo decidirse a instalarse en Caracas, a donde llegó en mayo de 1939.

En Venezuela, además del cargo ya mencionado, ejerció en el Hospital Vargas de Caracas, junto a su amigo Pablo Guerra, y llevó a cabo numerosas actividades de formación de especialistas y cursos de dermatología y venereología para médicos generales.

En este país publicó una decena de artículos científicos y pronunció diversas conferencias en centros universitarios y docentes.

Sus méritos en ese país fueron reconocidos con los nombramientos de Doctor Honoris Causa por la Universidad Central de Caracas, que no llegó a hacerse efectivo por su fallecimiento, Director ad-honorem de la Cátedra de Clínica Dermatológica y Sifiliográfica de la Escuela de Medicina de la Universidad Central de Venezuela, Vicepresidente de la Sociedad Venezolana de Dermatología y Vicepresidente de la I Jornada Venezolana de Dermatología, celebrada en febrero de 1943²⁰⁻²².

Sin embargo, no consiguió la autorización administrativa para poder ejercer la medicina privada, ya que revalidar el título implicaba renunciar a la nacionalidad española, a lo que no estaba dispuesto, dado su deseo de volver a España. Esto le obligó a llevar una vida muy modesta¹⁵.

Epílogo

La entrada en política de Sánchez-Covisa se ha atribuido su carácter bondadoso, deseo de ayudar, convencimiento de las ventajas de la República y a una cierta debilidad de carácter, que le hacía sugestionable, sobre todo por las personas que estimaba y admiraba. En concreto, Julio Bejarano tuvo una gran influencia en esta cuestión.

El tremendo fracaso de la opción política que había apoyado, la mala situación económica a la que había llevado a su familia y la imposibilidad de volver a España le produjeron un gran pesar y desesperación.

Ya antes del final de la Guerra Civil, el 4 de febrero de 1939, una orden del Ministerio de Educación Nacional le incluía en una relación de catedráticos de universidad a los que separaba definitivamente del servicio y les daba de baja en su escalafón²³. La decisión se justificaba en sus “antecedentes completamente desfavorables y en abierta oposición con el espíritu de la Nueva España”.

Aparte de este cese restringido a catedráticos considerados especialmente adversos para el régimen franquista, se le abrieron sendos procesos en el Tribunal Especial para la represión de la Masonería y el Comunismo y el Tribunal de Responsabilidades Políticas, en los que fue declarado rebelde y no fueron definitivamente sobreesidos hasta después de su fallecimiento. Si hubiera regresado a España, habría tenido que someterse, además, a un proceso de depuración por sus actividades profesionales.

En estas circunstancias, imposibilitado de establecerse en otros países europeos por la prolongada II Guerra Mundial, barajaba la posibilidad de hacerlo en Portugal¹⁵. Sin embargo, falleció como consecuencia de una cardiopatía isquémica el 23 de junio de 1944, a los 62 años.

Tras la Guerra Civil, su nombre desapareció del listado de académicos y de presidentes de honor que publicaba cada año Actas Dermo-Sifiliográficas. Cuando falleció, su familia puso una esquela en el diario ABC de Madrid, en la que sólo fue autorizada a incluir “Doctor en Medicina”.

Sin embargo, el 11 de octubre de 1944, el presidente de la Academia Española de Dermatología y Sifiliografía, Álvarez Sainz de Aja, inauguró su Junta general ordinaria con una propuesta de sentimiento y condolencia por el fallecimiento de Sánchez-Covisa y otros académicos, que fue aprobada por unanimidad²⁴. El volumen de Actas Dermo-Sifiliográficas iniciado en octubre de ese año se abrió con un retrato, indicando al pie “Académico fundador” y “Presidente de Honor”, junto a la fecha de fallecimiento (Fig. 6). Así mismo, se incluyeron dos artículos, uno de Álvarez Sainz de Aja en el que básicamente rememoraba sus inicios conjuntos en la especialidad²⁵ y otro de Gay Prieto⁵, mucho más laudatorio, aunque con limitaciones e interpretaciones forzadas por la situación política. A partir de este año, su nombre reapareció en las relaciones de académicos de Actas Dermo-Sifiliográficas como fundador y presidente de honor.



Fig. 6: Retrato de Sánchez-Covisa publicado por Actas Dermo-Sifiliográficas en 1944, con motivo de su fallecimiento.

Agradecimiento: A la familia Sánchez-Covisa por la información y material facilitado.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rodero L. El escabroso problema de las 'avaries'. Una conversación con el Dr. Covisa. La Esfera 1926;138 (nº 662, 11-09-1926):39.
2. Hernando Avendaño L. Ser médico... "y haber implantado la Nefrología en España". Rev Clin Esp 2012;212:410-5.
3. Sánchez-Covisa J. El problema social de la lepra en España. Discursos leídos en la Real Academia de Medicina para la recepción pública del académico electo Sr. Dr. D. José Sánchez-Covisa el día 6 de junio de 1928. Madrid: Establecimiento Tipográfico; 1928, pp. 1-71.
4. Tello y Muñoz F. Discurso en contestación al precedente. Discursos leídos en la Real Academia de Medicina para la recepción pública del académico electo Sr. Dr. D. José Sánchez-Covisa el día 6 de junio de 1928. Madrid: Establecimiento Tipográfico; 1928, pp. 59-72.
5. Gay Prieto J. José Sánchez Covisa (1881-1944). Actas Dermosifiliogr 1944;36:8-10.
6. Bejarano J. La Cátedra de Dermatología. Actas Dermosifiliogr 1926;18:97-8.
7. Orden nombrando a D. José Sánchez Covisa Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad Central. Gaceta de Madrid núm. 141, de 21-05-1933, p. 1331.
8. Orden nombrando a D. José Sánchez Covisa Director del Hospital Clínico de la Facultad de Medicina de la Universidad de Madrid. Gaceta de Madrid núm. 237, de 24-08-1936, p. 1458.
9. Anónimo. La cultura y la pistola. La Libertad (Madrid) 3-5-1934, 7.
10. Serrano Ortega S. Los Presidentes de la Academia. En: Sierra Valentí X, Díaz Díaz RM (Coord.). Historia de la Academia Española de Dermatología y Venereología. Madrid: Loki & Dimas; 2009, pp. 151-84.
11. Del Río E. Historia de Actas Dermo-Sifiliográficas (I). 1909-1959. Actas Dermosifiliogr 2011;102:675-98.
12. Fonseca Capdevila E. José Sánchez-Covisa Sánchez-Covisa, diputado en las Cortes Constituyentes de la II República Española (1931-1933). Piel 2010;25:356-62.
13. Sánchez-Covisa Sánchez-Covisa J. Curriculum vitae mecanografiado. [s.a.].
14. Del Río de la Torre E. Los orígenes de la escuela madrileña de dermatología. Tesis doctoral. Madrid: Facultad de Medicina. Universidad Complutense; 1996.
15. Sánchez-Covisa Hernando, María y Teresa. Comunicación personal 2008.
16. Camacho FM. Los congresos del CILAD en España. Med Cutan Iber Lat Am 2017;45:81-7.
17. Pérez Peña F. Los últimos clínicos de San Carlos. Estampas y vivencias de la Facultad de Medicina de San Carlos. Madrid: Visión Net; 2005, pp. 284-5.
18. Pérez Peña F. Exilio y depuración política (en la Facultad de Medicina de San Carlos). Madrid: Visión Net; 2005, pp. 177-9.
19. Febus. La República salva de la barbarie fascista a los intelectuales. ABC 25-11-1936, p. 7.
20. Hernández-Bretón E. Palabras en el Acto Homenaje a Joaquín Sánchez-Covisa (1915-1974), Profesor de Derecho Internacional Privado en la UCV. Boletín de la Academia de Ciencias Políticas y Sociales 2011;150:49-58.
21. Martín Rodríguez M. Los exiliados españoles de la Guerra Civil en los centros superiores de enseñanza de economía de América Latina. Rev Hist Educ Latinoam 2010;15(jul-dic):197-224.
22. Arévalo C. Profesor José Sánchez Covisa. Dermatología Venezolana 1959-60;2(1-2):3-6.
23. Orden de 4 de febrero de 1939 separando definitivamente del servicio a varios Catedráticos de Universidad. BOE núm. 38 de 7-2-1939, p. 724.
24. Academia Española de Dermatología y Sifiliografía. Acta de la Junta general Ordinaria celebrada el 11 de octubre de 1944. Actas Dermosifiliogr 1944;36(1):89-92.
25. Álvarez Sainz de Aja E. José Sánchez Covisa. Actas Dermosifiliogr 1944;36:3-7.

De Gaspar Casal a Carlos López Otín: Dermatosis desde Asturias

José Ramón Curto Iglesias

Oviedo

Justificación

Desde la descripción del mal de la rosa, por Gaspar Casal (Figs. 1-3) en el siglo XVIII, hasta el descubrimiento de la tercera variante de progeria (de Néstor y Guillermo) en 2008, por Carlos López Otín (Fig. 4), no se comunicaron otras dermatosis nuevas en Asturias, con lo cual cerramos un círculo.

Ambos realizaron sus investigaciones en Asturias, pero procedían de Gerona y Sabiñánigo (Huesca) respectivamente. Ninguno de ellos es dermatólogo, en Casal hay dudas sobre su título médico y López Otín es biólogo molecular.



Fig. 1: El médico. Cuadro de Goya en el que se cree que el protagonista es un retrato de Gaspar Casal.



Fig. 2: Historia Natural y Médica del Principado de Asturias. Obra póstuma de Gaspar Casal, publicada en 1762.



Fig. 3: Ilustración de la Historia Natural y Médica del Principado de Asturias describiendo las lesiones características del mal de la rosa.



Fig. 4: Carlos López Otín.

Preámbulo

Si bien soy un mero aficionado en este campo, debo decir que me inicié precozmente, siendo alumno interno en Salamanca en los años 70. A requerimiento del Prof. Antonio García Pérez, que buscaba bibliografía para su colaboración en la magna (7 tomos) Historia Universal de la Medicina, de Pedro Laín Entralgo y lo hice de forma rigurosa, elaborando innumerables fichas en el Seminario de Historia de la Medicina que dirigía el Prof. Luis Sánchez Granjel, en su sede del Colegio de Irlandeses (o de Fonseca), anejo a la Facultad de Medicina.

Creo que no sacamos el suficiente rendimiento a aquel trabajo bibliográfico. No obstante, he visto alguna tesina en Madrid que revisaba alguno de estos temas.

No he mantenido esa rigurosidad en el estudio histórico, pero sí he conservado el interés, que me ha llevado a visitar la casa de Albert Neisser en la antigua Breslau, el Instituto Wellcome de Historia de la Medicina en Londres o la placa que recuerda a Hebra en el antiguo Hospital de Viena, hoy edificios universitarios.

Fruto de aquel interés inicial, y ya que estamos en Cáceres, reseñare que escribí al entonces alcalde de Navalmoral de la Mata para interesarle en el estudio del Instituto Nacional Antipalúdico (Antes Hospital de Moyano y luego Palacio de Justicia) y de su primer director en 1924, Sadi de Buen, descubridor de la *Borrelia hispanica*, causa de la fiebre recurrente española, única bacteria descrita hasta entonces por primera vez en España.

En 1998 recibí con alegría la publicación del Dr. Álvaro Lozano, microbiólogo, sobre su padre y la lucha antipalúdica en Navalmoral.

Introducción

Al plantearme el estudio de la Historia dermatológica en Asturias, con motivo de una comunicación en 2011 al Congreso Nacional de Dermatología de Santiago y luego un póster en el Congreso de 2012 de Oviedo, pensé en el enfoque que podría darle.

¿Qué aconseja la historiografía actual?

Este Seminario de Trujillo nos da alguna respuesta. Podemos estudiar el devenir de alguna de las enfermedades dermatológicas, como la pelagra o la psoriasis, de algunas de sus técnicas quirúrgicas o médicas, del arte y la dermatología y, sobre todo, de los dermatólogos y su época.

¿Qué fuentes consultar?

Archivos, bibliotecas, Internet, etc.

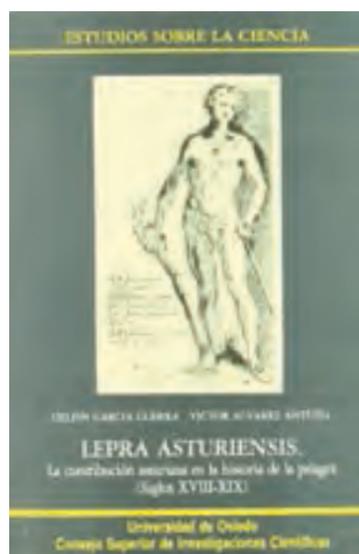


Fig. 5: Lepra asturiensis. Obra de García Guerra y Álvarez Antuña publicada en 1993.

Con este fin me dirigí al Prof. Titular de Historia de la Medicina (V. Álvarez Antuña) de Oviedo, que me aconsejó recopilara en primer lugar la literatura gris y la información invisible, oral, que podía perderse. También tenemos literatura negra, pero de esa no vamos a hablar.

Él es coautor de una importante obra histórica sobre la Lepra asturiensis (Fig. 5), el estudio post-Casal de la pelagra, con obras relevantes como la de Faustino Roel.

Curiosamente uno de los compañeros a los que me dirigí me contestó de esta manera:

“...todo tiene su historia, hasta el menor granito de arena, pero ¿a quién le importa? La dermatología asturiana también tiene su historia, con sus anécdotas, con sus guerras, con sus gentes, pero para llegar a ser HISTORIA con mayúsculas no ha tenido las figuras que la hayan llevado y paseado un poco más allá del Puerto de Pajares”. Dr. F.R.H.

Ciertamente la relevancia a la que él se refiere es patrimonio de las Escuelas Madrileña y Catalana y algunas aportaciones más. No obstante, hemos leído las historias de la dermatología canaria, mallorquina, etc., con gran interés.

Esta recogida de información a mi me recordaba un poco al periodismo.

No obstante, otras personas no opinan igual que el colega reseñado: “Conviene estudiar las cosas del pasado para conocer mejor las del presente” Dr. Valentín Fernández, dermatólogo y “Dialogar con el pretérito hace posible vislumbrar nuestro incierto presente”, bien es cierto “que la historia se haya determinada por la mirada del historiador y no hay una sola historia posible” J.L. Ledesma. Historiador. Universidad de Zaragoza (2011).

Planteamiento

Dentro de ese círculo entre Gaspar Casal y López Otín me propuse examinar si habría algo relevante que estudiar.

Predecesores en el estudio de la Medicina asturiana

Parecía obligado ver los estudios realizados, si no desde el punto de vista de la dermatología, sí de la medicina en general.

En las grandes Historias de la Medicina no encontramos muchos datos relevantes.

Uno de los autores más importantes en Asturias ha sido el Dr. Tolívar Faes, con un estudio sobre las leproserías medievales en la región y autor en 1978 de una Historia de la Medicina en Asturias, con pocas referencias a las enfermedades cutáneas.

En 1984 le invité a una charla sobre historia, en un curso que organicé sobre Enfermedades de Transmisión Sexual. Me comentó que tenía pocos datos, lo que le supondría “hinchar el perro” o iniciar una nueva investigación a la que no podría dedicarse. Sí me refirió la curiosidad de que el servicio de urología, dirigido por Julián Clavería a inicios del siglo XX, de las venéreas se ocupaban una monja, Sor Irene y un practicante, “Melquiadones”. Por ello, cuando se crea en los 80 la Sección de Dermatología en la Residencia Sanitaria Ntra. Sra. de Covadonga el cambio va a ser notable.

Melquiades Cabal, César Fernández y Joaquín Fernández también publican libros de historia en la que se recogen algunos datos de dermatología.

Volviendo a Casal

Debemos recordar al Padre Feijoo (ambos admirados por Gregorio Marañón), también foráneo, de Casdemiro (Orense), pero que realizó su obra en Oviedo. Un tema que tocó fue el del hombre pez de Liérganes (Cantabria) en Teatro Crítico Universal. Tomo VI.

Este año, un médico ejerciente en Santander, José Antonio Abella, ha escrito “El hombre pez”, desmitificador y novelado sobre el tema (Fig. 6).

Es conocido el debate sobre el origen de Gaspar Casal, que finalizó al encontrar su partida de nacimiento en Gerona, a instancias de Jaime Peyrí, con ocasión del II Congreso Nacional de Dermatología de Granada, del que solo se conserva una fotocopia y los que vieron el original fallecieron sin poder corroborarlo. No cabe duda de su origen gerundés y probablemente judío, como su mujer, lo que pudo ser una de las causas de su marcha a Oviedo, donde desarrolló toda su carrera, unos cincuenta años, con algún episodio anterior en la Alcarria y su fallecimiento en Madrid, donde había ido como médico de la corte.

Hoy sigue vigente su figura y como ejemplo citamos dos libros editados recientemente por médicos asturianos, “Gaspar Casal Hoy” (Martín Caicoya), por la Fundación Casal, que se dedica más a temas de gestión clínica y afines y “La Huella de Gaspar Casal”, coordinado por Venancio Martínez, un pediatra con currículum de historiador médico.

Lógicamente la dermatología como disciplina médica aparece más tarde con el protagonismo de la Escuela Madrileña, alguno de cuyos discípulos recalca en Asturias.

¿Qué notas singulares podemos destacar?

La colección de moldes de cera (“moulages”) provenientes del Museo de Dresde (Alemania), expuestos en el Museo de la Minería y de la Industria en la cuenca minera asturiana (El Entrego). A mi requerimiento, su dirección solo pudo entregarme el opúsculo publicado por D. Antonio García Pérez “Un paseo por la historia de la venereología”.

El Hospital General de Asturias también debe ser citado, por el hito que supuso el inicio de la formación reglada tipo MIR en el 1962, con profesionales retornados de Estados Unidos. Algunos con gran importancia en el desarrollo de especialidades como radiodiagnóstico (Cesar Pedrosa), quimioterapia (Burgarolas), radioterapia oncológica (Delclos, luego jefe en el Anderson de Houston), Telenti (enfermedades infecciosas), Antonio Rodríguez Noriega (microbiología clínica), etc.

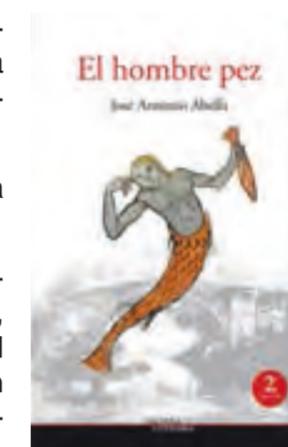


Fig. 6: El hombre pez. Obra de José Antonio Abella, publicada en 2007.



Fig. 7: Miguel Casas Marín.

La dermatología fue desarrollada por un madrileño, Miguel Casas Marín (Fig.7), discípulo de Luis Álvarez Lowel, a pesar de lo cual no ejerció mucho la parte quirúrgica, posiblemente porque había un servicio de cirugía plástica. Fue el primer titular en la Facultad de Medicina.

Con él trabajó José Sánchez del Río, que le sustituyó como Jefe de Servicio, siendo luego Jefe de Servicio en Gijón y desarrolló siempre la medicina privada, culminando recientemente con una gran clínica, con todo el aparataje moderno, cinco dermatólogos, enfermeras y personal auxiliar, hasta un total de doce personas, que ponen a la dermatología privada asturiana a un nivel europeo.

Otra singularidad se refiere a los ahora denominados Premios Princesa de Asturias, que se entregan en Oviedo, en el Teatro Campoamor, el mes de octubre. En 1987 lo recibió el dermatólogo y leprólogo venezolano Jacinto Convit, junto a un neurofisiólogo mejicano, siendo la primera vez que lo recibían científicos latinoamericanos. El jurado estaba presidido por Severo Ochoa; también fueron premiados Camilo José Cela y Eduardo Chillida, Pedro Laín Entralgo fue uno de los candidatos.

Desde fuera de la Dermatología

En el Congreso Nacional en Oviedo dirigimos una mesa redonda sobre las especialidades en las fronteras de la dermatología, para valorar lo que pueden aportar al estudio de las dermatosis.

Por eso, ahora recogemos profesionales no dermatólogos, pero con interés para nuestra especialidad:

Francisco Grande Covián, de Colunga, experto en nutrición y con estudios sobre la pelagra en el frente de Madrid.

El citado López Otín, con estudios en envejecimiento humano, cáncer, genoma, metaloproteosoma y progerias.

José Antonio Vega, leonés, Catedrático de Anatomía en Oviedo y considerado una autoridad en el estudio de los receptores nerviosos cutáneos.

Álvaro Meana, internista gijonés, pero dedicado desde el Centro de Transfusiones de Asturias al estudio de los cultivos de queratinocitos, a veces en colaboración con otro gijonés, José Luis Jorcano, en el CIEMAT de Madrid.

La Dra. María Neira, de la cuenca minera de Langreo, que dirige la Dirección de Salud Pública de la OMS en Ginebra.

Citamos también al luarqués, donde también está enterrado, Severo Ochoa, por la importancia de sus trabajos. Un libro de este año, de Juan Fueyo, médico asturiano, oncólogo en USA, con gran respeto por la figura de Ochoa, comenta el papel importante de una colaboradora francesa, Marianne, en sus descubrimientos, silenciada como el caso de Rosalind Franklin con Watson y Crick, así como que la concesión tan pronto, en 1959 por trabajos de 1958, se basó en un descubrimiento, enzima para sintetizar ácido nucleico, que se ha visto es incorrecta y así se ha admitido por el Comité Nobel, pero también es verdad que sus estudios sobre el código genético merecían el premio de 1968 que dieron a Khorama y otros.

Blas Aznar, el avilesino con prestigio en medicina legal y forense, realizó entre otras la autopsia de Calvo Sotelo, importante en el inicio de la Guerra Civil y al final Catedrático en Salamanca, donde tuve la fortuna de ser alumno suyo. Lo incluyo por su relevancia y por estudios, de índole forense, que realizó sobre el pelo.

Emilio Rodríguez Vigil, Jefe de Servicio de Pediatría del Hospital General de Asturias, con estudios sobre miasis cutáneas y otros temas dermatológicos.

Eliécer Coto, genetista actual en el Hospital de Oviedo (HUCA), pues muchas investigaciones y tesis actuales se basan en estudios de su laboratorio sobre psoriasis.

También del Jefe de Inmunología, López Larrea.

Enfermedades de Transmisión Sexual

Merecen un apartado, por el desarrollo que alcanzó su estudio en los últimos años, con la figura precozmente fallecida de Virgilio Palacios, siguiendo en la actualidad José Antonio Varela y disponiendo de dos Unidades de ITS dirigidas por dermatólogos, una en Oviedo y otra en Gijón, donde los microbiólogos han jugado un importante papel, como el caso de Fernando Vázquez.



Fig. 8: Adolfo Barthe Aza.

En 1922 el Dr. Soto Jove es el primer médico de la lucha antivenérea. La lucha antivenérea y las vicisitudes sobre el Salvarsán o 606, también se han estudiado.

Barthe Aza (Fig. 8), que fue el Jefe de la Sección de Dermatología de Oviedo, formado en Madrid, estuvo dos años con el Prof. Gómez Orbaneja, coincidiendo con Pedro Álvarez-Quiñones, con el que fueron muy amigos, con Ledo, Alfredo Robledo, etc. Dermatólogo del Estado, dirigió el Dispensario antivenéreo en Oviedo y tuvo una gran proyección social, en la consulta privada y en la política, siendo Presidente de la Caja de Ahorros, Secretario General de UCD, concejal, etc. Tiene una plaza en Oviedo, que él quiso se rotulase como médico. La Real Academia de Medicina de Asturias contaba con el Dr. Barthe Aza como numerario hasta su fallecimiento, estando vacante en la actualidad.

La Cátedra de Dermatología de Oviedo hasta hace unos días estuvo ocupada por Narciso Pérez Oliva y continua en ella Francisco Vázquez, que ha patentado un modelo de dermatoscopio y mantiene una línea de investigación sobre dermatoscopia.

Aunque ahora no sería noticia, cuando le preguntamos a Hanna María Stefaniak, que vino de Polonia, homologándose en Valladolid, nos indicó que dijéramos que había sido la primera mujer dermatóloga en Asturias.

Hemos hecho una recolección fundamentalmente de fotos y alguna referencia cronológica de los médicos que ejercieron como dermatólogos en Asturias, consultando, además de libros, colegiaciones y asistencia a reuniones dermatológicas.

Es de resaltar la anécdota de que D. José Gómez Orbaneja sacó la plaza de Dermatólogo de la lucha antivenérea en Asturias, concretamente en Mieres, que no llegó a desempeñar. Estaba emparentado con los Primo de Rivera y la fecha de octubre de 1934 no era la más propicia para ir a Mieres, en la cuenca minera, donde le correspondía. Posteriormente fue catedrático en Valladolid, aunque siempre residió en Madrid.

Hay una nomina de dermatólogos asturianos que han trabajado fuera de Asturias: Pedro Álvarez-Quiñones, Luis Fernández Álvarez (de Salas), Director del Hospital de Leprosos de Honolulu, Emilio Suárez Martín, Leopoldo Borrego, José Héctor Hernández Llaca, Francisco Laso Dosal, Virginia Fernández Redondo, Noemí Eirís Leticia Sempau, Leire González, etc.

En el año 2012 se realiza el Congreso Nacional de Dermatología en Oviedo, retrasado varios años por no estar a punto en plazos el Palacio de Congresos, obra de Santiago Calatrava. El lema fue "La Reconquista de la Dermatología", el anterior en Santiago había sido "La piel es nuestro camino".

A partir de los años 90 intentamos mejorar la situación, un poco cenicienta de la dermatología en Asturias. Hicimos escritos a las autoridades y a la prensa, comparaciones con otras especialidades médico-quirúrgicas y, como consecuencia de ello, un editorial en la revista PIEL: "Normalizar la dermatología en la Sanidad pública".

Las cosas han mejorado con más plazas de dermatología, una nueva Jefatura de Sección en Mieres y acaba de desarrollarse un proceso selectivo para 7 plazas en propiedad; el anterior había sido de tres en el 2011.

Entre los dermatólogos que desde fuera de Asturias han apoyado más la dermatología asturiana debo citar a Eduardo Fonseca Capdevila.

Otros temas

También podrían estudiarse los relativos a folkmedicina, dermatosis de los mineros del carbón, dermatitis de contacto en echadores de sidra, tatuajes, epidemiología de micosis y otras enfermedades, antropología (vaqueiros de alzada, celtas), asociaciones de pacientes, como la del lupus eritematoso (ALAS), dermatología en el arte de Asturias, etc.

Y concluyo: Es posible, como decía el compañero, que Asturias no se caracterice por su Dermatología con mayúsculas, como sus monumentos prerrománicos u otras cuestiones, pero he intentado, sin profundizar, reflejar un poco lo ocurrido, lo que se puede investigar y entresacar alguna singularidad, pero también debo pedirles disculpas, como decía el historiador médico, por haber "hinchado el perro".

BIBLIOGRAFÍA

1. Cabal González M. 100 médicos asturianos. Oviedo: Editorial R. Grandío; 1976.
2. Gómez Orbaneja J. Dermatología. Madrid: Aguilar; 1976.
3. Abella JA. El hombre pez. Villanueva de Villaescusa (Cantabria): Ediciones Valnera; 2017.
4. Fueyo J. Exilios y odiseas: La historia secreta de Severo Ochoa. Lleida: Editorial Milenio; 2017.
5. Gómez-Morán MC. Gaspar Casal hoy. Madrid: Fundación Gaspar Casal; 2012.
6. Tolívar Faes J. Historia de la medicina en Asturias. Salinas (Asturias): Ayalga; 1976.
7. Fernández-Ruiz C. Historia médica del Principado de Asturias. Oviedo: [s.n.]; 1965.
8. Tolívar Faes J. Hospitales de leprosos en Asturias durante las edades media y moderna. Oviedo: Gofer; 2009.
9. García E. Jesús Martín, el médico asturiano que reconstruía los rostros de la guerra. La Nueva España 19-02-2014.
10. Álvarez Antuña V, García Guerra D. La enfermedad mental en la obra de Faustino Roel (1821-1895): los orígenes de la asistencia psiquiátrica en Asturias. Oviedo: Universidad de Oviedo. Servicio de Publicaciones; 1995.
11. Fernández J, Martínez V. La huella de Casal: homenaje de los médicos asturianos en el 250 aniversario de la historia natural y médica del Principado de Asturias. Oviedo: Real Academia de Medicina del Principado de Asturias. Ilustre Colegio Oficial de Médicos del Principado de Asturias; 2013.
12. García González J. La Implantación del hospital moderno en España: el Hospital General de Asturias, una referencia imprescindible. Oviedo: Nobel; 2011.
13. García Guerra D, Álvarez Antuña V. Lepra asturiensis, la contribución asturiana en la historia de la Pelagra: siglos XVIII y XIX. Madrid: Universidad de Oviedo, Consejo Superior de Investigaciones Científicas; 1993.
14. García Bravo B. Profesor Antonio García Pérez. Actas Dermosifiliogr. 2003;94(5):339-40.
15. Sánchez del Río J, Curto Iglesias JR. Normalizar la dermatología en la sanidad pública (Editorial). Piel 1999;14(9):338-9.





II SEMINARIO DE HISTORIA DE LA DERMATOLOGÍA

Monasterio de Santo Estevo
Nogueira de Ramuín (Orense)
10 de abril de 2018

Editor
Eduardo Fonseca Capdevila

PRESENTACIÓN

Esta publicación recoge las ponencias del II Seminario de Historia de la Dermatología, que tuvo lugar en el Monasterio de Santo Estevo, Nogueira de Ramuín (Orense), el 10 de abril de 2018.

El grato recuerdo del I Seminario (Trujillo, Cáceres 21 de noviembre de 2017) y la buena acogida de su publicación entre la escogida minoría de los interesados en las cuestiones históricas de la dermatología nos dieron alas para intentar repetir la experiencia, también en un marco de historia y belleza excepcionales, aunque algo más recóndito.

El lector juzgará las aportaciones realizadas, que a nuestro juicio fueron de gran interés, amenas y muy bien documentadas, complementándose con una amable y enriquecedora discusión y convivencia entre los participantes.

Agradecemos de corazón a todos los ponentes el esfuerzo de desplazarse hasta la Ribera Sacra, redactar y presentar sus ponencias y, finalmente, escribirlas para que quede constancia de lo hecho y de lo que hicieron quienes nos precedieron.

La necesidad de acomodar los recursos a las acciones motiva que, a la hora de acometer esta publicación, hayamos ya realizado un tercer seminario y hayan ocurrido cosas que condicionarán el curso de otros que puedan venir. De ello esperamos dar cuenta en la próxima memoria, pero ahora disfrutemos de la magia de Santo Estevo y de lo que allí se dijo.

La Coruña, Enero de 2019

Eduardo Fonseca Capdevila

©2019 Eduardo Fonseca Capdevila

©2019, De los autores

Reservados todos los derechos.

Queda prohibida, sin la autorización escrita de los autores de copyright, la reproducción parcial o total de esta obra por cualquier medio o procedimiento, comprendidos la reprografía y el tratamiento informático.

Depósito legal: C 196-2019

ISBN: 978-84-09-09003-7

Editado por la Fundación Profesor Novoa Santos
Xubias de Arriba 84, 15006 A Coruña (España)

Impreso en España

ÍNDICE

Presentación

Eduardo Fonseca Capdevila 3

El asunto Summerlin

Ángel Fernández Flores 7

La Dermatología Española: Entre la Cirugía y la Medicina Interna

Emilio del Río 11

Historia de la Micología y las Micosis

José Carlos Moreno Giménez 13

Personajes de la Historia en la Dermatología y en el Arte

Olga Marqués Serrano 23

Historia de la cirugía de los labios

Vicente Manuel Leis Dosil 47

Luis F. Álvarez, leprólogo asturiano (La “saga” de los Álvarez”)

José Ramón Curto Iglesias 51

Dr. José Fernández de la Portilla. Un hombre para un tiempo

Eduardo Fonseca Capdevila 55

La fotografía en los primeros libros de dermatología

Salvio Serrano Ortega 65

El asunto Summerlin

Ángel Fernández Flores

Servicio de Anatomía Patológica. Hospital de Bierzo. Ponferrada (León)

El asunto Summerlin es uno de los ejemplos más rocambolescos de fraude médico que se haya vivido en dermatología. Lo traemos a estos seminarios como muestra de reflexión de las fronteras éticas que nunca deben ser sobrepasadas.

William T. Summerlin (fig. 1) es un médico Californiano que desarrolló su actividad más intensa en distintos estados americanos durante el siglo XX. Nacido en la baja california, cursó estudios de medicina en la Universidad de Emory en Atlanta. En aquel entonces, dicho centro ocupaba el puesto número veinte en el ranking de universidades estadounidenses. Había sido fundada como *Emory College* en 1836 en Oxford (Georgia) y su nombre rendía homenaje al metodista John Emory. En 1915 cambió de nombre a Universidad de Emory y se trasladó a su campus actual, gracias a la donación de un terreno por parte de Asa Candler, a la sazón presidente de la compañía Coca-Cola.

Summerlin obtiene el título de medicina en 1964, tras lo que inicia un periodo de formación médico-quirúrgica complementaria en la Universidad de Texas y durante dos años en el *Brook Army Medical Center en Fort Sam Houston* (adscrito a la universidad). Tras ello, se traslada en 1967 a su natal California para hacer la residencia en Dermatología, nada menos que en la prestigiosa Universidad de Standford. El programa de dermatología de Stanford se había hecho famoso gracias a la dedicación de su impulsor en los últimos años -el Dr. Marvin Karasek- subespecializado en psoriasis.

Durante la residencia, Summerlin trabaja con Karasek en investigación sobre trasplantes cutáneos. Ya se habían realizado trasplantes cutáneos exitosos de piel de un mismo individuo, desde una zona anatómica a otra y sin demora en el tiempo. Summerlin y Karasek sostienen que, si el injerto se cultiva en una solución utilizada para cultivo de tejidos humanos, puede permanecer allí varias semanas, aun sufriendo un deterioro macroscópicamente visible, y prender sin rechazo tras ese tiempo.

Antes de terminar su residencia, Summerlin lleva a cabo experimentos igual de exitosos en humanos. En concreto, realiza tres tipos de pruebas: 1) trasplantes autográficos sin demora en el tiempo, que resultan exitosos; 2) trasplantes entre individuos genéticamente incompatibles, que son rechazados (realiza estos trasplantes entre sexos opuestos para poder utilizar estudios cromosómicos en

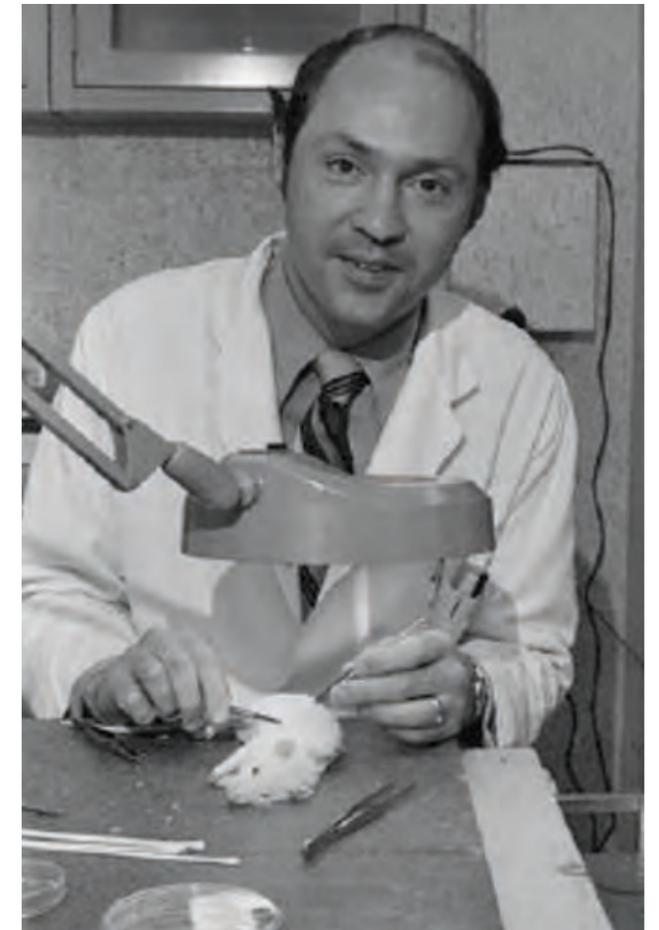


Fig. 1: William T. Summerlin (SlideShare. Acceso 24-10-2018).

caso de tener que probar un éxito); y 3) trasplantes entre humanos genéticamente incompatibles, pero mantenidos previamente en medio de cultivo para tejidos. Summerlin sostiene que estos han prendido perfectamente y sin rechazo.

Al terminar la residencia, a Summerlin le ofrecen en 1970 la jefatura de Dermatología del *Palo Alto Veteran Hospital* en San Francisco, California, adscrito a la Universidad de Stanford.

Sin embargo, un año más tarde, comienza a trabajar para Robert A. Good en inmunología en la Universidad de Minnesota. En ese momento, Robert Good es toda una autoridad mundial en inmunología. Ha publicado más de 1400 trabajos en revistas prestigiosas y en su haber tiene descubrimientos tan relevantes como los relacionados con la importancia del timo en los trasplantes (1962), el papel de las amígdalas en la inmunidad (1965) o la realización del primer trasplante exitoso de médula ósea entre personas genéticamente incompatibles (1968).

En 1973, Robert Good aceptó la dirección del *Sloan Kettering Institute* y Summerlin se fue con él. Summerlin entró como “*visiting investigator*” y poco más tarde como “miembro del Instituto” (un rango equivalente a profesor). Una vez en el Sloan, Robert Good le nombró jefe del Hospital de Enfermedades Cutáneas y también se le otorgó un título equivalente al de profesor titular universitario en el Instituto de Investigación; todo ello cuando Summerlin cuenta con tan sólo 35 años.

El año 1973 será para Summerlin uno de los más prolíficos de toda su vida. En marzo publica junto con Good un artículo sobre el cultivo de córnea humana para posibles trasplantes.¹ En él afirman que las córneas podían cultivarse del mismo modo como lo habían logrado hasta ahora con la piel y que se mantenían viables y sin cambios macroscópicos evidentes, transparentes y límpidas. Estas córneas podían permanecer durante semanas en el cultivo en perfectas condiciones. Su figura número 1 en el artículo muestra una de estas córneas en el medio de cultivo. Sus figuras 2 y 3 muestran imágenes histológicas del endotelio corneal cultivado durante 2-3 semanas, con perfecta preservación de los caracteres celulares.¹ Al final del artículo, Summerlin refiere que “*further investigations are underway to evaluate the practical application of this simple organ-culture technique using allogenic and xenogenic transplantation*”.

En marzo de 1973 se celebra en Arizona un encuentro para publicadores científicos en el que Summerlin presenta el trabajo *Organ Transplantation without Immunosuppression*, en el que afirma haber mantenido la piel en cultivo durante 4 a 6 semanas, volviéndola “universalmente trasplantable” sin posibilidad de rechazo. Según él, lo mismo era válido para córneas y glándula suprarrenal. Eso le permite el trasplante de córneas humanas a conejo. Esto último lo reafirma en un artículo en la revista *Clinical Immunology and Immunopathology*² y en uno más en *Transplant Procedures*, en el que describe el trasplante exitoso de piel humana a ratón.³ Hasta ese momento, Summerlin sostiene en distintos medios y publicaciones, haber conseguido exitosamente con su técnica del medio de cultivo los siguientes logros: 1) trasplante de piel entre humanos incompatibles; 2) trasplante de piel de ratón blanco a ratón gris C3H; 3) trasplante de córnea humana a conejo; 4) trasplante de glándula suprarrenal entre ratones incompatibles.

La prensa no científica, como el *New York Times*, empieza a hacerse eco de estos hallazgos tan prodigiosos en el terreno de los trasplantes. Y más importante, la comunidad científica empieza a sentirse inquieta por unos experimentos que no han podido ser reproducidos en ningún otro laboratorio. Algunos equipos solicitan detalles más precisos sobre la técnica y otros deciden directamente visitar las instalaciones en New York.

Uno de los que visita las instalaciones del Sloan es Sir Peter Medawar, inmunólogo, ganador de un Premio Nobel en 1960. En concreto Sir Peter quiere examinar los conejos con córneas humanas trasplantadas. Habían trasplantado en un ojo directamente una córnea de cadáver (que se mostraba opacificada por el rechazo) y en el otro, una córnea cultivada (que aparecía transparente). Fuera de otras consideraciones, este procedimiento había sido tachado de erróneo en el mundo de los trasplantes, a su vez que inhumano: no sólo porque exponía al conejo a la posibilidad de quedarse ciego si ambos trasplantes fallaban, sino porque el proceso de rechazo en un ojo podía sensibilizar al conejo contra futuros trasplantes. Sir Peter Medawar examina los conejos y no está nada convencido: le llama la atención que en el ojo del trasplante exitoso, el patrón vascular no está alterado,

como lo estaría tras una cirugía.⁴

Quizá alertado por la correspondencia alarmante recibida desde otros laboratorios, Robert Good organiza una reunión con Summerlin el 26 de marzo de 1974, para que le ponga al corriente de sus proyectos. Good acude a esta reunión preocupado por los resultados contradictorios de otro miembro del equipo de Summerlin, que ha intentado infructuosamente reproducir sus experimentos. El propio Good había examinado ya un borrador preliminar de un artículo informando de estos resultados negativos.

Entonces se produce uno de los episodios más estrambóticos: Summerlin lleva a la reunión dos ratones blancos con sendos parches de piel oscura trasplantada. De camino al despacho de Good, Summerlin retoca estos parches con rotulador, a la vista de que están un poco pálidos. Sorprendentemente, la reunión con Good no fue mal y este último no percibió el engaño. Sin embargo, cuando Summerlin devolvió los animales a la jaula, el técnico James Martin notó algo sospechoso en la piel de los ratones y con un algodón empapado en alcohol, borró las manchas descubriendo el fraude.⁴

Inmediatamente, Martin comunica este grave hallazgo a Robert Good y a Lloyd Old, que era jefe del Área de Inmunología del Cáncer y vicepresidente del Instituto. Ambos llaman inmediatamente a Summerlin y le someten a un interrogatorio. Summerlin no niega ninguno de los hechos sobre los que se le pregunta.

Summerlin fue inmediatamente suspendido de todos sus cargos y actividades y se procedió a informar al Director General de los hechos. Se constituyó un comité de cinco expertos encargados de evaluar toda la actividad realizada por Summerlin hasta ese momento.⁴ La conclusión de dicho comité fue clara: se desmienten todos los resultados de Summerlin en referencia a los trasplantes.

Las principales conclusiones del informe fueron: 1) No hay evidencia de alotrasplantes exitosos de piel en ratón; 2) Existía un ratón aparentemente superviviente de sus investigaciones en Minnesota. Este ratón era oscuro con un parche claro de piel trasplantada y presentaba dos problemas fundamentales. De un lado, se trataba de un ratón híbrido, una situación que se intentaba evitar en el mundo de los trasplantes, porque al ser individuos mosaicos, nunca se estaba seguro del éxito de un trasplante en ellos. El segundo hecho era también conocido: un parche de piel clara en un ratón oscuro podía significar un área de hipopigmentación secundaria a un rechazo. Esto último fue lo que había ocurrido en el caso de este ratón, como pudo más tarde comprobarse. 3) En Minnesota, Summerlin había usado sus propios animales en vez utilizar los proporcionados por la institución.

Summerlin fue incapaz de aportar ningún ratón en el que se pudieran probar sus descubrimientos. Tampoco había ningún registro escrito de los numerosos trasplantes que Summerlin había presentado en publicaciones y congresos. El comité encontró inconcebible que tal material se hubiese destruido, si era cierto que alguna vez había existido. Summerlin se justificó en el hecho de que los ratones habían sido sacrificados para demostrar que donante y receptor eran genéticamente incompatibles.

Los experimentos de Summerlin no se habían podido reproducir en ningún otro laboratorio del mundo. Algunos de los colaboradores de Summerlin parecían tener ratones con trasplantes exitosos de piel, que luego se demostró que no eran tales. En estos casos el error no había sido intencionado: juzgar el éxito de un trasplante sólo con un examen macroscópico era arriesgado por el efecto comentado anteriormente de la hipopigmentación tras rechazo. Además, la piel de un ratón oscuro, durante el cultivo, podía perder pigmento y si se trasplantaba a un ratón genéticamente idéntico, podía dar la impresión de un parche más claro.

En cuanto a los exitosos trasplantes de córnea humana a conejos, se averiguó que tan sólo el ojo con la córnea opaca (rechazada) había sido intervenido. El ojo que aparecía límpido y funcional y en el que aparentemente se había implantado la córnea cultivada, en realidad no había sufrido intervención de ningún tipo.

La conclusión final del comité fue que el Dr. Summerlin era responsable de “una mala interpretación” de resultados.⁴

Summerlin se excusó en una mezcla de cansancio mental y físico, un exceso de trabajo y la presión por obtener resultados exitosos. Ésta fue también la conclusión e interpretación del Dr. Lewis Thomas, presidente del *Memorial Sloan-Kettering Cancer Center*, quien sostuvo que el Dr. Summerlin había sufrido un trastorno emocional grave. En consecuencia, se negoció una baja médica previa a su despido, con una ayuda económica para asistencia psiquiátrica por enfermedad emocional.

El escándalo saltó a la prensa no científica y periódicos y telediarios difundieron la noticia del engaño con fotografías de Summerlin y del propio Good.

El Dr. Good (fallecido en 2003) siguió con su exitosa carrera. Fue nominado en varias ocasiones al Premio Nobel como uno de los cofundadores de la inmunología moderna, así como por el primer exitoso trasplante de médula ósea. Si el galardón no se le concedió debido al asunto Summerlin, es un interrogante que quedará sin resolver para la historia.

En cuanto al Dr. Summerlin, sigue en activo en el campo de la dermatología, con una consulta privada en Bentonville (Arkansas) que se anuncia en internet.⁵ En su curriculum desgranado en su página web, figuran algunas de sus publicaciones más controvertidas sobre trasplantes correspondientes al año 1973.¹⁻³

BIBLIOGRAFÍA

1. Summerlin WT, Miller GE, Harris JE, Good RA. The organ-cultured cornea: an in vitro study. *Invest Ophthalmol.* 1973;12(3):176-180.
2. Summerlin WT. Allogeneic transplantation of organ cultures of adult human skin. *Clin Immunol Immunopathol.* 1973;1(3):372-384.
3. Summerlin WT, Broutbar C, Foanes RB, et al. Acceptance of phenotypically differing cultured skin in man and mice. *Transplant Proc.* 1973;5(1):707-710.
4. Kohn A. Documented Cheating in Clinical Research. En: Kohn A, ed. *False Prophets: Fraude and Error in Science and Medicine.* Massachusetts: Basil Blackwell; 1988:75-97.
5. Dr William Summerlin MD. <https://health.usnews.com/doctors/william-summerlin-615507>

La Dermatología Española: Entre la Medicina Interna y la Cirugía

Emilio del Río

Clínica Dermalar.

Santiago de Compostela (A Coruña)

Nuestra especialidad se denomina a día de hoy, y de forma oficial, “Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología”. Probablemente en ningún otro país tenga un nombre tan largo, completo y preciso. Dejando a un lado la Venereología, la denominación “médico-quirúrgica” viene a hacer hincapié en una duplicidad que ya era consustancial a la especialidad desde sus remotos orígenes en el siglo XVIII, cuando comenzaron a publicarse las primeras obras independientes sobre enfermedades de la piel de la pluma –precisamente- de cirujanos.

De hecho, hay un acuerdo más o menos general en que la Dermatología comenzó como tal a partir de la obra “*Tractatus De Morbis Cutaneis*” del cirujano austríaco **Joseph Plenck** en 1777. Esta obra fue posteriormente traducida al español, por el también cirujano **José Lavedán**, en 1798.

Poco después la Dermatología fue acogida bajo las alas de la medicina académica por autores médicos ingleses, como **Robert Willan**, franceses como **Alibert** y, más tarde centroeuropeos, como **Ferdinand Hebra** y **Moritz Kaposi**. El contrapunto español a este momento fue la integración de la Medicina y la Cirugía en una única disciplina (1).

El gran iniciador e impulsor de la dermatología en España, **José Eugenio de Olavide** –volcado sobre todo en la micología- no dedicó un interés especial a la cirugía, confiando esta parte a su gran amigo, **Federico Rubio Galí**.

Su sucesor, **Juan de Azúa**, veía, sin embargo, la dermatología como una “especialidad natural” de la cirugía (fig. 1) y, de hecho, presentó la comunicación sobre la “*dermitis de lavado*” en un congreso propiamente de cirugía. Aún con todo, el peso de la Sifiliografía era tan grande en la segunda mitad del siglo XIX que quedaba poco espacio para el desarrollo o, al menos, para la divulgación de la dermatología quirúrgica.

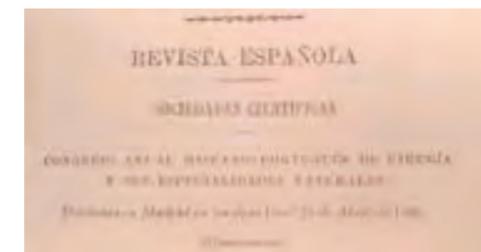


Fig. 1. Azúa presentó su comunicación sobre las “dermitis de lavado” (una irritación cutánea provocada por la fricción, el agua y los jabones) en un congreso de Cirugía, dando a entender que él veía clara y “natural” la relación de la Dermatología con la Cirugía.



Fig. 2. Portada de la separata de la lección inaugural de curso de Sánchez-Covisa en la que se estrenaba como catedrático. Al contrario que su maestro, reclama un lugar para la Dermatología en la Medicina Interna.

El sucesor de Azúa, **José Sánchez-Covisa**, se sintió siempre más atraído y más cercano a la Medicina Interna, por formación y vocación (fig.2). Su compañero y alter ego dermatológico, **Enrique Álvarez Sainz de Aja** (fig. 3), sí que tenía formación quirúrgica previa y desarrolló eficazmente la faceta quirúrgica de la especialidad, sin desmerecer la dermatología médica y la venereología. Precisamente su hijo, **Luis Álvarez Lowell**, fue miembro fundador de la Sociedad Española de Cirugía Plástica y Reparadora en los años cincuenta del siglo XX y presidente de la Academia Española de Dermatología una década después (2).

Historia de la micología y las micosis

José Carlos Moreno Giménez

Córdoba

Según cuenta la mitología, en unas de las campañas realizadas por Perseo sintió éste una sed abrasadora, no teniendo manantiales y lugares donde saciarla tomó un hongo y bebió del líquido que manaba de él y sintiéndose satisfecho, en honor a esta seta (mykes), llamó a aquel lugar Mycenae.

Introducción

La implicación de los hongos como causa de enfermedad cutánea o sistémica puede considerarse como un auténtico hito dentro de la historia de la medicina, ya que supuso un precursor de la patología infecciosa que tiene su máximo desarrollo en la época de Koch y Pasteur (los "postulados de Koch" se formulan en 1877). Los hongos fueron los primeros organismos en ser visualizados en el microscopio y en demostrar su capacidad infectante.

Un segundo punto a considerar es el impacto que supone considerar que un agente externo es capaz de producir una enfermedad, lo que contrasta con la teoría de los cuatro humores (bilis negra, bilis, flema y sangre) o teoría humoral, aceptada por los filósofos y médicos de las antiguas civilizaciones griega y romana y de amplio arraigo entre los médicos europeos desde Hipócrates hasta la llegada de la medicina moderna a mediados del siglo XIX.

Las micosis en la antigüedad

El conocimiento real de las micosis se establece con la introducción del microscopio en la medicina, pero anteriormente existen descripciones clínicas, achacadas a otras causas, y que actualmente sabemos pertenecen al campo de la micología.

Existe constancia que las micosis estaban presentes en el antiguo Egipto. Algunas momias presentaban signos clínicos evocadores de tiña de cuero cabelludo. Otra cuestión es la parasitación secundaria de las momias, que puede causar un deterioro de las mismas y que es el origen de la famosa "maldición de Tutankamón" (algunos investigadores del caso aseguran que Howard Carter, descubridor en 1922 de la tumba del "faraón niño", encontró en la antecámara un ostracón de arcilla cuya inscripción decía: «La muerte golpeará con su miedo a aquel que turbe el reposo del faraón»). Posteriormente se produjeron ocho muertes en personas que participaron en el descubrimiento o estudio de esta momia, lo que fue ampliamente resaltado por la prensa sensacionalista. Tras el estudio de las momias, se encontró que estaban parasitadas por diversos hongos y bacterias. Posiblemente el contagio por *Aspergillus*, del que era portador la momia del faraón, fue el causante de algunas de estas muertes.

En la Biblia, en el Levítico, se hace mención a procesos posiblemente correspondientes a micosis y confundidos con la lepra: *Lev 13:30 El sacerdote mirará la llaga; y si pareciere ser más profunda que la piel, y el pelo de ella fuere amarillento y delgado, entonces el sacerdote le declarará inmundo; es tiña, es lepra de la cabeza o de la barba.*



Fig. 3. Enrique Álvarez Sainz de Aja (el segundo por la derecha) operando asistido y contemplado por varios compañeros y discípulos en la década de 1920. Para él, la actividad quirúrgica era consustancial a la propia Dermatología.



Fig. 4. Retrato de Felipe Dulanto Escofet, catedrático de Dermatología en Granada, impulsor de una importante escuela dermatológica de vocación quirúrgica que llega hasta nuestros días.

La pujanza actual de la cirugía dermatológica se debe, en gran medida, al esfuerzo personal y el desarrollo de una potente escuela quirúrgica por parte del catalán **Felipe Dulanto Escofet** (fig. 4) durante su larga etapa como catedrático en Granada. Sus discípulos y un pequeño grupo de dermatólogos quirúrgicos de formación autodidacta han llevado a la especialidad a recuperar esa antigua tradición original, que el peso de la venereología había ido desdibujando.

REFERENCIAS

- 1.- García Pérez A, del Río de la Torre E: Los Orígenes de la Enseñanza de la Dermatología en España. *Actas Dermosifiliogr* 1997;88:421-33.
- 2.- Del Río, E: Precursores de la cirugía dermatológica española. *Actas Dermosifiliogr* 2008;99:363-72

También se hace referencia a este tipo de afecciones en los textos védicos (dos milenios antes de Cristo) de la India (en ellos se describe el “pie de Madura” con el nombre de *padaavalmika* -colonias de hormigas del pie-).

Los griegos distinguían entre los *achores* (αχωρεζ) y *queria* (κερια). *Achores* hace referencia a procesos inflamatorios superficiales, mientras que *queria* se refiere a lesiones más profundas. El término *achores* ha sido utilizado durante un largo periodo en dermatología para designar las tiñas e incluso sus agentes etiológicos, así el hongo productor del favus se conoció en sus inicios como *Achorion schönleini*. *Querion* sigue empleándose en el momento actual para denominar las tiñas inflamatorias. Etimológicamente significa “panal”, haciendo referencia a las múltiples bocas que se aprecian en estas lesiones.

Aulo Cornelio Celso (25 a. C.-50 d. C.) fue un enciclopedista romano, y tal vez médico (aunque no hay evidencias ciertas de esto último), nacido probablemente en la Galia Narbonense. Su único trabajo conservado en la actualidad, los ocho libros “De Medicina”, es una gran recopilación del saber médico de la época, en el que hace referencia a distintas enfermedades cutáneas, entre ellas el querion: *Existe otra úlcera llamada querion por los griegos, por su semejanza con un panal de miel... En cuanto empieza a supurar, tiene un cierto número de bocas, por las que se desprende un humor glutinoso y purulento...*

En la medicina romana se emplea el término “sycosis” (Συκοζ -higo abierto-) para referirse a las inflamaciones profundas de la barba. Especialmente importante fue la denominada *sycosis menti* o *mentagra* (de mentum- mentón- y agra-ataque), ya que causó diversas epidemias en Roma y que según Plinio el Joven empezó cuando el caballero Persinus la trajo de uno de sus viajes a Asia y se extendió debido a la costumbre de los romanos de saludarse con un beso. No existía tratamiento frente a esta afección, por lo que recurrían a un tratamiento recogido por los egipcios (*El zumo de ajo se inyecta a veces en los oídos con grasa de ganso, y tomado como bebida o igualmente inyectado en combinación con vinagre y nitro, frena la phtirias y el prorrigo*). Evidentemente el remedio era peor que la enfermedad¹.

La palabra *tinea* aparece en los textos de Horacio (Quinto Horacio Flaco Venusia, 8 de diciembre de 65 a. C. – Roma, 27 de noviembre de 8 a. C, fue un importante poeta lírico y satírico en lengua latina) y hace referencia a los insectos que roían la ropa: *Tinea* (Lepidoptera, un género de la familia de las polillas de la ropa, *Tineidae*) y que posteriormente se extienden a otras parasitosis del cuero cabelludo².

En la edad media, Guy de Chauliac (1300-1368), cirujano y ortopeda de gran fama, que llegó a ser médico de varios papas, desarrolló la mayor parte de su vida en Avignon, donde atendió al papa Clemente VI y sobrevivió a la peste. Después de la epidemia, escribió el libro de medicina *Chirurgia Magna*. Se trata de una enciclopedia que recoge todos los conocimientos de cirugía de la época y tuvo una gran difusión en Europa hasta el siglo XVI, publicándose reediciones hasta el s. XVIII. Considera cinco tipos de tiña, copiando el trabajo de Haly Abbas (“El arte completo de la medicina”):

- 1 *Tinea favosa*, caracterizada por pequeñas aberturas a través de las cuales fluye un fluido similar a la miel, que podemos asimilar al impétigo del cuero cabelludo.
- 2 *Tinea ficosa*, que consiste en pústulas redondas duras, en cuya concavidad hay granos como el de un higo, que posiblemente correspondían a las foliculitis.
- 3 *Tinea ameda*, que tiene aberturas más pequeñas que la *tinea favosa*, con una exudación icorosa similar a la de la carne
- 4 *Tinea uberosa*. Se asemeja a la tetilla del pecho, con una exudación acuosa. Estas dos últimas se interpretan como los eccemas actuales.
- 5 *Tinea lupinosa*: Tiene la apariencia de semillas de altramuz blanco (prorrigo lupinoso de Willan)

Los autores árabes (Avenzoar, Avicena, Rhazes, Haly Abbas ...) conocían el favus como causa de alopecia cicatricial, pero no utilizaron el término *tinea* sino los de *sahafat* o *albathin*, para designar distintos tipos de micosis. Avenzoar habla de *sagrum*, traducido *sarna capitis*, y también de tiña de *tyria* y de *sahafati*, pero no aporta más datos.

Ambrose Paré (1510-1590), ya en el renacimiento, reduce las cinco especies de tiña reconocidas por Haly Abbas a tres, a saber, *tiña squamosa*, *tinea favosa* y *tiña corrosiva*, y parece pensar que la enfermedad es tan conocida que no merece la pena dar una explicación larga de ella.

Hieronymus Mercurialis (1530-1606) realiza una descripción de tiña muy correcta y práctica. Emplea el término *tiña* como enfermedad crónica del cuero cabelludo y establece su carácter contagioso, lo que no deja de ser una innovación importante, ya que existía el sentimiento general de que se trataba de enfermedades hereditarias y generalmente los niños tiñosos eran hijos de leprosos.

Félix Platerus atribuye *tinea favus* y *ulcus manans* a una sal y humor depravado retenido y putrefacto en la piel de la cabeza y en las raíces de los pelos. Al hablar de la causa de estos afectos, dice que el *ulcus manans* es contagioso entre los jóvenes y muy difícil de curar, ocasionando la pérdida del cabello.

Plenck, en su Sinopsis de enfermedades cutáneas, divide el *achor vel scabies capitis* en cuatro especies a saber: *sarna capitis simplex*, *sarna capitis favosa*, *sarna capitis ficosa* y *sarna capitis lupina*. También habla de *crusta lactea*, que él se divide en tres especies y tiña en dos: *viz tinea vera* y *tinea venena*³.

Como hemos comentado, la interpretación epidemiológica de las tiñas era muy diversa, para algunos los tiñosos eran hijos de tiñosos, para otros una enfermedad congénita y para otros adquirida.

En Inglaterra se emplea el término *ringworm*, haciendo referencia a su aspecto anular. Bateman (1178-1821) se refiere a él como *herpes circinatus* y hace referencia a su contagiosidad. La escuela inglesa adopta el término *prorrigo* para designar las tiñas. Willan y Bateman proponen la clasificación siguiente:

1. *Prorrigo larvaris*. Equiparable al eccema impetiginizado actual
2. *Prorrigo furfurans*. Actualmente dermatitis seborreica
3. *Prorrigo decalvans*. Alopecia areata actual
4. *Prorrigo favosa* o impétigo contagioso
5. *Prorrigo lupinosa* equivalente al favus

Autores especialmente distinguidos

Establecidos los antecedentes históricos generales de las micosis, creo que resulta más práctico, para avanzar en la historia, basarnos en la aportación de algunos autores especialmente distinguidos en este campo, como son: Robert Remak, los hermanos Mahon, David Gruby, y, por supuesto, Sabouraud.⁴



A. – Robert Remak (Fig. 1). Fue un médico polaco (Posen, actualmente Poznan, 1815-1865 Berlín) fue un destacado embriólogo, histólogo, fisiólogo, neurólogo y micólogo que desarrollo su actividad en Alemania. Ayudante de Schönlein (1793-1864) en la universidad de Berlín, observó en 1837 la presencia de artrosporas e hifas en las costras de los pacientes afectados de *prorrigo lupunosa* (favus). Este hallazgo se produjo en el momento en que existía una considerable epidemia de esta enfermedad en Europa (entre 1807 y 1828 se registraron 25.000 casos de tiña fávica en los hospitales de París).

Remak era de origen judío, por lo que no consideró prudente publicar su descubrimiento en plena época antisemítica (no era raro culpar a los judíos de diseminar venenos para provocar epidemias). Por ello parece probable que cediera su descubrimiento a su jefe, que lo publicó en una sola página creando una importante polémica entre seguidores y detractores. Remak en 1842 cultivó el microorganismo en diversos medios: carne, pus, agua azucarada, manzana etc. e incluso se lo autoinoculó en su antebrazo. En 1845 Lebert le denominó *Oidium schönleinii*, que el propio Remak cambió por el término *Achorion schönleinii*.

B.- Hermanos Mahon. Su papel en esta historia es fundamentalmente desde el punto de vista terapéutico. Se trata de dos hermanos sin ninguna conexión con la sanidad que practicaban una terapia puramente empírica a base de polvos y emplastos depilatorios, cuya composición no es conocida, ya que la guardaban como un secreto de familia. Algunos estudiosos suponen estaba constituida por carbonato sódico e hidróxido de potasio. La técnica era de una gran simpleza (“aplicar los polvos, masajear para que penetre y posteriormente depilar los pelos como las plumas de una gallina”)⁵

Esta técnica supuso un avance desmesurado en el tratamiento de las micosis de cuero cabelludo, en comparación con el cruel tratamiento empleado hasta entonces: “la colota” que no solo suponía una depilación cruenta de cuero cabelludo, sino que incluso llegó a producir casos de muerte⁶.

La difusión de este tratamiento hizo que el propio Hospital Saint-Louis asumiera una investigación a modo de los ensayos clínicos actuales, obteniendo buenos resultados, ya que de los 795 niños tratados se curaron 527. Este ensayo debió resultar lucrativo para los hermanos Mahon, ya que recibieron 6 francos por cada caso curado. El propio Bazin alaba la eficacia del tratamiento: *El tratamiento de los hermanos Mahon cura, si no todas las tiñas, al menos un gran número de ellas.*

La fórmula de estos hermanos se extendió por toda Francia e incluso por Inglaterra. En el año 1829 el menor de los hermanos publicó un libro⁷, se trata de un tratado fundamentalmente propagandístico, en el que compara su tratamiento con otros existentes en la época, pero además puede considerarse como el primer estudio epidemiológico del favus, ya que hace referencia a los casos vistos durante 21 años en el hospital Saint-Louis, añade, además, un estudio fármaco-económico, cifrando en 1,25 francos el precio de curación de cada paciente. Por último, en este libro se aporta iconografía abundante y se describe por primera vez la tiña tonsurante, considerándola como una variedad del favus (Fig. 2).

C.- David Gruby (1810-1898) (Fig. 3) nació en un pueblo, Kis-Ker, en Hungría, en el seno de una familia de campesinos judíos. Aunque no fue el primero en descubrir hongos patógenos, puede considerarse como el padre de la micología por la seriedad de sus estudios en este campo. A la temprana edad de 15 años se trasladó a Budapest para estudiar medicina, llevando como único bagaje una pieza de pan y 25 centavos⁴. Posteriormente se trasladó a Viena, donde se doctoró en Medicina y se especializó en Oftalmología. Se interesó especialmente por la microscopía y se convirtió en un médico muy valorado, por lo que se le propuso formar parte del claustro de esta universidad, pero era condición necesaria convertirse al cristianismo. Gruby no quiso renunciar a su religión, por lo que se trasladó a París, donde comenzó su labor en el *Hôpital des Enfants Trouvés* donde existía una epidemia de favus entre los niños ingresados. Basándose en su afición por la microscopía, describió su agente etiológico (Gruby desconocía los trabajos de Remak y Schönlein) y presentó su descubrimiento en la Academia de Ciencias de París (5-julio-1841), achacando la causa de la enfermedad a un vegetal parásito que denominó *prorrigophytes*, siguiendo el término propuesto por Willan para designar la enfermedad (*prorrigo favosa*). Su descripción era mucha más rica y científica que la de autores anteriores⁸.

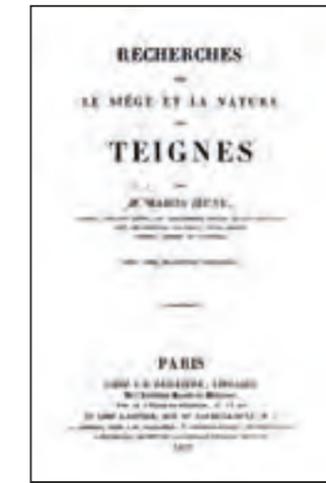


Fig. 2. Publicación de Mahon.



Fig. 3. David Gruby (1810-1898)

Fig. 1. R. Remak (1815-1865,) descubridor del agente etiológico del favus y su maestro Schönlein (1793-1864).

Igualmente describió la causa del muguet (*apthophytes*), si bien es cierto que un discípulo suyo, FG Berg lo había hecho poco antes que él.

Otros descubrimientos a destacar fueron:

- Hongo *mentagrophytes* como agente de la sicosis de la barba (*mentagrophytes*= hongo del mentón)
- Parasitación *endothrix* y *ecthotrix*
- Creación del género *Microsporum*
- La queratinofilia como característica destacada de estos hongos

Como “peros”, cabe destacar que Gruby era un buen patólogo, pero un mediocre clínico e incluso debemos recordar que su especialidad era la oftalmología no la dermatología. Su mayor error fue pensar que el *prorrigo decalvans* (actualmente alopecia areata) estaba producida por *M. audouinii*.

Este error que podemos considerar como simple, trajo importantes consecuencias, ya que al demostrar su falsedad creó una leyenda de desprestigio para el autor. Esto determinó que se dedicara a la consulta privada, obteniendo un gran éxito y siendo el médico de la alta sociedad parisina. Personajes como Chopin, Litstz, los hermanos Dumas y Lamartin fueron pacientes suyos.

A pesar de las críticas, autores como Bazin (1807-1878) y Hardy (1811-1893), pertenecientes al *Hospital Saint Louis*, aceptaron las teorías de Gruby y comprobaron la causa micótica de la tiña del cuerpo (herpes circinado) y del cuero cabelludo, pero mantuvieron erróneamente la confusión sobre la alopecia areata

D.- Raymond Jacques Adrien Sabouraud (Nantes, 24 de noviembre de 1864 - París, 4 de febrero de 1938) (Fig. 4) fue un médico francés especializado en dermatología y micología. Se formó como dermatólogo junto a maestros como Emile Vidal (1825-1893) y Ernest Besnier (1831-1909) en el Hospital Saint Louis, donde desarrolló toda su vida profesional. Mostró un gran interés por la microbiología recibiendo su formación en este campo en el *Institut Pasteur*, lo que tuvo una influencia decisiva en su actividad clínica e investigadora. Como era habitual en los médicos de la época, tenía una vasta cultura, era un gran conversador y docente y dedicó parte de su tiempo a la pintura y la escultura.

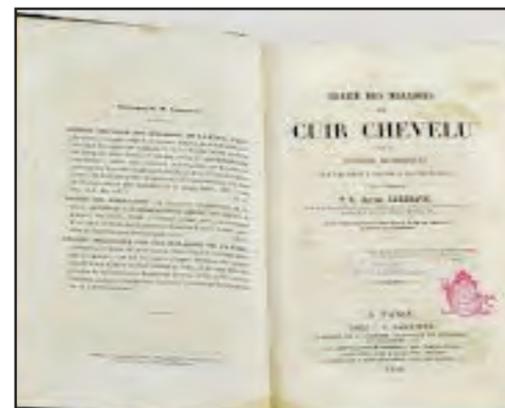
Fue director del laboratorio del Hospital de *Saint Louis* y presidente de la Sociedad Francesa de Dermatología.

Desde el inicio de su carrera se interesó por la etiología de las tiñas y por las afecciones micóticas de la piel en general. Estableció el origen y naturaleza de las mismas, y aplicó una nueva técnica bacteriológica al estudio de las enfermedades cutáneas.

Aplicó un medio de cultivo especial para el desarrollo de los hongos, que recibió la denominación de medio Sabouraud, aún vigente. Perfeccionó el tratamiento de las afecciones micóticas mediante la aplicación de rayos X.



Fig. 4 Raymond Jacques Adrien Sabouraud (Nantes, 24 de noviembre de 1864 - París, 4 de febrero de 1938)



Sus escritos son reconocidos como fundamentales en el conocimiento de la dermatología y de las dermatosis. Algunas de sus obras son: *Les trichophyties humaines* (1894), *La pelade et les teignes de l'enfant* (1895), *Sur l'origine microbienne de la séborrhée grasse*, *Maladies pelliculaires* (1904), *Manuel élémentaire de dermatologie topographique* (1905) y muy destacable el *Traité des maladies du cuir chevelu* (1910), cuyo tercer volumen denomina *Les teignes* y supone un hito en el desarrollo de esta subespecialidad (Fig. 5).

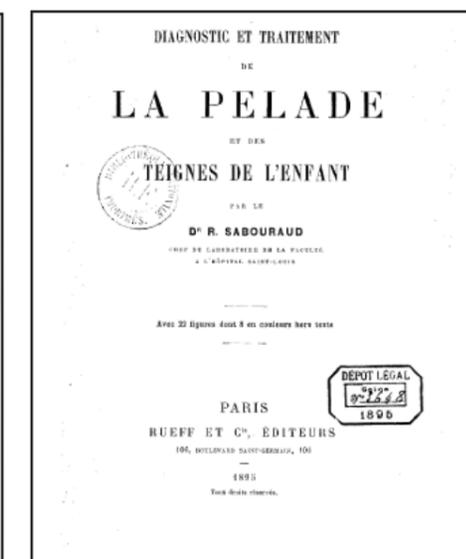
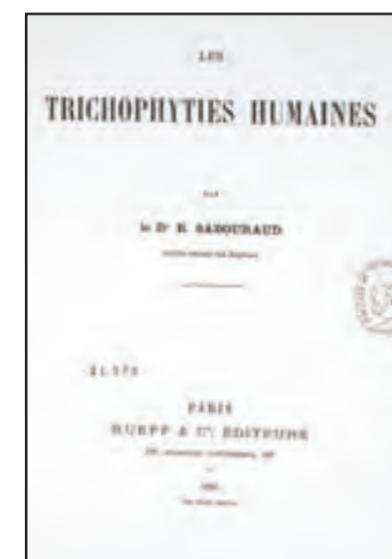


Fig. 5.- Obras de Sabouraud

Entre sus descubrimientos cabe destacar:

- Existencia de diversos tipos de *Trichophyton*: pequeñas y grandes esporas
- Descripción de múltiples especies de dermatofitos
- Creación de un medio de cultivo específico (Medio de Sabouraud):
 - Agua destilada 1 litro
 - Azúcar 37 gramos
 - Peptona 10 gramos
 - Gelosa csp.solidificar
- Estudio del querion y de la sicosis de la barba, en los que siguiendo a Gruby distinguió entre sicosis “no parasitaria” (estafilocócica) y “parasitaria” (micótica)
- Reclasificación de los hongos dermatofitos:
 - Achorion (productor del favus)
 - Microsporum (causantes de las tiñas microspóricas)
 - Trichophyton (productores de las tricoficias)
 - Epidermophyton (hongos capaces de parasitar piel y uñas, pero no pelos)

- Nuevos tratamientos para las tiñas. En esta época seguía siendo el único tratamiento la depilación para la que, como hemos comentado, se empleaban distintas técnicas: método de los hermanos Mahon, "Calotte", uso de pinzas. Sabouraud introdujo el tratamiento con las sales de talio, tanto por vía tópica como oral, pero era un tratamiento con peligrosos efectos secundarios y que incluso podía provocar la muerte. Un desgraciado ejemplo de su toxicidad sucedió en Granada, donde el 7 de febrero de 1.930 se seleccionaron 16 menores del Hospicio Provincial para experimentar una nueva forma de combatir la tiña a base de sales de talio. El resultado no pudo ser peor: de los dieciséis niños en tratamiento, catorce perdieron la vida sin llegar a los quince años. Este trágico suceso, que permanece en la historia como "una de las páginas más negras de la historia de Granada", ha sido rescatado por Miguel Ruiz de Almodóvar en su libro titulado La tragedia del hospicio. El médico responsable de la tragedia, apodado "Herodes en Granada" desde lo sucedido, era Carlos Puertas, que fue condenado en 1932 a dos años y cuatro meses de prisión por un delito de imprudencia temeraria, por el que además tuvo que pagar una multa de 500 pesetas. La tragedia fue causada por un fallo en las dosis de talio que se administraron a los menores, ya que la dosis correcta era no superior a 3,8 gramos y, según las pesquisas realizadas en la época, los médicos suministraron a los menores 38 gramos, es decir, diez veces más. Una vez ingeridas las dosis, los síntomas no se hicieron esperar, seguidos de un fatal desenlace.

En 1895, el físico Wilhelm Conrad Roentgen había descubierto los rayos X. Su uso permitía una buena observación de las estructuras óseas, aunque provocaban también muchos efectos indeseables sobre la piel (radiodermatitis, carcinomas cutáneos...). Además, a dosis bajas podían provocar la depilación.

Uno de los primeros en aplicar la depilación con rayos X con finalidad terapéutica fue Sabouraud, que llegó a inventar un dosímetro: el radiómetro de Sabouraud-Noiré. La radiación debía administrarse con precaución, porque una dosis demasiado alta podía dejar depilación permanente. El tratamiento se demostró efectivo y en pocos años la incidencia de tiñas en la región de París se redujo a menos de la mitad. La clínica de las cabezas peladas de Sabouraud alcanzó pronto una merecida fama.

Resulta curiosa la anécdota que hizo que Sabouraud considerara el tratamiento de los rayos X para la depilación de la tiña: "Un día acudió a su clínica un joven que presentaba alopecia en la región occipital y que pensaba era debida a haber participado en una exhibición pública en la que se mostraban las virtudes de los rayos X (esto era habitual, haciendo "visible" una cadena o las monedas que se llevaban en el bolsillo). Sabouraud observó que la depilación era temporal, ya que la repoblación se produjo en cuatro meses".



Tiñas en el Atlas de Olavide y modelados en cera del Museo Olavide.

Las micosis en el atlas de Olavide

Las infecciones micóticas aparecen en el Orden 2º: Dermatitis Phito-Parasitarias, que incluye 12 láminas en las que figuran casos humanos y de animales⁹. Realiza en ellas una detallada descripción de la historia clínica y de los métodos terapéuticos realizados (tratamiento con cataplasmas para desprender las costras y escamas, unturas con la pomada de timol y la depilación con pinzas, el enfermo fue mejorando, e incluso llegó a recuperar el pelo en algunas zonas afectas (hc-219).

Uno de los errores, común en la época, es incluir el prorrigo decalvans (alopecia areata) como una forma de tiña en la que incluso refiere el aislamiento de *M. audouinii* (Lámina VIII del grupo de dermatosis phito-parasitarias).



Atlas de Olavide. Lámina VIII del grupo de dermatosis phito-parasitarias (Prorrigo decalvans)

Otros autores

Otros muchos autores han colaborado en el desarrollo de las micosis. Recordar entre otros a:

- Charles Robin (1843) (*Oidium albicans*), Zanker (1862), Aldo Castellani (1877-1971). En el estudio de las levaduras
- Rudolf Virchow (1856): *Aspergilosis pulmonar*
- Bollinguer (1877): *Actinomyces israelii*
- Adolf Lutz (1904): *Paracoccidiomycosis*
- Alejandro Posadas (1892): *Coccidiomycosis*
- BB Schenk (1898): *Esprotriosis*
- Guillermo Seeber (1900): *Rinosporidosis*
- Samuel T. Darling (1906): *Histoplasmosis*
- Rudolf (1914): *Cromoblastomycosis*

Y en el campo de la terapéutica:

- Arthur Whitfield (1907): ungüento de Whitfield (ac salicílico 6% + ac benzoico 12% en base grasa)
- JGA Lugol (1829): Solución de Lugol (Yodo metaloide 1 g + Yoduro potásico 2 g en agua destilada csp 100 ml)
- Also Castellani: Tintura de Castellani (Ac. Bórico 0,8 g + Acetona 4 g + Resorcina 8 g + Solución acuosa de fuscina básica 8 g + Solución acuosa de ácido fénico al 5% csp 100 g)
- James Gentles (1958): empezó con el uso de la griseofulvina en humanos que había sido sintetizada en 1939 por Oxford, Raisrick y Simonart
- Elizabeth Hazen (1951): Nistatina
- Gold (1955): Anfotericina B
- DW Wooley (1944): Imidazoles, que posteriormente se desarrolló con el descubrimiento de ketoconazol, itraconazol (Von Cutsen 1980), fluconazol.
- Posteriormente aparecen nuevos grupos: amorolfina, naftifina, terbinafina

No podemos olvidar la contribución de autores españoles al estudio de las micosis. Una referencia especial al Dr. M. Pereiro Miguens, maestro de la mayoría de los micólogos contemporáneos.

BIBLIOGRAFÍA

1. **Gibert CM** Traité pratique des maladies spéciales de la peau. (2ª Ed.) Paris 1840.
2. **Sabouraud R.** Les maladies desquamatives: Pityriasis et alopecies pelliculaires. Masson Paris 1904.
3. **Erichsen JE.** The diseases of the scalp. John Churchill Princes Street SOHO London. 1842.
4. **Sierra Valenti X.** Historia de las enfermedades cutáneas producidas por hongos. mra Creación y realización Editorial. Barcelona 1997 (Edición especial Novartis).
5. **Rosenthal T.** Early nineteenth century dermatology and the brothers Mahon. Arch Dermatol Syphil 1934;30:245-250.
6. **Crespo V.** Evaluación histórica de la terapéutica antifúngica. Monogr Dermatol 1995;8:406-410.
7. **Mahon H.** Recherches sus le siège et la nature des teignes. Bailliere. Paris. 1829.
8. **Gruby D.** Comptes rendus. Acad Sc Paris. 1841;13:388.
9. **Olavide JE.** Atlas de la clínica iconográfica de enfermedades de la piel o Dermatosis. Imprenta T. Fortanet. Madrid 1879.

Personajes de la Historia en la Dermatología y en el Arte

Olga Marqués Serrano

Madrid

Una serie de personajes de la historia han sido representados por importantes artistas de su época mostrando patologías dermatológicas. Curiosamente, algunos de estos artistas también se han autorretratado resaltando alteraciones que presentaban en la piel.

Por tanto, queda claro, que si no pasaron por la consulta de un dermatólogo fueron pacientes potenciales de ella.

