Universidad Complutense.
Facultad de Medicina.
Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública. Historia de la Ciencia.

Memoria para optar al grado de doctor.

LOS ORÍGENES DE LA ESCUELA MADRILEÑA DE DERMATOLOGÍA.

Emilio del Río de la Torre

1996

DEDICATORIA:

A Loló, in memoriam.

A Josefina.

A Luisa, Nosqui, Lichi y Jesio.

AGRADECIMIENTOS:

Antes que a nadie, quiero hacer manifiesta mi gratitud al profesor García Pérez. Nadie mejor que él podría haber dirigido esta tesis doctoral. Su apoyo y sus indicaciones han sido un constante aliento para mí.

No menor es mi agradecimiento al profesor Diego Gracia. El haber aceptado tutelar esta tesis ha sido además de un honor, una garantía para poder llevarla a buen puerto.

El profesor Robledo Aguilar, durante mi etapa de médico residente y aún después, me facilitó siempre todo el apoyo y el material necesarios para confeccionar este trabajo y no puedo dejar de pasar esta ocasión sin hacer público mi reconocimiento y mi afecto.

< La familia dermatológica española ganó con Olavide la vida modesta, y Azúa mantuvo este plan; de 1910 a 1935 se ha llegado al bienestar; a los discípulos de la actual generación se ofrece la oportunidad de alcanzar la riqueza, y yo así lo espero.
Mis esperanzas las fundo en tanto la escuela de Covisa y Bejarano, cuyos poderes están representados en su obra, continúe el camino firme que emprendió el primero desde el día en que tomó posesión de la cátedra; el segundo, como verdadero jefe de Estado Mayor, y los discípulos (Gay, Gómez Orbaneja, Muñuzuri, etc.), en los puestos que han obtenido y en los que obtendrán para continuar obra investigadora y de progreso. >

Sainz de Aja, febrero de 1936.

INFORME DEL DIRECTOR DE LA TESIS

ANTONIO GARCIA PEREZ, Catedrático jubilado de Dermatología, Catedrático Emérito de la Universidad Complutense,

HAGO CONSTAR: Que el trabajo titulado "Los orígenes de la Escuela Madrileña de Dermatología" de la que es autor, con mi dirección, D. EMILIO DEL RIO DE LA TORRE, y del que ha sido tutor el Dr. D. DIEGO GRACIA GUILLEN, Catedrático de Historia de la Medicina, reúne en sus objetivos, planteamiento, material y métodos, resultados, discusión y bibliografía, así como en sus conclusiones, las condiciones necesarias para ser admitido como la tesis doctoral de su autor.

V.º B.º
EL TUTOR (2)

Fdo.: DIEGO GRACIA GUILLEN
(fecha y firma)
D.N.I.: 12.131.765

El Director de la Tesis

Fdo.: ANTONIO GARCIA PEREZ
(fecha y firma)
D.N.I.: 2.954.718

INFORME DEL CONSEJO DE DEPARTAMENTO

Habiendo valorado la Comisión de Doctorado del Departamento de MEDICINA PREVENTIVA, SALUD PUBLICA E HISTORIA DE LA CIENCIA, la metodología y contenidos del trabajo de investigación titulado "Los orígenes de la Escuela Madrileña de Dermatología", realizado por D. EMILIO DEL RIO DE LA TORRE, dirigido por el Prof. D. ANTONIO GARCIA PEREZ y tutorizado por el Prof. D. DIEGO GRACIA GUILLEN, Catedrático de este Departamento, para su presentación como Tesis Doctoral, se acepta su admisión a trámite.

Fecha reunión
Consejo Departamento

5 de junio de 1.996

El Director del Departamento

Fdo.: VICENTE DOMINGUEZ ROJAS
(fecha y firma)

ÍNDICE. Página.

1.-INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS. 6

1.1-Estado actual del estudio de la historia de la dermatología en Europa y América. 6
1.2.-La historia de la dermatología en España. 8
1.3.-Las escuelas españolas de dermatología. 11
1.4.-Objetivos. 13

2.-DESCRICIPÓN DEL MATERIAL Y MÉTODOS. 15

2.1.-Bibliotecas consultadas. 15
2.2.-Fuentes secundarias. 16
2.3.-Fuentes primarias. 17
2.3.1.-Revistas médicas generales.
2.3.2.-Revistas de especialidades médicas parcialmente dermatológicas o con información dermatológica destacada. 20
2.3.3.-Revistas españolas exclusivamente dermato-venereológicas. 20
2.3.4.-Literatura "gris". 21

2.4.-Métodos de trabajo. 21
2.5.-Soportes de la información. 21
2.6.-Criterios de ordenación del material. 22
3.-RESULTADOS. 23

3.1.-PRECURSORES DE LA DERMATOLOGÍA ESPAÑOLA. 23
3.1.1.-Compilaciones de enfermedades cutáneas. Las "Etimologías" de San Isidoro de Sevilla. 23
3.1.2.-La dermatología en las obras de cirugía de los siglo XVI a XVIII. 25
3.1.3.-El breve tratado de enfermedades cutáneas de Gaspar Bravo de Sobremonte. 30
3.1.4.-La terapéutica dermatológica empírica. Francisco Suárez de Ribera. 31
3.1.5.-La cosmetología en la literatura médica española. 32
3.1.6.-Descripciones originales de enfermedades cutáneas en la literatura médica española. Gaspar Casal y el mal de la rosa. 33
3.1.7.-Antonio Lavedán, traductor de "De morbis cutaneis" de Joseph Plenk. 35
3.1.8.-Primeros tratados de enfermedades de la piel de autores españoles. Nicolás de Alfaro y Juan Luciano de Murrieta. 37
3.1.9.-Evolución de la ilustración gráfica dermatológica en la literatura médica española. 39
3.1.10.-Primeras descripciones y representaciones de la estructura microscópica de la piel en la literatura médica española. 44

3.2.-EL HOSPITAL DE SAN JUAN DE DIOS DE MADRID. 45

3.2.1.-El antiguo Hospital de San Juan de Dios. 45
3.2.2.-Referencias literarias del Hospital de San Juan de Dios. 52
3.2.3.-El nuevo Hospital de San Juan de Dios. 53
3.2.4.-La consulta externa del Hospital de San Juan de Dios. El asunto de la "Consulta de San Juan de Dios". 57
3.2.5.-Los médicos del Hospital de San Juan de Dios. 64
3.2.6.-Otras categorías profesionales y secciones del Hospital de San Juan de Dios. 71
3.2.7.-La figura del "Visitador". 74
3.2.8.-Ocaso del Hospital de San Juan de Dios. 75

3.3.-JOSÉ EUGENIO DE OLAVIDE. 79

3.3.1.-Biografía. 79
3.3.2.-Actividad asistencial. 82
3.3.3.-Actividad docente. 86
3.3.3.1.-Doctorado. 86
3.3.3.2.-La actividad docente de Olavide en el Hospital de San Juan de Dios. 87
3.3.4.-El Museo y el Laboratorio de San Juan de Dios. 93
3.3.4.1.-El Museo de San Juan de Dios. 93
3.3.4.2.-El Laboratorio micrográfico. 106
3.3.5.-Congresos, reuniones y academias de medicina. 115
3.3.6.-Publicaciones y colaboraciones en revistas periódicas. 118
3.3.6.1.-Notas breves de cirugía. 118
3.3.6.2.-Artículos de revisión y opinión. 119
3.3.6.3.-Trabajos científicos originales. 120
3.3.6.4.-Monografías, lecciones y discursos impresos. 123
3.3.6.5.-Obras generales de dermatología. 123
3.3.6.5.1.-Lecciones de Dermatología General. 124
3.3.6.5.2.-Dermatología General y Clínica Iconográfica de las Enfermedades de la Piel o Dermatosis. 126
3.3.6.6.-Aforismos y Consejos. 130
3.3.6.6.1.-Aforismos de Dermatología Práctica. 130
3.3.6.6.2.-Consejos para el mejor tratamiento de ciertas dermatosis. 132
3.3.6.7.-Traducciones y prólogos. 132
3.3.6.8.-Trabajos atípicos. 133
3.3.7.-Doctrina constitucional, microbiología y temas dermatológicos de mayor interés para Olavide. 133
3.3.7.1.-Teoría dermatológica constitucional de Bazin. 134
3.3.7.2.-Teoría del parasitismo cutáneo en la obra de Bazin. 137
3.3.7.3.-La concepción constitucional de la dermatología en la obra de Olavide. 139
3.3.7.3.1.-El herpetismo. 142
3.3.7.3.2.-Las dermatosis reumáticas. 146

3.3.7.3.3.-Vigencia actual de la teoría constitucional dermatológica. 149
3.3.7.4.-El parasitismo vegetal en la obra de Olavide. 153
3.3.7.5.-Zooparasitismo. La sarna. 161
3.3.7.6.-La pelagra. 164

3.4.-JUAN DE AZÚA. 166

3.4.1.-Biografía. 166
3.4.2.-Actividad asistencial. 176
3.4.3.-Doctorado. 188
3.4.4.-Creación de la Cátedra de Dermatología de la Universidad Central de Madrid. Actividad docente de Azúa. 189
3.4.5.-Congresos, reuniones y academias. Creación de la Sociedad Española de Dermatología y Sifiliografía. 199
3.4.5.1.-Congresos. 199
3.4.5.2.-Academia Médico-Quirúrgica Española. 204
3.4.5.3.-Real Academia de Medicina. 205
3.4.5.4.-Sociedad Española de Dermatología y Sifiliografía. 206
3.4.6.-Concepción de la dermatología de Azúa. Doctrina anátomo-patológica o "localista" de la escuela vienesa. 210
3.4.7.-Publicaciones más relevantes de Azúa. 218
3.4.7.1.-Primeros trabajos (1888-91). 220
3.4.7.2.-Artículos en la "Revista de Medicina y Cirugía Prácticas". 221
3.4.7.3.-Actas Dermosifiliográficas (1909-22). 223
3.4.7.4.-Miscelánea: capítulos de libros, folletos, prólogos, literatura "gris". 227
3.4.8.-Temas de interés preferente de Azúa. Aportaciones a la literatura dermatológica. 229
3.4.8.1.-Dermitis de lavado. 229
3.4.8.2.-Avisos sanitarios. Propaganda antivenérea. Reglamentación y abolicionismo. 233
3.4.8.3.-Clasificación y estadística dermatológicas. 243
3.4.8.4.-Etiología microbiana de los eczemas. 248
3.4.8.5.-Pseudoepiteliomas cutáneos. Piodermitis vegetante. 254
3.4.8.6.-Introducción de la salvarsanterapia en España. 269
3.4.9.-Vicente Gimeno. Profesor auxiliar de Azúa en la Cátedra de Dermatología. 286

3.5.-SUCESORES DE AZÚA: SÁNCHEZ-COVISA, BEJARANO LOZANO Y SAINZ DE AJA. 289

3.5.1-JOSÉ SÁNCHEZ-COVISA. 290

3.5.1.1.-Biografía. 290
3.5.1.2.-Tesis doctoral. Actividad asistencial, docente e investigadora. 291
3.5.1.2.1.-Tesis doctoral. 291

3.5.1.2.2.-Actividad asistencial. 292
3.5.1.2.3.-Actividad docente. 294
3.5.1.2.4.-Actividad investigadora. 300
3.5.1.3.-Asistencia a congresos de especial interés. Academias y Sociedades médicas. 301
3.5.1.4.-Publicaciones más destacadas de Covisa. 309
3.5.1.4.1.-Obras tempranas no relacionadas con la dermatología. 310
3.5.1.4.2.-Discursos impresos. 310
3.5.1.4.3.-Trabajos originales. 310
3.5.1.4.4.-Textos de dermatología. Elementos de Dermatología. 313
3.5.1.4.5.-Monografías. 316
3.5.1.4.6.-Recopilaciones. Trabajos de la Cátedra de Dermatología y Modernos Estudios de Dermosifiliografía. 317
3.5.1.4.7.-Traducciones. 319
3.5.1.5.-Aportaciones temáticas de Covisa a la literatura dermatológica. 320
3.5.1.5.1.-El precáncer cutáneo y el cáncer experimental. 320
3.5.1.5.2.-Piodermitis chancriformes. 327
3.5.1.5.3.-El problema de la lepra en España. Polémica de Covisa con Mauro Guillén. 334

3.5.2.-JULIO BEJARANO. 338

3.5.2.1.-Biografía. 339
3.5.2.2.-Tesis doctoral, actividad asistencial y docente. 340
3.5.2.3.-Reuniones científicas, academias y sociedades, publicaciones y aportaciones temáticas a la literatura dermatológica. 342

3.5.3.-ENRIQUE ÁLVAREZ SAINZ DE AJA. 347

3.5.3.1-Biografía. 347
3.5.3.2.-Tesis doctoral y actividad docente. 348
3.5.3.3.-Actividad asistencial. 350
3.5.3.4.-Reuniones, congresos y academias. Sociedad Española de Dermatología. Creación del Colegio Iberolatinoamericano de Dermatología. 352
3.5.3.5.-Publicaciones. Reanudación de la publicación de Actas Dermosifiliográficas durante la guerra civil española. 357
3.5.3.5.1.-Casos clínicos, notas breves y textos de comunicaciones a Congresos o a la "Sociedad Española de Dermatología". 358
3.5.3.5.2.-Trabajos clínico-epidemiológicos, terapéuticos o de laboratorio. 358

3.5.3.5.3.-Monografías y folletos de divulgación. 359
3.5.3.5.4.-Trabajos histórico-médicos. 360
3.5.3.5.5.-Miscelánea: Trabajos tempranos no relacionados con la dermatología. 360
3.5.3.6.-Principales aportaciones de Sainz de Aja a la dermatología española. 362
3.5.3.6.1.-Introducción de las terapéuticas físicas en la dermatología española. 362
3.5.3.6.2.-Estadística dermatológica. 369

4.-CONCLUSIONES. 374

5.-REFERENCIAS. 380

6.-FIGURAS. 399

1.-INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS.

1.1.-ESTADO ACTUAL DEL ESTUDIO DE LA HISTORIA DE LA DERMATOLOGÍA EN EUROPA Y AMÉRICA.