REMBRANDT



Retrato de Gerard Lairesse, 1655

Nueva York, The Metropolitan Museum of Art

Gerard Lairesse (Lieja, 1640? - La Haya, 1711) fue un pintor, grabador y teórico del arte, muy valorado durante el Barroco holandés.

El retratado, pintado de tamaño natural, está sentado en un sillón, mirando al espectador, y mientras su mano izquierda sostiene unos folios, su mano derecha se esconde en el interior de la chaqueta. Se viste con un sombrero de ala ancha, camisa de cuello blanco adornada con dos borlas y capa negra. Su melena rubia rizada enmarca una cara en la que se aprecia una importante protuberancia frontal, disminución de los maxilares, y una nariz en silla de montar, deformación típica de la sífilis congénita. También sufrió una ceguera, que se le ha achacado a la sífilis que padecía. En la actualidad debe la fama y el diagnóstico de sífilítico a este retrato.

PEDRO BERRUGUETE



Retrato, siglo XV

Madrid, Museo Lázaro Galdiano

Pedro Berruguete fue el precursor de la escuela de grandes retratistas que tuvo España. En su Retrato se representa a sí mismo hacia los 40 años. Tiene el pelo rubio, los ojos claros y un eritema facial descrito como una tez rojiza, que le cubre toda la cara y hace sospechar que era portador de una típica dermatitis seborreica.

ÉDOUARD MANET



El buen bock, 1873

Filadelfia, Museum of Art

Con esta obra Manet obtuvo, por primera vez en su vida, una gran acogida de público y crítica. El personaje es Emile Bellot, litógrafo y grabador. Su cara presenta un eritema difuso congestivo, típico de la rosácea. También está afectado el pliegue inter-ciliar, las cejas y los pliegues nasolabiales, característico de la dermatitis seborreica. Se trata de afecciones que con frecuencia están asociadas al alcoholismo, y el pintor las ha sabido representar con absoluta maestría

GHIRLANDAIO



El anciano y su nieto, 1488

París, Museo del Louvre

Ghirlandaio, uno de los más importantes pintores de la Florencia del siglo XV, representa una escena en la que contrasta la belleza del niño con la fealdad del anciano, que muestra una nariz bulbosa e hipertrófica, típica del rinofima. Los personajes están vestidos de un rojo brillante, color que se asociaba a la nobleza y a la riqueza por su elevado precio.

GHIRLANDAIO



Cabeza de anciano, 1490

París, Museo del Louvre

Sobre la obra El anciano y su nieto hay otras especulaciones. Se dice que el anciano era el conde Sassetti, su mecenas, y que Guirlandaio, a instancias de la familia en su lecho de muerte, realizó el dibujo póstumo Cabeza de anciano, en el que se inspiró para hacer el retrato.

JOOS VAN CLEVE



Retrato de anciano, 1525-1527

Madrid, Museo del Prado

Pintado sobre un fondo oscuro, que se funde con los negros ropajes que viste el retratado, destacan sólo el cuello adamasado y el borde de su camisa blanca, así como el pergamino que porta en su mano izquierda. En su rostro, fuertemente iluminado, sobresale una hipertrofia nasal con una coloración rojiza muy acentuada, que es una alteración característica del rinofima. Al anciano se le ha identificado como el famoso geógrafo Sebastián Münster (1488-1552), autor de una importante obra: Cosmographia Universalis, así como de 142 mapas geográficos.

DIEGO VELÁZQUEZ



La infanta María Teresa, 1653

Viena, Kunsthistorisches Museum

La infanta María Teresa nació en el Escorial en 1638 y fue la última hija de Felipe IV y su primera esposa, Isabel de Borbón. De este matrimonio también había nacido, en 1629, el Príncipe Baltasar Carlos. Inteligente y dotado, era la gran esperanza de la Monarquía española, pero murió de viruela con 16 años.

El retrato fue pintado por Velázquez cuando la infanta tenía 15 años. El eritema de sus mejillas contrasta con la palidez del resto de la piel, siendo esto un rasgo característico de los pacientes atópicos; sus facciones, con cejas casi inexistentes recuerdan a una adolescente con una queratosis folicular, que va asociada con frecuencia a la dermatitis atópica del adolescente. La opinión de los expertos es que va maquillada a la manera de los Austrias.

JOHN SINGER SARGENT



Arthur George Maule Ramsay, Lord Dalhousie, 1900

The Earl of Dalhousie

John Sargent está considerado como el gran retratista de la aristocracia del siglo XIX, tanto de Europa como de Estados Unidos. En el cuadro aparece un joven aristócrata, que con su gesto displicente manifiesta la clase privilegiada a la que pertenece. El modelo está vestido con un traje desenfadado blanco y una atrevida corbata roja, moderno para la época.

Su cara está roja, con un eritema solar que le cubre en su totalidad incluso hasta la oreja, dando lugar a una dermatitis actínica. Y en su frente, de forma diagonal, con una línea perfectamente definida, aparece su piel blanca, natural; es la parte que ha estado protegida por su sombrero y no ha sufrido la quemadura solar. Fue un cuadro moderno en su momento por su pose y su indumentaria, con un maravilloso contraste de luz entre el traje, el gris de las columnas y el fondo oscuro de la composición.

JOSÉ DE RIBERA



Magdalena Ventura con su marido. La mujer barbuda, 1631

Madrid, Museo del Prado

El duque de Alcalá, Virrey de Nápoles, con la voluntad de que quedara constancia de este caso insólito, encargó a Ribera el retrato por ser un pintor naturalista, ya que deseaba una copia fiel de este fenómeno sorprendente. La modelo, vivió como mujer hasta los 37 años, durante los cuales había dado a luz tres hijos. A partir de entonces, por un proceso de virilización progresivo, se convirtió aparentemente en un hombre.

Parece ser que con 52 años volvió a dar a luz a una niña, que es con la que aparece en el cuadro dándole de mamar. Sin embargo, otros autores ponen en duda este hecho, valorando la posibilidad de que Ribera lo escenificara de forma simbólica. Es muy probable que este cuadro de hirsutismo se debiera a un síndrome adrenogenital por un tumor o por hiperplasia de las glándulas suprarrenales.

VICENTE LÓPEZ



La Señora de Delicado de Imaz, 1832-1833

Madrid, Museo del Prado

Vicente López (Valencia 1772 - Madrid 1850), el artista más solicitado de la sociedad cortesana de la época, pintó este cuadro que muestra a una mujer madura, de más de medio cuerpo, sentada en un sillón. Está ricamente vestida y enjoyada, para compensar quizás su escaso atractivo físico. Viste un traje de terciopelo azul marino y cubre sus hombros con una mantilla de blonda blanca. Va peinada a la moda de la época y sujeta su moño con un magnífico alfiler en forma de media luna, que hace juego con la cadena de la frente, los pendientes y el broche del escote.

La modelo de facciones viriloides, con un importante hirsutismo, mira fijamente al espectador. Sus cejas pobladas cubren el entrecejo, y el vello excesivo del labio superior y el sombreado de la barbilla hacen sospechar que la dama se afeitaba.

FRIDA KAHLO



Autorretrato con mono, 1940

Colección privada

La más famosa pintora mexicana, cuya obra gira en torno a su vida personal, creó una pintura personal, ingenua, y metafórica. En el cuadro aparece con un rostro que no deja entrever ninguna emoción. Lleva el pelo recogido y trenzado, y el mono que la acompaña la abraza con ademán protector. Las cejas espesas, negras y pobladas cubren todo el entrecejo. También sobresale el vello del labio superior, como un auténtico bigote, y está aumentado el de las patillas y el mentón, lo que sugieren un hirsutismo de origen idiopático.



Retrato de Petrus Gonsalvus

Innsbruck, Museo de Ambras

Hacia 1547 apareció en la corte del rey francés Enrique II, como un regalo, un niño de unos 10 años que tenía todo el cuerpo cubierto de un vello rubio. Refería ser de origen español, concretamente canario, de la isla de Tenerife, y proceder de una familia noble. En esa corte recibió una esmerada educación, ya que aprende a leer y a escribir en francés y latín. Se casó y está documentado en retratos con una bella y elegante mujer, con quien tuvo seis hijos, cuatro de los cuales heredaron su enfermedad, la hipertrichosis congénita universal.

Durante un viaje de Petrus con su familia por las cortes europeas, el duque Alberto IV de Baviera, asombrado por su aspecto, encargó este retrato de tamaño natural; obra que regaló al archiduque de Austria Fernando II, quedando expuesto en su castillo de Ambras.

DIRK DE QUADE VAN RAVESTYN



**Retrato de Petrus, Catherina, Magdalena
y Enrico Gonsalvus, hacia 1580**

Viena, Kunshistorisches Museum

En 1580 Fernando II encargó a Dirk de Quade van Ravestyn que pintara a todos los miembros de la familia Gonsalvus para su Gabinete de Curiosidades, quedando a partir de ese momento expuestos en el castillo de Ambras. Al ser el más importante y curioso caso familiar de hipertrichosis en la historia de la medicina, la enfermedad también es conocida como Síndrome de Ambras.

En la actualidad los cuadros se encuentran en el Kunshistorisches Museum de Viena.

LAVINIA FONTANA DE ZAPPIS



Retrato de Antonietta Gonsalvus, hacia 1584

Blois, Musée du Château de Blois

En el año 1583 la familia Gonsalvus se trasladó a Parma, bajo la protección de Margarita de Austria, regente de los Países Bajos y Duquesa de Parma. Es en esta época cuando Lavinia Fontana pinta a Tognina, diminutivo con el que se conocía a la niña, a la edad de 12 años.

Antonietta está retratada sobre un fondo oscuro, con un hermoso vestido bordado del que sobresale un delicado cuello de encaje y una corona de flores sobre su cabeza. Mira con sus ojos negros, sin asomo de timidez, y enseña una carta de presentación que cuenta su historia y la de su padre.

VAN DYK



Maria Ruthven, 1639

Madrid, Museo del Prado

Antón Van Dyck está considerado como uno de los grandes retratistas de esa época. La retratada era la mujer del pintor, que contrae matrimonio, presionado por el rey Carlos I de Inglaterra, para emparentar con la nobleza. El cuadro muestra a la modelo adornada con un tocado de hojas de roble. Es una mujer bella, pero tiene un defecto: su alopecia androgénica, con un patrón masculino, que interesa a las regiones fronto-parietales y el vértex.

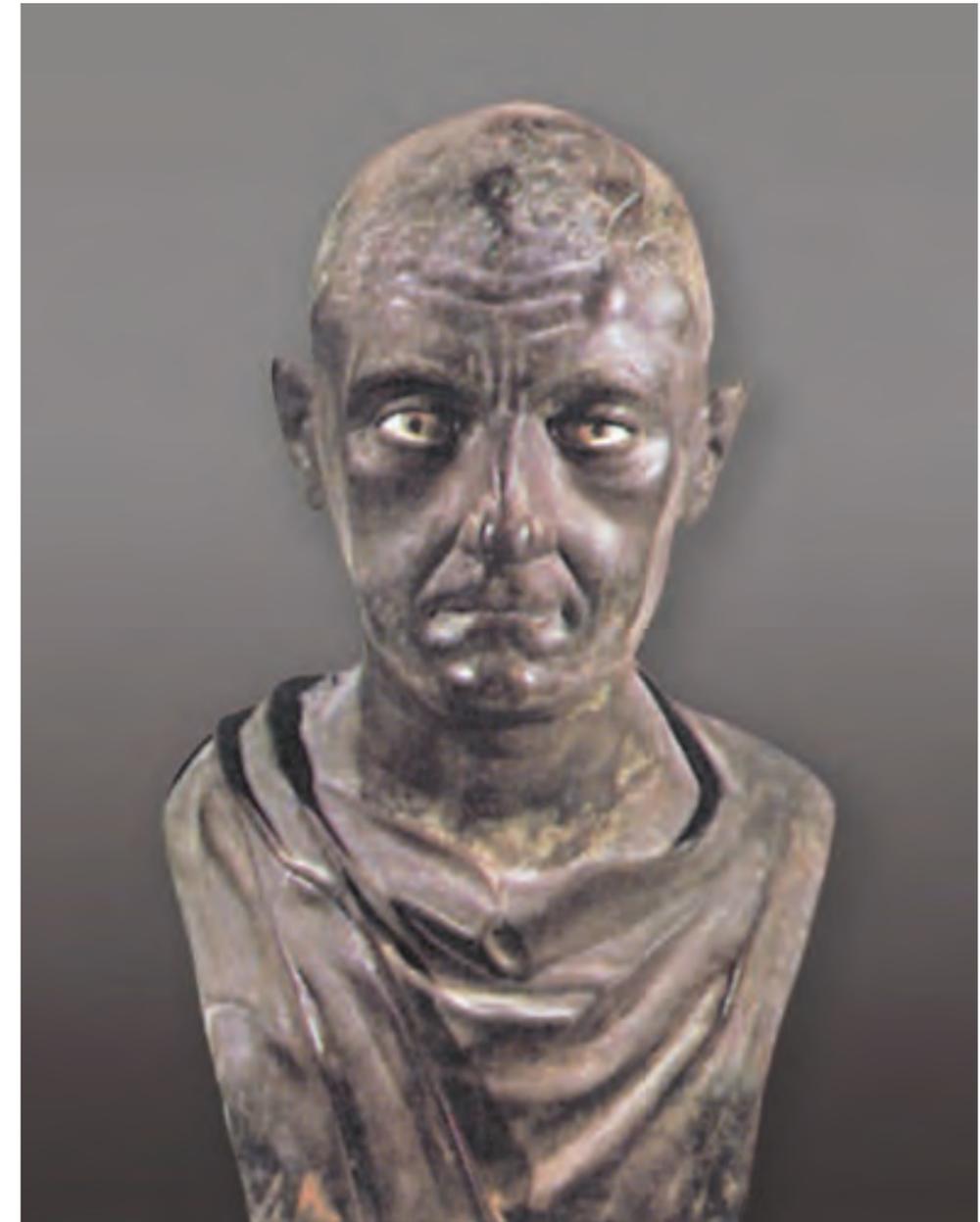
DIEGO VELÁZQUEZ



Luis de Góngora, 1622

Boston, Museum of Fine Arts

La pintura representa magistralmente el carácter del retratado. Muestra una expresión reconcentrada y un gesto adusto; tiene los labios apretados y una mirada seria y triste. En su cara resalta la nariz aguileña, así como un prognatismo. En la frente tiene un abultamiento que corresponde a un quiste epidérmico, y en la sien derecha una lesión pigmentada, bien definida y ligeramente abultada, típica de una queratosis seborreica.

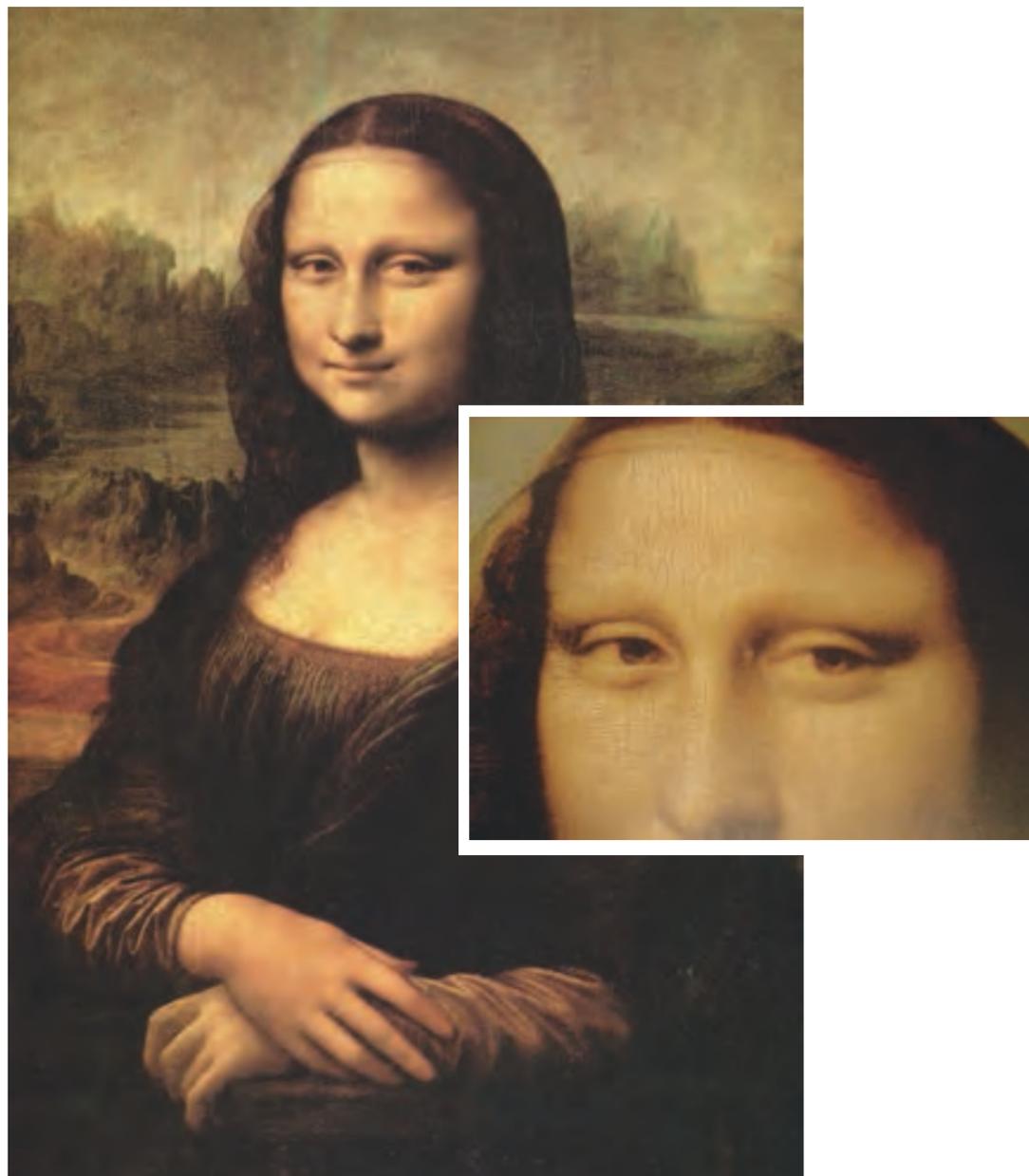


Busto de Escipión el Africano Bronce, Siglo II a.C.

Nápoles, Museo arqueológico

Publio Cornelio Escipión, el Africano, fue un importante militar romano. Luchó contra Aníbal en África e Hispania; sus victorias consiguieron poner fin a la Segunda Guerra Púnica y arrojar a los cartaginenses de la península Ibérica. El busto de Escipión, la imagen del personaje realizado en bronce, muestra dos tumores abultados y bien delimitados en la parte izquierda de la frente, que pueden corresponder a dos quistes epidérmicos.

LEONARDO DA VINCI



La Gioconda (Mona Lisa), 1503

París, Musée du Louvre

La Gioconda pintada por Leonardo, uno de los mayores artistas del Cinquecento y paradigma de genialidad humana, está considerada la obra cumbre de la pintura de todos los tiempos. El personaje es Mona Lisa, que se desposó con Francesco del Giocondo, de donde le viene el sobrenombre. La mujer presenta una pequeña lesión, ligeramente abultada y alargada, del mismo color de la piel o algo amarillenta, que podría ser un pequeño quiste infundibular. Además, tiene una alopecia total de ambas cejas.

PIERO DELLA FRANCESCA



Federico da Montefeltro, Duque de Urbino, 1465-1472

Florencia, Galleria degli Uffizi

Piero della Francesca, el primer artista en aplicar la perspectiva geométrica a la pintura, retrató a Federico de Montefeltro ataviado con traje y bonete carmesíes.

El personaje muestra su perfil bueno, pues era tuerto del ojo derecho y tenía una gran cicatriz. Posee una nariz ganchuda, parece que una intervención quirúrgica había acentuado su extraña convexidad para ampliar la visión del ojo izquierdo. En la mejilla izquierda hay tres tumoraciones redondeadas, bien delimitadas y ligeramente pigmentadas, que corresponden a nevus intradérmicos; en la región infra-auricular izquierda presenta otra lesión similar.

GREGORIO FERNANDEZ



Santa Teresa de Jesús, madera policromada, 1625

Valladolid, Convento del Carmen Calzado

Gregorio Fernández, máximo exponente de la Escuela Castellana de Escultura, realizó la obra para el Carmelo Calzado. Representa a Santa Teresa en su faceta de escritora, con la pluma en la mano derecha, el libro en la izquierda, y la mirada elevada hacia lo alto para indicar la inspiración divina. El rostro es el de una mujer joven, con tres nevus intradérmicos, situados en la aleta nasal izquierda, y en la región perioral del labio superior e inferior izquierdo.

JEAN PIERRE ANTOINE TASSAERT



Autorretrato, 1780

Dresde, Colección Escultórica

Jean Pierre Antoine Tassaert fue un importante escultor neoclásico. Autorretrato es un busto de tamaño natural, realizado en mármol, del escultor en la madurez. En su rostro sobresale, en el pliegue nasolabial derecho, un nevus intradérmico de considerable tamaño, que el artista no ha querido esconder.

TINTORETTO



Jacopo Soranzo, 1550

Milán, Pinacoteca Civica del Castello Sforzesco

Tintoretto, uno de los grandes pintores de la Escuela veneciana, realizó el retrato de Jacopo Soranzo. En él observamos a un anciano que nos mira de frente, vestido de púrpura, el color de la nobleza. Tiene un aspecto sereno y digno, barba y pelo blancos, y la frente surcada por una profunda arruga transversal que nos da idea de su férrea voluntad.

En el cantus interno de ojo izquierdo presenta una lesión infiltrada, extensa, del color de la piel. En algunas zonas está sobre-elevada y en otras es profunda. Por sus características clínicas corresponde a un carcinoma basocelular plano cicatricial, tumor que, aparte de crecer por sus bordes de forma tórpida y continua, tiene un componente escleroso muy importante.

ANDY WARHOL



Marilyn, 1962

Xerografía

Warhol fue un pintor estadounidense, miembro destacado del movimiento Pop Art. La xerografía muestra, sobre un fondo rojo, el rostro fuertemente coloreado de Marilyn Monroe, en el que llama la atención un lunar en el pliegue nasogeniano izquierdo. Era un pequeño nevus, apenas elevado y pigmentado, que ella resaltaba maquillándolo. Está realizado inmediatamente después de la trágica muerte de la famosa actriz, en 1962. Perteneció a una serie de distintos colores, denominándose según su colorido, y presenta a la artista como un producto prefabricado de la cultura de masas.

BIBLIOGRAFÍA

- . Alcolea S, Gil I. Velázquez. Barcelona: Ediciones Polígrafa, 2007.
- . Aris A. Medicina en la pintura. Barcelona: Lunewerg Editores, 2002.
- . Arrechea J. Leonardo. Madrid: Libsa, 2005.
- . Bartra R. El salvaje europeo. Fundación Bancaja de Valencia, 2004.
- . Beckett W. Historia de la pintura. Madrid: Blume, 2007.
- . Cámara Fernández C. Rembrandt Genio del Claroscuro. Madrid: Libsa, 2009.
- . Cadogan JK. Domenico Ghirlandaio: Artist and Artisan. Cadogan; 2000.
- . El retrato español, del Greco a Picasso. Museo Nacional del Prado. Madrid, 2004.
- . El retrato español, de Goya a Sorolla. Museo Nacional del Prado. Madrid, 2007.
- . Ferrari S. Van Eyck. Barcelona: Electa, 2005.
- . Kettenman A. Kahlo. Colonia: Taschen, 2002.
- . Lambourne L. Victorian painting. London: Phaidon; 2005.
- . Laskowski B. Piero della Francesca. Colonia: Könemann, 2000.
- . Laín Entralgo P. Historia de la Medicina. Barcelona: Salvat, 1982.
- . Manet en el Prado. Museo Nacional del Prado. Madrid, 2004.
- . Marqués Serrano O. La piel en la pintura. Madrid: Reprofot, 2009.
- . Marqués Serrano, O. Tumores en el arte. Madrid: Reprofot, 2015.
- . Museo Nacional de Escultura. Guía. Valladolid, 2016.
- . Neoclasicismo y romanticismo. Arquitectura. Escultura. Pintura. Dibujo. Colonia: Könemann, 2000.
- . Osterwold T. Pop Art. Colonia: Taschen, 2003.
- . Rebel E. Autorretratos. Colonia: Taschen, 2008.
- . Rembrandt. Pintor de Historias. Madrid: Museo del Prado, 2008.
- . Rousselot J. La medicina en el arte. Barcelona: Argos, 1971.
- . Tintoretto en el Prado. Museo Nacional del Prado. Madrid, 2007.
- . Velázquez. Su tiempo, su vida, su obra. Madrid: Libsa, 2006.
- . Vigué J, Ricketts M. La Medicina en la pintura: El Arte Médico. Madrid: Ars Medica, 2008.
- . Zuffi S. El retrato. Milán: Electa, 2000.

Historia de la cirugía de los labios

Vicente Manuel Leis Dosil

Hospital Universitario Infanta Sofía. San Sebastián de los Reyes (Madrid)

Cáncer de labio. La queiloplastia

En un país donde gran parte de la población trabajaba en el sector primario, en el campo o el mar, con la consecuente exposición solar crónica, el cáncer de labio era frecuente. De hecho, Argumosa (Fig. 1) afirmaba que la queiloplastia era la anaplastia que con más frecuencia se realizaba en aquel entonces, al ser tan frecuente la devastación cancerosa del labio, en su opinión secundaria a heridas y fisuras, y a las quemaduras por el tabaco.

Las extirpaciones de lesiones en el labio inferior, con sus reconstrucciones posteriores, eran objeto de múltiples publicaciones, refiriendo la técnica utilizada para la queiloplastia, como la de Chopard, la de Richerand o de Roux. Lo más habitual era una extirpación en cuña en V y aproximación de los bordes con algún punto de sutura y agujas de las que se empleaban en los labios leporinos.

Eduardo García Duarte (Fig. 2), que habría de ser catedrático de Patología Quirúrgica y Rector en la Universidad de Granada y, como curiosidad, abuelo materno del escritor Francisco Ayala, publicaba dos casos interesantes de queiloplastia en 1857. Lo destacable de estos casos es, por una parte, la minuciosidad de los detalles de la intervención y, por otra, que los acompaña de esquemas de la intervención.



Figura 3: Eduardo García Duarte. Esquema de queiloplastia (1857). Reconstrucción mediante un amplio colgajo cuadrilátero cervical.

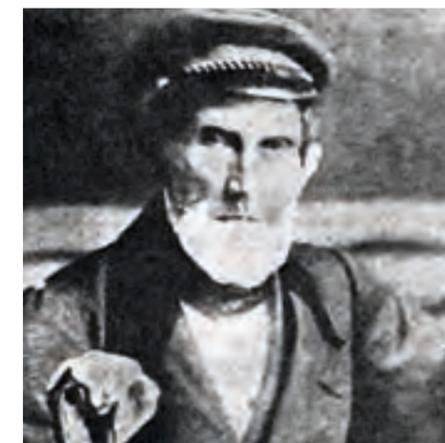


Figura 1: Diego de Argumosa y Obregón (1792-1865). Fuente: www.cajacantabria.com. Licencia Creative Commons.



Figura 2: Retrato de Eduardo García Duarte (1830-1904) durante el período en que fue Rector de la Universidad de Granada (1872-1875). Fuente: Universidad de Granada. Gabinete de Comunicación.

El primer paciente era un varón de 56 años, jornalero, con un cancroide ulcerado que le ocupaba todo el labio inferior y 1/3 del superior; extirparon la lesión en su totalidad, así como las glándulas sublinguales y reconstruyeron el defecto mediante un amplio colgajo cuadrilátero de base inferior en el cuello a la altura del cartílago tiroideos y alcanzando el borde anterior del masetero (Fig. 3). Como complicaciones, presentó una hemorragia arterial en el postoperatorio, que solucionó con compresión, por parte del estudiante interno, y una erisipela en la mejilla, que trataron con purgantes y almidón tópico.

El segundo caso (Fig. 4) era otro varón de 45 años con un cancroide hipertrófico de labio inferior, que ocupaba 2 cm del borde libre; se planteó inicialmente un tratamiento médico con una pasta arsenical que destruía los tejidos formando una escara, pero tras tres aplicaciones infructuosas se planteó la cirugía. García Duarte consideraba que la incisión en V o los colgajos cuadriláteros bilaterales tendrían mucha tensión y supondrían disecciones muy largas, por lo que diseña la siguiente reconstrucción:

“Una incisión primera que dividiendo la degeneración en todo su espesor, empezaba á un centímetro de la comisura labial izquierda, y bajaba oblicuamente á la línea media del cuello, hasta la región supra-hyodea. Una segunda incisión empezó en la comisura derecha y vino á terminar cortando en ángulo recto á la primera sobre el mentón, con lo que quedó separado el lábio y la degeneración, menos en la comisura izquierda donde quedaba un centímetro de aquella. Para quitarla se hizo una tercera incisión que empezando en la comisura izquierda terminaba bajo de la barba en forma de V ó sea en ángulo muy agudo sobre la primera.



Figura 4: Eduardo García Duarte. Esquema de queiloplastia (1857). Reconstrucción compleja.

Para la restauración se disecó el colgajo lateral inferior derecho formado por las dos primeras incisiones, y fue muy fácil elevarle. Para el lado izquierdo se separaron ligeramente las adherencias del lábio á la mandíbula, y con esto se aproximaron muy bien las ramas de la U, resultando de todo que después de hecha la aproximación, solo quedaba para cicatrizar exteriormente una línea que partiendo de la inmediación de la comisura izquierda terminaba en el hioides, y por separado el borde cruente del lábio”.

Llama la atención que esta solución le pareciese más sencilla y menos agresiva que los colgajos de avance bilaterales; además, durante la cirugía tuvieron una hemorragia importante de la arteria facial y las dos submentonianas, lo cual retrasó varias horas la finalización de la intervención. Los postoperatorios de estos pacientes eran prolongados, con estancias hospitalarias de varias semanas, sobre todo si había complicaciones de hemorragia o en la cicatrización de la herida. Las dehiscencias de la herida se controlaban con planchuelas, tiras aglutinantes y otros vendajes unitivos. Argumosa dividía las suturas en secas, que no producían sangre y que se correspondían con estos apósitos, frente a las *cruentes*, que sí producían sangre y que consistían en hilos dispuestos con una aguja que penetraba los tejidos, es decir, equivalentes a nuestras suturas actuales. Las cintas, vendotes o tiras aglutinantes debían ser de tela, no de piel, y estaban cubiertas de un emplastro adherente, en cantidad suficiente para mantener la unión, pero sin llegar a macerar los bordes de la herida. Estas suturas secas estaban contraindicadas si los labios de la herida no estaban bien enfrentados, en localizaciones con humedad o secreciones y en casos de erisipela. El propio Argumosa ideó una técnica de queiloplastia para aquellos casos en los que el tumor ocupaba *“todo ó casi todo el lábio [...] y sin interesar las comisuras, ó interesándolas, alguna vez hasta la profundidad (horizontal) de seis líneas ó mas”*. Su finalidad era superar ciertos inconvenientes de las técnicas habituales, y conseguir utilizar mucosa para cubrir el borde libre, conservar la arteria facial en lo posible y utilizar la cantidad de piel supramasetérica necesaria, respetando el conducto secretorio de la parótida. Para ello hacía una incisión inicial desde la comisura hacia el lóbulo auricular hasta el borde anterior del masetero; esta incisión era transmural y en bisel, para que en el lado mucoso fuese más alta. Luego, desde el extremo hacía otra hacia abajo con un ángulo de 45 grados, incluyendo piel y tejido celular subcutáneo, hasta la base de la mandíbula. El colgajo podía ser único o bilateral. Recomendaba una amplia disección del colgajo por el plano submucoso, para poder movilizarlo y llevarlo al centro para suturarlo. A diferencia de la práctica actual, se disponían muy pocos puntos de sutura, dejando en este colgajo, por ejemplo, cruente el borde libre del labio, permitiendo a la *“fuerza frunciendo de la cicatriz”* que formase este borde. Otro ejemplo de originalidad técnica es una publicación del año 1835, en la cual Sánchez de Toca (Fig. 5) modifica la blefaroplastia de Hysem para adaptarla a la reconstrucción del labio. El artículo es un ejemplo del estilo de redacción de la época, plagado de datos completamente accesorios, aunque muy rico en la descripción de las lesiones:

“Hallándome en la ciudad de Orense disfrutando de una licencia temporal, concedida por la Real Junta Superior para el restablecimiento de mi salud, se me presentó reclamando con las más vivas instancias los socorros de la profesión, un labrador del lugar de Tibianes [...]. Tal era el congojoso estado del enfermo cuando se presentó á mí, recomendado por mi excelente amigo y comprofesor D Diego María de Azpilcueta, distinguido facultativo titular de la ciudad de Lugo, que accidentalmente se hallaba entonces en las inmediaciones de Orense. El tumor voluminoso del tamaño de una gruesa nuez, irregularmente aplastada de delante atrás, ocupaba toda la parte media y lado derecho del labio inferior, tenía pulgada y media de altura vertical y dos pulgadas y media de extensión transversal, tan solo una cuarta parte escasa de este labio, aparecía sana hácia la comisura izquierda. Este tumor indolente, abollonado, blando, húmedo, como costroso; soltaba una sanies <espesa por todas partes, pero principalmente de su parte superior, de la inferior-posterior, y de la anterior inferior, en cuyos sitios presenta unas eminencias ó tubérculos. No había infarto glandular en las inmediaciones, ni movimiento febril, ni desorden alguno notable en el ejercicio de las funciones.”



Figura 4: Retrato de Melchor Sánchez de Toca (1806-1880) publicado en El Anfiteatro Anatómico Español. Periódico de medicina, cirugía y ciencias auxiliares. Madrid, año I, núm. 21, 30 de noviembre de 1873. Fundación Uriach. Licencia Creative Commons.

Otro punto interesante del artículo de Sánchez de Toca es la discusión razonada de las técnicas más habituales de reconstrucción del labio inferior, explicando los inconvenientes de cada una en su caso particular. La extirpación simple en V de la lesión, sin reconstrucción posterior, derivaría en una *“falta completa de todo el labio inferior; una boca deforme, continuamente abierta, enorme por sus dimensiones y repugnante por su aspecto; un flujo involuntario de saliva capaz por sí solo de conducir al enfermo al marasmo [...] y lo que todavía es peor, un fundado temor de la reproducción de la enfermedad en los labios de la herida”*; esta última frase deja entrever una controvertida hipótesis del francés Martinet, de la Creuse, publicada el año anterior en la Gazette Medicale, en el número 42, según la cual las autoplastias prevendrían las recidivas tumorales, basándose para formular dicha teoría en 4 casos propios. Si además de la extirpación en V se pretendía la aproximación directa de los colgajos, se obtendría una deformidad por la pequeñez excesiva de la boca y la prominencia del labio superior; esto sin tener en cuenta la gran tensión con riesgo de dehiscencia y *“gangrena por compresión”*, por lo que es una técnica que debería rechazar cualquier operador *“que no pierda de vista las duras lecciones con que la severa experiencia reprime a veces los planes audaces de la imaginación”*. A pesar de estas complicaciones, era una de las opciones más habituales, y el propio Sánchez de Toca publicaría un caso de esta técnica en 1857.

Otra técnica posible era la de Roux, consistente en tallar un colgajo de avance desde la cara anterior del cuello hasta la altura del hioides, con un ancho similar al defecto; este colgajo implicaba el vendaje del cuello en flexión forzada durante varios días y dejaba el labio sin músculo orbicular, por lo que también lo desestimó en su paciente; como curiosidad, esta descripción corresponde en otros tratados como el de Claude Bernard y Charles Huette al procedimiento de Chopard, y no al de Roux.

Finalmente adaptó la técnica de blefaroplastia de Hysem, que se tratará con más detalle más adelante, con la finalidad de conservar la funcionalidad del orbicular, al suplirlo con los músculos triangular de los labios y depresor de la comisura. Pasa entonces a describir con detalle la intervención:

“El enfermo se sentó en una silla frente á la luz de una ventana; un ayudante le sujetaba la cabeza contra su pecho con una mano, en tanto que con la otra aplicada debajo de la barba, comprimía las dos arterias maxilares externas sobre los dos lados de la quijada. Situado yo enfrente de él, [...] aislé el tumor canceroso por medio de dos incisiones rectas que [...] bajaban a reunirse en V al nivel de la parte derecha de la eminencia del mentón. [...] se aplicaron provisionalmente dos ligaduras á los orificios de las dos coronarias inferiores. [...] Entre el índice y el pulgar de la mano izquierda, cogí la corta porción remanente del labio inferior, en tanto

Luis F. Álvarez, leprólogo asturiano

La “saga” de los Álvarez

José Ramón Curto Iglesias

Oviedo

Introducción

Para explicar la elección de este tema, debo remontarme al I Seminario, realizado en Trujillo el 21 de noviembre de 2017. Allí intenté presentar un esbozo de la Historia de la Dermatología asturiana titulado “De Gaspar Casal a Carlos López Otín”: Dermatosis desde Asturias. Reconocí el peso de la escuela madrileña de dermatología (bien estudiada por Emilio del Río y Eduardo Fonseca) en sus orígenes, comparándola, por ejemplo, con la que se podía haber desarrollado en nuestra provincia. De ahí que algún compañero consideró que era de interés limitado: ¿A quién le importa más allá del Puerto de Pajares...?. No obstante, intenté buscar alguna singularidad, como el inicio del MIR en el Hospital General de Asturias, el Premio Príncipe de Asturias a Jacinto Convit, los moldes de cera en el Museo de la Minería, etc.

Y ya que estamos en Orense, y aunque sea predermatología, recordar la figura del gran amigo de Casal, el beneditino Padre Feijoo, que nació aquí cerca, pues su madre se puso de parto en el Pazo de Casdemiro (Pereiro de Aguiar), en la Parroquia de Santa María de Melias. Tenían casa en Casar do Mato, cerca de Allariz. Estudió en el Monasterio de San Estevo, donde nos encontramos. Ya en Oviedo fue maestro de novicios a los 33 años, en el Monasterio de San Vicente. Empieza a publicar a partir de los 50 años, escribe los 8 tomos de su Teatro Crítico Universal y está enterrado en la Iglesia de Santa María Real de la Corte.

En 1968, Amalio Rodríguez Telenti, internista asturiano, publica “Aspectos médicos de la obra del maestro Fray Benito Jerónimo Feijoo”. Gregorio Marañón había publicado “Las ideas biológicas del Padre Feijoo”. Entre otros temas se había interesado en el caso del hombre pez de Liérganes (Cantabria), una posible ictiosis.

También, puesto que este seminario tiene lugar en Galicia, recordar que destacué la influencia importante que habían tenido en la dermatología asturiana los profesores Jaime Toribio y Eduardo Fonseca.

Justificación

Al estudiar los dermatólogos asturianos que ejercieron fuera de Asturias, nos llamó la atención el Dr. Luis Fernández Álvarez, leprólogo en Honolulu, y luego caí en la cuenta de que se trataba del iniciador de la importante familia científica de los “Álvarez” (Fig. 1).



Figura 2: Luis F. Álvarez (1853-1937). Imagen de dominio público.

Luis Fernández Álvarez

Asturiano, nacido el 1 de Abril de 1853 en una aldea, La Puerta, de la parroquia de Mallecina, en el concejo de Salas (Fig. 2).

Salas

La villa de Salas destaca por su Colegiata. En este concejo (en Cornellana, famosa por sus salmones) nació Diego Menéndez de Avilés, gobernador de Puerto Rico y hermano de Pedro “Adelantado de la Florida”. En 2019 se celebrarán los 500 años de la Fundación de San Agustín de la Florida.

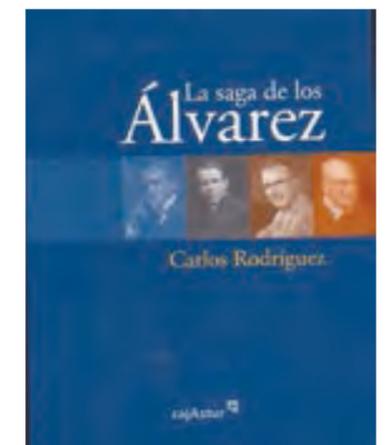


Figura 1: Cubierta del libro “La saga de los Álvarez”, de Carlos Rodríguez.

que un ayudante cogiendo con los mismos dedos de su mano derecha el labio superior me auxiliaba para poner en hueco y estirada la comisura izquierda: aplicando entonces á ella el corte del bisturí, hice una incisión oblicua hacia fuera y abajo; ligeramente curva y enteramente paralela á las fibras del músculo triangular de los labios, paralela también próximamente y casi tangente al trayecto de la arteria facial ó maxilar esterna, y estendida hasta la base ó atadura inferior de aquel músculo. Volviendo entonces el filo del instrumento, corté la base ó atadura inferior del músculo depresor de la comisura, juntamente con la piel por medio de una incisión dirigida hacia delante, adentro y abajo. La dirección precisa, y la longitud de esta incisión me habían parecido uno de los puntos del plan operatorio, que merecían más cálculo y meditación; pero careciendo allí de los medios necesarios para ensayarle [...] tuve que decidirme en el acto guiándome tan solo del golpe de vista [...]. Circunscrito ya así un colgajo de forma trapezoidal, dos ó tres cortes con el bisturí convexo fueron suficientes para cortar la mucosa y desprenderle de la mandíbula dejándole sujeto solamente al pedículo. Entonces ya pude correr el colgajo de izquierda á derecha, [...] haciéndole describir un arco de círculo, cuyo centro estaba en pedículo mismo. [...] el borde superior y derecho del colgajo quedó constituyendo su borde derecho; por manera que las dos ramas de la V de estirpación quedaron contiguas; el superior é izquierdo formado por la pequeña porción remanente del borde libre del labio, y por el borde convexo ó esterno del músculo depresor de la comisura izquierda, quedó constituyendo su borde superior y destinado á formar el borde libre del nuevo labio inferior; el inferior é izquierdo se convirtió en izquierdo y quedaba á su lado un espacio triangular que debía desaparecer por la aproximación de las partes de arriba abajo; en fin al lado inferior y derecho que establecía la continuidad del colgajo con las partes blandas vecinas de la barba, y formaba su pedículo quedaba constituyendo su borde inferior o adherente. [...] Quedaba entonces en la parte inferior del carrillo izquierdo, una pérdida de sustancia de forma triangular, cuyo lado más largo era el superior esterno, paralelo al trayecto de la arteria facial: acerqué pues las partes de arriba abajo y de fuera adentro, y quedó así contiguo aquel lado en parte al inferior, y en parte al ángulo inferior interno, y al principio ó parte inferior del borde izquierdo del colgajo de restauración”.

Fijó todo con suturas ensortijadas, alfileres y tiras aglutinantes, y se diseñó un vendaje con cerato, manojos de hilas y una fronda. Al final del día 22 la cicatrización era casi completa, y “el enfermo y su familia se despidieron de mí con lágrimas de agradecimiento, y con bendiciones a la cirugía moderna”. Aparte de los detalles anecdóticos, que nos dan una idea de la gran consideración que el doctor Sánchez de Toca tenía de sí mismo, este artículo destaca, por una parte, porque describe con bastante minuciosidad 3 técnicas habituales de queiloplastia, con sus ventajas e inconvenientes: la extirpación en cuña y cierre por segunda intención, la escisión en V y cierre por planos directamente, y la técnica de Roux, con un colgajo de avance rectangular desde el cuello. Y por otra, demuestra la importancia radical que se daba a la anatomía funcional a la hora de diseñar la reconstrucción y de situar las incisiones.

BIBLIOGRAFÍA

1. **Claude Bernard, Charles Huette.** Manual Iconográfico de Medicina Operatoria y Anatomía Quirúrgica. Sánchez de Bustamante, A (trad.). Madrid : Cárlos Bailly-Bailliere, 1965. Vol. 1, p. 418.
2. **de Argumosa y Obregón, Diego.** Resumen de Cirugía. Madrid : Imprenta y estereotipia de Don Juan María Alonso, 1856, p. 256.
3. **Malgaigne, JF.** Manual de Medicina Operatoria. Amado Salazar, Benito (trad.). Madrid : Librería de D Ángel Calleja, 1848. Vol. 2, pp. 41-46.
4. **Goicoechea, J.** Sección clínica de Madrid. La Iberia Médica., 1857, Vol. I, p. 132.
5. **de Guardia, RJ et al.** Parte correspondiente al mes de Enero último, elevado por los profesores de la seccion de Cirugía del mismo establecimiento. Madrid. La Crónica de los Hospitales, 1858, Vol. VI, pp. 73-74.
6. **Gutiérrez Galdó, José.** Eduardo García Duarte. Real Academia de Medicina y Cirugía de Granada. Académicos numerarios que fueron. Madrid : Ediciones Díaz de Santos SA, 2003, pp. 2013-2017.
7. **Correa Ramón, Amelina.** Sobre el intelectual Eduardo García Duarte (1830-1905), abuelo materno del escrito Francisco Ayala. Un documento histórico. ARBOR Ciencia, Pensamiento y Cultura, 2011, Vol. 187, pp. 757-763.
8. **García Duarte, Eduardo.** Clínica quirúrgica de la Escuela de Medicina de Granada, á cargo del Doctor Don Eduardo García Duarte. La Iberia Médica, 1857, Vol. I, pp. 140-141.
9. **García Duarte, Eduardo.** Clínica quirúrgica de la Escuela de Medicina de Granada, á cargo del Doctor Don Eduardo García Duarte (conclusión). La Iberia Médica, 1857, Vol. I, pp. 147-149.
10. **de Goicoechea, J.** Clínica del Dr D Melchor Sánchez de Toca. Estirpación de un botón canceroso en el labio. La Iberia Médica., 1857, Vol. I, 6, p. 43.
11. **de Argumosa y Obregón, Diego.** Resumen de Cirugía. Madrid : Imprenta y estereotipia de Don José María Alonso, 1856, pp. 54-55.
12. **Sánchez de Toca, Melchor.** Cáncer del labio inferior: estirpación de las cuatro quintas partes de dicho labio, seguida de la restauración del labio y del músculo semiorbicular inferior: curación rápida. Exito completamente feliz. Gaceta Médica de Madrid, 1835, Vol. 1, pp. 481-484.
13. **Morales Pérez, Antonio.** Tratado de Operatoria Quirúrgica. Barcelona: Establecimiento tipográfico de los sucesores de N Ramirez y C^a, 1881, Vol. 1, pp. 345-346.
14. **John Forbes, John Conolly.** The British and Foreign Medical Review. London: John Churchill, 1839. Vol. VII. 13, p. 142.
15. **Sánchez de Toca, Melchor.** Reseña de las operaciones practicadas en este hospital durante el mes de marzo. Estirpación de un botón canceroso en el labio. La Iberia Médica, Vol. 1, p. 43.

Otro personaje ilustre fue D. Fernando de Valdés Salas, arzobispo de Sevilla e inquisidor general. Fue fundador de la Universidad de Oviedo y está enterrado en un mausoleo de Pompeo Leoni, en la Colegiata.

El padre de Luis: Eugenio Fernández

Era bodeguero del infante Francisco de Paula de Borbón y Borbón, 14º hijo de Carlos IV, al que puede vérselo de niño entre sus padres, en el cuadro de Goya "La familia de Carlos IV".

Fue presidente de la masonería y se decía que tenía un gran parecido a Manuel Godoy.

Infancia y Juventud

Luis tuvo una esmerada educación en el Colegio Real, gracias a la posición de su padre. En aquella época el mayor de los hijos se casaba y quedaba con la propiedad.

El hijo tercero, ya huérfano y sin la protección del Infante, también fallecido, emigra a Cuba a los 13 años con un hermano, Celestino, trabajando en un ingenio de tabaco como lector, gracias a sus estudios. La emigración más numerosa era hacia Madrid, luego a Cuba, siendo en tercer lugar a Argentina, donde iban más mujeres solas.

Los emigrantes solían hacerlo antes de los 18 años, pues a partir de 1835 se había regulado el servicio militar obligatorio de los 18 a los 40 años.

Estados Unidos

De Cuba pasó a Estados Unidos, trabajando en diversos negocios tabaqueros en Florida y Nueva York. Siguiendo la costumbre americana, perdió el apellido Fernández. En 1878 se casó con Clementina Schultze.

Estudió la carrera de Medicina en el Cooper Medical College de San Francisco, en la actualidad Universidad de Stanford, terminándola en 1887.

Se unió luego a la marina, embarcándose como cirujano a bordo del USS Australia. En un viaje a Hawai, el gobierno local le ofreció un importante puesto, que aceptó.

Hawai

Estuvo ocho años de médico en Waianae. Trabajó luego en las leproserías que había creado el famoso belga padre Josef Damián de Veuster (Damián de Molokai).

Durante seis meses volvió a USA para profundizar en bacteriología, en la Universidad John Hopkins.

De Waialua se fue en 1895 a Kalihi, dirigiendo un hospital experimental para la lepra (área rural de la isla de Oahu).

Acudió en representación del Reino de Hawai a la Iª Conferencia Internacional sobre la Lepra en Berlín (1897) (Fig. 2).

En 1898 se agregó Hawai a los Estados Unidos.

Era masón, al igual que otros personajes ilustres, como José Martí.

Se integró en la sociedad hawaiana, llegando a dominar el hawaiano, el inglés, el español y el patois. Fue cónsul honorario de España en Hawai (nombrado por Alfonso XIII), y posteriormente en Los Ángeles, a donde se había trasladado en 1907 y donde falleció, por una pulmonía, el 24 de Mayo de 1937, a los 84 años.

Aportaciones a la Ciencia

Han sido dos principalmente:

La forma de hacer la toma diagnóstica en la lepra, pellizcando la piel y raspando, cogiendo la linfa sin contaminar de sangre para extenderla y buscar el bacilo de Hansen, tal como se sigue haciendo en la actualidad

Un intento de tratamiento, como otros parecidos, con suero de caballo inmunizado, en una época en la que el aceite de chaulmogra oral era lo más efectivo.

LA SAGA DE LOS ÁLVAREZ

Walter Clement Álvarez

(San Francisco (EEUU) 1884-San Francisco (EEUU) 1978)

Hijo de Luis F. Álvarez (Fig. 3). Al igual que su padre, estudió Medicina en el Cooper Medical College. Ejerció en San Francisco, vinculado a la Universidad de California en Berkeley. En 1934 fue nombrado Profesor de Medicina de la Clínica Mayo.

Fue un divulgador médico muy conocido y autor de una obra difundida en España: "Viva en paz con sus nervios".

Se le llamó el "médico de familia de América". Un premio en EE.UU. con su nombre reconoce la labor de comunicación al público de avances médicos.

Se conoce una hinchazón abdominal psicógena, como "Síndrome de Álvarez".

Mabel Álvarez

(Oahu (Act. EEUU) 1891-Los Ángeles (EEUU) 1985)

Hija de Luis F. Álvarez. Nació en Oahu, entonces Reino de Hawai. Se trasladó con su familia a Los Ángeles en 1903. Fue una importante pintora impresionista norteamericana, que estudió con discípulos directos de Cezanne.



Figura 3: Walter Clement Álvarez (1884-1978). Imagen de dominio público.



Figura 4: Luis Walter Álvarez (1911-1988). Imagen de dominio público.

Luis Walter Álvarez

(San Francisco (EEUU) 1911-Berkeley (EEUU) 1988)

Nieto de Luis F. Álvarez e hijo de Walter Clement Álvarez (Fig. 4).

Galardonado con el Premio Nobel de Física en 1968.

Trabajó en el proyecto Manhattan y diseñó el detonador de las dos bombas atómicas lanzadas en Japón.

Voló como observador científico en el "Great Artist", el B-29 que iba detrás del "Enola Gay", que bombardeó Hiroshima.

Trabajó en varios sistemas de radar; con ellos estudió, por ejemplo, las pirámides de Egipto.

Walter Álvarez (Berkeley (EEUU) 1940-)

Bisnieto de Luis F. Álvarez e hijo de Luis Walter Álvarez (Figs. 5 y 6).

Geólogo.

Doctor Honoris Causa por la Universidad de Oviedo.

Junto a su padre (Luis Walter Álvarez) y Helen Michel y Frank Asaro, descubrieron una capa de la corteza terrestre enriquecida en iridio, postulando que provenía de un gran asteroide, que había causado la extinción de los dinosaurios (Fig. 7). La teoría se confirmó en 1991, al datarse en 66 millones de años el cráter de Chicxulub, en el norte de Yucatán.

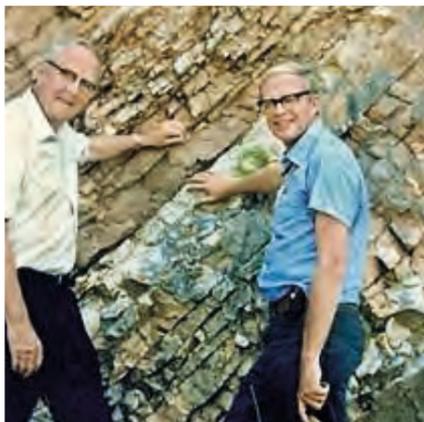


Figura 5: Luis Walter Álvarez y Walter Álvarez, padre e hijo fotografiados en Italia en 1981. Imagen de dominio público.



Figura 6: Walter Álvarez (1940-). De Orangeboxes2 - Bill Crow, CC0. Imagen de dominio público.

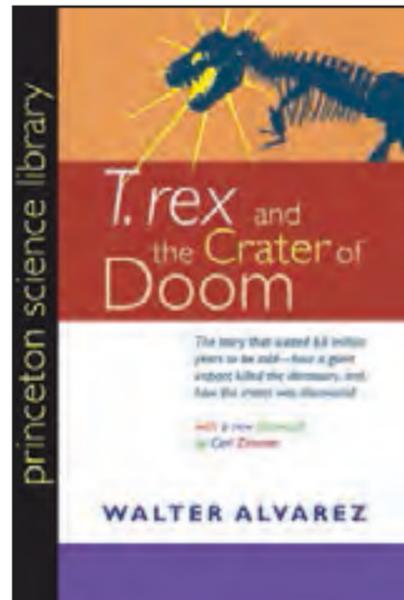


Figura 7: Cubierta del libro de Walter Álvarez T. rex and the Crater of Doom (2007).

BIBLIOGRAFIA

- Alvarez LW, Alvarez W, Asaro, F, Michel HV. Extraterrestrial cause for the Cretaceous–Tertiary extinction". Science. 1980;208 (4448):1095–1108.
- Curto Iglesias JR. De Gaspar Casal a Carlos López Otín: Dermatitis desde Asturias. En: Fonseca Capdevila E, ed. I Seminario de Historia de la Dermatología. Trujillo (Cáceres), 21 de noviembre de 2017. La Coruña: Fundación Profesor Novoa Santos, 2018, pp. 75-79.
- Polanco Masa A. La saga de los Álvarez. Historia de Iberia Vieja 2011 (Dic.);78:64-67.
- Rodríguez C. La saga de los Álvarez. Oviedo: Cajastur, 2004.

JOSÉ FERNÁNDEZ DE LA PORTILLA (1889-1943)

Un hombre para un tiempo

Eduardo Fonseca Capdevila

Servicio de Dermatología

Complejo Hospitalario Universitario de La Coruña

José Fernández de la Portilla (Fig. 1) nació en Madrid el 1 de junio de 1889. Fue un hijo ejemplar, siempre preocupado del bienestar y satisfacción de sus padres, que le sobrevivieron¹. Su hermana Matilde tuvo una importante participación en sus actividades sociales durante su juventud. Contrajo matrimonio con Josefa Morer Margenat, sin que nos conste que tuviera descendencia.

Salvador Gallardo le describe como amable, risueño, comedido y cortés, jovial y optimista, con facilidad de palabra, dinámico, emprendedor y modesto. Gran maestro, sin alardes de maestría, gran consejero, gran caballero, sencillo y natural en sus actos y, por encima de todo, gran patriota, con indiscutibles dotes de mando².

En su época de grandes triunfos demostró una enorme capacidad como político, diplomático y orador³, que le permitieron desempeñar tareas muy controvertidas con espíritu conciliador, sin fomentar odios y procurando la unidad entre los dermatólogos⁴. Fue muy religioso, hecho que se refleja en sus publicaciones profesionales y en su pertenencia a la Hermandad de San Cosme y San Damián y otras congregaciones católicas^{5,6}.

Tenía grandes habilidades para la interpretación y la canción. Los periódicos de la época recogen su participación en la organización y actuaciones en funciones con carácter benéfico. Fue también miembro y directivo del Rotary Club de Madrid y de otras entidades sociales y culturales.

Estudios

Estudió el bachillerato en el Instituto General y Técnico del Cardenal Cisneros y la carrera de medicina en la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Madrid. Fue alumno interno de cátedra de Clínica Médica en el Hospital Clínico de Madrid con Manuel Alonso Sañudo (1856-1912) y en el Hospital de San Juan de Dios, donde inició el contacto con la Dermatología y Sifiliografía^{7,8}.

Durante su época de estudiante dio ya señales de su vocación docente y gestora, creando y presidiendo el Ateneo de Alumnos Internos, al que permanecería vinculado como profesor durante varios años⁹. Francisco Daudén Valls (1898-1990), que se consideraba su discípulo más antiguo, recordaba que en 1917 impartía clases de Fisiología y Terapéutica¹⁰.

En 1914 presentó su Tesis Doctoral sobre el tema "Algunas reflexiones acerca del tacto y acuidad del mismo en la hemiplejía orgánica"¹¹. Al igual que en el grado de licenciado, obtuvo premio extraordinario en el doctorado^{7,8}.



Figura 1: Fotografía del Dr. José Fernández de la Portilla publicada por Actas Dermo-Sifiliográficas en 1942.

Inicio de actividad profesional y especialización

En septiembre de 1912 aprueba la oposición de médico militar y se incorpora como Alumno de la Academia Médico-Militar¹². Tras superar el periodo de formación, en junio de 1913, pasa a ser Médico segundo y es destinado a la Clínica de Urgencia de Madrid; en agosto de ese año fue destinado en comisión al cuadro eventual de Ceuta y solicitó la baja en el ejército¹³.

Desde 1913 consta su colaboración en el Hospital San Juan de Dios de Madrid como Ayudante y más tarde como Agregado. Inicialmente estuvo adscrito al servicio de Azúa, encargándose de los pacientes con lepra y entre 1915 y 1920 al de Sáinz de Aja^{3,14,15}. Mantuvo también la relación con la Facultad de Medicina, actuando como profesor clínico durante 5 años^{7,8,16}.

En 1919 obtiene por oposición una plaza de médico de la Beneficencia Municipal de Madrid, desarrollando esta labor como médico de guardia en la Casa de Socorro de Universidad y más tarde como especialista en Dermatología en el Asilo Municipal de La Paloma^{7,17-19}. En 1930 fue nombrado facultativo especializado del Dispensario Médico-Escolar de Madrid²⁰, cargo que mantuvo hasta la reorganización del mismo en 1933.

Fue también jefe de la Consulta de Dermatología y Venereología del 6º Dispensario de la Cruz Roja Española en Madrid^{7,10}.

Médico clínico del Servicio de Higiene y Profilaxis de la Prostitución

En 1921 se convocaron 7 plazas de médicos clínicos del Servicio de Higiene y Profilaxis de la Prostitución de Madrid, que con el tiempo se integrarían en la Lucha Nacional Antivenérea. Las oposiciones fueron muy disputadas por el número y nivel de los aspirantes, consiguiendo Fernández de la Portilla el segundo puesto^{15,21}.

La toma de posesión de los médicos clínicos y de laboratorio para los dispensarios antivenéreos y el comienzo de su actividad se demoró desde julio de 1921, cuando se resolvieron las oposiciones, hasta enero de 1923, entre otros motivos porque Fernández de la Portilla y otro de los ganadores de las plazas, Julio Bravo Sanfeliú (1894-1987), se negaban a tomar posesión mientras ello implicara tener que hacer reconocimientos domiciliarios de las prostitutas, que solían realizarse en los prostíbulos, actuaciones que consideraban inútiles e indignas, tanto para el médico como para el Estado al que representaban²².

Finalmente tomó posesión el 1 de enero de 1923¹⁵ y su labor en los dispensarios oficiales antivenéreos sería en lo sucesivo y hasta la Guerra Civil su principal actividad asistencial³.

Inicialmente se incorporó al Dispensario de la calle Luisa Fernanda, del que sería director y que reunía muy pocas condiciones para la actividad que pretendía desarrollarse. En 1924 se inaugura el Dispensario Azúa, situado en la calle Segovia, con nuevas y mucho mejores instalaciones, ya que había sido construido expresamente para esa función. Fernández de la Portilla se unió a la plantilla de este nuevo dispensario, pero siguió siendo director del de Luisa Fernanda, que debió seguir funcionando por ser imposible absorber toda la actividad en un solo centro¹⁵.



Figura 2: El Dr. Fernández de la Portilla (de pie en el centro de la imagen) pasando consulta en el Dispensario Antivenéreo Azúa. Fotograma de la película "La terrible lección" 1927.

En la película "La terrible lección", producida por el Comité Ejecutivo Antivenéreo²³ en 1927, vemos a Fernández de la Portilla en su consulta del Dispensario Azúa (Fig. 2). Fernández de la Portilla fue un entusiasta promotor de la construcción de un nuevo dispensario antivenéreo, para lo que contó con el decidido apoyo del general Severiano Martínez Anido (1862-1938), que durante la dictadura del general Primo de Rivera fue subsecretario de Gobernación (1923-1925) y posteriormente ministro de Gobernación y vicepresidente del Gobierno (1925-1930). Su contribución había sido ya importante para acelerar las obras y poner en funcionamiento el Dispensario Azúa¹⁵.

Otro importante apoyo para la construcción del dispensario, que llevaría el nombre de Martínez Anido, fue el médico-militar José Alberto Palanca Martínez-Fortún (1888-1973), que en su dilatada carrera desempeñó numerosos cargos civiles y militares, entre ellos los de Inspector Provincial de Sanidad de Madrid (1923-1930) y posteriormente Director General de Sanidad (1930-1931 y 1939-1957). La buena relación entre Fernández de la Portilla y Palanca, desarrollada durante la dictadura de Primo de Rivera, sin duda tendría gran importancia en la postguerra.

El 24 de mayo de 1928 se inauguró el Dispensario Martínez Anido, en la calle Sandoval, del que fue nombrado director Fernández de la Portilla. El acto tuvo una extraordinaria relevancia, con presencia del rey Alfonso XIII, el ex rey de Grecia, el presidente del Consejo de Ministros, general Primo de Rivera, el ministro de la Gobernación, general Martínez Anido, el Director General de Sanidad, los Inspectores General y Provincial de Sanidad, el Gobernador Civil, un representante del alcalde, que se encontraba fuera de Madrid, el Presidente de la Diputación Provincial y numerosos médicos y empleados del dispensario. Como director del centro, fue el encargado de mostrar al rey, seguidos por los invitados, las diversas dependencias e instalaciones, en un minucioso recorrido, que incluyó hasta la azotea, donde se realizaron diversas fotografías, una de las cuales fue al día siguiente portada del diario ABC (Fig. 3). A continuación, en el salón de actos del dispensario, Martínez Anido y Fernández de la Portilla leyeron sendos discursos, que fueron muy aplaudidos^{24,25}.

La posición de Fernández de la Portilla sobre la prostitución y la lucha antivenérea siempre estuvo influenciada por su profunda creencia católica, pero firmemente asentada en las circunstancias sociales reales y sufrió variaciones, que él mismo refiere, a lo largo de su vida profesional²².

Aunque su ideal es robustecer la moralidad de las costumbres y la libertad de las personas, parte de la dura realidad de que la desaparición de la prostitución es una "generosa utopía". Así, desde el inicio de su ejercicio se sumó a la corriente abolicionista que propugnaban la gran mayoría de los venereólogos relevantes de la época, dando pruebas de ello con su negativa a los reconocimientos domiciliarios o con la organización de un curso, nada más hacerse cargo del Dispensario Martínez Anido, con participación de destacados defensores de esta corriente^{22,24}.



Figura 3: Inauguración del Dispensario Martínez Anido el 24 de noviembre de 1928. A la izquierda Pablo exrey de Grecia. A continuación, señalado con un 1, el rey Alfonso XIII, con un 2, el general Primo de Rivera, presidente del Consejo de Ministros y con un 3, el general Martínez Anido, ministro de la Gobernación. Fernández de la Portilla aparece entre Alfonso XIII y Primo de Rivera y, en segundo plano, entre Alfonso XIII y Fernández de la Portilla, José Alberto Palanca Martínez-Fortún. El último a la derecha es Ricardo Bertoloty. Foto tomada en la azotea del dispensario y publicada al día siguiente por ABC.

No obstante, aun dentro de esta tendencia, evoluciona desde los primeros años de su trabajo en el dispensario (1923-1924), en que propugna un abolicionismo ecléctico, también siguiendo a la mayoría de sus colegas y estimado que desde el punto de vista de actuación médica procede alguna reglamentación. A partir de 1928 cambia su postura, considerando que el reglamentarismo, al menos en las grandes ciudades, es un “fracaso absoluto y rotundo desde todos los puntos de vista”, siendo inútiles los reconocimientos periódicos de las prostitutas y, además, perjudiciales, por proporcionar una falsa sensación de seguridad²².

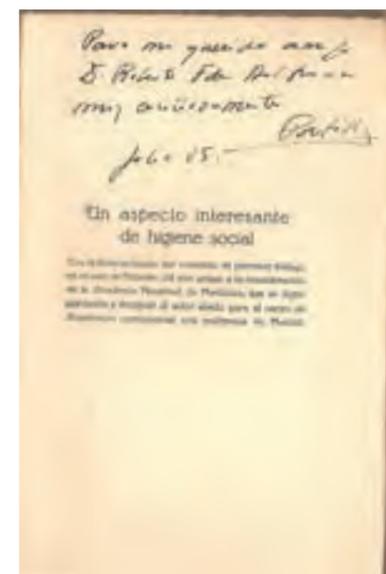


En 1934 publica el libro “La lucha antivenérea en España (Diez años de experiencia)” (Figs. 4 y 5), en el que recoge su concepción y la evolución de sus criterios sobre esta actividad asistencial. Destaca que la competencia de los médicos es la divulgación moral y sanitaria, el diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno y suficiente, dejando para los sociólogos, legisladores y moralistas la discusión de medidas como la investigación de la paternidad, la del seductor, las responsabilidades pecuniarias y penales, el delito de contagio, la persecución del proxenetismo y la aceptación oficial o no del hecho de la prostitución. No obstante, señala que en ocasiones corresponde a los médicos enseñar directamente al público el peligro y profilaxis de estas enfermedades, especialmente para romper la “conspiración del silencio” sobre las mismas²².

Con respecto a los dispensarios, los considera elementos clave de la lucha antivenérea, debiendo tener acceso libre para las prostitutas, en lugar de reconocimientos periódicos obligatorios y que deben estar abiertos a la población general o por lo menos a la de escasos recursos. Resalta la importancia del laboratorio para poder proporcionar una atención de calidad y a sus funciones asistenciales añade, como esenciales, la educación social, la formación continuada de médicos especialistas y no especialistas y las labores de propaganda sanitaria, en la que siempre colaboró estrechamente con Julio Bravo²².

En el libro queda constancia de su conocimiento del abordaje de la lucha antivenérea en los países más desarrollados y las recomendaciones de las organizaciones internacionales al respecto. Insiste, además, en que el problema de las enfermedades venéreas es fundamentalmente un problema de cultura y sobre la importancia de la lucha contra el intrusismo, el charlatanismo, el fraude médico y la consideración de enfermedades ocultas o secretas²².

En 1935 fue nombrado miembro del Consejo Nacional de Sanidad y Asistencia Pública, como experto en lucha antivenérea y antileprosa²⁶ y Vocal representante del Consejo Nacional de Sanidad en el Patronato de Política Social Inmobiliaria²⁷.



Figuras 4 y 5: Cubierta del libro “La lucha antivenérea en España (Diez años de experiencia)”, publicado en 1934 y dedicatoria autógrafa del autor.

Academia Médico-Quirúrgica Española

En noviembre de 1931 fue elegido secretario general de la Academia Médico-Quirúrgica Española, en una candidatura presidida por Leonardo de la Peña Díaz (1875-1957), primer catedrático de urología de España^{28,29}. A raíz de su coincidencia en esta junta directiva se fraguó una gran amistad entre ambos¹. Las elecciones fueron, para algunos, interpretadas en clave política, ya que, si bien los miembros de la candidatura elegida no tenían una adscripción política determinada, la otra incluía destacados militantes socialistas. Sin embargo, una vez finalizadas las elecciones, la actividad siguió por sus cauces estrictamente científicos²⁹.

Revolución de Asturias (1934)

Tras la Revolución de Asturias, en octubre de 1934, fue comisionado especialmente por el gobierno para informarle sobre la situación en que se encontraba la asistencia sanitaria. En declaraciones a publicaciones de la época, reflejó las duras condiciones a las que habían sido sometidos los médicos durante las dos semanas de régimen revolucionario, tanto en Oviedo como en la zona de Mieres. Así mismo relata que los servicios sanitarios habían recuperado con rapidez la normalidad tras sofocarse la rebelión^{30,31}.

Guerra Civil Española (1936-1939)

Según sus propias palabras³², a pesar de ser vicepresidente de la Academia Española de Dermatología y Sifiliografía, Fernández de la Portilla se siente excluido de esta institución y del ambiente dermatológico de los meses previos a la Guerra Civil, motivo por el que a partir de febrero de 1936 dejó de participar en sus actividades y no acudió al II Congreso Nacional de Dermatología y Sifiliografía, celebrado en Granada del 8 al 10 de junio de 1936.

El inicio de la guerra le sorprende en Madrid, donde rápidamente es depurado por el Gobierno de la República y separado de forma definitiva del servicio en la Lucha Antivenérea Nacional, con pérdida del cargo y de todos sus derechos³³. Junto a él fue también suspendido otro médico clínico de la Lucha Nacional Antivenérea, Julián Sanz de Grado, que sería asesinado en noviembre de 1936. Según Álvarez Sáinz de Aja, la conmoción psíquica que le produjeron estas circunstancias derivó en una neurosis de temor y terror³.

A mediados de enero de 1938 consigue pasar a la zona nacional y se instala en Vitoria³⁴, donde poco a poco consigue recuperarse. En mayo de 1938 es asimilado a capitán médico honorífico y destinado a los hospitales de Vitoria³⁵; allí ejercerá hasta el final de la guerra. Fue también nombrado jefe provisional de Dispensario Antivenéreo de Vitoria³⁶ y ejerció la medicina privada en la clínica del dermatólogo local y seleccionador nacional de fútbol Amadeo García de Salazar Luco (1886-1947)^{37,38}.

Expansión explosiva tras la Guerra Civil

Seguimos a Álvarez Sáinz de Aja, quien describe la evolución de Fernández de la Portilla a partir de la Guerra Civil como “expansión realmente explosiva, súbita”, reconociendo el hecho indiscutible de haber sido la figura más destacada de la dermatología en el periodo 1939-1943. Considera que este éxito era un ejemplo de a donde podía llegarse con política, con diplomacia y con buena educación³.

En abril de 1939 fue nombrado presidente de la Comisión Gestora del Colegio de Médicos de Madrid y vocal del Consejo General de Médicos; al año siguiente pasó a ser presidente del Colegio. También en 1939 es nombrado presidente de la Academia Española de Dermatología y Sifiliografía y en los años sucesivos jefe del Servicio de Asistencia Social de la RENFE, ponente de las comisiones para elaborar el Anteproyecto de la Ley del Seguro de Enfermedad³⁹, académico numerario de la Academia Nacional de Medicina, catedrático numerario de Dermatología y Sifiliografía de la Universidad de Valencia, director del Sanatorio Leprológico de Fontilles, médico de las Cortes Españolas y presidente del consejo de administración del Instituto Behring de Terapéutica Experimental S.A.⁴⁰. Entre otras distinciones recibió las de comendador de la Orden de Alfonso X el Sabio, la Medalla de Oro de la Cruz Roja Española y fue nombrado presidente de honor de las secciones regionales de Valencia, Barcelona y Andalucía de la Academia Española de Dermatología y Sifiliografía^{3,6,7}.

Pese a la ingente cantidad de cargos y responsabilidades, unidos a los que ya ostentaba antes de la guerra y a su consulta privada, consiguió unos resultados muy satisfactorios en todos ellos, aunque probablemente a costa de un deterioro rápido en su salud.

Presidente del Colegio Oficial de Médicos de Madrid. Vocal del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos

El 15 de abril de 1939 es nombrado por Orden Ministerial presidente de la Comisión Gestora del Colegio Oficial de Médicos de Madrid y vocal del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos^{41,42}. En enero de 1940 pasó a ser presidente de la Junta Directiva del Colegio⁴³, puesto en el que permaneció hasta 1942. Continuó siendo vocal del Consejo hasta su fallecimiento. Como presidente del Colegio de Médicos le correspondió la depuración de los médicos colegiados y de las matronas de la provincia de Madrid⁴⁴. Su actuación, como en otras situaciones similares, se caracterizó por la tendencia a la benevolencia y a la concordia, exenta de revanchismo⁴.

Catedrático numerario de Dermatología y Sifiliografía de la Universidad de Valencia

El 24 de enero de 1942 se publicó en el BOE el anuncio de convocatoria de las cátedras de Dermatología y Sifiliografía de las universidades de Valencia y Valladolid, en turno libre⁴⁵. El 14 de febrero se hizo público el tribunal que había de juzgar las oposiciones, constituido en la siguiente forma. Presidente: Fernando Enríquez de Salamanca, del Consejo Superior de Investigaciones Científicas. Vocales: Valentín Matilla Gómez, José Gay Prieto, Antonio Chaos Losada y José Luís Rodríguez-Candela Manzanque, catedráticos, los dos primeros de la Universidad de Madrid; de la Lucha Antivenérea Nacional, el tercero, y catedrático, el último, de la de Valladolid⁴⁶.

Los opositores admitidos fueron Eduardo de Gregorio García-Serrano, Tomás Caro-Patón y Merlo-Córdoba, José Fernández de la Portilla, Francisco Javier Vilanova Montiu, Bernardo López Martínez, Augusto Navarro Martín, José Gómez Orbaneja, Ramón González Medina y José Mercadal Peyrí⁴⁷. El proceso de la oposición se inició el 6 de junio con la presentación de los candidatos y los trabajos y memorias preceptivos⁴⁸ y el 15 de julio de 1942 se publicaron los resultados finales, con adjudicación a Fernández de la Portilla de la cátedra de Valencia y a Vilanova la de Valladolid⁴⁹.

Gay Prieto relata que Fernández de la Portilla realizó un enorme esfuerzo para preparar las oposiciones, incluyendo el estudio de materias, como la histopatología, con las que no estaba familiarizado. Iniciado el curso mantuvo su residencia en Madrid, desde donde se desplazaba a Valencia en ferrocarril para impartir las dos lecciones preceptivas semanales. El último de estos viajes lo hizo acompañado de Gay, invitado a impartir una de las lecciones; durante el mismo sufrió una crisis de angor pectoris, en la que Gay le asistió en la medida de lo posible y que preludió su temprano fallecimiento⁵⁰.

Director del Sanatorio Leprológico de Fontilles

Tras el nombramiento como catedrático de Dermatología y Sifiliografía de Valencia, recibió también el de director del Sanatorio Leprológico San Francisco de Borja, situado en Fontilles (Alicante)⁵¹. Este centro había sido incautado a la Compañía de Jesús durante la República y devuelto tras la Guerra Civil, pero manteniendo en control sanitario por la Sanidad Nacional. En 1942, al inaugurarse el Sanatorio Leprológico de Trillo (Guadalajara), dejó de ser controlado sanitariamente por el Estado, restableciéndose, con la denominación Colonia-Sanatorio de San Francisco de Borja para leproso de Fontilles (Alicante), su status de entidad de beneficencia particular subvencionada⁵¹⁻⁵³.

Aunque bajo la dirección de Fernández de la Portilla se inició una actualización y mejora de la asistencia en Fontilles, el corto periodo que duró no permitió grandes logros, que sí se conseguirían por su sucesor en este cargo y discípulo Félix Contreras Dueñas.

Academia Nacional de Medicina

En 1934 fue nombrado académico corresponsal, con residencia en Madrid, de la Academia Nacional de Medicina tras presentar, con el título "Un aspecto interesante de higiene social", el trabajo que pu-

blicó más tarde en forma de monografía: "La lucha antivenérea en España (Diez años de experiencia)"²². El 1 de julio de 1942 fue elegido académico numerario para ocupar una vacante en la Sección de Medicina y Especialidades Médicas. Tomó posesión el 29 de marzo de 1943 con el discurso "La continencia sexual en la juventud y su valoración médica" (Fig. 6). Fue contestado por Leonardo de la Peña Díaz^{7,8,54}. Se le entregó el diploma y medalla nº 18.

El acto de recepción como académico fue presidido por el ministro de Educación Nacional, compartiendo la mesa presidencial con el obispo de Madrid-Alcalá y el director general de Enseñanza Media, además del director, el secretario perpetuo y el tesorero de la institución⁵⁴.

El discurso de toma de posesión, como sugiere su título, es una defensa de castidad y su utilidad para evitar las enfermedades venéreas, muy impregnado por su sentimiento religioso^{54,55}.

Fernández de la Portilla reconoce sinceramente que ser académico era un anhelo desde su juventud y que ansiaba ese nombramiento para satisfacer a su padre, que siempre había creído que alcanzaría esa meta^{1,55}. También en este discurso afirma que continúa siendo abolicionista respecto a la prostitución, pese a que después de la Guerra Civil esta actividad era tolerada y se había establecido un sistema reglamentarista^{55,56}. Esta cuestión ha sido tergiversada en alguna recensión biográfica⁷.

Academia Española de Dermatología y Sifiliografía: Un presidente elegido después de muerto

Inició su participación en las actividades de la entonces Sociedad Española de Dermatología y Sifiliografía en la primavera de 1915.

En el periodo 1922-1926 se incorpora a la Junta Directiva, presidida por José Sánchez-Covisa Sánchez-Covisa, como secretario de actas. En 1925 se cambió el nombre de Sociedad por Academia. Sigue como secretario de actas hasta en la siguiente Junta Directiva hasta el 11 de marzo de 1927 en que dimite. Vuelve a la Junta Directiva presidida por Julio Bejarano Lozano en 1931-1934, esta vez como secretario general y redactor jefe de Actas Dermo-Sifiliográficas y a partir de este último año pasa a ser vicepresidente, de nuevo con Sánchez-Covisa como presidente. En el verano de 1936 la actividad de la Academia se ve interrumpida por la Guerra Civil^{34,57,58}.

En 1937 Álvarez Sáinz de Aja, que era presidente de honor de la Academia y se encontraba en Burgos, con el apoyo de Eduardo de Gregorio y García-Serrano (1898-1960), director del Dispensario antivenéreo de Zaragoza, y de José Gay Prieto (1905-1979), catedrático de Dermatología y Sifiliografía de Granada, en 1937 consiguen reanudar la publicación de Actas Dermo-Sifiliográficas⁵⁹, que se mantendrá en esta última ciudad y siendo Gay directamente responsable de ella hasta 1940⁶⁰.

El 20 de agosto de 1938 se reunieron en el Instituto Provincial de Higiene de Burgos Álvarez Sáinz de Aja, Gay, de Gregorio y Fernández de la Portilla, que ya se encontraba en Vitoria, y decidieron inscribir la Academia ante las nuevas autoridades, así como solicitar autorización para celebrar un congreso de dermatólogos⁶¹. Ese año Fernández de la Portilla se había incorporado también al Comité Editor de Actas Dermo-Sifiliográficas.

El funcionamiento de la Academia Española de Dermatología y Sifiliografía en la España nacional fue autorizado el 26-11-1938 y del 18 al 20-02-1939, todavía durante la Guerra Civil, se celebró en Sevilla la III Reunión Nacional de Dermatólogos Españoles. Fernández de la Portilla, como vicepresidente, era el miembro presente con mayor rango de la Junta Directiva elegida en 1934. En esta reunión se deci-



Fig. 6: Cubierta de la publicación del discurso "La continencia sexual y su valoración médica" 1943.

dió nombrar un Comité Directivo Provisional, en el que Fernández de la Portilla sería presidente, José Gómez Orbaneja y Jesús Muñuzuri Galíndez secretarios y Máximo Muñoz Casas tesorero^{32,34,58,59,62}.

Aunque se pretendía que tras esta situación provisional se autorizara la elección de una Junta Directiva³², ésta fue nombrada mediante un oficio del Ministerio de Educación Nacional, recibido el 5 de octubre de 1939⁵⁷. La misma quedaba constituida por Álvarez Sáinz de Aja como presidente de honor; Fernández de la Portilla, presidente efectivo; Julio Bravo Sanfeliú, vicepresidente; Antonio Cordero Soroa, secretario general; Francisco Daudén Valls, tesorero; Javier M. Tomé Bona, bibliotecario y como secretarios de actas Miguel Salinas, Félix Contreras Dueñas, Antonio Ugalde Urosa y Joaquín Urrutia Salsamendi. Fernández de la Portilla sería también director de Actas Dermo-Sifiliográficas, que durante el periodo de su presidencia publicó fundamentalmente casos presentados en la Sección Central y las secciones regionales⁵⁸. Parece muy probable que Fernández de la Portilla fuera consultado para hacer este nombramiento, que en todo caso se ajustaba perfectamente a sus preferencias. La labor realizada en favor de reunificar la dermatología y reparar las consecuencias de la guerra fue encomiada por todos, destacando su cordialidad, cortesía y habilidad política^{62,63}. Álvarez Sáinz de Aja le describió como “el más presidente de los presidentes”³ y Gay Prieto como “el presidente de la cordialidad”⁵⁰.

Otro logro importante fue unificar los académicos numerarios y los corresponsales, además de conseguir que se inscribieran otros nuevos, integrando a una gran mayoría de los dermatólogos de toda España, situación que ha persistido hasta nuestros días. Fueron también hechos de interés la conversión de las antiguas filiales de la Academia en Secciones Regionales, la puesta en marcha de varias de ellas (Andaluz, Barcelona, Valenciana, Vasco-Navarro-Aragonesa) y la realización periódica de congresos nacionales, incluyendo los de Barcelona en 1940 y Bilbao en 1942. Pese a que el acierto de su gestión como presidente era amplio, Fernández de la Portilla tenía gran ilusión por desempeñar el cargo por elección de los académicos y solicitó autorización para poder designar la Junta Directiva acorde a sus estatutos. El ministro de Educación dio dicha autorización el 12 de febrero de 1943, haciendo constar la contribución de la Academia con sus trabajos al “resurgimiento de la cultura nacional”. Es de destacar que Actas Dermo-Sifiliográficas fue la primera publicación médica que reinició su publicación tras el comienzo de la Guerra Civil y que la Academia fue la primera sociedad médica autorizada para reiniciar sus actividades y para elegir sus cargos.

El 7 de abril de 1943 se convocaron elecciones para la Junta Directiva y, a propuesta de Álvarez Sáinz de Aja, se presentó como candidatura la misma que había sido nombrada por Orden Ministerial, cambiando sólo algunos secretarios de actas. El objetivo de esta decisión era, por una parte, “reconocer el acierto de quienes les habían guiado en tiempos difíciles” y, por otro lado, “agradar a la superioridad”.

Sin embargo, Fernández de la Portilla falleció antes de celebrarse la votación y como homenaje se decidió mantener la candidatura con lista abierta, obteniendo en votación secreta 165 de los 167 votos emitidos. Tras esta simbólica elección, Gay Prieto propuso que la presidencia efectiva fuera ejercida por Álvarez Sáinz de Aja, lo que se aprobó por aclamación^{57,62,64,65}.

Publicaciones y otras actividades docentes

Tan pronto como en 1910, siendo todavía alumno, tenemos constancia de una publicación suya sobre la enseñanza de la medicina, en la que propone disminuir el número de alumnos y aumentar el de los docentes⁶⁶. En total encontramos cerca de un centenar de publicaciones, la gran mayoría en Actas Dermo-Sifiliográficas y el resto repartidas en revistas como Revista Española de Urología y Dermatología, Archivos Españoles de Pediatría, Revista Española de Obstetricia y Ginecología y España Médica. Se suman también resúmenes de presentaciones en instituciones, discursos y algunas monografías, como la ya citada “La Lucha Antivenérea en España. Diez años de experiencia”²².

Sáinz de Aja, ya observó que no se trata de publicaciones eruditas, sino que suelen reflejar casos clínicos o aspectos prácticos, como análisis de opciones terapéuticas o sugerencias para organizar la asistencia, en especial de las enfermedades venéreas. Este mismo autor señala su gran habilidad como polemista y discutiendo, siendo de gran valor las aportaciones en las sesiones científicas en las que participaba³.

Ha quedado ya referida también su actividad docente principal, a la que hay que añadir muchos cursos, cursillos y conferencias dedicadas a médicos, otro personal sanitario y público en general, testificando su capacidad para la enseñanza, basada su disposición natural y vocación para la misma¹⁰.

Epílogo

Los cuatro últimos años de la vida de Fernández de la Portilla incluyen tal cantidad de hechos que resulta difícil enumerarlos y organizarlos. Algunos de ellos sólo muy recientemente han empezado a analizarse y otros sólo parecen en un listado, sin que sepamos si tuvieron un mayor desarrollo. Por su importancia entre los primeros, destacamos su actuación como ponente de las comisiones para elaborar el Anteproyecto de la Ley del Seguro de Enfermedad³⁹, que nos sirve de ejemplo de que aún existen muchos aspectos de su biografía que necesitan un mayor estudio. Pese a su indudable alineación en el bando nacional, fue investigado tras la Guerra Civil, tenida en cuenta su condición de rotario y con la finalidad de descartar antecedentes masónicos⁶⁷. Su capacidad para evitar el rencor y el revanchismo y la convicción de la gran importancia de esta obra³² posibilitó que en muy pocos meses se reiniciaran y aumentaran las actividades de la Academia Española de Dermatología y Sifiliografía y que esta institución aglutinara la práctica totalidad de los dermatólogos españoles^{3,50,63}.

Por desgracia, la vorágine de ocupaciones y responsabilidades muy probablemente influyó en el agravamiento de la cardiopatía isquémica que padecía desde 1940; poco después de su ingreso en la Academia Nacional de Medicina las crisis dolorosas se agravaron y el 4 de mayo de 1943 falleció^{50,68}. La Academia Nacional de Medicina y la Academia Española de Dermatología y Sifiliografía le tributaron sendos homenajes, en los que se evidenció la gran impresión producida por su brusca desaparición^{1-3,9,10,14,15,50}.

Resulta difícil decidir que dermatólogos fueron discípulos de Fernández de la Portilla, ya que no dirigió un servicio hospitalario público y apenas fue unos meses catedrático, pero, sin duda, hubo quienes se consideraron como tales. En su mayoría se formaron en los dispensarios antivenéreos de Madrid en los que ejerció y dirigió y posteriormente desarrollaron su labor en dispensarios de toda España. El más antiguo de ellos, según él mismo y el propio Fernández de la Portilla, fue Francisco Daudén Valls¹⁰, quien incluye también a Félix Contreras Dueñas, Delfín Roldán Tapia, Antonio Berengena del Rey, Miguel Salinas González, Antonio Ugalde Urosa, Joaquín Ma. Urrutia Salsamendi, Saturnino Peñín Balbás, Emilio Ballesteros González, Pascual Martínez Blanquer, José Luis Agustín Sancho y Emiliano Lobato Martín.

BIBLIOGRAFIA

1. Cospedal AM, Matilla V, Peña L, Carreras B, Piga A, Cortezo VM. Sesión Necrológica en homenaje al Académico Excmo. Sr. Dr. D. José Fernández de la Portilla celebrada el día 7 de mayo de 1943. An R Acad Nac Med (Madr) 1943;40(4):433-45.
2. Salvador Gallardo J. En memoria del Dr. J. F. de la Portilla. Actas Dermosifiliogr 1943;34(8):648-51.
3. Álvarez Sáinz de Aja E. Portilla, Académico. Actas Dermosifiliogr 1943;34(8):637-9.
4. Gay Prieto J. Concepto actual de la Dermatología. Discurso de recepción del Excmo. Sr. D. José Gay Prieto y contestación del Excmo. Sr. D. Antonio García Tapia leídos el 13 de marzo de 1946. Madrid: Real Academia Nacional de Medicina (Gráficas Rey); 1946.
5. Anónimo. La Medicina y los médicos. Pontificia Hermandad de San Cosme y San Damián. ABC (Madrid) 07/12/1939, p. 11.
6. Esquela de Dña. Matilde de la Portilla de Fernández Ibáñez. ABC (Madrid) 23/02/1945, p. 19.
7. Matilla Gómez V. 202 Biografías Académicas. Madrid: Real Academia Nacional de Medicina (Gráficas La Torre); 1987. pp. 244-5.
8. Ramírez Jerez JM. Académicos Numerarios del Instituto de España (1938-2004). Madrid: Instituto de España; 2005.
9. Amieva M. Portilla, Estudiante. Actas Dermosifiliogr 1943;34(8):665-7.
10. Daudén Valls F. Portilla, Maestro. Actas Dermosifiliogr 1943;34(8):667-70.
11. Fernández de la Portilla J. Algunas reflexiones acerca del tacto y acuidad del mismo en la hemiplejía orgánica. Tesis doctoral inédita. Universidad Central (Madrid). Facultad de Medicina. 1914.
12. Sección de Instrucción, Reclutamiento y Cuerpos diversos. Academias. Real Orden de 27/09/1912 nombrando alumnos de la Academia Médico-Militar a los 35 aspirantes aprobados en todos los ejercicios. Diario Oficial del Ministerio de la Guerra núm., 220, de 29/09/1912, pp. 818-9.
13. Sección de Sanidad Militar. Bajas. Real Orden de 26/08/1913 concediendo la separación del servicio activo a petición del interesado, D. José Fernández de la Portilla, médico segundo de Sanidad Militar. Diario Oficial del Ministerio de la Guerra núm. 191, de 30/08/1913, p. 557.
14. Contreras Dueñas F. El último afán de Portilla. Actas Dermosifiliogr 1943;34(8):671-5.
15. Cordero Soroa A. Portilla, Médico de los Dispensarios. Actas Dermosifiliogr 1943;34(8):660-4.
16. Fernández de la Portilla J. Caso clínico. Accidente de tratamiento endovenoso. España Médica (Madrid) 1918 Jul. 1;8(268):4-5.
17. Ayuntamiento de Madrid. Extracto de los acuerdos adoptados por el Excmo. Ayuntamiento y la Junta municipal, durante el mes de septiembre último, aprobado en sesión de 1 del actual. Boletín Oficial de la Provincia de Madrid núm. 284, de 28/11/1919, p. 3.
18. Ayuntamiento de Madrid. Relación del Personal Administrativo, Facultativo y Subalterno del Interior y del Ensanche con expresión de las dependencias donde presta servicio. Madrid: Ayuntamiento de Madrid (Imprenta Municipal); 1923. p. 67.
19. Anónimo. Ayuntamiento. Más noticias de la Sanidad municipal. El Liberal (Madrid) 25/03/1928, p. 2.
20. Ministerio de Instrucción Pública y Bellas Artes. Real Orden disponiendo que para la organización e instalación del Dispensario Médico-escolar, se nombre una Subcomisión integrada por los Doctores D. Eduardo Masip y D. Juan Alonso Muñozgerro, y designando a los señores que se mencionan Facultativos especiales de referido Dispensario. Gaceta de Madrid núm. 289, de 16/10/1930, p. 343.

La fotografía en los primeros libros de dermatología

Salvio Serrano Ortega

Catedrático de Dermatología

Profesor Emérito de la Universidad de Granada

“El estudio de las enfermedades de la piel sin casos o placas de colores es como el estudio de esqueleto sin huesos, o el estudio de la geografía sin mapas”

George Henry Fox

1. Introducción

La imagen es esencial para la enseñanza de la clínica dermatológica. Su inclusión en los textos de Dermatología es paralela al desarrollo de las técnicas de impresión y fotografía. Los primeros libros impresos de Dermatología eran solo para leer, como en el “Sumario de la medicina con un tratado sobre las pestíferas bubas” de Francisco López de Villalobos (1473-1549), publicado en Salamanca en 1498, o el clásico “Doctrina de morbis cutaneis” de Josephi Jacobi Plenck (1738-1807) publicado en Viena en 1776 (Figura 1). Sin duda su lectura sería tan interesante como aburrida.

La necesidad de incluir imágenes para la correcta enseñanza de la dermatología llevó al empleo de moldes de cera, figuras de barro y láminas litografiadas, que se mantuvieron hasta el primer tercio del pasado siglo. George Henry Fox (1846-1937), en el prólogo de la segunda edición de su libro *“Photographic Illustrations of Skin Diseases,”* dice textualmente *“El estudio de las enfermedades de la piel sin fotos coloreadas es como estudiar el esqueleto sin huesos o estudiar geografía sin mapas”* (1).

Al principio se hicieron ilustraciones sencillas, dibujos en blanco y negro, luego acuarelas, óleos y moldes de cera o escayola y todo ello se reemplazaría por la fotografía, más exacta y más barata, primero en blanco y negro, algunas coloreadas y finalmente en color. Alfred Hardy (París, 1811-1893), en el prefacio de su libro *“Clinique photographique de l’Hôpital de Saint Louis”*, critica los procedimientos anteriores, ya que *“su costo es elevado y no siempre reflejaban con exactitud la enfermedad”* (2). Evidentemente, con la aparición de la fotografía se alcanzó la realidad morfológica de la enfermedad, desprovista de la subjetividad artística típica de las láminas y las figuras de cera.

El desarrollo de la fotografía se inició con la cámara oscura, conocida ya por Aristóteles (384-322 a.C.), el árabe Alhazen (965- 1038), Roger Bacon (1214- 1294) y Leonardo da Vinci (1452-1519), quien la describe de esta forma: *“Cuando las imágenes de los objetos iluminados penetran por un agujerito en un aposento muy oscuro, recibiréis esas imágenes en el interior de dicho aposento con un papel blanco situado a poca distancia del agujero: veréis en el papel todos los objetos con sus propias formas y colores. Aparecerán reducidos de tamaño. Se presentarán en una situación invertida, y esto en virtud de la intersección de los rayos. Si las imágenes proceden de un lugar iluminado por el sol, os aparecerán como pintadas en el papel que debe ser muy fino y visto por detrás”* (3).



Figura 1.- Doctrina de Morbis Cutaneis de JJ Plenck.

21. Anónimo. Correo Médico. España Médica 1921 Jul. 1;9(273):15.
22. Fernández de la Portilla J. La lucha antivenérea en España (Diez años de experiencia). Publicaciones de la Dirección General de Sanidad. Madrid: Gráfica Universal; 1934.
23. Minguet JM. La terrible lección. En: Pérez Preucha J, ed. Antología crítica del cine español, 1906-1995. Madrid: Cátedra. Filmoteca Nacional; 1997. pp. 68-70.
24. Palanca J. Memoria de la Inspección Provincial de Sanidad correspondiente al año 1928. Madrid: Gobierno Civil de Madrid. Inspección General de Sanidad (Imp. Gráfica Universal); 1929.
25. Anónimo. Inauguración del Dispensario Martínez Anido. ABC (Madrid) 25/05/1928, p. 19.
26. Ministerio de Trabajo, Sanidad y Previsión. Decreto nombrando Consejeros natos del Consejo Nacional de Sanidad y Asistencia pública a los señores que se mencionan. Gaceta de Madrid núm. 257, de 14/09/1935, pp. 2089-90.
27. Ministerio de Trabajo, Sanidad y Previsión. Orden nombrando a D. José Fernández Portilla Vocal representante del Consejo Nacional de Sanidad en el Patronato de Política Social Inmobiliaria. Gaceta de Madrid núm. 268, de 25/09/1935, p. 2346.
28. Anónimo. Elección de Junta en la Academia Médico-Quirúrgica. ABC (Madrid) 21/11/1931, p. 29.
29. Fernán Pérez Dr. La Academia Médico-Quirúrgica Española. ABC (Madrid) 21/01/1932, p. 8-9.
30. Anónimo. Nombramiento de comisiones. Para organizar el Homenaje al Ejército. La Voz de Asturias (Oviedo) 21/10/1934, p. 8.
31. Fernández de la Portilla Dr. La Regeneración médica: revista bimensual de ciencias médicas e intereses sociales (Salamanca): 1934 nov. 15; 22(21):17-9.
32. Academia Española de Dermatología y Sifiliografía. Acta de la Junta General extraordinaria celebrada el día 18 de Febrero de 1939, III Año Triunfal, en el Salón de Actos de la Real Academia de Medicina de Sevilla. Actas Dermosifiliogr 1939;30(6):339-52.
33. Anónimo. Firma del Presidente de la República. Sigue la obra depuradora en todos los ministerios. ABC (Madrid) 16/08/1936, p. 12.
34. del Río E. Historia de Actas Dermo-Sifiliográficas (I). 1909-1959. Actas Dermosifiliogr. 2011;102:675-98.
35. Subsecretaría del Ejército. Orden asimilando a los Oficiales Médicos D. José Fernández de la Portilla y otros. Boletín Oficial del Estado núm. 564, de 08/05/1938, pp. 7200-1.
36. Anónimo. Ecos de Sociedad. Un nombramiento. Pensamiento Alavés (Vitoria) 21/03/1938, p. 5.
37. Anuncio. Pensamiento Alavés (Vitoria) 04/04/1938, p. 3.
38. Anuncio. Pensamiento Alavés (Vitoria) 28/03/1939, p. 4.
39. Redondo Rincón MG. El seguro obligatorio de enfermedad en España: responsables técnicos y políticos de su implantación durante el franquismo. Tesis Doctoral. Facultad de Farmacia. Universidad Complutense de Madrid. 2013. pp. 247-84.
40. Rodríguez Bueno A, Rodríguez Nozal R. Censo-guía de los laboratorios farmacéuticos activos durante el franquismo (1936-1975). Real Academia Nacional de Farmacia. Madrid 2018. p. 104.
41. Comisión gestora y Consejo General Col Médicos: Clínica Extremeña: revista mensual de medicina y cirugía. Órgano oficial del Colegio de Médicos de la provincia de Cáceres 1939; año XX, nº 242 – Abril: 26, 34.
42. Ministerio de la Gobernación. Orden nombrando el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos. Boletín Oficial del Estado núm. 106, de 16/04/1939, p. 2136.
43. Anónimo. La Medicina y los Médicos. Toma posesión de la Junta del Colegio de Madrid. ABC. 13/01/1940, p. 11.
44. Ruiz-Berdún D, Gomis A. La depuración de las matronas de Madrid tras la Guerra Civil. Dynamis (Granada) 2012; vol.32 nº 2.
45. Dirección General de Enseñanzas Superior y Media. Anuncio convocando a oposición las Cátedras de Universidad que se mencionan. Boletín Oficial del Estado núm. 24, de 24/01/1942, pp. 549-50.
46. Ministerio de Educación Nacional. Orden por la que se nombra el Tribunal de Oposiciones a las cátedras de Dermatología y Sifiliografía vacantes en las Universidades de Valladolid y Valencia. Boletín Oficial del Estado núm. 45, de 14/02/1942, p. 1136.
47. Ministerio de Educación Nacional. Dirección General de Enseñanzas Superior y Media. Declarando admitidos definitivamente a los señores que se indican, a las oposiciones a las cátedras de "Dermatología y Sifiliografía", de las Universidades de Valencia y Valladolid. Boletín Oficial del Estado núm. 124, de 04/05/1942, p. 3179.
48. Ministerio de Educación Nacional. Tribunal de oposiciones a las cátedras de "Dermatología" y "Sifiliografía", vacantes en las Facultades de Medicina de Valencia y Valladolid, turno libre. Señalando fecha, hora y local en que han de presentarse los aspirantes a dichas cátedras. Boletín Oficial del Estado núm. 143, de 23/05/1942, p. 3628.
49. Ministerio de Educación Nacional. Órdenes por las que se nombran Catedráticos numerarios de las Universidades de Valladolid y Valencia a don Francisco Javier Vilanova y don José Fernández de la Portilla. Boletín Oficial del Estado núm. 196, de 15/07/1942, p. 5167.
50. Gay Prieto. Portilla, Catedrático. Actas Dermosifiliogr 1943;34(8):642-5.
51. Terencio de las Aguas J. Centenario del Sanatorio de Fontilles. Actas Dermosifiliogr 2009;100:362-73.
52. Terencio de las Aguas J, Fonseca Capdevila E. Historia de la lucha contra la lepra en España. De Mauro Guillén a Terencio de las Aguas. Monografías de Dermatología 2015;28(6):427-35.
53. Ministerio de la Gobernación. Decreto de 14 de octubre de 1942 por el que se crea el Centro Leprológico y Sanatorio Nacional de Trillo (Guadalajara) y la Colonia Insular del Grupo Occidental de Canarias, suprimiendo el Instituto Leprológico de Fontilles, que se incorpora al que se crea. Boletín Oficial del Estado núm. 297, de 24/10/1942, p. 8502.
54. Anónimo. La Medicina y los Médicos. Sesión inaugural de la Real Academia de Medicina y recepción del Dr. Fernández de la Portilla. ABC 30/03/1943, p. 15.
55. Fernández de la Portilla J. La continencia sexual en la juventud y su valoración médica. Discurso leído para su recepción pública como académico numerario el 29 de marzo de 1943. Madrid: Instituto de España. Real Academia de Medicina (Gráfica Universal); 1943.
56. Fonseca Capdevila E. Lucha Antivenérea Nacional en España. Monografías de Dermatología 2015;28(6):418-26.
57. Serrano Ortega S. Los presidentes de la Academia. En: Sierra Valentí X, Díaz Díaz RM, eds. Historia de la Academia Española de Dermatología y Venereología. Madrid: Loki & Dimas; 2009. pp. 151-84.
58. Longo Imedio MI, Daudén Tello E. Actas Dermo-Sifiliográficas. En: Sierra Valentí X, Díaz Díaz RM, eds. Historia de la Academia Española de Dermatología y Venereología. Madrid: Loki & Dimas; 2009. pp.117-50.
59. Fonseca Capdevila E. Apuntes para una biografía del Dr. José Gay Prieto (III). La guerra civil española de 1936-1939. Piel 2009;24(1):4-11.
60. La Junta Directiva. Gratitud. Actas Dermosifiliogr 1941;31(6):293-4.
61. Acta de la sesión celebrada el 20 de Agosto de 1938 por el Comité Directivo de Actas Dermosifiliográficas en Instituto Provincial de Higiene de Burgos. Actas Dermosifiliogr 1938;30(2):64-5.
62. Fonseca Capdevila E. Recuperación de la Dermatología Española tras la Guerra Civil de 1936-1939. En: Sierra Valentí X, Díaz Díaz RM, eds. Historia de la Academia Española de Dermatología y Venereología. Madrid: Loki & Dimas; 2009. pp. 95-115.
63. Peyrí J. ¡Remember!. Actas Dermosifiliogr 1943;34(8):640-1.
64. Academia Española de Dermatología y Sifiliografía. Libro de Actas de Junta Directiva (manuscrito) de 09/01/1931 a 09/06/1943.
65. Acta de la Junta General Extraordinaria celebrada el día 12 de mayo de 1943. Actas Dermosifiliogr 1943;34(8):691-5.
66. Fernández de la Portilla J. La Enseñanza de la Medicina. Revista General de Enseñanza (Madrid) 1910 Nov. 1;1(21):3-4.
67. Centro Documental de la Memoria Histórica. Delegación Nacional de Servicios Documentales de la Presidencia del Gobierno. Fichero de la Secretaría General y de la Sección Político Social. Fichero Nº 20 de la Sección Político Social. Fichas de José Fernández de la Portilla.
68. La Redacción. ¡Portilla ha muerto! Actas Dermosifiliogr 1943;34(8):621-2.

Poco después, el médico renacentista Gerolamo Cardano (1501- 1576) perfeccionó la cámara oscura, incorporando una lente para mejorar la imagen (4). Durante muchos años la cámara oscura fue una ayuda para los artistas, que pintaban la imagen reflejada sobre el lienzo. Pero aun faltaba un material fotosensible capaz de registrar la imagen en un soporte y que liberara al artista de dibujar la escena sobre el lienzo.

Quizás el paso más importante en la historia de la fotografía se debió a Joseph Nicéphore Niépce (1765-1833), que en 1826 consiguió fijar imágenes en materiales fotosensibles a través de una cámara oscura (5). Primero, en 1825, obtuvo imágenes en negativo y al año siguiente, en junio de 1826, desde la ventana de su casa, tomó la primera fotografía conocida “*Point de vue du Gras*”, depositada hoy en la Universidad de Texas, en Austin. Esta imagen se tomó con una cámara oscura y una placa de peltre, una aleación de estaño, cobre, antimonio y plomo, tratada con betún de Judea y expuesta al sol durante ocho horas (6). Niépce tenía 61 años y poco después, en 1829, se asoció a Daguerre, hasta que falleció en 1833.

En 1839, el mismo año, se divulgó en París el “*daguerrotipo*”, inventado por Louis Mandé Daguerre (1787-1851) (Figura 2), procedimiento que fijaba la imagen obtenida con una cámara oscura en una placa de cobre recubierta con sales de plata, que posteriormente se revelaban con vapores de mercurio. Daguerre se basó en los descubrimientos de Niépce. Con el daguerrotipo obtenían imágenes en blanco y negro que luego, en la mayoría de los textos, se coloreaban a mano, para resaltar mejor las lesiones cutáneas. Daguerre contó con la protección del político y astrónomo francés François Jean Dominique Arago (1786-1853), que en 1848 llegará a ser jefe del gobierno de la República Francesa y, gracias a su apoyo, obtuvo una pensión vitalicia y la gloria de ser un inventor reconocido. Daguerre presentó el invento el 19 de agosto de 1839 en la Academia de Ciencias de París, ayudado por su mecenas Arago, secretario perpetuo de la Academia de Ciencias, que propuso que el gobierno francés comprara el invento. Nadie reivindicó el papel fundamental que en el proceso de invención de la fotografía jugó Niépce.



Figura 2.- Louis M. Daguerre: El daguerrotipo fue el primer gran avance en la fotografía médica.

En 1888, la compañía *Eastman Kodak* comercializó la primera cámara fotográfica portable, dotada con un carrete que se revelaba por la misma casa. La fotografía se popularizó y quizás este fue su mejor slogan publicitario “*You press the button, we do the rest*”. En 1908 los hermanos Lumière, inventores del cine y fabricantes de material fotográfico, idearon un proceso que permitía obtener directamente positivos en color, las autocromas Lumière, que eran caras y tenían una sensibilidad muy baja. En 1935 Kodak comercializó sus diapositivas en color Kodachrome. En 1936 la casa Agfa presentó sus diapositivas Agfacolor (6).

En 1969, los laboratorios estadounidenses *AT&T Bell Laboratories* (Nokia Bell Labs) diseñaron un chip fotosensible, primer paso para la fotografía digital. La imagen se obtiene con una cámara oscura, con las mismas características que las cámaras de fotografía clásicas, en las que el “carrete” se sustituye por un sensor electrónico con múltiples unidades fotosensibles, que aprovechan el efecto fotoeléctrico para convertir la luz en una señal eléctrica que se digitaliza y almacena. La primera cámara digital se desarrolló en 1975 por Kodak y Steve Sasson, de gran tamaño, muy lenta y de poca calidad. Con el paso de los años se han perfeccionado y popularizado, debido fundamentalmente a su bajo costo y comodidad (7).

2. Primeras fotografías en los libros de dermatología

Las imágenes en los libros de Dermatología reflejan una necesidad docente y aparecen progresivamente, en función del desarrollo de las diferentes técnicas de captación e impresión de imagen y de las dificultades técnicas y económicas de los autores y editores.

La primera fotografía médica de la que tenemos noticia se realizó en 1845 por Alfred Donne (1801-1878) (8), médico del Hospital de la Charité de París y descubridor de *Trichomonas vaginalis*. Con la ayuda del físico francés León Foucault (1819-1868), el que demostrara experimentalmente el movimiento de la tierra mediante el movimiento armónico simple con el llamado “péndulo de Foucault”, consiguió adaptar un daguerrotipo al microscopio para conseguir las primeras microfotografías. En 1844 publicaron 86 imágenes en el *Cours de Microscopie Complementary des Etudes Medicales* (9).

2.1. Inglaterra. Las primeras fotografías (daguerrotipos) en textos de Dermatología datan de 1858, en el libro “*A manual of the Diseases of the skin*”, de Alexander Balmanno Squire (1836-1908), que sigue la clasificación de las dermatosis clásica de Willan. Incluye 12 fotografías coloreadas a mano y otras 12 litografías en sus 275 páginas (10) (Figura 3). En 1887 el mismo autor hizo una edición reducida de la obra, en la que se suprimieron las imágenes y parte del texto (11). En 1865 Balmanno Squire publicó un atlas “*Photographs (coloured from life) of the Diseases of the Skin*”, obra que también se conoce como Atlas of the Diseases of the Skin (12), en la que se incluyen 17 fotografías, algunas ya publicadas en “*A manual of the Diseases of the skin*” de 1858 y que hemos podido contemplar en la página de DRTENGE, ya que no disponemos del texto original (12).



Figura 3.- Algunas de las primeras fotografías publicadas en *A Manual of the Diseases of the Skin* de Balmanno Squire: a.- Eritema tuberculoso. -b- Psoriasis. -c- Eccema crónico. -d- Impétigo figurado. -e- Tinea favosa. -f- Lupus non-excedens.



Figura 4.- Alfred Hardy autor de la *Clinique photographique de L'Hôpital Saint Louis*, de París.

2.2. Francia. En París, en el Hospital de San Luis, el profesor de Patología y Dermatología Louis Phillip Alfred Hardy (1811-1893) y su alumno Aimé de Montméja se interesaron por las fotografías publicadas en Inglaterra por Alexander Balmanno y en 1867 comenzaron a editar la *Clinique Photographique de l'Hôpital Saint-Louis* (13), obra en la que sólo se incluyeron enfermedades dermatológicas y fue base del libro *Clinique Photographique des Maladies de la Peau* (14). En 1869 fundaron el primer servicio de fotografía en el Hospital de Saint Louis (14). En el prólogo de su obra “*Clinique photographique de l'Hôpital Saint-Louis*”, Montmejá escribe “*Dans le courant de l'été de 1866, M Hardy eut connaissance d'essais photographique faits en Anglatere, et me confia, dès lors, le projet d'étudier avec*

lui ce nouveau procédé d'iconographie dermatologogique”...En este mismo texto, Hardy se queja de la inexactitud de las láminas y de su alto costo y se inclina por la fotografía más barata y más exacta (13).

La Clinique photographique de l'Hôpital Saint-Louis (13) consta de 167 páginas, con 49 fotografías en blanco y negro, algunas coloreadas a mano (Figura 4).

Entre 1869 y 1876, *Désiré-Magloire Bourneville* (1840-1909), junto con Aimé de Montméja y J. Rengade, publicaron en París la *Revue Photographique des Hôpitaux de Paris*, donde se incluyeron gran cantidad de casos dermatológicos (14).

2.3. Estados Unidos. En USA Howard Franklin Damon (1833-1884) (15), en 1867, publicó en Boston Photographs of the Diseases of the Skin, el primer atlas dermatológico con fotografías clínicas de los Estados Unidos, un libro de sólo 54 páginas, con 24 fotografías realizadas por George Moore y A. H. Lincoln. En 1876 se publicó el segundo libro de Dermatología norteamericano, por Henry G. Piffard (1842-1910), titulado "An Elementary Treatise on Diseases of the Skin for the Use of Students and Practitioners", que incluía cinco grabados y cinco fotografías en sus 375 páginas (16). Unos años después, en 1880, George Henry Fox (1846-1937) publicó, en Nueva York, su libro titulado "Photographic Illustrations of Skin Diseases" (1) (Figura 6), un atlas con 208 páginas y 48 fotografías coloreadas a mano, algunas con varios pacientes (Figura 7). En el prólogo de la segunda edición, la que nosotros hemos manejado, dice textualmente: "Hace 8 años de la publicación de la primera edición", por lo que entendemos se publicaría en 1880.

Un año después, en 1881, publicó "Photographic Illustrations of Cutaneous Syphilis" (17), libro con 208 páginas y 48 fotografías coloreadas a mano. Posteriormente se publicaría una segunda edición en 1885 y una tercera en 1892. Este mismo autor, unos años después publicó "Photographic atlas of the Diseases of the skin, in four volumes" un atlas en cuatro volúmenes con copyright de los años 1900, 1901, 1902 y 1905 respectivamente y 100 fotografías. Llama la atención que en distintas ediciones las mismas imágenes del mismo tomo figuran unas en blanco y negro y otras coloreadas. En el prólogo de este atlas considera la fotografía como "la forma más precisa y económica de reproducir de una manera similar a la vida las diversas formas de la enfermedad cutánea" (18).

2.4. Alemania. El primer atlas de dermatopatología publicado en Alemania, con 50 fotografías, redondas, de baja calidad y pegadas en el texto, se publicó en 1899 por Max Joseph (1860-1933) y Paul Meissner (1868-1939): *Atlas der Histopathologie der Haut in mikrophotographischer Darstellung* (19). Igualmente, en la publicación original de la neurofibromatosis, Friedrich Daniel von Recklinghausen (1833-1910) empleó fotografías, tomadas por H Winter, de Estrasburgo, donde Recklinghausen era profesor de universidad (Figura 8).

Sin duda, el libro de mayor difusión de la época en Alemania fue el publicado por Edmund Lesser (1853-1916), *Lehrbuch der haut- und geschlechtskrankheiten für studierende und ärzte* (20), del que se hicieron varias ediciones y traducciones. En cada nueva edición aumenta el número de fotografías. Nosotros hemos manejado la segunda edición española, de 1916, traducida y revisada por Jaume Peyrí Rocamora (21), que incluye 163 grabados en blanco y negro y 31 láminas litografiadas en color.



Figura 5.- Algunas imágenes de la Clinique photographique de L'Hôpital Saint Louis, de París, de Hardy. -a- Pénfigo ampollosa. -b- Herpes zoster. -c- Favus. -d- Herpes circinado. -e- Sycosis. -f- Impétigo. -g- Eccema. -h- Cancroide.

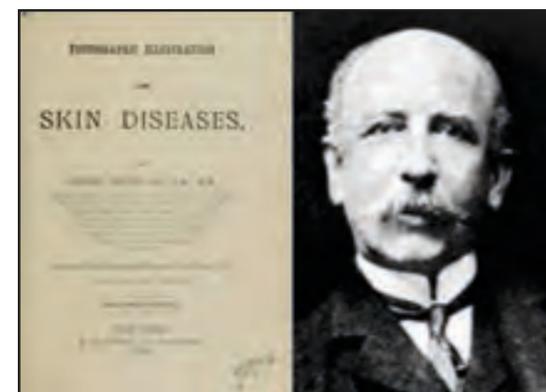


Figura 6.- George Henry Fox



Figura 7.- Algunas imágenes de Photographic Illustrations of Skin Diseases, de 1889.



Figura 8.- Imágenes de la descripción de la neurofibromatosis en 1882.

2.5. España. En España los inicios de la fotografía médica están ligados al Hospital de la Santa Cruz de Barcelona, al catedrático de Clínica Quirúrgica Juan Giné i Partagás (1836-1903) y a Juan Soler i Buscallà (1835-1895) cirujano y dermatosifilógrafo de dicho hospital. En un escrito a la Muy Ilustre Administración del Hospital de la Santa Cruz de Barcelona (MIA), el Dr. Juan Soler solicita autorización para realizar fotografías a sus pacientes (22). El 13 de febrero de 1878 se nombró fotógrafo del Hospital a D. Miguel Matarrodona y moldeador a D. Pompeyo Lecchessi, para hacer los vaciados en yeso (23). En 1892, el Dr. César Comas Llabería (1874 -1956), que luego sería un pionero de la radiología en nuestro país (24), fue nombrado fotógrafo de la Facultad de Medicina.



Figura 9.- Primeras imágenes dermatológicas en un libro español.

Las primeras fotografías de pacientes dermatológicos aparecieron en el libro "Tratado clínico iconográfico de dermatología quirúrgica", de Juan Giné i Partagás (25) (Figura 9). Este libro tiene dos partes, la primera con 12 capítulos (general) y la segunda, de 24 capítulos, que se dedica de forma específica a las enfermedades de la piel. El libro incluye 16 láminas de los licenciados Ignacio Carbó y Enrique Castell, una lámina tomada del Atlas de Olavide (locura pelagrosa) y 3 fotografías realizadas por los fotógrafos "Partagás hermanos", pegadas y coloreadas a mano y, al final, un "formulario" con 200 recetas para el tratamiento de las enfermedades cutáneas. En el prólogo del libro, el profesor Giné destaca la importancia de la fotografía en la enseñanza de la Dermatología:

"La iconografía es un auxiliar poderosísimo y hasta indispensable tratándose de transmitir impresiones nosológicas, que en su mayor parte son visuales. La descripción más precisa y detallada de una dermatosis, no equivale a una mediana representación pictórica sacada del natural, en el curso de 1874 a 1875, me propuse hacer una colección fotográfica de los enfermos de la Clínica quirúrgica". Más adelante justifica por qué incluye solo tres fotografías: *"Un incalificable veto de la Administración del Hospital de la Santa Cruz, que no encontró en la autoridad universitaria un poder que le contrarrestase cual convenía, dejó sin efecto mis esfuerzos. Por esto, hoy sólo puedo publicar tres fotografías, únicas pertenecientes al grupo de las enfermedades de la piel de entre las que formaban parte de la iniciada colección".*

Unos años después, en 1883, publicó "Tratado clínico iconográfico de las enfermedades venéreas y sifilíticas. Sifilografía" (26) en el que, en las 716 páginas, incluye 11 láminas, pero no incluyó ninguna fotografía.

En 1876, en Córdoba, se inicia la publicación de la revista La Andalucía Médica. Fundada por el Dr. Rodolfo del Castillo, tuvo una periodicidad mensual hasta 1892 en que dejó de publicarse (27). Prácticamente en todos los números tenía fotografías pegadas. En ella colaboró el Dr. Giné y Partagás y fue en esta revista donde apareció la que luego sería la fotografía nº 1 de su "Tratado clínico iconográfico de dermatología quirúrgica" (28).

Estos fueron los pioneros de la fotografía como material adicional a los libros de Dermatología. Pero en el siglo XIX y primeros años del XX, ya con la fotografía consolidada como la forma más fiel y económica de reproducir imágenes de pacientes con enfermedades de la piel, su publicaron libros de Dermatología en los que no se incluyeron imágenes fotográficas. En España baste citar como ejemplo el Atlas de Olavide (29), los de Pérez Ortiz (30), Sota y Lastra (31) y Slocker (32). En el del Dr. Eusebio Oyarzábal (33) se incluyeron 16 fotografías, pero 15 eran de figuras del Museo Olavide y sólo una de un paciente (34).

Entre los textos clásicos, el de Bazin (35), de 1860, con 387 páginas, no incluye ninguna imagen. El de Hebra, en la edición francesa que hemos manejado, ni en el tomo I (36), de 1869, ni en el II de 1881 (37), incluye fotografías. Igual ocurre en el texto de Hebra y Kaposi (38). En el Atlas Internacional de Enfermedades raras de la piel (39), de Unna, Norris, Besnier y Duhring, sólo se incluye una

fotografía, de Unna, de un *ulérythème acnéiforme*, en las 443 páginas con 42 grabados. Ni en el libro de Broq (40), de 1890, con 928 páginas, ni en el Sabouraud (41), de 231 páginas, se incluye ninguna fotografía. En 1890, se editó en fascículos Le Musée de L'Hôpital Saint-Louis (42), por Besnier, Fournier, Tennson, Hallopeau, Du Castel, Feulard y Jacquet, obra que incluye además de los Moulages del museo, unas acuarelas donadas por Devergie y fotografías hechas por Montmejá y Hardy. A propósito de las fotografías se dice textualmente "*Por muy perfectas que sean estas ilustraciones, forzosamente son inferiores a los moulages*".

En 1900 se publicó la Pratique Dermatologique (43), por Besnier, Broq y Jacquet, con la colaboración puntual de muchos autores, obra en cuatro volúmenes con 3870 páginas, 823 figuras en negro y 89 tablas. Normalmente, a partir de principios del siglo XX la inclusión de fotografías en los textos de Dermatología es la norma.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Fox GH. Photographic Illustrations of Skin Disease. Treat. New York, 1880. Disponible en: <https://archive.org/stream/photographicillu00foxguoft#page/n7/mode/2up>
- 2.- Hardy MA, Montmejá MA. Clinique photographique de l'Hôpital de Saint Louis. Chamerot et Lauwere, Paris, 1868.
- 3.- Manuscrito D. de Venturi, Essais sur les ouvrages physico-mathématiques de Léonard de Vinci, Paris, 1797. Opus cit. in Sougez ML. Historia de la fotografía. Ed. Cátedra. Madrid. 1994. pp. 19
- 4.- Álvarez Couso P. La fotografía científica y su reinterpretación en una aproximación al mundo del arte. Tesis Doctoral Universidad Complutense. Madrid. Disponible en: <http://eprints.ucm.es/27454/1/T35499.pdf>.
- 5.- Torres JM. La retina del sabio. Fuentes documentales para la Historia de la Fotografía Científica en España. Colección Bernardo Riego. Santander, 2001.
- 6.- Historia de la fotografía. En https://es.wikipedia.org/wiki/Historia_de_la_fotograf%C3%ADa Consultado en marzo 2018.
- 7.- Ratner D, Thomas CO, Bickers D. The Uses of Digital Photography in Dermatology. J Am Acad Dermatol. 1999;41:749-756.
- 8.- Diamantis A, Magiorkinis E, Androutsos G. Alfred Francois Donné (1801-78): a pioneer of microscopy, microbiology and haematology. J Med Biogr. 2009;17:81-87.
- 9.- Donné A, Foucault F. Cours de microscopie élémentaire des études médicales et physiologiques. Acompagné d'un atlas. Baillière. Paris, 1844-1845.
- 10.- Squire AJB. A manual of the Diseases of the skin. John Churchill and Sons. London, 1868.
- 11.- Squire AJB. A manual of the Diseases of the skin. Fourth smaller edition. J&A Churchill. London, 1887.
- 12.- Squire AB. Photographs (coloured, from life) of the Diseases of the Skin. John Churchill. Londres, 1865. Imágenes disponibles en <http://drtenge.com/?p=1941>
- 13.- Hardy A, de Montmejá A. Clinique Photographique de l'Hôpital Saint-Louis. Chamerot et Lauwereyns. Paris, 1867-1868
- 14.- Bourneville D. Revue Photographique des Hôpitaux de Paris. Delahaye. París, 1869-1876
- 15.- Damon HF. Photographs of the diseases of the skin. Boston: Campbell; 1867.
- 16.- Burns S. Early Medical Photography in America 1839-1883. The Burns Archive. New York, 1983.
- 17.- Fox GH. Photographic Illustrations of Cutaneous Syphilis. New York, 1881
- 18.- Fox GH. Photographic atlas of the Diseases of the skin, in four volumes. J.P. Lippincott Co. Philadelphia and London, 1900.
- 19.- Joseph M, Meissner P. Atlas der Histopathologie der Haut in mikrophotographischer Darstellung. Ernst Hesse. Berlín, 1899
- 20.- Lesser E. Lehrbuch der haut- und geschlechtskrankheiten für studierende und ärzte. verlag von FCW Vogel. Leipzig, 1885.
- 21.- Lesser E. Tratado de enfermedades de la piel y venéreas. Salvat y Ca, 2ª Ed. Barcelona, 1916.
- 22.- Archivo Histórico del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Carpeta Fotografía. Opus Cit. in Torres JM. La Retina del sabio. Fuentes documentales para la historia de la fotografía científica en España. Gráficas Calima. Santander. 2001, pp. 31-33.
- 23.- Archivo Histórico del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Libro de Actas. Opus Cit. in Torres JM. La Retina del sabio. Fuentes documentales para la historia de la fotografía científica en España. Gráficas Calima. Santander. 2001, pp. 36-37.
- 24.- Becerro de Bengoa. La luz X del Dr. Röntgen. La Ilustración Española y Americana. 30 de enero de 1896.
- 25.- Giné i Partagás J. Tratado clínico iconográfico de dermatología quirúrgica. Establecimiento tipográfico de la Academia de Evaristo Ullastres. Barcelona, 1880.
- 26.- Giné i Partagás J. Tratado clínico iconográfico de las enfermedades venéreas y sífilíticas. Sifiliografía. Tipografía de la Academia de Evaristo Ullastres. Barcelona, 1883.
- 27.- Fernández Dueñas A. Una revista cordobesa del siglo XIX. "La Andalucía Médica". Boletín de la Real Academia de Córdoba de Ciencias, Bellas Letras y Nobles Artes. 1979; 49: 443-454
- 28.- Torres JM. La Retina del sabio. Fuentes documentales para la historia de la fotografía científica en España. Gráficas Calima. Santander. 2001, pp. 41-43.
- 29.- Olavide JE. Dermatología general y clínica iconográfica de las enfermedades de la piel o dermatosis. Imprenta T. Fortanet. Madrid, 1871.
- 30.- Pérez Ortiz J. Álbum clínico de Dermatología. Madrid: Biblioteca de la Revista de Medicina y Cirugía Prácticas. Imprenta Nicolás Moya. Madrid, 1886.
- 31.- De la Sota y Lastra R. Enfermedades de la piel. 3.a ed. Espasa Calpe. Madrid, 1886
- 32.- Slocker E. Lecciones sobre Dermatología y nociones de Sifiliografía. Imprenta de José Canales. Valencia, 1890.
- 33.- Oyarzábal E. Manual de enfermedades de la piel, venéreas y sífilíticas. Biblioteca tecnológica. Librería Internacional. Madrid, 1911.
- 34.- Fonseca Capdevila E. Eusebio de Oyarzábal y Merino: un pionero de la dermatología española. Piel 2016;31:308-320.
- 35.- Bazin E. Leçons theoriques et cliniques sur les affections cutanées de nature arthritique et dartreuse. Adrien Delahaye Ed. Paris, 1860
- 36.- Hebra F. Traite des Maladies de la Peau, comprenant les Exantèmes. Victor Masson et Fils. Paris, 1869.
- 37.- Hebra F. Traite des Maladies de la Peau, comprenant les Exanthèmes. G Masson Ed. Paris, 1881.
- 38.- Hebra F, Kaposi M. Lehrbuch der Hautkrankheiten. Erlangen, Verlag von Ferdinand Enke. 1874.
- 39.- Unna PG, Norris M, Besnier E, Duhring LA. Internationaler Seltener Hautkrankheiten. Leopold Voss. Hamburgo, 1889
- 40.- Broq L. Traitement des Maladies de la Peau. Octave Doin Ed. Paris, 1890.
- 41.- Sabouraud R. Les Trichophyties humaines. Rueff&Cie.Ed. Paris, 1894.
- 42.- Besnier E, Fournier A, Tennson, Hallopeau, Du Castel, Feulard, Jacquet ML. Le Musée de L'Hôpital Saint-Louis. Iconographie des Maladies Cutanées et Syphilitiques avec Texte Explicatif. Bueff et Cie. Paris, 1890.
- 43.- Besnier E, Broq L, Jacquet ML. La Pratique Dermatologique. Traité de Dermatologie Appliquée. Mason et Cie Ed. Paris, 1900.





III SEMINARIO DE HISTORIA DE LA DERMATOLOGÍA

Sigüenza

(Guadalajara)

6 de noviembre de 2018

Editor

Eduardo Fonseca Capdevila



© Eduardo Fonseca Capdevila

© De los autores

Reservados todos los derechos.

Queda prohibida, sin la autorización escrita de los autores del copyright, la reproducción parcial o total de esta obra por cualquier medio o procedimiento, comprendidos la reprografía y el tratamiento informático.

Depósito legal: C 1610-2019

ISBN: 978-84-09-14164-7

***Editado por la Fundación Profesor Novoa Santos
Xubias de Arriba 84. 15006 A Coruña (España)***

Impreso en España

ÍNDICE

Presentación

Eduardo Fonseca Capdevila 5

La descripción original de la enfermedad de Bowen

Ángel Fernández Flores 7

Una cicatriz para la historia

Olga Marqués Serrano 11

Ordenanzas del Padre de la Mancebía (Granada 1538)

Salvio Serrano Ortega 27

Evolución histórica de la medicina hospitalaria en Sevilla

José María Rojo García 35

La Dermatología en “La Andalucía Médica”

José Carlos Moreno Giménez 43

Valentín Fernández, dermatólogo en Oviedo

Ángel Luis Mones Iglesias y José Ramón Curto Iglesias 53

Los dispensarios de la Lucha Antivenérea Nacional en España

Eduardo Fonseca Capdevila 57

Origen de la blefaroplastia en España

Vicente Manuel Leis Dosil 71

Dilatador uretral de Kollmann

Eusebio Torres López y Salvio Serrano Ortega 77

PRESENTACIÓN

El 6 de noviembre de 2018 se celebró en Sigüenza (Guadalajara) el III Seminario de Historia de la Dermatología, acogiéndonos el castillo de esta ciudad, hoy Parador Nacional de Turismo.

Sigüenza, sede episcopal y antigua sede universitaria, tiene antecedentes de interés dermatológico, ya que allí se graduó como Bachiller en Artes Gaspar Casal. Al igual que Almagro (Cáceres) y el Monasterio de Santo Estevo, en Nogueira de Ramuín (Orense), donde tuvieron lugar los dos primeros seminarios, fue un marco excelente para un nuevo encuentro dedicado a la historia de la dermatología.

Actuamos como ponentes los Drs. Ángel Fernández Flores, Olga Marqués Serrano, Salvio Serrano Ortega, José María Rojo García, José Carlos Moreno Giménez, José Ramón Curto Iglesias, Vicente Manuel Leis Dosil y yo mismo (Fig. 1). Todas las ponencias tuvieron gran interés y se produjeron valiosas aportaciones en los coloquios que las siguieron.



Figura 1: Ponentes del III Seminario de Historia de la Dermatología. De izquierda a derecha los Drs. Ángel Fernández Flores, Salvio Serrano Ortega, José M^a Rojo García, José Carlos Moreno González, Olga Marqués Serrano, Eduardo Fonseca Capdevila, Vicente Manuel Leis Dosil y José Ramón Curto Iglesias.

El lector puede juzgar la labor realizada en los capítulos de esta monografía. Los que asistimos al seminario disfrutamos también del valor humano de todos los participantes.

Sólo diez días después nos dejaba, de forma brusca y totalmente inesperada, José Ramón Curto, un excelente dermatólogo y amigo, que falleció mientras asistía a un congreso. Había participado en todos los seminarios de esta serie realizados hasta la fecha y era un entusiasta defensor y dinamizador de los mismos. Haciendo un símil apropiado para la Asturias en la que nació y en la que desarrolló la gran mayoría de su labor asistencial, había descubierto en esta actividad una mina con innumerables vetas por explotar.

Dedicamos esta publicación a su memoria y siguiendo su máxima “la ciencia es lo primero”, nos esforzaremos en tratar de recuperar y conservar la noticia de nuestro pasado, para garantizar y mejorar nuestro futuro.

La Coruña, Agosto de 2019

Eduardo Fonseca Capdevila

La descripción original de la enfermedad de Bowen

Ángel Fernández Flores

Servicio de Anatomía Patológica. Hospital del Bierzo (Ponferrada, León)

John Templeton Bowen (Fig. 1) nació en Boston en 1857 (Fig. 2) y se graduó en Harvard, en 1884. Probablemente en la decisión de dedicarse a la dermatología pesasen sus periodos de estancia en Europa, tanto en las facultades de medicina de Berlín y Múnich (verano de 1884), como en la Facultad de Medicina de Viena durante dos años (1885-1887). Allí coincidirá con la generación más joven de la escuela de dermatología: siguen en activo Hans von Hebra (hijo del célebre Ferdinand von Hebra) y Moritz Kaposi.

De vuelta al Massachusetts General Hospital en 1889, se incorporará al Departamento de Dermatología de James Clark White, así como a la Facultad de Medicina de la Universidad de Harvard, primero como instructor en dermatología (1890) y más tarde como profesor asociado (1902) y profesor titular (1907).

Mientras que a White le gustaban la clínica y los pacientes, lo que se describe de Bowen nos habla más bien de un carácter introvertido, con rechazo a hablar en público y preferencia por la dermatopatología y el microscopio. De hecho, White le confiaba el examen histopatológico de sus pacientes más difíciles. En este sentido, las primeras publicaciones de Bowen fueron estudios sobre histología normal de la piel.¹



Figura 1: John Templeton Bowen.
Autor y propietario: Nestorek.



Figura 2: Boston en 1885, fecha en la que nació Bowen. El cuadro fue pintado por Childe Hassam en 1885, quien lo tituló "Boston, Día lluvioso".

En junio de 1889, White publica en el *Journal of Cutaneous and Genito-Urinary Diseases* un artículo sobre una nueva entidad a la que llama queratosis folicular.² Aunque Bowen no figura como coautor, fue quien examinó las dos biopsias del paciente y quien hizo las descripciones histopatológicas. Lo ilustra con una fotografía clínica de las lesiones, así como con dos dibujos histopatológicos de las dos biopsias (mejilla y hombro).

El examen de la biopsia de mejilla no le permite a Bowen identificar con certeza que la patología está circunscrita a un folículo piloso, a pesar de describir perfectamente la glándula sebácea asociada al mismo. Sin embargo, en la biopsia del hombro, Bowen describe una queratosis de la “boca” o salida del folículo piloso, es decir, del infundíbulo, así como la preservación morfológica de la glándula sudorípara (Fig. 3).

Aunque en el momento de su publicación ni White ni Bowen son concedores del hecho, unos meses antes (25 de marzo de 1889) Darier había comunicado esta misma entidad en la Société de Biologie, en París. Sin embargo, la publicación del caso de Darier se produce en julio de 1889.³ Paradójicamente, le parece a Darier que se trata de una enfermedad infecciosa causada por un “psorosperma” o “coccidia”, de la clase de los esporozoos.

Los dibujos del artículo de Darier son casi idénticos a los del de White, describiendo la glándula sebácea asociada a un infundíbulo dilatado, con un tapón córneo. Pero, en las áreas queratinizadas, Darier identifica los agentes infecciosos o psorospermas, a los que describe como “granos” o “cuerpos redondos”, en el citoplasma de las células “infectadas”, desplazando su núcleo a la periferia.

En agosto de 1889, se celebra en París el Congreso Internacional de Dermatología, al que asiste White. Allí se presenta un caso de esta enfermedad, haciendo referencia a la descripción del profesor Darier. White identifica inmediatamente que se trata de la misma entidad que él ha publicado pero - como él más tarde admitiría⁴ - no estaba preparado para rebatir la naturaleza infecciosa de la enfermedad.

De vuelta a América, White insta a Bowen a retomar el caso a la luz de la nueva información aportada por Darier. Sin embargo, Bowen realiza nuevos cortes histológicos, ratificándose en su impresión de una enfermedad no infecciosa, fruto más bien de una queratinización irregular de las células epidérmicas.

Tardaría años Darier en admitir públicamente el error⁵, reconociendo que tanto los granos como los cuerpos redondos eran en realidad células malpighianas alteradas, fruto de una queratinización anómala.



Figura 4: Fotografía clínica del primer paciente de los dos presentados en el artículo original de Bowen sobre la enfermedad que acabaría llevando su nombre.

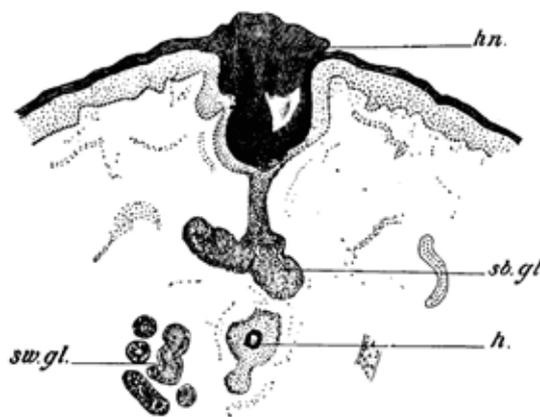


FIG. 2.

hn, horny mass in the mouth of a follicle; sb. gl., sebaceous gland; sw. gl., sweat glands; h, hair.

Figura 3: Dibujo original de la biopsia de hombro del artículo publicado por White con la descripción de las manifestaciones cutáneas del paciente que presentaba la enfermedad que acabaría llamándose “de Darier”.

En consecuencia y puesto que fue Bowen el primero que realizó las descripciones histopatológicas correctas para la interpretación de la enfermedad, ésta podría perfectamente haber pasado a la historia como la primera “enfermedad de Bowen” en lugar de “enfermedad de Darier”, que fue como se consolidó en todos los textos. Paradójicamente, los términos “psorosperma” y “psorospermosis” se mantuvieron incluso hasta bien entrado el siglo XX.^{6,7}

En 1912, Bowen publica dos casos de una entidad no descrita previamente y que identifica como perteneciente al grupo de las dermatosis precancerosas⁸

Su primer caso es una lesión de unas cuatro pulgadas, en la nalga izquierda de un varón de 49 años, que la había tenido desde los 30 (Fig. 4). Este paciente había sido visto en Europa por un “eminente dermatólogo”, que no había realizado estudios microscópicos y quien la diagnosticó como una variante de sífilis y la trató infructuosamente con yoduro potásico. Bowen



Figura 5: Dibujo de la biopsia del segundo paciente del artículo de Bowen. Incluso a este aumento se observa el prominente ensanchamiento de las crestas interpapilares y las áreas de hiperqueratosis.

Ambos casos se acompañan de dibujos histológicos con precisas descripciones, mostrando como característica fundamental el ensanchamiento de las crestas interpapilares, que es responsable de una hiperplasia epidérmica, por encima de la cual hay amplias áreas de hipo o agranulosis y de hiperqueratosis (Fig. 6).

Dicho engrosamiento epidérmico se acompaña de prominentes cambios citológicos, con queratinización anómala y núcleos hiper cromáticos agrandados e irregulares, que él interpreta como varios núcleos (entre dos y doce) dentro del mismo citoplasma, fruto de un proceso de amitosis (Fig.7). Los cambios atípicos se observan en todos los cortes histológicos y a lo largo de todo el espesor epidérmico. También describe numerosas mitosis que no están circunscritas a la capa basal.

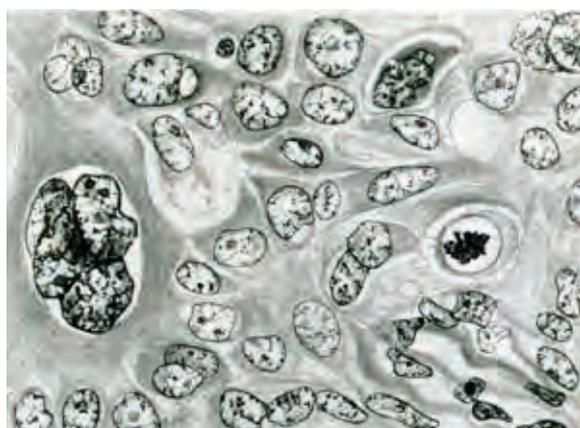


Figura 7: Dibujo de los cambios histopatológicos observados en la biopsia del primer paciente de los dos presentados en el artículo original de Bowen. Este último destaca los prominentes cambios nucleares de algunas de las células, que él interpreta como múltiples núcleos, fruto de un proceso de "amitosis".

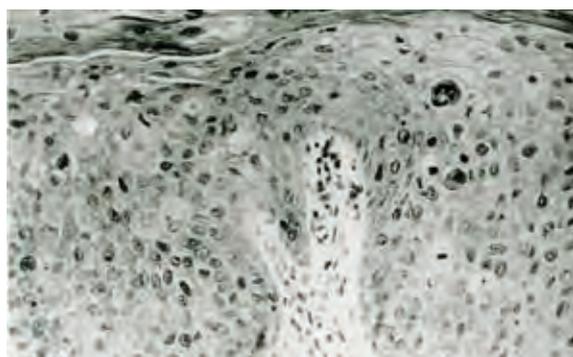


Figura 8: Dibujo de los cambios evidenciados en el segundo paciente presentado en el artículo original de Bowen.

las describe como un conjunto de pápulas y tubérculos ligeramente sobre elevados y confluentes, sin ninguna tendencia a la regresión espontánea.

Su segundo caso (del que no presenta fotografía clínica) lo describe en la pierna de un varón de 52 años y también es una lesión de varias pulgadas y de diez años de duración (Fig. 5).



Figura 6: Dibujo histológico de la biopsia de piel del primero de los dos pacientes descritos en el artículo original de Bowen. Llama la atención la riqueza de detalles en el dibujo, difícil de conseguir incluso en la actualidad con nuestras fotografías histológicas.

Describe la práctica ausencia de fibras elásticas en la dermis superficial, así como la prominencia de vasos, que le recuerda al angioma serpiginoso. Los vasos aparecen rodeados de un infiltrado inflamatorio en el que predominan las células plasmáticas. También describe (aunque no dibuja) la prominente separación entre las células vista zonalmente, así como la "vacuolización" celular similar a la que se ve en la enfermedad de Paget, aunque la interpreta como "edema celular", lo cual - según Bowen - explica las costras en la superficie de la lesión.

En definitiva, le parece a Bowen que está ante una proliferación marcada del estrato de Malpighio, con signos de malignidad pero que no infiltra la dermis subyacente y es por lo tanto una entidad precancerosa de difícil clasificación (Fig. 8). La llama "proliferación epitelial crónica atípica" (Fig.9).

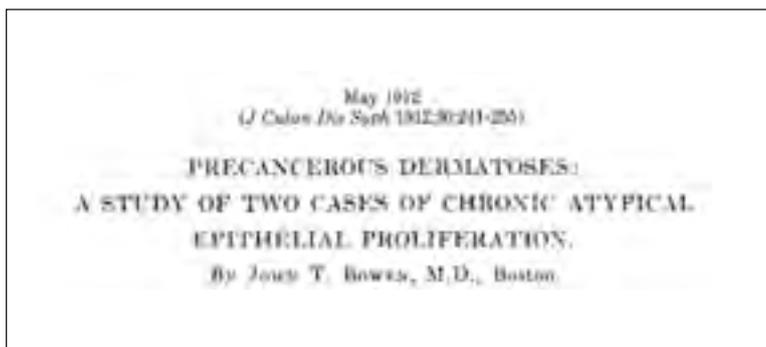


Figura 9: Artículo original de Bowen con el nombre propuesto por éste para la entidad.

Aunque clínicamente no se parece a un Paget, Bowen cree que remeda en algo la histopatología de dicha enfermedad por las células claras vacuoladas. Sin embargo, éstas habían ya sido identificadas en el libro de Ribbert como células glandulares y no epidérmicas. También hace el diagnóstico diferencial con la dermatitis por radiación, en la que los cambios comienzan primero en la dermis, con alteraciones en las paredes vasculares que en esta enfermedad no se veían. Y en cuanto a la queratosis “senilis” (actínica), faltaban los cambios homogéneos dérmicos de la elastosis solar.

¿Cómo acabó esta entidad llamándose enfermedad de Bowen? Fundamentalmente por una carta que Darier envía a Bowen.⁹ En ella, Darier le indica cómo, el mismo año que Bowen ha publicado su artículo (1912), él ha visto un caso similar, sin todavía tener conocimiento de la publicación de Bowen y cómo luego ha tenido oportunidad de ver un segundo caso (del que le manda fotografía junto con la carta).

Darier añade que le ha resultado difícil encontrar un nombre para la entidad, aunque considera que la disqueratosis es la característica principal de la misma. Pero, ¿qué tipo de disqueratosis?: ¿“disqueratosis lenticularis”?, ¿“disquerasis discoide”?, ¿o quizá “disqueratosis precancerosa”? Este último nombre - dice Darier- le encajaría igual de bien a una enfermedad de Paget. ¿Quizá alternativamente “disqueratosis de Bowen”? Pero Darier teme que Bowen no acepte el término, porque en ninguna de sus publicaciones ha usado la palabra “disqueratosis”. Darier acaba sugiriendo como alternativa el término “enfermedad de Bowen” que, aunque le parece “vago”, fue el que terminó imponiéndose en la literatura.

La carta finaliza con una frase desgraciada: “¿Tendré el placer de conocerle en Copenhague en 1915?”. El encuentro entre Darier y Bowen nunca llegó a producirse, debido al estallido de la Primera Guerra Mundial.

Bowen murió en su Boston natal, en 1940, a los 83 años, siendo conocedor - con gran tristeza - de una nueva guerra mundial que asolaba sus queridas Alemania y Austria, donde otrora él hiciera su residencia en dermatología.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bowen L. The epitrichial layer of the human epidermis. *Anat Anzeiger*. 1889;4:412-6 y 441-50.
2. White J. A case of kerathosis (ichthyosis) follicularis. *J Cutan Genito-Urin Dis*. 1889;7:201-9.
3. Darier J. De la psorosperrose folliculaire végétante. *Ann Dermatol Syphil*. 1889;2e série(t. X):597-618.
4. White J. Keratosis follicularis (psorosperrose folliculaire végétante). A second case. *J Cutan Genito-Urin Dis*. 1890;8:13-20.
5. Darier J. Note sur l'anatomie pathologique de la maladie dite "psorosperrose folliculaire végétante". A propos d'un cas nouveau. *Ann Dermatol*. 1896:742-7.
6. Andrews G. *Diseases of the skin*. 4th ed. Philadelphia: W.B. Saunders; 1954.
7. Ormsby O, Montgomery H. *Diseases of the skin*. 8th ed. Philadelphia: Lea & Febiger; 1954.
8. Bowen J. Precancerous dermatoses: a study of two cases of chronic atypical epithelial proliferation. *J Cutan Dis incl Syph*. 1912;30:241-55.
9. Bernhard JD, Elliot AD. A letter from Darier to Bowen on the naming of Bowen's disease. *Arch Dermatol*. 1983;119(3):261-2.

Una cicatriz para la historia

Olga Marqués Serrano

Madrid

A una **cicatriz** se la define como la señal que deja una herida ya curada. La marca o señal que aparece en la piel, cuando se muestra en la pintura o en el grabado, casi siempre pertenece al género del retrato.

La **cicatriz** del título está ligada íntimamente a un famoso personaje y a una de las más importantes guerras de religión de todos los tiempos. Se hace una breve referencia de algunos de los protagonistas que tuvieron relación con los sucesos que dieron lugar a esta historia.

LUCAS CRANACH EL VIEJO



Retrato de Juan Federico el Magnánimo, elector de Sajonia, 1533

Madrid, Museo del Prado

El personaje es Juan Federico de Sajonia (Torgau, 1503-Weimar, 1554) a la edad de 30 años. En 1532, tras la muerte de su padre, Juan de Sajonia, es nombrado duque y elector de Sajonia, convirtiéndose en el principal protector de Martín Lutero y del protestantismo, lo que le enfrentó al emperador Carlos V, que era el más importante valedor del catolicismo.

LUCAS CRANACH EL JOVEN



Retrato de Lucas Cranach el Viejo, 1550

Galleria Uffici

Lucas Cranach el Viejo (1472-1553), uno de los grandes artistas del Renacimiento alemán y uno de los primeros en adherirse a la Reforma, se convirtió en el representante artístico de la causa protestante. Retratista y pintor de corte en Wittenberg, mantuvo con Juan Federico una gran amistad y le acompañó en su exilio en 1550.

ALBERTO DURERO



Retrato de Federico III el sabio, 1525

Grabado en madera

Federico el Sabio (Torgau, 1463-Lochau, 1525) fue uno de los príncipes electores de Sajonia. Protector de las artes y las letras y mecenas de Durero, hizo de Wittenberg una capital. En ella fundó en 1502 una universidad donde Martin Lutero estudió, se doctoró y enseñó teología.

Soltero, tuvo cuatro hijos ilegítimos: tres hombres y una mujer, por lo que a su muerte heredó el electorado su hermano Juan de Sajonia. Respaldó a Lutero en su lucha contra el Papa y el Emperador y fue el primer príncipe en convertirse al protestantismo.

LUCAS CRANACH EL VIEJO (taller)



Retrato de Martin Lutero, 1529

París, Museo del Louvre

Muestra una de las imágenes más conocidas del fraile agustino (Eisleben, 1483-1546) que, además de doctor en teología y traductor de la Biblia al alemán, impulsó la Reforma Protestante.

El desencadenante de las protestas que dio origen a la Reforma fue la venta de indulgencias; el dinero obtenido con ellas se enviaba a Roma para contribuir a los gastos que generaba la Basílica de San Pedro. Esto motivó que Lutero clavara en la puerta de la iglesia del Castillo del Wittenberg las 95 Tesis de Lutero, lo que provocó una oleada de rebelión en toda Europa. En 1518, se inicia en Roma un proceso contra él por herejía, que se suspende tras la muerte del emperador Maximiliano I.

ALBERTO DURERO



Retrato del Emperador Maximiliano I, 1519

París, Museo del Louvre

Maximiliano I de Habsburgo (Wiener Neustadt, 1459-Wels, 1519) archiduque de Austria, y emperador de Alemania, se casó con la duquesa María de Borgoña, única hija de Carlos el Temerario, y por tanto, única heredera de la casa de Borgoña, con quien tuvo dos hijos: Felipe, llamado el Hermoso, y Margarita de Austria.

Impulsó el poderío de los Habsburgos en Europa e hizo a su nieto, Carlos V, la persona más poderosa del mundo.

LUCAS CRANACH EL VIEJO



Retrato de Carlos V, 1533

Madrid, Museo Thyssen

Carlos I de España y V de Alemania (Gante, 1500-Cuacos de Yuste, 1558) se convirtió, con solo veinte años, por una serie de muertes prematuras y alianzas dinásticas, en el monarca más poderoso de Europa.

En 1516, como nieto de los Reyes Católicos, con el nombre de Carlos I, heredó los reinos de Castilla, Navarra, las Indias, Aragón, Nápoles y Sicilia. Por su abuela, María de Borgoña, heredó el patrimonio borgoñón, y a la muerte de su abuelo, Maximiliano I, los territorios austriacos y los derechos al imperio alemán. En 1520, en la ciudad de Aquisgrán, Carlos fue coronado Emperador del Sacro Imperio Romano Germánico.

MARTIN VAN HEEMSKERCK



Batalla de Mühlberg, 1560

Grabado

En 1521, tras la dieta de Worms, el emperador Carlos V comprueba que las posiciones y las diferencias entre la iglesia de Roma y el monje Martin Lutero, que fue declarado proscrito, eran insalvables. En 1530, convocó la dieta de Augsburgo, pero ni luteranos ni católicos cedieron en sus posiciones. Carlos confirmó la excomunión para los luteranos y estos, como respuesta, crearon en 1531 la Liga Esmalcalda.

Las diferencias desembocaron en 1546 en un conflicto armado, que se resolvió en 1547 en Mühlberg. El duque de Sajonia y su aliado Felipe de Hesse fueron atacados y capturados por sorpresa, el 24 de abril de 1547, por el ejército imperial al mando de Fernando Álvarez de Toledo, duque de Alba, derrotando así a la Liga Esmalcalda. Juan Federico fue condenado a muerte, pero la pena le fue conmutada por la cadena perpetua tras las Capitulaciones de Wittenberg.

Batalla de Mühlberg es un grabado perteneciente a la serie *Los doce triunfos de Carlos V*, que muestran los grandes hechos de armas protagonizados por él y su ejército. Los grabados fueron realizados por Dirck Volckertsz, según dibujos de Martin Heemskerck, y publicados por Hieronymus Cock en Amberes, en 1556.

GIULIO CLOVIO



Batalla de Mülberg, hacia 1560

Grabado coloreado

El pintor Giulio Clovio copió los grabados en vitela y en versión iluminada. La imagen muestra a un Juan Federico de Sajonia vencido, en el momento de ser hecho prisionero.

En su cara aparece la herida sangrante hecha en el campo de batalla. Frente a él, a caballo, se encuentran: el Duque de Alba, Carlos V y el rey Fernando de Hungría.



Grabado (Detalle)

TIZIANO



Juan Federico I de Sajonia, 1548

Madrid, Museo del Prado

Juan Federico I de Sajonia es en realidad una recreación, ya que Tiziano llegó a Augsburgo en 1548, casi un año después de la batalla de Mühlberg. Durante su estancia pintó a la mayoría de los participantes en la batalla, incluyendo a los perdedores, como Juan Federico de Sajonia, al que muestra como un prisionero de guerra.

El retrato representa al personaje inmediatamente después de la captura, vestido con la armadura que llevaba al ser hecho prisionero: una gran cota de malla sobre la que lleva un peto negro, a la vez que sujeta con la mano derecha la espada. En su cara, en la mejilla izquierda, hay una herida de la que mana la sangre, producida por una cuchillada que recibió en el campo de batalla.

TIZIANO



Electo Juan Federico de Sajonia, 1550-1551

Viena, Kunsthistorisches Museum

Tiziano viajó por segunda vez a Augsburgo entre 1550 y 1551 y, a instancias de María de Hungría, pintó este segundo retrato de Juan Federico I de Sajonia. El elector está a punto de recuperar su libertad, ya que sería liberado un año más tarde, en 1552, por su primo Mauricio de Sajonia, que en 1548 le había traicionado uniéndose a los vencedores, para después abandonar el bando imperial.

Electo Juan Federico de Sajonia es un retrato de tres cuartos, en el que el duque, vestido lujosamente, no lleva ninguna de las distinciones que corresponderían a su cargo. El personaje, que mira al espectador fijamente, tiene la mejilla izquierda cruzada por una gran cicatriz, debido a la herida que recibió en la batalla de Mühlberg y que se convirtió en su atributo. También, en la parte central de la frente muestra una depresión acrómica, que corresponde a otra cicatriz.



Comparativa

Comparación de los retratos de Juan Federico de Sajonia realizados por Tiziano, mostrando la herida sufrida en la batalla de Mühlberg y la cicatriz ocasionada.

MICHAEL RIBESTEIN



Retrato de Juan Federico de Sajonia, 1547

Gotha, SchloBmuseum

En 1547, Michael Ribestein grabó los retratos de los protagonistas de la batalla de Mühlberg: el emperador Carlos V, el rey Fernando de Hungría y Bohemia y Juan Federico de Sajonia. Todos se encuentran actualmente en Gotha.

Retrato de Juan Federico de Sajonia es un grabado en el que, delante de una pared abovedada presidida por dos escudos, se muestra al Elector con toda la dignidad de su rango: va elegantemente vestido a la última moda, con una cuidada barba y una expresión serena en el rostro, donde sobresale una enorme cicatriz que le cubre la cara y que se extiende desde la parte externa de la ceja izquierda hasta al labio superior.

PETER GOTTLANDT



Juan Federico I de Sajonia como Daniel, 1551

Coburgo, Kunstsammlungen der Veste

Juan Federico I de Sajonia como Daniel es una calcografía, realizada durante el exilio de Juan Federico, en la que se compara la cautividad del duque alemán en la corte de Carlos V con la sufrida, según la leyenda bíblica, por el profeta Daniel en la corte del rey persa Darío. Este hecho se muestra tanto en la inscripción latina que aparece en primer plano como en un dibujo del fondo, con el profeta en un foso rodeado de pacíficos leones.

En el grabado al elector se le representa en toda su magnificencia, vestido con gran riqueza y portando los atributos alusivos a su rango: un anillo y una cadena. En su mejilla izquierda resalta la cicatriz por la herida que recibió en la batalla.

LUCAS CRANACH EL JOVEN



*Electo*r Juan Federico de Sajonia, 1565?

Dresde, Rüstkammers

*Electo*r Juan Federico de Sajonia es un retrato de tres cuartos que muestra a Juan Federico el Magnánimo, sobrenombre con el que se le conocía, vestido con la armadura de guerra. Ésta, aunque lujosa, no es ostentosa, ya que las piezas que aparecen en el cuadro no están guarnecidas, solo decoradas con remates en relieves dorados.

El retratado es un hombre de gran corpulencia, con una extraña cabeza cercana a la deformidad. Sus hinchadas mejillas, remarcadas por una barba espesa y negra, son las de un hombre joven. En la parte izquierda de la cara, desde el borde externo del ojo hasta el pliegue nasolabial, sobresale una cicatriz profunda, que corresponde con la que aparece en el retrato que Tiziano le hizo en 1550, cuando tenía 47 años y era un hombre avejentado.

LUCAS CRANACH EL JOVEN



Electoral Juan Federico de Sajonia, 1565? (Detalle)

Dresde, Rüstkammer

Aunque no está clara la fecha en que fue pintado el cuadro, cabe suponer que el Elector llevaba un tiempo muerto, siendo su imagen idealizada por el pintor, que lo muestra en su juventud y le añade la cicatriz que aún no tenía.

Parece ser que, tras la derrota de la Liga de Esmalcalda, la cicatriz en el rostro del Duque se convirtió en el mejor atributo de su condición de mártir de la causa protestante.

BIBLIOGRAFÍA

1. Atkinson, James. Lutero y el nacimiento del protestantismo. Madrid: Alianza Editorial, 1980.
2. Brandon Strehlke, C. Italian Paintings 1250-1450. Philadelphia: Museum of Art, 2004.
3. Carrassat, P.F. Maestros de la pintura. Barcelona: Spes Editorial, 2005.
4. Folin, Marco (ed.). Courts and Courtly Arts in Renaissance Italy: Arts, Culture and Politics, 1395–1530. Woodbridge: Antique Collectors' Club, 2011.
5. Matilla, José Manuel. Durero, obras maestras de la Albertina (Catálogo). Madrid: Museo del Prado, 2005.
6. Checa Cremades, Fernando; Borchert, Till-Holger. Durero y Cranach: arte y humanismo en la Alemania del Renacimiento (Catálogo). Madrid: Museo Thyssen-Bornemisza, 2008.
7. Buendía: José Rogelio, et al. El Prado: Colecciones de Pintura. Barcelona: Lunweg editores, 2000.
8. Falomir, Miguel Ángel. El retrato del Renacimiento (Catálogo). Madrid: Museo Nacional del Prado, 2008.
9. Fernández Álvarez, M. Carlos V. Un hombre para Europa. Madrid: Editorial Austral, 2010.
10. Grandes de la pintura. Pintura del Renacimiento. Madrid: Ediciones Sedmay, 1979.
11. Humfrey, P. Tiziano. Nueva York: Phaidon Press, 2007.
12. Marques Serrano, Olga. Cicatrices en el arte. Madrid: Reprofot, 2015.
13. Morán Turina, José Miguel. Tiziano. (Biblioteca Grandes Maestros nº 7). Madrid: Arlanza Ediciones, 2005.
14. Panofsky, E. Vida y arte de Alberto Durero. Madrid: Alianza Editorial, 1982.
15. Pita Andrade José Manuel, Borobia Guerrero, María del Mar. Maestros Antiguos del Museo Thyssen-Bornemisza. Barcelona: Lunweg Editores, 1994.
16. Hope, Charles; Fletcher, Jennifer; Dunkerton, Jill; Falomir, Miguel; Jaffé, David; Penny, Nicholas; Campbell, Caroline; Bradley, Amanda. Titian. London: The National Gallery Company Limited, 2003.
17. <http://ejercitodeflandes.blogspot.com/2009/02/la-batalla-de-muhlberg-1547.html>

Ordenanzas

del Padre de la Mancebía (Granada 1538)

Salvio Serrano Ortega

Catedrático de Dermatología.