Hoy en día la denominación oficial de la dermatología en España como asignatura de la licenciatura de Medicina y como especialidad médica del posgrado es "Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología". Dentro de ella, la dermatología quirúrgica y cosmética conocen un gran auge, la dermatología clínica mantiene el interés tradicional y la venereología, en cambio, y a pesar de la gravedad de algunas enfermedades de transmisión sexual como el SIDA, o de la elevada frecuencia de otras (como las uretritis no gonocócicas y los herpes genitales) están en declive con respecto a épocas pasadas. Sin embargo, hasta hace menos de un siglo la referencia a la especialidad era casi siempre la misma: "sifiliografía y enfermedades de la piel". En concordancia con este hecho, la literatura histórica sobre la venereología -especialmente de la sífilis- y sobre otras enfermedades asociadas hoy en día a la dermatología, como la lepra, es relativamente abundante. El carácter epidémico de la lúes, el desarrollo endémico de la lepra, la importancia social y la estigmatización de ambas enfermedades han sido algunos de los factores que más han influido en el estudio histórico de estas dos enfermedades -lúes y lepra- del ámbito de la dermatología. El origen de la lepra y de la sífilis, las referencia bíblicas de la primera, la extensión histórica ambas, el origen autóctono versus americano de la sífilis, o el papel de la prostitución en las enfermedades de transmisión sexual o el abolicionismo han sido comentados en numerosas ocasiones. La dermatología básica se ha visto relegada en su estudio histórico por el peso específico de estas dos enfermedades. En las últimas décadas se han producido, sin embargo, importantes avances en el estudio histórico de las enfermedades de la piel y de la dermatología como especialidad médica,

con los que comienza a corregirse este desequilibrio tradicional. Estas inciativas han partido casi siempre de la inquietud de los dermatólogos por su propia especialidad. Así, por ejemplo, ya el enciclopédico "Handbuch..." de Jadassohn y colaboradores dedicaba algunas páginas a la historia de la especialidad (737). El antiguo libro de Pusey sobre la historia de la dermatología ha sido reeditado de nuevo, casi cincuenta años después de su publicación original (724). Poco después de esta reedición apareció un nuevo textos de Crissey y Parish sobre la dermatología contemporánea (388). Los autores franceses también han aportado su visión histórica de la dermatología (841). En español, contamos desde hace muy poco con la primera monografía dedicada a la historia de la dermatología universal (826). Fruto de este mismo interés es la serie de repertorios conteniendo fuentes secundarias de la historia de la dermatología que comenzaron publicándose en los "Archives of Dermatology", revista de la "American Medical Association" y continuaron después en el "International Journal of Dermatology". En estos repertorios aparecen tres series distintas: 1) artículos en revistas, 2) biografías y notas necrológicas y 3) libros y monografías. Estas series vienen actualizándose cada cinco años desde su primera aparición en 1973 (677-691). Estas fuentes son de gran utilidad para el estudio de la historia de la dermatología, sin embargo, sólo incluyen trabajos publicados en inglés y referidos, casi siempre, a la dermatología internacional o anglosajona. No hemos encontrado en ellos prácticamente ninguna referencia a la dermatología española.

La edición más reciente del clásico "Texbook of Dermatology", de Rook et al, recoge también un selecto repertorio de referencias a la historia de la dermatología internacional, complementadas con algunas referencias históricas consideradas por países (261). Tampoco aquí se encuentran referencias sobre la dermatología española.

En algunas publicaciones periódicas dermatológicas, como "The American Journal

of Dermatopathology", aparecen ocasionalmente trabajos relacionados con la historia de la especialidad bajo distintos epígrafes o secciones, como "The man behind the eponym", "Dermatology in the historical perspective" o "Dermatopathology in the art". También el "International Journal of Dermatology", que dirige Lawrence Ch. Parish, dermatólogo norteamericano muy aficionado a los temas histórico-médicos, incluye en sus páginas, además de los repertorios ya mencionados (677-691), aportaciones originales sobre la historia de la dermatología en una sección denominada "Reminiscence".

De forma ocasional, también aparecen trabajos sobre la historia de la dermatología en algunas otras revistas dermatológicas, como "Annales de Dermatologie et de Vénéréology", "British Journal of Dermatology", "Journal of American Academy of Dermatology", "Genitourinary Medicine", "Trabalhos de Sociedade Portuguesa de Dermatología", "Skin Cancer", etc.

Coincidiendo con la celebración de los dos últimos congresos internacionales de dermatología, se han editado sendos libros sobre la historia de la dermatología alemana (496) -cuando el congreso se celebró en Berlín en 1987- y sobre la historia de los congresos internacionales de dermatología, en Nueva York, en 1992 (812), para celebrar los cien años de congresos mundiales de dermatología.

Uno de los aspectos más atractivos de la dermatología, como es la ilustración gráfica, ha sido objeto también de cierta atención (406, 407, 840).

1.2.-LA HISTORIA DE LA DERMATOLOGÍA EN ESPAÑA.

Dos grandes figuras de la dermatología española, Peyrí y Sainz de Aja, demostraron hace ya algunas décadas su interés por el devenir de la especialidad en España. Así, un antecedente interesante para la historia de la dermatología española fue una breve semblanza que el profesor Peyrí Rocamora realizó precisamente en el "IX

Congreso Internacional de Dermatología", que se celebró en Budapest del 15 al 21 de septiembre de 1935 (702). En ella, Peyrí revisó de forma sucinta la evolución de la dermatología en España en los cincuenta años anteriores (702). A la pluma de otros dos dermatólogos históricos españoles, Benito Fernández-Gómez y Fermín Cubero, debemos la más completa serie de referencias sobre la dermatología española, en concreto sobre la vida y la obra de Azúa (409-414).

Una materialización concreta del interés de los dermatólogos actuales por la historia de la especialidad en España fue la celebración en Cádiz, en junio de 1984, del "I Symposium de Historia de la Dermatología Española". Las ponencias y conclusiones de esta reunión fueron posteriormente publicadas (266). El contenido de estas comunicaciones hace referencia a la situación presente de los distintos departamentos universitarios y hospitalarios. Se trata de una serie de trabajos en los que se reflejan ideas generales, opiniones y más voluntad que rigor.

La "Organización Médica Colegial" también ha recogido algunas notas sobre la historia de la dermatología en España en una monografía que forma parte de una serie sobre las distintas especialidades (262).

Un valioso estímulo para el estudio de la historia de la dermatología en España fue la creación en la revista "Piel" de una sección de historia de la dermatología, no fija, aunque sí de aparición frecuente. Este espacio viene a cubrir un vacío existente hasta entonces (429). En este sección se han publicado en estos cinco últimos anos diversos trabajos que hacen referencia a la dermatología universal y, sobre todo, a la española. Hemos tenido la satisfacción de colaborar en esta sección con algunos materiales colaterales de la investigación de esta tesis doctoral (740-744).

Un trabajo muy interesante ha sido la realización por el profesor Antonio Orozco

Acuaviva, catedrático de Historia de la Medicina de la Universidad de Cádiz, del "Árbol genealógico de la Dermatología-venereología española e iberoamericana" (672).

Existen, además, otros trabajos de investigación sobre la dermatología española de gran interés y calidad, aunque hayan tenido una menor difusión, como tesis doctorales y tesinas de licenciatura. En este apartado, la Unidad de Historia de la Medicina de la Universidad Complutense ha desempeñado un papel importante. Entre todos ellos destaca la tesis doctoral de Lázaro Ochaita titulada "El nacimiento de la Dermatología. Las clasificaciones more botánico" (510). El autor revisó la evolución de los distintos sistemas taxonómicos de las dermatosis a lo largo de los siglos XVIII y XIX en Europa, con referencias a la introducción de dichos sistemas taxonómicos en la dermatología española. Esta tesis doctoral ha sido el único trabajo de este tipo que ha sido publicado. En esta misma Unidad de Historia de la Ciencia se han presentado además, dos tesinas de licenciatura en las cuales se estudió la evolución de la dermatología española a través de las publicaciones periódicas de la época. Éstas son "La Dermatología española a través de las principales publicaciones periódicas médicas entre 1860 y 1864" (459), y "La Dermatología española a través de la Revista Especial de Oftalmología, Sifiliografía, Dermatología y Afecciones Urinarias" (225). Otro trabajo de este tipo, realizado hace más de treinta años por Alba Palacios, también en este departamento, fue una tesis sobre la figura de Azúa (1). En su mayor parte, se trata de una recensión de los artículos ya mencionados de Fernández Gómez y Fermín Cubero (410-414).

Raimundo García Martín recopiló en su tesis doctoral, titulada "La Dermatología española contemporánea", presentada en Salamanca, en 1988 (423), una gran cantidad de datos biográficos sobre los más destacados dermatólogos, venereólogos y leprólogos españoles de los siglo XIX y XX. Es un trabajo de gran calidad, aunque el amplio plan de

esta tesis no permitió al autor un estudio en profundidad de todos los dermatólogos mencionados.

Tenemos referencia indirecta de una tesis doctoral de la Universidad de Cádiz sobre Olavide y su obra, realizada por Padrón Lleó (674). Probablemente el material de esta tesis sirvió de base a una comunicación sobre Olavide en el "XVIII Congreso Internacional de Dermatología", celebrado en 1992 en Nueva York (265). También tenemos noticia de una tesina de licenciatura leída en la Universidad de Granada sobre las especialidades médicas, entre ellas la dermatología (466).

En algunos trabajos de investigación histórico-médica dedicados a otras especialidades, o a temas más genéricos, también se encuentran referencias de gran importancia para la dermatología española. La más destacada de estas fuentes es la tesis doctoral de García del Carrizo sobre la Facultad de Medicina de Madrid, en la que se aportan numerosos datos sobre la docencia de la dermatología en la Universidad Central (421). También se recogen datos de interés para el estudio de la dermatología en las tesis doctorales de Marco Cuéllar (531) y de Báguena Cervellera (219). De ésta última se publicó un extracto en la revista "Dynamis" (220).

1.3.-LAS ESCUELAS ESPAÑOLAS DE DERMATOLOGÍA.

Se puede afirmar que en España existen tres grandes escuelas dermatológicas con una tradición, temas de interés preferente, actitudes diagnósticas y terapéuticas relativamente diferenciadas. Incluso podrían definirse áreas geográficas de influencia en el mapa de España de cada una de las escuelas dermatológicas mencionadas.

La escuela catalana apenas tiene un siglo de existencia. Giné Partagás fue el precursor más destacado de la dermatología en Barcelona. Fue catedrático de Cirugía, aunque se interesó por temas tan dispares como la psiquiatría, la higiene, la dermatología

y la venereología (269, 270, 702, 825). Ya en este siglo, la naciente dermatología catalana tuvo un hito importante en la figura de Noguer Moré y en la creación del servicio de dermatología en el Hospital de la Santa Creu. Sin embargo, el auténtico creador de la escuela dermatológica catalana fue Jaume Peyrí Rocamora. Los profesores Vilanova, Piñol y, actualmente, los profesores Mascaró, Moragas, Lecha y Giménez-Camarasa son los continuadores de esta escuela, caracterizada, entre otros rasgos, por una mayor proyección internacional -especialmente por una clara francofilia, menos intensa en los últimos años-, gran sentido autonomista, -que se materializó en la creación de la "Sociedad Catalana de Dermatología"-, y por el cultivo de la terapéutica médica y la cosmética en la especialidad. Carreras Verdaguer ha sido el autor que mejor ha sabido retratar las características de esta escuela (269, 270).

La escuela andaluza nació en la segunda mitad del siglo XIX de la mano de Benito Hernando y José Pareja. En sentido restringido podría denominarse a esta escuela "granadina". Gay Prieto, figura destacada de la escuela madrileña, pasó fugazmente por esta cátedra, aunque con tiempo suficiente para organizar en Granada el "II Congreso Nacional de Dermatología" en 1936. Creó una Sección granadina de la "Academia Española de Dermatología" y facilitó la reedición de "Actas Dermosifiliográficas" durante la guerra civil. Sin embargo, ha sido el profesor Felipe de Dulanto, ya en los años sesenta y setenta, quien le ha conferido a esta escuela su principal característica: la recuperación de la faceta quirúrgica de la especialidad. Dulanto defendió e impulsó en España más que ningún otro dermatólogo el desarrollo de la cirugía dermatológica. El apoyo generalizado a esta idea de una "dermatología integral" ha llevado hace algunos años a la modificación de la denominación de la especialidad de "Dermatología" por "Dermatología médico-quirúrgica y venereología". El estudio más amplio sobre esta escuela probablemente sea el

trabajo de Gómez del Río (466).

La tercera escuela, o "madrileña", es la más antigua de las escuelas dermatológicas nacionales. Surgió en torno al Hospital de San Juan de Dios, con la figura de Olavide como impulsor y patriarca. La actividad de Olavide ha sido continuada por Azúa, Sánchez Covisa, Bejarano, Sainz de Aja, Gay Prieto y Gómez Orbaneja, todos ellos ya desaparecidos. La influencia de esta fecunda y amplia escuela dermatológica se ha extendido por todo el centro de España y también por el norte y noroeste de la península. En la actualidad, los profesores García Pérez, Robledo Aguilar, Iglesias Díez y Sánchez Yus son los representantes más genuinos de esta escuela, caracterizada sobre todo por su intuición clínica e interés histopatológico.

1.4.-OBJETIVOS.

Estudiar la gestación y desarrollo y características de la escuela madrileña de dermatología, su papel en el nacimiento de la dermatología en España a través de la biografía y de la obra científica de sus principales autores, será la finalidad de esta tesis doctoral.

La existencia de algunos trabajos previos sobre la historia de la dermatología española, como las tesis de doctorado y tesinas de licenciatura ya mencionadas (1, 225, 423, 459, 466, 510) nos delimitó el tema y señaló en camino a seguir: profundizar en los aspectos inéditos, especialmente en la producción científica de cada uno de los principales autores, en la evaluación de las posibles aportaciones originales de los mismos y en buscar los rasgos comunes que les confieren carácter de "escuela".

Nos hemos planteado los siguientes objetivos generales:

1) Entresacar de la literatura histórico-médica española anterior al siglo XIX -antes de la constitución de la dermatología como especialidad médica- las referencias de interés

sobre las enfermedades de la piel, además de destacar aquellos apartados de la obra de los autores médicos españoles clásicos que pudieran tener significación en la creación posterior de la escuela española de dermatología.

2) Investigar las circunstancias y los factores favorecedores y determinantes en la gestación y consolidación de la dermatología como especialidad médica en España.

3) Conocer la evolución de la dermatología en el terreno asistencial y como disciplina docente de la licenciatura de Medicina.

4) Revisar la biografía, actividad asistencial, docente y producción científica de los principales autores de la escuela madrileña de dermatología, destacando los logros concretos y aportaciones originales de cada uno de ellos.

5) Recopilar el material gráfico (grabados, fotografías, portadas y frontispicios...) que pueda enriquecer e ilustrar la presentación de los resultados de la investigación y contribuir a la realización de un modesto álbum de la historia de la dermatología española.