Profesor Emérito de la Universidad de Granada

1.- Introducción

Las enfermedades venéreas, luego Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) y hoy Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), constituyen un grupo de enfermedades relacionadas con la actividad sexual y más concretamente con la prostitución. Su conocimiento se remonta a la antigüedad y conocemos descripciones, más o menos acertadas, en la antigua literatura china, en las Sagradas Escrituras, en las descripciones de Hipócrates (460-370 aC), etc., todas ellas referidas a la gonorrea. Pero no es hasta el descubrimiento de América cuando aparece la sífilis. Colón regresó a España de su primer viaje en 1493. Poco después se inició la primera guerra italiana, en 1494, con la invasión por el ejército francés (unos cincuenta mil hombres) de la Sicilia Citerior, que fue reconquistada un año después por Gonzalo Fernández de Córdoba (1453-1515). Esta contienda finalizó en agosto de 1498, produciéndose la diseminación de la sífilis por toda la península italiana y por Europa.

La primera noticia sobre prostitutas afectadas de sífilis la tenemos en Sevilla en 1497⁽¹⁾. Rui Díaz de Isla, en su libro "Contra el mal serpentino" (Fig. 1), dice que el primer caso de sífilis registrado en España fue en 1493, en la ciudad de Barcelona: "La qual fue aparercida y vista en España en el año del señor de mil y quatrocientos y noventa y tres años en la ciudad de Barcelona, la qual ciudad fue inficcionada y por consiguiente toda la Europa"⁽²⁾. La propagación rápida de la enfermedad obligó a disponer una serie de medidas sanitarias para prevenir y tratar a los nuevos enfermos. Así, en Granada, en 1498 se decretó la expulsión de las mujeres públicas y ramerías, sobre todo las que estuviesen tocadas de bubas⁽³⁾. Pero no fue hasta 1538 cuando, en virtud de la Ordenanza del Padre de la Mancebía, se establecieron las primeras medidas sanitarias en las mancebías.

Nos llama la atención la rapidez con la que se propagó la enfermedad y lo pronto que los médicos de la época la describieron y tomaron medidas para su tratamiento.

En 1497, Gaspar Torella (1452-1520), médico valenciano del papa Borja (Alejandro VI), publicó el *Tractatus cum consiliis contra pudendagram seu morbum gallicum*⁽⁴⁾, dedicado a Cesar Borgia, hijo del Papa y parece ser que sífilítico, en el que describió la naturaleza de la enfermedad, su sintomatología y su tratamiento. Aconseja "una vigilancia médica reglamentada de las prostitutas para la prevención de la enfermedad".

En 1498, el zamorano Francisco López de Villalobos (1473-1549), médico de cámara de Fernando el Católico y luego de Carlos I, publicó en Salamanca el "Sumario de la medicina con un Tratado sobre las pestíferas buvas"⁽⁵⁾, un sumario del canon de Avicena en verso, con el apéndice del tratado de las pestíferas bubas, en el que hace una descripción de la sífilis, sus orígenes y recursos terapéuticos.



Tratado Llamado Fructo de todos los santos: Contra el mal serpentino traído de la isla Española, hecho y ordenado en el grande y famoso hospital de todos los santos de la insigne y muy nombrada ciudad de Lisboa con privilegio imperial y del rey de Portugal

En Sevilla, Casa de Robertis, 1539, un tomo en folio gótico y, en la misma ciudad, e imprenta de Andres Burgos año 1542.

Tratado del mal serpentino, que vulgarmente en España es llamado bubas

Figura 1.- Tratado del mal serpentino, de Francisco Rui Díaz de Isla. Sevilla, 1539.

Gonzalo Fernández de Oviedo (1478-1557), en su obra *“Sumario de la Natural Historia de las Indias”*, publicada en Toledo en 1526, dice que *“La primera vez que aquesta enfermedad en España se vido fue después que el almirante don Cristóbal Colón descubrió las Indias”* y añade después *“y los cristianos que se dan a la conversación y ayuntamiento de las indias, pocos hay que escapen de este peligro”*⁽⁶⁾.



Figura 2.- Girolamo Fracastoro (1478-1553).
Syphilis sive morbus Gallicus. Verona, 1546

Poco después, en 1530, Girolamo Fracastoro (1478-1553) (Fig. 2) publicó en la ciudad de Verona su obra en verso *“Syphilis sive morbus Gallicus”* con tres partes o libros. En el primero describió el origen de la sífilis (*“esa terrible enfermedad, desconocida en los siglos pasados, que atacó a toda Europa en un día, y se extendió por una parte de África y de Asia”*); en el segundo libro describe los diferentes remedios con que se trataba la enfermedad en la época y en el tercer libro cuenta la historia del pastor Syphillus, que padeció la enfermedad como castigo

divino, por adorar a un rey mundano (7). Fue el nombre del pastor el que dio nombre a la enfermedad, abandonándose términos como el “mal francés”, “mal napolitano”, mal español”, etc.

En 1539, Francisco Rui Díaz de Isla (¿1493- 1542?) publicó en Sevilla el *“Tratado del mal serpentino, que vulgarmente en España es llamado bubas”* (2) y que dedicó al rey Juan III de Portugal “el Piadoso”, hijo de Manuel I “el Afortunado” y de María de Aragón, la cuarta hija de los Reyes Católicos. Este autor localiza la primera aparición de la enfermedad en la Barcelona de 1493, como ya hemos mencionado anteriormente. En este libro recomienda *“que ninguna mujer debiera usar del impúdico oficio sin certificación del profesor, y esto después de un año curada”*. Empleó el mercurio para el tratamiento de la sífilis del que dice *“E no quiero mas decir del mercurio , sino que con el he ganado más de doce mil ducados”*⁽⁸⁾.

2.- El padre de la mancebía

La prostitución, “el oficio más antiguo del mundo”, en la época que estudiamos era una práctica habitual y no había noción de pecado en los actos relacionados con la sexualidad fuera del matrimonio⁽⁹⁾. Durand de Saint-Pourçain (¿1270-1334), teólogo de la época de Clemente V (primer papa de Avignon de 1305 a 1314) y Juan XXII (segundo papa de Avignon de 1316 a 1334), defendía que *“la fornicación simple constituía únicamente pecado venial”*⁽¹⁰⁾. La prostitución se consideraba como un servicio público y como tal se regulaba, se fiscalizaba y se municipalizó⁽¹¹⁾. La monarquía concedía al municipio la apertura de un burdel y por ello recibirían las rentas de su explotación y normalmente arrendaban en forma de monopolio su administración a particulares, llamados padres o madres de la mancebía, que tenían la obligación de cumplir unas normas fijadas por el Concejo y pagar la cantidad pactada en la cesión.

En Granada, la primera noticia de la mancebía data del Cabildo de 20 de febrero de 1498⁽¹²⁾ y estaba situada extramuros, en la proximidad de la puerta de Bibarrambla. Poco después, la ordenanza del cabildo de 7 de abril de 1500 prohíbe el ejercicio de la prostitución fuera de las mancebías y dispuso: *“que las mugeres que ganan dineros, no los ganen salvo en la mancebía, do está señalado”*. Las casas de la mancebía se mantuvieron activas hasta prohibición de la prostitución por Felipe IV en 1623.

En esta época, la mujer casada pertenecía a su marido, la soltera a su padre, la monja a Dios y las prostitutas al padre o madre de la mancebía, que debía cuidar y asistir a las necesidades y mayor comodidad de sus pupilas.

Después de la campaña militar de 1486, con la toma de Marbella, Loja, Illora, Moclín y Montefrío, los Reyes Católicos compensaron al capitán real Alonso Yáñez Fajardo con las rentas de las mancebías del Reino de Granada, de las que obtenía entre 80.000 y 105.000 maravedíes anuales. Alonso Yáñez Fajardo ⁽¹³⁾ fue hijo bastardo de Alonso Fajardo el Bravo, alcaide de Lorca, capitán real en la guerra de Granada y, ya en la paz, corregidor de Loja y Alhama entre 1493 y 1495.

La concesión del rey Fernando decía así:

“Para vos e para vuestros herederos e subçesores e para aquel o aquellos que vos o delo oviere causa, de todas las casa e sitios en que ágora estan e usan las mugieres publicas del partido de las çiudades de Ronda e Loxa e Alhama e Marbella e en todas las otras çiudades e villas e lugares e señoríos que yo gane de los moros enemigos de nuestra Santa Fe catholica e de todas las casas e sitios en que estan las mugeres publicas del partido en las çiudades de Granada e Malaga e Guadix e Baça e Purchena e Vera e de todas las tras çiudades e villas e lugares e señoríos qua les quiero que sean del reyno de Granada al tiempo que por la gracia De Dios se ganen..... E que de todas las dichas casas de que vos así fago merçed vos ayan de pagar e paguen los alquileres e tributos según se acostumbra pagar en las çiudades de Sevilla e Cordoba e Xeres o en qualquier delas que vos quisieredes e que las dichas mugeres ni alguna d ellas non sean osadas de ganar ni ganen dineros ni su valor en mantas ni en barbacanas ni en huertas ni en otras casas ni lugares ni partes algunas dándoles vos esas fechas en que puedan estar por los dichos preçios “ ⁽¹⁴⁾.

El monopolio de los Fajardo sobre las mancebías del Reino de Granada se trasmitió a otros miembros de la familia. A la muerte de Alonso Yáñez Fajardo, pasaron al patrimonio del comendador de Socovos y corregidor de Murcia, Gómez Fajardo, hijo de Fajardo el Bravo y por tanto hermanastro de Alonso Yáñez ^(14, 15), que las mantuvo entre 1498 y 1511, sucediéndole su hija Aldonza Fajardo entre 1512 a 1514 y en 1515 le sucedería Gómez Fajardo, casado con Francisca Fajardo, posiblemente hijo de Doña Aldonza ^(14, 15).

Durante la concesión de los Fajardo surgieron roces con el poder municipal, deseoso de participar en los beneficios de las mancebías ⁽¹⁴⁾, creándose en algunas ciudades la “*ramería concejil*” para acoger a “*las mugeres enamoradas que acostumbraban a estar fuera de la mancebía*”, prostitutas que ejercían por libre ⁽¹⁶⁾, ya que esta prostitución, no regulada y clandestina la ejercían mujeres que se ganaban la vida por su cuenta ⁽¹¹⁾. Evidentemente estas mancebías municipales contravenían la concesión de los Fajardo, que interpusieron recurso legal, el cual finalmente se resolvió a favor de los Fajardo, que tenían que pagar al municipio una cantidad anual destinada a los Propios de la ciudad.

Los Fajardo traspasaron su derecho sobre las mancebías del Reino de Granada, que ejercería la familia Núñez de Toledo, hasta que Gómez Fajardo decidió tratar personalmente con los arrendadores, que por un tanto anual regentaban la mancebía. Así, Gómez Fajardo arrendó por un año las mancebías de Málaga por 80.000 maravedís ⁽¹⁴⁾. Esta situación se traduciría en la mayor explotación posible por parte de los administradores y gentes de su alrededor, que vivían de las prostitutas. Todo ello y las reiteradas denuncias de las mujeres de la mancebía hicieron que el Consejo de Granada, “*vista la desorden que tenia en la mancebia de la dicha ciudad por la persona cuyo cargo era*”, decidiera regular las casas de prostitución con unas ordenanzas, aprobadas el 2 de noviembre de 1538, para terminar con los abusos cometidos por Martín Sánchez y su mujer, padre y madre de la mancebía. Esta Ordenanza del Padre de la Mancebía fue sancionada por los reyes en Madrid, en agosto de 1539, para aplicarlas en “*en todas las ciudades, villas y lugares de los reinos de Castilla y Aragón*” (Fig. 3).

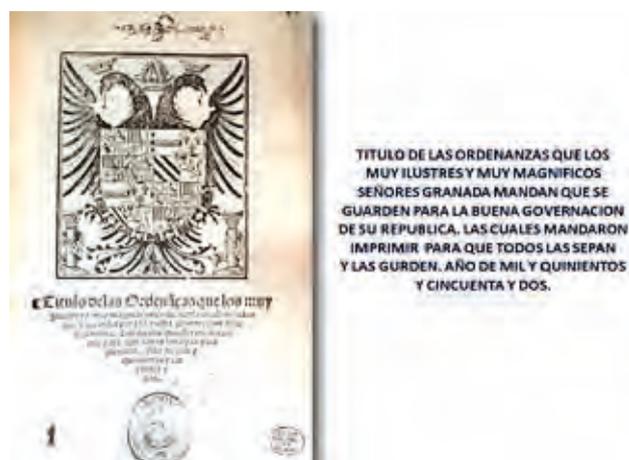


Figura 3. Ordenanzas de 1538, publicadas en un tomo en 1552.

El privilegio de los Fajardo se mantuvo hasta 1623, cuando Felipe IV prohibió las mancebías con la pragmática de 10 de febrero de 1623, en la que se decía *“Ordenamos y mandamos que, en adelante, en ninguna ciudad, villa, ni aldea de estos reynos, se pueda permitir ni permita mancebía ni casa pública, donde mujeres ganen con sus cuerpos; y las prohibimos y defendemos y mandamos se quiten las que hubiere”*⁽¹⁷⁾.

3.- Ordenanzas de padre de la mancebía

Las “Ordenanzas del padre de la mancebía” se dictaron por los “Muy Magníficos Señores de Granada estando en su Cabildo y Ayuntamiento”, el día 2 de noviembre de 1538, y fueron publicadas en un libro, junto con otras ordenanzas municipales, en 1552, con el Tit. 124 de las *“Ordenanzas que los muy ilvstres, y muy magníficos señores Granada mandaron guardar, para la buena gobernación de su Republica, impresas año de 1552”*⁽¹⁸⁾. Posteriormente, en 1672, se volvieron a imprimir “mandado de los señores Presidente y Oidores de la Real Chancillería de esta Ciudad de Granada”⁽¹⁹⁾ (Figs. 4-5). Estas Ordenanzas fueron aprobadas y confirmadas por Don Carlos y Doña Juana *“por la gracia de Dios, Reyes de Castilla, de Leon, de Aragón, etc”*.... el 2 de agosto de 1539.

Las ordenanzas constan de una introducción, una parte dispositiva y el pregón o divulgación de su contenido.

En la primera parte se especifican los motivos de dichas ordenanzas que no eran otros que: *“la desorden que ha tenido el padre que ahora es de la mancebia de esta Ciudad, asi en las malas viandas que da a comer a las mugeres que están y viven en la dicha mancebía como en el ecesivo precio que les ha llevado, y lleva por la comida, y posada que les dà y en otras cosas que el dicho padre hace con las mugeres de la dicha mancebía, en deservicio de Dios Nuestro Señor y en daño y perjuyzio de las dichas mugeres ”*. Y el fin de las ordenanzas: *“que el padre que ahora es y de aqui adelante fuere de la dicha mancebía, tenga, y guarde las Ordenanzas siguientes”*.

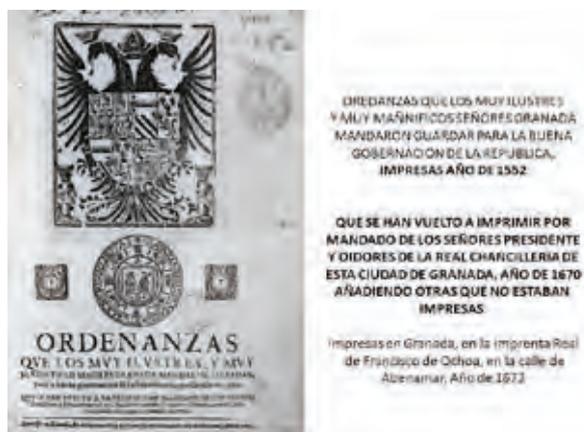


Figura 4.- Recopilación de las Ordenanzas de 1552 reimpresas en 1672.

En la segunda parte se enumeran una serie de normas u ordenanzas, que podemos agrupar en tres apartados. Las primeras de régimen interno, otras de protección de la mujer y otras higiénico sanitarias. En las primeras, se especifica de forma muy detallada *“Lo que el padre de la mancebía es obligado a dar a las mugeres dentro de la botica ” y describe esas obligaciones: “Una botica con su cama, contiene a saber dos bancos y un zarzo y un gergon de paja y un colchon de lana, y dos sabanas, una manta y una almohada, y un paramento de lienzo para delante la cama, y una silla, y llave para la botica y una vela cada noche de a dos maravedís; por lo cual todo puede llevar, y lleve veynte maravedis cada día y no mas y es obligado de ocho a ocho días se les den sabanas limpias, y almohadas”*. A continuación, en esta primera ordenanza establece la pena en la que incurrir el padre de la mancebía si no se cumple lo dispuesto: *“Y no haziendo, y cumpliendo asi, cayga, y incurra en pena de dos mil maravedis por cada vez que lo contrario hiziere, aplicados de esta manera: La tercia parte para el que lo denunciare, y acusare: y la otra tercia parte para el juez que lo sentenciare: y otra tercia parte para los Propios de esta Ciudad; esto por la primera vez, y por la segunda la pena doblada aplicada en la manera susodicha, y más de pena cien açotes, y que no pueda tener mas el dicho oficio”*.

En las siguientes ordenanzas se establece, con la misma pena si no se cumplieran, primero *“Lo que les ha de dar de comer”* el padre a las prostitutas de la mancebía, en la siguiente *“Que las mugeres puedan traer de fuera cabrito, y otras cosas, sin que el padre se lo vede”*, la siguiente *“Lo que el padre les ha de dar de comer los días de pescado”*. Sigue con otra que prohíbe *“Que el padre no venda ni alquile ninguna ropa a las mugeres de la dicha mancebía”*.



Figura 5.- Texto de la primera página de las Ordenanzas. A la izquierda de las publicadas en 1552 y a la derecha las de 1672.

Para proteger a la mujer de posibles extorsiones o prestamos “para dar a sus rufianes, o a otras personas, se empeñen, y obligen a algunas deudas al dicho padre y madre, ora por empréstito, o por empeño, o por otra manera, que no se les pueda obligar, ni obliguen, ni les sean obligados a pagar mas de hasta cantidad de cinco reales, y si se les emprestare, o fuese según dicho es, en mas cantidad, incurra en la dicha pena de suyo contenida y, aya perdido, y pierda lo que así dieren, si no fuera para se curar alguna enfermedad, y dada información de ello con dos testigos”.

Así mismo, se establece en las dos siguientes que no se les puede cobrar para pagar al mozo que cierre y abra las puertas, ya que es obligación del padre y establece el horario de funcionamiento de la mancebía para abrir la puerta “cuando saliere el sol, y la cierren cuando se cierre la de Vivarrambra”.

Igualmente, en otra se regula el lavado de la ropa de las mujeres, que la pueden lavar ellas mismas o terceras personas, pero si lo hiciese el padre establece unos límites de cuatro maravedís por una camisa y un maravedí por una cofia, aplicándose la misma pena si no se cumpliere.

La Ordenanza siguiente, la más importante desde el punto de vista sanitario, dice lo siguiente:

“Otro sí ordenanron y mandaron, que de aquí adelante el padre o madre que son, ò fuesen de la dicha mancebía no sean ossados de recibir ni acojan en la dicha mancebía ninguna muger de las que a ella vinieren a ganar sin que primeramente lo haga saber a la Justicia y Diputados de esta dicha Ciudad, para que manden al medico que la Ciudad tuviere que vea si esta tocada de bubas , y si las tiene, o aya tenido , con juramento que sobre ello haga el tal médico, para que si se hallare que esta tocada de las dicha bubas , o las tiene, o las aya tenido, no se les consienta estar, ni ganar en la dicha mancebía, so pena, que si el dicho padre ò madre recibiere la tal muger, o la dexaren ganar sin lo hazer saber a la dicha Justicia y Diputados, según dicho es, que pague por la primera vez quinientos maravedís de pena, y por la segunda pena doblada, y que este treinta días en la cárcel, y por la tercera, la dica pena, y que sea desterrado desta Ciudad por tiempo de un año” .

En la ordenanza siguiente se establece el precio de la consulta: “que el medico viere si está sana, no le puede llevar ni lleve más de doce maravedís y el escribano cuatro maravedís y que la visitación que la Justicia y Diputados hicieran a las dichas mugeres de las que estuvieren estantes en la dicha mancebía, no les lleve el medico mas de seis maravedís y el escribano cuatro maravedís”.

Al año siguiente, el dos de agosto del año del Señor de 1539, los Reyes, Doña Juana y su hijo Don Carlos, refrendaron estas ordenanzas con algunos cambios:

- Las mujeres en adelante no tendrán que pagar médicos, ni escribanos, ni a la Justicia y Diputados; los pagará la ciudad de sus arcas municipales.
- Igualmente se rebajan las penas que la ordenanza municipal impone: “las penas de cada una de ellas, solamente sean quinientos maravedís, y no otra pena de açotes, cárcel, ni destierro, ni otra cosa alguna de lo en ellas contenido y, con tanto que los maravedís que por la ultima Ordenança, se manda que se lleven a las dichas mugeres por el médico, y Escribano que las visitare cuando vinieren a la mancebía y de la visitación que la Justicia y Diputados les hiciere, no se pida ni lleve cosa alguna por razón de lo susodicho à las dichas mugeres , y se pague al dicho médico, y Escribano de los Propios de la dicha Ciudad lo que justo fuere”.
- Y terminan “mandamos a los del nuestro Consejo, Presidente y Oydores de las nuestras Audiencias, Alcalde de nuestra Casa, y Corte, y Chancellerias, y a otros Jueces y Justicias qualquier, asi de Ciudad de Granada , como de todas las otras Ciudades, Villas y Lugares de los nuestros Reynos y señoríos, y a cada uno y qualquier de ellos en sus lugares y jurisdicciones que guarden y cumplan y executen y hagan guardar y cumplir y executar esta nuestra carta y lo en ella contenido”.

La tercera parte de las Ordenanzas, el Pregón con el que se divulgaba su contenido a los vecinos de la ciudad y visitantes, se hace de dos formas, una pública, en la plaza de Bibarrambla y otra a la puerta de la mancebía, ambas el día doce de agosto de 1539. La primera por el pregonero público, Pedro Vazquez, ante testigos (*“Alonso de Carrion Fiel, Juan Rodriguez y Pedro Mexia y otra mucha gente que allí estaba, vecinos de Granada y forasteros”*) y la segunda, *“a la puerta de la mancebía que es extramuros de esta dicha Ciudad, por voz de Martin de Paramo, pregonero publico, se pregonó la dicha Provision de sus Magestades, estando presentes Martin Sanchez y su mujer, padre y madre de la dicha mancebía siendo testigos Llorente de Espejo, y Juan de Jodar, y Morales Alvañir y otra mucha gente que allí estaba”*.

4.- Comentarios

Las ordenanzas de 1938 representaron un avance social y sanitario importante en el control de la prostitución.

En la Castilla de la baja Edad Media la prostitución se consideraba un *“servicio público”*, sometido al control de las autoridades, que confinaban a las prostitutas en los burdeles *“para apartarlas de las buenas mujeres”* ⁽¹¹⁾. Para abrir una mancebía o ramería en el Reino de Castilla era precisa autorización de la monarquía, que recibía unas rentas de su explotación y podía conceder la merced o propiedad a un súbdito como premio a unos servicios. En nuestro caso fue Alonso Yáñez Fajardo y sus descendientes, que obtenían entre 80.000 y 105.000 maravedís por la explotación de las mancebías del Reino de Granada ⁽²⁰⁾. Normalmente el señor de la concesión delegaba la explotación, en arrendamiento y régimen de monopolio, al padre o madre de la mancebía, que estaba obligado a pagar una cantidad acordada y cumplir las normas establecidas.

En las ciudades importantes de Al Andalus la prostitución se ejercía en casas destinadas a ello, llamadas jaray, que se situaban a las afueras de la medina. Aunque socialmente mal consideradas, las prostitutas andalusíes estaban controladas y pagaban impuestos a la Hacienda pública ⁽²¹⁾. Pero con la conquista del Reino de Granada las costumbres cambiaron y se adecuaron al resto de las ciudades del reino. El Rey Fernando I concedió el privilegio de las rentas de los burdeles del Reino de Granada, aun antes de finalizar la conquista, a Alonso Yáñez Fajardo, privilegio que trasmite a sus herederos, que, como era habitual, delegaron en unos encargados la gestión de los burdeles. En la Granada de 1538 ejercía de padre de la mancebía un tal Martín Sánchez y su esposa, que recibieron la orden de cumplir todo lo dispuesto en las Ordenanzas de 1538 ^(18, 19).

Desde el punto de vista sanitario nos llama la atención que en la Granada de 1538 ya se obligara a la revisión médica previa a la admisión y a revisiones periódicas para que el médico *“que la vea si esta tocada de bubas y si las tiene o aya tenido”*. Esta recomendación puede provenir del libro de Gaspar Torella (4), publicado 41 años antes y en el que se recomienda *“una vigilancia médica reglamentada de las prostitutas”*, ya que la recomendación de Rui Díaz de Isla de *“que ninguna mujer debiera usar del impúdico oficio sin certificacion del profesor”* se publicó un año después ⁽²⁾.

Es curioso que, en la Ordenanza de 1538, las autoridades municipales distinguen dos tipos de mujeres en la mancebía, las que allí vivían y la externas o *“estantes”*, que eran mujeres que vivían fuera, pero ejercían la prostitución en la mancebía. Esta distinción afectaba a los honorarios que el médico percibía por el reconocimiento, doce maravedís a las mujeres de la mancebía y la mitad a las estantes.

Aunque los munícipes especificaron de una forma minuciosa las penas si no se cumplían las ordenanzas, cuando un año después los reyes las sancionan, suavizaron las penas por incumplimiento, de forma que rebajan la pena de dos mil maravedís a quinientos y quitaron los azotes, inhabilitación y destierro y no se especifica si en los reincidentes se aumenta la pena.

La prostitución, abolida por Felipe IV en 1623 ⁽¹⁷⁾, no desapareció, sino que continuó de forma clandestina a los ojos de todos, creando serios problemas de orden público y sanitario. No fue hasta que el conde de Cabarrús (1752-1810), de forma pública y abierta, se declara partidario del restablecimiento de las mancebías ⁽²²⁾, con una reglamentación parecida a la anterior y revisiones

médicas de las prostitutas. Dice textualmente: “*Se habían de destinar facultativos de la mayor probidad, y con dotaciones que los hiciesen inaccesibles á toda seducción para visitar diaria y exactamente aquellas mugeres....*”. A partir de aquí son muchas las voces que se levantan para el control de la prostitución ⁽²³⁾, que cristalizó el 1 de julio de 1847 con la publicación del Reglamento para la represión de los excesos de la prostitución en Madrid ⁽²⁴⁾, que se extendió a otras ciudades ⁽²³⁾. Este sistema de reglamentación se mantuvo en España hasta el Decreto de 28 de junio de 1935, por el que el Gobierno de la II República suprime el régimen reglamentarista. Este Decreto de la II República fue abolido por Franco después de la Guerra civil por Decreto en 1941 (BOE de 20 de noviembre de 1941), con lo que se vuelve a la reglamentación anterior hasta la total y definitiva abolición de la prostitución en 1956.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Vázquez García F, Moreno Mengibar A. Poder y prostitución en Sevilla (siglos XIV al XX). La Edad Moderna. Universidad de Sevilla, Sevilla, 1995, pp. 144-6.
- 2.- Díaz de Isla Rui. Tractado llamado fructo de todos los sanctos: contra el mal Serpentino venido de la ysla Española. Biblioteca Nacional. <http://bdh-rd.bne.es/viewer.vm?id=0000090352&page=1>
- 3.- Díez Jorge ME. Mujeres y arte en Granada. En: Osorio Pérez MJ y Díez Jorge ME. Las mujeres y la ciudad de Granada en el siglo XVI. Ayuntamiento, Granada, 2000, p. 163.
- 4.- Torrela Gaspar. Tractatus cum consiliis contra pudendam seu morbum gallicum. P. Turre, Roma, 1497.
- 5.- López de Villalobos Francisco. El sumario de la medicina con un tratado sobre las pestíferas buvas. Antonio de Barreda, Salamanca, 1498.
- 6.- Fernandez de Oviedo G. Sumario de la natural historia de las Indias. Fondo de Cultura Económica, México, 1950. <http://repositorios.cihac.fcs.ucr.ac.cr/cmelenendez/bitstream/123456789/573/1/SumarioNaturalHistorialndias.pdf> (Consultado en 30 de octubre de 2018)
- 7.- Translations of Syphilis Sive Morbus Gallicus. New Engl J Med. 1935;212(3): 127.
- 8.- Fernandez Morejon A. Historia bibliográfica de la medicina española. Imprenta de la Viuda de Jordan e hijos, Madrid, 1843. Tomo II, pp. 286-90.
- 9.- Contreras Jaime. El Santo Oficio de la Inquisición en Galicia. Ediciones Akal, Madrid, 1982, p. 636.
- 10.- Rossiaud J. La prostitución en el medievo. Ed. Ariel, Barcelona, 1986, p. 101.
- 11.- Molina Molina AL. La prostitución en la Castilla bajo medieval. Clio&Crimen. 2008;5:138-50. https://www.durango-udala.net/portalDurango/RecursosWeb/DOCUMENTOS/1/0_521_1.pdf. (Consultado en 10 de octubre de 2018).
- 12.- Moreno Trujillo MA. La memoria de la ciudad: el primer Libro de Actas del Cabildo de Granada. Ayuntamiento de Granada, Granada, 2005.
- 13.- Yañez Fajardo Alonso. Real Academia de la Historia. <http://dbe.rah.es/biografias/50165/alonso-yanez-fajardo> (consultado en 2 de octubre de 2018).
- 14.- López Beltrán MT. La prostitución en el Reino de Granada a finales de la Edad Media. Centro de Ediciones de la Diputación de Málaga, Málaga, 2003.
- 15.- Torres Fontes J. Los Fajardo en los siglos XIV y XV. Miscelánea medieval murciana. Vol. IV, 1978 168-9.
- 16.- Alonso Hernández JL. El lenguaje de los maleantes españoles de los siglos XVI y XVII: La Germanía (Introducción al léxico del marginalismo). Universidad de Salamanca, Salamanca, 1979, pp. 26-7.
- 17.- Novísima recopilación de las Leyes de España. Lib. XII, Tit. XXVI, Ley VII.
- 18.- Ordenanzas de Granada de 1552. Edición Facsímil. Ayuntamiento de Granada, Granada, 2000.
- 19.- Ordenanzas que los muy ilustres, y muy magníficos señores Granada mandaron guardar, para la buena gobernación de su República. Imprenta Real de Francisco de Ochoa, en la calle de Abenamar, Granada, 1672.
- 20.- Molina Molina AL. Mujeres públicas, mujeres secretas. En: La prostitución y su mundo: siglos XIII-XVII. Ed. K R, Murcia, 1998, pp. 78-81.
- 21.- Fayanas Escuer E. Al Andalus y su sexualidad. Nueva Tribuna. <https://www.nuevatribuna.es/articulo/historia/al-andalus-y-su-sexualidad/20170530211405140356.html>. (Consultado en 10 de octubre de 2018).
- 22.- Cartas del Conde de Cabarrús al señor D. Gaspar de Jovellanos. Imprenta de Lawalle, Burdeos, 1820.
- 23.- Guareña JL. Los orígenes de la reglamentación de la prostitución en la España contemporánea. De la propuesta de Cabarrús (1792) al Reglamento de Madrid (1847). DYNAMTS. Acta Hisp. Med. Sci. Hist. Ilust, 15, 1995, 401-41.
- 24.- Reglamento para la represión de los excesos de la prostitución en Madrid. Imprenta de Corrales y Compañía, Madrid, 1847.

NOTAS

- 1- Para hacernos una idea el salario de un peón entre 1583 y 1585 era de 70 a 80 maravedís diarios. Consultado en <http://www.identificacion-numismatica.com/t10531-consulta-cuanto-valian-los-maravedis>
- 2 - Botica. Según la RAE.: Vivienda o aposento surtido del ajuar preciso para habitarlo.
- 3 - Zarzo. Según la RAE: Tejido de varas, cañas, mimbrés o juncos, que forma una superficie plana.
- 4 - Paramento. Según la RAE. En su primera acepción: Adorno o atavío con que se cubre algo. En la segunda: Sobrecubiertas o mantillas del caballo.

Evolución histórica de la medicina hospitalaria en Sevilla

José María Rojo García

Sevilla

En la Baja Edad Media comienzan a tener importancia en Sevilla colectivos dedicados a la ayuda a los necesitados y enfermos, relacionados con la dualidad hospital/iglesia, se adoptaron medidas dirigidas sobre el contagio y se crearon instituciones asistenciales para enfermos desahuciados.

En Sevilla, en 1302 se produjo la primera gran epidemia de peste, que acabó con la cuarta parte de la población.



Fig. 1. Hospital de San Lázaro, sala de curas.

Debido a que el hospital ha estado en funcionamiento desde su fundación hasta la actualidad, el edificio ha sido sometido a sucesivas reformas y transformaciones, algunas de ellas realizadas en la segunda mitad del siglo XVIII, otras a lo largo del siglo XIX, llegando a estar en ruina en 1854 y restaurado en 1864.

Hospital de San Antón

Surge tras el descubrimiento de América y el auge del comercio en Sevilla, que la convierten en la capital de Castilla y hace aumentar casi tres cuartos de la población, que vive en condiciones precarias. Esta situación dio origen a hospitales y centros de beneficencia para su atención (Fig. 2).

Hospital de San Lázaro

Fue fundado por Alfonso X el Sabio en la segunda mitad del siglo XIII, engrandeciéndolo, con posterioridad, su hijo Alfonso XI. Fue concebido para albergar a enfermos de lepra, tifus, latirismo, fabismo, escorbuto, ergotismo, fiebres cuartanas y tercianas del paludismo, enfermedad del sudor y mal de San Vito (Fig. 1).

La construcción tuvo dos fases: una primera, de fines del siglo XV, y otra llevada a cabo en la segunda mitad del siglo XVI, en cuanto a la fachada principal, hacia 1564. Obras que se atribuyen a Hernán Ruiz II.



Fig. 2. Hospital de San Antón, fachada.

Hospital de las Cinco Llagas o de la Sangre

Fue fundado por doña Catalina de Ribera, obteniendo para ello del papa Alejandro VI bula fechada el 13 de mayo de 1500. Ubicado en el arrabal de la Macarena, donde se empezó a construir el que iba a ser uno de los edificios más significativos de la arquitectura española del siglo XVI (Fig. 3).

Será el primer Marqués de Tarifa quien dé el impulso definitivo a la fundación hospitalaria.



Fig. 3. Hospital de las Cinco Llagas o de la Sangre, nave central. Actualmente, el edificio es sede del Parlamento de Andalucía.

El Hospital fue dedicado a la curación de mujeres, denominándose de las Cinco Llagas. Definitivamente fue Gaínza quien ganó el concurso para su construcción. Se comenzaron a abrir las zanjas el día 25 de marzo de 1546, colocándose la primera piedra el 12 de mayo.

Ya en el siglo XIX, concretamente en 1808, el hospital fue ocupado por los franceses. En 1837, tras la centralización de los hospitales, sirvió como almacén de obras de arte que iba aglutinando la Junta Municipal de Beneficencia.

Se insistía en la dieta, la farmacopea, esencialmente por plantas (laxantes, astringentes, diuréticas, la triaca, la mandrágora), sin olvidar las creencias mágico supersticiosas y la cirugía (amputar, cortar, cauterizar o sangrar).

También se puso en mayor virtuosismo las cataratas, hernias, extracción de piedras y corrección de miopías, pero todo ello con escaso éxito. Adquirieron gran preponderancia los baños públicos y las fórmulas con sustancias tóxicas a base de sulfuro de arsénico.

En el Siglo XV se inicia la Rinascita, época de convulsión social, como una vuelta al clasicismo helénico y romano. La invención de la imprenta permite la expansión del saber y los médicos se convierten en verdaderos humanistas, con conocimientos de astronomía, física y filosofía, aunque supuso un freno para el empirismo y el experimentalismo científico. Fue frecuente la sífilis, el tifus, la viruela, la difteria, el sarampión, el escorbuto y la cauterización urinaria. Los médicos visitaban los pacientes a domicilio. Se pasa del “consilium” medieval al “observatio” renacentista.



Fig. 4. Hospital de Ntra. Sra. del Buen Suceso.

Hospital de Ntra. Sra. del Buen Suceso

Tiene sus orígenes en la Congregación de Hermanos Mínimos, conocida por Obregones, al ser fundada en Madrid por Bernardino de Obregón (1567).

El nombre del hospital viene de la devoción a la Virgen del Buen Suceso y está impreso en uno de los cuadros que Domingo Martínez realizó para el templo del hospital sevillano.

En 1634 se decidió crear un hospital en Sevilla. Aprobadas las licencias por el Ayuntamiento en 1637, tuvieron que pasar más de 50 años para la terminación de las obras, concluyéndose el edificio en 1690 (Fig.4). Se dedicó a patología infecciosa.

Con la reducción de hospitales de 1587, algunas instituciones se dedicaron no sólo a la atención de los enfermos, sino a cubrir las necesidades básicas de la población, sobre todo en los sectores más necesitados, ya que en 1599 sobreviene la segunda epidemia de peste.

El **Hospital de Mediadores** de la Alhóndiga, ya funciona en los albores del siglo XVI y también el **Hospital de San Andrés**, cuya Iglesia era la actual capilla de Los Panaderos.



Fig. 5. Hospital de la Misericordia.

Hospital de la Misericordia

Se origina a partir de una hermandad fundada para casar doncellas desamparadas en 1487, al recibir a finales del siglo XVI escritura de varias casas, de las que se conservan restos en la zona del patio interior.

La iglesia data de la segunda mitad del siglo XVII, es de planta rectangular y cabecera plana (Fig. 5). Consta de tres naves separadas por arcos de medio punto y columnas de orden toscano de mármol blanco.

Entre las esculturas de mayor valor artístico destaca la Virgen de la Alegría, obra de 1558, de Roque Balduque; la imagen se cobija en un magnífico retablo de Bernardo Simón de Pineda (1668).

Esta hermandad se extinguió en el siglo XIX por dos motivos, la desamortización de Mendizábal y la falta de hermanos, ya que era muy difícil poseer todos los requisitos que se exigían.



Fig. 6. Patio del Hospital de la Santa Caridad.

Ya en el siglo XVI la institución de la Santa Caridad (Fig. 6) juega un papel importante, porque en el 1649 fue la tercera y última epidemia de peste, que dejó a Sevilla con la mitad de habitantes. Contaba con la capilla de San Jorge, que fue derribada para que se construyese sobre ella la nueva iglesia, obra de Pedro Sánchez Falconete. En 1645 se construyen tres enfermerías y Mañara se traslada a vivir allí, donde fallece el 9 de mayo de 1679.

Hospital de los Viejos

En el siglo XVII aparecen dos instrumentos médicos representativos son el termómetro y el microscopio, inventado el primero por De Haen (Austria) y el segundo por Hans y Zacarías Jansen.

Tras varias vicisitudes el denominado Hospital de los Viejos (Fig. 7) fue destinado a asilo de venerables sacerdotes, cuya fundación se realizó en 1675 por Don Justino de Neve, canónigo de la Catedral de Sevilla.

La construcción del edificio se inició el mismo año de su fundación sobre terreno que ocupaba el antiguo corral de comedias llamado Corral de Doña Elvira. En la decoración del edificio intervinieron artistas como Juan de Valdés Leal y su hijo Lucas Valdés, entre otros.

En este tiempo, el descubrimiento de la vacuna contra la viruela está considerado como uno de los hechos más importantes de la medicina. Se debe a Eduardo Jenner (1749-1823), quien lo puso en práctica el 14 de mayo de 1796. Pese a ello, hasta el 8 de mayo de 1989 la OMS no declara solemnemente la erradicación mundial de la viruela.



Fig. 7. Hospital de los Viejos, donde se situó el primer hospital geriátrico de Europa.



Fig. 8. Hospital del Pozo Santo.

Hospital de la Santa Caridad

En 1662, Miguel de Mañara lo auspició para que sirviera a numerosos enfermos y mendigos que abundaban en Sevilla, creando un hospicio donde, durante las noches, pudieran acogerse algunas de las muchas personas que carecían de techo en la ciudad.

Hospital del Pozo Santo

Fue fundado en 1667 por Terciarias Franciscanas bajo la advocación del Santísimo Cristo de los Dolores (Fig. 8). El edificio es largo y estrecho, configurando una crujía a la que abren cinco patios que iluminan las crujías interiores. En él se utiliza como anestésico el opio, a través de su tintura, el láudano.



Fig. 9. Real Academia de Medicina y Cirugía de Sevilla.

El 3 de octubre de 1714 se produce la creación de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Sevilla (Fig.9), la más antigua de todas las reales academias españolas y la primera de todo el mundo.

Hospital de Santa Catalina de los Desamparados

Destaca por tres siglos de curaciones de llagas, tisis, cánceres y erisipelas y como hospicio de niños expósitos, bajo el nombre de Hospital del Espíritu Santo. La Real Academia Sevillana de Buenas Letras utilizó el mismo edificio del hospital hasta su demolición en 1845 (Fig. 10).

A partir de la mitad del siglo XIX, el número de hospitales creció mucho, debido al descubrimiento de la anestesia y de las técnicas quirúrgicas asépticas.

En el último tercio del siglo XIX se produce un despertar científico de la medicina. El Dr. Semmelweis ordenó a los estudiantes de medicina que realizaban autopsias lavarse las manos con solución de hipoclorito cálcico.



Fig. 10. Hospital de Santa Catalina de los Desamparados.

Igualmente, en el reconocimiento de las mujeres en la sala de maternidad, el lavado preoperatorio de manos fue un método de asepsia que se iniciaba balbuceando, llegando a comprender la teoría bacteriana de la enfermedad y su transmisión por portadores pasivos “causas, concepto y profilaxis de la fiebre puerperal”.

Joseph Lister (1872-1912) hizo infundir en las conciencias de los cirujanos la necesidad de conservar las heridas libres de microorganismos y más tarde Ernts Von Bergmann (1836-1907) creó la verdadera asepsia quirúrgica, se descubrió el efecto del éter, Antonio Morales (Alora, Málaga 1848-1930) y el efecto analgésico del cloroformo (1847).

Nacen los hospitales independientes para las mujeres y los niños y para el tratamiento de enfermedades respiratorias, oculares y trastornos como el cáncer. Este tipo de hospitales suelen estar asociados a instituciones dedicadas a la tuberculosis, como el Hospital del Tomillar (Fig. 11).



Fig. 11. Hospital del Tomillar.



Fig. 12. Hospital Victoria Eugenia (Cruz Roja), en el siglo XX la demanda de hospitales ha aumentado a la par que el progreso.

Hospital Victoria Eugenia (Cruz Roja)

Nace para ayudar en la beneficencia y utiliza áreas médico-quirúrgicas, con una trayectoria de 90 años en los que el objetivo de siempre velar por la salud de sus pacientes (Fig. 12). Cuenta con consultas externas (con más de 30 especialidades).

En él trabajó en dermatología el Dr. Rodríguez Moreno, creando el servicio para enfermedades de transmisión sexual. Es, asimismo, un hospital socialmente responsable; distribuido en tres plantas, incluye la Escuela Universitaria de Enfermería, que requiere la asignación de aulas y laboratorios para los estudiantes.

Hospital de San Juan de Dios

Se inauguró siendo el superior provincial el Hno. Gregorio Gutiérrez Serrano y superior del centro el Hno. Esteban Toyos Galarza. El centro empezó a funcionar en 1943 (Fig. 13).



Fig. 13. Hospital de San Juan de Dios.



Fig. 14. Hospital Universitario Virgen del Rocío.

Hospital Universitario Virgen del Rocío

También conocido como Ciudad Sanitaria Virgen del Rocío, es un complejo hospitalario público de Sevilla, situado en la calle Manuel Siurot (fachada del hospital general).

En la actualidad, se trata del mayor complejo hospitalario del Sistema Sanitario Público de Andalucía y del Sistema Nacional de Salud, tanto por su intensa actividad asistencial, como por su infraestructura y dotación tecnológica. Sin olvidar la historia propia, con más de 50 años de vida.

El hospital se edificó entre el 20 de julio 1950 y 1954 bajo el proyecto del arquitecto Juan de Zavala y Lafora. La dermatología los veinte primeros años fue dirigida por Tomás Rodríguez Cañas, que estableció el servicio, y los últimos treinta años por Julián Conejo Mir.



Fig. 15. Hospital Universitario Virgen Macarena.

La demanda de los servicios hospitalarios ha alcanzado cotas sin precedentes; el crecimiento más importante ha sido la demanda de servicios ambulatorios.

Los hospitales han estado ofreciendo recientemente medios para la asistencia terminal, con el fin de ayudar a los pacientes y a sus familias a enfrentarse con la muerte. Siguiendo las ideas del médico inglés Cicely Saunders, el director del hospicio de St. Christopher de Londres, se intenta ayudar a los pacientes a morir con dignidad. Estos toman decisiones respecto al alivio del dolor, pueden tener pertenencias (incluyendo animales), están permitidas las visitas a cualquier hora y tienen la posibilidad de elegir morir en su casa.

En la actualidad la actividad hospitalaria está condicionada por el coste de los nuevos equipos necesarios para el trasplante de órganos, la diálisis renal, la radioterapia contra el cáncer y otros muchos tratamientos que cambian con rapidez. Hay que añadir a los gastos los modernos y caros equipos de diagnóstico y la elevada demanda de pruebas que los médicos precisan para establecer un diagnóstico completo.

El último tercio del siglo XX, en el que todos hemos sido coetáneos, hemos visto multiplicarse hospitales y centros de salud que ofrecen programas de salud, clínicas satélites para el tratamiento de las toxicomanías y alcoholismo, impulsar la asistencia ambulatoria, los servicios sociales, programas de educación para pacientes y para la comunidad y la creación de la atención psiquiátrica ambulatoria.

Sin embargo, los gastos más importantes son los imputables al gran número de personal que necesita un hospital para funcionar, que supone un 70% de los costes.

El exagerado crecimiento de los gastos ha conducido a que diversos países con un sistema sanitario público, en especial Inglaterra, busquen fórmulas para aumentar la competitividad y eficacia de sus centros de salud. Se espera también que la competencia suscitada entre las sociedades para ofrecer servicios sanitarios reduzca los costes.

Hospital Universitario Virgen Macarena

Ligado a la facultad de Medicina de Sevilla desde 1969, formador de innumerables profesionales cualificados y los profesionales de la sanidad que trabajan en ellos son estatutarios (Figs. 15 y 16). La dermatología fue dirigida por Bernardo López, Antonio García Pérez y Francisco Camacho Martínez.



Fig. 16. Retrato de Manuel Suárez Perdiguero, catedrático de pediatría, decano de la Facultad de Medicina y rector de la Universidad de Sevilla. Impulsor de la creación del Hospital Universitario Virgen Macarena.

Esta situación genera un descomunal despliegue de comisiones de planificación y evaluación de la actividad quirúrgica, de coordinación y evaluación de procesos asistenciales, consultas externas y procedimientos diagnósticos, de nuevas tecnologías de la información y el conocimiento, de asesores para la investigación y de comités de seguridad y salud (gasto farmacéutico, trasplantes y anti-enfermedades infecciosas).

Hemos realizado un recorrido por las instituciones hospitalarias que existieron como tal en Sevilla, teniendo en cuenta aquellas cuyos edificios existen hoy día y partían de ser iglesias o ser hospitales, según qué caso, proporcionando eficacia en la producción de salud, eficiencia en la utilización de recursos, equidad y solidaridad.

GLOSARIO

Ergotismo: Denominado en el uso coloquial como “fiebre de San Antonio”, “fuego de San Antonio” o “fuego del infierno”. Es una enfermedad causada por la ingesta de alimentos contaminados por micotoxinas (toxinas producidas por hongos parásitos).

Fabismo: Se caracteriza por crisis de anemia hemolítica desencadenadas por ciertos medicamentos, infecciones o alimentos, especialmente habas y sus derivados.

Latirismo: Intoxicación crónica producida por el consumo excesivo de almortas o de sus derivados.

Rinascita: Equivalente a Renacimiento.

Triaca: Era un preparado poli-fármaco, compuesto por varios ingredientes distintos (en ocasiones más de 70) de origen vegetal, mineral o animal, incluyendo opio y en ocasiones carne de víbora.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.-Hermosilla Molina, Antonio. Historia de la Medicina de Sevilla. S. Nicolás Monardes, Sevilla, 1993.
- 2.-Plenck, Joseph Jacobo. Tratado de las enfermedades cutáneas. Imprenta Real, Madrid, 1798.
- 3.-Sierra, Xavier. Historia de la Dermatología. MRA, Barcelona, 1994.
- 4.-Rodríguez Cabezas, Ángel. Historia Ilustrada de la Medicina. Editorial Algazara, Málaga, 1996.

La dermatología en “La Andalucía Médica”

José Carlos Moreno Giménez

Catedrático de Dermatología jubilado.

Universidad de Córdoba

Introducción

Entre enero de 1876 y abril de 1892 se publica en Córdoba una revista periódica con el nombre de “*La Andalucía Médica. Revista Médico-Quirúrgica Fotográfica y de Ciencias Accesorias*” (Fig. 1). Además de su contenido científico, se considera la primera revista médica que en nuestro país publica fotografías, si bien estas no se incluyen nada más que en los primeros números.

A pesar de su importancia y difusión, existen muy pocas referencias bibliográficas al respecto, algunas con reseña completa a esta publicación (1), otras que hacen referencia a ella de forma tangencial (2,3).

No ha sido fácil localizar las revistas, pero gracias a Carmen Ruiz García (Profesora Titular de Historia de la Ciencia. Facultad de Medicina y Enfermería. Córdoba) hemos podido ubicarlas de la forma siguiente:

- Hemeroteca de la Facultad de Medicina de Valencia (años 1889-91)
- Biblioteca de la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid (años 1876-81)
- En Cádiz disponen de números sueltos
- En Córdoba, en la Biblioteca Municipal (1876-1887) (Fig. 2)

El Diario Córdoba, publicación diaria que se edita entre 1849 y 1938, en su número de 23 de Enero de 1876, da la noticia siguiente: «...*Ha empezado a publicarse en esta capital y con este título (La Andalucía Médica), una revista de Medicina y Cirugía, bajo la dirección de nuestro ilustrado amigo, el Dr. D. Rodolfo del Castillo y Quartiellerz...*». Este periódico sigue dando puntualmente noticias sobre la publicación de cada número y se encarga de la realización de las fotografías.

El Dr. Rodolfo del Castillo

D. Rodolfo del Castillo y Quartiellerz (Cádiz 1850-Madrid 1913) (Fig. 3), fue un médico oftalmólogo gaditano, pero con una amplia dedicación a otras ramas de la medicina, como cirugía y medicina general.

Inició la carrera médica en su ciudad natal y llegó a trabajar como jefe clínico en el Servicio de Oftalmología de su primo Cayetano del Toro y Quartiellerz (1842-1915), alcalde de Cádiz y médico especialista en Oftalmología y ORL.

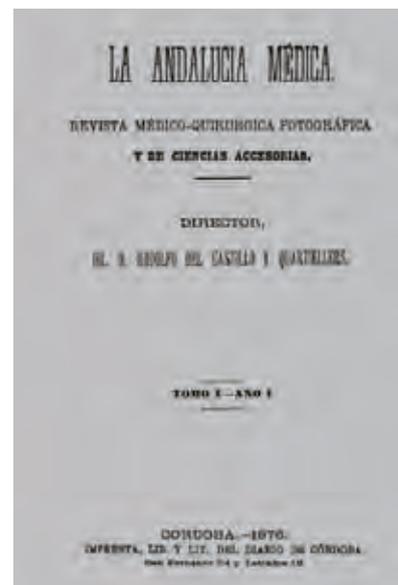


Figura 1. Portada del primer número de La Andalucía Médica

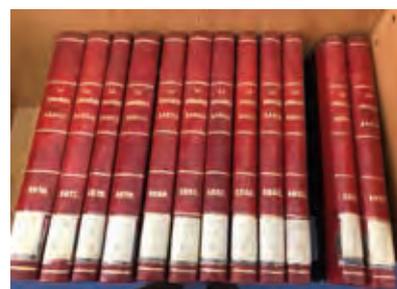


Figura 2. Colección ubicada en la Biblioteca Provincial de Córdoba



Figura 3. Dr. D. Rodolfo del Castillo Quartilez, fundador de La Andalucía Médica

Fue el Dr. del Castillo senador por la provincia de Cádiz de 1898 a 1899 y por la de Albacete de 1910 a 1911. Académico correspondiente de Historia. Fundó la revista *Anales de Oftalmología*, que años después fue reeditada por su hijo, Rodolfo del Castillo y Ruiz. Desempeñó otros muchos cargos: Director del Balneario de Arteixo (A Coruña); formó parte como “persona extraña” de la Facultad de Medicina libre de Córdoba (1874-78), figurando en los tribunales examinadores de la asignatura de Patología Quirúrgica, aunque no era el titular de la misma, ya que el catedrático era D. Juan Velasco y Vergel; secretario de la Comisión Provincial de la Cruz Roja; miembro de la Comisión «de recibo» de los juegos Florales de 1.878; socio honorario y miembro de Ateneos y Academias de distintas ciudades españolas; correspondiente de la Real Academia de Ciencias, Bellas Letras y Nobles Artes...

En definitiva, fue considerado como una persona de gran inquietud y conocimiento, como publica en su perfil el Almanaque de Medicina y Farmacia 1887: «...*De imaginación meridional, es activo y entusiasta por todos los elementos de la ciencia y su entusiasmo por conocer los progresos en sus fuentes, le hacen concurrir a los congresos nacionales y extranjeros, visitar las clínicas de otros países y estrechar sus relaciones con los hombres más eminentes de las ciencias...*».

La Andalucía Médica

Desde su inicio contó en su editorial con figuras importantes de la medicina cordobesa, entre otros:

- Rodolfo del Castillo, director.
- Ricardo Guijo y Garmendía, subdirector mientras ejerció en Córdoba, aunque al ser trasladado a Pozoblanco siguió colaborando, enviando originales. Estrecho colaborador del Dr. del Castillo es el autor de la mayoría de los trabajos quirúrgicos publicados en la “Sesión Práctica”.
- Genaro Lacalle y Cantero, Sección de Medicina en el Hospital del Cardenal.
- Norberto González Auriolos, colaborador de la revista incluso antes de graduarse. Persona pintoresca que ha pasado a la historia local con el segundo apellido, a todas luces falso, como demuestran los apellidos de su hermano, así mismo colaborador de Andalucía Médica, que se apellidaba González Martínez (Luis) y que era considerado como la antítesis del anterior⁽¹⁾.
- Pedro Mohedano Escalona, higienista, escritor y traductor.
- Rafael Vázquez Sanz, internista y director del Hospital de Agudos.

Así como figuras punteras del ámbito nacional:

- Catedráticos de la Facultad de Medicina de Granada: D. Juan Creus y D. Antonio Gómez Torres; y de la de Barcelona, D. Juan Giné i Partagás.
- Colaboradores extranjeros: Dres. Ferrand, Duval, Tardier, Roussein y Gauchet.

Como comenta JM Torres (2), la revista se publicó entre 1876 y 1892 y su característica fundamental era la inclusión de fotografías, si bien estas solo figuran entre enero de 1876 y junio de 1878. Estas fotografías eran originales pegados en papel aluminado de 7 X 10 cm. La mayoría de ellas incluían historia clínica detallada, así como el tratamiento, la evolución y referencias a la histología.

El número de imágenes publicadas en estos 3 años es de 26, que corresponden a 21 casos clínicos. Seis fotografías carecen de historial.

Muchos de los casos clínicos, cinco, son operados por el Dr. del Castillo, aunque aparecen firmados

por el Dr. Guijo, secretario de la revista. Cuatro de los pacientes son derivados de la consulta del Dr. Giné i Partagás, de la Universidad de Barcelona. Una de estas fotografías “*Prurigo generalizado de fondo herpético*” (Fig. 4) fue posteriormente publicada por este autor, pero coloreada, en su texto *Tratado Clínico Iconográfico de Dermatología Quirúrgica* (año 1880).

Se desconoce el autor de las fotografías, ya que aparecen firmadas como “*Diario Córdoba*”.

Aunque la mayoría de los casos, catorce, corresponden a patología tumoral, hay que destacar que en tres ocasiones se describen dermatosis no tumorales.

Consta la revista de distintos apartados (Sesión práctica, Medicina *extrangera*, Revisión bibliográfica, Anatomía Patológica, Información de congresos, Aparatos e Instrumentos nuevos ... terminando con un índice por palabras). De todos ellos quizás la Sesión práctica, en forma de casos clínicos, en los que se incluye anamnesis, terapéutica, evolución y anatomía patológica, pueden resultar los más interesantes. Todos ellos son exhaustivos en su descripción, acompañándose de una redacción grandilocuente. Sirva como ejemplo el siguiente párrafo, entresacado del primer número, y que hace referencia a los objetivos de la revista: “*La necesidad de publicaciones científicas, se hace cada día más indispensable si hemos de marchar en armoniosa paz con las corrientes de la época. Penetremos en el laberinto de las ciencias, y veremos que no pasan días sin que el cuadrante del progreso marque nuevos y fecundos adelantos, incompatibles con nuestra efímera existencia ...*”

Pasemos a revisar los casos más interesantes:

1. Cáncer *encefaloide* de la cara. Es el primer caso publicado en base a que “*... aunque han sido múltiples y notables los casos que en la consulta pública del Dr. del Castillo se han presentado, pero ninguno tan digno de ocupar toda nuestra atención como el que nos mueve a publicar este artículo. De naturaleza cancerosa presentaba un volumen que bien podría clasificarse como enorme...*”

Se trataba de un tumor de localización facial (Fig. 5), con un periodo invasivo de crecimiento, que terminó por estabilizarse y producir un deterioro importante en el paciente. El tumor fue minuciosamente extirpado con buenos resultados (Fig. 6), si bien recidivó al cabo de los dos años, llevando al paciente a la muerte (Fig.7).



Figura 4. Prurigo Generalizado de fondo Herpético publicado (imagen izquierda) en La Andalucía Médica y posteriormente en Tratado Clínico Iconográfico de Dermatología Quirúrgica (imagen coloreada de la derecha)



Figura 5.- Tumor Encefaloide. Estado preoperatorio



Figura 6.- Tumor Encefaloide. Estado postoperatorio



Figura 7.- Tumor Encefaloide. Recidiva



Figura 8. Derodymio

2. *Monstruo compuesto. Sysomianos. Derodymio.* Aunque no es un caso dermatológico creemos que merece un comentario.

“El día 10 de Febrero fuimos llamado para asistir a N.N., á quien desde el día anterior se le habían iniciado los pródromos del parto, finalizándose este á las dos de la mañana.... Serían las doce ó doce y media de la tarde cuando llegamos á casa de la enferma, encontrándonos que hacía seis horas que la cabeza del feto había franqueado la vulvay la enferma se encontraba estenuada y sin resistencia para soportar la terminación del parto... En este estado, lo que interesaba era salvar á la madre toda vez que el feto estaba muerto... El feto es de tiempo perfectamente desarrollado, incluso las dos cabezas, si bien la izquierda es mas pequeña: pertenece al sexo femenino...” (Fig. 8). El resto de la exploración, de la que se realiza una detallada descripción, es normal y no existen duplicidades de órganos, motivo por el que lo incluyen, siguiendo la clasificación de I. Groffroy, dentro de los *Derodymio*.

3. *Carcinoma del hueso maxilar superior Resección de este hueso. Curación.* Tras una larga introducción, el Dr. Sal y Lima (Cádiz), en la que se vuelca en agradecimientos al Dr. del Toro y filosofa sobre la importancia de la enfermedad y el papel de la higiene en la profilaxis de la misma, presenta el caso clínico de *“un varón con antecedentes de un tío carnal muerto de un cáncer de nariz que presenta una úlcera en la bóveda palatina no valorada... ignoramos los tratamientos realizados pero sí sabemos que el mal avanzaba hacia el maxilar derecho afectando a los rebordes alveolares y obligando al paciente á sufrir las sucesivas extracción de todos los molares... Acostado el enfermo y dispuesto todo lo necesario nuestro amigo el Sr. Estudillo fué encargado de la aplicación de cloroformo... el Dr. del Toro practicó una incisión, interesando piel y tejido celular... Continúa con una meticulosa descripción de la intervención... Treinta días después de la intervención... regresaba al seno de su familia sano y salvo ...”* (Fig. 9).



Figura 9.- Resección de maxilar superior pómulo y palatino



Figura 10. Carcinoma de labio



Figura 11. Carcinoma de labio

4. *Carcinomas de labio.* Aunque se recogen dos imágenes de carcinoma de labio (Figs. 10 y 11) procedentes de la consulta del Dr. Giné, solo la primera tiene descripción clínica completa.

La paciente de la figura 10 corresponde a una mujer *“de 56 años, soltera, de temperamento linfático, á la edad de 46 años vió aparecer en el labio inferior un tubérculo muy pequeño y algo pruritoso que desatendió completamente. Aumentando el prurito no podía dejar de rascarse, y con esto se exulceró el tumor... La úlcera fue gradualmente extendiéndose ... recurriendo a diferentes tópicos, que no dieron mas resultado que acrecentar el tamaño de la llaga, la cual vino a destruir todo el labio inferior, hasta las comisuras y la barbilla... minó el suelo de la boca, puso*

al descubierto las glándulas sublinguales y submaxilares.... El tratamiento vista la imposibilidad de mejorar el estado del paciente, se redujo á los medios sintomáticos, á saber, hisopaciones de ácido fénico y fomentos fenicados, para mitigar los dolores..., percloruro de hierro para cohibir las frecuentes hemorragias... La enferma después de un mes pidió el alta... No es probable que la infección cancerosa termine los días de esta mujer; pero es muy de temer que una intensa hemorragia...”

5. *Escirro canceroso de la mama* (Fig. 12). Se trata de “una mujer de 42 años que acude a la consulta del Dr. Castillo padeciendo un escirro ya ulcerado de la mama del lado izquierdo ... hace año y medio observó que la parte inferior de la mama había adquirido cierto grado de dureza ... estendiéndose hacia arriba, llegando á invadir toda la extensión de la mama... el 15 de Octubre de 1875 presentó una ulcerita en la parte media de la induración, que en termino de dos meses adquirió la extensión y aspecto de las fotografía... El Dr. del Castillo propuso inmediatamente la operación dado el buen estado de la paciente llevándose esta a cabo el día 10 de Febrero”. No se detiene la historia clínica en la descripción de la intervención “por seguirse el procedimiento ordinario”, pero si hace una valoración detallada de la evolución postoperatoria hasta ser dada de alta. Llegan los autores al final de la publicación a una serie de conclusiones que pasamos a resumir:



Figura 12. Escirro canceroso de mama (vistas frontal y lateral)

- “...la ulceración del cáncer es un dato absolutamente insuficiente para contraindicar la operación”.
- “...los trastornos locales son insuficientes para terminar con la vida del individuo, á menos que el neoplasma haya tomado asiento en un órgano indispensable... Fuera de este caso, el cáncer mata por la discrasia á que dá lugar”.
- “Que á pesar de considerarse el cáncer como el tipo de los tumores malignos, no lo es así durante los primeros tiempos de su aparición... hasta que convirtiéndose su sangre en un vehículo de materia séptica, infeccione la economía”.
- “...nada hay mas variable que el tiempo que media entre la aparición del cáncer y su ulceración, así como la aparición de la caquexia ó septicemia cancerosa”.
- “Que siempre que se nos presente un tumor canceroso ulcerado, ó no, y no haya síntomas de infección general, debe necesariamente operarse si en algo se estima la vida del individuo”.
- “Que pensamos que está formalmente contraindicada la operación, tan luego como se presenten síntomas generales que sean el sello de la caquexia cancerosa”. El trabajo está firmado por Ricardo Guijo.



Figura 13. Carcinomas de nariz

Se incluyen algunas otras figuras de patología tumoral, como carcinomas de nariz, pero sobre los que no recoge la historia clínica (Fig. 13)

6. *Angioma* (Fig. 14). Con el nombre de *Angioma eréctil, ó cavernoso lipomatodes*, formado durante la gestación, se describe el caso de una mujer de 32 años “... hacía seis años que, durante el embarazo, vió aparecer en el tercio inferior de la región interna de su muslo izquierdo, una mancha morada, con ligera prominencia de los tegidos”, que se mantuvo estacionaria, por espacio de cinco años, época en que habiéndose vuelto á hacer embarazada, observó que desde el cuarto mes,



Figura 14.- Angioma.

7. *Encondroma de la región tempo corotidea. Curación.* Trabajo publicado por el Dr. Guijo e intervenido por el Dr. del Castillo. “*NN de 36 años natural de Adamuz... presentaba un tumor voluminoso cuya porción adherente tomaba arranque por la parte mas superior del arco cigomático (Fig. 15) terminándose por abajo en la parte inferior del*



Figura 15. Encondroma Vistas de frente y de perfil.

delante del músculo esterno-cleido-mastoideo... el Dr. Castillo propuso extirpación que fue aceptada por el enfermo... Refiere en la historia clínica la presencia de un cuadro pulmonar constituido por un tejido semejante al encondroma. A pesar de ello, se procede a la extirpación quirúrgica “la operación fué veloz, no habiendo durado toda su maniobra hasta poner el apósito más de 20 minutos... Debemos advertir que dada la lesión pulmonar que afectaba al paciente, no se hizo la anestesia, siendo verdaderamente notable la quietud y tranquilidad del operado... El curso de la cicatrización fué rápida (Fig. 16). No se hace referencia a la posterior evolución.



Figura 16. Encondroma. Resultado postoperatorio.

8. *Prurigo generalizado de fondo herpético.* (Fig. 4). Como ya hemos comentado, esta iconografía se publica, pasados unos años y coloreada, en el Tratado Clínico Iconográfico de Dermatología Quirúrgica (año 1880).

Se trata de un varón con antecedentes venéreos: “*Nueve años atrás después de haberse expuesto a un contagio venéreo, tuvo una úlcera en el prepucio curada en pocos días, no tardó el enfermo en la superficie de su tronco y cara sucesivos brotes de granos formación de úlceritas en la boca, que desprendían mal olor. Todos estos accidentes se los corrigió el individuo con el uso de preparados mercuriales. Hace cosa de 5 años, viose por primera vez acometido de la afección por la que viene ahora a nuestra enfermería, afección que mostró desde luego mucha rebeldía á diversos medios empleados, recidivando muy fácilmente por influjo de vivas emociones morales y por el abuso de licores y otras bebidas*

hacia rápidos é incesantes progresos... Ulcerado en su pared inferior ... era asiento de hemorragias capilares.... e infecciones pútridas” Dadas las circunstancias se decide intervención quirúrgica “... pero no por medio del bisturí ni por el extrangulador de Cassignac á causa del grave riesgo de hemorragia incohercible, sino subdividiendo el pedículo en cinco sesiones á beneficio de cuatro transicciones con aguja o asa galvano-cáustica, para proceder luego á la ligadura y extrangulación, mas ó menos rápida, de cada una de las porciones. Con este método “la operación fue un éxito felicísimo ... No se ha perdido ni una gota de sangre, la enferma cloroformizada no ha experimentado el más mínimo dolor”.

excitantes.... Visitose por primera vez el 21 de Enero: los miembros torácicos y abdominales, el pecho y sobretodo la nuca, el dorso y los lomos estaban completamente cubiertos de pápulas poco voluminosas, presentando casi todas un punto negrozco... Sentía el enfermo un prurito considerable que se exacerbaba por la noche, le resultaba imposible resistir al rascado con las uñas... diagnosticose de un prurigo herpético vulgar generalizado. Mandarónse practicar enseguida fricciones con pomada de brea y calomelanos, y ordenóse el licor de Fowler comenzándose con nueve gotas diarias. A los pocos días la erupción había desaparecido...., no tardó en aparecer un nuevo brote... Volvióse al empleo de pomada de brea con calomelanos, aumentándose la dosis del licor arsenical y practicándose además baños de ictiocola; de este modo retrocedió otra vez la erupción... En este punto hizose mas complejo el tratamiento ya que se trataba de un enfermo sifilítico.... prescribiéndose, además, por espacio de 20 días consecutivos inyecciones hipodérmicas de hidrocioruro de mercurio... lográndose controlar los brotes... Pero ... se sometió al enfermo á los preparados de azufre... este individuo, empero, quiso tomar el alta a principios de Abril, privándonos de ver los resultados de esta medicación.”

9. Sifilide tubérculo-costrosa seca de la cara.-Tratamiento por las uncciones mercuriales y lociones de sublimado, seguido de ioduro potásico (Fig. 17). Corresponde el caso a la

clínica del Dr. D. Juan Giné y se trataba de una mujer de 35 años “... que acudía a la clínica con intención de curarse de una infección herpética que desde algún tiempo padecía en la cara. Negó todo antecedente sifilítico y venereo notabáanse, no obstante, vestigios de infartos ganglionares en ingles y en garganta algunas cicatrices. ...la cara estaba llena de costritas secas, blancas y farináceas... levantadas algunas costras apareció la superficie dérmica incruenta cubiertas de costras foliáceas muy secas... se observaban chapas de alopecia en cuero cabelludo.



Figura 17.-Sifilide tubérculo-costrosa seca de la cara (imagen global y detalle de la misma).

Las cejas estaban casi totalmente despobladas.... A pesar de la negativa de la enferma, la afección fue diagnosticada de sifilide tuberculo crustácea, diagnóstico que fue pronto confirmado por la perfecta curación que se obtuvo en un mes á beneficio del siguiente tratamiento: 3 gramos de unguento de mercurio terciado extinguido en las ingles y sobacos; dos lociones diarias con la siguiente solución: de agua destilada, 300 gramos; de bicloruro de mercurio, 1 gramo.- Habiendo desaparecido la afección cutánea se continuó la medicación mercurial con píldoras de protoioduro de mercurio, 2 centigramos, y se comenzó á administrar el ioduro de potasio (4 gramos por 200 de agua); después de las lesiones vino un ligero tialismo (secreción continua y abundante de saliva) que se combatió felizmente con la poción de clorato potásico (3 gramos por 300 de agua) y colutorios de suborato sódico.

10. Lupus tubérculo serpiginoso de la nariz.- aplicación de tintura de yodo; modificación favorable (Fig 18). Se trata de un varón de 38 años “sin antecedentes de escrofulismo, vió aparecer cuatro meses antes de acudir a la clínica, un tubérculo duro en las inmediaciones de la ventana nasal izquierda... se ulceró y se extendió a la parte próxima del labio superior; al poco tiempo asomó otro tubérculo en la obertura nasal del opuesto lado... Con animo de que se le operase, vino á la Clínica... Diagnosticado de lupus tubérculo ulceroso de forma serpiginoso, hizosele comprender que no estaba indicada operación alguna, y se le trató con repetidas embrochaciones con tintura de iodo, interpoladas con otras



Figura 18. Lupus tubérculo serpiginoso de la nariz Imagen global y detalle.

de aceite de enebro. Interiormente se le administraban 90 gramos diarios de hígado de bacalao. Permaneció 15 días en la Clínica; pero viendo que no se le había de operar como él deseaba pidió el alta notablemente mejorado. Es de temer que este lupus seguirá su curso destructor, pues el enfermo probablemente no opondrá la medicación conveniente”

Terapéutica. Revisa y actualiza diversos procesos, pero solo comentaremos aquellos que tienen relación con la dermatología.

1.- Úlceras

a. *Tratamiento de las heridas por el hidrato de cloral.* Describe primero las características del “producto” ..se emplea una solución de cloral en proporción del uno por ciento. Esta disolución tiene un olor agradable; cuando se mojan los dedos no altera su coloración ni su textura. Tampoco produce dolor, sino una ligera sensación de escozor; finalmente como el cloral es poco volátil, no hay que temer que se pierda rápidamente su acción como acontece con el alcohol, por ejemplo”. A continuación comenta la forma de realizar la cura: “después de haber limpiado cuidadosamente la superficie de la herida y partes vecinas con hilas empapadas en la disolución de cloral, y cuando son heridas profundas y anfractuosas, haberlas inyectado con este líquido , se cubre toda la solución de continuada con hilas muy bien empapadas en el cloral, sobre las cuales se pone un pedazo de tafetan engomado para impedir la evaporación, y se envuelve toda la región en una capa de algodón en rama mantenida por una venda un poco apretada.”

b. *Del extracto de carne en sus aplicaciones á la curación de las úlceras, por el doctor Markwich, médico del Hospital Homeopático de Londres.* “Había leído, hacía algun tiempo, en un periódico el relato de la cura rápida de una úlcera de mal carácter en la pierna por medio del extracto de carne, habiendo sido totalmente ineficaces otros tratamientos anteriores . El caso era muy curioso porque había sido resultado de una equivocación de la enfermera, que había empleado el extracto de carne en vez del unguento prescrito por el médico. Cuando se apercibió, pasadas algunas horas, de su error, examinó inmediatamente la úlcera y con asombro encontró que estaba notablemente mejorada; era tan sensible la diferencia que resolvió llamar la atención del cirujano para continuar la aplicación del nuevo remedio... el resultado fue que en poco tiempo el enfermo quedó completamente curado. Yo trataba en aquel entonces un caso muy grave ... Tratábase de una anquilosis escrufulosa de la rodilla... habiéndose abierto nuevos abscesos ... se convirtieron en úlceras que supuraban abundantísimamente... se decidió emplear el extracto de carne de Liebig. El efecto fue verdaderamente maravilloso... a las cuatro semanas las úlceras estaban completamente curadas”

c. *Picaduras.*- El Dr. Genaro la Calle alude al trabajo publicado por el Dr. Emilio Tillot en el *Journal de Medicine et Chirurgie Pratiques* sobre el tratamiento de las picaduras por cocacine. Dice el autor “Después de haber experimentado diferentes cáusticos recomendados por los autores... creo haber encontrado un remedio superior á todos ellos por su inocuidad y por su acción sedante: es este el clorhidrato de cocaina. Una solución concentrada de cocaina, ó mejor una bola hecha con la sal y unas gotas de agua aplicada sobre parte de la picada por una avispa, tábano ó mosquito, calma el dolor desenvolvimiento de la tumefacción; en una palabra cura instantáneamente la herida...”

d. *Del tratamiento del prurito vulgar y del prurigo.* Hace referencia al caso de una paciente del Dr. Gueneau de Mussy que durante el embarazo sufría un *prurigo vulgar de tal manera que la nutrición estaba alterada por la pérdida del sueño y del apetito*. Este proceso tuvo un gran resultado con el empleo de: *“tomar durante la noche 20 á 40 gotas alcoholaturo de acónito y doble de agua de laurelce-rezo para combatir la excitación nerviosa, favoreciendo el sueño con aplicaciones sobre la vulva, de dos a tres veces al día, el glicerolado siguiente, estendido con algodón en rama: Glicerolado de almidon con glicerina inglesa neutra 40 gramos, calomelanos al vapor, 1 á 2 gramos. Después de algunos días ,, si no se conseguía un resultado completo, hagáanse lociones repetidas, varias veces al día con la mixtura de: infusión de malvas, 1 litro, Calomelanos al vapor, 1 á 2 gramos...”* Continúa el autor con la mención de otras posibilidades terapéuticas (Fig. 19).

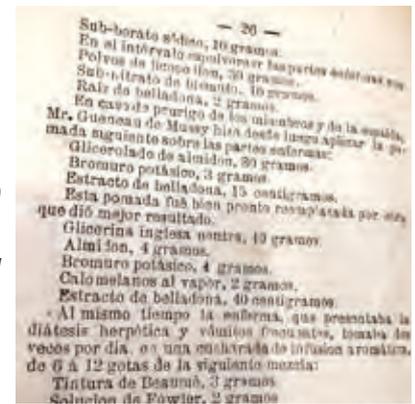


Figura 19. Distintas fórmulas para el tratamiento del prurito vulgar.

e. *Mascarillas de cautchuc del profesor Fournier (Modelo galante)* (Fig. 20). Propone esta medida terapéutica para realizar tratamientos en zonas en las que existen diferencias anatómicas... *por lo que la flexibilidad de la tela de cautchut...* Como este tejido es impermeable impide el acceso del aire exterior... *mantiene una atmósfera húmeda en un baño de una temperatura tibia y constante. Las partes blandas permanecen por este medio en reposo y quietud que necesitan para su curación*”.



Figura 20. Mascarillas del profesor Fournier.

Instrumental. Suele en cada número recoger los avances en distintos instrumentales como: cuchillo de Valentin o de doble hoja (Fig. 21), elementos para iluminación de cavidades (Fig. 22) e incluso sistemas para pesar a los bebés que recuerdan a las clásicas “pesas romanas” (Fig. 23) o algunas mucho más cómodas como el “pesa niños de Bouchout” (Fig. 24), por nombrar los más llamativos.

Por desgracia, la revista deja de publicarse en Abril de 1892, posiblemente como consecuencia del traslado del Dr. del Castillo, que acaba volcándose en las publicaciones de oftalmología, su especialidad, en la revista creada por él *Anales de oftalmología* (Fig. 25) , y con toda posibilidad por cierto “agotamiento”, ya que la revista no alcanza en apoyo que él esperaba, tal y como recoge en la editorial de su cuarto año de publicación: *“... al cumplir el cuarto año de nuestra vida periódica, reclamamos alguna consideración de aquellas personas sensatas de Córdoba que no desconocerán el inmenso caudal de constancia y de amor á la ciencia que se necesita para sostener un periódico científico, en una localidad donde hay que luchar en primer término con la indiferencia”*.



Figura 21. Cuchillo de Valentin o de doble hoja.



Figura 22. Elementos de iluminación.



Figura 23. Pesa bebé al estilo de la típicas “romanas”.



Figura 24. Pesa niños de Bouchout.

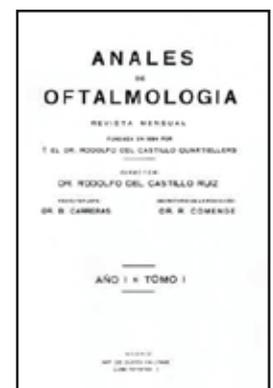


Figura 25. Anales de oftalmología.

Adendum

Para completar la documentación iconográfica incluimos distintas figuras que no están respaldadas por documentación clínica o que no son puramente dermatológicas

- Adenocarcinoma (Fig. 26)
- Osteoma maxilar inferior (Fig. 27) Pertenece a la clínica del Dr. Giné. *“Cuatro años de existencia cuenta este tumor cuyo volumen y forma asemeja modo el rostro de esta joven al de una vieja septuagenaria después de un año ocupaba el suelo de la boca en toda su amplitud... el tumor terminaba con un borde cóncavo que abrazaba la lengua pero sin oprimirla... en atención a que la enferma se oponía, creyóse no era caso de emprender operación alguna”*
- Adenoma (Fig. 28)
- Exoftalmos (Fig. 29)

Sin duda La Andalucía Médica hizo historia, a pesar de su desconocimiento en la historia de las publicaciones médicas en general y de la dermatología en particular.



Figura 26. Adenocarcinoma.



Figura 27. Osteoma maxilar.



Figura 28. Adenoma.



Figura 29. Exoftalmos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Fernández Dueñas La Andalucía Medica. Boletín de la Real Academia de Córdoba, de Ciencias, Bellas Letras y Nobles Artes. 1979;100 (vol. II): 443-54.
2. Torres Martínez JM. Historia de la fotografía dermatológica: primeras fotografías sobre dermosifiliografía. Piel 1993;8:316-25
3. Conde Salazar L, Heras F, Maruri A, Aranda D. Giné y Partagas y sus tratados iconográficos de Dermatología. Piel 2015;39:546-52

Valentín Fernández, dermatólogo en Oviedo

Ángel Luis Mones Iglesias y José Ramón Curto Iglesias¹

Hospital Álvarez Buylla, Mieres. Asturias.

Valentín Fernández Fernández (Fig. 1) nació el 15 de agosto de 1890 en La Habana (Cuba), siendo bautizado en la iglesia de la Salud.

Sus padres, Indalecio Fernández y Emeteria Fernández, eran primos carnales y naturales de Salave, localidad asturiana del municipio de Tapia de Casariego, famosa por su mina de oro, que se remonta a la época de los romanos (siglo I a.C.).

Fueron animados a ir a Cuba por un tío “sanador”, que también pudo influir en la vocación médica de Valentín. Su padre estuvo enrolado en la Marina de Guerra y posteriormente trabajó en la Banca Valle, de La Habana.

En 1891 se trasladaron a la Casa del Cuco, en su localidad de origen, donde cursa los estudios primarios, para luego ingresar en el Instituto de Tapia de Casariego con 9 años. En este centro educativo solo estuvo un año pues, por una Real Orden de 1900 se suprime este Instituto, lo que le obliga a continuar sus estudios en Oviedo hasta junio de 1905, año en el que obtiene el grado de bachiller.

De gran vocación por las ciencias físico-naturales, especialmente la fisiología, fue enviado a estudiar medicina a la Universidad de Santiago de Compostela, donde obtiene la licenciatura en 1913, con 22 años. Coincidió con Roberto Novoa Santos (1885-1933), Profesor Auxiliar en 1911 y Catedrático en 1912 de Fisiología General.

Eladio García-Junceda Barreras (1889-1970), oftalmólogo, Premio Nacional de Medicina en 1935 por un trabajo sobre la “Exploración de fondo ocular en medicina interna”, fue uno de sus compañeros de facultad.

Una vez finalizados sus estudios en Santiago, se traslada a París para preparar el doctorado en la Universidad de La Sorbona, en la que desarrolla su tesis sobre Epidemias y vías urinarias.

Regresa a Tapia de Casariego como Médico Titular Interino, cargo en el que es nombrado por el Ayuntamiento. Al año siguiente, se traslada a Madrid para ampliar estudios sobre medicina interna en el Hospital Provincial.



Figura 1: Fotografía del Dr. Valentín Fernández Fernández.

1 El Dr. José Ramón Curto Iglesias falleció repentinamente 10 días después de presentar esta ponencia en el III Seminario de Historia de la Dermatología. Este texto ha sido elaborado, en base principalmente a su presentación y anotaciones, por Ángel Luis Mones Iglesias, documentalista del Hospital de Mieres (Asturias), quien había colaborado en su realización.

El Dr. Curto justificaba la elección del tema por ser uno de los últimos dermatólogos asturianos al que no conoció personalmente y porque tuvo la posibilidad de recoger información oral a través de un pariente directo (su hija), así como que fue discípulo de José Sánchez-Covisa.

En la Introducción destacaba una frase atribuida a él: “Conviene estudiar las cosas del pasado, para conocer mejor las del presente”.

Se forma como dermatovenereólogo con el profesor Sánchez-Covisa (1881-1944) en el Hospital San Juan de Dios de Madrid. Amplia estudios en los hospitales Necker, San Luis y Lariboisière, todos ellos en París.

Tras este periodo de formación, vuelve a Oviedo, viviendo al principio en el Gran Hotel París, de la calle Uría. En esa misma calle, en el emblemático edificio modernista la Casa del Cuito, abre una clínica, en la que trabaja durante las tardes, con dos salas de espera diferenciadas: una de consulta general y otra para venéreas. Llega a tener cinco estancias en total, con radium y otros adelantos de la época (Fig. 2). En la consulta le ayudaba la doncella de la casa, Nicolasa, a la que llamaban “la peque”.



Figura 3: Fotografía de boda del Dr. Valentín Fernández y Dña. María de la Concepción Escobedo González-Alberú.

España Farmacéutica anunció la constitución de la sociedad Compañía Asturiana de Productos Farmacéuticos, explicando que, tras constituirse ésta con un capital social de 300.000 pesetas, se dedicaría a trabajar chocolates medicinales, productos fisiológicos, extractos vegetales, medicamentos inyectables y comprimidos, sueros, vacunas y productos opoterápicos. En el capital social participaban varios colaboradores en las tareas de redacción de la revista, como Valentín Fernández, que suscribió acciones de pago por valor de 500 pesetas, aunque en las cuentas del 30 de septiembre de 1924 aparece que no había satisfecho ninguna aportación.

En agosto de 1924 salió de imprenta el último número de esta publicación, tras diez años de edición. Los problemas por los que atravesaba la Compañía Asturiana de Productos Farmacéuticos no ayudaron a la continuidad de la revista.

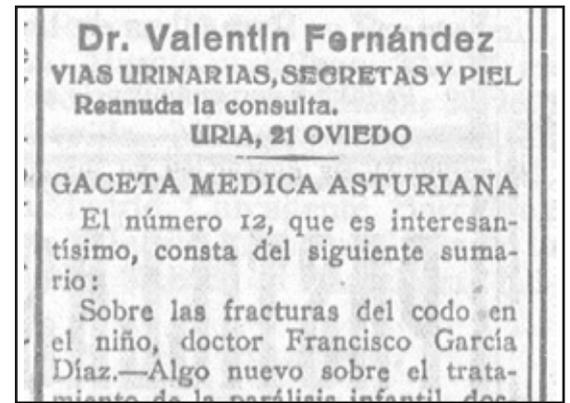


Figura 2: Anuncio de la consulta del Dr. Valentín Fernández en La Voz de Asturias del 2 de febrero de 1926. Este periódico publicaba también el sumario de Gaceta Médica Asturiana.

Por las mañanas pasaba consulta, como visitador, en el Hospital de la Beneficencia Provincial de Oviedo y como médico en el dispensario de la Cruz Roja.

En 1920 se casa con María de la Concepción (Maruja) Escobedo González-Alberú, en la iglesia de Tiñana (Fig. 3). Como dato curioso, comentar que su cuñado, Leopoldo Escobedo González-Alberú, fue dermatólogo, pero ejerció poco, por su buena posición económica. Aparece publicidad de su consulta como “Médico especialista en enfermedades de la piel, secretas y vía urinarias” en el Diario “Región”, Guía Médica, 1930.

Iba a Madrid con frecuencia por razones profesionales, trayendo a la vuelta libros de cuentos a sus tres hijos, Valentín, José y M^a Ana.

A partir del número correspondiente al 8 de febrero de 1917 colabora con la revista España Sanitaria, primero denominada España Farmacéutica (1915- 1924), donde escriben médicos, farmacéuticos y veterinarios, sobre todo del entorno asturiano.



Figura 4: Portada de la Gaceta Médica Asturiana.

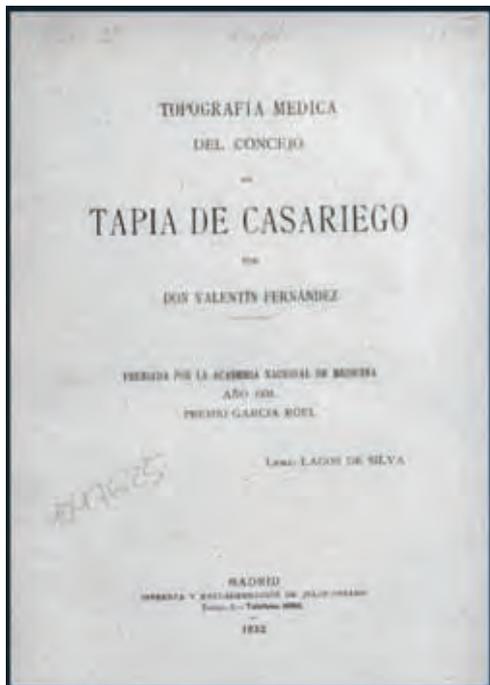


Figura 5: Portada de la Topografía Médica del Concejo de Tapia de Casariego, obra de Valentín Fernández (1932).

Después se creó una revista profesional titulada Gaceta Médica Asturiana (Fig. 4), que saldría a la luz el mes de febrero de 1925, con la periodicidad los días 15 de cada mes, contando con él como co-editor.

La Gaceta Médica Asturiana se publicó mensualmente durante doce años consecutivos, los que abarcan desde 1925 hasta 1936, cesando su publicación con la Guerra Civil.

La revista se distribuía gratuitamente a todos los colegiados, aunque en el año XI de su publicación, en sus números 10 y 11 correspondientes a noviembre y diciembre de 1935, aparece un recuadro con el precio de suscripción de doce pesetas al año para España y veinticinco pesetas al extranjero. En enero y febrero de 1936, según señala la redacción, Gaceta Médica Asturiana recogerá en sus páginas toda la labor del Colegio de Médicos de Asturias y cuantas instrucciones le dicte su Junta de Gobierno, recibéndola gratuitamente en lo sucesivo todos los médicos de Asturias. Es muy probable que, desde esta fecha, recibiera ayuda económica del Colegio.

Miembros del Consejo Editorial fueron García del Real, Carlos López Fanjul, Antonio F. Getino, Mario Escalera, Azcoitia, Plácido Buylla, Alfredo Martínez, García Díaz, Macías de Torres y Fermín Pumares.

Fue también asiduo colaborador de otras revistas, como «Actas Dermatológicas», «Medicina Ibero» y «The Urologic and Cutaneous Review».

En 1926 es nombrado Secretario del Colegio de Médicos de Asturias y en ese mismo año ya figura como miembro de la Academia Española de Dermatología y Sifilografía de Madrid, de la Asociación Española de Urología y de la Academia Dermatológica de París.

Además, fue tertuliano habitual en el café Pasaje, con Aurelio Romero, dentista; Morán, dermatólogo; Celestino Sol y Marcos, analista y otros miembros de la Gaceta Médica Asturiana.

Es destacable el hecho de enviar a una paciente asturiana adinerada, de la familia Cancio, con un síndrome de Raynaud (posible esclerodermia), a la consulta de Marañón, quien le contestó por carta.

En 1926 sucedió una grave epidemia de fiebre tifoidea en Avilés. Muchos sanitarios temían el contagio y no querían acercarse. Él acudió y tuvo una actuación notable.

En 1929, por su actuación en el dispensario, se le concede un nuevo diploma con Medalla de Plata de la Cruz Roja Española.

En 1932 se publicó su "Topografía Médica del Concejo de Tapia de Casariego" (Fig. 5), monografía premiada por la Real Academia de Medicina en Madrid con el Premio García Roel en 1931, en la que afirma: "Adaptar la ciencia médica al ambiente geográfico de cada región nos parece una de las más bellas aspiraciones". En ella detalla con minuciosidad y acopio de datos no sólo los aspectos propiamente médicos y sanitarios, sino también las costumbres, las supersticiones y las mitologías aldeanas. Según el doctor Melquíades Cabal, en esta obra se reúnen «el escritor de estilo sencillo y brillante a la vez» y «el médico conocedor de cuanto acontece en su concejo».

Con ocasión del aniversario del natalicio del médico cubano Carlos Finlay (3 de diciembre de 1833), que logró demostrar que el agente transmisor de la fiebre amarilla era el mosquito *Aedes aegypti*, el Gobierno de Cuba acordó otorgar tres condecoraciones de la Orden de Finlay, siendo uno de los honrados con tan alta distinción, con el grado de Caballero, por un trabajo sobre el cólera.

En 1935 es elegido diputado provincial por el Partido Republicano Liberal Demócrata (PRLD), más conocido como Partido Liberal Demócrata, creado al instaurarse la Segunda República en 1931 como continuación del Partido Reformista, previamente existente desde 1912. Su influencia política fue escasa, reduciéndose a varios focos de apoyo localizados en Asturias, Salamanca y Madrid.

Esta formación minoritaria, fundada y liderada por Melquíades Álvarez, se situó en el centro-derecha del espectro político de la Segunda República y participó en los gobiernos republicanos de dicha tendencia del periodo 1933-1935. Uno de sus más significados militantes, el médico ovetense Alfredo Martínez García-Argüelles, ministro de Trabajo en 1935, fue asesinado a la puerta de su casa en marzo de 1936. Melquíades Álvarez sería posteriormente asesinado, junto con otros presos considerados de derechas, por milicianos anarquistas. El Partido Liberal Demócrata se extinguió tras la Guerra Civil Española.

Por poco le cogió el bando republicano en Tiñana, a 2 km del cerco de Oviedo. Sánchez-Covisa, que llegó a visitarlo a Tiñana y le regaló una prenda de abrigo muy moderna y a la que tenía gran aprecio, quiso que le acompañase en el exilio, pero él no aceptó, aduciendo que no había tenido ningún compromiso político.

El Gobierno de Asturias reclamó sus servicios, enviándolo a dirigir el hospital del Dr. Quirós en Noreña y luego el hospital de Gijón. A la caída de Gijón, se traslada a Salave, donde fue delatado por un colega, es detenido y conducido a la prisión del Coto, en Gijón, donde permaneció durante 6 meses.

En los Consejos de Guerra aparecen las siguientes anotaciones: "Valentín Fernández Fernández. Sobreseimiento provisional. Natural de La Habana, vecino de Oviedo, hijo de Indalecio y Emeteria, 47 años, casado, médico. Militante del Partido Radical y, después, de Unión Republicana; al iniciarse el GMN, se encontraba en Oviedo, pero como se encontrase su familia en el inmediato pueblo de Tiñana, solicitó y obtuvo permiso del entonces coronel Aranda para ir al mencionado pueblo a buscar a su familia, como, en efecto, lo hizo, pero sin que pudiese regresar a la capital por habersele impedido las hordas marxistas que ya la tenían cercada".

Pierde todas sus pertenencias de Oviedo, siendo luego rehabilitado, trabajando de médico en Tapia de Casariego.

En 1951 falleció por cáncer de pulmón. Gran fumador de puros, le atendió su compañero Enrique Comas. Está enterrado en el cementerio San Salvador de Oviedo.

Algunos médicos coetáneos: Nicolás Achúcarro y Lund (1880-1918); Florestán Aguilar Rodríguez (1872-1934); Plácido Álvarez-Buylla Godino (1898-1971); Vital Aza y Díaz (1890-1941); Julio Bejarano Lozano (1893-1966); Santiago Carro García (1889-1966); José Casas Sánchez (1907-1976); Fernando Enríquez de Salamanca y Danvila (1890-1966); José Fernández de la Portilla (1889-1943); Juan Negrín López (1892-1956); Alejandro Rodríguez Cadarso (1887-1933); Gonzalo Rodríguez Lafora (1886-1971); José Sanchís Banús (1893-1932); José Sopena Boncompte (1891-1967); Antonio Vallejo Nájera (1889-1960).

Agradecimientos: A Mari Ana Fernández Escobedo, hija del Dr. Valentín Fernández Fernández y al Dr. Eduardo Fonseca Capdevila.

Los dispensarios de la Lucha Antivenérea Nacional en Madrid

Eduardo Fonseca Capdevila

Servicio de Dermatología

Complejo Hospitalario Universitario de La Coruña

Correo electrónico: fonseca@especialistasdermatologia.com

La profilaxis pública de las enfermedades venéreo-sifilíticas en España

La prostitución fue prohibida en España por Felipe IV, mediante pragmáticas de los años 1623 y 1661, estableciendo lo que se ha denominado un régimen prohibicionista para esta actividad. Obviamente, estas disposiciones y diversas medidas penales promulgadas durante los tres siglos siguientes no sirvieron para que la prostitución desapareciera, pero sí lo hicieron los prostíbulos legales y su ejercicio pasó a ser una actividad fundamentalmente callejera y fuente de gran escándalo social¹.

En el siglo XIX las medidas sanitarias comienzan a dar fruto en el control de epidemias que causaban una enorme mortalidad (en el periodo 1860-1885 la esperanza de vida en España era 29 años)² y aumenta la preocupación por las enfermedades venéreas, situación que se incrementará a principios del siglo XX, cuando estas enfermedades sufren una gran expansión como consecuencia de la I Guerra Mundial.

Aunque ya a finales del siglo XVIII comienzan a surgir propuestas a favor de una tolerancia y regulación de la prostitución, que incluiría una vigilancia sanitaria³, sólo a mediados del siglo XIX diversas ciudades y provincias españolas comienzan a aprobar normativas y a nombrar médicos para realizar un control sanitario de las prostitutas y de los prostíbulos.

La oposición ciudadana, cambios políticos, insuficiencia presupuestaria y problemas organizativos de diversa índole hicieron que los intentos estatales, provinciales y locales para establecer un control higiénico de la prostitución entre 1845 y 1918 no llegaran a ejecutarse o tuvieran una mínima eficacia¹. En este último año, las continuas quejas, especialmente las procedentes de las autoridades militares, por el aumento de las enfermedades venéreas y la falta de éxito de las medidas para combatirlas, motivan un nuevo intento gubernativo para intentar atajar el problema, mediante una Real Orden, disponiendo que se aprueben y publiquen las Bases para la reglamentación de la profilaxis pública de las enfermedades venéreo-sifilíticas, redactadas por la Inspección General de Sanidad y siendo Ministro de la Gobernación José Bahamonde y de Lanz⁴. Se establecía así un régimen o sistema reglamentarista de la prostitución.

La época en que se aprobaron estas Bases, conocida como Crisis de la Restauración, se caracterizó en España por una intensa agitación política y social, que conllevó grandes dificultades para su puesta en marcha. Además, importantes movimientos internacionales, apoyados por numerosos especialistas y políticos en España, fueron decantándose por la abolición de la prostitución y, consecuentemente, la desaparición de medidas represivas o de control obligatorio sobre las prostitutas (régimen abolicionista), creándose una continua tensión y alternativas entre las medidas de tipo reglamentarista y abolicionista^{1,5-7}.

Primeros médicos del Servicio de Profilaxis Pública de las Enfermedades Venéreo-Sifilíticas

En 1910 se dispuso la creación de un cuerpo nacional de Médicos Higienistas que incorporara los facultativos de los servicios de higiene de la prostitución nombrados mediante oposición o concurso por los ayuntamientos o los gobiernos provinciales⁸. Las Bases para la reglamentación de la profilaxis pública de las enfermedades venéreo-sifilíticas de 1918 vuelven a legislar la formación de un cuerpo nacional que se denominará Médicos del Servicio de Profilaxis Pública de las Enfermedades Venéreo-Sifilíticas^{4,9}.

Las obligaciones de estos facultativos incluían el reconocimiento y tratamiento de las prostitutas en los dispensarios antivenéreos u otros consultorios habilitados al efecto, el reconocimiento en los domicilios de las prostitutas que lo solicitaran y las inspecciones de los burdeles. Los reconocimientos y tratamientos efectuados en los dispensarios y la hospitalización, si resultaba necesaria, así como la emisión de certificados y otros documentos eran gratuitos, mientras que los reconocimientos a domicilio y las inspecciones de las casas de tolerancia generaban unas tasas, que se destinaban a sostener el servicio. En los dispensarios debían atenderse también hombres y otras mujeres con enfermedades venéreas, de forma gratuita y por separado. Los facultativos tenían asignada una gratificación fija y quedaba prohibida la asistencia a las prostitutas fuera de los dispensarios⁴.

En el mismo año se publican las normas para la composición de los tribunales de las oposiciones para Médicos del Servicio de Profilaxis Pública de las Enfermedades Venéreo-Sifilíticas y su programa, constituido por 110 temas, de los que 11 tratan sobre la prostitución, 2 sobre profilaxis de las enfermedades venéreas y el resto sobre su diagnóstico y tratamiento⁹.

La organización administrativa de Madrid motivó especiales problemas para coordinar las medidas asistenciales y policiales que preveían las Bases y el año siguiente se encargaron a la Junta Central Permanente Antivenérea los aspectos sanitarios de la profilaxis pública antivenérea en la capital de España¹⁰.

Tras nuevas demoras, hasta febrero de 1921 no se produce la convocatoria de concurso-oposición para proveer en propiedad siete plazas de médicos reconocedores y dos más para el laboratorio anejo al Dispensario Antivenéreo de Madrid¹¹. En abril de ese mismo año se hace público el tribunal para juzgar las oposiciones, que estaba presidido por el Inspector Provincial de Sanidad de Madrid, siendo vocales Fernando Castelo Canales, Médico Jefe del Hospital de San Juan de Dios de Madrid, José Sánchez-Covisa, Médico especialista, José Quintana Duque, Médico militar especialista y Antonio Ruiz Falcó, Médico Jefe de Sección del Instituto de Higiene Alfonso XIII. Como suplentes figuraban Enrique Álvarez Sainz de Aja, Médico especialista, Eleuterio Mañueco, Médico de Sanidad de la Armada, especialista y Julio Blanco Sánchez, Médico dedicado al Laboratorio¹².

El 1 de julio siguiente España Médica publicaba la propuesta del tribunal, designando para ocupar las plazas a los opositores: Julio Bejarano Lozano, José Fernández de la Portilla, Ricardo Bertoloty Ramírez, Antonio Cordero Soroa, Julio Bravo Sanfeliú, Julián Sanz de Grado y Fernando Castelo Elguero. Para el Laboratorio anejo al Dispensario obtuvieron las plazas Nicolás Calvín Fernández y Lorenzo Ruiz de Arcaute y Ollo¹³.

En 1922 la responsabilidad de la profilaxis pública antivenérea en Madrid se vuelve a atribuir al Gobierno Civil¹⁴. Los meses fueron pasando sin que se produjera la toma de posesión de las plazas ni el inicio de la actividad y surgieron discrepancias sobre la pertinencia de algunas de las actividades previstas, en especial sobre los reconocimientos domiciliarios de las prostitutas. En concreto, Fernández de la Portilla y Bravo se negaron a tomar posesión de sus plazas mientras esto implicara la obligación de hacer inspecciones domiciliarias, por considerarlas una farsa ridícula, situación que se mantuvo año y medio¹⁵⁻¹⁷. Esto motivó manifiestos de los facultativos y la polémica trascendió a la prensa general y profesional^{18,19}. Finalmente, el 1 de enero de 1923 tomaron posesión de sus plazas los ganadores de las oposiciones de 1921, a los que se unieron, en función de nombramientos anteriores, según lo previsto en las Bases de 1918⁴ "Polo" y "Silva"^{17,20,21}.

Dispensarios antivenéreos de Madrid

Dispensario de la calle Luisa Fernanda

En 1910 ya existía el proyecto de construir dos dispensarios antivenéreos en Madrid, debido a que un antiguo consultorio, situado en la calle de los Señores de Luján y que había sido utilizado con este fin, no reunía los mínimos requisitos²².

Sin embargo, al tomar posesión en enero de 1923 los facultativos afectos a la profilaxis antivenérea ninguno de estos dispensarios se encontraba disponible y el servicio se inició en un dispensario situado en la calle Luisa Fernanda^{17,20,21}. Existen pocos datos sobre el mismo, pero todas las opiniones juzgaban sus instalaciones como inadecuadas¹⁸. Se mantuvo en Servicio hasta la inauguración del Martínez Anido²³.

Este dispensario dependió inicialmente de la Dirección General de Seguridad y posteriormente de la Junta Provincial de Sanidad, siendo su labor fundamental el reconocimiento de mujeres que ejercían la prostitución. A pesar de que a partir de 1923 se fue modificando su régimen interno hacia un centro asistencial abierto a hombres y mujeres, mantuvo el reconocimiento de las prostitutas como actividad principal hasta su cierre. Esto justifica que la mayoría de las personas asistidas fueran mujeres, a diferencia de lo que sucedía en el Dispensario Azúa, en los años que funcionaron simultáneamente. Así en el año 1925 se atendieron 6.005 hombres y 32.484 mujeres, que pasaron a ser respectivamente 6.914 y 31.329 en 1926 y 8.019 y 39.435 en 1927²³.

Las cuotas por reconocimientos a las prostitutas a domicilio y las inspecciones de los prostíbulos fueron la base de financiación de este dispensario, complementada algo en sus últimos años con el presupuesto del Comité Ejecutivo Antivenéreo²³.

Dispensario Azúa

En 1921, el inmueble situado en el nº 4 de la calle Segovia, haciendo esquina con la calle Letamendi y con fachada a ambas calles, fue adquirido por la Junta Permanente contra las Enfermedades Venéreas, presidida en ese momento por Juan de Azúa Suárez, Manuel Martín Salazar (Director General de Sanidad) y Román García Durán (Subdirector General de Sanidad Interior). El valor de adquisición fue 77.700 pesetas y la idea inicial era adaptar el edificio existente para crear un dispensario antivenéreo, que actuara como centro de referencia para el resto de España²³.

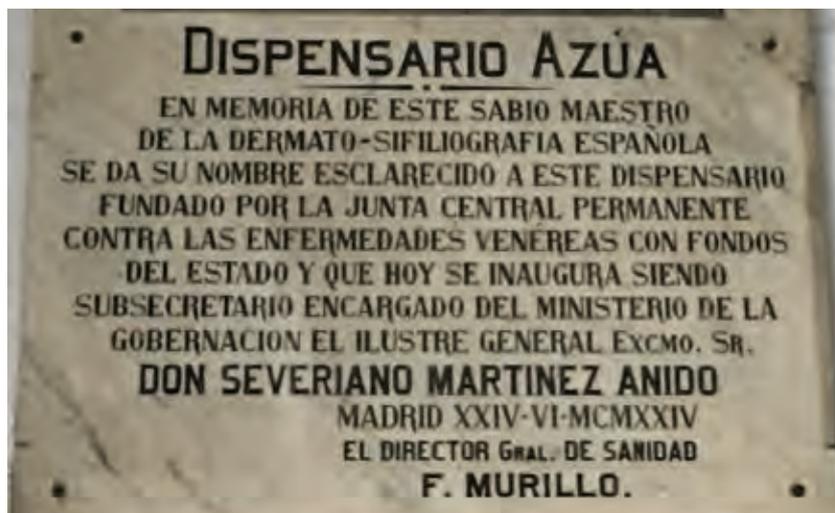


Figura 1: Placa inaugural del Dispensario Azúa que se conserva en el zaguán de entrada. Fotografía del autor, 2018.

Sin embargo, al iniciarse las obras, dirigidas por el arquitecto Ricardo García Guereta, se comprobó que el edificio carecía de cimentación, por lo que se decidió construir un nuevo edificio, lo que encareció de forma considerable el proyecto, que se elevó a 500.000 pesetas, considerando todas las instalaciones y equipamientos, que se financiaron con cargo a la partida presupuestaria del estado "Lucha antivenérea", de varios ejercicios²³. La dotación de aparatos e instrumental se valoró en 140.000 pesetas²⁴.

Tras la muerte de Azúa, el Ministro de la Gobernación, Martín Rosales Martel, a propuesta del Director General de Sanidad, Manuel Martín Salazar, decidió poner su nombre al dispensario, todavía en construcción, para rendirle homenaje²⁵.

La inauguración tuvo lugar el 24 de junio de 1924, tras el comienzo de la dictadura de Primo de Rivera, por el Subsecretario de la Gobernación, el general Severiano Martínez Anido, que fue un decidido impulsor de la lucha antivenérea en España y contribuyó a acelerar la finalización de las obras, que habían quedado interrumpidas por falta de presupuesto^{23,24,26} (Fig. 1). Compartió la presidencia del acto inaugural con el Director General de Sanidad, Dr. Francisco Murillo y Palacios, el Inspector Provincial de Sanidad, Dr. José Antonio Palanca y Martínez-Fortún, el Decano de la Facultad de Medicina, Dr. Sebastián Recasens y Girol y el Inspector General de Sanidad Interior, Dr. Román García Durán, todos los cuales pronunciaron discursos. Asistieron también los facultativos del centro, Drs. Bejarano (Director), Bertoloy, Bravo, Cordero y Fernández de la Portilla, al igual que los Drs. Sánchez-Covisa, Sainz de Aja, Coca, Masip del Val, Barrio de Medina, Fernández Criado, Polo, Navarro Fernández, Sánchez Taboada y Figueroa^{26,27}.

El nuevo edificio constaba de tres plantas, con entradas, salas de espera y consultas separadas para hombres y mujeres. La entrada de mujeres se efectuaba por la calle Segovia y la de hombres por la de Letamendi. La atención a los hombres se realizaba en la planta baja y a las mujeres en la primera o principal, quedando la segunda planta destinada a laboratorio, cuarto para punciones lumbares, otro con camas para observación o urgencias, sala de conferencias y otras dependencias administrativas²³ (Figs. 2-4).



Figura 2: El Dispensario Azúa en un fotograma de la película "La Terrible lección" (1927).

Comenzó a funcionar el 1 de julio de 1924²⁷. El Reglamento Sanitario Provincial lo estableció como Centro consultivo para el resto de los dispensarios antivenéreos de España²⁸. Fue considerado también uno de los mejores centros de este tipo a nivel internacional^{29,30}.



Figura 3: Dispensario Azúa. Fotografía del autor, 2018.

La asignación presupuestaria estatal, a través del Comité Ejecutivo Antivenéreo, para los dispensarios de Madrid fue su principal fuente de financiación en los primeros años de su funcionamiento²³.

Existió el proyecto de crear un hospital monográfico (sifilocomio) anexo al dispensario, que no llegó a realizarse³⁰.

La actividad del Dispensario Azúa fue muy grande desde el inicio; en 1925 se atendieron 58.755 hombres y 18.513 mujeres, cifras que fueron incrementándose los años siguientes, siendo el aumento mayor en la asistencia a mujeres. Así, los asistidos en 1926 fueron 66.600 hombres y 25.723 mujeres y en 1927 pasaron a ser 63.308 y 34.344 respectivamente. La actividad clínica se completó con la realización de cursos y conferencias impartidas por los facultativos del centro e invitados nacionales y extranjeros, destinadas tanto a los aspectos clínicos como de laboratorio^{23,31}.



Figura 4: Dispensario Azúa. Detalle del esgrafiado y rótulo en la fachada. Fotografía del autor, 2018.

Después de la Guerra Civil de 1936-39 fue reparado por la Dirección General de Regiones Devastadas y reanudó su actividad³². Tras el desmantelamiento de la estructura de la Lucha Nacional Antivenérea y las transferencias sanitarias a las autonomías, pasó a depender de la Comunidad de Madrid. El edificio se ha conservado en buen estado, manteniendo su fachada esgrafiada, con el nombre de Dispensario Azúa bien visible. En la actualidad funciona como Centro de Salud.

Dispensario Martínez Anido

Aunque, como se ha comentado antes, la construcción de dos nuevos dispensarios antivenéreos en Madrid se había planteado ya en 1910, el impulso definitivo para que se levantara el segundo de ellos se dio a partir de 1925 y partió de la Comisión Permanente de la Junta Provincial de Sanidad, habida cuenta de la necesidad de clausurar el de Luisa Fernanda, debido a sus malas condiciones. Julio Bravo lo describía como pequeño y en estado ruinoso³³. Promotor y figura clave para el desarrollo de este proyecto fue el secretario de la Comisión Permanente e Inspector Provincial de Sanidad de Madrid, Dr. José Antonio Palanca y Martínez-Fortún^{23,33}, siendo también clave el apoyo del Ministro de Gobernación del Directorio de Primo de Rivera, Martínez Anido, quien le dio nombre, por acuerdo unánime de la Junta Provincial de Sanidad de Madrid, a propuesta de su presidente, el Gobernador Civil de Madrid Manuel Semprún y Pombo^{34,35}.

La edificación se realizó sobre un solar cedido por el Ayuntamiento de Madrid, en la calle Sandoval nº 5 (en la actualidad nº 7)³⁶, esquina a la calle Ruiz, anexándose otro pequeño solar, que se adquirió por compra a un particular. Las obras de albañilería se sacaron a concurso por un valor de 200.067,56 pesetas el 23 de julio de 1926, según proyecto del arquitecto Ricardo Macarrón Piudo³⁷ y fueron adjudicadas a la Casa Ubarrechena, que ofreció una baja de 20.000 pts. sobre el tipo del concurso³⁴. Comenzaron en febrero de 1927²³, bajo la dirección del mismo arquitecto³⁸ y el edificio fue inaugurado el 24 de mayo de 1928. Es de estilo racionalista, con influencias secesionistas y tendencias Art-Decó; su fachada, al igual que la del Dispensario Azúa, muestra una decoración esgrafiada (Fig. 5).



Figura 5: Dispensario Martínez Anido. Fotografía del autor, 2018.

La distribución se realizó en tres plantas. La inferior (semisótano) se destinaba a almacenes, cocina, despensa, comedor y tres dormitorios. La planta baja tenía entradas separadas para hombres (calle Ruiz) y mujeres enfermas (calle Sandoval), así como una entrada principal en el chaflán situado entre ambas calles. Para la atención a cada uno de estos grupos se disponía de salas de espera, reconocimiento, curas, tratamientos especiales y enfermería. Existía, también, un único quirófano²³.

La planta segunda incluía laboratorios, biblioteca, despachos y sala de conferencias, dotada de cinematógrafo y aparato de proyecciones³⁹. Durante muchos años en esta planta estuvo la sede de la Academia Española de Dermatología y Sifiliografía (posteriormente Academia Española de Dermatología y Venereología) y la sala de conferencias se utilizaba para sus reuniones científicas, así como para cursos, oposiciones de médicos y practicantes de la Lucha Nacional Antivenérea y otras reuniones sanitarias. Se ubicó también en el dispensario una Oficina de Propaganda Sanitaria Social, con el objetivo de centralizar la propaganda para la lucha contra las enfermedades venéreas y las relaciones con instituciones internacionales sobre las mismas^{23,33}.



Figura 6: Hospital de San Juan de Dios. Postal de 1913, con una imagen del Dr. Castelo Serra.

Las obras e instalaciones tuvieron un coste aproximado de 400.000 pesetas, de las que 275.000 procedieron de los fondos disponibles para los dispensarios de Madrid, 50.000 del Comité Ejecutivo Antivenéreo y 75.000 de un préstamo de la Dirección General de Sanidad²³.

La inauguración oficial de este centro tuvo una gran solemnidad, siendo presidida por el rey Alfonso XIII, con asistencia del ex-rey Jorge II de Grecia, el Presidente del Consejo de Ministros, general Primo de Rivera, el

Ministro de la Gobernación, Martínez Anido, el Director General de Sanidad, Dr. Antonio Horcada Mateo, el Inspector General de Sanidad Interior, Dr. Francisco Bécares Fernández, el Inspector Provincial de Sanidad, Dr. José Antonio Palanca, el Gobernador Civil, Sr. Carlos Martín Álvarez, representante del Alcalde, que se encontraba ausente de Madrid, Sr. Parrella, el Presidente de la Diputación, Sr. Felipe Salcedo Bermejillo, el Director de Administración Local, Sr. Muñoz Lorente, el Presidente de la Diputación de Barcelona, el Ex-Director General de Sanidad, Dr. Francisco Murillo y Palacios, el arquitecto municipal, Sr. Juan García Cascales, el ingeniero municipal, Sr. José Casuso y Obeso, el administrador del dispensario, Sr. Ceniceros, personal facultativo (Drs. Bertoloty, Bravo, Arcaute y Polo) y otros numerosos médicos, entre ellos los Drs. Bejarano (Director del Dispensario Azúa), Sánchez-Covisa, Sanz de Grado, Álvarez Sainz de Aja, Fernández Criado, Silva, Vicente Gimeno, Calvín, Cortezo, Sloker y Cifuentes. Tras una detenida visita, pronunciaron sendos discursos el Director del Dispensario, José Fernández de la Portilla y el Ministro de la Gobernación^{35,40,41}.

Tras la inauguración oficial del 24-5-1928, Martínez Anido, acompañado de diversas autoridades sanitarias, efectuó una nueva visita al dispensario, aun más detallada, el día 2 de junio, después de la cual comenzó a prestar servicio el 4 de junio de 1928⁴².

En los primeros meses de funcionamiento (junio-diciembre 1928) se efectuaron 15.762 reconocimientos de prostitución y se trataron 16.157 hombres, 4.495 mujeres y 190 niños. También se incorporó de inmediato a las funciones docentes con un ciclo de conferencias sobre Profilaxis venérea, organizado por su director y que tuvieron lugar los sábados de octubre de 1928 a febrero de 1929, siendo los conferenciantes el propio Fernández de la Portilla, los Drs. César Juarros, Vital Aza, Julio Bravo, Antonio Cordero, Bertoloty, Sainz de Aja, Sánchez-Covisa, Vicente Gimeno, Bejarano, Slocker y Palanca, la Srta. Clara Campoamor y Dña. Matilde Huici⁴⁰.

La Oficina de Propaganda Antivenérea ubicada en este dispensario fue la primera dedicada a propaganda sanitaria en España. Continuó las actividades iniciadas por el Comité Ejecutivo Antivenéreo, como la publicación y concurso para la realización de carteles y la producción de la película *La terrible lección*. En 1929 ya había editado y repartido 18.000 carteles y había organizado una exposición de carteles extranjeros^{43,44}. Esta oficina incluyó también un Servicio Estadístico y Gráfico de la Lucha Nacional Antivenérea⁴⁵.

Durante la II República, en 1931, se cambió el nombre a Dispensario Olavide⁴⁶, recuperándose el original tras la Guerra Civil de 1936-39. Terminada esta hubo de ser reparado, al igual que el Azúa, por la Dirección General de Regiones Devastadas³². Después del traspaso a la Comunidad de Madrid de las competencias sanitarias, continuó funcionando y aún lo hace con el nombre de Centro Sanitario Sandoval.

Dispensario Antivenéreo de la Facultad de Medicina

José Gay Prieto, que era Médico clínico del Dispensario Martínez Anido, ganó la cátedra de Dermatología y Sifiliografía de Granada en 1932. Ese mismo año consiguió el traslado de la plaza de la Lucha Antivenérea a Granada y con la colaboración del Inspector Provincial de Sanidad, el Dr. César Sebastián González, pasó a ejercerla en la clínica de la cátedra⁴⁷.

Al trasladarse de nuevo a Madrid como catedrático, en 1940, se repitió la misma situación que en Granada. Posteriormente se institucionalizó este procedimiento, extendiéndose a otras cátedras.

Con independencia de beneficio personal de tener dos puestos agregados, con sus correspondientes emolumentos, la propuesta de unificar las prestaciones a todos los establecimientos dermatovenereológicos del estado e incluso a otros ajenos, subvencionándolos, anticipa la política que se impondría con carácter general en la medicina pública española al implantarse Seguridad Social. En ese momento suponía una considerable ventaja para los pacientes, ya que aumentaba los puntos y tiempos de asistencia y, sobre todo, suponía la gratuidad del tratamiento.

Proyecto del Dispensario Antivenéreo de Vallecas

Tras la construcción del Dispensario Martínez Anido, el Comité Ejecutivo Antivenéreo consideraba que las necesidades de la ciudad de Madrid quedarían cubiertas con las funciones que realizaban estos centros e incorporando un tercero, que se situaría en Vallecas, para el que incluso llegaron a proponer el nombre de Dr. Palanca²³.

No llegó a realizarse, construyéndose en su lugar, en el Puente de Vallecas, el Centro de Higiene Rural de Vallecas³². No obstante, se dotó una plaza de Médico Clínico de los Servicios Oficiales Antivenéreos de Madrid radicada en el mismo⁴⁸.

Dispensario Antivenéreo de Alcalá de Henares

Fue inaugurado en junio de 1928, por el Gobernador Civil de Madrid, Carlos Martín Álvarez, acompañado de las autoridades locales. Estaba dotado de sala de espera, sala de cura y laboratorio. El coste de las obras para acondicionamiento del local fue costado por el Ayuntamiento y el del equipamiento por el Gobierno Civil. Se consideraba dependiente de los dispensarios de Madrid⁴⁹.

Dispensario Antivenéreo de Chamartín de la Rosa

En 1933 se aprobó su creación, asociado a otros centros de Higiene que pudieran existir en la localidad, atendiendo a una oferta de colaboración efectuada por la Corporación Municipal⁵⁰. Ese mismo año el Ayuntamiento de esta villa aprobó un aumento del presupuesto de 980 pesetas para alquiler del local destinado a este fin⁵¹.

En 1937, una orden del Ministerio de Instrucción Pública y Sanidad de la República cita el dispensario como desaparecido y dispone que su personal quede incorporado eventualmente para prestar sus servicios en los Dispensarios Antivenéreos de Madrid⁵².

Proyecto del Dispensario Antivenéreo de Carabanchel Bajo

La orden ministerial que aprobaba la creación del Dispensario de Chamartín de la Rosa, autorizaba otro en Carabanchel Bajo, en las mismas condiciones⁵⁰. Estas incluían que el Ayuntamiento de la población mantuviera la colaboración ofertada. No tenemos noticia de que llegara a realizarse.

Funcionamiento de los dispensarios antivenéreos

Tal como se ha dicho, los dispensarios Azúa y Martínez Anido fueron diseñados para proporcionar asistencia en espacios separados, incluso con entradas diferentes, para hombres y mujeres. Tal previsión obedecía a una exigencia legal, vigente desde 1918, según la cual los hombres y las mujeres debían atenderse en dispensarios diferentes o, en caso de imposibilidad, en días u horas distintas¹. Esto último no resultaba práctico en Madrid, donde la afluencia de pacientes era muy grande y convenía que funcionaran para ambos sexos el mayor número de horas posible.

La asistencia se realizaba por turno de llegada, repartiendo números, muchas veces tras hacer cola en la calle antes de la apertura. Las prestaciones eran totalmente gratuitas, incluyendo los análisis, biopsias, fármacos, material de curas, inyecciones, intervenciones, terapias físicas, etc^{23,28}. El Gobierno Civil de Madrid enfatizaba: sin que se perciba o admita remuneración alguna por el trabajo personal o en pago de dichos efectos⁵³.

El planteamiento básico era que estos dispositivos asistenciales estaban destinados a atender a los enfermos que no pudieran costearse las consultas y tratamientos por médicos privados, pero en realidad el acceso no sólo era libre, sino también totalmente anónimo, identificando al paciente por un número y preservando, por tanto, su identidad^{20,28,53}.

En la película “La terrible lección”, producida en 1927 por el Comité Ejecutivo Antivenéreo, se conserva un testimonio excepcional del funcionamiento en vivo del Dispensario Azúa⁵⁴ (Fig. 2).

La atención se fue extendiendo con el tiempo a todo tipo de enfermedades cutáneas, siendo el nombre oficial en el momento de apertura del Martínez Anido “Dispensario Dermatológico y de Higiene Social”.

Los nuevos dispensarios siguieron efectuando la actividad tradicional de reconocimientos periódicos de las prostitutas que, excepto en el periodo 1935-1941, fueron obligatorios hasta que la prostitución dejó de existir oficialmente en España en 1956. Dichos reconocimientos eran también gratuitos, al igual que los tratamientos que pudieran derivarse y la emisión de certificados. En 1932, instaurada la II República y siendo Director General de Sanidad Marcelino Pascua Martínez, se suprimieron las cuotas por reconocimientos domiciliarios de prostitutas que optaban por esta posibilidad, así como por inspecciones de salubridad de las casas de tolerancia, encomendadas también a los Médicos del Servicio de Profilaxis Pública de las Enfermedades Venéreo-Sifilíticas. Estas labores habían suscitado múltiples protestas y controversias, pero habían permitido una cierta holgura e independencia en el desarrollo de la Lucha Antivenérea Nacional, que a partir de entonces dependió totalmente de los presupuestos estatales, provinciales y locales^{1,55}.

Un complemento importante de la actividad de los dispensarios antivenéreos de Madrid fue el Hospital de San Juan de Dios, en el que se efectuaban la mayoría de los ingresos de los pacientes atendidos en ellos que lo requerían, incluidas las prostitutas con procesos transmisibles por contacto sexual, que durante muchos periodos eran internadas obligatoriamente hasta que dejaban de ser contagiosas. Este hospital cumplió la función de los sifilocomios construidos o habilitados en otras provincias al organizarse la lucha antivenérea¹. En 1931 disponía de 450 camas, de las cuales 30 se encontraban en un pabellón destinado al ingreso de prostitutas remitidas por los dispensarios y las autoridades sanitarias⁴⁵.

Para la asistencia venereológica en Madrid capital, en 1928, además de los dispensarios Azúa y Martínez Anido, existían consultas públicas gratuitas en el mismo Hospital de San Juan de Dios, en la Facultad de Medicina (Hospital Clínico de San Carlos) y en el Hospital de San José y Santa Adela, perteneciente a la Cruz Roja, que disponía también de consultas en varios distritos²³. A ello habría que añadir la red de hospitales y consultas militares⁴⁵.

Las actividades docentes y de educación sanitaria programadas se complementaban con una libre asistencia de médicos y estudiantes a los dispensarios, con el objetivo de mejorar su formación venereológica⁴⁵.

En 1930, tras la caída de la Dictadura de Primo de Rivera, se produce un cambio legislativo, que recoge la necesidad de coordinar y unificar servicios y criterios, propugnando el tratamiento de los infectados como la mejor vía de la profilaxis de las enfermedades venéreas y de hacer llegar a toda la población los avances en el diagnóstico y el tratamiento, ideas continuamente defendidas por los venereólogos de Madrid, conscientes de las dificultades que encontraban los pacientes fuera de las grandes ciudades⁵⁶. La participación de los médicos especialistas en la materia tuvo un importante papel en el desarrollo de esta normativa⁴³.

Durante la II República hubo una gran participación de médicos en las esferas legislativa y administrativa y en concreto de eminentes dermato-venereólogos, como Bejarano, que fue Director General de Sanidad, y Sánchez-Covisa, que jugó un importante papel en las Cortes Constituyentes⁵⁷. La legislación de esta época está muy influida por sus aportaciones y en algunos casos las normas parecen más textos médicos que legales.

La actividad de los dispensarios en esta época se ve modificada por la abolición de la prostitución y en consecuencia de los reconocimientos de las prostitutas, la desaparición de los ingresos derivados de los mismos, que fueron sustituidos por aportaciones presupuestarias y la tendencia a crear una red asistencial que se ocupara, además de las enfermedades venéreas, de todas las enfermedades de la piel que supusieran un problema sanitario colectivo, especialmente de la lepra¹.

En 1936 se creó una Comisión encargada de proponer a la Subsecretaría de Sanidad y Beneficencia las disposiciones y normas que desde el punto de vista sanitario estimase más adecuadas al momento actual. Estaba constituida por José Sánchez-Covisa, Catedrático de Dermatología y Sifiliografía de la Facultad de Medicina de Madrid; Enrique A. Sainz de Aja, Médico del Hospital de San Juan de Dios; Marcelino Pascua Martínez, Jefe de los Servicios de Estadística Sanitaria de la Subsecretaría de Sanidad y Beneficencia; Julio Bejarano Lozano y Julio Bravo Sanfeliú, Médicos de los Dispensarios Oficiales Antivenéreos de Madrid⁵⁸.

El trabajo de esta Comisión llegó a ser publicado como normas sobre la constitución, fines y forma de actuar de los servicios de la Lucha Antivenérea Nacional, pero fue en febrero de 1938, careciendo, por tanto, de toda aplicabilidad, dada la situación bélica^{1,59}.

Existen pocos datos sobre el funcionamiento de los dispensarios antivenéreos de Madrid durante la Guerra Civil, si bien es conocido que, al igual que en otras zonas bajo el gobierno de la República, se produjo un gran incremento de las infecciones de transmisión sexual, sobre todo en el año 1936 y primera mitad de 1937, sumándose las habituales enfermedades parasitarias propias de las guerras y trastornos psicosomáticos. Madrid también sufrió, con seguridad, numerosas dermatosis carenciales y escasez de recursos diagnósticos y terapéuticos.

En septiembre de 1937 ABC informaba que se habían reanudado los servicios en el Dispensario Azúa⁶⁰. Tras la guerra, como ya se comentó, los edificios de los dispensarios Azúa y Martínez Anido hubieron de ser reparados y fueron entregados a las autoridades sanitarias en noviembre de 1940³².

En 1941, se derogó el decreto abolicionista de 1935 y se vuelve a un régimen reglamentarista, admitiendo los prostíbulos, los reconocimientos periódicos en las personas que supongan un mayor riesgo social y la hospitalización en situaciones de riesgo social¹. Esta situación persistió hasta 1956, año en el que la prostitución se declara tráfico ilícito y se prohíben las mancebías y las casas de tolerancia⁶¹.

En 1958 se inicia una reforma de la Lucha Antivenérea Nacional, creándose una estructura organizativa centralizada en Madrid, para coordinar y apoyar al resto de los centros. Ello supuso amortizar diversas plazas clínicas y de laboratorio en varias provincias. Venía a realizarse así una concepción de Sánchez-Covisa, Bejarano y Gay Prieto, entre otros, propuesta e intentada en tiempos de la II República, que pretendía que los dispensarios antivenéreos constituyeran una red asistencial coordinada, que extendiera las prestaciones en el campo de la dermatología y fuera dirigida por especialistas en la materia⁴⁷.

Para ello, entre 1958 y 1959, se reajustó la plantilla de destinos para Médicos de la Lucha Antivenérea Nacional y se crean cinco nuevas plazas en Madrid, dos de ellas para los Servicios Centrales de la Lucha Antivenérea, una para la Escuela Central de Serología y otra para "Investigación de Fuentes de Contagio" en la Jefatura Provincial de Sanidad⁶²⁻⁶⁴.

En diciembre de 1958, Félix Contreras Dueñas, un experto en lepra, fue destinado, por concurso de méritos, a los Servicios Centrales de la Lucha Antivenérea Nacional⁶⁵. En febrero de 1959, José Gay Prieto obtuvo, también por concurso de méritos, la plaza de Jefe de la Sección de Lepra, Enfermedades Venéreas y Dermatosis de la Dirección General de Sanidad⁶⁶.

También coincidiendo con las directrices propuestas durante la II República por los dermatovenerólogos españoles más relevantes de la época, se reorienta la organización de la Lucha Antivenérea, fijando como primer objetivo la erradicación de la lepra⁶⁷, teniendo en cuenta que la disponibilidad de tratamientos eficaces y el desarrollo progresivo de un sistema nacional de salud cambiaba de forma radical la importancia sanitaria de las infecciones de transmisión sexual, si bien seguía siendo necesaria una red de fácil acceso para estos enfermos, sobre todo en las grandes ciudades. Este papel lo seguirían haciendo los dispensarios antivenéreos de Madrid y desde los Servicios Centrales se coordinó la lucha antileprosa con una nueva organización, que incluía la creación de equipos móviles, leproserías y preventorios.

En 1984 los dispensarios, personal y servicios de la Lucha Antivenérea Nacional fueron transferidos a la Comunidad de Madrid⁶⁸.

Médicos de los Dispensarios Antivenéreos de Madrid

Tal como se dijo más arriba, en 1923 comienzan a desarrollar su labor en el Dispensario de Luisa Fernanda Julio Bejarano Lozano, José Fernández de la Portilla, Ricardo Bertoloty Ramírez, Antonio Cordero Soroa, Julio Bravo Sanfeliú, Julián Sanz de Grado y Fernando Castelo Elguero, como Médicos clínicos y Nicolás Calvín Fernández y Lorenzo Ruiz de Arcaute y Ollo, como Médicos de laboratorio y tras ganar todos ellos las oposiciones convocadas al efecto^{13,21}. Se incorporaron también otros dos Médicos clínicos, que tenían nombramientos anteriores y a los que solo se menciona como Polo y Silva. El primero era con casi total seguridad Francisco Polo y Roldán y el segundo podría tratarse de Francisco-Javier de Silva López-Escobar, Médico de la Beneficencia Municipal y de la Cruz Roja. Fernández de la Portilla fue nombrado Director del Dispensario¹⁷. Fernando Castelo Elguero falleció en 1926.

En junio de 1924 se inaugura el Dispensario Azúa. Se incorporan como Médicos clínicos Fernández de la Portilla y Julio Bravo, en días alternos por las mañanas, si bien el primero continuaría siendo Director del Dispensario de Luisa Fernanda¹⁷. Por las tardes se alternaban Julio Bejarano, que sería Director del Dispensario, y Ricardo Bertoloty, mientras que Antonio Cordero tenía consulta diaria de 5 a 7.

Al inaugurarse el Dispensario Martínez Anido y clausurarse el de Luisa Fernanda, en mayo de 1928, se efectúa un acoplamiento, quedando en el Dispensario Azúa Julián Sanz de Grado y Antonio Cordero, alternado por las mañanas, Julio Bejarano y Silva, alternando por las tardes y Nicolás Calvín, como Jefe del laboratorio. Julio Bejarano siguió como Director.

Para el Dispensario Martínez Anido fue nombrado Director Fernández de la Portilla, que alternaba por las mañanas con Julio Bravo¹⁷. Por las tardes alternaban Ricardo Bertoloty y Francisco Polo, siendo Jefe del laboratorio Lorenzo Ruiz de Arcaute²¹. Bravo, además del servicio clínico, asumió la organización de la oficina de propaganda³⁵.

En 1929, tras la jubilación de Francisco Polo y de Silva, obtienen plazas de Médicos clínicos José Gay Prieto, en el Dispensario Martínez Anido y Miguel Fernández Criado en el Azúa^{17,69}. Gay Prieto se trasladaría a Granada en 1932, al ganar la Cátedra de Dermatología y Sifiliografía en esa ciudad. En 1933, por concurso de traslado, se incorpora Emilio Enterría Gainza⁷⁰.

Nicolás Calvín falleció en 1930 y Lorenzo Ruiz de Arcaute en 1936, durante un bombardeo en Madrid, siendo sustituidos por Guillermo de la Rosa King, en el Dispensario Azúa y Antonio Utrilla Domínguez en el Martínez Anido, quien ocupó la plaza en 1943^{21,71}.

Otras bajas originadas por la Guerra Civil fueron las de Julián Sanz de Grado, asesinado en Paracuellos del Jarama en 1936 y la de Julio Bejarano, exiliado a Méjico⁵⁷. Fernández de la Portilla falleció en 1943¹⁷.

Para suplir estas bajas, se incorporaron por traslado como Médicos clínicos Laureano Echevarría y Lesdesma al Dispensario Martínez Anido⁷², en 1940 y Pelayo Lozano Arcos al Azúa²¹. También consiguió, por concurso de traslado, plaza de Médico clínico en el Dispensario Azúa José Gómez Orbaneja, en 1943^{73,74}.

En 1940 Gay Prieto regresó como catedrático a Madrid y se incorporó a la Lucha Antivenérea, creándose un dispensario agregado a la Facultad de Medicina, del que fue director.

Guillermo de la Rosa falleció en 1944 y fue sustituido como Jefe del laboratorio del Dispensario Azúa por José María de la Lastra Soubrier en 1945⁷⁵.

También tras la Guerra Civil, Ricardo Bertoloty pasó a ser Director del Dispensario Martínez Anido y Antonio Cordero del Azúa.

Miguel Fernández Criado falleció en 1952. En 1957 se jubiló Antonio Cordero y Miguel Salinas González obtuvo el traslado a Madrid. Laureano Echevarría falleció en 1959. En 1960 Ricardo Bertoloty se jubiló y falleció José María de la Lastra Soubrier. Gerardo Jaqueti del Pozo, Antonio Ugalde Urosa, Luis Álvarez Lovell y Francisco Palenzuela Sainz consiguieron, mediante concurso de méritos, plazas en la capital ese año⁷⁶ y, por el mismo mecanismo, en la Escuela Central de Serología de Madrid Juan Jiménez Jiménez⁷⁷.

En 1961 fue nombrado médico clínico por concurso de méritos para los Servicios Oficiales Antivenéreos de Madrid Francisco Martínez Torres⁷⁸.

En 1962 Félix Contreras Rubio obtuvo, por concurso de méritos, la plaza de Médico de Laboratorio del Dispensario Azúa⁷⁹.

En 1972, se trasladan a Madrid los médicos clínicos Pedro Yáñez González y José Cabral Gil⁸⁰. En 1975, lo hacen Nicolás Ballesteros Blázquez, Luis Almonacid de la Pedrueza⁸¹ y los médicos de laboratorio Félix Contreras Rubio (quien se encontraba en excedencia voluntaria), Eduardo del Pino del Corral y Rafael Bilbao Sainz de los Terreros, los dos últimos funcionarios de nuevo ingreso⁸². En 1976 obtiene plaza por concurso de traslado en los Servicios Centrales Benedicto Hernández Moro⁸³.

En 1943 fue nombrado venereólogo del Centro de Higiene Rural de Vallecas Juan de Dios García Ayuso, que también era Jefe del Servicio de Higiene Escolar de Madrid⁸⁴. En 1953, tras dotarse una plaza de Médico Clínico de la Lucha Antivenérea Nacional en el mismo, le fue adjudicada por concurso de traslado a Antonio López Villafuertes^{48,85}.

Cuando entró en funcionamiento el Dispensario de Alcalá de Henares, en junio de 1928, se hizo cargo de la asistencia facultativa, de forma interina, Ángel Sánchez Trigueros⁴⁹.

En 1933 Luis de la Cuesta Almonacid y Francisco Daudén Valls obtuvieron el traslado de sus plazas de Médicos Clínicos al recién creado Dispensario Antivenéreo de Chamartín de la Rosa⁸⁶. Francisco Daudén Valls fue director del centro y tras su desaparición, en 1937, pasó adscrito al Dispensario de la Facultad de Medicina de Madrid y sucesivamente fue Jefe de Sección de la Lucha Antivenérea en la Dirección Provincial de Sanidad de Madrid y Director del Dispensario Martínez Anido⁸⁷. No obstante, ambos aparecen destinados a Chamartín de la Rosa en las relaciones de la Lucha Antivenérea hasta que este municipio se fusionó con Madrid en 1948.

Es probable que existan omisiones en esta relación de facultativos, dado que algunos nombramientos no aparecen publicados o contienen erratas que hacen muy difícil su localización. Además, otros muchos médicos ejercieron en los dispensarios antivenéreos de Madrid a lo largo de la historia de la Lucha Nacional Antivenérea, de forma oficial o extraoficial, como interinos, en comisión de servicios, sustitutos, ayudantes o durante su formación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Fonseca Capdevila E. La Lucha Antivenérea Nacional en España. *Monogr Dermatol* 2015;28:418-26.
2. Nicolau R. Población, salud y actividad. En: Carreras A, Tafunell X (coord.). *Estadísticas históricas de España. Siglos XIX-XX. Segunda edición.* Bilbao: Fundación BBVA, 2005. pp. 77-154.
3. Guereña JL. Los orígenes de la reglamentación de la prostitución en la España contemporánea. De la propuesta de Cabarrús (1792) al Reglamento de Madrid (1847). *DYNAMIS Acta Hisp Med Sci Hist Illus* 1995;15:401-41.
4. Ministerio de la Gobernación. Real Orden de 13-03-1918 aprobando y disponiendo se publiquen las bases para la reglamentación de la profilaxis pública de las enfermedades venéreo-sifilíticas. *Gaceta de Madrid* 1918; nº 75, pp. 776-8 (16-03-1918).
5. Guereña JL. *La prostitución en la España contemporánea.* Madrid: Marcial Pons, Ediciones de Historia, 2003.
6. Fernández de la Portilla J. Comencemos a practicar el abolicionismo. *El Sol (Madrid)*, 28-06-1928, p. 9.
7. F.H. Conferencias y Reuniones. El Doctor Julio Bejarano. *El Sol (Madrid)* 22-01-1929, p. 5.
8. Ministerio de la Gobernación. Real Orden de 28-09-1910 disponiendo se establezca un servicio de Higiene de la Prostitución destinado a la defensa de la salud pública, en lo relativo a dicho vicio social. *Gaceta de Madrid* 1910; nº 273, pp. 872-3 (30-09-1910).
9. Ministerio de la Gobernación. Real Orden de 17-06-1918 disponiendo que los tribunales para las oposiciones a las plazas del personal facultativo afecto al servicio de profilaxis de las enfermedades venéreo-sifilíticas, sean nombrados por los Gobernadores civiles a propuesta de la Comisión permanente de la Junta provincial de Sanidad, que se constituyan en la forma que se indican, y Cuestionario para las mencionadas oposiciones. *Gaceta de Madrid* 1918; nº 171, pp. 721-3 (20-06-1918).
10. Ministerio de la Gobernación. Real Orden de 8-12-1919 relativa a organización, vigilancia y administración del servicio de profilaxis pública antivenérea en Madrid. *Gaceta de Madrid* 1919; nº 344, pp. 1165-6 (10-12-1919).
11. Ministerio de la Gobernación. Inspección general de Sanidad. Anunciando concurso-oposición para proveer siete plazas de Médicos reconocedores adscritos al servicio de profilaxis públicas de las enfermedades venéreo-sifilíticas, y dos más con destino al Laboratorio anejo al Dispensario antivenéreo. *Gaceta de Madrid* 1921; nº 54, p. 586 (23-02-1921).
12. Ministerio de la Gobernación. Inspección General de Sanidad. Circular Nombrando el Tribunal para las oposiciones anunciadas para proveer siete plazas de Médicos reconocedores adscritos al servicio de profilaxis pública en Madrid, de las enfermedades venéreo-sifilíticas, y dos más con destino al Laboratorio que ha de funcionar anejo al Dispensario antivenéreo. *Gaceta de Madrid* 1921; nº 107, p. 231 (17-04-1921).
13. Anónimo. *Correo Médico. España Médica* 1921; 9 (273):15 (01-07-1921).
14. Ministerio de la Gobernación. Dirección General de Sanidad. Circular dando instrucciones a los Gobernadores civiles, relativa a la organización y vigilancia de los servicios de la higiene de la prostitución. *Gaceta de Madrid* 1922; nº 115, pp. 327-8 (25-04-1922).
15. Fernández de la Portilla J. *La Lucha Antivenérea en España (Diez años de experiencia).* Publicaciones de la Dirección General de Sanidad. Madrid: Gráfica Universal, 1934.
16. Puente I. *Bibliografía. La Lucha Antivenérea en España (Diez años de experiencia).* Estudios (Valencia) 1934;12(134):30-1.
17. Fonseca Capdevila E. José Fernández de la Portilla (1889-1943). Un hombre para un tiempo. En: Fonseca Capdevila E, ed. *II Seminario de Historia de la Dermatología.* Monasterio de Santo Estevo. Nogueira de Ramuín (Orense). 10 de abril de 2018. A Coruña: Fundación Profesor Novoa Santos, 2019. pp. 55-64.
18. Dr. Taboada (Sánchez Taboada M). El escándalo de un problema sanitario. *España Médica* 1922;12(399):2 (20-03-1922).
19. Anónimo. La desorganización de la profilaxis antivenérea. *El Sol (Madrid)* 07-07-1922, p. 8.
20. Anónimo. La profilaxis venérea en Madrid. *Boletín de la Revista Ibero-Americana de Ciencias Médicas* 1923,9(96):1448.
21. Cordero Soroa A. Portilla, Médico de los Dispensarios. *Actas Dermosifiliogr* 1943;34(8):660-4.
22. Anónimo. Los servicios de Sanidad. *La Correspondencia de España (Madrid)* 03-10-1910, p. 6.
23. Comité Ejecutivo Antivenéreo. Algo de su labor en la lucha contra las enfermedades venéreas. *Dispensarios y Sifilocomios.* Madrid: Ministerio de la Gobernación. Publicaciones de la Dirección General de Sanidad, 1928.

24. Anónimo. Cuestiones de Sanidad. El Dispensario del Dr. Azúa. ABC (Madrid) 13-09-1924, p. 13.
25. Anónimo. En honor del Dr. Azúa. ABC (Madrid) 25-03-1923, p. 31.
26. Dr. M.V. El Dispensario Azúa. Inauguración oficial. El Sol (Madrid) 25-06-1924, p. 4.
27. Dr. R.H. del O. Medicina y Doctores. Inauguración del Dispensario Azúa. El Heraldo de Madrid 24-06-1924, p. 4.
28. Presidencia del Directorio Militar. Real decreto aprobando el Reglamento que se inserta de Sanidad provincial. Gaceta de Madrid 1925; nº 297, pp. 428-33 (24-10-1925).
29. Anónimo. Visita a otros centros de Sanidad. ABC (Madrid) 18-08-1925, p. 10.
30. Vanrell J. Estado actual de la lucha antivenérea en España. *Ars Medica* 1927;3(19):20-4.
31. Anónimo. Del Gobierno Civil. Cursos prácticos de laboratorio. El Imparcial (Madrid) 31-12-1924, p. 6.
32. Anónimo. Entrega de edificios. ABC (Madrid) 16-11-1940, p. 5.
33. de Góngora J. La propaganda sanitaria en España. Hablando con el Dr. D. Julio Bravo. El Heraldo de Madrid 27-06-1928, pp. 9-10.
34. Anónimo. Construcción de un nuevo dispensario. ABC (Madrid) 03-10-1926, p. 25.
35. Anónimo. Inauguración del Dispensario Martínez Anido. ABC (Madrid) 25-05-1928, p. 19.
36. Anónimo. Cesión de terreno para un nuevo dispensario. ABC (Madrid) 04-07-1926, pp. 25-6.
37. Gobierno Civil. Inspección Provincial de Sanidad. Concurso para la construcción de las obras de albañilería del edificio para Dispensario antivenéreo que ha de erigirse en la calle Sandoval, núm. 5. *El Eco Patronal* (Madrid) 1926;5(101):15-6.
38. Gobierno Civil. Circular. Boletín Oficial de la Provincia de Madrid 13-10-1927, p. 2.
39. Anónimo. El Dispensario "Martínez Anido" recientemente inaugurado en Madrid. *España Médica* 1928;19(542):16-7.
40. Palanca J. Memoria de la Inspección Provincial de Sanidad correspondiente al año 1928. Madrid: Gobierno Civil de Madrid. Inspección Provincial de Sanidad, 1929.
41. Daudén Sala C. Trayectoria histórica del Dispensario Martínez Anido (Centro Sanitario Sandoval). *Piel* 2004;19:407-16.
42. Anónimo. Noticias e informaciones diversas. ABC (Madrid) 03-06-1928, p. 32.
43. Castejón Bolea R. Las enfermedades venéreas y la regulación de la sexualidad en la España contemporánea. *Asclepio* 2004;56(2):223-41.
44. Perdiguero E, Ballester R, Castejón R. La propaganda sanitaria en España en la II República: La Sección de Higiene Social y Propaganda de la Dirección General de Sanidad. En: Campos R, Montiel L, Huertas R (Coordinadores). *Medicina, Ideología e Historia en España (Siglos XVI-XXI)*. Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas, 2007. pp. 303-16.
45. Bertoloty R. La organización antivenérea en España. *Actas Dermosifiliogr* 1931;23(7):535-50.
46. Anónimo. Noticias médicas. El Dispensario Olavide. El Sol (Madrid) 05-05-1931, p. 2.
47. Gay Prieto J. Sobre la necesidad de reorganizar en España la enseñanza y el funcionamiento de las instituciones dermatovenereológicas. *Actas Dermosifiliogr* 1934;26:880-8.
- 48.- Ministerio de la Gobernación. Orden de 15-12-1952 por la que se modifica como se indica la plantilla de destinos a servir por los Médicos de la Lucha Antivenérea Nacional. BOE 1952; nº 365, p. 6478 (30-12-1952).
49. Anónimo. Inauguración de un Dispensario en Alcalá de Henares. ABC (Madrid) 21-06-1928, p. 24.
50. Ministerio de la Gobernación. Orden disponiendo se instalen Dispensarios antivenéreos, en íntima relación con los demás servicios de Higiene existentes en la localidad, en las poblaciones que se mencionan. *Gaceta de Madrid* 1933; nº 59, p. 1596 (28-02-1933).
51. Ayuntamientos. Chamartín de la Rosa. Boletín Oficial de la Provincia de Madrid 09-09-1933, p. 2.
52. Ministerio de Instrucción Pública y Sanidad. Orden de 26-08-1937 disponiendo que el personal afecto al desaparecido Dispensario de Chamartín de la Rosa sea incorporado a los Dispensarios Antivenéreos de Madrid. *Gaceta de la República* 1937; nº 240, p. 828 (28-08-1937).
53. Anónimo. Del Gobierno Civil. El Siglo Futuro (Madrid) 03-04-1923, p. 4.
54. Minguet JM. La terrible lección. En: Pérez Preucha J, ed. *Antología crítica del cine español, 1906-1995*. Madrid: Cátedra. Filmoteca Nacional, 1997. pp. 68-70.
55. Bernabeu Mestre J. La utopía reformadora de la Segunda República: La labor de Marcelino Pascua al frente de la Dirección General de Sanidad, 1931-1933. *Rev Esp Sanidad Pública* 2000;74:1-13.
56. Ministerio de la Gobernación. Dirección General de Sanidad. Real Orden de 27-05-1930, aprobando las Bases, que se insertan, de reorganización profiláctica de la Lucha Antivenérea de España. *Gaceta de Madrid* 1930; nº 148, pp. 1291-4 (28-05-1930).
57. Fonseca Capdevila, E. José Sánchez-Covisa Sánchez-Covisa, diputado en las Cortes Constituyentes de la II República Española (1931-1933). *Piel* 2010;25:356-62.
58. Ministerio de Trabajo. Orden de 24-01-1936 disponiendo que constituya una Comisión encargada de estudiar y proponer las disposiciones y normas que, desde el punto de vista sanitario, estime más adecuadas al momento actual para realizar una labor eficaz de profilaxis antivenérea. *Gaceta de Madrid* 1936; nº 25, p. 777 (25-01-1936).
59. Ministerio de Instrucción Pública y Sanidad. Orden de 02-02-1938 dictando normas sobre constitución, fines y forma de actuar, los diferentes servicios de la Lucha Antivenérea Nacional. *Gaceta de la República* 1938; nº 36, pp. 658-61 (05-02-1938).
60. Anónimo. Sanidad. ABC 08-09-1937, p. 10.

61. Jefatura del Estado. Decreto-Ley de 3-3-1956 sobre abolición de centros de tolerancia y otras medidas relativas a la prostitución. BOE 1956; nº 70, p. 1611 (10-03-1956).
62. Ministerio de la Gobernación. Orden de 15-07-1958 por la que se reajusta la plantilla de destinos a servir de los médicos de la Lucha Antivenérea Nacional. BOE 1958; nº 217, p. 7993 (10-09-1958).
63. Ministerio de la Gobernación. Orden de 07-01-1959 por la que se reajusta la plantilla de destinos a servir de los Médicos de la Lucha Antivenérea Nacional. BOE 1959; nº 20, p. 1344 (23-01-1959).
64. Ministerio de la Gobernación. Resolución de la Dirección General de Sanidad de 07-11-1959, por la que se reajusta la plantilla de destinos a servir de los médicos de la Lucha Antivenérea Nacional. BOE 1959; nº 284, p. 15167 (27-11-1959).
65. Ministerio de la Gobernación. Resolución de la Dirección General de Sanidad de 12-12-1958, por la que se resuelve el concurso de méritos convocado el 29 de julio último entre Médicos de la Lucha Antivenérea Nacional. BOE 1958; nº 310, p. 11844 (27-12-1958).
66. Ministerio de la Gobernación. Orden de 11-02-1959 por la que se resuelve el concurso de méritos convocado por Orden de 22 de septiembre último para proveer entre funcionarios del Cuerpo Médico de Sanidad Nacional y la plantilla de Médicos de la Lucha Antivenérea Nacional la vacante de Jefe de Sección de Lepra, Enfermedades Venéreas y Dermatitis de la Dirección General de Sanidad. BOE 1959; nº 42, p. 2866 (18-02-1959).
67. Ministerio de la Gobernación. Decreto de 04-07-1958 por el que se aprueba el Reglamento de la Lucha contra la Lepra, las Enfermedades venéreas y las Dermatitis. BOE 1958; nº 167, pp. 1258-60 (14-07-1958).
68. Real Decreto 1359/1984, de 20 de junio, sobre transferencia de funciones y servicios de la Administración del Estado a la Comunidad Autónoma de Madrid en materia de Sanidad. BOE 1984; nº 173, pp. 21304-32 (20-07-1984).
69. Ministerio de la Gobernación. Dirección General de Sanidad. Orden de 26-01-1929 nombrando Médicos clínicos del Servicio de la Profilaxis Pública de las Enfermedades Venéreo-sifilíticas a los señores que se indican. Gaceta de Madrid 1929; nº 29, p. 850 (29-01-1929).
70. Ministerio de la Gobernación. Orden de 1-3-1933 nombrando a D. Emilio Enterría Gaínza y D. Perfecto Peña Martínez Médicos clínicos del Servicio Antivenéreo de Madrid y Vigo, respectivamente. Gaceta de Madrid 1933; nº 62, p. 1729 (03-03-1933).
71. Ministerio de la Gobernación. Orden de 9-3-1943 por la que se nombra, en virtud de concurso-oposición, Médico Bacteriólogo del Dispensario Antivenéreo "Martínez Anido" a don Antonio Utrilla Domínguez. BOE 1943; nº 72, pp. 2315-6 (13-03-1943).
72. Anónimo. Noticias diversas. ABC (Madrid) 3-10-1940, p. 7.
73. Ministerio de la Gobernación. Orden de 21-7-1943 por la que se aprueba la resolución del concurso de traslado entre Médicos Clínicos de Servicio Oficial Antivenéreo. BOE 1943; nº 205, pp. 7138-9 (24-07-1943).
74. García Pérez A. Ciencia y anécdota en el eczema de contacto. Madrid: Instituto de España. Real Academia Nacional de Medicina, 1989.
75. Ministerio de la Gobernación. Orden de 1-8-1945 por la que se resuelve concurso-oposición convocado en 10 de enero último para provisión de la plaza de Médico Bacteriólogo del Dispensario Antivenéreo "Azúa" de Madrid. BOE 1945; nº 216, pp. 892-3 (04-06-1945).
76. Ministerio de la Gobernación. Resolución de 28-03-1960 de la Dirección General de Sanidad por la que se aprueba el concurso de méritos, convocado en 25 de noviembre último, para proveer entre Médicos de la Lucha Antivenérea Nacional, en su Rama de Servicios Clínicos, diversas vacantes en su plantilla de destinos. BOE 1960; nº 92, pp. 4992-3 (16-04-1960).
77. Ministerio de la Gobernación. Resolución de la Dirección General de Sanidad de 17-06-1960 por la que se aprueba el concurso de méritos convocado entre Médicos de la Lucha Antivenérea Nacional, en su Rama de Laboratorio, para proveer una plaza en la Escuela Central de Serología. BOE 1960; nº 167, p. 9718 (13-07-1960).
78. Ministerio de la Gobernación. Resolución de la Dirección General de Sanidad de 19-05-1961 por la que se aprueba el concurso de méritos convocado en 14 de enero último entre Médicos de la Lucha Antivenérea Nacional para proveer diversas vacantes en su plantilla de destinos, en su Rama de Servicios Clínicos. BOE 1961; nº 136, pp. 8673-4 (08-06-1961).
79. Ministerio de la Gobernación. Resolución de la Dirección General de Sanidad del 17-05-1962, por la que se aprueba el expediente del concurso de méritos convocado en 1 de marzo último para proveer entre Médicos de la Lucha Antivenérea Nacional, en su Rama de Laboratorio, una vacante de su clase en los Servicios de Madrid y nombrando para la misma a don Félix Contreras Rubio. BOE 1962; nº 140, p. 8017 (12-06-1962).
80. Ministerio de la Gobernación. Resolución de 28-12-1971 por la que se resuelve el concurso para proveer puestos de trabajo vacantes del Cuerpo de Médicos de la Lucha Antivenérea Nacional. BOE 1972; nº 24, p. 1576 (28-01-1972).
81. Ministerio de la Gobernación. Resolución de la Dirección General de Sanidad de 02-05-1975 por la que se resuelve el concurso de traslado del Cuerpo de Médicos de la Lucha Antivenérea Nacional, especialidad de Médicos Clínicos. BOE 1975; nº 144, p. 13148 (17-06-1975).
82. Ministerio de la Gobernación. Resolución de 02-05-1975 de la Dirección General de Sanidad por la que se resuelve el concurso de traslado del Cuerpo de Médicos de la Lucha Antivenérea Nacional, especialidad de Laboratorio. BOE 1975; nº 144, p. 13149 (17-06-1975).
83. Ministerio de la Gobernación. Resolución de la Dirección General de Sanidad de 30-09-1976 por la que se resuelve el concurso de traslado del Cuerpo de Médicos de la Lucha Antivenérea Nacional, especialidad de Médicos Clínicos, convocado por Resolución de 7 de mayo de 1976. BOE 1976; nº 265, p. 21730 (04-11-1976).
84. Anónimo. La Medicina y los médicos. Un nombramiento. ABC 30-03-1943, p. 15.
85. Ministerio de la Gobernación. Orden de 04-08-1953 por la que se resuelve concurso convocado entre Médicos de la Lucha Antivenérea Nacional. BOE 1953; nº 243, p. 5222 (31-08-1953).
86. Ministerio de la Gobernación. Orden de 29-08-1933 nombrando a los señores que se mencionan Médicos clínicos del Servicio Antivenéreo de Elche, Orihuela, Andújar, Langreo y Chamartín de la Rosa. Gaceta de Madrid 1933; nº 244, p. 1457 (01-09-1933).
87. Daudén Sala C, Daudén Tello E. Calle Dr. Daudén (Chinchilla de Montearagón). Disponible en: http://www.chinchillademontearagon.com/d_calles/c_doctor_dauden/doctor_dauden.htm. Acceso: 30-07-2016.

Origen de la blefaroplastia en España

Vicente Manuel Leis Dosil

Servicio de Dermatología.

Hospital Universitario Infanta Sofía. San Sebastián de los Reyes (Madrid)

Introducción

Hablar del origen de la blefaroplastia en España es hablar de la rivalidad entre dos figuras de la cirugía del siglo XIX: Hysern y Argumosa.

Ambos cirujanos pugnaron por el reconocimiento público y administrativo de la originalidad de su técnica quirúrgica, dando pie a encarnizados debates en la prensa científica de la época.

Los protagonistas de la historia

Para contextualizar los hechos, es preciso repasar algunos aspectos relevantes de la biografía de estos cirujanos.

Joaquín Hysern y Molleras (Fig. 1) nació en Banyoles, provincia de Gerona, el 4 de mayo de 1804. Era hijo del médico de dicha localidad.

Estudió medicina en el Real Colegio de Cirugía de Barcelona. Terminó sus estudios en 1828, siendo nombrado profesor ayudante y médico en el hospital de la Santa Creu. En 1830 accedió a la Cátedra de Anatomía en la Facultad de Medicina de Madrid y en 1837 consiguió la cátedra de Fisiología en el Real Colegio de Cirugía de San Carlos.

Hysern recibió la Cruz de Epidemias y la Medalla de Oro de 1ª clase de las Facultades de Medicina del Reino, por su papel como comisionado para investigar unos brotes de cólera, acaecidos en el norte de España en 1835. Tres años más tarde, fue nombrado médico de cámara de Isabel II y al año siguiente fue a París y Montpellier como médico de cámara del infante Francisco de Paula. Estando en Francia pudo asistir a las clases de la cátedra de Magendie y fue protegido nada menos que por Velpeau.



Figura 1: Joaquín Hysern y Molleras.

En 1841 formó parte de la comisión encargada de reformar los estudios de medicina en España, proceso en el que se suprimieron los Colegios de Cirugía.

Diego de Argumosa y Obregón (Fig. 2) nació en Cantabria el 7 de julio de 1792. En algunos documentos consta que nació en Villapresente y en otros que lo hizo en el próximo Puente de San Miguel. Su padre era cirujano. Comenzó su actividad médica en el ejército durante la Guerra de la Independencia en Cantabria. En 1820 consiguió el grado de Doctor en el Colegio de San Carlos y en 1829 fue nombrado catedrático de “Afectos esternos y operaciones” en el mismo Colegio.

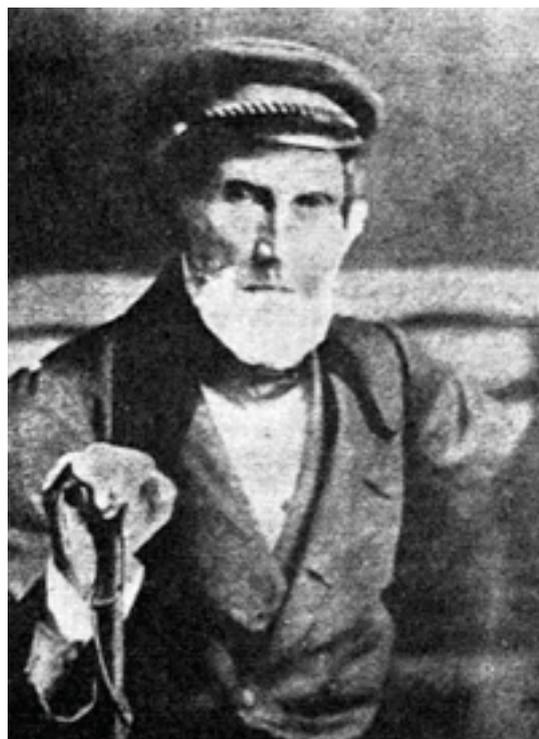


Figura 2: Diego de Argumosa y Obregón.