El último tercio del siglo XVIII y todo el siglo XIX son los momentos de mayor importancia en la consolidación de la dermatología universal. En consecuencia, centraremos nuestro estudio en esta misma época, de modo especial en la segunda mitad del siglo XIX y en el primer tercio de este siglo, hasta 1936. Esta última fecha, cargada de significación en la historia de España, afectó de manera muy importante a los dermatólogos de la época. Por otro lado, este distanciamiento en el tiempo, también permite adoptar una perspectiva histórica más ecuánime. Como excepción a esta acotación temporal, que se centraría en los años 1850 a 1936, dedicaremos un apartado a los precursores y a las enfermedades cutáneas en la literatura médica española de la Edad Media, Renacimiento y Edad Moderna atendiendo a los objetivos señalados en el apartado

anterior.

La acotación espacial aparece reflejada en el propio título de esta tesis doctoral. En concreto, serán tres los entornos principales, en orden de importancia: el Hospital de San Juan de Dios, la Facultad de Medicina de la Universidad Central y la Sociedad Española de Dermatología y Sifiliografía.

La acotación temática hace referencia al estudio de la dermatología como "ciencia de la enfermedades de la piel" en sentido restringido. Sin embargo, la relación natural de la enfermedad con la leprología y las enfermedades venéreas obliga a mencionar de forma puntual estos apartados en aquellos aspectos en los que han tenido mayor influencia en el desarrollo de la dermatología general, o en aquellos momentos en los que han interesado de forma especial a los dermatólogos de la escuela madrileña.

2.-DESCRIPCIÓN DEL MATERIAL Y MÉTODOS.

La mayor parte del material de esta tesis doctoral fue recopilado durante los años 1989 a 1992, en la etapa de médico residente de dermatología en el Hospital Universitario San Carlos de Madrid. La adscripción a este centro como médico en formación ha sido, además de un motivo de orgullo personal y satisfacción profesional, una gran ventaja en la realización de esta tesis, ya que este departamento puede considerarse, después del desaparecido Hospital de San Juan de Dios de Madrid, el centro dermatológico con mayor tradición histórica de Madrid y, por extensión, de España.

2.1.-BIBLIOTECAS CONSULTADAS.

El material bibliográfico de este trabajo proviene de seis centros diferentes. En orden de importancia en cuanto a recursos y grado de utilización han sido:

1.-Biblioteca General de la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense.
2.-Biblioteca Nacional.
3.-Biblioteca del Departamento de Dermatología de la Universidad

Complutense (Hospital Universitario San Carlos).
4.-Biblioteca de la Unidad de Historia de la Ciencia de la Universidad Complutense.
5.-Biblioteca de la Facultad de Medicina de Santiago de Compostela.
6.-Biblioteca de Hospital Gregorio Marañón.

El profesor García Pérez, director de esta tesis doctoral, me ha cedido, además, algún material personal, como el libro de Crissey y Parish (388). También logré adquirir por cuenta propia algunos ejemplares de interés, como el libro de Murrieta (521), la "Clínica Iconográfica..." de Olavide (577), "Elementos de Dermatología" de Covisa y Bejarano (352), etc.

2.2.-FUENTES SECUNDARIAS.

En un primer momento, se trataba de recuperar los trabajos de investigación que pudiesen estar relacionados de algún modo con la historia de la dermatología en España. Estas fuentes secundarias han sido rastreadas a través de:

1.-Revisión por diversas entradas, palabras clave y autores más significados en los ficheros generales de las citadas bibliotecas.

2.-Localización de trabajos en relación con la historia de la dermatología o las enfermedades cutáneas en revistas específicamente histórico-médicas o revistas médicas de interés general o divulgación:

-"Acta Histórico-médica Vallisoletana".
-"Archivo Iberoamericano de Historia de la Medicina y Antropología Médica (Asclepio)".
-"Cuadernos de Historia de la Medicina Española".
-"Dynamis".
-"Hospital General".
-"Medicamenta".
-"Medicina e Historia".
-"Trabajos de la Cátedra de Historia Crítica de la Medicina".
-"Tribuna Médica".

3.-Consulta de índices y repertorios bio-bibliográficos médicos españoles clásicos y de las obras de aquellos autores que han estudiado con mayor profundidad la medicina

española medieval, renacentista, moderna y contemporánea. Las obras del profesor Granjel han sido las más útiles dentro de este apartado. A través de ellas hemos localizado la mayoría de las referencias sobre enfermedades cutáneas en la literatura médica española antes de la consolidación de la dermatología como especialidad en el siglo XIX. También hemos encontrado algunas referencias de gran importancia en los repertorios de bibliografía de "Medicina e Historia", emanados del Centro de Documentación de los Laboratorios Uriach y Cía. S.A.

4.-Localización y consulta de repertorios, trabajos y textos sobre la historia de la dermatología universal como punto de referencia, o contrapunto, para valorar la evolución de la especialidad en España y contrastar las aportaciones originales de los autores estudiados. Los repertorios de Parish y colaboradores (677-691), el libro de Crissey y Parish (388) y el de Pusey (724) han sido las fuentes más útiles para este fin.

5.-En algunas revistas dermatológicas extranjeras hemos encontrado también datos de interés como fuentes secundarias para este trabajo. Las revistas más importantes han sido:

-"The American Journal of Dermatopathology".
-"Annales de Dermatologie et de Vénéréologie"
-"Genitourinary medicine".
-"International Journal of Dermatology".
-"Journal of the American Academy of Dermatology".

2.3.-FUENTES PRIMARIAS.

Los documentos de época y aquellos en los que aparecía la información directa los hemos localizado a través de:

1.-Revisión y estudio de textos de dermatología de autores españoles del siglo XIX y XX (Alfaro, Murrieta, Olavide, Covisa, Peyrí, Sainz de Aja, Oyarzábal, Gómez Orbaneja, Gay Prieto, etc).

2.-Localización y revisión de las referencias primarias en revistas españolas de época. Éste ha sido precisamente el aspecto que nos ha ocupado más tiempo y el más fecundo en cuanto a volumen de información original.

Para la selección de estas fuentes primarias en publicaciones periódicas de época, hemos recurrido a catálogos de publicaciones periódicas editados en fecha reciente. Utilizamos sobre todo el "Catálogo Colectivo Nacional de Publicaciones Periódicas de Medicina", del Ministerio de Cultura (457) y el "Catálogo de Revistas de la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense" (267).

En general, realizamos la revisión de las publicaciones periódicas por los índices anuales, por autores o materias relacionadas con la dermatología, localizando y ordenando los trabajos y noticias de interés de forma cronológica y temática. En el caso de "Actas Dermosifiliográficas", revista de la "Academia Española de Dermatología", nos ha sido muy útil el índice acumulado de casi cincuenta años realizado por el doctor Navarro Martín, publicado en 1954, con motivo de la celebración en Santander del "III Congreso Hispano-Portugués de Dermatología" (559).

La localización y manejo de esta información en revistas periódicas de época ha supuesto dos dificultades: las publicaciones periódicas médicas anteriores a 1860 carecían a menudo de índices anuales por autores o temas, o éstos eran muy imprecisos, sin hacer referencia al contenido. Esta situación obligaba a revisar lo volúmenes página a página. La segunda dificultad ha sido que en otras publicaciones periódicas médicas algunos volúmenes estaban incompletos o faltaba el número que incluía el índice anual. Cotejando las colecciones de varias bibliotecas se pudo completar la información requerida, salvo en algún caso concreto, como en los "Trabajos de la Cátedra de Dermatología", la "Revista Ehrlich" o los "Archivos Dermo-Sifiliográficos", que no han sido localizados más que en

una mínima parte.

Algunas revistas en las que se recoge únicamente información dermatológica de la época estudiada, como "Actas Dermosifiliográficas" o "Ecos Españoles de Dermatología y Sifiliografía", eran aprovechables casi en su totalidad para esta tesis. Por ello, realizamos también una revisión directa de los volúmenes trabajo a trabajo siguiendo detenidamente títulos y firmas.

Desde un punto de vista formal, hemos dividido las publicaciones periódicas médicas en tres grupos en cuanto a la intención de la revista y al volumen de información dermatovenereológica contenido en ellas: revistas médicas generales, revistas de especialidades médicas parcialmente dermatológicas y revistas españolas exclusivamente dermatovenereológicas. Enumeramos a continuación los títulos de estas tres categorías de revistas. Los años que se señalan a la derecha de los títulos corresponden a los volúmenes que hemos podido revisar, que no siempre se corresponden con los años de publicación de la revista:

2.3.1.-REVISTAS MÉDICAS GENERALES.

-Anales de Ciencias Médicas. 1876-89.
-Anales de Cirugía. 1846-7.
-Anales de Medicina, Cirugía y Farmacia. 1860-1.
-Anales de la Academia Médico-Quirúrgica. 1913-36.
-Anales de la Asociación Española para el Progreso de la Ciencias. 1917-36.
-Anales de la Real Academia Nacional de Medicina. 1879-1936
-La Andalucía Médica. 1876-91.
-Anfiteatro Anatómico Español. 1873-1880.
-Los Avisos Sanitarios. 1877-89.
-Boletín de Medicina, Cirugía y Farmacia. 1835-53.
-La Correspondencia Médica. 1866-1905.
-Diario Médico y Farmacéutico. 1899-1900.
-El Doctor Sangredo. 1883-4.
-El Eco de la Medicina. 1848-50.
-La España Médica. 1856-66.
-La Facultad. 1845-7.
-La Gaceta Médica. 1845-53.

-El Genio Médico-Quirúrgico. 1855-1887.
-Memorias de la Real Academia de Medicina. 1797-1884.
-La Iberia Médica. 1857-9.
-La Medicina Íbera. 1917-36.
-El Pabellón Médico. 1861-75.
-El Porvenir Médico. 1853-6.
-El Siglo Médico. 1854-1936.

2.3.2.-REVISTAS DE ESPECIALIDADES MÉDICAS PARCIALMENTE DERMATOLÓGICAS O CON INFORMACIÓN DERMATOLÓGICA DESTACADA.

-El Especialista. 1859-60.
-La Especialidad Práctica. 1913-21.
-Revista Española de Oftalmología, Sifiliografía, Dermatología y Afecciones Urinarias. 1877-1891.
-Revista de Medicina y Cirugía Prácticas. 1877-1920.
-Revista Clínica de los Hospitales. 1889-91.
-Revista Clínica de Madrid. 1909-1915.

2.3.3.-REVISTAS ESPAÑOLAS EXCLUSIVAMENTE DERMATOVENEREOLÓGICAS.

-Actas Dermosifiliográficas. 1909-1993.
-Archivos Dermo-sifiliográficos. 1920.
-Ecos Españoles de Dermatología y Sifiliografía. 1925-36.
-Revista Ehrlich (Anales Uro-dermo-sifiliográficos). 1922.
-Revista Española de Sifiliografía y Dermatología. 1899-1927.
-Trabajos de la Cátedra de Dermatología y Sifiliografía. 1929.

Hemos recurrido puntualmente a publicaciones periódicas dermatológicas extranjeras de época, algunas de las cuales se siguen publicando hoy, con más de cien años de existencia. Tales han sido:

-Annales de Dermatologie et Syphilographie. 1869-1993. (Actualmente denominada "Annales de Dermatologie et de Vénéréologie")
-Archives of Dermatology and Syphilology. 1920-1993. (Conocida hoy día tan sólo como "Archives of Dermatology")
-British Journal of Dermatology and Syphilis. 1915-36. (También abreviada en la actualidad como "British Journal of Dematology")
-Bulletin de la Société Française de Dermatologie et Syphiligraphie. 1908-26.

2.3.4.-LITERATURA "GRIS".

Hemos tratado de recuperar, hasta donde nos ha sido posible, las referencias de la dermatología española que no constan en textos de dermatología general ni en revistas periódicas: folletos, separatas, índices y resúmenes de congresos, notas manuscritas, etc. Además, localizamos algunas fuentes de gran interés por búsqueda directa en la Biblioteca del Departamento de Dermatología, cuyos fondos antiguos no están completamente catalogados. Algunos de los elementos más interesantes de este trabajo proceden precisamente de aquí.

2.4.-MÉTODOS DE TRABAJO.

En todas las publicaciones periódicas no estrictamente dermatológicas, buscamos artículos que tuviesen alguna relación con la dermatología o con las enfermedades de la piel. En las puramente dermatológicas revisamos toda la información. Los materiales finalmente seleccionados comprenden:

-Artículos originales.
-Artículos de opinión.
-Lecciones y cursos de temas dermatológicos.
-Discursos.
-Noticias.
-Casos clínicos.
-Homenajes.
-Notas necrológicas.
-Celebraciones y efemérides.
-Grabados y fotografías.

2.5.-SOPORTES DE LA INFORMACIÓN.

Hemos manejado la información obtenida en diversas formas:

1.-Un fichero manual mixto (por autores y temas) de las fuentes primarias y secundarias sobre la dermatología española y universal, de unas novecientas fichas, que hemos completado con sucesivas anotaciones y nuevas fichas, integradas en las revisiones posteriores ya directamente en el borrador de los distintos bloques temáticos en un

ordenador portátil.

2.-El análisis de los textos o trabajos lo realizamos directamente sobre los mismos en las bibliotecas mencionadas. También de forma diferida en fotocopias, cuando -por ser textos posteriores a 1900- fue posible el realizarlas.

3.-Diapositivas de los textos, fotografías o grabados.

2.6.-CRITERIOS DE ORDENACIÓN DEL MATERIAL.

Todo el material obtenido fue ordenado finalmente siguiendo cuatro criterios que, en importancia jerárquica, han sido:

1) Autor o centro (precursores de la dermatología española, Hospital de San Juan de Dios, Olavide, Azúa, Covisa, Bejarano, Sainz de Aja).

2) Temático (biografía, actividad asistencial, docente...).

3) Cronológico.

4) Campos de interés preferente de los autores en la dermatología.

Esta misma ordenación es la que hemos considerado finalmente más adecuada para la exposición de los resultados de este trabajo. Sin embargo, esta forma lógica de sistematizar los resultados, llevaba inevitablemente a duplicidades o repeticiones, que hemos procurado salvar de dos formas:

1) Comentando cada apartado monográfico dentro del autor que más se haya destacado en él. Así, por ejemplo, la introducción de la docencia dermatológica en la Universidad Central de Madrid aparece expuesta principalmente el capítulo dedicado a Azúa, ya que fue él el primer catedrático de la especialidad. Se menciona, sin embargo, de forma específica la dedicación a la docencia de Olavide, Covisa, Sainz de Aja y Bejarano en los capítulos correspondientes a cada autor, procurando obtener una visión biográfica integral de cada uno de ellos.

2) Insertando notas puntuales que refieran al lector a otro apartado interrelacionado cuando sea de interés en ese tema concreto.