Constituye una figura clave de la historia de la Cirugía en España. Inventó instrumental quirúrgico y diseñó dispositivos para la inhalación de gases anestésicos. Fue precisamente uno de los pioneros del uso de éter en nuestro país.

Como era habitual en la época, tuvo actividad política, llegando a ser segundo alcalde de Madrid y diputado en Cortes.

El origen del conflicto

En octubre del año 1832, Argumosa se enfrentó a un caso de un tumor que ocupaba todo el espesor del párpado inferior. Por la descripción en la literatura, es probable que se tratase de un carcinoma basocelular. Lo extirpó en su totalidad, pero no pudo encontrar en la literatura del momento ninguna técnica que le sirviese para la reconstrucción. Entonces, diseñó un colgajo romboidal desde el canto externo hasta la sien. Al parecer, Hysern se encontraba en la sala de operaciones presenciando la intervención, invitado por el propio Argumosa.

Al ver que era algo novedoso, decidió exponer su caso en el Colegio y reclamó la autoría de dicho colgajo.

Sin embargo, sorprendentemente, tras la elaboración de unos informes y de la valoración por parte de los catedráticos, la Real Junta Superior Gubernativa de Medicina y Cirugía del Reino no le concedió la originalidad de la descripción a Argumosa, sino a Hysern, que también la había reclamado. Este fue el inicio del enfrentamiento entre los dos autores.

Tratado de la Blefaroplastia Témporo-Facial

Dos años más tarde, en junio de 1834, Hysern publicó su tratado sobre la blefaroplastia. En la portada del libro (Fig.3) hacía referencia a una “Nueva operación ejecutada ya con éxito en 1829 y 1833”. Efectivamente, en los dos últimos capítulos del libro se describen brevemente estas dos intervenciones.

La primera es presentada como “Blefaroplastia ejecutada en 1829 para la restauración de la mitad esterna de ambos párpados del ojo izquierdo. Resultado feliz. Restauración perfecta con todos los movimientos palpebrales libres y espeditos, cicatrices lineares, deformidad muy poco notable”. Se trataba de una joven de 20 años con una herida traumática en los párpados del ojo izquierdo, provocada por una “grande cuchilla tirada con violencia por una mujer en un arrebató de cólera”.

Tras la cirugía “los párpados se abrían y cerraban con facilidad [...]. Se formó un ligero ribete bastante consistente en el borde libre [...] y casi no se diferenciaban estas de las naturales sino por la falta de pestañas”.

La segunda “Observación práctica”, es descrita como “Blefaroplastia ejecutada en 1833 para la restauración del párpado inferior estirpado en su totalidad, hasta mas abajo del suelo de la base de la órbita, habiendo sido imprescindible excindir la conjuntiva palpebral y la ocular hasta la parte inferior de la córnea, y disecar y estirpar el tejido celular de la parte inferior de la cuenca del ojo, hasta dejar enteramente al descubierto el músculo oblicuo inferior. El resultado fue bastante feliz, y mucho mas de lo que podía racionalmente esperarse. El ojo queda enteramente á cubierto y bien cerrado cuando se cierran los párpados. Solo ha resultado hácia el tercio interno del borde libre del párpado inferior una pequeña pérdida de sustancia, de cosa de dos líneas y media de ancho, y de algo mas de una de altura, cuyo defecto solo se ve cuando esta abierto el ojo. Todas las heridas se cicatrizaron enteramente, aunque las cicatrices externas quedaron algo anchas, de una a tres líneas”.

A lo largo del tratado, Hysern hace un repaso de los fundamentos anatómicos y propone unos principios para cualquier procedimiento en los párpados.

Además, hace una descripción teórica, sin casos prácticos, de otras posibles técnicas reconstructivas, según donde se localice el defecto (Fig. 3).

De ser cierto lo expuesto en este libro, Hysern habría realizado una blefaroplastia con una técnica original, tres años antes que Argumosa. Aunque esto, como veremos, fue bastante discutido por el propio Argumosa años más tarde.



Figura 3: Portada del Tratado de Blefaroplastia Témpero-Facial de Joaquín Hysern y Molleras (1834).

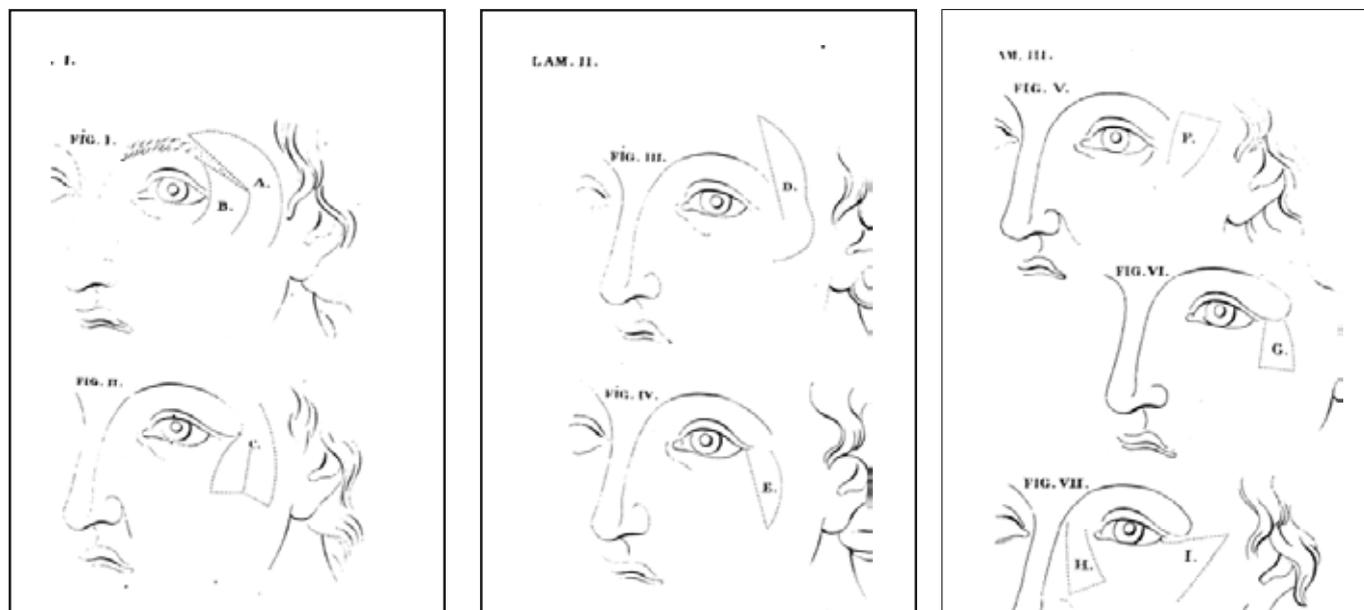


Figura 3: Esquemas en el Tratado de Hysern.

1835: se reaviva la polémica

En el verano de 1835, los lectores del Boletín de Medicina, Cirujía y Farmacia, pudieron seguir el intercambio de acusaciones entre Argumosa, Hysern y Melchor Sánchez de Toca que, queriendo o no, se vio implicado en la polémica.

En el número del 18 de junio, Sánchez de Toca comenta un caso de una queiloplastia en la que era necesario restaurar la funcionalidad del orbicular de los labios. En un punto del relato dice “la idea fundamental de este método, esto es, la restauración del músculo orbicular pertenece [...] íntegramente al doctor don Joaquín Hysern, dignísimo catedrático y disector del Real Colegio de san Carlos, bien conocido en esta capital, no menos por su destreza que por sus conocimientos. [...] el plan de los cortes y el modo de restauración es enteramente análogo al que en 1832 empleó con toda felicidad el distinguido catedrático de operaciones del mismo Colegio don Diego Argumosa, para extirpar y restaurar la mitad interna del párpado inferior en una operación de blefaroplastia”

Este comentario de Sánchez de Toca provocó el enfado de Argumosa, que reclamó una reparación y recordó el veredicto de la junta de catedráticos en 1832, acusándolos de parciales e inquisitoriales:

“la propiedad de un concepto original y precioso para la Cirujía, como es la blefaro-plastia ó restauración del párpado inferior por un método enteramente original (y producto exclusivo de mi limitada inteligencia) [...] Es verdad que el señor Hysern, aunque destituido de toda razón y derecho, se vió, sin embargo, luego puesto de hecho en el goce pleno de esta propiedad por un fallo terminante [...] de la Real junta superior gubernativa de Medicina y Cirujía del Reino; fallo de índole singular, y fundado (como en ello se contiene) en un informe inquisitorial de la junta de catedráticos del colegio”.

En su carta, Argumosa acusaba a Hysern de no haber tenido otro papel en la génesis de la nueva técnica que el de espectador en la operación realizada por él en 1832.

En el número 58, de 9 de julio, los editores de la revista se desentendieron de la polémica, declarando que debía ser el propio Sánchez de Toca el que diese la satisfacción a Argumosa.

Y así lo hizo, en el siguiente número del 16 de julio. Se defendió argumentando que, aunque acudió a la famosa junta literaria de 1832, desconocía la resolución. También opinaba que fue Hysern el que le mostró la importancia de mantener las fibras musculares en el colgajo y daba credibilidad al supuesto caso operado con éxito por él en 1829 y citado en su tratado de blefaroplastia. Si bien, volvía a comentar que el “plan de los cortes” pertenecía a Argumosa y declaraba que no era su intención ser parcial o atacar al honor del propio Argumosa.

Esta satisfacción no sólo no calmó los ánimos de Argumosa, sino que lo indujo a redactar otra carta de respuesta, de nada menos que 5 páginas, publicada el 10 de septiembre de ese mismo verano. Consideraba que, en contra de lo declarado por Sánchez de Toca e Hysern, a él, y sólo a él, le correspondía la originalidad intelectual. Según él, una prueba de que Hysern no pudo ser el inventor de la técnica es que, cuando él iba a operar su caso de tumor de párpados en octubre de 1832 y preguntó a Hysern si se le ocurría alguna solución, este no supo proponerle ninguna reconstrucción.

Continuaba haciendo una revisión crítica de todos los colgajos descritos por Hysern en su tratado, haciendo ver que en ningún caso ilustraba el procedimiento completo, que no había ejemplos prácticos y enumeraba los posibles errores y complicaciones de cada opción.

Pasó el tiempo, pero la polémica continuó

En los años siguientes, Hysern intentó dar explicaciones y justificaciones en varias publicaciones. También pretendió hacer ver a Argumosa que ambos tenían una formación y trayectoria similares.

Sin embargo, el 30 de noviembre de 1849, Argumosa publicó una obrilla titulada “Otra fraterna amorosa. Dirigida al mismo Hisern, y por el mismo Argumosa” (Fig. 4). Se trata de un texto de 30 páginas, en el que podemos entrever los que quizá eran los verdaderos motivos de la gran enemistad entre ambos.

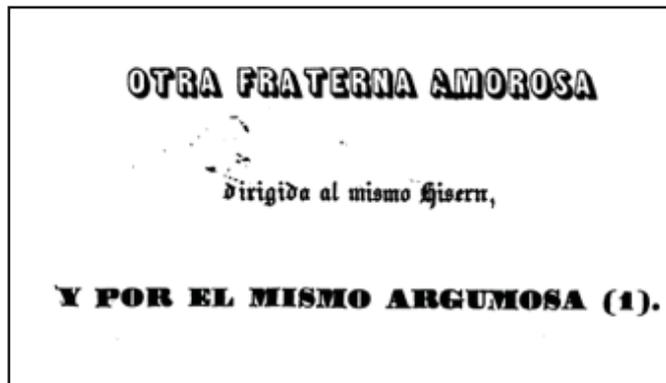


Figura 4: Título de la obra “Otra Fraterna Amorosa. Dirigida al mismo Hisern y por el mismo Argumosa” (1849).

Argumosa fue desgranando a lo largo del libro los motivos por los que él consideraba que sus logros tenían más mérito que los de su rival. Por ejemplo, describía su acceso a la cátedra de “Afectos esternos y operaciones” como un “camino cubierto de espinas y minado de abismos”, en comparación con la cátedra de Hysern, un “vergel pintoresco y matizado de flores”. Dejaba, además, patente el malestar que le ocasionó el hecho de que Hysern alcanzase, de forma meteórica en pocos años, la misma categoría que él en la universidad, y con el mismo sueldo de 8000 reales.

También le echaba en cara que, mientras que él se sacrificó y rechazó lucrativas propuestas para cumplir con sus obligaciones, Hysern se fue al extranjero como médico del infante Francisco de Paula, abandonando su cátedra.

Y volviendo a la blefaroplastia, insistía en que Hysern le usurpó la “memorable operación quirúrgica que yo hice” y en que toda la doctrina de su Tratado, que define como “improvisada novela”, “no vale ni merece un bledo”.

Los últimos años

En 1856, ya en el final de su carrera, Argumosa publicó la que quizá sea su mayor obra, el “Resumen de Cirugía” (Figs. 5 y 6). Lejos de haber pasado página, retomó el conflicto dejando patente de nuevo su malestar. Aparecen en una nota a pie de página referencias de la sesión pública de 1832 cuando, según él, “se levantó una pretensión asaz pueril en demanda de la originalidad de aquel pensamiento. Llegó el ruido á nuestro capitolio y los procónsules que entonces le ocupaban decidieron [...] que mi invención no era mía, sino de su paisanet y protegido... ¡Cuánto se rebajaron todos!”.



Figura 5: Portada del Resumen de Cirugía, de Diego de Argumosa (1856).

Por suerte, también se dedicó a hablar de lo que mejor sabía hacer, la cirugía, y compartió un nuevo caso, de 1847, en el que diseñó dos colgajos de transposición para reconstruir un

defecto en la mitad externa de ambos párpados. En uno de los colgajos, conservaba una hilera de pelo de la línea de implantación fronto-temporal para sustituir a las pestañas.

Tras varias polémicas con otros compañeros de la Universidad, y después del escándalo de las llagas de Sor Patrocinio, Argumosa abandonó Madrid y volvió a su Cantabria natal, falleciendo en Torrelavega en 1865.

El final de la carrera de Hysern también se vio envuelto en la polémica, al ser uno de los principales introductores de la homeopatía en España. Falleció en Madrid, en 1883.



Figura 6: Esquema de colgajo en Resumen de Cirugía.

REFERENCIAS

1. Diego de Argumosa. Resumen de Cirugía. Imprenta y Estereotipia de Don José María Alonso. Madrid. 1856.
2. Joaquín Hysern y Molleras. Tratado de la blefaroplastia témporo-facial. Imprenta de Don Marcelino Calero. Madrid. 1834.
3. Diego de Argumosa. Otra fraterna amorosa, dirigida al mismo Hisern y por el mismo Argumosa. Imprenta de Don Gabriel Gil. Madrid. 1849.
4. Boletín de Medicina, Cirujía y Farmacia. Tomo segundo. Desde el número 31 al 83 inclusive, correspondientes al año 1835. Imprenta que fue de Fuentenebro. Madrid. 1836.

Dilatador uretral de Kollmann

Eusebio Torres López y Salvio Serrano Ortega***

***Dermatólogo. Coronel médico. Granada.**

****Catedrático de Dermatología. Profesor Emérito de la Universidad de Granada.**

El dilatador de Kollmann es un instrumento articulado utilizado para la dilatación uretral en casos de estenosis. Estos dilatadores, conocidos vulgarmente como “paraguas”, se diseñaron a final del siglo XIX por los médicos alemanes Oberlaender y Kollmann ⁽¹⁾, muchos de ellos, además de dilatar, permitían instilar o irrigar con soluciones medicamentosas ⁽²⁾, como el que presentamos.

La estenosis o estrechamiento uretral es una disminución del calibre de la uretra, en virtud de la cual pierde la facultad de dilatarse para dar paso a la orina. De acuerdo con sus características, las estenosis uretrales se clasifican en congénitas y adquiridas. Estas últimas pueden ser espasmódicas, inflamatorias, cicatriciales y orgánicas ⁽³⁾. La estenosis espasmódica se produce por contracción de la musculatura, la inflamatoria por aumento del volumen de la mucosa uretral y la estenosis cicatricial es consecuencia de la formación de tejido cicatricial secundario a traumatismos o a infecciones. Por último, los estrechamientos orgánicos son secundarios a uretritis, sobre todo a la uretritis gonocócica.

La inflamación en las uretritis normalmente cede cuando se cura la infección (*“restitutio ad integrum”*), pero en ocasiones, cuando la uretritis se cronifica, se forma una fibrosis que condiciona la estenosis, haciendo válida la vieja máxima de que *“La gonorrea es una falta de la juventud que se paga en la edad adulta”*. La estenosis uretral secundaria a la blenorragia es consecuencia directa de la infección y no de la inyección intrauretral de nitrato, como demostró Pareja Garrido en 1889 ⁽⁴⁾. Aunque las estenosis se pueden presentar a lo largo y ancho de toda la uretra, son más frecuentes en la curvatura subpubiana ⁽¹⁾.

Los tratamientos de las estenosis uretrales se dividían clásicamente en tres procedimientos: dilatación, cauterización e incisión o uretrotomía.

La cauterización consistía en aplicar en la uretra un producto cáustico (nitrato de plata, sosa, etc.), para producir una quemadura química, que iría curando sobre una sonda uretral. Se abandonó pronto.

La uretrotomía estaba indicada cuando la dilatación no era posible. Puede hacerse por vía externa o interna. La uretrotomía externa se hacía a través de una incisión en la zona del perineo sobre la uretra, se disecaba y seccionaba la estrechez y se colocaba una sonda para guiar la cicatrización por segunda intención. La uretrotomía interna en la actualidad se hace mediante uretroscopia, pero antes se hacía mediante un dilatador equipado con una o varias cuchillas cortantes, que seccionaban la zona de estenosis, produciéndose luego una cicatrización por segunda intención sobre una sonda. Su principal complicación era la recidiva de la estenosis, por lo que había que dejar la sonda mucho tiempo y luego iniciar dilataciones, si era preciso. Uno de los uretrotomos más usados fue el de Maisonneuve.

La dilatación fue el método más empleado y de elección en la mayoría de los casos en los que se puede pasar una pequeña sonda sin ocasionar grandes molestias. Se procede con tallos dilatadores cada vez más gruesos. Se empieza con un dilatador fino y se repite cada dos o tres días, aumentando progresivamente el diámetro del dilatador, según tolerancia. En ocasiones, después de la dilatación, se produce sensación de quemazón urente al orinar; en estos casos hay que ver el pH de la orina, ya que, si es muy ácido, es conveniente alcalinizarla. Cuando se ha llegado a obtener una dilatación suficiente no se debe suspender, sino ir demorando las sesiones hasta una vez cada 15 o 30 días, para evitar la recidiva.

Instrumental

Sólo veremos los empleados para la dilatación.

Los más empleados son los dilatadores de Béniqué (Figura 1), diseñados por Pierre Jules Béniqué (1806-1851), de la Escuela Politécnica de Francia. Consisten en unos tallos cilíndricos de diámetro variable, numerados, que se introducían en la uretra para facilitar su dilatación progresiva. El tratamiento duraba alrededor de un mes con varias sesiones ⁽⁵⁾. En un principio eran de plata y posteriormente se hicieron de peltre, una aleación de plomo, estaño y algún otro metal más maleable y los más modernos niquelados, cromados o de material plástico ⁽⁶⁾.

Otros métodos introducidos al final del siglo XIX provocaban una dilatación rápida con divulsión (“dilatación o abertura forzada de un canal o conducto del organismo”), distensión (“estiramiento por tensión de los tejidos o ligamentos de una articulación sin llegar a la rotura”) y rotura de la estenosis. Estos instrumentos más modernos, como los dilatadores de Kollman y Oberlander, permiten una dilatación mayor y más rápida que la conseguida con los beníqués, con los que es difícil usar más allá del nº 60 ⁽⁷⁾.

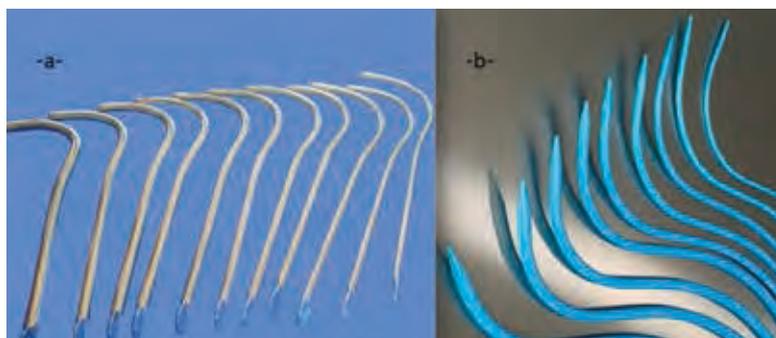


Figura 1.- Dilatadores de Béniqué. -a- Dilatadores metálicos. -b- Dilatadores de plástico de Mednova Medical Technology

Los primeros dilatadores de este tipo, llamados “de paraguas”, tenían dos láminas paralelas que se separaban, accionados por un pomo milimetrado, a voluntad del operador. Posteriormente se introducen los dilatadores de Oberlaender y Kollmann, con más láminas y más eficaces. En versiones siguientes se incorporó al dilatador, en su misma estructura, una sonda para irrigación ⁽⁸⁾. Estos dilatadores pueden ser rectos o curvos. Los primeros están destinados a la dilatación de la uretra anterior y pueden ser más o menos largos, según la extensión de la estenosis a tratar. Los curvos, destinados a la dilatación de estenosis de la uretra posterior, pueden tener una curvatura corta y suave (Forma Dittel) o más larga y más curva (Forma Guyton).

Clásicamente, los dilatadores de Oberlaender tenían dos ramas y los de Kollman cuatro, en ambos se fue incorporando la irrigación con uno o dos canales y se diseñaron dilatadores rectos y curvos de distinta longitud. Luego se introducen dilatadores de tres ramas, como el descrito por Franck E.K.W., que es básicamente similar al de cuatro ramas de Kollman ⁽¹⁾.

El dilatador o divulsor que presentamos (Figura 2), es un dilatador, revulsor e irrigador de tres brazos que, por su longitud y curvatura, permite la dilatación de la uretra en toda su extensión, no solo de la parte posterior. Cuando está cerrado tiene un diámetro de 5 mm (18 Charrrière) y alcanza los 12 mm cuando se abre. Consta de un tallo con una longitud útil de 21 cm, un tope regulable para el glande y dos conductos irrigadores, junto a los que se encuentra



Figura 2.- Dilatador que presentamos. -a- Dilatador cerrado. -a'- Dilatador abierto.
 -b- Detalle de la parte distal del dilatador abierto. -c- Cruceta para facilitar el manejo del aparato. -d- Detalle de las dos entradas de los irrigadores y del tope para el prepucio.
 -e- Rueda para regular la apertura del dilatador.

un tornillo, que permite desmontar el sistema para facilitar la esterilización. En la parte fija se encuentra una cruceta, que facilita su manejo y una escala graduada desde el 40 al 90, que se acciona a voluntad con una rueda para aumentar y disminuir el diámetro dilatador.

Para terminar, el Prof. Leonardo de la Peña Díaz (1875-1957), primer catedrático de urología de la Universidad Complutense, en su discurso de ingreso en la Real Academia de Medicina, el 27 de marzo de 1930, aconsejaba: *“cuando se hayan de emplear bujías o catéteres dilatadores, y sobre todo el Kollmann, como tratamiento de la uretritis crónica o de las estrecheces uretrales, se empleará también a máxima dulzura,*

estudiando la dureza y elasticidad de la pared uretral para evitar la producción de hemorragias, causa de cicatrices ulteriores...”

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Oberlaender FM, Kollmann A. Bloennorrhagie chronique et ses complications. Lib. Felix Alcan, Paris, 1912.
- 2.- Potenziani Bigelli Julio César. Crónicas ilustradas e la Urología y Ciencias afines. Tomo II. La Urología llega a su máximo desarrollo Siglo XX-Siglo XXI 1900-2010. https://www.researchgate.net/profile/Dr_Julio_Potenziani/publication/238831531_Libro_Cronicas_Ilustradas_de_la_Urologia_y_Ciencias_afines_Tomo_2_La_Urologia_llega_a_su_maximo_desarrollo_Siglo_XX_y_Siglo_XXI_1900--2010/data/0c96051bfacc3dc5bd000000/Tomo2.pdf (Consultado en 15 de oct 2018)
- 3.- Mota M. Estudio clínico de las estrecheces de la uretra y su tratamiento. Imprenta de Ignacio Escalante, México, 1880.
- 4.- Pareja Garrido J. Elementos de patología venérea. Imprenta de la Viuda e Hijos de Paulino V Sabatel, Granada, 1889.
- 5.- Elizalde Benito FJ, Capapé Poves V, Mata Orús M et al. Las sondas de Bénéqué, un procedimiento vanguardista del siglo XIX vigente en la actualidad. Poster 328. Congreso Nacional de Urología. Granada 2013.
- 6.- Catálogo de Mednova Medical Technology. Disponible en <http://www.med-nova.com/en/product-details.asp?id=481> (consultado en 2 de nov, 2018).
- 7.- Bruni C. Compendio di Clínica Terapéutica delle Malattie Urinarie. Casa Editrice Libreria Vittorio Idelson, Napoli, 1921.
- 8.- Brandes SB. Urethral reconstructive surgery. Humana Press, Saint Louis, 2008, pp. 348-50.
- 9.- De la Peña Díaz L. Algunos problemas interesantes sobre anatomía y técnica urológica. Discursos leídos en la Real Academia Nacional de Medicina. Imprenta clásica española, Madrid, 1930, p. 30.





IV SEMINARIO DE HISTORIA DE LA DERMATOLOGÍA

Lerma

(Burgos)

16 de septiembre de 2019

Editor

Eduardo Fonseca Capdevila



© Eduardo Fonseca Capdevila

© De los autores

Reservados todos los derechos.

Queda prohibida, sin autorización escrita de los titulares del copyright, la reproducción parcial o total de esta obra por cualquier medio o procedimiento, comprendidos la reprografía y el tratamiento informático.

Depósito Legal: C 458-2020

ISBN: 978-84-09-19536-7

Editado por la Fundación Profesor Novoa Santos

Xubias de Arriba 84, 15006 A Coruña (España)

Impreso en España

ÍNDICE

Presentación

Eduardo Fonseca Capdevila 5

José Pareja Garrido (1856-1935).

Primer Catedrático de Dermatología de la Universidad de Granada

Salvio Serrano Ortega 7

Observaciones clínicas y dermatológicas en la Pasión de Jesús

José María Rojo García 15

Interés del Ministerio de la Guerra en el método del Dr. Ehrlich para la curación de la sífilis (Madrid 15/9/1910)

Juan José Vilata Corell 19

Los microabscesos de Pautrier

Ángel Fernández Flores 29

Alopecias frontales en el arte

Olga Marqués Serrano 35

Historia de los tatuajes

José Carlos Moreno Giménez y Doris Muñoz Borrás 49

El Hospital de San Juan de Dios de Madrid: Apuntes para su historia

Eduardo Fonseca Capdevila 57

Twitter como herramienta para la historia de la dermatología

Ángel Luis Mones Iglesias 67

Criocauterio de Lortat Jacob

Salvio Serrano Ortega y Cristina Serrano Falcón 75

PRESENTACIÓN

En esta publicación incluimos las ponencias del IV Seminario de Historia de la Dermatología, que tuvo lugar en el Parador Nacional de Lerma (Burgos), el 16 de septiembre de 2019.

A los ponentes que ya habíamos participado en ediciones anteriores, se sumó Ángel Luis Mones Iglesias (Fig. 1), documentalista del Hospital Vital Álvarez Buylla, Mieres (Asturias), muy vinculado a la dermatología asturiana y que ya venía colaborando con el Dr. José Ramón Curto y en la organización de los seminarios previos. Le agradecemos también su ayuda en la normalización de la bibliografía de esta monografía y, como al resto de los autores, sus valiosas aportaciones.



Ponentes y participantes en el IV Seminario de Historia de la Dermatología. De izquierda a derecha:
Dr. Iván Cervigón González, Dr. Víctor López-Barrantes Trinchant, Dr. José M^a Rojo García, Dr. Salvio Serrano Ortega,
Dr. José Carlos Moreno Giménez, Dr. Eduardo Fonseca Capdevila, Dra. Olga Marqués Serrano, Dr. Juan José Vilata Corell,
Dr. Ángel Fernández Flores, D. Ángel Luis Iglesias Mones y Dr. Jesús Domínguez Silva.

El marco de Lerma fue excelente, como nos suelen tener acostumbrados los paradores nacionales, el nivel de las ponencias fue muy alto, así como el de la discusión, tratándose en ambos temas muy variados. Aún más hay que destacar el excelente clima de amistad y espíritu de colaboración en que se desarrolló tanto la reunión científica como la estancia y las actividades culturales realizadas.

Esperamos que estos seminarios puedan seguir aportando conocimiento a la historia de la dermatología y que dinamicen la realización de otras reuniones y publicaciones en este campo, que estimamos no ha recibido la atención que merece.

La Coruña, febrero 2020

Eduardo Fonseca Capdevila

José Pareja Garrido (1856-1935).

Primer Catedrático de Dermatología de la Universidad de Granada

Salvio Serrano Ortega.

Catedrático de Dermatología. Profesor Emérito de la Universidad de Granada.

1. DATOS GENERALES

D. José Pareja Garrido, nació en Granada el día 11 de agosto de 1856, en la casa nº 8 de la calle Rector López Argüeta, junto a la Facultad de Medicina¹. Fue el último hijo de los diecinueve que tuvieron sus padres, D. Juan de Dios Pareja Martos y Dña. María Gracia Garrido Hernández. Dos días después, el 13 de agosto, fue bautizado en la Iglesia Mayor Parroquial de los Mártires San Justo y Pastor, por el coadjutor de dicha parroquia D. Felipe Yébenes y Delgado, con el nombre de José, Tiburcio, Susano, de la Santísima Trinidad² (Fig. 1). Actuaron como padrinos D. José Ortega y Dña. Dolores Pareja y como testigos D. José y Dña. Bernarda Pareja.

Se casó el 19 de mayo de 1883 con Dña. Francisca Yébenes Roldán. Su hijo, D. José Pareja Yébenes, fue profesor auxiliar de Dermatología, catedrático de Patología Médica y su Clínica, rector de la Universidad de Granada y ministro de Instrucción Pública y Bellas Artes con el gobierno Lerroux, de la Segunda República, desde el 16/12/1933 al 3/3/1934³.

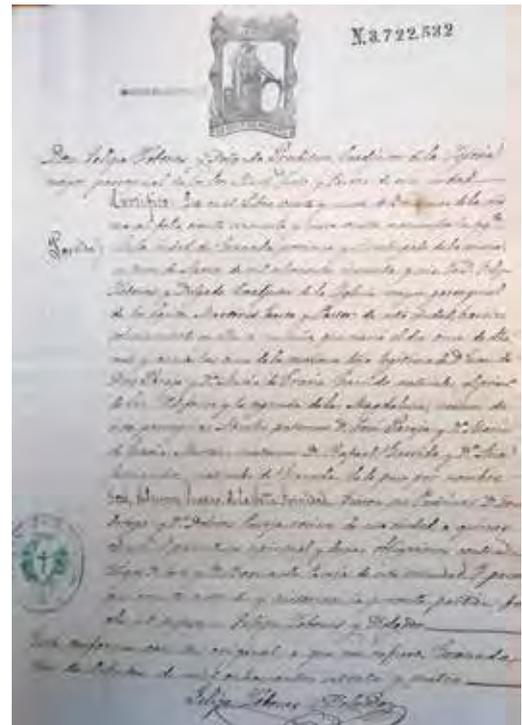


Figura 1.- Partida de bautismo. Parroquia de los Santos Mártires Justo y Pastor. Libro 29 Folio 159. Don Felipe Yébenes y Delgado, presbítero coadjutor..... bauticé a un niño que nació el día once de este mes y año....."a un niño que nació el día 11 de agosto de 1856. Se le puso de nombre José, Tiburcio, Susano, de la Santísima Trinidad.

2. ESTUDIOS. EXPEDIENTE ACADÉMICO

En el curso 1866-67, con 10 años de edad, ingresó en el Instituto de Segunda Enseñanza de Granada y finalizó el bachillerato en septiembre de 1871. Los días 19 y 29 de enero de 1872 aprobó el Examen de Grado de Bachiller⁴.

A los 16 años, el 20 de septiembre de 1870, solicitó a la Universidad de Granada permiso para matricularse de las asignaturas del primer curso en la Facultad de Medicina: Física, Química, Primero de Anatomía, Primero de Disección y Osteología⁵. Llama la atención el pie del documento donde figura la cantidad a pagar por el primer plazo de matrícula, 35 escudos, ya que la peseta se impuso como moneda oficial de España el 19 de octubre de 1868, siendo ministro de Hacienda del Gobierno Provisional del General Serrano D. Laureano Figuerola. La peseta sustituyó al escudo de plata, de corta vida durante el reinado de Isabel II. La primera peseta se acuñó en plata de ley de 835 milésimas en 1869, con un peso 5 gramos y dos escudos equivalían a 5 pesetas⁶. Después de la aceptación de la peseta como moneda de curso legal, se concedió una moratoria, hasta el 31 de diciembre de 1870, antes de abandonar el escudo como moneda al uso⁷.

Ingresó en la Facultad de Medicina en el curso 1869-70 y finalizó los estudios de Medicina en 1874, pagando los derechos del título de licenciado, dos escudos (cinco pesetas) el 6 de octubre de 1874, con 19 años recién cumplidos⁸.

Resulta extraño como en tan poco tiempo pudo alcanzar el grado de licenciado en medicina. Lo podemos explicar gracias al Decreto de 25 de octubre de 1868 del Gobierno Provisional, firmado por el ministro de Fomento Ruiz Zorrilla, en el que se organizaban los estudios de segunda enseñanza y de la Facultad de Medicina. En el Artículo 1º de dicho decreto se estableció que el alumno tenía que aprobar una serie de asignaturas para solicitar en Grado de Bachiller en Artes¹ y para ser médico, el Artículo 33, establecía estas condiciones:

- 1º Ser Bachiller en Artes.
- 2º Estudiar en la Facultad de Ciencias Exactas, Físicas y Naturales las asignaturas de Ampliación de Física experimental, Química general, Zoología, Botánica y Mineralogía con nociones de Geología.
- 3º Cursar las asignaturas establecidas para el “Grado de Bachiller en Medicina”² y las del “Periodo de Licenciatura”³.

En este plan de estudios, se establecía que los alumnos estudien las asignaturas “del modo y forma que más les convenga”, con una serie de limitaciones, como que las asignaturas que han de cursar en la Facultad de Ciencias se tienen que hacer antes que las de Medicina; el aprobado de Anatomía ha de preceder a las demás de la Facultad; el de la de Fisiología, al de Higiene privada, y el de la de Patología general, al de las materias de Medicina operatoria y Patología especiales. Por tanto, los alumnos tenían libertad para matricularse en las asignaturas que quisieran y examinarse en las convocatorias que desearan. Sólo tenían que solicitarlo previamente y tener aprobadas las asignaturas “llave”⁹.

En el expediente del Dr. Pareja Garrido observamos que todas las asignaturas del Periodo de Licenciatura las aprobó en el curso 1873-74, entre las convocatorias de junio y septiembre (Fig. 2), y, ese mismo año, realizó el examen de licenciatura con premio extraordinario¹⁰. En sus años de la Facultad de Medicina de Granada, fue alumno Interno por oposición de Patología Médica desde marzo de 1872 hasta finalizar la licenciatura¹¹.

CURSO	ASIGNATURA	CALIFICACION	PREMIOS Y OMBROS
1873-74	Física Experimental	Aprobado	
	Química General	Aprobado	
	Anatomía Descriptiva y General (1º Curso)	Aprobado	
	Ejercicios de Disección (2º)	Aprobado	
	Osteología	Aprobado	
1873-74	Anatomía Descriptiva y General (2º Curso)	Sobresaliente	
	Ejercicios de Disección (2º)	Aprobado	
	Fisiología	Notable	
	Higiene Privada	Sobresaliente	
	Patología General	Aprobado	
1873-74	Terapéutica, Materia Médica y Arte de Recetar	Aprobado	
	Patología Quirúrgica	Aprobado	
	Obstetricia y Patología Esp. de las Mujeres y los Niños	Aprobado	
1873-74	Patología Médica	Aprobado	
	Clínica Quirúrgica (2º año)	Aprobado	
	Materia Quirúrgica, Apósitos y vendajes	Aprobado P.	
	Higiene Pública	Aprobado	
	Clínica Médica (1º curso)	Aprobado	
	Clínica de Obstetricia	Aprobado	
	Clínica Quirúrgica (1º año)	Notable	
	Historia Natural	Aprobado	
	Higiene Privada	Sobresaliente	
	Clínica Médica (2º año)	Sobresaliente	
	Traducción Libre y Toxicología	Sobresaliente	

Figura 2.- Expediente personal del Alumno. AUG. Caja 00494-037

¹ El Bachiller en Artes queda organizado así: Gramática latina y castellana: dos cursos; lección diaria. Elementos de Retórica y Poética; lección diaria. Nociones de Geografía; un curso de tres lecciones semanales. Historia de España; un curso de tres lecciones semanales. Aritmética y Álgebra; lección diaria. Elementos de Física y Química; lección diaria. Nociones de Historia natural; tres lecciones semanales. Psicología, Lógica y Filosofía moral; lección diaria. Fisiología e Higiene; tres lecciones semanales.

² Los contenidos del Grado de Bachiller en Medicina se especificaban así en el Artículo 34: “Para aspirar al grado de Bachiller en Medicina se necesita haber aprobado las asignaturas siguientes: Anatomía descriptiva y general (dos cursos de lección diaria), Ejercicios de Osteología (treinta lecciones), Ejercicios de Disección (dos cursos de lección diaria desde 1º de Noviembre a 15 de Abril), Fisiología (un curso de lección diaria), Higiene privada (sesenta lecciones), Patología general con su Clínica y Anatómica Patológica (un curso de lección diaria), Terapéutica, Materia Médica y Arte de recetar (un curso de lección diaria), Patología quirúrgica (un curso de lección diaria), Anatomía Quirúrgica, Operaciones, Apósitos y Vendajes, (un curso de lección diaria), Patología Médica (un curso de lección diaria) y Obstetricia y Patología Especial de la Mujer y de los Niños (un curso de lección diaria)”.

³ En el Artículo 36 se especifican los contenidos del Periodo de Licenciatura: “Los estudios del período de la licenciatura, serán los siguientes: Preliminares clínicos y Clínica médica (dos cursos de lección diaria), Clínica Quirúrgica (dos cursos de lección diaria), Clínica de Obstetricia (un curso de lección diaria), Higiene pública (un curso de tres lecciones semanales) y Medicina legal y Toxicología (un curso de lección diaria)”.

3. HISTORIA PROFESIONAL

La labor profesional del Dr. Pareja se desarrolló principalmente en la Universidad de Granada, aunque también fue médico militar un corto periodo.

3.1. Sanidad Militar

En diciembre de 1875 ingresó como Médico Segundo en el Cuerpo de Sanidad Militar, tomó posesión el primero de enero de 1876 e inmediatamente le destinaron como teniente médico a un batallón acuartelado en Portugalete, tras ser tomada esta ciudad por las tropas liberales en el contexto de la Tercera Guerra Carlista (1872-1876)¹². Desde aquí le destinaron a las Islas Chafarinas, donde fue, durante unos meses, director del Hospital Militar y a continuación a Cuba, con el ascenso a capitán, pero, por motivos personales, pidió la excedencia y volvió a Granada¹. En total fue oficial médico solo durante un año y seis meses¹¹. Por tanto, no había cumplido el tiempo reglamentario obligatorio del Servicio Militar y tuvo que incorporarse a filas, esta vez como soldado, en el Regimiento de Málaga, desde donde fue trasladado al Hospital Militar de Granada, en el que permaneció hasta licenciarse. Por eso solía decir que *“era el único español que tenía dos licencias absolutas como militar: una de oficial y otra de soldado”*¹.

3.2. Profesor Universitario

Podemos decir que el Dr. Pareja ocupó todas las categorías del profesorado universitario.

En octubre de 1877 defendió su Tesis Doctoral en la Universidad Central sobre el título “Consideraciones de la génesis de la hiperemia y la inflamación como base de algunas consideraciones clínicas”¹³ (Fig. 3).

Su primer nombramiento como profesor fue, el 10 de diciembre de 1878, como ayudante interino del director de los Museos Anatómicos de la Facultad de Medicina de Granada, nombrado por el rector a propuesta del Claustro, previo concurso de méritos¹¹. Poco después, el 23 de enero de 1879, se confirmó, por oposición, en el destino anterior, que desempeñaría durante dos años, nueve meses y dieciocho días. Cuando tenía 25 años ganó las oposiciones a la Cátedra de Clínica Quirúrgica de la Facultad de Medicina de la Universidad de Granada, con sueldo de 3500 pesetas (R.O. de 21 de marzo de 1882). Desempeñó esta cátedra hasta 1895, año en el que se trasladó a la Cátedra de Anatomía Topográfica, donde permaneció como Catedrático de Anatomía durante siete años¹⁴, para luego volver nuevamente, en 27 de mayo de 1902, por concurso de traslado, a la Cátedra de Clínica Quirúrgica¹⁵, dejando vacante la de Anatomía Topográfica, que ocuparía por traslado de la Cátedra de Anatomía Descriptiva y Embriología de la Universidad de Santiago, D. Víctor Escribano García¹⁶.

En este mismo año de 1902, se incluyó la Dermatología y Sifiliografía como asignatura obligatoria en el currículum de Medicina (R.O. de 21 de mayo de 1902) y por R.O. de 14 de octubre de 1902 se encargó de forma interina al Prof. Pareja¹¹, con un sueldo de 1000 pesetas anuales, la enseñanza de la Dermatología, que simultaneó con la de Clínica Quirúrgica, de la que siguió siendo catedrático hasta el 25 de mayo de 1917, en que se le nombró Catedrático de Dermatología y Sifiliografía con

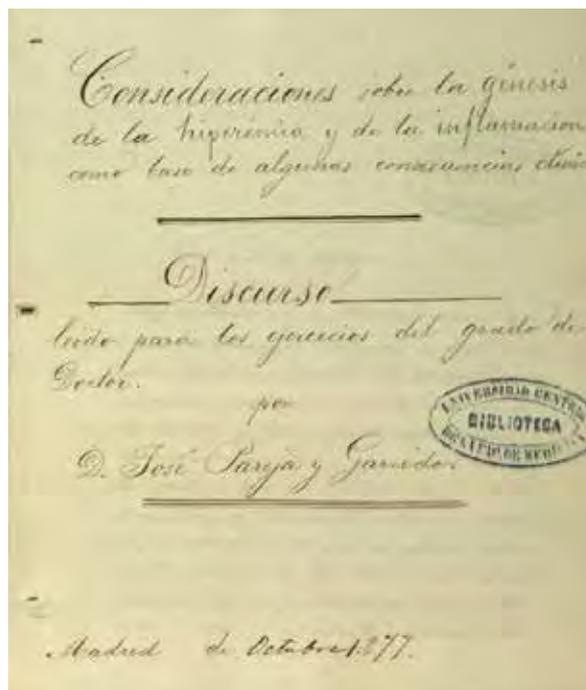


Figura 3.- Discursos para el doctorado.
Legajo 5º nº 88. Ca25778 (88).
Biblioteca de la Facultad de Medicina.
Universidad Central. Madrid.

el mismo haber que disfrutaba anteriormente, de cuyo cargo se posesionó en 1º de junio de 1917¹⁷. Este nombramiento se precedió de una solicitud que la Universidad cursó en febrero de 1916, en la que los profesores que desempeñaban de forma interina la enseñanza de la Dermatología, Otorrinolaringología y Oftalmología, Drs. Pareja Garrido, Federico Olóriz Ortega y Rafael García Duarte, respectivamente, solicitaban su nombramiento como catedráticos de dichas asignaturas¹⁸. El Prof. Pareja se mantuvo al frente de la Cátedra de Dermatología hasta su jubilación, con 72 años, en agosto de 1928 (Gaceta de Madrid nº 232 de 19 de agosto de 1928).

3.3. Actividad Académica

Fue sucesivamente Catedrático de Cirugía, de Anatomía, de Cirugía y de Dermatología y ocupó los cargos académicos de decano de la Facultad de Medicina, vicerrector y rector de la Universidad de Granada.

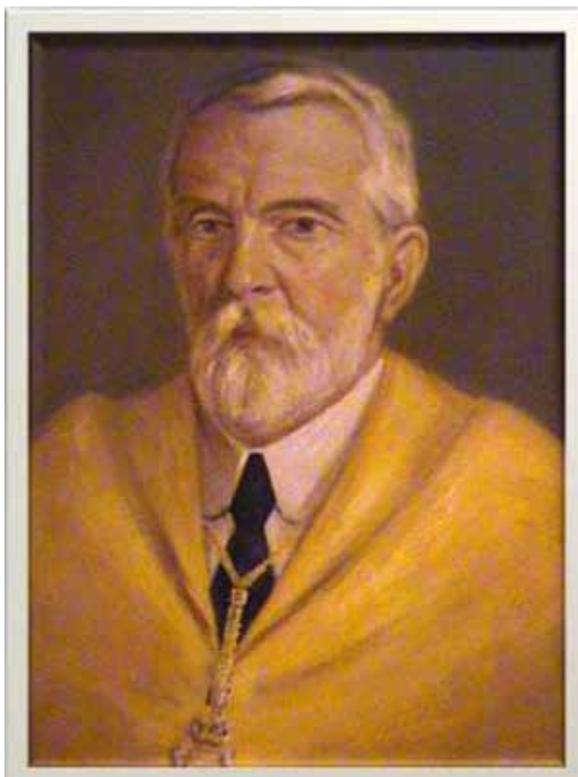


Figura 4.- Retrato de D. José Pareja Garrido.
Galería de Decanos. Facultad de Medicina.
Universidad de Granada.

En 1907 fue nombrado decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Granada, por R.O. de 28 de noviembre de 1907 y permaneció en el cargo hasta primeros de enero de 1913 (Fig. 4). Fue vicerrector con el rector D. Federico Gutiérrez Jiménez, catedrático de fisiología, desde el 17 de mayo de 1913 hasta el 24 de noviembre de 1919, fecha en la que presentó su dimisión, al cesar como rector el Prof. Gutiérrez por jubilación.

Por RO de 20 de enero de 1920 fue nombrado rector de la Universidad de Granada¹⁹ (Fig. 5), cargo del que tomó posesión el 7 de febrero de 1920 y presentó su dimisión el 10 de noviembre de 1922, sustituyéndolo el Prof. Eloy Señán Alonso, catedrático de la Facultad de Filosofía y Letras²⁰. Para entender a Pareja como rector es preciso entrar en su contexto histórico. El 21 de mayo de 1919, siendo ministro de Instrucción Pública y Bellas Artes D. Cesar Silió, del gabinete de Antonio Maura, se aprobó en Cortes el Real Decreto de 21 de mayo de 1919, conocido como el "Decreto de Autonomía Universitaria"²¹, en el que se concedió personalidad jurídica a las universidades, con potestad para redactar sus propios estatutos, como así se hizo en la Universidad de Granada²². De acuerdo con este Real Decreto, la elección del rector la realizaba la propia universidad y el nombramiento ya no lo imponía el Gobierno.

El 15 de enero de 1920 se reunió el Claustro de la Universidad para elegir rector. Fue elegido, por 42 votos de los 44 electores presentes, el Prof. Pareja Garrido, que en oficio de 16 de enero se propuso para su nombramiento al Sr. Ministro de Instrucción Pública y Bellas Artes, del gobierno conservador de Allendesalazar, el albuñolense D. Natalio Rivas¹⁹. Presentó la renuncia al cargo de Rector el 14 de agosto de 1922, en un escrito en el que dice textualmente: "Tengo el honor de participar a VE que habiendo sido elegido Rector de esta Universidad por el voto unánime del Claustro, considero un deber moral ineludible elevar a VE la renuncia de dicho cargo una vez que se ha decretado la supresión de aquel régimen"²³ (Fig. 6). Reiteró su renuncia el 2 de octubre de 1922²⁴ y por fin se le aceptó la dimisión el 11 de noviembre²⁰.

Todavía rector, pronunció el discurso de apertura del curso 1922-1923, en el que hizo una revisión histórica crítica del proceso de autonomía universitaria, desde sus inicios en 1901 hasta su derogación en diciembre de 1922²⁵.

En 1931, siendo presidente de la República D. Niceto Alcalá Zamora, y ministro de Instrucción Pública y Bellas Artes D. Marcelino Domingo, fue nombrado rector honorario de la Universidad de Granada²⁶.

Su jubilación también fue accidentada. Al finalizar el curso 1925-26 le correspondía jubilarse, ya que en agosto cumplió los 70 años, edad reglamentaria de jubilación. Se le hizo un homenaje de despedida¹, pero, unos días antes de su cumpleaños, el 22 de junio de 1926, se había publicado un Real Decreto que retrasaba en dos años la jubilación del profesorado, por lo que continuó activo hasta los 72 años²⁷ y el 26 de mayo de 1928 dio su última lección sobre “Aportación de los Médicos Españoles al estudio de la Sifilografía”²⁸.

3.4. Formación y Actividad Dermatológica

Su formación quirúrgica la adquirió con sus maestros, primero con D. Vicente Guarnerio Gómez (1818-1880), catedrático de Clínica Quirúrgica desde 1857, con el que Pareja fue alumno interno durante dos años, pasando después a la Cátedra de D. Juan Creus y Manso (1828-1897), “el más admirado de mis maestros y uno de los más queridos”, como él mismo lo definió y del que aprendió la “rapidez de ejecución” propia de su escuela²⁹.

La formación dermatológica la adquirió con el Prof. Benito Hernando y Espinosa (1846-1916), catedrático de Terapéutica, Materia Médica y Arte de Recetar de la Facultad de Medicina de la Universidad de Granada desde el 27 de enero de 1872 hasta 1887, en que se trasladó a la Universidad Central de Madrid³⁰. Asistió a los cursos que, de forma libre y desinteresada, el Prof. Hernando comenzó impartir en el curso 1872-73, en la Cátedra y Clínica Libres de Dermatovenereología. Posteriormente, ya siendo catedrático de Cirugía, explicaba en la Facultad las enfermedades cutáneas y venéreas, incluidas en Patología Quirúrgica. Hernando fue discípulo de Olavide y de Domingo Pérez Gallego, que ofrecía clases de la disciplina en el Hospital de San Juan de Dios^{30,31}, con una clara inclinación a la escuela francesa de Dermatología, especialmente hacia Brocq (1856-1928), que mantuvo su discípulo Pareja. Cuando en 1902 se incluyó la Dermatología como materia obligatoria en el curriculum de Medicina, el Dr. Pareja se hizo cargo de la docencia de la misma, de forma interina, sin abandonar la Cátedra de Cirugía hasta 1917, en que renunció a esta para continuar solo en la de Dermatología¹⁷.

Los motivos por los cuales Pareja solicitó la Cátedra de Dermatología y renunció a la Cátedra de Cirugía, nos los cuenta su discípulo Francisco Garrido Quintana “Se explica así su doble carácter al principio de cirujano y dermatólogo, acentuándose la última afición en el transcurso de los años a expensas de la primera, principalmente por la delicada salud física de D. José, que le dificultaba el esfuerzo constante integral que la cirugía ha de rendir...”³².

Su producción científica, de gran calidad, fue corta. Queremos destacar su libro “Elementos de Patología Venérea”, publicado en Granada en 1889³³ (Fig. 7) con fines puramente didácticos para sus alumnos. En la primera parte estudia la sífilis, a la que dedica 10 capítulos y 365 páginas. En la segunda parte habla del chancro venéreo o chancro blando en dos capítulos y 60 páginas y hay una tercera parte dedicada a la blenorragia, que divide en dos capítulos con 52 páginas. En todos estos capítulos hace una magnífica descripción clínica y aborda los tratamientos prácticos con múltiples fórmulas magistrales indicadas en cada caso, haciendo válida la afirmación de su discípulo Garrido Quintana “Cambian las ideas, las teorías, pero los hechos quedan”³². En este libro abordó polémicas de actualidad, como la mantenida entre partidarios y detractores del empleo de los mercuriales en el tratamiento de la sífilis, sobre el empleo de yoduros sin una base científica lógica, la extirpación del chancro en el tratamiento de la sífilis o el problema de los fagedenismos y la defensa del 606 introducido por Ehrlich, ante las evidencias y utilidad del nuevo fármaco³⁴.

Trabajó en la preparación de un libro de Dermatología, destinado a sus alumnos, que finalmente no llegó a publicarse “porque ningún ensayo taxonómico satisfacía bastante su ilusión de lograr una perspectiva armónica en el estudio de la Patología Cutánea”³². Conocemos la clasificación que explicaba en clase por unos trabajos de D. Miguel Guirao Gea^{35,36} y que ya comentamos en un trabajo anterior³⁴. La mayor parte de su producción científica la encontraremos en las revistas Prensa Médica Granadina, la Gaceta Médica y Actualidad Médica, de las que fue director.

3.5. Otras actividades

3.5.1. Real Academia de Medicina de Andalucía Oriental (RAMAO)

El 24 de abril de 1882, con 26 años, ingresó en la RAMAO, ocupando el sillón nº 10, en la que desempeñó los cargos de vicesecretario, tesorero, vicepresidente y presidente desde el 14 de diciembre de 1926, hasta su fallecimiento.

En el año 1911, leyó el discurso de apertura del curso sobre el tema “La nueva doctrina terapéutica de Ehrlich y su aplicación a la sífilis”. El 25 de octubre de 1911 presentó la dimisión de vicepresidente de la Academia “por motivos de salud”. Sustituido en el cargo por el Dr. Antonio Velázquez de Castro y el 27 de diciembre de 1916 se le eligió nuevamente vicepresidente. El 5 de mayo de 1925 sustituyó como presidente de la Academia al Prof. Gutiérrez por fallecimiento. En esa misma reunión se nombró académico electo a su discípulo Francisco Garrido Quintana. El 14 de diciembre 1926 se le nombró presidente de la Academia, cargo que ostentará hasta su fallecimiento el 24 de marzo de 1935.

El sillón nº 10, libre desde el fallecimiento del Dr. Pareja, lo ocuparía, el 1 de marzo de 1939, D. Juan Pulgar Ruiz, eminente cirujano taurino.

3.5.2. Colegio Oficial de Médicos de Granada

En 1894 se fundaron los primeros Colegios de Médicos y el 27 de septiembre de 1894, el gobernador civil de Granada instó a un grupo de médicos para constituir la primera Junta de Gobierno. La presidencia, por designación directa del gobernador, recayó en Prof. D. Eduardo García Duarte (1830-1905), catedrático de Patología Quirúrgica y abuelo materno del escritor granadino Francisco Ayala García-Duarte (1906-2009)³⁷ y el cargo de vocal primero a D. José Pareja Garrido.

El 11 de octubre de 1930 le invitaron a la inauguración del nuevo local del Colegio de Médicos de Granada, donde pronunció un discurso en el que, entre otras cosas, daba este consejo: “La Medicina hay que ejercerla con toda honradez. Hay que guardar la consideración debida al paciente; hay que ser altruista con el pobre, y hay que ser honrado con el compañero”³⁸.

3.5.3. Fundador de revistas

Tenemos que destacar la labor periodística del Prof. Pareja. Ya de estudiante, fundó la revista *Dau-ro*, con su amigo y compañero José Ribera y Sans (1852-1912), cirujano de la escuela de D. Juan Creus y Manso (1828-1897), catedrático de Patología Quirúrgica y pionero de la cirugía infantil³⁹, que desarrolló en el Hospital del Niño Jesús de Madrid, inaugurado el 1 de diciembre de 1881 y fundado por la motrileña D^a María del Carmen Hernández Espinosa de los Monteros, duquesa de Santoña⁴⁰. De esta revista se publicaron sólo algunos números.

El 15 de octubre de 1879, junto con su compañero y buen amigo D. Gregorio Fidel Fernández Osuna, ambos discípulos de Hernando, fundó *La Prensa Médica de Granada*, que se publicó hasta el 28 de febrero de 1883, en que desapareció por cuestiones financieras. Entonces fundaron *Gaceta Médica de Granada*, publicación quincenal que se mantuvo, con algunos cambios en el comité de redacción, hasta 1871 y vuelve a aparecer en 1883, hasta que en 1905 cambió su nombre por el de *Gaceta Médica de Granada y del Sur de España*, que desapareció en 1923. En abril de 1911 apareció la revista *Actualidad Médica*, que aún sigue publicándose, en la que D. José Pareja figura como director y, según el mismo dice, “me han puesto, como representante de la Facultad, por mi cargo, y como maestro que he sido de todos ellos, al frente de su publicación”⁴¹.

D. José Pareja falleció en Granada el 24 de marzo de 1935, a los 79 años de edad. Su esquila mortuoria apareció en el *Defensor de Granada* el día 26⁴² y, unos días después, el 31 de marzo, en

un pleno municipal presidido por el Sr. alcalde D. Miguel Vega Rabanillo, se acordó expresar el pésame de la Corporación a la familia y que la calle Puente de Castañeda, donde tenía su domicilio el Dr. Pareja, llevase en adelante su nombre⁴³. Este acuerdo ignoramos si se cumplió, pero esa calle sigue manteniendo el nombre de siempre y actualmente no existe ninguna calle con el nombre de Pareja Garrido.

Quiero terminar con unas palabras que pronunció el Dr. José González Martínez, entonces presidente del Colegio Oficial de Médicos de Granada, en la despedida a D. José³⁸ “Tenía D. José las tres cualidades cuya síntesis, por lo infrecuente, coloca al que las puede ostentar en un lugar prominente; me refiero a la suficiencia, a la moralidad y al arte en el ejercicio profesional: era sabio, bueno y amable....”

BIBLIOGRAFÍA

1. En memoria de Don José Pareja Garrido. Datos biográficos de D. José Pareja Garrido. Actualidad Médica. 1935;11:243-51.
2. Partida de Bautismo. Archivo Universitario de Granada, Caja 00494-037. Granada.
3. José Pareja Yébenes | Real Academia de la Historia [Internet]. [consultado 12 de agosto de 2019]. Disponible en: <http://dbe.rah.es/biografias/18156/jose-pareja-yebenes>
4. Certificado de Estudios de Bachiller. Archivo Universitario de Granada, Caja 00328-002. Granada.
5. Solicitud de matrícula a la Universidad de Granada. Curso 1869-70. Archivo Universitario de Granada, Caja 00328-002. Granada.
6. Real Casa de la Moneda. Fábrica Nacional de Moneda y Timbre. Adiós peseta [Internet]. [consultado 24 de septiembre de 2019]. Disponible en: <http://www.fnmt.es/documents/10179/82392/peseta/bb636e45-c13d-4062-afc1-1c585ecc487f>
7. Ossorio Crespo E. El nacimiento de la peseta. La Ventana de la Agencia [Internet]. [consultado 12 de agosto de 2019];24. Disponible en: https://www.agencia tributaria.es/AEAT.educacion/Satelite/Educacion/Contenidos_Comunes/Ficheros/PESETA.pdf
8. Certificado de pago de los derechos del título de licenciado en Medicina. Archivo Universitario de Granada, Caja 00494-037. Granada.
9. Decreto reorganizado los estudios de segunda enseñanza. Gaceta de Madrid nº 300 de 26 de octubre de 1868.
10. Expediente personal del Alumno. Archivo Universitario de Granada, Caja 00494-037. Granada.
11. Hoja de Servicios de José Pareja Garrido. Archivo Universitario de Granada, Caja 00672-017. Granada.
12. Mayor de la Barra P. José Pareja Garrido, médico en Portugalete en la última guerra carlista. [Internet]. Monografías Históricas de Portugalete. 2012 [consultado 24 de agosto de 2019]. Disponible en: <https://monografiashistoricasdeportugalete.blogspot.com/2012/01/jose-pareja-garrido-medico-en.html>
13. Pareja y Garrido J. Discursos para el doctorado. Biblioteca de la Facultad de Medicina. Universidad Central, Legajo 5º, nº 88. Ca25778 (88). Madrid [Internet]. 1877 [consultado 24 de agosto de 2019]. Disponible en: https://dioscorides.ucm.es/proyecto_digitalizacion/imagenes/2011//5315411482.pdf
14. Gaceta de Madrid nº 158 de 8 de julio de 1895. Página 870.
15. Gaceta de Madrid nº. 159 de 8 de junio 1902. Página 1058.
16. López Gómez JM. Víctor Escribano y Cataluña. Gimbernat: Revista d'Història de la Medicina i de les Ciències de la Salut. 35:109-22.
17. Gaceta de Madrid nº 148 de 28 de mayo de 1917. Página 527.
18. Petición de las cátedras de Dermatología, Otorrinolaringología y Oftalmología. Archivo Universitario de la Universidad de Granada, Caja 00672-017. Granada.
19. Gaceta de Madrid nº 31 de 31 de enero de 1920. Página 346.
20. Gaceta de Madrid nº 315 de 11 de noviembre de 1922. Página 546.
21. Real decreto de 21-mayo-1919 («Plan Silió»). [Internet]. Alma mater hispalense. 2008 [consultado 24 de agosto de 2019]. Disponible en: https://web.archive.org/web/20080509015343/http://www.personal.us.es/alporu/legislacion/plan_silio.htm

22. Escribano García VD. José Pareja Garrido, Rector. *Actualidad Médica*. 1935;21:274-5.
23. Pareja Garrido J. Carta manuscrita de renuncia al cargo de Rector. *Archivo Universitario de Granada*, Caja 00672-017. Granada.
24. Oficio de Rector de la Universidad a Ministro de Instrucción pública. *Archivo Universitario de Granada*, Caja 00672-017. Granada.
25. Pareja Garrido J. Discurso leído en la Solemne Apertura del Curso Académico de 1922 a 1923. *Biblioteca Universitaria de Granada*, Documento nº 244179. Granada.
26. *Gaceta de Madrid* nº 140 de 20 de mayo de 1931. Página 818.
27. *Gaceta de Madrid* nº 232 de 19 de agosto de 1928. Página 978.
28. Pareja Garrido J. Aportación de los Médicos Españoles al estudio de la Sifiliografía. *Actualidad Médica*. 1935;11:246-52.
29. Pareja Garrido J. Recuerdos de un alumno de D Juan Creus y Manso. *Actualidad Médica*. 1935;21:253-6.
30. Serrano Ortega S, Girón Irueste F. Benito Hernando Espinosa (1846-1916), uno de los primeros dermatólogos españoles. *Actualidad Médica*. 2016;101(799):196-202.
31. Serrano Ortega S. Don Benito Hernando y las láminas granadinas del Atlas de Olavide. En: Fonseca Capdevila E, editor. *I Seminario de Historia de la Dermatología: Trujillo (Cáceres)*, 21 de noviembre de 2017. 2018. p. 7-11.
32. Garrido Quintana F. José Pareja Garrido. Catedrático de Dermatología. *Actualidad Médica*. 1935;11:260-4.
33. Pareja Garrido J. *Elementos de Patología Venérea*. Granada: Imprenta de la Viuda e hijos de Paulino V Sabatel; 1889.
34. Serrano Ortega S, Serrano Falcón M. Don José Pareja Garrido. Catedrático de Dermatología de la Universidad de Granada (Granada 1856-1935). *Piel*. 1998;13:69-72.
35. Guirao Gea M. Formas elementales de las dermatosis. *Gaceta Médica del Sur de España*. 1911;29:56-61.
36. Guirao Gea M. Etiología y Clasificación de las dermatosis. *Gaceta Médica del Sur de España*. 1911;29:125-31.
37. Correa Ramón A. Sobre el intelectual Eduardo García Duarte (1830-1905), abuelo materno del escritor Francisco Ayala. Un documento histórico. *Arbor*. 2011;187(750):757-63.
38. González Martínez J. D. José Pareja, como profesional. *Actualidad Médica*. 1935;21:269-70.
39. Ollero J. José Ribera y Sans (1852-1912). Nuestro primer cirujano pediátrico. *Cir Pediatr*. 2004;17(3):105-7.
40. Historia [Internet]. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. 2018 [consultado 24 de agosto de 2019]. Disponible en: <https://www.comunidad.madrid/hospital/ninojesus/nosotros/historia>
41. Girón Irueste F, Guirao Piñeyro M. Notas para la historia de La Actualidad Médica: una carta de Pareja Garrido a Federico Olóriz. *Actualidad Médica*. 2014;99(791):46-9.
42. *El Defensor de Granada*, Año LVI. No 29.798 de 31 marzo de 1935. Edición de la mañana. En: http://www.bibliotecavirtualdeandalucia.es/catalogo/es/publicaciones/numeros_por_mes.cmd?idPublicacion=102024&anyo=1935 (Consultado en agosto 2019).
43. *El Defensor de Granada*, Año LVI. No 29.808 de 31 de marzo de 1935. Edición de la tarde. http://www.bibliotecavirtualdeandalucia.es/catalogo/es/publicaciones/numeros_por_mes.cmd?idPublicacion=102024&anyo=1935 (Consultado en agosto 2019).

Observaciones clínicas y dermatológicas en la Pasión de Jesús

José María Rojo García.

Sevilla.

A través del piadoso ejercicio de la Pasión de Jesús, que es la denominación convencional utilizada para englobar los episodios evangélicos entre la última cena y la muerte en la cruz, contemplamos los sufrimientos vividos y, al narrarlos, los creyentes recordamos con agradecimiento lo mucho que Jesús padeció para salvarnos.

Aquí, esa vía dolorosa la hacemos desde la perspectiva de la medicina, la semiología y naturalmente de la dermatología (hematidrosis, perionixis, escoriaciones, cortes, equimosis, hemorragias, pómulo tumefacto, callosidades, hiperqueratosis y lesiones musculares e inflamatorias),

“Pasión” proviene de la expresión latina *passio*, -ōnis, siendo esta un calco de la griega πάθος (*pathos*).

La imaginería (Fig. 1) ilustra iconográficamente los episodios de la pasión y sus significados, las escuelas matrices, los lugares donde ejercieron los artistas y las tallas anatómicas más relevantes.

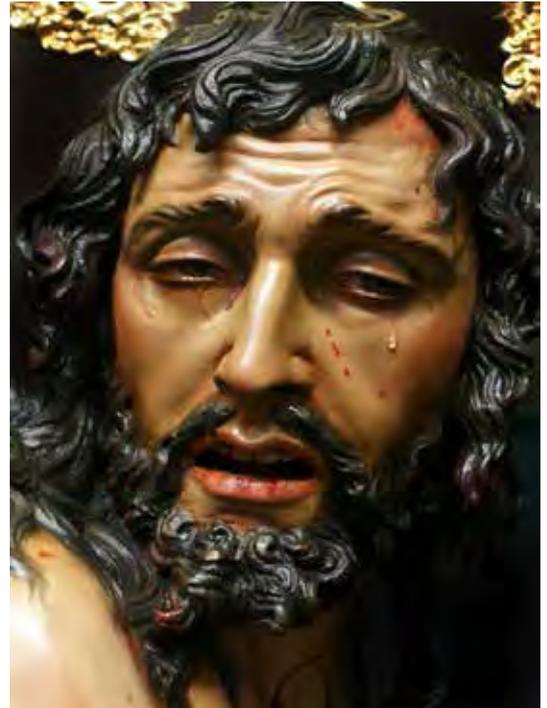


Fig. 1. Imagen de la Pasión de Cristo.



Fig.2. Lavado de manos de Pilatos

Los artistas imagineros reproducen el dolor en su cara en la última cena, la traición de uno de sus discípulos (Judas Iscariote) y la negación de otro (San Pedro), la oración del huerto (aceptación trágica de su destino mientras los apóstoles, dormidos, le dejaban solo en el Huerto de los Olivos -Getsemaní-), su prendimiento (tras ser señalado con el “beso de Judas” y renunciar a que sus discípulos le defendieran), su periplo judicial entre Anás, Caifás, Pilatos y Herodes (el juicio de Cristo, con sus interrogatorios y enigmáticas respuestas), en el transcurso del cual se producen diversos episodios de burlas y torturas a cargo de los soldados (Cristo en la columna, coronación de espinas, los llamados improperios), la presentación a la multitud (*Ecce Homo*), la alternativa presentada a elección popular (salvar a Cristo o a Barrabás), su condena a muerte con el “lavado de manos” de Pilatos (Fig. 2) y su ejecución.

Jesús carga una cruz pesada, probablemente más de la mitad del peso de un típico hombre judío. Era necesaria una gran fuerza interior para que Jesús pudiera cargar ese peso, después de haber sido severamente azotado con un látigo con tiras de cuero trenzado con bolas de metal entretejidas, golpeado en la cabeza con una caña, teniendo una corona de espinas presionado su cabeza y abandonado por todos sus amigos.



Fig.3. Cristo de la conversión

En el *Via Crucis* (el camino, cargado con la cruz, atravesando Jerusalén -por la actualmente llamada Vía Dolorosa- hasta el monte Calvario -Gólgota-), sufre varias caídas -debe ser ayudado por Simón de Cirene-, tiene encuentros -con Verónica, que le seca el rostro, con su madre, con las mujeres de Jerusalén-, finalmente se produce el expolio (es despojado de sus ropas), la crucifixión entre dos ladrones (Dimas y Gestas) (Fig. 3) y la muerte.

El ciclo narrativo puede detenerse ahí, comprendiendo aproximadamente una noche y el día siguiente, o continuarse con su entierro y resurrección al tercer día (el cómputo cronológico ha sido históricamente objeto de debate).

El tema más utilizado en el arte cristiano, la fuente principal de estos episodios, son los evangelios canónicos (Evangelio de Mateo, Evangelio de Marcos, Evangelio de Lucas y Evangelio de Juan). La Pasión es un punto central del cristianismo, al interpretarse hermenéuticamente como el cumplimiento en Cristo de las profecías del Antiguo Testamento vinculadas al Mesías y el establecimiento de una segunda alianza entre Dios Padre y los hombres, mediante el sacrificio de Dios Hijo (la segunda persona de la Santísima Trinidad), que de ese modo redime.

Finalmente, el arte que todos admiramos y que narra los sucesos protagonizados por Jesucristo se definió en el Segundo Concilio de Nicea (787). En el mismo, bajo pena de excomunión, se establecieron unas normas para la composición de las imágenes sagradas. Así, aunque el arte pertenece al escultor o al pintor, la creación de obras de arte sacro no se deja a la inspiración de los artistas, sino que ha de hacerse siguiendo unos patrones fijados.

Las imágenes sagradas deben de estar de acuerdo con la tradición, a la vez que facilitar su inteligibilidad, delimitado el **“sacro arte”** o **“arte sacro”** (Fig.4), uniendo lo que une, y no tomando lo que desune la Pasión según los evangelios.

Si alguien destaca por posar desnudo este es Jesús. No hemos tenido la oportunidad de preguntarle si está de acuerdo, pero su imagen ha sido utilizada así durante cientos de años. Tampoco sabemos de su fisonomía general, si era moreno o rubio, si tenía los ojos azules o grises, si estaba gordo... Sea como fuere, se le representa con un cuerpo espléndido, con rasgos excesivamente juveniles encubiertos por la barba y con largos cabellos, imagen que no soporta ni la misma sábana santa. El cuerpo de Jesús es pintado y esculpido para exhibirlo impunemente bello, independiente de la pasión de los santos evangelios que intenta interpretar.



Fig.4. Sacro Arte o Arte Sacro

BIBLIOGRAFÍA

1. Guía Amores J de la, Guía Escobar LA de la. La pasión según la ciencia. Valladolid: Glyphos; 2015.
2. Berthe RP. Jesucristo, su vida, su pasión, su triunfo. Einsiedeln (Suiza): Establecimientos Benzinger & Co.; 1910.
3. Cardenal Gomá. El evangelio explicado. Barcelona: Castilleras; 1949.
4. Suárez Verdeguer F. La Pasión de nuestro Señor Jesucristo. Madrid: Rialp; 1995.
5. Picarreta L. Las Horas de la Pasión de Nuestro Señor Jesucristo. CreateSpace Independent Publishing Platform; 2012.
6. Ligorio AM de. Meditaciones sobre la pasión de Jesucristo. Madrid: Palabra; 2005.
7. Santidrián S. La Pasión de Cristo explicada por un médico fisiólogo [Internet]. Primeros Cristianos. 2018. Disponible en: <https://www.primeros-cristianos.com/la-pasion-de-cristo-explicada-por-un-medico-fisiologo/>
8. Delgado Roig J. Los signos de la muerte en los crucificados de Sevilla. Dos Hermanas (Sevilla): Editorial Castillejo; 2000.
9. Thompson B, Harrub B. An Examination of the Medical Evidence for the Physical Death of Christ [Internet]. Apologetic Press. 2002. Disponible en: <https://www.apologeticspress.org/apcontent.aspx?category=13&article=145>
10. Terasaka D. Medical Aspects of the Crucifixion of Jesus Christ by David Terasaka [Internet]. 1996. Disponible en: http://www.thecross-photo.com/Medical_Aspects_of_the_Crucifixion_of_Jesus_Christ_by_David_Terasaka.htm
11. Tabor J. Josephus' References to Crucifixion [Internet]. The Jewish Roman World of Jesus. 2012. Disponible en: <https://pages.uncc.edu/james-tabor/archaeology-and-the-dead-sea-scrolls/josephus-references-to-crucifixion/>
12. Charlesworth JH. Jesus and Jehohanan: An Archaeological Note on Crucifixion. The Expository Times. febrero de 1973;84(5):147-50.
13. Davis C. The crucifixion of Jesus. The passion of Christ from a medical point of view. Arizona Medicine. 1965;22:183-7.
14. Hermosilla A. La pasión de Cristo vista por un médico. Sevilla: Guadalquivir; 1997.

Interés del Ministerio de la Guerra en el método del Dr. Ehrlich para la curación de la sífilis (Madrid 15/9/1910)

Juan José Vilata Corell.

Catedrático de Dermatología de la Facultad de Medicina de Valencia.

Miembro de número de la Real Academia de Medicina de la Comunidad Valenciana.

INTRODUCCIÓN

Paul Ehrlich (1854-1915) y Sahachiro Hata (1873-1938) (Fig. 1), eminentes bacteriólogos, con la colaboración del químico Alfred Bertheim (1879-1914) (Fig. 2), dieron a conocer a los profesionales médicos en el 27 Congreso Alemán de Medicina Interna, celebrado en abril de 1910 en Wiesbaden (Alemania)^{1,2}, el hallazgo del salvarsán (del latín *salvare* y del alemán *arsen*: arsénico) o 606 (por haber sido sintetizado en el experimento número 606), para el tratamiento de la sífilis³.

En 1905, Harold Wolferstan Thomas (1875-1931) y Anton Breinl (1880-1944) demostraron que el atoxil (ácido aminofenol arsénico) tenía actividad antitripanosomiásica^{4,5}. fue utilizado en tripanosomiasis y sífilis, pero producía ceguera⁵. El químico orgánico Alfred Bertheim, posteriormente estableció la estructura correcta del atoxil en 1907 y se obtuvieron numerosos derivados orgánicos, cuya toxicidad y eficacia en la tripanosomiasis experimental ensayaron en ratones⁶⁻⁸.

En 1905, Fritz Schaudinn (1871-1906) y Erich Hoffmann descubrieron *Spirochaeta pallida*, el agente causal de la sífilis⁹ y pensaron que era un protozoo. Por esa razón, Ehrlich se interesó en probar sus derivados del atoxil frente a *T. pallidum*⁵.



Fig 1.- P. Ehrlich y S. Hata



Fig 2.- A. Bertheim

Hata, que era especialista en infecciones experimentales por *T. pallidum* en conejos, estudió la eficacia de los derivados del atoxil y le comentó a Ehrlich: —¡creedme, el 606 es muy eficaz! Ante las reticencias de Ehrlich, repitió los experimentos hasta que no hubo ninguna duda, y se iniciaron los ensayos clínicos con los colaboradores desde el «418», la arsenofenilglicina, que también había mostrado actividad¹⁰. El bacteriólogo De Kruif, en su libro “Cazadores de microbios”, asegura que fue el 31 de agosto de 1909 cuando inyectó el preparado en un conejo con sífilis escrotal y que al día siguiente estaba curado¹¹.

En septiembre de 1909, Ehrlich envió al profesor Konrad Alt, en Uchtpringe, el producto arsenical para que lo experimentase en sus clínicas (enfermedades nerviosas y cerebrales). Alt lo experimentó primero en perros, calificando de “pasmosos” los resultados. Luego lo ensayó en dos médicos voluntarios, no observando molestias, salvo las locales tras la inyección.

Publicó su serie de 27 casos el 15 de marzo de 1910, pero su trabajo pasó desapercibido. No obstante, visto y convencido por sus efectos portentosos y buena tolerancia, contactó con su amigo *Schreiber* para que lo utilizara en pacientes infectados recientemente, ya que él llevaba la sección de enfermedades nerviosas y cerebrales^{15,17}. Consideramos que fue el primero en publicar en una revista profesional (*Münchener Med. Wochenschrift*) las primeras experiencias con el 606 y al poco tiempo lo realizaba Schreiber en la misma revista.

En Europa la sífilis la padecía el 10%-15% de la población, por lo que la presentación de las experiencias de laboratorio y clínicas tras el Congreso de Wiesbaden el 19 de abril de 1910, en el que Ehrlich razonó sobre el trabajo que condujo al descubrimiento del 606, Hata describió las experiencias sobre animales y Schreiber informó de los resultados clínicos en pacientes sifilíticos con la nueva droga¹⁶, hizo que el tratamiento de la sífilis con salvarsán se introdujera con gran euforia en el medio sanitario como la panacea contra la sífilis y con un gran eco periodístico³. Este optimismo inicial se contagió fundamentalmente a las sociedades médicas, a los estamentos sanitarios públicos y a la población en general en toda Europa.

En España fue similar el júbilo por un tratamiento probablemente definitivo para la sífilis y varios estamentos fueron comisionando a especialistas de la piel y venéreas para viajar a Alemania y recibir conocimientos del tratamiento, resultados terapéuticos y efectos secundarios, si los hubiere.

Una Real Orden de 7 julio de 1910 comisionó al médico mayor del Cuerpo de Sanidad Militar, Sixto Martín Miguel, especialista en enfermedades venéreas y de la piel, para realizar estudios sobre la sífilis en Austria y Alemania y tuvo la ocasión de asistir en Viena a demostraciones de la práctica con el salvarsán, pero no trajo el producto a su vuelta a España³.

Probablemente, el primero que trajo salvarsán a España fuera Alberto Bandelac de Pariente, médico en la embajada española en París, que también fue comisionado en 1910 a Frankfurt, a instancias del Rey Alfonso XIII. Hubo ciertas quejas a nivel sanitario y en la prensa respecto a que Bandelac no era sifiliógrafo, era sefardita nacido en Tánger, nacionalizado español y no tenía muy buena prensa. No disponemos de una biografía extensa del mismo¹². Hay muy poca documentación sobre él e, incluso, al cabo de unos años y al ser el médico del General Miguel Primo de Rivera, fue injusta o justamente relacionado con su muerte. Sin embargo, trajo de Alemania producto de salvarsán e incluso lo repartió en distintos centros públicos y luego colaboró en la anunciada primera inyección de salvarsán en un paciente, el día 22 de septiembre en el Hospital Militar de Carabanchel¹³, que se demoró al día 23 de septiembre y Bandelac debía actuar en el Hospital San Juan de Dios (sólo seleccionó pacientes)^{12,13}, pero al parecer de nuevo se retrasó por aspectos técnicos hasta el día 25 de septiembre de 1910¹².

La gran expectación que se produjo en España indujo que muchos médicos españoles, fundamentalmente dermatovenereólogos acudieran a Alemania a título personal o como representantes de entidades estatales. El reconocido dermatólogo Juan de Azúa acudió, precisamente comisionado por el propio Gobierno Español a Alemania, para conocer la importancia de este descubrimiento, vital en la salud pública española de la época¹⁴.

Una vez expuesta una breve historia del comienzo del salvarsán como medicación antisifilítica, así como el gran entusiasmo que se desencadenó en la sanidad española, entidades públicas, población en general y en la prensa, también he destacado alguno de los profesionales que fueron comisionados a conocer la primera “bala mágica” de Ehrlich, que posiblemente actuaría sobre el microorganismo sin dañar las células humanas (toxicidad selectiva).