Finalmente, en la forma de presentación de las citas, hemos optado por recoger casi siempre las palabras textuales de los autores antes que la narración indirecta. Aún a riesgo de sobrecargar el texto con continuas variaciones de forma y estilo, hemos preferido esta fórmula por tres motivos: primero, consideramos mejor que los mismos personajes estudiados, sus compañeros, discípulos y sucesores expliquen su propia historia. Segundo, se facilita el acceso a las fuentes primarias, ya presentes de hecho en el propio texto de este trabajo. Tercero, se minimizan las distorsiones en la interpretación y se introducen menos equívocos que en la narración indirecta.

3.-RESULTADOS.

3.1.-PRECURSORES DE LA DERMATOLOGÍA ESPAÑOLA.

La tradición dermatológica española anterior a la segunda mitad del siglo XIX es muy escasa. Los antecedentes que han llegado hasta nosotros son puntuales y anecdóticos. De hecho, en España no existió una auténtica protodermatología en la que se apoyase la futura especialidad en el momento de su emancipación de la Cirugía, como sucedió en otros países europeos. Aún así, pueden encontrarse, en la historia de la medicina española, algunos precedentes interesantes sobre el estudio de las enfermedades de la piel, que trataremos de reflejar a continuación.

3.1.1.-COMPILACIONES DE ENFERMEDADES CUTÁNEAS. LAS ETIMOLOGÍAS DE SAN ISIDORO DE SEVILLA.

San Isidoro nació entre los años 560 y 565 en Sevilla durante la época de mayor esplendor del reinado visigodo. Se formó en uno de los grandes monasterios que fundó su hermano mayor, Leandro. Desde joven demostró un gran interés por la filosofía, la

teología, la astronomía, las ciencias naturales y la medicina. Fue un ávido coleccionista de manuscritos, códices y libros (71).

Algunas referencias indican que San Isidoro pudo escribir varios textos médicos, aunque el único conservado en la actualidad se encuentra incluido dentro una heterogénea obra que él denominó las "Etimologías". San Isidoro terminó esta compleja obra en el año 620 y lo dedicó al rey Sisebuto con esta lacónica frase:

> < Ahí te mando la obra del origen de algunas cosas que tú me pediste y yo te prometí. >

El texto completo de las "Etimologías" está formado por veinte libros que tratan de casi todas las artes y las ciencias de la época: gramática, retórica, dialéctica, aritmética, geometría, música, astronomía y medicina. La finalidad del autor fue, como indica el título de la obra, reflejar el significado y el origen de numerosos conceptos que recopilan los conocimientos que, sobre algunas materias, existían en la alta Edad Media (73)

El libro IV de las "Etimologías", titulado "De Medicina", se mantiene en la tradición médica del Corpus Hipocraticum y de la obra de Galeno. El capítulo VIII de este libro se titula "De morbis qui in superficie corporis videntur", esto es, "de las enfermedades que aparecen en la superficie del cuerpo". Aparecen recogidas en él, a modo de glosario, un total de veintitrés enfermedades de la piel. Entre ellas incluye, curiosamente, la ceguera nocturna y los orzuelos. El resto son: la alopecia, las parótidas, los léntigos, la erisipela, el serpendo, el impétigo, el prúrigo, la verruga, la sarna y la lepra, la elefantiasis, la ictericia, el cáncer, el forúnculo, el oscendo, el frenúsculo o boqueras, ulcus, pústula, pápula, sanies y cicatriz (501). En cada uno de estos conceptos se recogen, de forma escueta, la definición del cuadro o síntoma, la explicación del origen de esa denominación y algunos términos sinónimos populares o un comentario breve.

Realmente, San Isidoro no describe en las "Etimologías" ninguna alteración

cutánea ni enfermedad que él mismo haya observado o caracterizado. La mayoría aparecen ya mencionadas en los textos del "Corpus Hippocraticum", en la obra de Celso o pertenecen al lenguaje popular. El título del capítulo recoge además un matiz interesante: Para San Isidoro, las enfermedades son internas en su origen y tan sólo algunas se manifiestan en la piel. Este concepto, invertido, defiende que las enfermedades de la piel carecen de personalidad por si mismas y son expresión siempre de un problema interno. Este pensamiento, claramente humoral, va a ser una constante en la manera de entender las enfermedades de la piel hasta finales del siglo XIX.

Sin embargo, a pesar de su concepción galenista, esta breve recopilación de cuadros y lesiones cutáneas de las "Etimologías" de San Isidoro es un hito a destacar por tratarse del primer glosario dermatológico realizado por un autor español y por la difusión y repercusión que tuvo durante la Edad Media, a juzgar por la variedad de copias manuscritas y versiones de esta obra.

3.1.2.-LA DERMATOLOGÍA EN LA OBRAS DE CIRUGÍA DE LOS SIGLOS XVI A XVIII.

Dice García del Real parafraseando a Comenge (431):

> < Las obras de Cirugía general ofrecían suficientes consejos para que los licenciados se gobernasen en el conocimiento y curación de las enfermedades génito-urinarias y particularmente las venéreas. >

En los siglos XVI, XVII y XVIII tuvieron lugar sucesivos brotes de enfermedades infecto-contagiosas en toda Europa, a menudo en forma epidémica. La lepra y la peste, frecuentes en los siglos anteriores, declinaron, o al menos perdieron importancia cuantitativa, frente a otras enfermedades "nuevas" como la sífilis, la viruela y el tabardillo o "morbo punticular" (476). En estas enfermedades, las lesiones cutáneas son muy prominentes y, sin embargo, la medicina más académica, siguiendo el pensamiento

galenista, apenas les atribuía significación dentro de la gravedad del cuadro.

Los cirujanos, en cambio, sí profundizaron en el estudio morfológico detallado de un amplio grupo de enfermedades cutáneas. Algunos términos hoy día en desuso, como "apostema" (tumores), "llagas frescas" (o heridas comunes) y "llagas viejas" (úlceras crónicas de diversas causas) (477), se utilizaban en los siglos XVI a XVIII para referirse a un grupo heterogéneo de entidades clínicas que incluían procesos dermatológicos inflamatorios y neoplásicos, entre los cuales podemos suponer epiteliomas, parasitosis, gomas, piodermitis, micosis y úlceras tróficas. Dice Granjel sobre los apostemas (477):

> < El término "apostema" es utilizado, en el vocabulario quirúrgico del siglo XVII, para designar no sólo los procesos tumorales, de los que se hace en los textos escritos por los cirujanos de la centuria descripción "en general" y particularizada, pues sirve asimismo, para aludir conjuntamente a muy diversos padecimientos, que sólo en épocas posteriores, iban a ser objeto de individualización clínica. >

La importancia de estas lesiones en la cirugía es manifiesta en las obras de los autores de textos quirúrgicos más importantes de esta época. Todos ellos dedican al menos un capítulo al estudio de estas lesiones. Un claro ejemplo es la obra que Luis Mercado escribió como texto en el examen de los cirujanos ante el Protomedicato para la convalidación de su título profesional. En esta obra, titulada "Institutiones Chirurgicae" (473), se recogen los conocimientos básicos para el diagnóstico y el tratamiento de tumores y úlceras cutáneas.

Juan Fragoso es otro importante autor de textos quirúrgicos del siglo XVI. Describe el apostema, una de las lesiones cutáneas a las que se prestaba mayor interés, siguiendo a Galeno y a Avicena (474):

> <...una enfermedad compuesta por tres géneros de enfermedades ayuntadas en una grandeza, que son mala complexión, mala composición y solución de continuidad. >

Este autor diferencia cuatro grupos dentro de la categoría de apostema: erisipela, flemón,

edema y escirro, añadiendo además, la inflamación y las variedades de edema acuoso y ventoso. En la exposición clínica de los apostemas Fragoso sigue a Guy de Chauliac, describió el divieso, el absceso, el herpes y la gangrena o esfacelo.

Francisco Díaz también trató de los apostemas en su "Compendio de Chirurgia", sin aportar muchas novedades a lo expuesto anteriormente. Este autor distingue el flemón, carbúnculo(sic), esfacelo o estiomeno, gangrena, erisipela, apostema flegmático, edema, apostema acuoso, lamparones o "estrumas", escirro, çaratán, çaratán escondido o cancro, el absceso y el aneurisma. Juan Calvo, Bartolomé Hidalgo de Agüero y Dioniso Daza Chacón dedicaron también su atención al estudio de los apostemas y de las úlceras (474).

Los siglos XVII y XVIII son una etapa de continuidad en la que apenas se profundizó en el estudio de las afecciones cutáneas localizadas y en la que los cirujanos mantuvieron una actitud terapéutica similar. Se amplían y perfilan mejor algunos tipos de apostemas atendiendo tanto a su composición (sanguíneos, flemáticos y melancólicos), como a su localización (cutáneos, nasales, orales y genitales) (739). La erisipela es el paradigma de los apostemas sanguíneos, el edema es el prototipo de tumor originado por la flema y el "cancro" es ejemplo más ilustrativo de los apostemas de origen melancólico. Además, se incluyen en la categoría de apostemas múltiples procesos oftalmológicos, otorrinolaringológicos, urológicos e incluso las quemaduras. También se definen con mayor precisión los bubones, forúnculos, panadizos, la ránula, bocio, fimas, esteatomas, ateromas, melíceris y verrugas.

La complejidad de la clasificación y subclasificación de las lesiones cutáneas creció de forma progresiva, incluyendo matices interesantes que nos permiten identificar en la actualidad las lesiones descritas en estos textos quirúrgicos con algunas dermatosis concretas. Un ejemplo ilustrativo es una de las obras de Martín Martínez, "Examen

Nuevo de Cirugía Moderna". Este pequeño librito -se publicó en octavo- recoge una gran cantidad de información muy escueta, a modo de "catecismo", basándose en un sistema de preguntas y respuestas cuya finalidad era enseñar a los aspirantes a cirujanos los conocimiento que el Protocirujanato les exigía. El tratado tercero de este pequeño libro se titula "De tumores". En él, Martín Martínez definió numerosas lesiones cutáneas (548):

> < ¿Qué es un tumor preternatural?
> Una eminencia en cualquier parte del cuerpo, hecha por alguna cosa extraña contenida.
> ¿Quantos son los tumores hechos de humores naturales?
> Quatro: Phlegmon, que se hace de sangre: Erisipela, de cólera: Edema, de phlegma; y Scirro de melancolía.
> .../...
> ¿Qué es Apostema?
> Qualquier tumor, que incluye humor capaz de supurarse, y en estando supurando se llama Absceso.
> .../...
> ¿Qué es Phlegmon?
> Es un tumor con calor, rubor, dolor, tensión y pulsación.
> .../...
> ¿Qué es Divieso?
> Un Carbunclo benigno de figura de piña; con dureza, raíz, rubor, ardor, y dolor.
> .../...
> ¿Qué es panarizo(sic)?
> Un Tumor rubicundo, y con gran dolor, que se hace ordinariamente en la extremidad de los dedos, por un humor acre derramado entre el Hueso, Periostio, y Tendones cercanos.
> .../...
> ¿Qué es Carbunclo(sic)?
> Un tumor duro, roxo, ardiente, y doloroso, cubierto de escara en medio.
> .../...
> ¿Qué es quemadura?
> Una impresión del fuego, que excita ardor, dolor, y ampollas.
> .../...
> ¿Qué es gangrena?
> Un principio de mortificación de las partes nerviosas, y carnosas, así como el Estiomeno, una disposición próxima a la gangrena, y el Sphacelo es ya muerte total de ellas.
> .../...
> ¿Qué es erisipela?
> Una pequeña elevación inflamatoria, con rubor, ardor, y escozor, causado por un suero acre y sutil.
> .../...

¿Qué son Herpes?
Unas pequeñas ampollas amarillas con picazón.
.../...
¿Qué es Edema?
Un tumor blando, blanco, y sin dolor, causado de phlegma, que apretando con el dedo hace hoyo, como la masa.
.../...
¿Qué es Scirro?
Un tumor duro, fixo, y sin dolor, causado de humor terrestre, ó melancólico.
.../...
¿Qué es Cancro?
Es un tumor duro, denegrido, y doloroso, con unas venas hinchadas en la circunferencia: hay dos diferencias, uno no ulcerado, que es éste, otro ulcerado, que es la úlcera cancrosa, que trae grande escozor, con putrefacción, y hedor.
.../...
¿Qué es Absceso?
El propio es un tumor que contiene verdadero Pus. El impropio contiene otra materia imperfecta, encerrada comunmente en bolsa, sin dolor, ni mutación de color: unas veces parece puche, y se llama el tumor Atheroma; otras parece sebo y se llama Scatoma; y otras miel y se llama Melíceris.
.../...
¿Qué es Pólipo?
Un tumor de carne fungosa, de naturaleza de Cancro, que se hace comunmente en el caño de la Nariz.
.../...
¿Qué es Ránula?
Un tumor pituitoso, situado debaxo de la lengua: curase como Edema.
.../...
¿Qué es Párulis?
Un tumor hecho en las encías, y si se hace al fin de ellas, se llama Epulis: cúrase según fuese su causa.
.../...
¿Que son Lamparones?
Unos tumores duros, y embolsados, hechos de humores crasos en las Glándulas del Cuello. Cúranse como los Abscesos impropios, resolviendo, y madurando, o cortando.
¿Qué es Bubón?
Un tumor hecho en las Glándulas del Sobaco; Unos son hechos de humores naturales y se curan como los Apostemas verdaderos; Otros son críticos, ó pestilentes, y se curan como diximos de las Parótidas.
¿Qué es Zaratán?
Un tumor de la naturaleza del cancro que se hace en las mammilas: cúrase como tal. >

El tratado quinto del mismo libro de Martín Martínez se titula "De Úlceras" y en él se hace mención a otros procesos dermatológicos: úlceras sórdida, pútrida, virulenta, corrosiva, cavernosa, verminosa, varicosa, fístula, úlcera callosa, úlcera carnosa y fuente (549).

3.1.3.-EL BREVE TRATADO DE ENFERMEDADES CUTÁNEAS DE GASPAR BRAVO DE SOBREMONTE.

Gaspar Bravo de Sobremonte es uno de los autores médicos españoles del siglo XVII más relevantes (fig. 1). Nació en Aguilar de Campoo en la segunda década del milseiscientos y murió en Madrid en marzo de 1683. Se licenció y doctoró en Valladolid y ocupó las Cátedras de Filosofía, Cirugía, Método y Vísperas de dicha universidad. Fue, además, médico de cámara de Felipe IV y Carlos II (479). Sus obras completas se editaron en Lyon, entre 1671 y 1684, por los impresores Arnaud y Borde bajo el título genérico de "Operum Medicinalium". En ella se incluye un pequeño tratado inconcluso, titulado "Promptuarium Practicum, De Morbis Turpidunem Inducentibus Humano Corporis. Pro Tyronybus", en el cual se estudian varias afecciones cutáneas (259).

La primera de las dos secciones de este libro inconcluso se ocupa de algunas afecciones del cuero cabelludo como la calvicie común, la alopecia, la tiña, la plica polaca, la canicie, los parásitos de la piel, algunas anomalías en la distribución del vello y, curiosamente, la hidrocefalia. La segunda sección de este curioso y anárquico libro estudia el dolor de muelas.

La clasificación de las enfermedades de la piel planteada en este libro de Bravo de Sobremonte resulta, a primera vista bastante extraña. Por un lado, agrupa las enfermedades que afectan a la cabeza y, por otro, las que afectan al resto del cuerpo. En realidad, esta clasificación ya había sido utilizada por Mercuriale un siglo antes, en su

tratado de 1576, obra que seguramente conocía Bravo de Sobremonte. Este mismo criterio aún fue después mantenido por Turner, en 1743, e incluso por Alibert, en su primera obra de 1806. Éste último denominada "tiñas" a cualquier dermatosis de la cabeza y "herpes" a las afecciones del resto del cuerpo. Este criterio topográfico de clasificación de las enfermedades de la piel fue, más adelante, el elemento central de la crítica de autores posteriores (468).

3.1.4.-LA TERAPÉUTICA DERMATOLÓGICA EMPÍRICA. FRANCISCO SUÁREZ DE RIBERA.

El galenismo mantenía con frecuencia una actitud de nihilismo terapéutico con respecto a las lesiones cutáneas. Las fluxiones, exantemas, supuraciones, etcétera eran considerados procesos de "depuración" de organismo. En consecuencia, se mantenían o favorecían. A esta situación se refirió Olavide en una de sus primeras obras, destacando el contraste entre el ansia de curar y mejorar el aspecto externo y la incapacidad o desinterés de la medicina oficial (614):

> < Que el estudio de la enfermedades de la piel carece de importancia sólo puede decirlo quien ignore los rudimentos de la ciencia médica.
>
> Negad la importancia de la enfermedad a la pudorosa joven que viene a enseñaros su cabeza calva por los rápidos progresos de un favus, de un herpes tonsurante o de una pitiriasis versicolor, y la veréis anegada en llanto, pintaros los horribles suplicios por los que su moral pasa, la vergüenza que pasa y el tedio a la vida que la consume.
>
> No pretendáis mejorar con los auxilios de la ciencia a aquel opulento banquero o a aquel infeliz artesano que llegue a vuestros ojos con el cuerpo cubierto de costras asquerosas, humedecidas constantemente por una exudación saniosa y fétida; y con amargas quejas os demostrará lo amargo de su existencia, y lo preferible que sería para él la muerte, que le libraría del horror que a los demás y aún a si mismo se ocasiona. >

El horror de la población general, y de las clases altas en particular, a las secuelas y las cicatrices que dejaban algunas enfermedades de la piel llevó a algún avance en el tratamiento o prevención de éstas. Un ejemplo ilustrativo, fueron las autoinoculaciones

con costras y pus de enfermos con viruela para evitar tanto la infección como la ceguera y las cicatrices deformantes que la enfermedad dejaba en aquellos que lograban sobrevivir (738).

En este contexto general de despreocupación, Suárez de Ribera fue uno de los autores clásicos que más se interesaron por el tratamiento de las dermatosis. Este autor nació en Salamanca a finales del siglo XVII y fue doctor por esa universidad. Llegó a ser médico de la corte de Felipe V (19). A él se refiere Granjel (475):

> < En la literatura médica del siglo XVIII, los afectos dermatológicos aparecen en particular descritos en tratados quirúrgicos; expositor de este capítulo de la patología fue, en Portugal, entre otros, Juan Curbo Semmedo, cuyas obras consiguieron cierta difusión en España, influyendo a través de los escritos del salmantino Francisco Suárez de Ribera, quien describe los procesos cutáneos en el segundo libro de su "Teatro de la Salud". >

En efecto, el libro segundo de los seis que componen "Teatro de la Salud" se titula "De los experimentos que pueden vencer las afecciones cutáneas" (fig. 2). Al igual que la mayoría de los autores de la época, Ribera distingue unas afecciones cutáneas universales, como la sarna o la lepra, y otras particulares, como el lactumen o la tiña. Los seis capítulos que componen el libro segundo del "Teatro de la Salud" están dedicados a los tratamientos de la sarna, los empeines, la lepra, las pústulas y morfea, el lactumen y la tiña (830).

3.1.5.-LA COSMETOLOGÍA EN LA LITERATURA MÉDICA ESPAÑOLA.

No sólo el tratamiento de las enfermedades cutáneas fue objeto de interés. Algún autor médico también se preocupó de la mejora del aspecto de la piel y los anejos cutáneos sanos. Fue así como surgió el primer tratado independiente de Cosmetología en España, redactado por Abulcasis (486). Uno de los treinta tratados que escribió esta autor a finales del siglo X sobre el arte de curar -en concreto el número diecinueve- se dedica

en su totalidad al arte de la belleza.

El tratado se compone de dos partes, con diez capítulos cada una. A lo largo de los diez capítulos de la primera parte, Abulcasis explica la forma de preparación y almacenamiento de numerosos perfumes, esencias, inciensos, esencias, especias, tintes para el cabello, desodorantes, etc. Esta primera parte, que podríamos llamar "Cosmetología General", se complementa la segunda, que sería una "Cosmetología Especial", en la cual se explican medidas concretas para el cuidado de la piel, el cabello, los dientes, los órganos sexuales, la voz, etcétera.

3.1.6.-DESCRIPCIONES ORIGINALES DE ENFERMEDADES CUTÁNEAS EN LA LITERATURA MÉDICA ESPAÑOLA. GASPAR CASAL Y EL MAL DE LA ROSA.

Los autores españoles, tanto los clásicos como los contemporáneos, han tenido poco éxito en la descripción de nuevas enfermedades cutáneas en comparación con otros países europeos. Una excepción destacada fue la descripción de la pelagra por Gaspar Casal. La vida y el lugar de nacimiento de este autor universal de la medicina española fueron motivo de controversia a comienzos del siglo XX. Se da la circunstancia de que precisamente un dermatólogo, el profesor Peyrí Rocamora, catedrático de Dermatología de la Universidad de Barcelona y gran aficionado a la historia de la medicina tuvo un destacado papel en la localización y difusión de la partida de nacimiento de Casal (fig. 3), cuyo original se perdió después durante la guerra civil española. La confirmación de este dato y el fotograbado de la partida de nacimiento de Casal se dieron a conocer por primera vez en el prólogo de un pequeño opúsculo editado por los "Laboratorios del Norte de España" con motivo del "II Congreso Nacional de Dermatología" celebrado en Granada en 1936 (703, 743).

Casal nació en Gerona, aunque desarrolló su carrera en la Alcarria, Oviedo y

Madrid. La época más fecunda de Casal es, sin duda, la etapa asturiana. Durante su estancia en Oviedo, describió de forma magistral las lesiones cutáneas de la pelagra, alteraciones digestivas, neurológicas y psiquiátricas. La capacidad de observación y abstracción de Casal, acorde con su metodología sydenhaniana, fue la clave de su éxito en el reconocimiento de esta especie morbosa (fig. 4), que describe de la siguiente manera (272):

> <...y este síntoma consiste en una espantosa costra que, si recién salida no produce en la parte afectada más que rojez y aspereza, a la larga degenera en forma de costra muy seca, escabrosa, negruzca, entrecortada por frecuentes y profundas fisuras que penetrando hasta la carne viva producen gran dolor, quemazón e molestia.
> .../... Suelen desprenderse durante el verano, tal vez a causa de la humedad y del sudor, y entonces la parte afectada queda perfectamente limpia de toda pústula y costra, pero en lugar que ellas ocupaban subsisten unos estigmas rojizos, característicamente lisos y brillantes, semejantes a las cicatrices que en pos de si dejan las quemaduras, una vez curadas. De tal modo que por más que el resto de la piel de los metacarpos y metatarsos sea áspera, arrugada y velluda, como acontece a menudo en las personas ancianas, aquella parte donde estaba la costra aparece limpia, tersa y sin arrugas, pero algo más rebajada o deprimida que la restante piel. Es verosímil que de este color rosado y esta brillantes de las cicatrices haya provenido la designación de "mal de la rosa". >

Poco más adelante, describe las lesiones cutáneas del cuello y tronco, lo que se ha dado en llamar "collar de Casal" (273):

> < Otro signo visible aparece en esta clase de enfermos, aunque no en todos, y es una aspereza costrosa, de un color ceniciento oscuro en la parte ántero-inferior del cuello que, a guisa de collar, se extiende de un lado a otro de la cerviz, sobre las clavículas del pecho y el mango o extremidad superior del esternón, de unos dos dedos de ancho, a manera de franja y que, dejando a menudo intacta la parte posterior de la cerviz, alcanza tan sólo, en sus extremos, a los lados de ambos músculos trapecios, sin pasar más allá. En su parte central un apéndice de igual anchura desciende sobre el esternón hasta la mitad del tórax, tal como en la figura se representa. Nunca pude hallar visible semejante indicio en persona alguna, sana o enferma, más que en sujetos aquejados del "mal de la rosa", de lo cual infiero, que se dá(sic) únicamente en ellos aunque no en todos. >

3.1.7.-ANTONIO LAVEDÁN, TRADUCTOR DE "DOCTRINA DE MORBIS CUTANEIS" DE JOSEPH PLENCK.

Desde principios del siglo XIX, Plenck es considerado el padre de la dermatología moderna (388, 724). Este autor tenía, además de un gran dominio de la cirugía, vastos conocimientos de botánica, farmacología y terapéutica. Precisamente, la rápida difusión por Europa de las obras de Plenck y el nacimiento de la dermatología tuvo mucho que ver con los avances de otras ciencias, especialmente de la botánica. Dentro de la medicina, la nosología sydemhaniana, esto es, la clasificación científica de los modos típicos de enfermar, fue la aportación más destacada en el nacimiento de la dermatología. Esta etapa de la medicina ha sido destacada especialmente por el profesor Laín Entralgo (508). López Piñero también revisó los sistemas nosológicos del siglo XVIII (518). La influencia de estos nuevos métodos en la gestación de la dermatología ha sido también tratada ampliamente por Lázaro Ochaita (510).

El éxito del libro de Plenck estriba en una concepción y clasificación de las enfermedades de la piel diferente de las planteadas hasta entonces. En general, como ya habían hecho Mercuriale y Bravo de Sobremonte, las clasificaciones de las enfermedades de la piel se guiaban por un criterio topográfico: unas dermatosis generales y otras particulares o focales, y, dentro de estas últimas, se realizaban dos grupos: las que afectada a la cabeza y las que afectaban al resto del cuerpo. Plenck aplicó al estudio de las dermatosis un sistema de clasificación jerárquico, análogo al de los botánicos, que no se basaba en la zona afectada sino en las características de lo que se observaba. Esta idea había sido ya expuesta a finales del siglo XVI por Thomas Sydenham en el prefacio de su obra "Observationes medicae circa morborun acutorum historiam et curationem".

La obra botánica y zoológica de Linneo tuvo una gran repercusión entre los

científicos de su época. La influencia de los sistemas botánicos en la medicina en general durante esta época fue determinante, y vino a poner algo de orden en uno de los terrenos más confusos de la medicina, precisamente en la sistematización de las enfermedades cutáneas.

El primer autor en utilizar este sistema fue François Boissier de Sauvages de la Croix [1706-1767], profesor de Medicina y Botánica en la Universidad de Montpellier. En 1763, se publicó en Lyon su obra "Nosologia methodica sistens morborum classes juxta Sydenham menten et botanicorum ordinem". A pesar de lo novedoso de la aproximación al tema de las enfermedades de la piel, el libro de Sauvages creó más confusión que claridad, quizás precisamente por el cambio de punto de vista (847).

Estos precedentes influyeron sin duda en la publicación de "Doctrina de Morbis Cutaneis" de Joseph Plenck, editada por primera vez en Viena en 1776. Este pequeño libro, publicado en octava [10x16 cm], tuvo un éxito enorme por la claridad de la exposición en las enfermedades cutáneas y su novedosa sistematización. El orden jerárquico seguido en la exposición es, en esencia, el mismo que en la botánica y la zoología, esto es: clases, órdenes, géneros, especies y variedades.

Plenck considera en su obra catorce clases de enfermedades de la piel: manchas, pústulas, vesículas, ampollas, tumorcillos duros, costras, escamas, callosidades, excrecenciencias, úlceras, heridas, insectos, enfermedades de las uñas y enfermedades de los pelos. Cada una de ellas las subdivide en géneros y especies. En realidad, esta ordenación tiene ya un cierto parecido con las lesiones clínicas elementales de la piel y en las clasificaciones semiológicas de las dermatosis de los libros contemporáneos.

En España, se editó una versión en castellano de esta obra de Plenck por primera en 1798. Fue reeditada de nuevo en 1816. Los Laboratorios Isdín promovieron hace pocos

años una edición facsímil de la primera edición castellana de la obra de Plenck (707). El traductor de esta obra de Plenck fue Antonio Lavedán, cirujano militar y de la familia Real, examinador del Protocirujanato y director de la "Real Academia de Cirugía de Valladolid". Según Chinchilla (400), Lavedán tenía una gran afición a la botánica. En nuestra opinión, este común interés de Plenck y Lavedán en la botánica quizás sea más que una coincidencia, de hecho, pudo haber sido un factor determinante en la decisión de Lavedán de traducir al castellano "De Morbis Cutanei".

El "Tratado de las Enfermedades Cutáneas", título con el que se tradujo la obra de Plenck, es una obra breve, aunque bien estructurada y de contenido suficiente; los géneros y especies se describían siguiendo casi siempre el mismo orden: concepto, causa, evolución y tratamiento. En ocasiones, este esquema se reducía solamente a la descripción de las lesiones y su tratamiento. La descripción de las características morfológicas y clínicas era escueta y precisa. Lavedán enriqueció además el texto original de Plenck con numerosas anotaciones a pie de página, casi siempre comentarios o explicaciones botánicas, observaciones personales y notas de otros libros en los que se refleja su amplia cultura médica y botánica. La trascendencia en la medicina española de esta obra de Plenck fue tan grande que llevó a Granjel a afirmar (478):

> < La consideración de la Dermatología como saber médico especializado comienza en España con la traducción del "Tratado de enfermedades cutáneas (1798) de Plenck. >

3.1.8.-PRIMEROS TRATADOS DE ENFERMEDADES DE LA PIEL ORIGINALES DE AUTORES ESPAÑOLES: NICOLÁS DE ALFARO Y LUCIANO MURRIETA.