Entre estos comisionados españoles figuró un médico militar, D. Ángel Morales Fernández (médico primero), que nos dejó escrita una memoria de su viaje a Alemania, a través de la cual podremos aproximarnos y conocer su proceder, aportaciones de dermatólogos y otros profesionales alemanes, la metodología de administración del salvarsán y sus conclusiones.

MEMORIA SOBRE LA MEDICACIÓN ANTISIFILÍTICA CON EL “606” Ó SALVARSÁN. D. ÁNGEL MORALES FERNÁNDEZ. MÉDICO PRIMERO. MADRID 1912¹⁵

Ángel Morales Fernández, médico militar del Ejército español, estaba en Berlín en el mes de septiembre de 1910, comisionado oficialmente por el Ministerio de la Guerra para el estudio de la utilidad de sanatorios para el tratamiento de los pacientes tuberculosos y su posible implantación en el Ejército español, cuando recibió una comunicación oficial con fecha del 15 de septiembre que transcribo a continuación:

“Ministerio de la Guerra.-Sección de Sanidad Militar.- Primer Negociado .- Teniendo en cuenta la importancia que en la salud del soldado pueda tener el tratamiento empleado por el Dr. Ehrlich para la curación de la sífilis, y la conveniencia de que el Cuerpo de Sanidad Militar cuente con datos ciertos y rigurosamente científicos que hagan posible en su día la aplicación del nuevo remedio, el Sr Ministro ha dispuesto que, sin perjuicio de los estudios propios de la comisión que en la actualidad desempeña, visite usted en Frankfurt am Main las clínicas del profesor Herzheimer, donde según noticias se encuentran los enfermos sometidos al método Ehrlich, y los laboratorios anexos al hospital , recogiendo en ellos cuantos datos puedan servir al estudio de este interesante problema terapéutico, haciendo las observaciones que crea necesarias, y practicando en suma una investigación todo lo completa posible a los fines indicados. Del resultado de esta investigación y del juicio que ella le sugiera, dará cuenta inmediatamente á este Ministerio, con la extensión que el asunto requiere, esperando de su reconocido celo que dedique á esta comisión la importancia que se merece.- Madrid 15 de septiembre de 1910.- El Jefe de la Sección, José de Lacalle.- Señor Médico primero D. Ángel Morales Fernández.”

Durante su estancia en Viena, en el mes de agosto, Morales tuvo ya conocimiento del nuevo tratamiento y había visto enfermos tratados con el mismo, pero observó: *“...los inconvenientes de la novedad con sus exageraciones en ambos extremos; negándoles unos toda eficacia, achacándoles muchos inconvenientes; mientras que otros lo presentaban como un remedio maravilloso, casi divino, panacea instantánea del terrible mal, que lo iba a desterrar por completo...”*. Por lo que se planteó los siguientes objetivos:

- Métodos usados para el diagnóstico de la infección
- Estudiar el medicamento, su aplicación clínica, indicaciones y contraindicaciones
- Dosis y modo de emplearlo

Tras los objetivos anteriores, si encontraba el 606 útil como remedio y aplicable en el Ejército, debía plantearse:

- Ver al profesor *Ehrlich* y tratar de obtener un número suficiente de dosis del medicamento para hacer nosotros un ensayo formal del mismo.

Este último objetivo lo veía muy difícil de conseguir, ya que con fecha del 18 de septiembre el profesor Ehrlich, agobiado por la enorme demanda del 606, que en todas partes del mundo querían experimentar y no teniendo más que pequeñas cantidades producidas en su laboratorio, puso un anuncio en las puertas de su gabinete de trabajo en Frankfurt, diciendo que no había y que un laboratorio alemán *Höchst/M.M. Lucius & Brunning* había comprado la patente y no expendía el producto hasta su comercialización.

En su intento de hablar con Ehrlich tuvo la circunstancia de conocer a *Hans Leyden* (fue médico de la embajada alemana), que le facilitó la entrevista con Ehrlich, presentándolo como comisionado del Ministerio de la Guerra para el estudio del nuevo remedio para la sífilis y le pidió le trazase el camino que estimara oportuno, además de solicitarle medicación para uso en el Hospital de Carabanchel, que podría ser útil su aplicación en el Ejército Español. El Dr. Ehrlich, con gran amabilidad y frases de cariño hacia España, le prometió hacer una excepción *“porque quiero, dijo, demostrar mi amor hacia España y que sea su Ejército el primer organismo que allí ensaye mi preparado”*.

El Dr. Ehrlich le recomendó empezar a presenciar la aplicación del remedio en alguna clínica de Berlín en la que se usaba entonces exclusivamente el método mediante vía intramuscular o la subcutánea, suponemos que para que adquiriera cierta experiencia y luego le recomendó que se trasladara a *Magdeburg*, para ver al Dr. Schreiber, *“que practica con excelente resultado las intravenosas, de cuyo proceder habían hecho grandes elogios todos los que en aquellos días habían asistido al Congreso celebrado en Koenisberg”*. El Congreso celebrado los días 16 al 19 de septiembre en Koenisberg fue precisamente convocado a los cinco meses tras el anterior de Wiesbaden, con el objetivo de comentar y discutir resultados de todos los investigadores del salvarsán¹⁶.

Satisfecho ya por el éxito de su gestión y tras empezar con sus trabajos preliminares, escogió dos clínicas de renombrado prestigio de Berlín, una dirigida por el Dr. Félix Israel Pinkus y la otra por del Dr. Wechselmann, *“situadas en centros distintos con enfermos poco afines, bajo el punto de vista social (mujeres bajo la vigilancia de la Higiene...y enfermos de consulta pública ordinaria)”*, para conocer los resultados de diferentes técnicas empleadas y sus resultados. Aquí se dio cuenta de que los primeros enfermos eran para desanimar respecto a la eficacia maravillosa del 606, pero *“...justifiqué en cierto modo ante mi conciencia una especie de prejuicio, formado por el estudio incompleto que antes de esto tenía”*.

Morales, hace en estos momentos una reflexión importante y estuvo dispuesto a no entusiasmarse fácilmente con la nueva medicación, pero siguió acudiendo a la “Enfermería especial de sífilíticos del asilo Municipal” en Berlín, que dirigía el Dr. Pinkus y quedó impresionado por lo numeroso y variado de los casos, por la organización del centro y por la pulcritud en el método científico. Se aplicaba el 606 en gran escala a mujeres enfermas de vida airada que estaban bajo vigilancia de la policía. Se les reconocía, se les trataba y en su caso se ingresaban o el control o tratamiento podía ser ambulatorio, ya que se les obligaba a volver en los plazos determinados para su inspección. También refiere que el método diagnóstico se llevaba con gran rigor, investigando el treponema con el ultramicroscopio en todas las lesiones sospechosas, además de realizar al enfermo la reacción de fijación del complemento. La aplicación del 606 se realizaba con una jeringa de *Record* con aguja gruesa, por vía intramuscular en la región infraescapular o glútea, previa anestesia local con 1 cm³ de “*Esamina*” (mezcla de cocaína y adrenalina) para evitar el dolor. En sus observaciones comenta: *“...y en no pocos casos ví necrosis del sitio correspondiente”*. Tomó nota y publica en la memoria solo los casos más notables que observó en número de siete, de los 80 que vio con Dr. Pinkus. Algún caso de los comentados no mejoró o tuvo necrosis local como efecto secundario.

Su siguiente paso fue acudir a la clínica del Dr. Wechselmann, que quizás fuera la que más enfermos llevaba tratados con el mismo procedimiento, usando al principio la inyección intramuscular y solo alguna vez la subcutánea. Pero al ver lo dolorosas que eran las primeras, se quedó como regla general solo la vía subcutánea. Morales asistió cuando solo se utilizaba la subcutánea. Destaca que Wechselmann neutralizó el preparado 606 y se inyectaba por vía subcutánea en la región interescapular y *“Así pretendían haber suprimido los dolores casi por completo, no tener complicaciones neuríticas, ni observar esfacelos o supuraciones de los tejidos.”* Morales comenta que fue un progreso positivo en la técnica; el dolor rara vez dejó de presentarse, pero era mucho menor y observó más casos de necrosis, esfacelos y algún absceso.

A finales de septiembre de ese mismo año 1910, Wechselmann había inyectado 920 enfermos en dicha clínica, personas de ambos sexos y niños. Morales realizó unas conclusiones sobre su estancia y comparando con los resultados de la clínica de Pinkus comenta que: *“Poco más o menos, las manifestaciones de piel y mucosas seguían el mismo curso que en la de Pinkus sin haber notado variación notable en cuanto a los resultados”*. En general y como en otras clínicas, utilizaba también Wechselmann una sola inyección y si no se curaban se solía dar una segunda inyección o bien continuar con tratamiento mercurial hasta curar las manifestaciones. De todos sus enfermos tratados no hubo casos de muerte alguna durante la aplicación del nuevo remedio, a pesar de que ser la clínica donde hasta dicho mes de septiembre más pacientes se habían inyectado.

Refiere que también: *“Conocía ya los casos de Lesser, Kromayer y otros prácticos de la especialidad que lo ensayaban en Berlín y todos, poco más o menos, coincidían con lo antes expuesto,*

variando sólo en algún detalle". Sin embargo, le llegaron noticias de que el profesor Abraham Buschke, conocido dermatólogo y sifilógrafo del Hospital Virchow de Berlín (director del departamento de Dermatología) "era uno de los pocos que entre el coro de alabanzas elevadas de todas las clínicas del mundo a favor del remedio descubierto por Ehrlich, él se declaraba contrario a su uso y predicaba no utilizarlo en modo alguno". Buschke gozaba de la fama de un gran hombre científico, por lo que merecía ciertamente ir a escucharlo y oír sus razones. Morales fue muy bien recibido y le ofreció cuantos datos pudiera considerar de su interés. Le comentó que había ensayado el 606 solo en seis casos y tuvo en todos ellos múltiples complicaciones y graves, por lo que consideró no seguir aplicando el tratamiento y lo conceptuó como "un remedio altamente tóxico para el organismo humano, cuya práctica no se debía tolerar". Se comprenderá la impresión que causó su opinión públicamente emitida en la prensa profesional (*Med. Klin. Núm. 38*) de que era contrario al empleo del dioxo-amido-benzol en la sífilis.

Buschke enumeró sus argumentos en cuatro puntos para apoyar sus conclusiones, que resumidos procedentes de la memoria, transcribimos:

- 1.- No pudo comprobar la idea de Ehrlich, tratando de lograr la *Therapia sterilizans magna* de una sola vez.
- 2.- No creía en la posibilidad de seguir una medicación intermitente con su preparado arsenical, por el miedo a que se formase un depósito de la sustancia en el organismo y diese lugar a fenómenos de intoxicación inevitables.
- 3.- Era muy dudosa la supuesta inocuidad del medicamento, considerándolo un veneno sobre todo del sistema nervioso y vascular. Aportaba como ejemplos los casos de Hank (coma de varias horas después de la inyección), los casos de muerte de Spiethoff, las lesiones graves del sistema nervioso de Groven, Bonn y Ehlers y la agravación de sífilis espinal de Bonhoffer.
- 4.- No aceptaba el medicamento porque su valor curativo lo suponía limitado a las manifestaciones sencillas ulceradas o papulosas y que para ello ya tenía el mercurio de gran eficacia probada.

Para Morales su labor en Berlín había finalizado y, siguiendo las previas instrucciones de Ehrlich marchó a Magdeburgo el 5 de octubre, para estudiar junto a Schreiber el método del tratamiento mediante inyección intravenosa. Además, en el reciente congreso de Koenisberg (16-19 septiembre 1910) fue muy renombrado y con grandes elogios hacia su técnica, que prácticamente pocos conocían y nadie aplicaba en Berlín.

Para Schreiber, que había comenzado con Kalt en el mes de enero con inyecciones intramusculares, vio muchos inconvenientes, como el dolor, esfacelos, enquistamientos... y decidió la aplicación intravenosa, sobre todo cuando se deseaba un efecto rápido y seguro, ya que, si pensaba Ehrlich en la esterilización completa y de una sola vez en el organismo, nada respondería mejor el de llevar el medicamento directamente a la sangre para que desde allí actuase. Aparte de usar primero una inyección intravenosa en una vena de la flexura del brazo derecho, a los pocos días inyectaba el medicamento vía intramuscular, las veces que fuera necesario. Schreiber presentó su estadística en Königsberg, exponiendo que con su método había una gran rapidez en la curación de los enfermos tratados, falta absoluta de accidentes o molestias y la eficacia conseguida en manifestaciones hasta entonces consideradas incurables. Su estadística comprendía 400 casos tratados con el 606 y de ellos unos pocos más de 250 por vía intravenosa en aquellas fechas¹⁵.

Morales, tras su estancia con Königsberg, se formó "... un juicio extremadamente favorable que sin duda le merecía la elección, comparado con los que en otros centros había podido observar". Volvió a Frankfurt y hablando con Ehrlich le comentó su impresión, agregando que estaba: "enamorado de la inyección intravenosa, entendía que el Dr. Schreiber ponía en general dosis cortas, y a esta causa podía achacarse muchas recidivas y algunas curaciones incompletas". Éste era también el parecer de Ehrlich y le recomendó fuera con el profesor Weintrand, en la ciudad de Wiesbaden, "que siguiendo este procedimiento, lo aplicaba con mas valentía". Weintrand usaba una técnica que en el fondo era la misma, pero variaba algo en las dosis y en la administración. Observó que el método

para la inyección intravenosa era muy sencillo, *“se pincha en la vena y cuando sale sangre por ésta se enchufa el tubo de goma que hasta entonces ha estado cerrado con pinza de presión que una vez abierta ya deja correr el líquido, levantando el depósito más o menos según la presión que se desea obtener”*. Opina que el proceder es bueno y al alcance de cualquiera, ventaja no despreciable, puesto que no exige material especial. Tras una primera inyección intravenosa al cabo de unos días, según la eliminación arsenical procedía a una segunda intramuscular¹⁵.

Tuvo también ocasión, al estar en Frankfurt, de ver enfermos de Herxheimer y Treupel, con sus métodos y resultados que también fueron similares a los anteriores. Creyó que había conseguido los objetivos de la comisión que le habían confiado, fue a despedirse de Ehrlich y éste le entregó 50 dosis del medicamento como regalo para el Ejército Español y le explicó opinión sobre el tratamiento, teniendo en cuenta lo hasta entonces observado y publicado. Ehrlich le comentó *“En los soldados, gente joven y en general sin lesiones orgánicas, inyección intravenosa con dosis fuerte, correspondiente al peso, seguida por otra intramuscular tan pronto lo permitiera el estado de la eliminación reconocible por la orina”*. Esta fue la norma de conducta a su entender aplicable y que se propuso seguir.

En la memoria refiere que salió de Frankfurt el 13 de octubre, deteniéndose en París para conocer como lo aplicaban y la impresión personal de los expertos franceses. Le sorprendió el parecer de muchos médicos franceses y comenta *“Sabido es la saña, verdaderamente inexplicable en ciencias de observación y experimentales, con que muchos médicos franceses han tratado el famoso remedio...”* escribiendo incluso en la prensa y en revistas profesionales sus opiniones contra el 606 y juzgan como antipatriotas a los que creen en la bondad del medicamento. Sin embargo, excelentes elogios fueron dados por Émery y Fournier y sus respectivas estadísticas se caracterizaban por sus bajos accidentes y alto número de curaciones. Permaneció pocos días en París y luego volvió a España.

Nos comenta que el día 17 de octubre hacía su presentación oficial en España a las autoridades, dando cuenta primero al Inspector jefe de la Sección de haber terminado el cometido que el Sr. Ministro se había dignado confiarle. *“S.E. me recibió, enterándose minuciosamente de todo lo concerniente a la comisión, y después de escuchar mi opinión favorable a la nueva medicación, y que ésta podía ser aplicable con provecho al Ejército sin tener inconveniente que la hiciera peligrosa, dictó una Real Orden con fecha 20 de octubre, disponiendo que una vez terminado por mí el estudio del 606 en Alemania y disponiendo del medicamento, procediera a emplear dicho método en el Hospital Militar de Carabanchel...”*

También dispuso de una clínica especial de avariosis en dicho centro, con todos los elementos necesarios para el desarrollo de sus experiencias con el nuevo tratamiento y que al acabar éstas redactase una memoria acerca de los resultados obtenidos.

CLÍNICA ESPECIAL DE AVARIOSIS. HOSPITAL MILITAR DE CARABANCHEL. MADRID

Se dispuso por real orden de 25 de octubre (D.O. número 235), viniese de las regiones de Baleares, Canarias, Ceuta y Melilla, un jefe u oficial de Sanidad, en comisión, para seguir en la clínica de avariosis las próximas experiencias a comenzar. Se refiere en la memoria que: *“La clínica quedó instalada muy rápidamente, haciéndose la primera inyección intravenosa, el día 27 de octubre al soldado del batallón Cazadores de Llerena, Emilio Jiménez Martínez”*.

La aplicación en la clínica del nuevo preparado, hecho como ensayo oficial, y para que sirviera al mismo tiempo de enseñanza, requería un plan ordenado en su ejecución. La primera condición esencial era hacer el diagnóstico de sífilis y no por la simple observación del enfermo, sino también por medio de la identificación del agente considerado como causal (*Treponema pallidum*), utilizando el ultramicroscopio (iluminación oscura por reflexión), que nos permite verlo vivo con sus movimientos autónomos, extraído en el acto de las lesiones sospechosas. Explica extensamente el microscopio que poseen, cómo se utiliza, cómo se hace la toma de muestras del tejido

infectado, el diagnóstico diferencial al microscopio de otros gérmenes, las distintas tinciones que existen para teñirlo inclinandose por las de Levaditi y Cajal y finalmente habla de los actuales cortes por congelación, que evidencian el germen en 5 minutos.

La segunda condición es la utilización como método diagnóstico la fijación del complemento, aplicado por Wasserman a la sífilis (estuvo fundado en el conocido trabajo de Bordet – Gengou), que se utilizaba desde hace cuatro años para el serodiagnóstico de esta infección en la clínica. Explica extensamente sus fundamentos, su método de realización, reflexiona preguntándose sobre el valor clínico de la reacción y qué representaba para el estado actual de la ciencia.

A continuación, procede a realizar un resumen de cómo se trataba la sífilis en Alemania y, con los consejos de Ehrlich, describe en la memoria su método terapéutico, muy detallada la técnica, acompañada por una foto en blanco y negro con el pie de imagen *“Jeringa Schreibe, instrumental para las inyecciones intravenosas, usadas en el Hospital Militar de Carabanchel”* y razonando ampliamente.

Su memoria respecto a la enseñanza, que pretende expresar en todo su escrito, creemos lo consiguió, ya que, además, acompaña a continuación de la explicación de su minucioso método terapéutico, la presentación clínica de 37 casos de oficiales y soldados con un control por días de su evolución. El día 9 de enero de 1911 (al parecer acabó de escribir su memoria, no de publicarla), extrae sus resultados: *“de estos 37 casos, 27 fueron curados por completo y dados de alta; 7 salidos a petición propia que considerándose curados por la gran mejoría experimentada, deseaban volver a sus quehaceres (oficiales); 3 que continúan en tratamiento (2 han sido recientemente inyectados y 1 no obedeció al tratamiento. Pero no creo sea un caso arsenio-resistente, porque es el capitán C.L.P. y no lo creo sífilítico”*. Entre las presentaciones clínicas intercala 6 fotografías en blanco y negro, pertenecientes al diagnóstico de sífilides cutáneas en 4 de ellas y 2 fotografías de osteítis sífilíticas.

Tras unas páginas de alabanzas al nuevo tratamiento de la sífilis y lo que puede suponer a la sociedad, al ejército, ya que el soldado representa el elemento sano y joven de la Patria, el ahorro en comparación con anteriores tratamientos y un sinfín de beneficios y resume lo anteriormente expuesto con las siguientes conclusiones:

CONCLUSIONES DE LA MEMORIA DEL DR. ÁNGEL MORALES FERNÁNDEZ

Las conclusiones de Morales son extremadamente amplias e incluso su texto es repetitivo del contenido de la memoria, ya que introduce en ocasiones discusión con comentarios propios y descripciones ya relacionadas anteriormente, por lo que las reduciremos a lo fundamental, mostrando lo que el autor pretendió en su memoria-informe.

- 1ª.- El trascendental descubrimiento de Ehrlich, marcando un rumbo nuevo en el tratamiento de la sífilis, fue causa de que las autoridades superiores del Ejército Español comisionaran al que suscribe para conocer el valor del mismo.
- 2ª.- El tratamiento por el “Salvarsán” debe implantarse en el Ejército, después de los resultados favorables que con los mismos se han logrado y los ensayos que hemos practicado en el Hospital de Carabanchel.
- 3ª.- Las contraindicaciones de su aplicación quedan reducidas a pacientes con lesiones graves del corazón no compensadas, degenerativas del SNC y atrofia de la papila óptica.

Algunas enfermedades infecciosas, como la tuberculosis pulmonar, paludismo y tripanosomiasis, lejos de constituir una contraindicación, se benefician mucho del tratamiento.

- 4ª.- El método preferible para seguirlo debe ser: a.- Inyección intravenosa y a los 4-5 días, en cuanto termine la eliminación del arsénico (orina), una segunda intramuscular o subcutánea. Vigilancia y cuando haya la más pequeña señal de recidiva repetir la inyección intramuscular o subcutánea.

- 5ª.- Describe la preparación y dosis para la inyección intravenosa y la intramuscular o subcutánea.
- 6ª.- El tratamiento de la sífilis por el salvarsán no excluye en absoluto el uso del mercurio, antes bien, parece que favorece su acción.
- 7ª.- Para el diagnóstico de la sífilis, además de la observación clínica, se investigará el *Treponema pallidum* y se realizará la serología mediante el método de Wasserman.
- 8ª.- Los 37 enfermos tratados en la clínica especial de sifilíticos del Hospital de Carabanchel para ensayar el nuevo remedio, han curado de sus manifestaciones la mayor parte y los dos que al cerrar esta Memoria aún no lo están mejoran notablemente.
- 9ª.- La duración de la curación lograda, no es posible actualmente conocerla, hay que aguardar que el tiempo nos enseñe prácticamente su eficacia.
- 10.- La rapidez con que el salvarsán hace desaparecer las manifestaciones, es de importancia transcendental en el Ejército, porque abrevia el periodo contagioso y ahorra mucho dinero, por ser menor el tiempo que necesita de permanencia en los hospitales para tratamiento.
- 11.- El salvarsán podrá ser un profiláctico de gran valía y con él se puede esperar que esta enfermedad desaparezca con el tiempo de la raza humana, al igual que la viruela, lepra y otras ya raras en las naciones civilizadas.

Finalizadas las conclusiones, figura la fecha del 11 de enero de 1911, supuestamente cuando acabó de escribir y entregó la Memoria en la ciudad de Madrid a sus superiores, aunque la fecha de la publicación que figura en tapa y portada es del año 1912. Finaliza con su cargo y nombre: “*El Médico*1º *Ángel Fernández Morales.*”

BIBLIOGRAFÍA

1. Ehrlich P. Allgemeines über Chemotherapie. En: Verhandlungen des Deutschen Kongresses fuer Innere Medizin 27. Wiesbaden; 1910. p. 226-34.
2. Ehrlich P, Hata S. Die experimentelle Chemotherapie der Spirillosen (Syphilis, Rückfallfieber, Hühnerspirillose, Frambösie). Berlin, Springer; 1910. 202 p.
3. Castejón R, Vilata JJ. La obra venereológica de Juan de Azúa. En: Sierra X, editor. Juan de Azúa y su tiempo. Barcelona: Saned; 1999. p. 39-41.
4. Thomas HWolferstan, Breinl A, Dutton JEverett, Todd JL, Liverpool School of Tropical Medicine., Stanton A. Friedberg MDRBC of RUMC at the U of Chicago. Report on trypanosomes, trypanosomiasis, and sleeping sickness : being an experimental investigation into their pathology and treatment. London: Published for the University Press of Liverpool by Williams & Norgate; 1905.
5. García-Sánchez JE, García E, Merino ML. [100 years of Dr. Ehrlich's magic bullet (1909-2009)]. Enferm Infecc Microbiol Clin. 2010;28(8):521-33.
6. Ehrlich P, Bertheim A. Über p-Aminophenylarsinsäure: Erste Mitteilung. Bericht Deutsch Chem Gesells. 1907;40:3292-7.
7. Ehrlich P, Bertheim A. Zur Geschichte der Atoxylformel. Med Klinik. 1907;3:1298-9.
8. Ehrlich P, Bertheim A. Zur Chemie des Atoxyls. Pharm Ztg. 1907;52(344).
9. Schaudinn F, Hoffmann E. Über Spirochaetenbefunde im Lymphdrüsensaft Syphilitischer. Dt Med Wschr. 1905;31:665-7.
10. Marquardt M. Paul Ehrlich: some reminiscences. Br Med J. 20 de marzo de 1954;1(4863):665-7.
11. Kruif PD. Cazadores de microbios. Editorial Porrúa; 2006.
12. Fresquet Febrer JL. La introducción del '606' en España contada por la prensa diaria. El Argonauta español [Internet]. 2011;(8):9. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3671270>
13. El 606 en Madrid. La primera inyección. El Liberal. 23 de septiembre de 2010;1.
14. Del Río E. La introducción de la salvarsanterapia en España. Homenaje a López de Villalobos. V Centenario del Tratado de las Pestíferas Bubas (1498). Madrid: Saned; 2000.
15. Morales Fernández A. Memoria sobre la medicación antisifilítica con el "606" ó salvarsán. Imp.: Talleres del Depósito de la Guerra. Madrid: Ministerio de la Guerra; 1912.
16. Baldry P. Misiles dirigidos. En: La batalla contra las bacterias. Barcelona: Reverté; 1981.
17. Martín S. El 606. Conferencia en el Instituto Rubio (06-10-1910). Madrid; 1910.

Los microabscesos de Pautrier

Ángel Fernández Flores.

Servicio de Anatomía Patológica.
Hospital Universitario El Bierzo (Ponferrada, León).

Los “microabscesos de Pautrier” son un conocido signo dermatopatológico muy relevante en el diagnóstico de la micosis fungoide. Se trata de colecciones intraepidérmicas de linfocitos atípicos que han migrado desde la dermis (Fig. 1). Sin embargo, éste es uno de los epónimos más inapropiados de toda la historia de la dermatología.

Durante muchos años ha sido conocido que el primero en describirlos, en realidad, no fue Pautrier (Fig. 2), sino Darier. Sin embargo, hay varios puntos que requieren precisión.

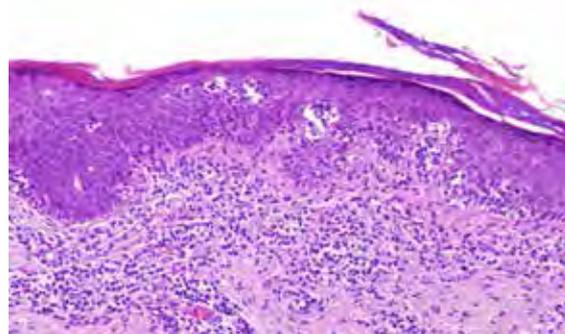


Fig. 1: Los conocidos como “microabscesos de Pautrier” en un caso de micosis fungoide.



Fig. 2: Retrato de Pautrier.
Figura de dominio público.

Siendo rigurosos a la tradición científica, el primero que publica sobre estos “abscesos” es Hallopeau.¹ Lo hace en el Bulletin Médical, en 1889, presentando un caso de “*Lymphodermie scarlatiniforme, début probable d’une mycosis fungoïde atypique*”.¹ En el formato de publicación de la época, intervienen varios asistentes en la discusión del caso, ninguno de los cuales es Darier. Este último, sin embargo, es mencionado para aludir a la descripción de la biopsia realizada por él en 1887, en la que Darier describe una “dermatitis proliferativa” en la que se ven “en el estrato espinoso uno o dos conglomerados esféricos de pequeñas células redondas.” También afirma que “la hipótesis más probable es que hayan migrado a este entorno, como pequeños abscesos intraepidérmicos”. Esta comparación podría quizá considerarse el origen del conflicto de nomenclatura sobre la designación de estos grupos linfocitarios como abscesos. Pero Darier no está designándolos como tales, sino comparando su migración con la de los polimorfonucleares.

¿De dónde entonces procede la designación como “microabscesos” de estas colecciones linfocitarias intraepidérmicas? No es, probablemente, de la literatura francesa, en la cual el término absceso era usado para referirse a las colecciones de polimorfonucleares (“microabscesses de Sabouraud” por ejemplo), mientras que las agrupaciones de linfocitos se describían mejor como nidos, formaciones cavitarias o pequeñas cavidades. Tampoco de la literatura germana, que prefería llamar a los grupos linfocitarios como agujeros o nidos celulares.

Han transcurrido apenas tres años desde la presentación por Hallopeau cuando, en 1892, en la reunión de la Sociedad Francesa de Dermatología, Philippson presenta la histología de la micosis fungoide típica, que sería publicada ese mismo año en los Annales de Dermatologie.² El cuadro corresponde a lo que clínicamente se conocía como eccema premicosiforme (y

que hoy llamaríamos micosis fungoide precoz). Allí describe “entre las células epiteliales, numerosos corpúsculos diferentes de las células epiteliales, similares a las células de nueva formación presentes en el corion en los mismos cortes”. Además, comenta que dichos espacios parecen comunicar con el corion. Sin embargo, a la reunión asistió Darier, quien intervino para remarcar que él mismo había ya identificado y descrito esos grupos celulares y que le parecía que habían migrado a la epidermis y no eran meras proyecciones desde el corion.

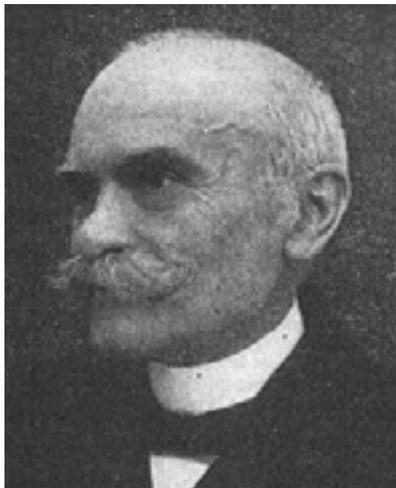


Fig. 3: Retrato de Louis Brocq, el hombre que tanto influiría en la carrera científica de Pautrier. Figura de dominio público.

Para entender el papel de Pautrier en la historia de este epónimo hay que retrotraerse casi a sus comienzos en medicina, cuando, fruto de su interés en dermatología, toma contacto en París con Jean Louis Brocq (Fig. 3), convirtiéndose en su alumno favorito. Será Brocq quien insta a estudiar histopatología.³ Esto les lleva a ambos a publicar varios cuadros como, por ejemplo, la glositis media. Además, Pautrier contribuye con las explicaciones dermatopatológicas de los casos en las reuniones de dermatología, algo muy apreciado por los clínicos.⁴ Esto hace que se gane la estima de Darier, algo crucial en esta historia.

La prolífica actividad de Pautrier, sin embargo, se verá frenada por la Primera Guerra Mundial, teniéndose que incorporar al frente. Durante guerra, Estrasburgo pasa a manos alemanas. Lejos de que el conflicto bélico cause detrimento de la actividad científica de la ciudad, la medicina se verá potenciada con la creación de nuevos pabellones y edificios, tales como el von Recklinhausen.

El resultado es que, al finalizar la guerra, existe un espíritu de superación e innovación en Estrasburgo, resultado del cual se procede a la creación de una nueva facultad de medicina, encargando al profesor George Weiss el reclutamiento del profesorado (Fig. 4). Entre ellos, se ofrecen puestos a Forster en anatomía, a Léon Blum en medicina interna y fisiopatología, a Pfersdorff en psiquiatría, a Schickelé en ginecología y obstetricia, a Borrel en microbiología (de cuyo nombre deriva el de *Borrelia*), a Masson en histopatología (de quien nos llega el tricrómico de Masson), a Nicloux en bioquímica, a Ambard en fisiopatología, a Leriche en cirugía y a Pautrier en dermatología. Este último nombramiento se hace a pesar de la limitada experiencia previa hospitalaria de Pautrier y muy probablemente a instancias de Darier. Años más tarde, este elenco sería caricaturizado por Carb, en una de los dibujos médicos que más fama ha cobrado (Fig. 5).



Fig. 4: Georges Weiss, decano de la facultad de medicina de Estrasburgo, quien se encargaría de reclutar al nuevo equipo de médicos, entre los que se encontraba Pautrier. Figura del dominio público.



Fig. 5: Caricatura del profesorado de la Facultad de Medicina de Estrasburgo hecha por Carb en 1930. En el centro y con pelo cano, mirando hacia la izquierda, aparece Pautrier.

En su nuevo puesto, Pautrier desempeña una prolífica actividad, lo cual le posiciona como uno de los dermatólogos más influyentes de Francia. Eso le facilita la aprobación, por parte del gobierno, de la construcción de un nuevo hospital dedicado exclusivamente a la dermatología, con cuatro edificios rodeados por jardines y con instalaciones para quirófanos, laboratorios, camas, salas de espera, consulta, comedor... El centro abre sus puertas en 1930 bajo el ambicioso sobrenombre de « Dermato-Palacio » (Fig. 6).⁵ Uno de estos edificios se conserva en la actualidad, junto al edificio del nuevo Hospital Civil (Fig. 7).



Fig. 6: Uno de los edificios destinados a la dermatología, de los inaugurados en 1930 en Estrasburgo con el sobrenombre de "Dermatopaleis". La imagen muestra las fachadas este y norte. Este edificio ha sobrevivido hasta nuestros días.



Fig. 7: Uno de los edificios del "Dermatopaleis" se conserva intacto en la actualidad, junto al moderno Hospital Civil.

Uno de los logros de Pautrier en su nuevo puesto es organizar reuniones periódicas monográficas, de un solo día de duración, con una asistencia limitada, pero muy especializada. A ellas, por lo tanto, asistirían no sólo figuras destacadas de la dermatología francesa, sino también de toda la dermatología europea. Estas reuniones eran publicadas en el *Bulletin de la Société Française de Dermatologie*.

En 1937, la reunión abordará el tema monográfico de las granulomatosis. Pautrier habla de micosis fungoide y destaca cómo "la epidermis muestra en algunos puntos pequeños nidos altos conteniendo algunos linfocitos". También admite que han sido previamente descritos por Darier. Por lo tanto, ni se atribuye su descripción ni los llama abscesos.

La conexión con el epónimo que nos ocupa hay probablemente que buscarla en los años 20. Fruto de la precoz fama que Pautrier ha cosechado ya para entonces como dermatólogo, en 1922 es invitado por la Fundación Rockefeller a dar varias conferencias a los Estados Unidos de América (Fig. 8)⁶. En el viaje le acompañan otros colegas, entre los que se encuentran Masson, Blum, Bouin, Dumont, Duverger, Weiss o Nicloux. Es más que probable que en las conferencias sobre su tema favorito -la micosis fungoide- Pautrier haya descrito el hallazgo de los linfocitos intraepidérmicos como signo histopatológico de la entidad.

El resultado no se hace esperar y, a partir de entonces, el hallazgo histopatológico estará presente en las publicaciones y comunicaciones americanas: En 1926, en la *New York Dermatological Society*, Fraser discute los nidos intraepidérmicos descritos por Darier. En 1928, Wise publica el artículo "Mycosis fungoides" en la revista *Archiv für Dermatologie und Syphilis* en el que menciona que "según Darier, la presencia de estas vesículas intraepidérmicas o nidos llenos de linfocitos es específica de la micosis fungoide".

El término de "microabscesos" probablemente procede de la literatura anglosajona americana. Concretamente, en la primera edición del libro "Lever's histopathology of the skin", de 1949, en su página 427, la figura 29 está dedicada a la histología de la eritrodermia premicótica, señalando con dos flechas los llamados "micro-abscesos de Pautrier".



Fig. 8: Figura realizada con motivo del viaje a los Estados Unidos del grupo de Estrasburgo. De izquierda a derecha en la foto: Pierre Masson, Pierre Dumont, Léon Blum, Paul Bouin, Camille Duverger, Maurice Nicloux, Lucien-Marie Pautrier y Georges Weiss. Figura de dominio público.

A pesar de ser este el epónimo que más se consagró con respecto a su nombre, no fue la única descripción relevante de Pautrier, quien ejerció una actividad científica prolífica en el período entre-guerras, con numerosas publicaciones en revistas francesas, alemanas, suizas o inglesas. Fue el primero en escribir una obra sintética sobre la sarcoidosis, uno de sus temas de interés junto con las granulomatosis en general. También describió, junto con Woringer, la reticulosis lipomelánica de las adenopatías en las enfermedades cutáneas inflamatorias (hoy conocida como linfadenitis dermatopática) y junto con Brocq el angioloipoma (de Brocq-Pautrier), afectación cutánea en la sarcoidosis.



Fig. 9: El compositor rumano George Enescu, amigo de Pautrier y miembro de la Sociedad de Amigos de la Música, a la que también perteneció Pautrier.

Su actividad será parcialmente abandonada con la llegada de la Segunda Guerra Mundial, período en el que Estrasburgo es ocupado por los nazis y la Facultad de Medicina fue trasladada a Clairvivre, en Dordogna. Durante su estancia allí, le ofrecieron la Cátedra de Dermatología de Lausana. Al final de la guerra, Pautrier regresó a Estrasburgo. Intenta retomar la actividad científica y relanzar las reuniones en el centro, comenzando con un tema monográfico estrella y novedoso: el uso de la penicilina.

Aunque Pautrier se retiró en 1947, permaneció vinculado a la clínica hasta su muerte en 1959, tiempo durante el que siguió cultivando sus aficiones culturales, como la música o el cine, habiendo sido el fundador del festival de música de Estrasburgo en 1932, junto con la Sociedad de Amigos de la Música, a la que pertenecía también su amigo y compositor George Enescu (Figs. 9 y 10) y la Sociedad de Amigos del Cine de Vanguardia.⁷



Fig. 10: Cartel del primer festival de música de Estrasburgo, en 1932, inaugurado por la Sociedad de Amigos de la Música, a la que pertenecía Pautrier. Imagen de dominio público.

BIBLIOGRAFÍA

1. Hallopeau H. Lymphodermie scarlatiniforme, début probable d'un mycosis fongoïde atypique. Bulletin Medical. 1889;1115-6.
2. Philippson ML. Histologie du mycosis fongoïde typique. Bull Soc fr Dermatol Syphil. 1892;3:224-35.
3. Cribier B. Microabcès de Pautrier. En: Cribier B, Halioua B, Revuz J, Tilles G, eds. Quelques cas historiques en dermatologie. Paris: Springer; 2011. p. 139-51.
4. Brocq L, Pautrier L. Glossite losangique miame de la face dorsale de la langue. Ann de Dermat et Syph. 1914;5:1-48.
5. Cribier B. [Strasbourg, capital of mycosis fungoides research from 1919 to 1964]. Hist Sci Med. 2011;45(4):415-26.
6. Cribier BJ. The myth of Pautrier's microabscesses. J Am Acad Dermatol. 2003;48(5):796-7; author reply 797.
7. Gay Prieto J. [Professor Lucien Marie Pautrier (1876-1959)]. Dermatologica. 1959;119:378-80.

Alopecias frontales en el arte

Olga Marqués Serrano.

Hospital Nuestra Señora del Rosario. Madrid.



ALOPECIA POR TRACCIÓN

La forma que utiliza el diccionario para definir el término tracción es “acción de tirar de algo”, por tanto, la alopecia por tracción es aquella producida por diferentes mecanismos que tiran del pelo y dan lugar a la rotura o a la caída del mismo, afectando a las zonas marginales de la región frontal y a las temporales del cuero cabelludo. La alopecia por tracción está muy representada en el arte, sobresaliendo los retratos femeninos de la pintura flamenca de la primera mitad del siglo XVII, dónde, dos hechos coinciden en el tiempo: una sucesión de grandes retratistas que imponen este género y el uso, implantado en la sociedad, de que las mujeres desde niñas peinaran el cabello tirante, en un recogido, y cubierto por una cofia, dando lugar con el paso de los años a auténticas alopecias cicatriciales.

ALOPECIA FRONTAL FIBROSANTE

La *alopecia frontal fibrosante* es una alopecia cicatricial adquirida que afecta a mujeres post-menopáusicas y, con menor frecuencia, a mujeres pre-menopáusicas. Descrita por Kossard en 1994, está de actualidad hoy en día, ya que, a pesar de que el número de pacientes sigue aumentando, su origen es aún desconocido. La primera manifestación importante es el retroceso en la línea de implantación del pelo de la zona frontotemporal, extendiéndose con frecuencia a la zona retroauricular y a la occipital. La alopecia de las cejas y pestañas se considera un signo más de esta forma de alopecia.

FALSAS ALOPECIAS POR LA MODA DEL AFEITADO

Por otra parte, en el siglo XV se impuso en Europa una extraña moda: las mujeres se depilaban y afeitaban el cabello siguiendo la zona de la frente, llegando a solaparse en muchos casos con auténticas patologías del pelo.

TALLER FRANCO-FLAMENCO



Dama de perfil, 1400-1405

Washington, The National Gallery of Art

Dama de perfil representa a una mujer joven pintada de perfil. Va ricamente vestida con un traje de brocado bordado en oro, forrado en piel, y una camisa blanca. En las mangas lleva sujeto un collar doble de cuentas de oro. Además, hay otro collar que adorna el cuello del vestido, del que pendía una pieza de orfebrería, siendo, tanto este cómo el cinturón, de chapa. La modelo tiene el cabello recogido en una red y decorado con un gran turbante repleto de piedras preciosas. Un pequeño mechón suelto se engancha detrás de la oreja. En su cara se aprecia una gran frente abombada como consecuencia del afeitado, que sigue toda la línea de inserción del pelo, además de las patillas y la nuca. Las cejas son inexistentes.

PISANELLO



Retrato de una princesa de la casa de Este, 1435-1440

París, Musée du Louvre

La pintura muestra la imagen de una joven, de medio cuerpo y de perfil; considerada durante siglos Margarita Gonzaga, esposa de Leonello d'Este, ha sido identificada como Ginevra d'Este, de la que se cuenta que murió envenenada por su marido, Sigismondo Malatesta, Condottiero y Señor de Rimini.

La modelo lleva un lujoso vestido blanco de amplias mangas granates, en cuya hombrera hay un jarrón bordado y adornado con perlas, que la identifica como miembro de la familia Este. Así mismo, una rama de enebro prendida en el vestido hace alusión a su nombre. El pelo tirante, recogido con una malla sujeta con una lazada, hace valorar su amplia frente y una extraña convexidad debido a la gran recesión de la línea de implantación del pelo. También se observan en la región temporal, preauricular y occipital zonas de alopecia, y las cejas, quizás por su color, apenas son visibles.

FILIPPO LIPPI



Retrato de hombre y mujer en la ventana, 1440

Nueva York, Metropolitan Museum

El cuadro es un retrato de boda en el que la mujer, que ocupa casi toda la composición, se encuentra en el interior de una habitación observando con detenimiento al hombre que aparece asomado a través de una ventana. Lleva un lujoso vestido rojo escarlata de mangas abombadas que se complementa con un tocado ricamente bordado que deja al descubierto una pequeña parte de su cabello rubio, así como una amplia frente que sigue la moda del afeitado. Sus cejas finas y perfiladas, parecen estar maquilladas. El hombre, del que solo se ve una parte de la cara, apoya sus manos sobre el escudo de armas de la familia Scolari, y deja claro que en esa boda pactada ella es quien aporta riqueza y él, linaje.

FILIPPO LIPPI



Retrato de mujer, hacia 1445

Berlín, Gemädegalerie

La pintura vuelve a mostrar a la misma modelo que Filippo Lippi había pintado cinco años antes. En la cara una ligera papada confirma el aumento de peso que ha tenido lugar en esos años.

El pelo rubio, peinado hacia atrás, muy estirado, se recoge en un moño que el tocado, un sencillo velo transparente, deja entrever. Mientras la frente, más ensanchada, pues la línea de inserción del pelo claramente se ha retraído algunos centímetros, adopta un patrón masculino en la región frontal, sin poder confirmar si este hecho se debe a que la modelo tiene una alopecia frontal, que el paso del tiempo ha intensificado, o ella ha acrecentado el depilado en dicha región.

ROGIER VAN DER WEYDEN



Retrato de una dama, 1455-1460

Washington DC, The National Gallery of Art

El retrato representa la imagen de una mujer pintada de medio cuerpo y ligeramente lateralizada, ante un fondo neutro. Se viste con un elegante traje negro, ajustado a la cintura con un ceñidor rojo, cerrado con una hebilla de oro. Un tocado plegado y transparente va sujeto con alfileres al vestido y al cabello, dejando ver una frente amplia, cubierta por un pelo tan fino y tan escaso que apenas llega a ser apreciado. Una diadema negra adorna y sirve de soporte al elaborado peinado, un alto recogido de abundantes bucles, que ella no posee. Las pestañas y las cejas apenas son visibles y en las regiones temporales y las patillas tampoco existe el menor indicios de pelos.

La joven tiene constitucionalmente un cabello pobre, por una alopecia por tracción, que la tirantez del peinado ha desencadenado. El cuadro ha sido valorado como “el más famoso retrato femenino de la época”.

ROGIER VAN DER WEIDEN (taller)



Isabel de Portugal, 1500

Malibú (California), Museo J. Paul Getty

La mujer se muestra vestida al estilo Borgoñés: traje de seda brocada de talle alto, con escote en forma de V, rematado en armiño, ajustado con un ceñidor verde. Isabel de Portugal era hija de Juan I de Portugal, y se convirtió en la duquesa de Borgoña tras su matrimonio con Felipe III el Bueno. Era una mujer madura para la época, tenía treinta y tres años, y de esta unión nació Carlos el temerario, sucesor del padre, ya que este no tenía descendencia.

Sigue la moda del peinado, la frente despejada, que impuso la corte borgoñesa, y de la que según cuentan los cronistas la duquesa, considerada un icono de la moda femenina del ducado, marcó tendencia, pero en su caso rebasa la tendencia. Complementa su atuendo un esplendido tocado, un hénin dividido, llamado de mariposa, cubierto por un velo.

FRANS HALS



Retrato de Aletta Hanemans, 1625

Haarlem, Frans Hals Museum

El retrato, realizado en 1625, cuando Aletta Hanemans tenía veinte años, hace pareja con el de Jacobo Pietersz Olycan, su marido. La modelo, pintada de tres cuartos sobre un fondo neutro, lleva sus mejores galas. Se viste con un peto (stomacher) bordado con hilos de oro que cae sobre una falda de raso roja. El blanco de la cofia, de la gorguera y de los puños de encaje contrasta con el abrigo de rico brocado negro que complementa el vestuario. Una gruesa cadena de oro rodea su cintura, mientras que el anillo de bodas y los guantes de novia confirman el carácter conyugal del retrato.

La mujer que gira ligeramente la cabeza hacia la derecha llama la atención por su amplísima frente y su escaso pelo que recogido, se oculta tras el tocado, responsable de la alopecia frontal por tracción por la presión de la cofia que lleva.

REMBRANDT



Retrato de Maertgen van Bilderbeecq, detalle, 1633

Frankfurt, Städelsche Kunstinstitute

La pintura representa a la esposa del comerciante de cereales y pastelero de Ámsterdam, Willem Burchgraeff, con cuyo retrato hace pareja. Su cara iluminada y adornada con una imponente gola y cofia blanca, contrasta fuertemente con el fondo negro, ante el que está retratada.

La mujer, de piel y de ojos claros, tiene una amplia frente por el desplazamiento de la línea de inserción del pelo como consecuencia de la tirantez y de la tracción a que ha estado sometido su cabello desde la niñez, que ha desencadenado una auténtica alopecia por tracción. Así mismo, las cejas son apenas perceptibles, y en el dorso de la nariz y de las mejillas presenta un intenso eritema con un componente inflamatorio, que corresponde a una rosácea.

FRANS HALS



Retrato de mujer de pie, 1643/45

Edimburgo, National Gallery of Scotland

La pintura es un retrato nupcial que hace pareja con el Retrato de un hombre de pie. Aunque apenas ha transcurrido una década desde que Rembrandt retrató a Maertgen van Bilderbeecq, un cambio de estilo en la moda se ha impuesto en la sociedad flamenca.

La mujer vestida con un traje de raso negro, que contrasta con el cuello blanco adornado con un lazo plateado, lleva sus mejores joyas: collar y pulsera de perlas, pendientes de pedrería y en la mano derecha, con la que sujeta un abanico, luce su anillo de casada. El pelo rubio, que se intuye fino y pobre, va peinado en una melena ondulada, y cubierto con un pequeño casquete negro. En el rostro de piel fina y sonrosada, sobresalen la frente amplia cubierta por algunos mechones de pelo cortos, y la alopecia de gran parte de las cejas, que podría corresponder con una alopecia frontal fibrosante.

LUCA DELLA ROBBIA



Retrato de una dama, terracota vidriada, 1465

Florenca, Museo Nazionale del Bargello

Retrato de una dama es un tondo que muestra el busto de una mujer joven, con la cabeza ligeramente inclinada y la mirada dirigida hacia el suelo.

La modelo, ricamente enjoyada, tiene una amplia frente y un peinado muy elaborado. Dos mechones de pelo blancos cuelgan a ambos lados de la cabeza y contrastan fuertemente con el azul que cubre el fondo. Una cinta blanca adornada con un broche y una tiara de joyas que cae sobre la frente, complementan el tocado.

NICOLAS DE LECLERC Y JEAN LEPÈRE



Ana de Bretaña, medalla en bronce, 1500

El retrato de busto y de perfil, que ocupa el reverso de la medalla, muestra la imagen de la duquesa Ana de Bretaña, con su frente afeitada, mientras que el anverso está ocupado por su marido, el rey Luis XII de Francia.

El original, realizado en oro, fue un regalo de Lyon a la reina con motivo de un viaje a dicha ciudad. No se conserva el original, pero sí copias en plata y en bronce.

BIBLIOGRAFÍA

1. Arpino G, Lecaldano P. La obra pictórica completa de Rembrandt. Barcelona: Noguer; 1983.
2. Strehlke CB. Italian paintings, 1250-1450, in the John G. Johnson Collection and the Philadelphia Museum of Art. Philadelphia: Philadelphia Museum of Art: In Association with the Pennsylvania State University Press; 2004. 556 p.
3. Montagna W. Tricología. Enfermedades del Folículo Pilosebáceo. Camacho FM, Tosti A, eds. Aula Médica; 2013.
4. Museo del Prado, Buendía JR, editores. El Prado: colecciones de pintura. Barcelona: Lunweg; 2000. 525 p.
5. Falomir M. El retrato del Renacimiento. Museo del Prado; 2008.
6. Erftemeijer A, Frans Halsmuseum. Frans Hals: a phenomenon. Rotterdam: Nai010 Publishers; 2014.
7. Fernandez-Flores A. Frontal pseudoalopecia in history: Part 1—Fashionable forms. Clinics in Dermatology. 2012;30(5):548-52.
8. Ferrari S. Van Eyck: el maestro flamenco de la luz. Barcelona: Electa España; 2005.
9. Fonseca Capdevila E. Diagnóstico de las alopecias. Salud Rural. 1988;5(12):13-22.
10. Grandes de la pintura. Madrid: Sedmay; 1980.
11. Lambourne L. Victorian Painting. London: Phaidon Inc Ltd; 2005. 512 p.
12. Marqués Serrano O. La piel en la pintura. Madrid: Reprofot; 2009.
13. Pita Andrade JM, Borobia Guerrero M del M, eds. Maestros antiguos del Museo Thyssen-Bornemisza. Colección Thyssen-Bornemisza. Barcelona: Lunweg; 1994. 813 p.
14. Posada Kubissa T. Pintura holandesa en el Museo Nacional del Prado: catálogo razonado. Madrid: Museo del Prado; 2009. 333 p. (Catálogo de la colección / Museo Nacional del Prado).
15. Vergara A, Posada Kubissa T, Westermann M, editores. Rembrandt: pintor de historias [con motivo de la Exposición Rembrandt, Pintor de Historias, Museo Nacional del Prado, del 15 de octubre de 2008 al 6 de enero de 2009]. Madrid: Museo Nacional de Prado; 2008. 235 p.
16. Rook A, Dawber R. Enfermedades del pelo y del cuero cabelludo. Barcelona: Espaxs; 1984.
17. Rousselot J. La medicina en el arte. Argos Vergara; 1971.
18. Serrano-Falcón C, Serrano-Ortega S. ¿Tenía la Duquesa de Urbino una alopecia frontal fibrosante? Actas Dermosifiliogr. 2008;99(9):737-8.
19. Schneider N. The art of the portrait: masterpieces of European portrait-painting, 1420-1670. Köln; London: Taschen; 2002.
20. Vañó S, Jaén Olasolo P, Bernárdez Guerra C. Manual práctico de tricología: #TricoHRC. Madrid Medical & Marketing Communications; 2019.
21. Zuffi S. El retrato: obras maestras entre la historia y la eternidad. Electa; 2000.
22. Zuffi S, Castria F, Pauli T. La pintura renacentista: la gloria del arte europeo. Madrid: Electa; 2000.
23. Marqués Serrano, O. PELO. Patología y Arte. Madrid: Reprofot, 2019.

Historia de los tatuajes

José Carlos Moreno Giménez

Dermatólogo. Córdoba

Donis Muñoz Borrás

Dermatólogo. Gandía (Valencia)

INTRODUCCIÓN

El tatuaje está de moda. Ha pasado de ser vejatorio a considerársele un adorno. Forma parte de lo que hoy día se considera el *Body Art*. Aunque su frecuencia real es difícil de establecer, según una encuesta de 2006 realizada por Pew Research, el 40 % de los estadounidenses entre las edades de 26 y 40 años tienen al menos un tatuaje. Esta cifra va descendiendo con la edad, ya que solo 1 de cada 10 personas mayores de 50 años lo presentan¹. En este mismo sentido, la Academia Española de Dermatología y Venereología considera que uno de cada tres españoles tiene un tatuaje.

Pero no es algo de nuestro tiempo. El tatuaje es posiblemente tan antiguo como la humanidad. El propio Charles Darwin en su tratado “El origen del hombre” (1.871) comenta:

“No se puede nombrar ni un solo gran país, desde las regiones polares del norte hasta Nueva Zelanda en el sur, en el que los aborígenes no se hicieran tatuajes”.

Por lo tanto, podemos afirmar que los tatuajes están presentes en el ser humano desde tiempos inmemoriales, en todas razas, naciones y condiciones. Tienen significados muy variables en relación con las culturas y épocas: ritos iniciáticos, poderes curativos, signos mágico-religiosos, culturales, decorativos ...

Nos proponemos en este trabajo revisar, de forma resumida, la historia de los tatuajes.

CONCEPTO

El término tatuaje procede del término samoano *Tátau*, que hace referencia al sonido consecuente a tener que golpear dos veces con el instrumento tatuador, en la llamada técnica *batox* (Fig. 1). Al español llega a través de la traducción de la palabra francesa *tatouage*.



Figura 1.- Técnica batox



Fig. 2. Hombre de Ötzi . Museo Arqueológico del Tirolo del Sur, en la ciudad de Bolzano (Italia).



Se piensa que el arte de tatuar estaba ya presente en la era paleolítica, como demuestra el hallazgo de Instrumental encontrado y datado en el Paleolítico superior (35.000-10.000 aC): agujas talladas en hueso, concha o caparazón de tortuga y pequeños recipientes empleados para contener los pigmentos...

HALLAZGOS HISTÓRICOS

Revisaremos los hallazgos, que, en nuestra opinión, son más significativos en la historia y evolución del tatuaje.

El hombre de Ötzi. También conocido momia de **Ötzi** u hombre del hielo, datado 5.300 años aC, se halló congelado en el glaciar alpino de **Ötztal** (en la frontera entre Austria e Italia), en 1991, por los esposos Simon. Se trata de un varón de 46 años, con ojos marrones, una altura: 159 cm y un peso de 50 kg, aunque la momia solo pesaba 38 en el momento del descubrimiento. Su imagen ha sido reproducida y la recogemos en la Fig. 2. Los estudios realizados demuestran que murió como consecuencia de una herida de flecha disparada por la espalda. Presentaba, así mismo, un traumatismo craneal, posiblemente debido a un traumatismo sufrido tras la herida de flecha (consecuencia de la propia lucha o por la caída tras sentirse herido). Tenía un grupo sanguíneo 0⁺ y presentaba distintos problemas de salud: intolerancia a lactosa, problemas cardiovasculares, artritis, enfermedad de Lyme y caries. Pero lo que llama especialmente la atención es su perfecto estado de conservación y la presencia de múltiples tatuajes. Estos **están** realizados con carbón y tienen distintas medidas de 0,7 a 4 cm de largo. Curiosamente, se localizan en las zonas donde sufría artritis, por lo que cabe pensar que estaban hechos con un sentido mágico-curativo (Figs. 3 A y 3B). Se contabilizaron 68 tatuajes: 59 en la muñeca izquierda, 2 en la zona lumbar, 5 en la pierna derecha y 2 en la izquierda. Se concentran en pequeños grupos de tres o cuatro rayas paralelas, que no forman un dibujo reconocible^{2,3}.

Momias de Glebelein. Se trata de una pareja (hombre y mujer) datada en la época predinástica egipcia (entre el 3351 y el 3017 aC). Actualmente pueden visitarse en el Museo Británico. Son los primeros tatuajes figurativos que se conocen y representan un carnero y un toro salvaje (hombre) y “eses” y un bastón (mujer).

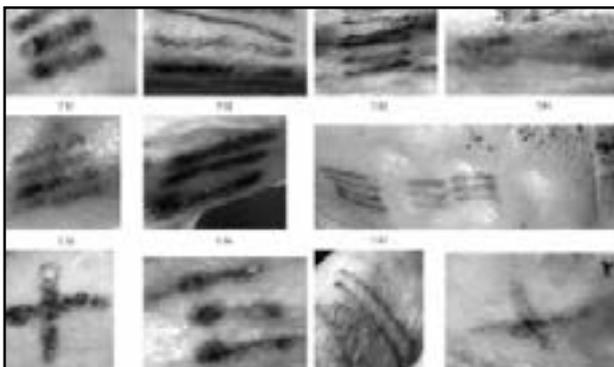


Figura 3A. Tatuajes del hombre de Ötzi. © MARCO SAMADELLI / EURAC / SOUTH TYROL MUSEUM OF ARCHAEOLOGY



Figura 3B. Tatuajes del hombre de Ötzi Distribución y aspecto tras iluminación infrarroja (del instituto EURAC en Bolzano (Italia))

El hombre se piensa murió entre los 18 y 21 años y que pereció por una herida de arma blanca en la espalda. Como hemos comentado, sus tatuajes corresponden a un toro salvaje y un carnero (Fig. 4) y están realizados con carbón, posiblemente hollín.

La mujer, en el hombro derecho muestra una serie de pequeños dibujos en forma de “ese”, así como motivos lineales similares a los encontrados en cerámicas de la época. Es de destacar la presencia de una figura que se interpreta como un bastón usado en la danza ritual o un símbolo de poder y estatus social elevado (Fig. 5)⁴.



Figura 4. Tatuaje en el hombro de Glebelein: localización y figuras BRITISH MUSEUM



Figura 5. Tatuaje en la mujer de Glebelein: figuras en “ese” y bastón BRITISH MUSEUM

Tatuajes en Egipto. Aparecen desde etapas tempranas, ya en la XI dinastía (2160-1994 aC). Aunque muy variados, la mayoría son en forma de puntos y líneas, que dibujan formas romboidales, o cicatrices post-escoriación. Predominan en genitales y/o abdomen y se interpretan como signo de fertilidad y poder femenino. Algunos tatuajes figurativos tienen un signo protector, como el ojo de Horus (Fig. 6).

Dentro de los tatuajes encontrados en las momias egipcias, cabe destacar los de Amunet⁵, sacerdotisa de la diosa Hathor, descubiertos en Tebas en 1981 y que se datan 2000 años aC. Tal y como hemos comentado, se trata de múltiples dibujos compuestos por líneas, puntos y geométricos (símbolos propiciadores de fertilidad y protección) (Fig. 7).



Figura 6.- Tatuajes egipcios: ojo de Horus
<https://www.quo.es/ser-humano/a56426/fotos-de-momias/#sidepanel>

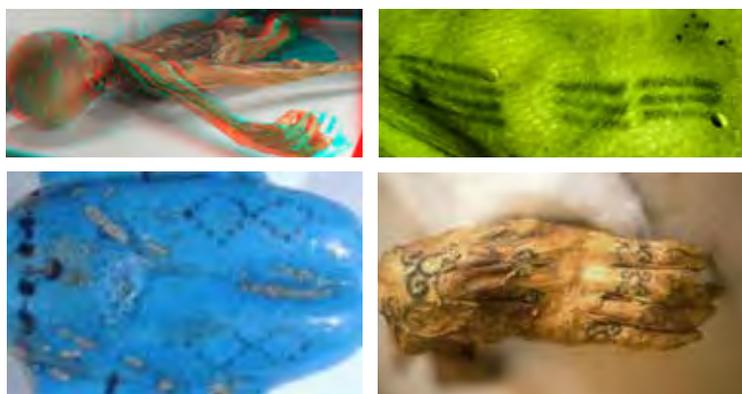


Figura 7. Tatuajes de Amunet

Princesa de Urok. En el año 1993 una expedición del Instituto Arqueológico de Rusia, dirigida por Natalia Polosmak, encontró en los montes Altái (estepa siberiana) una momia datada en el siglo V aC, correspondiente a una mujer perteneciente a la tribu escita, que llamaba la atención por su buen estado de conservación (explicable por la temperatura de la zona y por el tipo de enterramiento: en un tronco de árbol que había sido vaciado) y la presencia de tatuajes, destacando un ciervo en el brazo derecho.

Estas tribus, conocidas desde la prehistoria, eran nómadas y seminómadas, guerreras e integradas por grandes jinetes (*kurgan o panzyrik*), por lo que pueden considerarse como precursoras de las Amazonas⁶.

En la tumba a que hacemos referencia, y tal como era propio de los guerreros escitas, se encontraron, además, restos de seis caballos perfectamente equipados, así como carne ovina y equina,

que pueden interpretarse como restos de un banquete funerario o como una ofrenda para acompañar a la difunta al más allá. Así mismo, existía un ajuar funerario con adornos de madera y metal, semillas y un recipiente con restos de cannabis (Fig. 8).



Figura 8. - Tumba de la princesa de Urok. (Imagen perteneciente a la BBC)

La princesa de Urok, (Princesa del hielo, Doncella del hielo siberiana, Princesa escita), se ha identificado como una mujer que falleció entre los 25-28 años, que tenía una estatura de 1,62-1,65 m y, curiosamente, su ADN no coincide con otros miembros encontrados de la raza escita. Entre sus patologías destacar un cáncer de mama, que no fue la causa de su muerte, y que para algunos autores justificaría la toma de cannabis, aunque para la mayoría su consumo era habitual en las celebraciones tribales.



Figura 9.- Momia y tatuaje de la princesa de Urok. (Imagen perteneciente a la BBC)

Como ya hemos comentado, presentaba en brazo derecho un tatuaje correspondiente a un ciervo (Fig. 9)⁷.

En la figura 10 incluimos la reproducción realizada de esta guerrera escita

Tatuajes en la etapa precolombina. Eran muy frecuentes en algunas culturas precolombinas. En momias de Chile y Perú pertenecientes a la cultura *Chimú-Casma*, el 43% presentaban tatuajes (Fig. 11). Así mismo, se ha encontrado material empleado como agujas, espinas de árbol o peces y plumas de loros^{8,9}.

El material empleado para tatuar era Jagua (*Genipa americana L.*), árbol decíduo de 20 m de alto, originario de las selvas húmedas de América Latina, que es fuente natural de hierro, riboflavina y sustancias antibacterianas, y es utilizado para colorearse la piel. Se emplea, incluso en la actualidad, por los nativos para pintar sus cuerpos como protección contra el sol y los insectos.



Figura 10 Reconstrucción de la princesa de Urok



Figura 11.-Tatuaje en una mano de momia del Norte de Chile
Tatuaje en una mano de momia del Norte de Chile.
(Imagen: Mercedes González, Museo de las Momias de Quinto (Zaragoza, España)

Cabe destacar, dentro de los tatuajes precolombinos, los de la Señora de Cao¹⁰⁻¹². Se trata de una mujer de 25 años (300 años dC), de 1,48 m de estatura, que presentaba un absceso en la muela del juicio y que murió seguramente en el parto como consecuencia de una eclampsia. Esta mujer pertenecía a la alta sociedad mochila del valle de Chicama (Perú), como demuestra su ajuar funerario en el que se encontraron diademas, narigueras, mazos, collares... todos ellos de oro y piedras preciosas (Fig. 12). Se piensa que era el personaje principal en la "ceremonia del sacrificio", en la que se ofrecía sangre de los cautivos a sus dioses.



Figura 12.- Momia y ajuar funerario de la señora de Cao

Su tumba se encontró en el complejo arqueológico “el brujo” (Fig. 13). Presentaba la momia abundantes tatuajes en los antebrazos, las manos y los pies, que reproducían serpientes, arañas (ambos animales vinculados con la fertilidad de la tierra y el agua), jaguares (animal lunar) y figuras geométricas. Todo ello hace referencia a actividades altamente espirituales, oficio que estaba vinculado al poder político-religioso, que sin duda ostentaba el personaje (Fig. 14).

Recientemente, en una gran ceremonia se ha “dado forma” a este importante personaje de la cultura peruana (Fig. 15).



Figura 13.- Tumba de la señora de Cao en el complejo arqueológico “el brujo”.

Imagen de “guardián de la tumba” y de los restos funerarios.



Figura 14.- Tatuajes señora de Cao



LA EXTENSIÓN DEL TATUAJE EN EL MUNDO

La cultura del tatuaje se expandió por la India, China, Japón y las islas del Pacífico, en donde arraigó. De hecho, Marco Polo (1254-1324), en sus viajes por Asia central y China escribió: *“Muchos vienen de la India para pintar sus cuerpos con la aguja de la manera que hemos descrito en otros lugares, ya que hay muchos adeptos en este arte”*

Especial mención merecen los maoríes, que empleaban tatuajes de color negro hechos con cincel y martillo. Se realizaban durante la pubertad (ceremonias iniciáticas), donde los jóvenes aspirantes debían afrontar fuertes dolores como prueba de su madurez. Los que no soportaban el dolor y dejaban sus tatuajes incompletos eran socialmente rechazados, siendo motivo de burla y vergüenza para toda la familia.

Normalmente iban incrementando, los que lo toleraban, el número de tatuajes, llegando a decorar toda su piel (Fig. 16).

En algunas civilizaciones el tatuaje estaba “mal visto”. Así, en Grecia y Roma empleaban los tatuajes como forma de castigo entre los sacrílegos y criminales, a la vez que fueron un modo de marcar a los legionarios y esclavos para evitar desertiones. Los nazis tatuaban a los presos judíos. La Iglesia católica era contraria a la práctica de tatuajes. Constantino (272-337), el primer emperador cristiano, los consideraba impúdicos, y en la Edad Media, y más concretamente, en el II Concilio de Nicea (año 787), el papa Adriano I los prohibió, basándose en la frase bíblica del Levítico (19:28): *“No haréis cortes en la carne de un muerto ni os haréis tatuajes: yo, el Señor...”*. Hay una sola excepción: los cruzados, que tatuaban su



Fig. 15.- Reproducción de la imagen de la señora de Cao



Figura 16. Tatuaje Maorí

piel, generalmente con la cruz, como recuerdo de su aventura y para ser identificados, si morían en el campo de batalla, y poder recibir un enterramiento cristiano.

No podemos dejar de recordar, en la historia del tatuaje, al Capitán James Cook (1728 -1779), navegante, explorador, cartógrafo y capitán de la Marina Real Británica. En uno de sus viajes visitó Tahití y Polinesia, comprobando que los nativos presentaban abundantes tatuajes, que se consideraban identificadores de un rango social. Muchos de sus marineros se tatuaron, por lo que puede considerarse como el introductor del tatuaje en Europa.

Aunque durante mucho tiempo los tatuajes han sido considerados como propios de “baja clase social”, muchos miembros de la realeza los han practicado. Pongamos algunos ejemplos: reina Victoria de Inglaterra (se tatuó un tigre enfrentándose a una serpiente); Eduardo VII de Inglaterra (se tatuó un dragón como conmemoración de su viaje a Oriente); el Zar Nicolás II (tenía múltiples tatuajes en brazos), al igual que Federico IX de Dinamarca. Entre nuestra familia real podemos nombrar al rey Alfonso XIII y su hijo D. Juan de Borbón.

En la época actual, muestran tatuajes, temporales o permanentes, los miembros de la familia del Principado de Mónaco (Estefanía de Mónaco, Pauline Ducruet, Camille Gottlieb, Carlota Casiraghi y Andrea Casiraghi, que presenta en el costado la imagen de un armadillo).

La expansión social de los tatuajes surge a partir del siglo XX, siendo importante en el mismo el movimiento hippie y la guerra del Vietnam.

Actualmente el tatuaje tiene una gran extensión y, sin duda alguna, han colaborado en su profusión la adicción a los mismos de artistas, deportistas y otros ídolos sociales.

Tienen actualmente significados muy diversos, como: estilo de vida, inconformismo social, señal imperecedera de amor y fidelidad, arma de seducción, diferenciarse de los demás, obra de arte, distintivo de las tribus urbanas (*punk*, *heavy* o *rocker*).

TATUAJE Y SÍFILIS

Llamó la atención que en los lugares donde había tatuajes rojos (cinabrio), no había síntomas de sífilis, por lo que se aconsejó el uso de una pomada mercurial (pomada de Metchnikoff) como profilaxis en esta enfermedad. Esta medida llegó mucho más lejos cuando *le Monde Medical* (1913) aconseja tatuar genitales con sulfuro rojo de mercurio como profilaxis de la sífilis. Es el conocido como *tatuaje condón*, que no llegó a tener mucho éxito.

... Y la técnica del tatuaje sigue evolucionando, actualmente aparecen nuevos modelos como *branding* (modificación del cuerpo realizada por un hierro caliente contra la piel, produciendo diseños permanentes. La técnica se asemeja a la que se utiliza para marcar el ganado) y el *pocketing* (implante de un dispositivo que se coloca debajo de la piel humana con fines decorativos), de tal manera que podemos concluir diciendo que los tatuajes, junto con otras técnicas de modificación corporal como el *piercing*, la escarificación, el *branding*, el *pocketing* o los implantes, forman parte de lo que se denomina *body art*, donde el soporte del arte es el propio cuerpo y la piel se convierte en un lienzo en blanco, listo para ser modificado¹³.

BIBLIOGRAFÍA

1. Levitt SD. Tattoonomics, Part I [Internet]. Freakonomics. 2010. Disponible en: <http://freakonomics.com/2010/05/19/tattoonomics-part-i/>
2. Renaut L. Les tatouages d'Ötzi et la petite chirurgie traditionnelle. *L'Anthropologie*. 2004;108(1):69-105.
3. Samadelli M, Melis M, Miccoli M, Vigl EE, Zink AR. Complete mapping of the tattoos of the 5300-year-old Tyrolean Iceman. *Journal of Cultural Heritage*. 2015;16(5):753-8.
4. Estas momias egipcias tienen los tatuajes más antiguos del mundo [Internet]. National Geographic. 2018. Disponible en: <https://www.national-geographic.es/historia/2018/03/estas-momias-egipcias-tienen-los-tatuajes-mas-antiguos-del-mundo>
5. Sierra Valentí X. Un dermatólogo en el museo: Una momia con tatuajes [Internet]. Un dermatólogo en el museo. 2016. Disponible en: <http://xsierrav.blogspot.com/2016/05/una-momia-con-tatuajes.html>
6. Sánchez Sanz A. Guerreras nómadas. Mujer y violencia en la estepa Euroasiática durante la Antigüedad. I Congreso Iberoamericano de Antropología AIBR; 2015; Madrid.
7. Siberian princess reveals her 2,500-year-old tattoos [Internet]. The Siberian Times. 2012. Disponible en: <http://siberiantimes.com/culture/others/features/siberian-princess-reveals-her-2500-year-old-tattoos/>
8. Krutak L. Many stitches for life: the antiquity of thread and needle tattooing [Internet]. The Vanishing Tattoo. 2009. Disponible en: http://www.vanishingtattoo.com/thread_and_needle_tattooing.htm
9. Allison M, Lindbeg L, Santoro C, Focacci G. Tatuajes y pintura corporal de los indígenas precolombinos de Perú y Chile. *Chungará*. 1981;7:218-36.
10. Mayans C. La tumba de la Señora de Cao, líder del pueblo mochica [Internet]. Historia. National Geographic. 2012. Disponible en: https://historia.nationalgeographic.com.es/a/tumba-senora-cao-lider-pueblo-mochica_6322
11. Naharro ME, Rodríguez J, Luna A. Arqueología de género: la "Señora o Dama" de Cao. Facultad de Ciencias Naturales e IML.
12. Dama de Cao [Internet]. Mujeres Aborígenes: Mayas y Mochicas. 2014. Disponible en: <https://mujeresaborigenes.wordpress.com/mochicas/dama-del-cao/>
13. Muñoz Borrás D. Tatuajes. *Historia. Estudio antropológico y social. Monografías de Dermatología*. 2018;32:3-19.

El Hospital de San Juan de Dios de Madrid: Apuntes para su historia¹

Eduardo Fonseca Capdevila

Servicio de Dermatología

Complejo Hospitalario Universitario de La Coruña (España)

Antiguo Hospital de San Juan de Dios de Madrid

El antiguo Hospital de San Juan de Dios fue fundado en 1552 por Antón Martín, siendo también conocido como Hospital de Nuestra Señora del Amor de Dios y por el nombre de su fundador. Su finalidad era la hospitalización de “ilagados pobres” y ocupaba una manzana delimitada por las calles de Atocha, de Santa Isabel y del Tinte, que a partir de 1901 pasaría a llamarse del Duque de Fernán Núñez, así como por la plazuela de Antón Martín, en la que estuvo emplazada la Fuente de la Fama¹⁻⁴.

La iconografía del antiguo San Juan de Dios es escasa. Encontramos una representación de planta y alzada en el plano de Texeira (1656), su delimitación en el plano de Martínez Torres y Asensio (1800), detalles de la distribución interior en el de Ibáñez de Íbero (1872-1874) y una representación tridimensional en el plano-maqueta de Gil del Palacio (1830), que se conserva en el Museo de Historia de Madrid (Fig. 1).



Figura 1: Antiguo Hospital de San Juan de Dios en el Plano-Maqueta de Madrid realizado por Gil del Palacio en 1830. Museo de Historia de Madrid. Ayuntamiento de Madrid.



Figura 2: Fuente de la Fama en la plazuela de Antón Martín, donde fue emplazada en 1732. A la derecha se observa el Hospital de San Juan de Dios. Dibujo y litografía de José Cebrián García. Historia de la Villa y Corte de Madrid (1864).



Figura 3: Fachada en la calle Atocha del antiguo Hospital de San Juan de Dios. Fotografía de Irigoyen¹⁴. Blanco y Negro (Madrid) 1897.

También puede localizarse algún grabado o fotografía del siglo XIX (Figs. 2 y 3). La asistencia a los enfermos correspondió a los hermanos de la orden de San Juan de Dios, hasta que tras la desamortización pasó a depender de la Beneficencia Provincial, en 1856. A lo largo de los siglos, el Hospital de San Juan de Dios alcanzó fama internacional y fue considerado como uno de los mejores del mundo, por la calidad y meticulosidad de los cuidados que prestaba, sobre todo por el desarrollo y aplicación de tratamientos mercuriales en la sífilis¹. A mediados del siglo XIX podía albergar hasta 500 enfermos, que se clasificaban en venéreos, cutáneos, tiñas y sarna.

¹ Esta ponencia desarrolla el Discurso para la ceremonia de recepción pública del autor en la Asociación Española de Médicos Escritores y Artistas (ASEMEYA). Madrid, 18 de febrero de 2019.

Las salas de prostitución, que incluían las destinadas a mujeres que se encontraban en régimen de reclusión, daban a la calle del Tinte y las de los niños tiñosos a la calle Santa Isabel, por la que también se accedía a las consultas, cuando estas fueron establecidas. La puerta principal daba a la calle de Atocha y en ella había una gran campana, que avisaba de la llegada de los profesores de número, que eran cinco. Para ello sonaba un repique, seguido de una, dos, tres, cuatro o cinco campanadas sueltas, según fuera el profesor más antiguo o los sucesivos⁵. Esta tradición era común a otros hospitales y da una fiel idea de la diferente consideración del médico entre esa época y nuestros días.

José Eugenio de Olavide Landázabal

En la segunda mitad del siglo XIX destaca en el Hospital de San Juan de Dios la figura del venereólogo Eusebio Castelo Serra (1825-1892), pero sobre todo la de José Eugenio de Olavide Landázabal (1836-1901), considerado unánimemente el fundador de la dermatología como especialidad en España^{1,3,6}.

Olavide nació y estudió medicina en Madrid y completó su formación como cirujano en Francia. En 1861 ganó por oposición una plaza de profesor médico-cirujano del Hospital de San Juan de Dios y le fueron asignadas 120 camas, a las que debió enfrentarse por medios autodidactas, con influencia, a través de los textos que manejaba, de la escuela francesa. En 1864 inició una serie de clases o sesiones con colaboradores, que se consideran la primera actividad didáctica de dermatología en España.

Entre las obras de Olavide destaca su monumental *Dermatología General y Atlas de Clínica Iconográfica de Enfermedades de la Piel o Dermatosis*, en dos tomos "in folio" (52 x 37 cm), publicados en hojas sueltas durante el periodo 1871-1880. Incluye unas 168 láminas a color y su publicación fue posible gracias al mecenazgo de Manuel Ruiz Zorrilla, ministro de Fomento. El coste total de la obra suponía unas 1.000 pesetas, lo que era inasumible para la mayoría de los médicos contemporáneos.

Olavide dio a su concepto de la dermatología una orientación etiopatogénica y fruto de ello fue la creación en 1882 de un laboratorio micrográfico y un museo anatomopatológico. Del primero, que fue precursor del Laboratorio Provincial, existe una preciosa fotografía Laurent, publicada en 1884 (Fig. 4). El segundo, más tarde denominado Museo Olavide, llegó albergar unos 1.000 moldeados en cera de enfermedades cutáneas y venéreas y ha sido recientemente recuperado^{7,8}. El director del Laboratorio fue Antonio Mendoza de Miguel (1848-1918), uno de los precursores de la dermatopatología en España^{3,7,9}. Enrique Zofío Dávila (1835-1915) fue el principal autor de los modelados en cera del museo en su época inicial^{3,8}.

Juan de Azúa Suárez

En 1886 ingresó por oposición como profesor de San Juan de Dios Juan de Azúa Suárez (1858-1922), también madrileño y que cursó sus estudios de medicina en Madrid. En 1889 creó la consulta del hospital, lo que permitió el tratamiento de una ingente cantidad de pacientes y señaló el futuro de la dermatología como una especialidad fundamentalmente ambulatoria. Fue también precursor de la docencia universitaria de la especialidad, iniciando su enseñanza como asignatura oficial y libre de la Facultad de Medicina de Madrid el curso 1894-95, y en 1911 su primer catedrático¹⁰⁻¹².



Figura 4: Laboratorio micrográfico del Hospital de San Juan de Dios. Fotografía de Laurent⁷. La Ilustración Española y Americana 1884.

Aunque coincidieron en el tiempo en San Juan de Dios, la labor de Olavide y Azúa se desarrolló de forma independiente. Este último tuvo una orientación más localista, influenciado por Hebra y Brocq. Fue fundador de la Sociedad Española de Dermatología y Sifiliografía y de su revista *Actas Dermo-Sifiligráficas*, ambas en 1909^{10,13}.