Olavide mencionó, en una de sus primeras obras, a dos autores españoles, a Nicolás de Alfaro y a Murrieta, reconociéndoles un mérito destacado en el nacimiento de la dermatología española. Sobre ambos escribió en una nota a pie de página de sus

"Lecciones de Dermatología" (621):

> < Sería injusto que no dedicásemos algunas líneas al único profesor español [Alfaro] que ha escrito un tratado completo de dermatología en el cual, además de un lenguaje escogido y elegante, se encuentran ideas más filosóficas que las que reinaban en su época localizadora.
>
> En su obra se ve la influencia ineludible a la sazón de las escuelas semyótica y anatómica, pero también se encuentra un grupo de enfermedades constitucionales, perfectamente natural, otro de inflamaciones cutáneas, parecido al que hoy admite Cazenave, y otro de afecciones exantemáticas, natural también, pero por desgracia confuso, por la agregación de diversas enfermedades que no lo son.
>
> También seríamos injustos si no nombrásemos en una obra española al doctor Murrieta, que publicó un breve compendio de dermatología, ... >

Nicolás de Alfaro fue un cirujano especializado en venereología, que ejerció como cirujano de sala en el Hospital de San Juan de Dios de Madrid hacia la primera mitad del siglo XIX (18). Escribió en 1840 una obra en dos volúmenes sobre las enfermedades de la piel, en la que no se encuentran elementos originales, que sigue las ideas de dermatológicas imperantes en la época -las preconizadas por Willan, Devergie y Biett-. Sin embargo, este texto tiene el mérito de ser la primera obra de dermatología original de un autor español (2).

Pocos años después de la publicación de esta obra de Alfaro, en 1848, apareció un nuevo texto español sobre las enfermedades de la piel (521). El autor de este segundo libro es un personaje interesante, aunque bastante desconocido, Juan Luciano Murrieta. Pocos más datos conocemos que los que él mismo aporta en el prólogo de su obra. Pasó cuatro años en el Hospital de San Luis de París y fue profesor clínico en la recién creada Facultad de Medicina de la Universidad Central (522). El autor dedica el libro a su tío, Francisco Luciano de Murrieta. Por casualidad, hemos sabido que un coronel Luciano de Murrieta, que fue lugarteniente del general Espartero, fundó, en 1870, las bodegas riojanas "Marqués de Murrieta" (66). Aunque los propietarios actuales ya no son

descendientes de Murrieta, aún se conserva en la actualidad esta denominación. Probablemente este viticultor estuviese emparentado con Juan Luciano, aunque desconocemos el vínculo concreto.

En la concepción de la dermatología, Murrieta es, como Alfaro, un ecléctico, seguidor de Willan, Biett, Cazenave, Devergie y Alibert. La finalidad de la obra de Murrieta es, según él mismo indica, servir de apoyo a los alumnos de medicina en su estudio de las enfermedades de la piel y en la comprensión de las figuras que la Facultad de Medicina había adquirido para el gabinete dermatológico de la Facultad. El mismo Murrieta lo explica en su obra (523):

> < Nuestro libro está redactado con el objeto de que pueda ser útil á los alumnos de medicina, y de modo que estudien con fruto las láminas del Dr. Félix Thibert, que componen el gabinete dermatológico de la Facultad: >

Lamentablemente, las piezas del gabinete dermatológico de la Facultad de Medicina se han perdido. En la Biblioteca de la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense se conservan, sin embargo, varios catálogos de la obra de Thibert en los que figuran algunos grabados con la disposición y aspecto de las piezas, guardadas en cajones. En la parte interna de la tapa aparecía la explicación correspondiente de cada pieza o lámina (figs. 5 y 6). En el apartado 3.3.4.1 se hace mención también a este gabinete.

3.1.9.-EVOLUCIÓN DE LA ILUSTRACIÓN GRÁFICA DERMATOLÓGICA EN LA LITERATURA MÉDICA ESPAÑOLA.

La dermatología es una especialidad médica en la cual la observación, descripción y representación gráfica tienen una importancia particularmente destacada. La historia de la ilustración gráfica dermatológica universal ha sido ya estudiada monográficamente en alguna ocasión (407, 840). En la literatura española, sin embargo, tan sólo hemos localizados cuatro trabajos con esta orientación (475, 740, 845, 846).

En las obras de algunos pintores, especialmente en los de la escuela flamenca, se pueden observar algunas representaciones de lesiones cutáneas como nevus, angiomas, rinofima, tiñas del cuero cabelludo, etcétera. Uno de los ejemplos más ilustrativos es la representación de un llamativo rinofima en una de las obras de Ghirarlandaio, quien vivió entre los años 1449 a 1498. Este óleo sobre tabla, titulado "Anciano con su nieto", se conserva en el museo del Louvre.

En los textos médicos clásicos españoles también se recogen algunas imágenes de lesiones cutáneas, aunque son muy escasas (740). En realidad, hasta bien entrado el siglo XIX, y coincidiendo con los comienzos de la dermatología clínica autónoma, no existió una conciencia clara de la importancia de la imagen en dermatología. Fue entonces cuando comenzaron a difundirse las colecciones didácticas de las lesiones cutáneas (por modelados, dibujos o grabados) a través de museos, atlas o textos. Este hecho estuvo condicionado en gran medida por la limitación de las técnicas gráficas clásicas para reproducir detalles, color y textura. En los textos médicos de los siglos XVI a XVIII son muy escasos los grabados en los que se representan lesiones cutáneas. Por otra parte, la representación de la anatomía interna normal del organismo primó sobre la anatomía patológica durante largo tiempo. El afán por conocer las estructuras y órgano internos, llevó a que la piel, el elemento anatómico más asequible, fuese considerado apenas como una simple cubierta. El grabado de la figura siete (fig. 7), realizado por Antonio Salamanca para el libro de Juan Valverde de Hamusco "Historia de la composición del cuerpo humano", publicado en Roma en 1556 (516), ilustra muy gráficamente la escasa importancia que se le concedía a la piel en el siglo XVI, cuando el mayor afán era conocer la estructura interna del organismo y la piel era no un órgano, sino una mera cubierta, cuando no un despojo desde el punto de vista anatómico. Existen, sin embargo,

algunas excepciones a esta tendencia general.

Luis Lobera de Ávila es uno de los autores médicos españoles del siglo XVI más interesantes y prolíficos. Trató en sus publicaciones temas de higiene, dieta, las enfermedades cortesanas (catarro, gota, mal de bubas y mal de piedra) y las llamadas "pestilencias". En una de sus obras, el "Banquete de Nobles Caballeros", aparece un grabado de una bella escena en la que un enfermo con una pierna tumefacta con úlceras y nódulos está siendo asistido por el médico y su ayudante (fig. 8). En nuestra opinión, esta imagen podría representar una dermatosis aguda, como una celulitis ampollosa. Sin embargo, también los cambios crónicos asociados a la insuficiencia valvular venosa de los miembros inferiores puede producir lesiones similares. Aunque Lobera no demostró después un particular interés por las lesiones cutáneas de las "pestilencias", este grabado, realizado por un artista de la escuela de Ausburgo, al que parece corresponder el nombre que aparece bajo la ventana -Tesilio-, tiene el valor de ser, con toda probabilidad, la primera representación impresa de una lesión dermatológica en la literatura médica española (740). En los siglos XVII y XVIII la evolución de las ilustración gráfica dermatológica fue casi nula. Los escasísimos grabados en los que aparecen lesiones cutáneas eran más un elemento decorativo, que una auténtica ilustración dermatológica. La figura cuatro (fig. 4) representa las lesiones de la pelagra, cuya descripción textual ya hemos reproducido en el apartado 3.1.7. Llama la atención la disposición de la figura, que se apoya ligeramente sobre un leño. Las lesiones cutáneas parecen totalmente ajenas a la perfección clásica del sano cuerpo en el que asientan. La presencia de tronco se justifica por un convencionalismo artístico. En realidad, es una imitación formal de las piezas escultóricas clásicas, en las que la figura humana, apenas apoyada sobre los pies, padecía de una gran inestabilidad y suponía una gran dificultad técnica. Se recurría

entonces a un elemento externo, una columna, un árbol, una roca, en la cual se apoyase la figura buscando una mayor base de apoyo y más estabilidad. Este recurso técnico muy necesario en la escultura, se hacía del todo superfluo en las representaciones gráficas de lesiones cutáneas, y a pesar de ello se mantendría hasta mucho después. En la "Clínica Iconográfica..." de Olavide se repite a menudo una disposición similar de las figuras cuando se representaba el cuerpo entero.

La introducción del color en los grabados españoles de lesiones dermatológicas vino con el siglo XIX. El primer grabado en color en la literatura médica española del que tenemos noticia se encuentra en una obra de Moreau de la Sarthe, traducida al español por Xabier Balmis en los primeros años del siglo XIX (517). Esta obra estaba precedida por un amplio estudio de la vacuna del propio Balmis, protagonista de la "Real Expedición Filantrópica de la Vacuna". En el texto se intercalan dos grabados realizados por el artista valenciano Juan Ximeno Carrera. Uno de ellos es un retrato de Jenner. En el otro se representan los estadios evolutivos de una lesión vacunal con el título de "Progresión de los granos de la Vacuna desde el día 4º hasta el 15 en su tamaño y color natural" (fig. 9).

Las cromolitografías ganaron progresivamente en calidad y ya en la segunda mitad del siglo XIX se editaron algunos atlas en los cuales la representación de lesiones dermatológicas alcanza un grado de fidelidad elevado. El "Atlas..." de Díaz Benito sobre enfermedades venéreas de 1864, al cual hemos dedicado un trabajo previo (742), es uno de los primeros ejemplos (fig. 10). El "Album" de Pérez Ortiz de 1886 (698), o la misma "Clínica Iconográfica..." de Olavide (577) (fig.) algo posteriores al de Díaz Benito, también tienen una gran importancia en la historia de la ilustración gráfica dermatológica española.

El siguiente paso en la evolución de la ilustración dermatológica fue la introducción de fotografías en los textos. A partir de 1880, algunas publicaciones periódicas, como la "Andalucía Médica", o la "Revista Especial de Oftalmología, Dermatología, Sifiliografía y Afecciones Urinarias" y algunos libros, como la "Dermatología Quirúrgica" (455) de Giné Partagás, incluían copias fotográficas originales, realizadas sobre papel de albúmina, pegadas a sus páginas o sobre una lámina independiente. La figura once (fig. 11), publicada en la "Revista Especial de Oftalmología, Sifiliografía, Dermatología y Afecciones Urinarias" es un ejemplo de este tipo de láminas independientes. Las fotografías originales aportaban mayor objetividad y precisión que un grabado, ya que éste es el producto de la observación del artista, mientras que la fotografía representa más fríamente o desapasionadamente la imagen captada. Sin embargo, se perdía un componente ya logrado: el color. Esta carencia se intentó salvar añadiendo pinceladas de color sobre las fotografías en blanco y negro que, al menos, destacaban la lesión (fig. 12).

Los fotograbados en blanco y negro no aparecieron hasta el siglo XX. El fotograbado resulta de la aplicación de la fotografía a la técnica del grabado, es un procedimiento fotomecánico de estampación tipográfica. En los primeros números de "Actas Dermosifiliográficas" se encuentran algunos ejemplos de esta técnica, probablemente los primeros en España que recogen lesiones cutáneas (fig. 13).

Los primeros fotograbados dermatológicos en color en la literatura médica española que conocemos aparecieron en los primeros números de la revista "Ecos Españoles de Dermatología y Sifiliografía" a partir de 1925 (fig. 14).

3.1.10.-PRIMERAS DESCRIPCIONES Y REPRESENTACIONES MICROSCÓPICAS DE LA PIEL EN LA LITERATURA MÉDICA ESPAÑOLA.

La mejor descripción de la estructura de la piel en un texto clásico español anterior al siglo XIX, probablemente sea la realizada por Jaime Bonells e Ignacio Lacaba en su obra "Curso Completo de Anatomía del Cuerpo Humano", publicada en cinco volúmenes entre los años 1796 a 1800. La obra de estos autores ha sido estudiada y comentada por Terrada Ferrandis (839), y ha sido a través de este trabajo como hemos tenido noticia de la descripción histológica de la piel realizada por estos autores.

Bonells y Lacaba distinguieron cuatro estratos en la piel de dentro a afuera denominan: la "cutis", el "cuerpo mamilar", el "cuerpo reticular o mucoso" y la "epidermis o cutícula". Sin embargo, acabaron considerando sólo dos capas: 1) la cutis, que englobaría también el "cuerpo mamilar", lo que actualmente denominaríamos "dermis", y 2) la "epidermis", que incluiría también el "cuerpo mucoso". Dice Terrada Ferrandis interpretando a estos autores (253):

> < La cutis,
> "...no es otra cosa que un tejido celular denso y apretado, cuyas hojas y celdillas son tan pequeñas que a simple vista son imperceptibles".
> La superficie interna de la misma degeneraría en el tejido celuloso.
> "...de suerte que no es posible señalar el término en que éste empieza y la cutis remata."
>
> Consta de gran cantidad de vasos e incluso de nervios, aunque éstos no siempre sea posible seguirlos con el escalpelo.
>
> Describen microscópicamente el cuerpo mamilar como un conjunto de conos por cuya base entran los vasos sanguíneos, que serpentean hasta el vértice y desde allí vuelven a la base sin interrupción. Estos conos son más numerosos donde el sentido del tacto es más exquisito (lengua, punta de los dedos, etc), por lo que unido a la cantidad de filamentos nerviosos que reciben y "a la desnudez de sus fibras medulares", crecen allí donde reside el tacto.
>
> La "epidermis o cutícula" sería una membrana de naturaleza particular, ya que no la altera el aire, ni es soluble en el agua y es, además, insensible. Cuando se separa del cutis lo hace en forma de escamas, según se sabía desde las experiencias de Leeuwenhoek. Carece de nervios, tal como habían comprobado las observaciones microscópicas de muchos

autores (Haller, Lorry, etc). >

Si las ilustraciones de lesiones dermatológicas en la literatura médica anterior al siglo XIX son muy raras, las representaciones microscópicas de la piel son excepcionales. El único ejemplo que hemos encontrado está en una de las obras de Pedro Martín Martínez. Este autor nació en Madrid el 11 de noviembre de 1684 y murió en la misma capital el 19 de octubre de 1734. Fue examinador de Real Protomedicato y médico de cámara de Felipe V (480). En una de sus obras, titulada "Anatomía Completa del Hombre" (fig. 15), aparecen dos minúsculos grabados en la parte superior de una lámina que representa de forma conjunta la estructura superficial del tronco. En uno de estos pequeños grabados se observa una estructura reticular muy esquemática, que representaría la dermis (fig. 16). El otro grabado de esta misma lámina ilustra la estructura superficial y la sección microscópica de un pezón mamario (fig. 17).

Ya en el siglo XIX, las obras de Olavide (577), Giné Partagás (455) y Pérez Ortiz (698) se ilustran con grabados de la estructura histológica de la piel y de sus anejos muy ricos y detallados (fig. 18). Entre los grabados del libro de Martín Martínez y los que aparecen en las obras de estos autores media poco más de un siglo. Sin embargo, las diferencias en la calidad y el detalle de las representaciones de uno y otros no refleja tan sólo la mejoría de los medios de impresión, sino el gran avance de la técnica histológica en la primera mitad del siglo XIX, que permitió conocer en ese intervalo de tiempo la mayoría de las estructuras cutáneas.

3.2.-EL HOSPITAL DE SAN JUAN DE DIOS DE MADRID.

3.2.1.-EL ANTIGUO HOSPITAL DE SAN JUAN DE DIOS.

Según Álvarez Sierra, el primer hospital dermatológico de Madrid fue el Hospital de San Lázaro (24):

> < Es interesante el madrileño hospital de San Lázaro por cuatro consideraciones; primera, fue el primer hospital de leprosos; segunda, años más tarde se transformó en el primer hospital dermatológico; tercera, tuvo una organización acertadísima en el orden asistencial y clínico, extendiéndose su acción a todas las dermopatías, y cuarta, fue el primer hospital madrileño donde se trataron enfermos de sífilis. >

Sin embargo, por actividad asistencial y científica y tradición, fue el hospital de San Juan de Dios el centro más importante en el tratamiento de las enfermedades de la piel. De hecho, fue el centro médico especializado de Madrid que más años se mantuvo activo. De él dice el mismo autor (27):

> < Este hospital tuvo en España una excepcional importancia médica, porque fue la gran escuela de sifilografía y dermatología de nuestra patria, y la que nos ha permitido estar en esta especialidad a la altura de los países más adelantados del mundo. >

Fue fundado en 1552 por Antón Martín, discípulo de San Juan de Dios, y se dedicó desde su creación a las enfermedades venéreas y, por extensión, a las enfermedades de la piel (54, 850).

La fundación fue posible gracias al contador del emperador Carlos I, quien cedió una heredad al religioso. La escritura de compra del terreno en el que se ubicaría el hospital tiene fecha de 3 de noviembre de 1552 y la autorización para la fundación del mismo, dada por Juan Martínez, arzobispo de Toledo, data del 25 de noviembre del mismo año (29).

El primer Hospital de San Juan de Dios de Madrid se ubicó entre las calles de Atocha y Santa Isabel, dando su fachada hacia la plaza que posteriormente se denominaría "plaza de Antón Martín", en honor precisamente del fundador de este hospital (fig. 19). Sainz de Aja describió con detalle la situación del viejo hospital (765, 766):

> <...conocí bien el antiguo Hospital en la plaza de Antón Martín, con fachadas a las calles de Atocha, Tinte (hoy Duque de Fernán Núnez) y Santa Isabel. Las salas de prostitución dando a la calle del Tinte. Las de niños tiñosos a Santa Isabel. Las consultas con entrada por ésta también. >

Antón Martín falleció el 24 de diciembre de 1553, encomendando en su testamento a fray Juan González la continuación de las obras. El hospital se llamó "Convento-Hospital de Nuestra Señora del Amor de Dios y del Venerable Padre Antón Martín", y fue atendido desde los primeros momentos por la Congregación de San Juan de Dios (21, 851). Después sería conocido de forma abreviada como "Hospital de Antón Martín" o, simplemente, como "Hospital de San Juan de Dios".

Durante el reinado de Felipe II, concretamente en 1609, tuvo lugar la llamada "fusión" o "reunión" de los pequeños hospitales de Madrid en un solo cuerpo, con el fin de mejorar la labor asistencial, desperdigada hasta entonces en múltiples centros y fundaciones con escasa operatividad. Este suceso puede ser considerado como el comienzo de la Beneficencia gubernamental, dependiente primero del Ministerio de la Gobernación y, ya bien entrado el siglo XIX, de las Diputaciones Provinciales (851).

Las Congregaciones religiosas rectoras de los hospitales y de las fundaciones benéficas que las sostenían plantearon múltiples objeciones a este proyecto real de unificación porque suponía la pérdida de muchas de sus prerrogativas e incluso la disolución de las Congregaciones. Felipe II consiguió el apoyo del Papa Pío V para la realización de este proyecto que aún tardó varios años en realizarse (849). El antiguo Hospital de San Lázaro y el de San Ricardo -también llamado "de la Paz"- se fusionaron con el Hospital de Antón Martín, encomendándose a fray Pedro Delgado, hermano mayor de la Orden, su dirección (29).

La escritura de fundación del primer Hospital de San Juan de Dios de Madrid preveía una dotación inicial de veinte camas. Sin embargo, el aumento de las necesidades, las numerosas epidemias y la fusión con los dos hospitales citados, llevó a continuas ampliaciones. Álvarez Sierra explica la distribución de camas en el hospital a principios

del siglo XVII de la siguiente manera (25):

> < A principios del siglo XVII, el hospital de San Juan de Dios tenía diez salas, seis de ellas para hombres y las cuatro restantes para mujeres. Las de los primeros eran: de la Misericordia, con veintiséis camas, para venéreo, la de Belén , con treinta y seis camas, para igual enfermedad; la de San Rafael, con veintiuna camas, para las cutáneas; la de San José, con veinte camas, para sarna; la de San Lorenzo, con veintiuna camas, y la de San Matías, con veintiséis, ambas para tiña; entre todas la cuales componían un total de ciento cincuenta y tres camas. Las salas de mujeres se hallaban distribuidas del modo siguiente: una, titulada del Rosario, con veintiséis camas, para venéreo; la de San Juan de Dios, con treinta y seis camas, para erupciones cutáneas; la de Santa Isabel, con diez camas, para tiña, y la de convalecencia, con dieciocho camas; haciendo entre todas un total de noventa camas, y las de uno y otro sexo, doscientas cuarenta y tres camas. >

Fernández Gómez y Cubero (412) aportan cifras distintas, ya referidas al siglo XVIII:

> < En el siglo XVIII, el Hospital de Antón Martín dispone ya de seis grandes salas, tres para hombres y tres para mujeres, con 120 camas de curación continuas, pero en las temporadas de unciones de primavera y otoño los enfermos pasaban de 200. >

La designación de las salas con nombres de santos se mantuvo durante siglos. En un número de "El Siglo Médico" de 1858, localizamos un balance de enfermos del Hospital de San Juan de Dios con el siguiente epígrafe (64):

> <Clínica de los Hospitales. Hospital de San Juan de Dios de esta Corte. Movimiento verificado en los meses de febrero y marzo de este año en las salas de San Lázaro, San Juan y San Francisco a cargo de D. Eusebio Castelo Serra. >

En la "Cínica Iconográfica..." (577), Olavide menciona aún los nombres de varias de estas salas: San Juan de Mata, Santa Bárbara, San Carlos, San Antonio, San Luis, San Matías... En otras ocasiones, se refiere a ellas con números: 5ª, 6ª, 7ª, 8ª, 12ª, 13ª, 17ª. Estos nombres y números hacen referencia tan sólo a aquellas salas que el autor tenía a su cargo. Se observa incluso un llamativo punto de inflexión en la serie de láminas. En aquéllas de enfermos que ingresaron en el hospital antes de 1873, Olavide suele mencionar la sala en la que ingresó el enfermo con nombre de santo, mientras que

las posteriores a esta fecha suelen estar simplemente designadas con números. Probablemente hacia esta época -mediados de los setenta- se produjo el cambio en la designación de las salas. Olavide da incluso alguna equivalencia entre ambas denominaciones, por ejemplo, la sala de San Antonio pasó a ser después la sala 13ª. También Eusebio Castelo, en alguna de las láminas que escribió para el "Atlas de la Clínica Iconográfica..." de Olavide, confirma esta conversión en la designación de las salas (277):

<...sala de la Misericordia (hoy sala 3ª)...>

En realidad, este cambio en la designación de las salas no pasa de ser un dato meramente anecdótico. El cambio más importante en el hospital durante esta época fue el relevo en el personal facultativo. La Orden de San Juan de Dios regentó de forma continuada el hospital durante más de trescientos años. Los frailes de la Congregación estudiaban Medicina y Cirugía en Alcalá de Henares y regresaban después al hospital para atender a los enfermos. En 1834, se produjo la exclaustración de los miembros de la Congregación y, aunque éstos continuaron prestando sus servicios mediante contrato, van siendo sustituidos paulatinamente por médicos y cirujanos seglares (851). Uno de ellos fue precisamente Nicolás de Alfaro, mencionado en el apartado 3.1.9 como autor del primer texto de dermatología de un autor español.

Uno de los últimos y más famosos miembros de la Congregación de San Juan de Dios fue fray Juan Pérez. Además de Alfaro, Aguedo Pinilla, León Checa, Ametller y Eusebio Castelo fueron algunos de los primeros y más destacados seglares de esta etapa de transición. En 1861, se publicó, en la sección de variedades de "El Pabellón Médico", una amplia nota necrológica redactada por José Ametller y Viñas sobre Aguedo Pinilla que, hasta entonces, había sido jefe facultativo del Hospital de San Juan de Dios. En ella

se encuentran datos de gran interés sobre este relevo religioso-seglar. Escribe Ametller (35):

> < De esta manera, la orden hospitalaria de san Juan de Dios tenía siempre un gran número de médicos y cirujanos pertenecientes a la misma, los cuales, al paso que se transmitían los sagrados dogmas de su Santo fundador que había escrito a Luis Bautista: "Ten siempre caridad, porque donde no hay caridad no está Dios", se comunicaban igualmente las tradiciones de medicina práctica atesoradas en el espacio de más de tres siglo en aquellos modernos asclepiones de la España cristiana.
> .../...
> El hospital que la orden tenía en Madrid, venía destinado de muy antiguo al tratamiento de las enfermedades venéreas. La fama que ha logrado esta santa casa no tenemos por qué encarecerla;el mundo civilizado la conoce; no en vano, la pregonaron don Miguel de Cervantes Saavedra y don Francisco de Quevedo.
>
> Cuando Pinilla ingresó de practicante en el hospital de San Juan de Dios tuvo la fortuna de encontrar todavía en él a uno de aquellos sabios cuanto virtuosos profesores de la orden. Era éste Fray Juan Pérez, cuyos métodos de tratamiento, tan eficaces como atrevidos, cuyos métodos operatorios, tan rápidos como seguros, causan todavía admiración a los hombre más entendidos en el arte, y, aplicados sin adulteración alguna contribuyen al presente a la salvación de muchos enfermos desahuciados que diariamente llaman a las puertas de aquel santo asilo.
>
> Ocho anos y medio, día por día, estuvo Aguedo Pinilla al lado de fray Juan Pérez de San Juan de Dios. >

Pinilla ingresó en la Junta Municipal de Beneficencia en 1842 y se le reconoció la antigüedad desde 1837, siendo uno de los primeros seglares del Hospital de San Juan de Dios.

Ametller, además, aporta en esta nota necrológica de Pinilla algunos datos administrativos sobre el Hospital de San Juan de Dios de gran interés (35):

> < Cuando en 21 de febrero de 1859 se hizo el arreglo del cuerpo facultativo de los establecimientos provinciales de la Beneficencia de Madrid, en virtud del reglamento publicado por real decreto de 30 de junio de 1858, medida que constituye uno de los mayores títulos de las autoridades que la dictaron al reconocimiento de la clase médica, don Aguedo Pinilla fue nombrado cuarto cirujano de número de dicho cuerpo y primero de San Juan de Dios, concediéndole más tarde el cargo de jefe local facultativo del propio establecimiento.
>
> Gracias al celo que desplegó en el ejercicio de este difícil destino, a la cooperación ilustrada del director administrativo señor don Antonio

3.2.2.-REFERENCIAS LITERARIAS DEL HOSPITAL DE SAN JUAN DE DIOS.

La dedicación del Hospital de San Juan de Dios a las enfermedades cutáneas y venéreas, tan denostadas socialmente, dejó huella en algunos pasajes de la literatura española clásica, como reconocía Ametller (35):

> < La fama que ha logrado esta santa casa no tenemos por qué encarecerla;el mundo civilizado la conoce; no en vano, la pregonaron don Miguel de Cervantes Saavedra y don Francisco de Quevedo. >

Recientemente, el portugués Fernandes Rodrigues realizó una revisión titulada "Dermatology in the poetry of Don Francisco de Quevedo" en la revista "Skin Cancer" (408). Uno de los poemas de Quevedo recogidos por Fernandes, titulado "A la perla de la mancebía de las Soleras. Antonuela, la pelada", dice:

> < Envíala a Antón Martín,
> Donde yace, y donde creo
> Que purga la humana escoria
> En una fragua de lienzo. >

Sin embargo, el testimonio literario más completo sobre el viejo hospital de San Juan de Dios se encuentra en una obra de Pío Baroja, "El Árbol de la Ciencia" (221). La mayoría de los eventos de esta novela son referencias autobiográficas. Baroja describe sus propias impresiones y experiencias poniéndolas en boca de uno de sus personajes -Andrés Hurtado-. Uno de los capítulos de este libro se titula precisamente "Paso por San Juan de Dios". En él, plasmó Baroja una triste estampa física y humana del hospital (222):

> < Aracil, Montaner y Hurtado visitaron una sala de mujeres en San Juan de Dios. Para un hombre excitado e inquieto como Andrés, el espectáculo tenía que ser deprimente. Las enfermas eran de lo más caído y miserable. Ver tanta desdichada sin hogar, abandonada, en una sala negra, en un estercolero humano; comprobar la podredumbre que envenena la vida sexual, le hizo a Andrés una angustiosa impresión.
>
> El Hospital aquel, ya derruido por fortuna, era un edificio inmundo, sucio y maloliente; las ventanas de las salas daban a la calle de Atocha, y tenían, además de las rejas, unas alambreras, para que las mujeres recluidas no se asomasen y escandalizaran. De este modo no entraba allí ni el sol ni el aire. >

La acritud con que Baroja se refiere al Hospital de San Juan de Dios se debe, además de a las malas condiciones del mismo, a la desagradable experiencia vivida por él cuando asistió como alumno a dicho hospital. En este mismo capítulo, Baroja cuenta una amarga anécdota, protagonizada por el doctor López-Cerezo, que tuvo lugar durante la visita a la sala de mujeres del hospital. A este tema ya nos hemos referido en un trabajo previo sobre un curioso libro de López-Cerezo titulado "Sifiliografía rítmica" (741). Tal fue el mal recuerdo que Baroja tuvo de su paso por San Juan de Dios y la mala impresión que le quedó de este hospital que, en sus memorias (223), lo recordó de nuevo en los mismos términos (224).

3.2.3.-EL NUEVO HOSPITAL DE SAN JUAN DE DIOS.