El nuevo Hospital de San Juan de Dios de Madrid

A finales del siglo XIX el estado del viejo Hospital de San Juan de Dios era de ruina y su ubicación y características resultaban inadecuadas para su función^{4,14}.

Se habían producido derrumbes, llegando a ceder el suelo y caer un enfermo con su cama y los médicos y otro personal que le atendía al piso inferior, lo que motivó la necesidad de efectuar múltiples apuntalamientos. Otro ejemplo de su obsolescencia era que las ventanas de las salas de prostitución estaban dotadas de rejas y reforzadas con alambradas, resultando lóbregas y más propias de una prisión que de un establecimiento sanitario.



Figura 5: Vista aérea del nuevo Hospital de San Juan de Dios en 1925 (ángulo inferior izquierdo de la imagen). Archivo Histórico del Ejército del Aire¹⁶.

Como consecuencia, en 1891 se inicia la construcción del nuevo Hospital de San Juan de Dios, eligiéndose para ello un paraje llamado Casablanca, que formaba una supermanzana rodeada por el Paseo del Dr. Esquerdo (entonces Ronda de Vallecas) y las calles Dr. Castelo (hasta 1908 llamada Mallorca), Ibiza y Máiquez, ocupando 52.700 m² y cercano a la Plaza de Toros de Goya, en cuyo solar se encuentra actualmente el Palacio de los Deportes de la Comunidad de Madrid^{15,16} (Fig. 5).

Los terrenos habían sido adquiridos por iniciativa de Juan Moreno Benítez de Lugo (1822-1887), que fue gobernador civil de Madrid y desarrolló una gran labor en la creación de hospitales y asilos. Contó con el valioso apoyo del Marqués de Perales, que poseía extensas propiedades en la zona^{1,15}.



Figura 6: Sistema Tollet. Esquema de un pabellón hospitalario. Imagen de dominio público.

El arquitecto designado para las obras fue Eduardo Fernández y Rodríguez y se eligió para la construcción el moderno sistema Tollet, consistente en pabellones aislados y con techos ojivales, a fin de garantizar la máxima salubridad (Fig. 6). Este método constructivo había sido propuesto por el ingeniero francés Casimir Tollet (1828-1899) y la contrata de edificación, que se conserva en el Archivo Regional de la Comunidad de Madrid, fue concedida a la Société Nouvelle de Constructions Systeme Tollet, por un importe de 4.200.000 pesetas. Actuó como contratista por cuenta de la concesionaria Juan Pruneda^{15,17-18}.

El Hospital de San Juan de Dios hizo el número 21 de los construidos en Europa por el sistema Tollet, que en España también se empleó en el Hospital Naval de Ferrol¹⁵. Las obras finalizaron en 1895 y en 1896 se utilizó temporalmente para atender una epidemia de viruela. Sin embargo, hubo vacilaciones para su inauguración definitiva, atribuidas a problemas para el suministro de agua, a ser un lugar alejado, a la dificultad de las comunicaciones y, especialmente, al temor a un motín de las prostitutas⁵.

Por fin, la inauguración y traslado de enfermos se hizo el 23 de septiembre de 1897. Para evitar problemas, la prostitución fue trasladada a las 4 de la mañana, custodiada por la Guardia Civil y guardias de Seguridad (guardias municipales popularmente conocidos como "guindillas"). Azúa relataba que a tal fin se utilizaron los ómnibus y carretelas habitualmente empleados para llevar el público a los toros, con los caballos y mulas enjaezados con collarones llenos de cascabeles. Ello, unido a los cánticos y griterío de las mujeres, despertó a los vecinos de todo el trayecto y hacía difícil no reír a los circunspectos profesores que acompañaban a la peculiar comitiva. Ya durante el resto del día fueron trasladados los demás enfermos, hasta un total de 274 ingresados, y las 21 monjas de la Caridad que los asistían^{1,5,10,19}.



Figura 7: Nuevo Hospital de San Juan de Dios. Pabellón de servicios generales. Fotografía de Irigoyen¹⁴. Blanco y Negro (Madrid) 1897.

Tras el traslado, el hospital viejo fue demolido y se trazó un pasaje, el pasaje Doré, entre la calle de Atocha y la de Santa Isabel. Allí se instaló el cine Doré, hoy sala de proyecciones de la Filmoteca Nacional. Persistió la iglesia, utilizada como parroquia, pero fue destruida durante la Guerra Civil y más tarde reconstruida.

En nuevo San Juan de Dios tenía una capacidad teórica para 660 enfermos, distribuidos en 13 pabellones, 6 eran de 2 pisos y podían albergar 80 enfermos cada uno, 2 eran de un piso, con capacidad para 40 enfermos y 5, destinados a enfermos contagiosos, para 20 enfermos. Los pabellones del lado derecho estaban destinados a mujeres y los de la izquierda a hombres. Los pisos se dividían en dos salas a ambos lados, con 20 camas cada una y en el centro se situaban las dependencias de servicios.

Otros 12 pabellones estaban destinados a servicios generales, incluyendo capilla, residencia de religiosas, laboratorio, farmacia, quirófano, museo, administración, escuela, cocinas, obrador, lavadero, secadero, almacenes, depósito de cadáveres, celdas y puesto de la Guardia Civil. El pabellón del laboratorio recibió el nombre de Mendoza, en honor a este doctor. Contaba también con un patio, galerías cubiertas, para que los enfermos pudieran pasear los días de lluvia, y zonas ajardinadas. La capilla y algunos servicios generales se situaban en una serie central de pabellones y el resto próximos al muro de cerramiento. El espacio entre todas las construcciones era amplio para que hubiera una adecuada ventilación (Figs. 7-13). En ese momento aún resultaba novedoso que el hospital tuviera consulta pública, para la que los enfermos hacían largas colas a lo largo de la calle Dr. Esquerdo^{4,5,14,15,20}.



Figura 8: Nuevo Hospital de San Juan de Dios. Pabellones de enfermos (izquierda), galería cubierta y pabellón de servicios generales. Fotografía de Laporta, de Fotografías de Amador¹⁵. La Ilustración Española y Americana 1897.



Figura 9: Nuevo Hospital de San Juan de Dios. Instituto Microbiológico del Dr. Mendoza y pabellón de experiencias. Fotografía de Laporta, de Fotografías de Amador¹⁵. La Ilustración Española y Americana 1897.



Figura 12: Nuevo Hospital de San Juan de Dios. Capilla. De Fotografías de Amador¹⁵. La Ilustración Española y Americana 1897.



Figura 13: Nuevo Hospital de San Juan de Dios. Sala para pacientes con techos ojivales característicos del sistema Tollet y con estufas para calefacción. De Fotografías de Amador¹⁵. La Ilustración Española y Americana 1897.



Figura 10: Nuevo Hospital de San Juan de Dios. Entrada principal. De Fotografías de Amador¹⁵. La Ilustración Española y Americana 1897.



Figura 11: Nuevo Hospital de San Juan de Dios. Pabellón de operaciones. De Fotografías de Amador¹⁵. La Ilustración Española y Americana 1897.

Profesores y actividad del Hospital de San Juan de Dios en la transición de los siglos XIX y XX

En 1898 los profesores de San Juan de Dios eran Olavide, Azúa, Manuel Sanz Bombín (1841-1918), Fernando Castelo Canales (Castelo hijo) (1855-1936) y Francisco López-Cerezo y Andreu (1850-1910). Olavide falleció en 1901 y fue sustituido por, Jesús Lozano Soria (1856-1922), cirujano de sala de fracturados del Hospital General, que buscaba un destino más cómodo para sus últimos años de ejercicio. Bombín era un ilustre sifiliógrafo, que sucedió a Olavide como decano del hospital (cargo similar al concepto de director actual) a su fallecimiento. Fernando Castelo Canales era hijo de Eusebio Castelo Serra, con quien a veces se le confunde en la iconografía; se dedicó también preferentemente a la venereología y sucedió como decano a Bombín. López-Cerezo fue un médico muy carismático en su época. Escribió un libro en verso sobre la sífilis²¹, “Sifiliografía Rítmica” y falleció en 1910 como consecuencia del tifus, contagiado mientras atendía a enfermos durante una epidemia. Su puesto fue ocupado por Francisco Polo y Roldán, amigo y ayudante de Bombín, nombrado, según Sáinz de Aja, “por argumentos y amistades políticas y venatorias o cinegéticas”^{1,5}.



Figura 14: Nuevo Hospital de San Juan de Dios. Instalación hidroterápica inaugurada en 1900, financiada con el legado de Alejandro Bacqué²². Nuevo Mundo (Madrid) 1900.

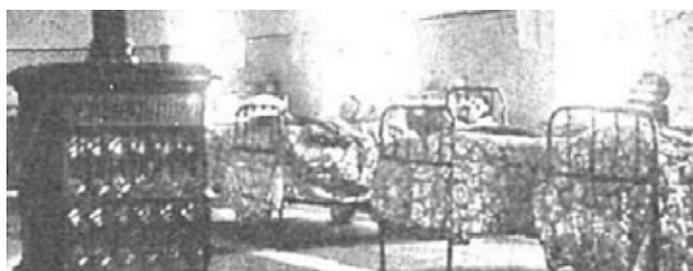


Figura 15: Nuevo Hospital de San Juan de Dios. Sala de hombres en 1903. Las camas continúan siendo negras y las colchas floreadas². Nuevo Mundo (Madrid) 1903.

El mismo Sáinz de Aja resume que el hospital “quedó con la suprema y única autoridad dermatológica en la persona de Azúa y con los prestigiosos e inteligentes venereólogos Bombín y Castelo”⁵.

Bajo la dirección de Azúa, en 1900 se montaron instalaciones de hidroterapia, que se sufragaron con el legado del banquero Alejandro Bacqué²² (Fig. 14).

Un curioso reportaje en la revista Nuevo Mundo nos informa que en 1903 había ingresados unos 350 enfermos de promedio y en ese momento había 40 con tiña y 7 con lepra. Las mujeres ingresadas se dividían en matriculadas (en régimen de reclusión), voluntarias y distinguidas. Estas últimas abonaban 10 reales diarios por la hospitalización. La renovación no había alcanzado todavía al menaje, persistiendo las camas negras y las colchas floreadas del antiguo hospital (Fig. 15). El personal incluía 32 hermanas de la Caridad y 56 enfermeros y enfermeras, dirigidos por 4 enfermeros mayores².



Figura 16: Nuevo Hospital de San Juan de Dios. Enfermas amotinadas por haberse destinado dos pabellones del hospital a enfermos de tifus con motivo de una epidemia²⁴. Foto Portela. Nuevo Mundo (Madrid) 1909.

En 1908 el hospital tiene capacidad para 600 camas, para las que se utilizan 9 pabellones, 2 para dermatología con 120 camas, uno para tiñas y otro para lepra, con 40 camas cada uno y 5 para venéreas, con 360 camas, de las cuales 160 se reservan para la prostitución. La distribución de la asistencia es muy irregular, ya que sólo tienen consultas Azúa y Castelo hijo; Bombín y Azúa sólo tienen camas para hombres, Lozano y Polo sólo para mujeres y Castelo hijo para ambos. Ese año resulta crucial para la historia del San Juan de Dios, porque se incorporan otros dos grandes dermatólogos José Sánchez-Covisa Sánchez-Covisa (1881-1944)²³ y Enrique Álvarez Sáinz de Aja (1884-1965)⁵.

Con motivo de epidemias, algunos pabellones de San Juan de Dios se utilizaron para ingreso y aislamiento de los infectados. En 1909, se utilizaron dos pabellones para pacientes con tifus, lo que provocó un motín de las enfermas (Fig. 16)²⁴. Durante la epidemia de gripe de 1918 se instalaron en el recinto del hospital pabellones prefabricados (pabellones Docker) con este fin²⁵.

José Sánchez-Covisa Sánchez-Covisa

José Sánchez-Covisa nació en Huete (Cuenca) y estudió Medicina en Madrid. Fue presidente del Colegio de Médicos de Madrid (1920-21) y catedrático de dermatología de Madrid a partir de 1926. Sucedió a Castelo hijo como decano del Hospital.

En 1931 fue elegido diputado por Cuenca con el partido Derecha Liberal Republicana para las Cortes Constituyentes de la II República. Durante la legislatura, en la que tuvo una participación muy relevante, hubo una serie de modificaciones y finalizó militando en Unión Republicana, partido liderado por Azaña y precursor de Izquierda Republicana. En 1933 fue nombrado decano de la Facultad de Medicina de Madrid y en 1936 publicó, junto a Julio Bejarano, el libro Elementos de Dermatología, el primer tratado moderno de la especialidad en español. Entre agosto y noviembre de 1936 fue director del Hospital Clínico de Madrid. Tras la Guerra Civil se exilió a Venezuela²⁶⁻²⁹.

Enrique Álvarez Sáinz de Aja

Enrique Álvarez Sáinz de Aja nació y estudió medicina en Madrid y es probablemente la figura más emblemática del nuevo Hospital San Juan de Dios, al que dedicó casi medio siglo de su vida, desde 1908 a 1954, año en que se jubiló. Fue decano del hospital después de la Guerra Civil y más tarde de la Beneficencia Provincial de Madrid. En el inicio de su actividad profesional se dedicó a la cirugía y fue un precursor de la cirugía dermatológica. En su haber por la dermatología también figura el reinicio de la actividad de la Academia Española de Dermatología y Sifiliografía y de su revista en 1937³⁰.

El impulso que supuso para Azúa disponer de nuevos colaboradores, entusiastas y de gran valía, se manifestó de inmediato, ya que, como se dijo más arriba, en apenas un año se fundó la Sociedad Española de Dermatología y Sifiliografía y su publicación periódica, que han llegado a nuestros días, y en tres años Azúa realizó su tesis y fue nombrado catedrático. La organización interna también mejoró, pasando a tener todos los profesores consulta y hospitalización de hombres y mujeres. La correcta competitividad entre los equipos de Covisa y Azúa fue en adelante un acicate para el desarrollo de las actividades del hospital⁵.



Figura 17: El Dr. Bandelac preparando las inyecciones del "606" en el Hospital de San Juan de Dios³¹. Nuevo Mundo (Madrid) 1910.

El Hospital de San Juan de Dios pionero en el uso del Salvarsán en España

En 1910 se introdujo en España el Salvarsán, también conocido como 606, para el tratamiento de la sífilis. El Hospital de San Juan de Dios fue pionero, junto con el Hospital Militar de Madrid, en la aplicación del tratamiento, realizando las primeras inyecciones Alberto Bandelac Pariente (ca. 1870-1943), médico de la Embajada Española en París (Fig. 17). Este hecho histórico, con su evolución a disponer de tratamientos curativos para la mayoría de las infecciones de transmisión sexual, a la larga condicionaría la desaparición del hospital monográfico³¹.

Profesores del Hospital de San Juan de Dios en el periodo 1912-1917

En 1912 se incorporan otros dos profesores relevantes, Felipe Sicilia Traspaderne (1885-1978) y Mario Sánchez Taboada (1888-1944). El primero fue subdirector y más tarde decano del San Juan de Dios tras Sáinz de Aja. Ambos fueron también médicos de la Beneficencia Municipal de Madrid. Sánchez Taboada fue jefe de los servicios médicos del Asilo Municipal de la Paloma, periodista de El Liberal y fundador y vicepresidente de la Sociedad Española de Médicos Escritores en 1931.

Las bajas de Bombín y Lozano fueron cubiertas por Florentino Molás Leyguarda, internista y Eleuterio Mañueco Villapadierna, tocólogo. Ambos ingresaron sin oposición y, según Sáinz de Aja, mediante pleitos e intrigas de la política⁵.

Julio Bejarano Lozano

Mucho más relevante para la dermatología fue la incorporación, en 1917, de Julio Bejarano Lozano (1893-1965)⁵. Nació y estudió medicina en Madrid y fue adjunto de cátedra de Covisa. Al incorporarse a San Juan de Dios se adscribió al servicio de Covisa, formando un servicio conjunto, que se denominó en lo sucesivo Servicio de los Drs. Sánchez-Covisa y Bejarano. Fue también un destacado miembro de la Lucha Antivenérea, dirigiendo el Dispensario Antivenéreo Azúa y Director General de Sanidad. Miembro del Partido Socialista, durante la Guerra Civil fue presidente del Colegio de Médicos de Madrid, coronel médico de Carabineros y finalmente Inspector General de Sanidad del Ejército, con categoría de general. Tras la contienda se exilió a Colombia y después a Méjico^{26,28,32}.

La Terrible lección

La película “La Terrible lección” es un documento excepcional, que nos muestra el estado y funcionamiento del Hospital de San Juan de Dios en 1927. Se trata de un largometraje de una hora de duración, mudo y en blanco y negro, producido por el Comité Ejecutivo Antivenéreo. Técnicamente se considera un documental dramatizado, en el que, en base a una sencilla trama de ficción rodada con actores profesionales, se pretende alertar sobre el peligro de las enfermedades venéreas y la necesidad de tratarlas por medios científicos. El director fue Fernando Delgado y el guion de los hermanos Leopoldo y Julio Bejarano Lozano.

En el desarrollo de la trama lleva a visitar el Hospital de San Juan de Dios, donde aparecen Julio Bejarano y Sánchez-Covisa, este último pasando visita junto a varios auxiliares, entre los que reconocemos a José Gay Prieto (1905-1979), el pabellón de niñas tiñosas y el Museo Olavide (Figs. 18-19). A continuación, visitan el Dispensario Antivenéreo Azúa, en el que se encuentra a José Fernández de la Portilla (1889-1943) pasando consulta y a Julio Bejarano preparando y administrando una inyección endovenosa de Salvarsán. Se muestran, además, otras instalaciones del dispensario, incluyendo el laboratorio y el de la Cátedra de Dermatología en la Facultad de Medicina. En todas las dependencias aparecen especialistas que trabajaban en ellas, siendo sólo algunos los que podemos identificar, pero, en todo caso, su enumeración rebasa los límites de nuestra exposición.

Sí queremos dejar constancia de que la única copia conservada de esta película que conocemos fue encontrada por casualidad en el Hospital Marítimo de Oza, en La Coruña y se conserva en la Filmoteca Nacional. En los fotogramas de la película podemos ver como persisten las camas de metal negro, pero las colchas han sido sustituidas por otras blancas, lo que produce un mucho mejor aspecto con nuestros criterios actuales de los hospitales y de la higiene³³.



Figura 18: Fotograma de La Terrible lección (1927) mostrando la entrada principal del Hospital de San Juan de Dios, con la estatua de San Juan de Dios y el pabellón de servicios generales al fondo.



Figura 19: Fotograma de La Terrible lección (1927). Sala de hombres del Servicio de los Drs. Sánchez-Covisa y Bejarano. Permanecen las camas de metal negro, pero las colchas floreadas han sido sustituidas por otras blancas.

José Gay Prieto

Gay Prieto nació y estudió en Madrid. Tuvo desde el inicio una orientación a la dermatología y fue alumno interno con Covisa y Bejarano. Amplió su formación en Estrasburgo, París, Zúrich y Breslau y en 1927 ingresa como Médico Interno en San Juan de Dios y lee su tesis doctoral. En 1929 gana por oposición una plaza de médico clínico de la Lucha Antivenérea, con destino en el Dispensario Antivenéreo Martínez Anido y otra de profesor clínico de la Cátedra de Dermatología de Madrid.

En esos años permanece muy vinculado a Covisa y a Bejarano, especialmente a este último, con quien comparte gran parte de su actividad y tiempo libre. En 1932, con 27 años, obtiene por oposición la Cátedra de Dermatología y Sifiliografía de Granada³⁴.

Sus antecedentes significados de liberal, republicano, anticlerical y estar muy relacionado con grandes figuras de la medicina republicana pusieron en grave riesgo su vida al estallar la Guerra Civil, encontrándose en Granada, ciudad en la que triunfó el Movimiento y quedó cercada. Pese a que fue sancionado, consiguió continuar su actividad y publicar allí Actas Dermo-Sifiliográficas, bajo la dirección de Sáinz de Aja. En 1940 obtiene el traslado a la Cátedra de Madrid, en 1942 aparece la primera edición de su Dermatología y Venereología y en 1944 obtiene por oposición una plaza de profesor médico de número en San Juan de Dios⁵, del que sería decano en 1956. Entre 1959 y 1962 fue Jefe de Sección de Lepra de la OMS, con sede en Ginebra, en la que realizó una ingente labor en pro de la erradicación de la enfermedad, poniendo en tratamiento unos 4.000.000 de pacientes. Cuestiones políticas hicieron que se viera en peligro de perder su cátedra y hubo de volver precipitadamente a Madrid^{34,35}.

El Hospital de San Juan de Dios en los años 30

En imágenes de los años 30 se aprecian considerables mejoras en las salas, con modernas camas de metal blancas y sustitución de las estufas por radiadores de calefacción por agua (Fig. 20). Se inscriben en un amplio plan de conservación de los edificios y renovación de las estructuras y mobiliario (Fig. 21).

Hay pocos datos del Hospital de San Juan de Dios durante la Guerra Civil. Sabemos que tuvo actividad como hospital antivenéreo por declaraciones de Joaquín Soto Usa, quien trabajó allí durante la misma. La estatua de San Juan de Dios fue destruida y sustituida en 1943 por otra de Jacinto Higuera Fuentes (1877-1954), que se encuentra actualmente en los jardines del Hospital General Universitario Gregorio Marañón.



Figura 20: Sala de mujeres de los Drs. Sánchez-Covisa y Bejarano hacia 1930. Las camas son de color blanco, al igual que las colchas. Las estufas han sido sustituidas por radiadores. Museo Olavide.



Figura 21: Imagen de ca. 1936 que muestra los resultados de un plan de rehabilitación y renovación de los pabellones. Fotografía anónima. Banco de Imágenes. Real Academia Nacional de Medicina.

Profesores del Hospital de San Juan de Dios después de la Guerra Civil

En 1944 sólo quedan como profesores jefes de servicio Sáinz de Aja y Sicilia. Ese año se incorporan, además del ya mencionado Gay Prieto, Luis Álvarez Lovell (1914-1980), hijo de Sáinz de Aja, que sería decano en 1963, y José Gómez Orbaneja (1908-1987)⁵. En 1956 Francisco Palenzuela Sáinz (1912-2000) y en 1962 Gerardo Jaqueti del Pozo (1917-1988).

“Médicos Auxiliares”

El número de médicos denominados genéricamente “auxiliares” que formó parte de los servicios de San Juan de Dios es inmenso. Algunos de ellos tenían nombramientos oficiales y otros muchos extraoficiales y no remunerados, siendo compensados por la enseñanza y prestigio que suponía trabajar en el hospital.

Citaremos sólo algunos de ellos, de forma testimonial: Manuel Álvarez-Cascos, Ramón Báez, José Barrio de Medina, Fermín Cubero del Castillo, Francisco Daudén Valls, Emilio Enterría Gaínza,

Miguel Forns Contera, Antonio García García-Ordóñez, Antonio García Pérez, Carlos Gay-Martínez Fresneda, Pelayo Gómez Martínez, Ramiro González Agustina, Antonio Ledo Pozueta, Antonio López Villafuertes, Francisco Martínez Torres, Ramón Morán López, Antonio Navarro Fernández, Jaime Nonell y Camps, José Olavide Malo, Eusebio Oyarzábal Merino, Julio Rodríguez Puchol, Miguel Serrano de la Iglesia, Joaquín Soto Melo, Joaquín Soto Usa y Varela de Seijas^{1,5}.

Clausura y derribo del nuevo Hospital de San Juan de Dios

Desde sus inicios el nuevo San Juan de Dios parecía sobredimensionado¹⁴ y en sus primeros años de funcionamiento (1916) parte de dos pabellones se utilizaron para enfermos de urología, a cargo de Ángel Pulido Martín (1878-1970) y más tarde otro para oncología. Tras la desaparición de Olavide, el Laboratorio Central de la Beneficencia Provincial fue trasladado al Hospital General. A partir de los años 50 del siglo pasado (Figs. 22-24), pese al entusiasmo de Sáinz de Aja, que defendía la institución a capa y espada⁵, desaparecidos los ingresos obligatorios y disponiendo de tratamientos eficaces para las infecciones bacterianas de transmisión sexual, el mantener un hospital monográfico de tales dimensiones se hacía insostenible. En 1966 se clausuró y fue derribado para construir la Ciudad Sanitaria Provincial Francisco Franco, hoy día Hospital General Universitario Gregorio Marañón.



Figura 22: Hospital de San Juan de Dios en los años 1940-50. Fotografía anónima. Biblioteca Regional de la Comunidad de Madrid.

El Hospital de San Juan de Dios de Madrid y el nacimiento de la dermatología en España

Desde la entrada de Olavide en el viejo San Juan de Dios, en 1861, hasta el cierre del nuevo, en 1966, transcurrieron 105 años durante los cuales la dermatología nació y se desarrolló plenamente en España. El hospital actuó como caldo de cultivo de la especialidad y fuente continua de profesionales formados y de conocimiento. Esto fue posible porque se dieron los siguientes condicionantes:

- Conjunción de médicos con criterio de la dermatología como especialidad separada de la cirugía.
- Abundantísima enfermería.
- Vocación docente e investigadora.
- Concepto de los dermatólogos como comunidad.
- Colaboración con otras entidades asistenciales (Hospitales militares, dispensarios antivenéreos, Cruz Roja, etc.).
- Vinculación a la Cátedra de Dermatología de Madrid, lo que permitía atraer a los estudiantes y a médicos interesados en hacer el doctorado de toda España, ya que prácticamente durante todo el periodo 1845-1954 la Universidad Central tuvo el monopolio de dichos estudios en España.
- Espíritu abierto, propio de Madrid.



Figura 23: Hospital de San Juan de Dios en los años 1940-50. Sala de niñas. Fotografía anónima. Biblioteca Regional de la Comunidad de Madrid.



Figura 24: Hospital de San Juan de Dios en los años 1940-50. Capilla. Fotografía anónima. Biblioteca Regional de la Comunidad de Madrid.

BIBLIOGRAFÍA

1. Álvarez Sierra J. Los hospitales de Madrid de ayer y de hoy. Publicaciones de la Beneficencia Municipal. Tomo III. Madrid: Ayuntamiento de Madrid. Sección de Cultura e Información. Artes Gráficas Municipales, 1952. pp. 52-8 y 124.
2. Leal J. San Juan de Dios. Visita a un hospital. Nuevo Mundo (Madrid). Año 10, núm. 481 (25-03-1903). pp. 14-5.
3. Dr. A. Pulido. Los Hospitales de San Juan de Dios. I. El viejo. El Liberal (Madrid). Año 19, núm. 6.569 (27-09-1897). p. 1.
4. Dr. A. Pulido. Los Hospitales de San Juan de Dios. II. El nuevo. El Liberal (Madrid). Año 19, núm. 6.570 (28-09-1897). pp. 1-2.
5. Álvarez Sainz de Aja E. El Hospital de San Juan de Dios en Madrid (1898-1953). Actas Dermosifiliogr. 1953;44:681-7.
6. Castelo F. Dr. Olavide. Nota biográfica. Madrid: Escuela Tipográfica del Hospicio, 1901.
7. Cervera Bachiller J. Las Ciencias en España. El Museo y el Laboratorio Micrográfico de San Juan de Dios. La Ilustración Española y Americana. Año 28, núm. 37 (08-10-1884). pp. 210-1, 213.
8. Heras Mendaza F. Figuras e historias clínicas del Museo Olavide: Estudio dermatológico. Tesis Doctoral. Universidad Autónoma de Madrid, 2010.
9. Contreras Rubio F. La dermatopatología española. Su desarrollo en los últimos 50 años. Conferencia Inaugural. XXII Congreso de la Sociedad Española de Anatomía Patológica. Palma de Mallorca, 25 al 28 de mayo de 2005. Disponible en: http://www.seapcongresos.com/2005/Conferencias_Seminarios/Conferencia_Inaugural/InaugurContreras.PDF. Acceso: 16/09/2019.
10. Azúa J. Autobiografía de Azúa. Actas Dermosifiliogr. 1922;14:259-60.
11. Fonseca E. ¿Cuándo nació el Dr. D. Juan de Azúa Suárez?. Actas Dermosifiliogr. 1998;89:282-3.
12. García Pérez A, del Río de la Torre E. Los orígenes de la enseñanza de la dermatología en España. Actas Dermosifiliogr. 1997;88:421-3.
13. Fonseca Capdevila E. La biblioteca del Dr. D. Juan de Azúa Suárez. Piel. 2005;20:59-62.
14. Anónimo. El Nuevo Hospital de San Juan de Dios. Blanco y Negro. Año 7, núm. 335 (02-10-1897). p. 14.
15. Cuenca, CL de. Madrid: Nuevo Hospital de San Juan de Dios. La Ilustración Española y Americana. Año 41. Núm. 36 (30-09-1897). pp. 190-1, 196-7, 200.
16. de Sobrón Martínez L, Muñoz De Pablo MJ. El Palimpsesto del ensanche de Madrid. EGA. Revista de Expresión Gráfica Arquitectónica. 2018;23(33):118-29.
17. Contrata para la Construcción de un Hospital que ha de sustituir al de San Juan de Dios. Madrid: Escuela Tipográfica del Hospicio, 1891.
18. de Sobrón Martínez L. Al este de Madrid. Tesis doctoral. Universidad Politécnica de Madrid, 2016.
19. Anónimo. Madrid. El Globo (Madrid). Año 23, núm. 7975 (24-09-1897). p. 2.
20. Anónimo. El nuevo hospital de San Juan de Dios. El Globo (Madrid). Año 23, núm. 7969 (18-09-1897). p. 2.
21. López-Cerezo Andreu, Francisco. Sifiliografía Rítmica. Madrid: Imprenta de los Hijos de M.G. Hernández, 1905.
22. Anónimo. El legado de don Alejandro Bacqué. Nuevo Mundo (Madrid). Año 7, núm. 341 (18-07-1900). p. 8.
23. Gay Prieto J. José Sánchez Covisa (1881-1944). Actas Dermosifiliogr. 1944;36:8-10.
24. Anónimo. Enfermas amotinadas. Nuevo Mundo (Madrid). Año 16, núm. 788 (11-02-1909). p. 22.
25. Anónimo. Los pabellones para los enfermos de "grippe". Mundo Gráfico. Año 8, núm. 348 (26-06-1918). p. 15
26. Fonseca Capdevila, E. José Sánchez-Covisa Sánchez-Covisa, diputado en las Cortes Constituyentes de la II República Española (1931-1933). Piel. 2010;25:356-62.
27. Fonseca Capdevila E. José Sánchez-Covisa Sánchez-Covisa y la idea del Colegio Ibero-Latinoamericano de Dermatología (CILAD). Entre la historia y la leyenda. Med Cutan Iber Lat Am. 2018;46:151-4.
28. Fonseca Capdevila E. José Sánchez-Covisa Sánchez-Covisa y su tiempo. En: Fonseca Capdevila E, ed. I Seminario de Historia de la Dermatología. Trujillo (Cáceres), 21 de noviembre de 2017. La Coruña: Fundación Profesor Novoa Santos, 2018. pp. 65-72.
29. Fonseca Capdevila E. De la Dermatología entre España y Venezuela. Dermatología Venezolana 2005;43(4):3.
30. Sainz de Aja. A nuestros lectores. Actas Dermosifiliogr. 1938;29:555-6.
31. Anónimo. La fórmula "606" en España. Nuevo Mundo (Madrid). Año 17. Núm. 873 (29-09-1910). pp. 14-5.
32. Fonseca Capdevila E. Los dispensarios de la Lucha Antivenérea Nacional en Madrid. En: Fonseca Capdevila E, ed. III Seminario de Historia de la Dermatología. Sigüenza (Guadalajara), 6 de noviembre de 2018. La Coruña: Fundación Profesor Novoa Santos, 2019. pp. 57-70.
33. Minguet JM. La Terrible Lección. En: Pérez Perucha J, ed. Antología crítica del cine español, 1906-1995. Madrid: Ediciones Cátedra. Colección Catedra/Filmoteca Nacional. Serie Mayor, 1997. pp. 68-70.
34. Fonseca Capdevila E. Apuntes para una biografía del Dr. José Gay Prieto (II). La Dermatología y Venereología de Gay. Piel. 2006;21:54-60.
35. Fonseca Capdevila E. Apuntes para una biografía del Dr. José Gay Prieto (III). La guerra civil española de 1936-1939. Piel. 2009;24:4-11.

Twitter como herramienta para la historia de la dermatología

Ángel Luis Mones Iglesias.

Biblioteca

Hospital Vital Álvarez de Buylla. Mieres (Asturias)

A la memoria del Dr. José Ramón Curto

INTRODUCCIÓN

Las redes sociales (#SoMe), del inglés Social Media, son ubicuas. Es difícil imaginar nuestra vida cotidiana sin Twitter, Instagram, LinkedIn o Facebook.

Twitter (San Francisco, CA) es un servicio de redes sociales y microblogging, que permite a los usuarios registrados leer y publicar mensajes cortos llamados “tweets”, en castellano tuits (Fig. 1). Estos mensajes están limitados a 280 caracteres, si bien los usuarios también pueden subir fotos, videos cortos, encuestas y otros tipos de contenidos incrustados, etc., para aumentar su cobertura y apoyar documentalmente la información. Tiene 330 millones de usuarios mensualmente, que envían aproximadamente 500 millones de tuits al día. Es la décima web más visitada en el mundo y la séptima en los Estados Unidos.

Los tuits se publican en un perfil disponible públicamente, se pueden contestar y se permite enviarlos como mensajes directos a otros usuarios.

Como red social, la intención es “seguir” a otros usuarios en Twitter (“following”), lo que admite recibir notificaciones de sus tuits y generalmente indica un interés en la información y los mensajes comunicados por el usuario de la cuenta seguida. Se pueden establecer listas y clasificarlas por personas, especialidades e intereses concretos (arte, cine, etc.).

Las personas o entidades que siguen a otras personas o entidades se denominan “followers”.

Se pueden organizar y seguir conversaciones específicas que se identifican mediante etiquetas de palabras precedidas con el símbolo almohadilla o numeral (#), denominadas “hashtags”. Muy utilizado en congresos, jornadas, talleres....

Una de las decisiones más importantes que habrá que asumir será definir el nombre de usuario y elegir una foto para el perfil personal, que será la que se muestre al mundo. La sección de la biografía es una oportunidad para informar a los potenciales seguidores o “followers”, sobre uno mismo: presentación, profesión, especialidad, intereses, inquietudes, dónde trabajas... Hay que considerar el uso de acrónimos, etiquetas y abreviaciones para dar la mayor información con los menos caracteres posibles. Se debe recordar que es una conversación y las personas quieren “conocer” con quiénes están interactuando.

Twitter proporcionará sugerencias para que los usuarios se sigan según su actividad. Cuando se busquen usuarios activamente, se considerará buscar expertos y líderes de opinión en su campo, colegas con intereses de investigación similares y revistas académicas relacionadas con su especialidad.

A medida que se siga a más usuarios, se comenzará a explorar las listas de seguidores para encontrar a otros usuarios que puedan ser apropiados para seguir. Por último, buscar palabras y participar en chats de tuits relacionados con temas de interés son otras formas excelentes de encontrar usuarios que puedan compartir contenido útil y relevante.



Figura 1: Tuit del autor sobre el IV Seminario de Historia de la Dermatología.

Es útil crear una estrategia antes de unirse al “Twitterverse”. Para crearla, el primer paso es diseñar los objetivos personales para la cuenta. Los objetivos determinarán qué, cuándo y con qué frecuencia se tuitea. Otra consideración es el público objetivo.

TWITTER Y LA CIENCIA

Twitter está considerada como la red social que más rápido ha crecido. A su vez, sus usuarios, más mayores, parecen más profundamente interesados y comprometidos con ciertos problemas, haciéndolo especialmente aplicable a la información sobre salud.

Desde su inicio, Twitter y los sistemas de microblogging relacionados han proporcionado una rica fuente de información para los investigadores y han despertado interés en sus posibilidades y uso. Téngase en cuenta que Twitter elimina barreras geográficas y aumenta de forma exponencial el acceso a material científico e información de gran nivel y actualizada. Es por eso que es la preferida para uso profesional por los médicos, al facilitarles el rápido intercambio de comunicación con diversas comunidades de usuarios alrededor del mundo.

Múltiples especialidades médicas han comunicado los beneficios de compartir tuits en directo en sus conferencias, al eliminar las barreras de la presencia física y permitir que los participantes en el lugar, y los virtuales, participen en conversaciones significativas.

También se destaca su potencial para compartir y adelantar investigaciones biomédicas, permitiendo a otros investigadores y sanitarios conectar y compartir investigación sobre nuevos tratamientos, problemas clínicos que requieren más estudio o casos clínicos interesantes.

Es una herramienta valiosa para el aprendizaje y la enseñanza, tanto formal como informalmente, y se están trasladando experiencias del mundo físico, los resultados típicos de los cara a cara más tradicionales, al virtual, ya que su accesibilidad y versatilidad son el mejor ejemplo de las ricas interacciones que pueden aportar las redes sociales.

El tuiteo en tiempo real (“live tweeting”) en congresos, las charlas de Twitter (“twitter chats”), los concursos de casos clínicos o las encuestas se han convertido en instrumentos de consulta diaria para muchos médicos, ya que se puede utilizar como una vía para presentar casos interesantes y recibir comentarios de colegas sobre cómo manejar escenarios clínicos difíciles.

Las posibilidades de Twitter para compartir conocimiento en el mundo científico son muy amplias. Una de las últimas y más potentes es la creación de Clubs de Lectura, los “Twitter Journal Clubs”.

Muchas editoriales comenzaron a utilizar Twitter para conducir clubes de lectura de revistas en línea, porque les facilita llegar a una audiencia global, lo que permite una discusión sólida, mediante mensajes cortos y concisos, que se pueden leer y contestar en pocos minutos. Sin despreciar el mayor impacto y por tanto más número de citas de los artículos compartidos.

Para formar un club funcional, se debe, primero, crear un identificador de Twitter que sea inequívoco y fácil de encontrar, después de lo cual, cada vez que se publique un nuevo artículo de investigación en la revista, se llevará a cabo una discusión del artículo utilizando la función de chat de Twitter.

Varias especialidades médicas han creado prósperos clubes de revistas en línea para discutir literatura médica revisada por pares. En 2016, se fundó un club mensual de revistas de patología general en Twitter (#pathJC), que ha crecido a 1.469 participantes de al menos 69 países diferentes, pero no ha habido un club formal de revistas de dermatología en Twitter.

Se ha creado un número creciente de perfiles profesionales para individuos, escuelas de medicina, departamentos de residencia hospitalaria y revistas especializadas, que demuestra el valor y potencial de esta herramienta.

En la investigación de salud en esta herramienta, podemos hablar de 6 categorías: análisis de contenido, vigilancia, participación, reclutamiento, intervención y análisis de redes. Es cierto que se identifica una cantidad significativa de variabilidad en la forma en que se informa de su uso en los estudios, y muchos tipos de datos basados en ella han sido subutilizados por investigadores de la salud hasta la fecha. Finalmente, su estado actual en la investigación es un campo que va en aumento, como lo demuestra el creciente número de publicaciones relacionadas con Twitter cada año y la diversidad de organizaciones de financiación.

En el cómputo de las citas de los artículos, las nuevas métricas tienen en cuenta las acciones que sobre el documento se realizan en las redes sociales. En este caso en particular, las veces que se comparte, o retuitea, el documento

Los tuits dirigidos a pacientes serán notablemente diferentes de los tuits destinados a médicos u otros profesionales sanitarios. Su mensaje debe ser fácilmente interpretable por su grupo objetivo. Los investigadores pueden aprovechar esta característica como herramienta de reclutamiento o para una intervención de salud en la población.

RECOMENDACIONES

El uso profesional requiere sentido común y se pueden aprovechar los mismos estándares éticos y deontológicos que rigen la práctica habitual.

Nos será de ayuda revisar las políticas de redes sociales del hospital u organización profesional.

Respetar los problemas relacionados con la privacidad y confidencialidad del paciente.

Asegurarse que la información e imágenes compartidas del paciente, caso de hacerlo, sean apropiadamente anonimizadas.

Prevenir el desenfoque del contenido profesional y personal. Evitar tuitear sobre temas no científicos o no relacionados con la salud, especialmente cuando puedan ser polémicos. Twitter es un entorno virtual donde los usuarios pueden compartir sus opiniones libremente, pero es muy importante comprender la fuente y el significado detrás del contenido compartido. Ayudará mucho el enlace a las fuentes.

Seguir siendo profesional cuando al dirigirse a alguien con puntos de vista opuestos y evitar interacciones excesivamente negativas cuando surgen desacuerdos.

Brechas en la confidencialidad e infracciones del copyright pueden conllevar problemas legales. Los contenidos de Twitter son siempre públicos, dejan huella permanente y su uso inadecuado puede ser un arma de doble filo

Pero a pesar de todo, cuando es usado apropiadamente, Twitter es una potente herramienta para el aprendizaje permanente.

TWITTER Y LA HISTORIA DE LA DERMATOLOGÍA

En cuanto a su aplicación para la historia de la dermatología, además de las noticias e informaciones que puedan llegar a través de los diferentes perfiles, bien de personas, revistas o historiadores, interesados o vinculados con el tema (Figs. 2 y 3), se dispone de una búsqueda simple y una búsqueda avanzada.



En la Ayuda de Twitter en español (<https://help.twitter.com/es/using-twitter#search-and-trends>) se explica de forma detallada cómo optimizar las búsquedas.

Hay varias maneras de usar la búsqueda. Se pueden buscar tuits concretos de amigos, colegas, entidades locales, instituciones, editoriales y lo que se pueda imaginar. Con la búsqueda mediante palabras clave o hashtags de un tema se logran seguir conversaciones, actuales o no, (el valor de la asincronía), sobre noticias pasadas o de último momento. Así, con la búsqueda avanzada, se permite refinar los resultados utilizando cualquier combinación de los siguientes campos: palabras, personas, lugares, fechas...

Al combinar los campos, se personalizan los resultados de una forma muy eficaz.

También podemos explorar en cuentas para ver las coincidencias con la consulta. Ver imágenes y videos destacados que estén relacionados. Y no descartar entrar en el apartado Noticias. Todas las opciones pueden ser válidas.

En el caso que nos ocupa, la historia de la dermatología, se realizaron búsquedas por palabras clave tanto con almohadilla y sin almohadilla o hashtag (#), y también términos en español e inglés.

A veces combinados, como (#)dermatology (#)history. Otras solos como (#)Tatuaje, (#)Tattoo lepra, alopecia...

Se buscaron cuentas que tenían claro perfil sobre historia y dermatología o que pudieran tratar temas relacionados en algunos de sus tuits: @historia_aedv; @xsierra4; @cateterdoblej; @HistoriaDelame1; @Arcdelahistori; @ArchTattoos ...

Y también aparecieron por serendipia.



Figura 4: TweetDeck.

Resulta muy útil la opción "Guardar" que admite hasta 25 búsquedas por cuenta, para tener almacenados los mensajes más interesantes.

Por último, y a modo de alerta para estar actualizado, se usó "TweetDeck", que permite organizar y dejar operativas, búsquedas por columnas, con los términos elegidos: #Dermatologia; #Historia; Dermatologia Historia; dermatitis historia; #historia lepra; alopecia historia, etc. (Fig. 4). Para ser más precisos, se puso la opción de que tuvieran enlace a las fuentes, y así poder comprobar su veracidad e interés.

Los resultados fueron noticias curiosas y valiosas relacionadas con el tema, enlazadas a la fuente original que nos derivaba a artículos, páginas web o libros.

Como conclusión, Twitter es una potente herramienta para la historia de la dermatología. Permite buscar de diferentes formas, bien básicas o de forma más avanzada mediante el uso de diferentes combinaciones; encontrar de forma casual noticias que nos pueden interesar; guardar los resultados de esas búsquedas; crear, como hemos hecho en la propia jornada al escribir tuits sobre la misma; compartir conocimiento, preguntas y dudas sobre cualquier asunto que, gracias a la generosidad de quienes están en Twitter, casi seguro se obtendrá alguna respuesta.

Es una fuente más. Es complementaria, no excluyente, novedosa y de ámbito universal.

La historia, al igual que cualquier disciplina científica, ha de aprovechar la existencia de este sorprendente recurso cuyo fin primero y último es compartir.

BIBLIOGRAFÍA

1. Alpert JM, Womble FE. Just What the Doctor Tweeted: Physicians' Challenges and Rewards of Using Twitter. *Health Communication* [Internet]. 2 de julio de 2016 [Consultado el 21 de agosto de 2019];31(7):824-32. Disponible en: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/10410236.2015.1007551>
2. Borgmann H, Loeb S, Salem J, Thomas C, Haferkamp A, Murphy DG, et al. Activity, content, contributors, and influencers of the twitter discussion on urologic oncology. *Urologic Oncology: Seminars and Original Investigations* [Internet]. septiembre de 2016 [Consultado el 21 de agosto de 2019];34(9):377-83. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1078143916000776>
3. Chu B, Lozada MJ, McCrory EH, Toledo P, Antalek M, Morely D, et al. Comparison of Twitter Use of the American Society of Anesthesiologists and the American Association of Nurse Anesthetists: A & A Practice [Internet]. junio de 2019 [Consultado el 22 de agosto de 2019];1. Disponible en: <http://Insights.ovid.com/crossref?an=02054229-900000000-99621>
4. Currie G, Woznitza N, Bolderston A, Westerink A, Watson J, Beardmore C, et al. Twitter Journal Club in Medical Radiation Science. *Journal of Medical Imaging and Radiation Sciences* [Internet]. marzo de 2017 [Consultado el 22 de agosto de 2019];48(1):83-9. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1939865416301072>
5. González-Dambrasuskas S, Rodríguez-Rubio M. El uso profesional de Twitter para crear una comunidad global de cuidados intensivos pediátricos. *Medicina Intensiva* [Internet]. julio de 2019 [Consultado el 8 de septiembre de 2019];S0210569119301706. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0210569119301706>
6. Jeong D, Jalali A. Who tweets in academia? An overview of Twitter use in higher education. *AMEP* [Internet]. abril de 2019 [Consultado el 22 de agosto de 2019];Volume 10:171-4. Disponible en: <https://www.dovepress.com/who-tweets-in-academia-an-overview-of-twitter-use-in-higher-education-peer-reviewed-article-AMEP>
7. Miles RC, Patel AK. The Radiology Twitterverse: A Starter's Guide to Utilization and Success. *Journal of the American College of Radiology* [Internet]. 2019 [Consultado el 28 de agosto de 2019];S1546144019304193. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1546144019304193>
8. Pershad Y, Hangge P, Albadawi H, Oklu R. Social Medicine: Twitter in Healthcare. *JCM* [Internet]. 28 de mayo de 2018 [Consultado el 8 de septiembre de 2019];7(6):121. Disponible en: <http://www.mdpi.com/2077-0383/7/6/121>
9. Peters ME, Uible E, Chisolm MS. A Twitter Education: Why Psychiatrists Should Tweet. *Curr Psychiatry Rep* [Internet]. diciembre de 2015 [Consultado el 21 de agosto de 2019];17(12):94. Disponible en: <http://link.springer.com/10.1007/s11920-015-0635-4>
10. Schwenk ES, Jaremko KM, Park BH, Stiegler MA, Gamble JG, Chu LF, et al. I Tweet, Therefore I Learn: An Analysis of Twitter Use Across Anesthesiology Conferences. *Anesthesia & Analgesia* [Internet]. enero de 2019 [Consultado el 22 de agosto de 2019];1. Disponible en: <http://Insights.ovid.com/crossref?an=00000539-900000000-96297>
11. Sinnenberg L, Buttenheim AM, Padrez K, Mancheno C, Ungar L, Merchant RM. Twitter as a Tool for Health Research: A Systematic Review. *Am J Public Health* [Internet]. enero de 2017 [Consultado el 8 de septiembre de 2019];107(1):e1-8. Disponible en: <http://ajph.aphapublications.org/doi/10.2105/AJPH.2016.303512>
12. Williams SA, Terras M, Warwick C. How Twitter Is Studied in the Medical Professions: A Classification of Twitter Papers Indexed in PubMed. *Med 20* [Internet]. 18 de julio de 2013 [Consultado el 21 de agosto de 2019];2(2):e2. Disponible en: <http://www.medicin20.com/2013/2/e2/>

BIBLIOGRAFÍA DE TUI TS UTILIZADOS:

1. ArchTattoos. This is incredible! Shows how photos from the past don't always show the truth. #ArchTattoos #History #Maori #Tattoo <https://t.co/gidwqMC77y> [Consultado el día 2 de septiembre de 2019] [Tweet]. Disponible en: <https://twitter.com/ArchTattoos/status/1124590299295158272>
2. GrangerBernard. The History of Sunscreen | Cancer Screening, Prevention, Control | JAMA Dermatology | JAMA Network <https://t.co/elzNfNy96> [Consultado el día 2 de septiembre de 2019] [Tweet]. Disponible en: <https://twitter.com/GrangerBernard/status/1166387178341056512>
3. historia_aedv. Terminamos la reunión con la interpretación del Dr Romaní de Gabriel. Cantigas de Afonso X o Sabio. Música en vivo en #AEDV2019 Fantástico <https://t.co/N26Eokbx5o> [Consultado el día 2 de septiembre de 2019] [Tweet]. Disponible en: https://twitter.com/historia_aedv/status/1137292299828940800
4. allobe86. Tenía la Mona Lisa una alopecia frontal fibrosante?La falta de cejas y la frente amplia así lo sugieren pero también existía la posibilidad de que un hipotiroidismo fuera la causa #dermatologia #dermatology #dermtwitter @xsierrav @pielsana_aedv <https://t.co/aPILHi2YeJ> [Consultado el día 2 de septiembre de 2019] [Tweet]. Disponible en: <https://twitter.com/allobe86/status/1168522208664334337>
5. cateterdoblej. Salvarsán fue la primera droga de la historia "diseñada" específicamente para combatir una enfermedad en concreto. Ehrlich descubrió lo que llamó «zauber kugel», esto es, la «bala mágica» que al dispararla sólo impactaría a la enfermedad y no al paciente <https://t.co/oLZf6trXu2> [Consultado el día 2 de septiembre de 2019] [Tweet]. Disponible en: <https://twitter.com/cateterdoblej/status/1163817123166093312>
6. gonzadetoro. Robert Carswell, a scotish pathologist who published a great pathology atlas in 1838 and used the term Melanoma for first time @HunterianLondon #path_history #dermatology #dermpath #pathology #pathologist <https://t.co/l2P0fQPYOv> [Consultado el día 2 de septiembre de 2019] [Tweet]. Disponible en: <https://twitter.com/gonzadetoro/status/993216544565063681>
7. DermatologoVdeB. Prurito generalizado. El misterio Marat. Del picor a las puñaladas en El Blog de Piel #Dermatologia <https://t.co/edOLX-6vbWT> <https://t.co/RR0b4FAYCf> [Consultado el día 2 de septiembre de 2019] [Tweet]. Disponible en: <https://twitter.com/DermatologoVdeB/status/870678399810887684>
8. Madriderma_mfg. Profesor Marcaró en la charla de Eméritos de la Academia Española de Dermatología. Recordando la historia de la Dermatología. Que bonito es escuchar lo que dice y como lo dice. #aedv2019 @aedv_es #emeritos #veteranos #dermatologia #madriderma <https://t.co/K7yllpaD8i> [Consultado el día 2 de septiembre de 2019] [Tweet]. Disponible en: https://twitter.com/Madriderma_mfg/status/1136952929041223680
9. RobertoArenasMD. Presentación libro Historia de la Dermatología Mexicana de Pablo Campos y Rosa Maria Gutierrez <http://t.co/h3UiNJyyz> [Consultado el día 2 de septiembre de 2019] [Tweet]. Disponible en: <https://twitter.com/RobertoArenasMD/status/568499115723784192>
10. Lauzurica_Derma. Más de 200 años le contemplan; parte de la historia de la Dermatología (sorpresa en museo etnográfico, Almagro). <http://t.co/QN5bbzHvLm> [Consultado el día 2 de septiembre de 2019] [Tweet]. Disponible en: https://twitter.com/Lauzurica_Derma/status/456410624902172674
11. skinfluence. March is #WomensHistoryMonth. Here's some #dermatology history – a photo of the first woman dermatologist - Daisy Maude Orleman Robinson <https://t.co/FA6BoSn70T> [Consultado el día 2 de septiembre de 2019] [Tweet]. Disponible en: <https://twitter.com/skinfluence/status/839135540322656259>
12. cateterdoblej. Las evidencias hablan que fue un gran médico, nespecialmente en el trato con los pacientes (incluso prisioneros y esclavos). Trataba leproso s y lunáticos cuando la mayor parte se negaba. Se preocupaba por la higiene, combatir el colera y la sífilis, las enfermedades tropicales,... <https://t.co/bF3dJtNnon> [Consultado el día 2 de septiembre de 2019] [Tweet]. Disponible en: <https://twitter.com/cateterdoblej/status/1162294094741286912>
13. DrJpBurgues. La historia de amor detrás de la invención de los guantes quirúrgicos <https://t.co/PY68QyM16O> William Halsted (1852-1922) quiso proteger a su ayudante Carolina Hamptom de una severa dermatitis que padecía en sus manos. Poco después se casaron. <https://t.co/7j-66voYWZR> [Consultado el día 2 de septiembre de 2019] [Tweet]. Disponible en: <https://twitter.com/DrJpBurgues/status/937928588820705280>
14. SergioVanoG. Interesante blog de la HISTORIA DE LA DERMATOLOGIA ESPAÑOLA: ACTUALIDAD DERMATOLÓGICA <http://t.co/zlo4iUf1> [Consultado el día 2 de septiembre de 2019] [Tweet]. Disponible en: <https://twitter.com/SergioVanoG/status/124205134128480257>
15. famartinez2001. Imágenes del coro del Monasterio Santa María la Real en Nájera, #Logroño, #Spain, donde se puede ver una persona con lesiones en la piel, ¿lepra, peste? y otra de una persona tullida. @xsierrav @esperafer @exposit_manuel @JAGarciaPastor @Emocionaelarte @anamontparnasse @alleosa <https://t.co/rDSOlldGK3> [Consultado el día 2 de septiembre de 2019] [Tweet]. Disponible en: <https://twitter.com/famartinez2001/status/1166754080724836352>
16. vmleis. Hoy he estado en Sigüenza, en el III Seminario de Historia de la #Dermatología , hablando sobre los orígenes de la #blefaroplastia en España. Una historia llena de intrigas y... <https://t.co/kHUJqmUXFS> [Consultado el día 2 de septiembre de 2019] [Tweet]. Disponible en: <https://twitter.com/vmleis/status/1059899423600328710>
17. DonJuanDAustria. Hoy fallecía en Berlín de cáncer de piel Isaac Peral...inventor del 1er submarino torpedero... <http://t.co/D555ka7zqm> [Consultado el día 2 de septiembre de 2019] [Tweet]. Disponible en: <https://twitter.com/DonJuanDAustria/status/601624409590337536>
18. ArchTattoos. How did I miss that it's #NationalTattooDay today! The same day as #AskAnArchaeologist! Share your #ArchTattoos with me <https://t.co/0qkTPu8jcg> [Consultado el día 2 de septiembre de 2019] [Tweet]. Disponible en: <https://twitter.com/ArchTattoos/status/1151625321998966784>
19. cnereuma. Historia de la Dermatología en Venezuela: <https://t.co/u5ZibOdcpi> [Consultado el día 2 de septiembre de 2019] [Tweet]. Disponible en: <https://twitter.com/cnereuma/status/894054590106284032>
20. XimenaB99. Historia de la #dermatologia en el #Perú pag. 307 <http://t.co/ngw8vMCdDj> [Consultado el día 2 de septiembre de 2019] [Tweet]. Disponible en: <https://twitter.com/XimenaB99/status/411018544428883968>

21. XITattooStudio. [goo.gl/Uqh4MU](https://t.co/Mgd9gXKd6H) #Tatuaje «Tattoo» repasa la historia de esta forma de arte - La Opinión (Comunicado de prensa) <https://t.co/Mgd9gXKd6H> #Cordoba #Tattoo <https://t.co/DvEOelcbCY> [Consultado el día 2 de septiembre de 2019] [Tweet]. Disponible en: <https://twitter.com/XITattooStudio/status/947115703449956352>
22. vmleis. Este próximo martes 21 hablaré en Trujillo (Cáceres) sobre historia de las reconstrucciones nasales en el Seminario de Historia de la Dermatología organizado por el Dr Eduardo Fonseca. <https://t.co/Wb3CyUtE0f> [Consultado el día 2 de septiembre de 2019] [Tweet]. Disponible en: <https://twitter.com/vmleis/status/931923902187692033>
23. Arcdelahistori. En respuesta a @Galiengo_Augusto. Y con razón. Como curiosidad aquí tienes un libro cuya cubierta hicieron con la piel de su cara una vez asesinado. <https://t.co/RzTy7macaG> [Consultado el día 2 de septiembre de 2019] [Tweet]. Disponible en: <https://twitter.com/Arcdelahistori/status/794912629139636224>
24. ElenaSaiz63. El tratamiento de quemaduras en el Antiguo Egipto. El Papiro Ebers (1500 A.C), uno de los tratados médicos más antiguos, recoge unas 700 de estas fórmulas y remedios que constituyen los primeros esbozos de distintas especialidades médicas. <https://t.co/VSl0oZCCdo> <https://t.co/jF8pLaSIVT> [Consultado el día 2 de septiembre de 2019] [Tweet]. Disponible en: <https://twitter.com/ElenaSaiz63/status/1010027342520049664>
25. historia_aedv. El próximo 10 de abril se celebrará en San Estevo de Rivas de Sil, el II Seminario de Historia de la Dermatología. Organizado de nuevo por el Dr Eduardo Fonseca, reúne de nuevo a un grupo de ponentes entusiastas de la historia y la medicina. <https://t.co/I9LkZvHMHA> [Consultado el día 2 de septiembre de 2019] [Tweet]. Disponible en: https://twitter.com/historia_aedv/status/979043527127650306
26. doctoralvarez. El muy querido y admirado Dr. Pablo Campos, en la presentación de su libro: «Historia de la dermatología mexicana». <http://t.co/aVZzgXLmIQ> [Consultado el día 2 de septiembre de 2019] [Tweet]. Disponible en: <https://twitter.com/doctoralvarez/status/637081433220116481>
27. historia_aedv. El Dr Ángel Fernández Flores, dermatopatólogo, repasando la Escuela de Viena. Auspitz, Hebra, Skoda... I Seminario de Historia de la Dermatología. <https://t.co/9kfFaKr4bV> [Consultado el día 2 de septiembre de 2019] [Tweet]. Disponible en: https://twitter.com/historia_aedv/status/932942049371983872
28. Arcdelahistori. El caso es que hizo sangre a una sirvienta y cayó sobre su piel, viendo como las arrugas cesaban. Imaginad que pasó. <https://t.co/t2uGXRxEEd> [Consultado el día 2 de septiembre de 2019] [Tweet]. Disponible en: <https://twitter.com/Arcdelahistori/status/908784594950017024>
29. cateterdoblej. Durante mucho tiempo (y no hace tanto) la lepra no fue una simple enfermedad,... conllevaba ser un "apestado". Tanto es así, que hasta se acuñaron monedas solo para leprosos #HistoriaMedicina #hilo—> <https://t.co/cFEbKhreZX> [Consultado el día 2 de septiembre de 2019] [Tweet]. Disponible en: <https://twitter.com/cateterdoblej/status/1154738829590487040>
30. HistoriaDelame1. Dr. Barry. Primer médico inglés que consiguió salvar a una madre y a su hijo durante una cesárea. Verdadera identidad: Margaret Ann Bulkley fue más conocida como el doctor James Barry, practicó la medicina en el ejército británico durante 56 años haciéndose pasar por hombre. <https://t.co/dQ00XPrak> [Consultado el día 2 de septiembre de 2019] [Tweet]. Disponible en: <https://twitter.com/HistoriaDelame1/status/1156797472427130881>
31. cateterdoblej. Bibliopegia (no está en la RAE, es un anglicismo) viene a ser sinónimo de encuadernación y antropodérmica hace referencia a la piel humana. Con lo que la bibliopegia antropodérmica es la encuadernación de libros con piel humana <https://t.co/oVRKotrIEy> [Consultado el día 2 de septiembre de 2019] [Tweet]. Disponible en: <https://twitter.com/cateterdoblej/status/1152590956497186816>
32. cateterdoblej. Arqueológicamente está demostrado que es una enfermedad que ha acompañado al hombre desde tiempo inmemorial. Hay vestigios de restos humanos con lepra datados en el segundo milenio a.C. <https://t.co/PRCKOfxnus> [Consultado el día 2 de septiembre de 2019] [Tweet]. Disponible en: <https://twitter.com/cateterdoblej/status/1154738848716480514>
33. RaquelBlascoR. Aquí los médicos, troleando desde tiempos inmemoriales <https://t.co/lrKclOhROa> [Consultado el día 2 de septiembre de 2019] [Tweet]. Disponible en: <https://twitter.com/RaquelBlascoR/status/1160900286426341376>
34. ngelFernandezFI1. Ángel Fernández Flores en Twitter: Ayer jueves tarde, asistimos al homenaje póstumo que, en el Hospital de Mieres, se le rindió al Dr. José Ramón Curto, una persona de un talento deslumbrante y cautivador. En la foto, el Dr. Eduardo Fonseca Capdevila nos emocionó con una preciosísima charla. <https://t.co/80a3J4Q6gC> [Consultado el día 2 de septiembre de 2019] [Tweet]. Disponible en: <https://twitter.com/ngel-FernandezFI1/status/1144493526941487104>
35. drmoralesraya. Algo de historia... los egipcios iban años por... #dermatology #history <https://t.co/W4VC2CVTSL> [Consultado el día 2 de septiembre de 2019] [Tweet]. Disponible en: <https://twitter.com/drmoralesraya/status/924056026571333633>
36. jacintoconvit. #SabíasQue la bacteria M. leprae fue descubierta en 1874 por el médico noruego Gerhard Armauer Hansen; por ello a la #Lepra se le conoce también como Enfermedad de Hansen. #Historia #DatoCurioso #EnfermedadesDermatológicas <https://t.co/oPGDvS6mWT> [Consultado el día 2 de septiembre de 2019] [Tweet]. Disponible en: <https://twitter.com/jacintoconvit/status/1164688957487177729>
37. xsierrav. El término "#Dermatología" indica el estudio científico de las enfermedades de la "#piel". Pero ¿Desde cuándo se usa? ¿Cuál es su etimología? ¿Quién lo usó por primera vez? Un dermatólogo en el museo: ¿Desde cuándo decimos "Dermatología"? [Consultado el día 2 de septiembre de 2019] [Tweet]. Disponible en: <https://xsierrav.blogspot.com/2019/08/desde-cuando-decimos-dermatologia.html>

CRIOCAUTERIO DE LORTAT JACOB

Salvio Serrano Ortega*, Cristina Serrano Falcón**

* Catedrático de Dermatología. Profesor Emérito de la Universidad de Granada.

** Dermatóloga. Hospital HLA Inmaculada. Granada.

GENERALIDADES

La crioterapia podemos definirla como los “usos terapéuticos del frío” y la criocirugía como una crioterapia que emplea temperaturas de congelación para tratar distintas lesiones de la piel y mucosas, benignas o malignas.

El criocauterio es un aparato diseñado para el tratamiento local de distintas enfermedades mediante la aplicación de frío, que produce congelación y destrucción del tejido tratado.

De acuerdo con Léon Lortat Jacob (1873-1931) (Fig. 1), los daños producidos por el frío dependen fundamentalmente de tres factores, la duración de la aplicación del criógeno, la presión del aparato sobre la zona a tratar, que puede variar de 0 a 2 kg, y la temperatura del criógeno¹. El daño celular ocasionado depende de factores físicos (congelación), vasculares (criotrombosis), electrolíticos e inmunológicos².

Cuando se aplica frío sobre un tejido y se alcanzan entre -10°C y -15°C , el agua del espacio extracelular forma cristales de hielo que la membrana celular no deja pasar al interior de la célula. Si la temperatura llega a -40°C , el hielo intracelular se extiende al núcleo por acción directa o por entrada de cristales de hielo a través de la membrana celular. Se ha visto que algunas células pueden sobrevivir a temperaturas de -20°C , por lo que se recomienda alcanzar, al menos, los -25°C ³ y, mucho mejor, como sugiere Zacarian⁴, llegar hasta -40 y -60°C , sobre todo en lesiones malignas y preferible en dos ciclos de congelación/descongelación, para evitar la recidiva.



Figura 1.- Léon Lortat Jacob.

A lo largo de los tiempos se han empleado distintos criógenos. James Arnott (1797-1883) fue el primero en emplear en terapéutica los efectos necrosantes del frío. Aplicó una mezcla de hielo picado y sal (“*Two parts finely pounded ice and one part of chloride sodium*”), para conseguir disminuir el dolor, la inflamación y la hemorragia en tumores⁵. Diseñó un aparato que consistía en un cojín impermeable, del que salían unos tubos flexibles, que conducían el agua helada hasta la zona a tratar. Este invento lo presentó en la Gran Exposición de Londres de 1851. Aunque empleó este sistema para el tratamiento paliativo de cáncer de mama, cérvix, piel, acné y neuralgias, su principal contribución fue, por una parte, ser pionero del uso terapéutico del frío y, por otra, descubrir su efecto anestésico⁶. El problema es que solo se conseguían temperaturas entre -18°C y -24°C , insuficiente para destruir células cancerosas.

La evolución posterior de la crioterapia se centró, fundamentalmente, en disponer de un criógeno fácil de obtener y almacenar, cómodo de usar y económico. En esta época se produjeron dos descubrimientos físicos que favorecieron el desarrollo de la crioterapia. Por una parte, el de James Prescott Joule (1818-1889) y William Thomson (Lord Kelvin) (1824-1907), quienes demostraron que los gases atmosféricos se calientan cuando se comprimen y se enfrían cuando se expanden (*Efecto Joule-Thomson*), lo que permitió que otros investigadores consiguieran poco después la licuefacción del aire atmosférico y de otros gases. James Dewar (1842-1923) diseñó el “vaso de vacío de Dewar” que permitió almacenar y transportar el criógeno.

En 1877 Louis-Paul Cailletet (1832-1913) presentó en la Academia Francesa de la Ciencia que era posible licuar el aire y el monóxido de carbono bajo altas presiones⁷ y, entre 1895 y 1896, Carl von Linde (1842-1934) consiguió la licuefacción comercial del aire (“aire líquido”)⁸. El primer tratamiento del cáncer con aire líquido lo realizó en 1899 Campbell White, de la Universidad de Columbia⁹ y poco después, en 1909, se aplicó la combinación de criocirugía con aire líquido y radioterapia para el tratamiento del cáncer cutáneo¹⁰.

Aunque la temperatura alcanzada en la criocirugía con aire líquido era de -195°C , su precio era elevado y su conservación muy difícil, ya que, a temperatura ambiente, aún conservado en un vaso Dewar, un litro de aire líquido se podía mantener como máximo unos seis días¹⁰. Por tanto, se hacía preciso disponer de otros criógenos más económicos y fáciles de manejar.

En 1883, el ruso Zygmunt Florenty Wróblewski (1845-1888) y el polaco Karol Stanisław Olszewski (1846-1915) consiguieron la licuefacción estable del oxígeno, nitrógeno y dióxido de carbono. Un año después, en 1884, la del hidrógeno y, ya en 1895, la licuefacción del argón⁸.

En los años veinte del siglo pasado, Irvine y Turnacliiff¹¹ emplearon el oxígeno líquido ($-182,96^{\circ}\text{C}$) para el tratamiento de procesos benignos como el liquen plano, las verrugas vulgares, las erupciones vesiculosas del herpes zoster y de la dermatitis de contacto. A los problemas del manejo del aire líquido se une la posibilidad de explosión y fuego, por lo que se abandonó muy pronto por otros criógenos y, a partir de 1910, dejó de usarse a favor del CO_2 .

James Arnott (1797-1883) fue el primero en sugerir que el dióxido de carbono podría ser muy efectivo en los tratamientos con frío, pero no había disponibilidad comercial¹². William Allen Pusey (1865-1940), de Chicago, de forma simultánea a la investigación con el aire líquido, empleó la nieve carbónica, demostrando su utilidad en el tratamiento de nevus pilosos, verrugas, epitelomas, etc.¹³. John Hall Edwards (1858-1926) describió en 1911 un compresor y colector de dióxido de carbono¹⁴. En 1924 Thomas B. Slate (1880-1980) patentó el CO_2 líquido en USA y se procedió a su comercialización industrial⁸, generalizándose su uso en terapéutica dermatológica, que se mantuvo hasta la década de los 60-70 del pasado siglo. El problema principal de este criógeno es que tiene un poder de congelación muy bajo (-79°C), cuando se necesita alcanzar en profundidad -50°C en el tratamiento de tumores malignos, por lo que después de la II Guerra Mundial se sustituyó de forma paulatina por el nitrógeno líquido (-196°C) con un poder de congelación parecido al del aire líquido y del oxígeno líquido, pero sin problemas de explosión y con un precio razonable.

Criocauterio de Lortat Jacob.

Los antecedentes de este criocauterio con nieve carbónica se remontan a 1907, cuando William Allen Pusey (1865-1940) describió la forma de obtener “barritas” de nieve carbónica para aplicarlas directamente sobre la lesión a tratar. Recogía la nieve carbónica en una bolsa de tela, la colocaba en un molde para obtener la barrita de nieve y tallaba el extremo distal de la misma para adecuarlo al tamaño de la zona a tratar¹⁵.

Un año después, Hubbard presentó un aparato, más cómodo para recoger la nieve carbónica; se trata de un tubo metálico recubierto de gamuza, donde la nieve se recoge ya en forma de barrita para aplicarla directamente¹⁶. Pero la aplicación directa de la barrita de nieve carbónica sobre la piel no permite conocer la presión que se ejerce sobre la misma y, además, puede contener impurezas, como residuos de óxido de hierro, grasas e incluso bacterias y levaduras, como demostró M.

Bordas¹⁷. Este presentó en L'Académie des Sciences en 1912 un criocauterío cerrado formado por un tubo de plata de 1,5 cm de diámetro, con una superficie plana en un extremo que se aplicaba directamente sobre la lesión a tratar.

En 1913, Antoine Béclère (1856-1939) y Henri Béclère presentaron en L'Académie de Médecine un criocauterío que empleaba una mezcla de nieve carbónica y acetona que, aunque obtiene la misma temperatura que la nieve sola, al ser líquida se maneja mejor y el aparato, formado por un tubo de plata que se atornilla en un pequeño embudo de ebonita, disponía de un medidor de la presión que se ejerce con el criocauterío sobre la lesión a tratar (18). Léon Lortat-Jacob (1873-1931) perfeccionó el criocauterío de Bordas en 1912 y diseñó el que presentamos¹⁹.

Descripción del criocauterío

L. Lortat Jacob y G. Solente¹⁹ describieron, en su libro "La Cryotherapy", un criocauterío ideado anteriormente por Lortat Jacob.

Leon Lortat Jacob fue médico des Hôpitaux de Paris en 1913 y luego jefe de servicio del Hospital de Saint-Louis en 1921. Su discípulo G. Solente publicaría posteriormente el capítulo "La Cryotherapie en Dermatologie", de la Nouvelle Pratique Dermatologique²⁰.

El criocauterío se presenta en una caja de madera forrada de fieltro, en la que encontramos unos tubos de cobre con terminales diferentes para acoplarlos a la zona a tratar (Fig. 2). El tubo elegido, de acuerdo con la lesión a tratar, se aloja en un cilindro metálico con un mango de baquelita, para formar un sistema cerrado por una tapadera superior, a la que se conecta el terminal de la boquilla, unida por una tuerca de paso universal a la botella de nieve carbónica.



Figura 2: Presentación del criocauterío de Lortat Jacob.

El criocauterío consta de dentro a fuera (Fig. 3) de:

- 1.- Un tubo central de cobre, de tres cm de diámetro y 18 cm de largo. Este tubo está abierto por su extremo superior y cerrado por abajo. En la parte superior, junto a la abertura mayor, hay unos pequeños orificios. La parte inferior o "punta" es variable en cada uno de los tubos para adecuarlo al tamaño de la lesión a tratar.

Este tubo central contiene en su interior un manguito de tela metálica que se desliza sobre él.

- 2.- Un regulador de presión metálico en forma de tubo con sus dos extremos abiertos, el inferior libre se queda a unos 4 a 5 cm de la punta y el superior tiene un anillo metálico más grande que el extremo superior del tubo central, donde se atornilla una pieza que cierra el sistema por arriba con un orificio por el que se introduce el tubo que conecta con la bombona de carbónico.
- 3.- Por fuera se coloca un tubo metálico, que contiene las dos piezas anteriores. Está abierto por los dos extremos y perforado por varios agujeros en toda su longitud. Su extremo inferior termina en un paso de rosca y el superior tiene un índice con la inscripción de 1 kg, 1,500 y 2 kg que nos orienta sobre la presión a realizar sobre la lesión a tratar. Un muelle helicoidal colocado entre los dos tubos sirve para regular la fuerza de presión.
- 4.- La parte más externa está formada por un cilindro metálico recubierto de un aislante, para evitar el daño del frío sobre las manos del operador.

La carga del criocauterío de nieve carbónica se efectúa por la parte superior, donde se introduce el terminal conectado a la bombona de ácido carbónico. Poco a poco, se abre la llave de paso de la bombona para dar salida a la nieve carbónica, hasta que se llene de nieve el aparato y la punta esté congelada.

Según las recomendaciones de Lortat Jacob²¹, para realizar el tratamiento de las lesiones cutáneas hay que tener en cuenta la duración de la aplicación, la presión y el ritmo de repetición de las sesiones. Además, influye en la respuesta la edad del paciente (los niños reaccionan 3 a 4 veces más que los adultos), el sexo (las mujeres son más sensibles), la localización de la zona a tratar (son más frágiles la cara, los pabellones auriculares, los dedos y, en general, las zonas mal irrigadas o con un plano óseo inmediatamente subyacente).

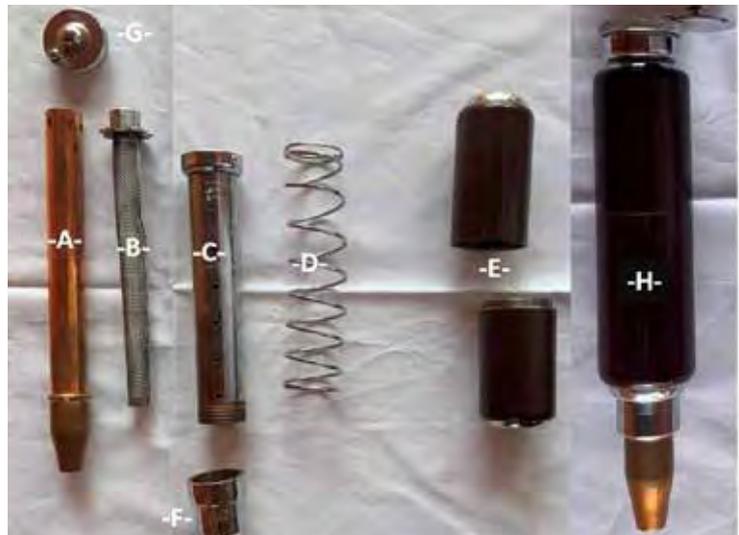


Figura 3.- Despiece del criocauterío:
 -A- Punta de cobre con extremo adecuado a la lesión a tratar.
 -B- Tubo de tela metálica. -C- Tubo interior graduado en kilos.
 -D- Muelle helicoidal para graduar la presión. -E- Cuerpo del criocauterío.
 -F- Rosca del extremo distal. -G- Tapón con rosca del extremo proximal.
 -H- Criocauterío listo para su uso.

Algunos ejemplos

En cada patología estudiada se analizan las indicaciones y contraindicaciones, la técnica y, en muchas de ellas, otras alternativas terapéuticas. Sólo mencionaremos las más frecuentes y la técnica a seguir con el criocauterío.

- Telangiectasias: Varias sesiones. Terminal de punta fina. Duración de 12 a 15 segundos con presión de 1 kg.
- Botriomicoma: Una o dos aplicaciones de 15 a 20 segundos de duración media con 1 Kg de presión.
- Angioqueratomas de Mibelli: Terminal adaptado a su tamaño. Duración de 10 a 20 segundos. Presión muy suave.
- Granuloma anular: 15 segundos con presión inferior a 1 kg.
- Verrugas seborreicas: Terminal adaptado a la lesión. De 5 a 8 segundos. Presión < a 1 kg.
- Cuerno cutáneo: Primero corta el cuerno con tijera. Criocauterío de 15-30 segundos y presión de 1 a 1,5 Kg.
- Verrugas vulgares: 30 segundos. 1-1,5 Kg en las verrugas solitarias.
- Verrugas plantares: 1-2 min. 2 kg de presión.
- Verrugas planas: De 3 a 5 segundos. Fricción. No es necesario que se forme ampolla.
- Queratosis senil: De 10-20 segundos. 1 a 1,5 kg. Media de tres sesiones, una cada semana.
- Epiteliomas: Duración: 1 minuto, presión de 1,5 a 2 kg. Normalmente se precisan varias sesiones.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lortat Jacob L, Solente J. La cryothérapie. Paris: Masson et Cie; 1930.
2. Kıtsis J, Zavorins A. Cryobiology and Thermodynamics. En: Pasquali P, ed. Cryosurgery: A Practical Manual. Berlin, Heidelberg: Springer; 2015
3. Mazur P. Cryobiology: The Freezing of Biological Systems. Science.1970;168(3934):939-49.
4. Zacarian SA. Cryosurgery of skin cancer, and cryogenic techniques in dermatology. Springfield, Ill.: C.C. Thomas; 1969.
5. Arnott J. On the treatment of cancer: by the regulated application of an anaesthetic temperature. London: Churchill; 1851
6. Cooper SM, Dawber RP. The history of cryosurgery. J R Soc Med. 2001;94(4):196- 201.
7. Cailletet L. Recherches sur la liquéfaction des gaz. Ann Chimie Physique. 1878;15:132-44.
8. Pasquali P. A Short History of Cryosurgery. En: Pasquali P, ed. Cryosurgery. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg; 2015. p. 3-17.
9. White AC. Liquid air: its application in medicine and surgery. Med Rec. 1899;56(4):109-112.
10. Whitehouse HH. Liquid air in dermatology; its indications and limitations. JAMA. 1907;49(5):371-7.
11. Irvine HG, Turnacliff DD. Liquid oxygen in dermatology. Arch Dermatol Syphilol. 1929;19(2):270-80.
12. Bird HM. James Arnott, MD (Aberdeen) 1797-1883: A pioneer in refrigeration analgesia. Anesthesia. 1949;4:10-7.
13. Department History [Internet]. The University of Illinois College of Medicine. [consultado 12 de septiembre de 2019]. Disponible en: <https://chicago.medicine.uic.edu/departments/academic-departments/dermatology/department-history/>
14. Hall-Edwards J. The therapeutic effects of carbon dioxide snow. Methods of collecting and applying it. The Lancet. 1911;178(4584):87-90.
15. Pusey WA. The use of carbon dioxide snow in the treatment of nevi and other lesions of the skin. A preliminary report. Journal of the American Medical Association.1907;49(16):1354-6.
16. Hubbard D. An apparatus for the rapid and economic making of CO2 snow. J Cutan Dis incl Syph. 1908;26:239.
17. Bordas FM. De l'emploi des basses températures en cryothérapie (crayons de CO2). Comptes rendus de L'Academie des Sciences 1913;156:84.
18. Béclère A, Béclère H. La dosage en cryothérapie locale. Bull de L'Acad de Med, 13 mai 1913. p. 455.
19. Lortat Jacob L, Solente J. La cryothérapie. Paris: Masson et Cie; 1930.
20. Solente G. La Cryothérapie en Dermatologie. En: Darier, Sabouraud, Gougerot, et al. Nouvelle Pratique Dermatologique. Masson et Cie., Paris, 1936. pp. 632-48
21. Lortat Jacob L, Solente J. La cryothérapie. Paris: Masson et Cie; 1930.