Desde su creación a mediados del siglo XVI, hasta finales del siglo XIX, el Hospital de San Juan de Dios había ido creciendo en las sucesivas ampliaciones realizadas sobre el antiguo caserón de Antón Martín, emplazado en pleno centro de Madrid. En los últimos años del siglo XIX, el edificio, viejo y saturado, no era ya ni adecuado ni suficiente para atender las necesidades de una gran población. El deterioro del edificio era grande y las condiciones de los enfermos -como atestiguaba Pío Baroja- eran lastimosas. La capacidad máxima que llegó a tener el viejo Hospital de San Juan de Dios, según Sainz de Aja, fue de trescientos cincuenta enfermos (749). Por otro lado, el naciente urbanismo racionalizador de finales del siglo XIX y la mentalidad burguesa, no concebían un hospital de enfermedades venéreas en pleno centro de Madrid. Estos fueron los motivos que llevaron a la Diputación de Madrid a construir durante la década de los noventa un nuevo edificio para el Hospital de San Juan de Dios en la parcela delimitada entre las calles Doctor Esquerdo, Máiquez, Ibiza y Doctor Castelo. Los terrenos habían sido adquiridos por la Diputación al marqués de Perales, quien los había vendido a bajo

precio, incluso regaló parte de ellos. Las obras de construcción se prolongaron durante cuatro años, desde el 1 de noviembre de 1891 hasta 1895, en que se entregaron oficialmente (852).

En la inauguración del nuevo hospital hubo vacilaciones y dificultades. Cuenta Sainz de Aja (765, 766):

> <También conocí, de lejos, la edificación del nuevo Hospital, con sus pabellones de ladrillo rojo, que por cierto tardó bastante en ser inaugurado, varios años. Que si el problema del agua, que si lo alejado que estaba de Madrid con nulas comunicaciones, que si el temor a una revuelta de las prostitutas; el caso es que hubo demoras, aplazamientos, vacilación en su inauguración. >

El mismo autor también relata en otro párrafo el traslado los enfermos al nuevo centro, quizás tomado de otras referencias, ya que él no lo vivió directamente (765, 766):

> <Hasta que una madrugada de la tercera decena septiembre de 1898(sic) y con escolta de la Guardia Civil y "guindillas" (como entonces denominaba el pueblo a los guardias de seguridad), fue transportada la temible prostitución y, ya de día, el resto de la enfermería. >

Álvarez Sierra aporta otra fecha distinta de este traslado (26):

> < En el año 1899 fue trasladado este hospital desde la calle Atocha al actual edificio de la ronda de Vallecas, detrás de la vieja plaza de toros, derribándose el antiguo de Antón Martín. >

Quien sí vivió la "mudanza" del hospital fue Juan de Azúa, y así recuerda el traslado (98):

> < El año 1897 tuvo lugar en Septiembre, a las cuatro de la madrugada del día 21, en las jardineras que van a los toros, el alegre traslado del viejo hospital al nuevo. >

Valladares Roldán coincide con la fecha aportada por Azúa, aunque con una diferencia de días (852):

> < Se encargó del cuidado de los enfermos a las hermanas de la Congregación de Santa Ana, haciéndose cargo del hospital el día 23 de septiembre de 1897 y, en los albores del 23 al 24, entraban por la puerta del centro 21 monjas acompañando a 274 enfermos acoplados en

carruajes. >

Uno de los más amplios testimonios sobre los primeros momentos del nuevo Hospital de San Juan de Dios es un pequeño libro escrito por un empleado administrativo del hospital llamado Vicente Martín (533). En él se cuentan numerosos entresijos del funcionamiento del centro.

Lo primero, la localización y descripción física de la edificación (534):

> < Situado a la derecha de la Plaza de Toros, y en elevados terrenos, parece desde lejos un nacimiento; ya dentro, parece otra cosa. Cercado todo por una pared, que los cuatro lados miden más de 800 metros, hay en él distribuidos 19 pabellones, más o menos grandes, algunos muy pequeños; pero todos a excepción de la farmacia y el pabellón central malísimamente construidos.
>
> Se dice que el autor del proyecto de este Hospital, recomendó que los pabellones para enfermos se demoliesen cada veinticinco o treinta años; los que proyectaron la construcción de éste debieron decirse: si cada treinta años hemos de hacer nuevos pabellones, los haremos de tal modo que se derrumben antes, con lo cual llevamos la ventaja de no pagar luego los gastos de derribo, y a mi entender lo conseguirán, pues poco a poco se van viniendo abajo a pesar de su moderna construcción.
>
> No obstante lo grande del edificio, son sus enfermerías tan reducidas, que sería imposible de todo punto albergar en él 400 enfermos. >

La figura veinte (fig. 20) presente en todas las portadas de "Ecos Españoles de Dermatología y Sifiliografía", representa una panorámica del nuevo Hospital de San Juan de Dios de Madrid. En la actualidad, algunas edificaciones anejas a la parcela que ocupaba el Hospital de San Juan de Dios, como el Colegio de la Paz o el Hospital de María Ana de Jesús (fig. 21), pueden dar una idea del tipo de construcción de aquel "nuevo Hospital de San Juan de Dios", hoy ya inexistente.

Aunque el espacio y las condiciones de los nuevos locales de hospital eran mucho mejores que en su antigua ubicación de la calle Atocha, algunas obras de infraestructura estaban incompletas o eran deficientes. Esto trajo consigo algunos inconvenientes serios, como el retraso en instalar en el pabellón destinado a laboratorio los instrumentos del

importante laboratorio del antiguo hospital, que estuvieron depositados, durante un largo periodo de tiempo en el Hospital General por falta de instalaciones adecuadas de gas y agua en las nuevas dependencias (42).

Los pabellones de enfermos del hospital se distribuían, según Martín (546), de la siguiente manera:

> <DE HOMBRES: 3° Piel, Doctor Azúa; 5° Venéreo, Doctor Bombín, 7° Venéreo, Doctor Castelo; 9° Lepra, Doctor Azúa.
> DE MUJERES: 2° Venéreo, Doctor Castelo; 4° Piel Doctor Lozano: 6° y 8° Prostitutas, Doctor Polo; 10 y 11° Piel, Doctor Lozano.>

La distribución de pabellones que Sainz de Aja describió en uno sus trabajos -que posiblemente refleja la situación de 1908, tres años después de la publicación del librillo de Martín- era así (765, 766):

> < La enfermería, por aquellas fechas, constaba de dos pabellones de Dermatología (tercero y cuarto), con 160 camas, y los anejos de Lepra (40 camas) y Tiñas.
> La Venereología contaba con los pabellones segundo, quinto, sexto, séptimo y octavo; en total, 360 camas, de las que 160 se dedicaban exclusivamente a prostitución.>

El Hospital de San Juan de Dios de Madrid contaba, además de los pabellones de enfermos ingresados, con amplias dependencias auxiliares como (852):

> <...un oratorio para las hermanas de Nuestra Señora de Belén, laboratorio de farmacia, depósito de cadáveres, capilla, escuelas, patio cubierto, lavadero y secadero, almacenes, celdas de corrección, obrador y galerías cubiertas, situadas a ambos lados de la puerta de entrada y salida del hospital.>

Sin embargo, se malgastaron o infrautilizaron medios y dinero. Un ejemplo curioso fue una instalación telefónica que, ya en 1905, siete años después del traslado del hospital, se había desechado. Así lo refiere Vicente Martín en un pasaje que, además, refleja el ambiente que se vivía entre los empleados del centro (537):

> < Otra obra se hizo también; la instalación de teléfonos para el servicio de comunicación de dependencia a dependencia. Esta obra fue

como otras muchas: ganas de tirar algunos centenares de pesetas al arroyo. No sé como pudo caber en cabeza humana tan descabellado propósito. No puede ser que a un hombre que tenga mediano sentido común se le ocurriese hacer una instalación telefónica con la Central en las habitaciones de las Hermanas. Indudablemente fue idea de alguna mujer histérica. ¿No se le ocurrió al patrocinador de la instalación, que estando la Central en manos de las Hermanas, nadie haría uso del teléfono por no querer que se enterasen ellas de todo?

El tal teléfono fue a parar a donde van todas las obras inútiles: al foso. >

En la entrada al hospital por la calle del doctor Esquerdo había una estatua de San Juan de Dios que fue destruida durante la guerra civil española. En mayo de 1943, se instaló en el lugar que ocupaba aquélla una nueva estatua (fig. 22), obra del escultor Jacinto Higueras, en la cual figuraba la leyenda: "Mis amos y mis señores son los pobres" (853). Tampoco está ya hoy allí esta escultura.

3.2.4.-LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL DE SAN JUAN DE DIOS. EL ASUNTO DE LA "CONSULTA DE SAN JUAN DE DIOS".

En el antiguo Hospital de San Juan de Dios existía, desde su creación, una importante actividad de consulta y cura diaria de enfermedades venéreas. La consulta de dermatología como tal se creó bastante tarde, en 1889, siendo encargado de ella Juan de Azúa.

En el "Reglamento del Cuerpo Médico-Farmacéutico de la Beneficencia Provincial", aprobado por la Diputación el 15 de julio de 1889, aunque publicado mucho más tarde, en 1903 (712), aparecen recogidas las normas por las que debían regirse las consultas externas del Hospital de San Juan de Dios (723):

< De las consultas y curas públicas.

Art. 161. Las Consultas y Curas públicas estarán a cargo de Profesores del Cuerpo y serán dirigidas y desempeñadas por éstos. El personal subalterno se compondrá de Jefes clínicos e Internos, cuya elección y número queda ya determinado en este Reglamento. Además habrá mozos y Ordenanzas.

Las horas de las Consultas serán determinadas por el Decano, de

> acuerdo con los Sres. Visitadores de los Establecimientos.
>
> Las Consultas que estén desempeñadas gratuitamente por algunos Profesores del Cuerpo tendrán las horas que ellos indiquen o menos perturben el servicio ya establecido por otros Sres. Profesores.
>
> En todas las consultas existirá un libro a cargo de uno de los Internos, en donde se consignará la filiación, antecedentes patológicos, diagnóstico, tratamiento y resultado.
>
> Art. 162. Los empleados de este departamento tienen la obligación de asistir todos los días a las horas señaladas y permanecer en él el tiempo necesario hasta dar por terminada la cura de todos los enfermos que a ella concurran.
>
> Art. 163. El Jefe Clínico es el jefe inmediato de los Internos de este departamento. Estará encargado de auxiliar al Profesor o Profesores y de hacer por sí aquellas curas que a juicio del mismo no puedan ni deban hacerse por los Internos.
>
> Será de su obligación hacer los estados mensuales y mandarlos al Decanato el día 3, después de revisados por el profesor encargado con el V°B° del mismo.
>
> Está obligado a conservar en buen estado los instrumentos que, bajo recibo escrito y firmado por el Profesor, haya pedido al Arsenal, y tengan a su cargo para uso de los enfermos de la consulta, siendo responsable de ellos.
>
> Cuidará de tener la provisión necesaria de material de curas, frascos de cristal, etc., con los demás accesorios de curas, guardándolos bajo llave, siendo responsables de ellos. >

Los artículos 164, 165 y 166 de este "Reglamento...", también se refieren a las obligaciones de los internos y ordenanzas de las consultas. En el apartado 3.4.2, dedicado a la labor asistencial de Azúa, tratamos con mayor detalle la actividad y características de esta primera consulta de dermatología, aún situada en el viejo hospital de la calle Atocha.

Vicente Martín describió así el funcionamiento de las consultas, ya en el nuevo Hospital de San Juan de Dios (543):

> < Existen dos, al frente las cuales figuran los doctores Azúa y Castelo.
>
> Los lunes, miércoles, jueves y viernes el Doctor Azúa asiste a su consulta y ve a todos los enfermos. Los martes y sábados los ve y reconoce su Jefe clínico D. Miguel Serrano, digno discípulo de tan gran maestro; considerable número de enfermos, en su mayoría hombres, asisten a esta consulta con la confianza y seguridad de que si no los curan en ella no los cura nadie en Madrid. El Sr. Azúa, secundado por el Sr. Serrano, se esfuerza en combatir las enfermedades como el lupus, la lepra y otras de la piel y las venéreas y las sifilíticas en todas sus manifestaciones, consiguiendo grandes y maravillosas curas.

> Seguramente que los intereses materiales del referido Médico se resienten grandemente por emplear toda la mañana en un trabajo tan poco reproductivo; pero su satisfacción debe ser inmensa al decir a un enfermo a quien asiste por largo tiempo la tan esperada palabra "alta".
>
> La consulta del Doctor Castelo tiene su público, la mayoría mujeres, y muy raros los casos de enfermedades de la piel. El doctor Navarro, que según se asegura en la Casa es un Médico de gran saber, sostiene con su gran reputación el crédito de esa consulta pues el Sr. Castelo, por su mal estado de salud va muy poco al Hospital. >

Sainz de Aja aporta algunos datos del devenir posterior de las consultas del Hospital de San Juan de Dios que apuntan hacia la diversificación, de tal manera que todos los profesores con pabellones a su cargo desarrollaran también una actividad, mayor o menor, de consulta externa (765, 766):

> < No había más que dos consultas: la de Castelo y Azúa.
>
> Los profesores tenían enfermerías incompletas. Bombín y Azúa, sólo de hombres. Lozano y Polo, sólo de mujeres. Castelo únicamente tenía de ambos sexos.
>
> Se llegó al ideal: a que todos tuvieran consulta y enfermería masculina y femenina. >

La creación de la consulta externa de dermatología del Hospital de San Juan de Dios, a cargo de Azúa, tiene una importancia muy destacada en la historia de la dermatología española. Hasta entonces, la actividad dermatovenereológica del hospital se centraba en la atención a los enfermos ingresados y en las curas ambulatorias. Tan sólo se hacía auténtica consulta en los domicilios particulares de algunos profesores. Azúa cambió esta actitud y situó prácticamente a la consulta como elemento asistencial primordial. Tal fue la importancia de este cambio que, desde entonces, la actividad en los pabellones del Hospital de San Juan de Dios venía condicionada en gran medida por la actividad en la consulta, como sucede hoy en la mayoría de los centros asistenciales.

El principal problema del que adolecían las consultas externas del nuevo Hospital de San Juan de Dios era, precisamente, su lejanía del centro de Madrid. Así lo destaca Vicente Martín (544):

< Si los que tienen el deber de interesarse por la salud pública; si los que tienen autoridad para dictar disposiciones y hacerlas cumplir, conocieran los buenos resultados de las consultas del Hospital de San Juan de Dios, seguramente las hubieran quitado del Establecimiento y las hubieran establecido en calles todo lo más céntricas posible de Madrid.

Es preciso ver aquellas doscientas y pico de personas que, desde los barrios extraviados acuden a ese Hospital a las ocho de la mañana, en esas mañanas de invierno, la mayoría de las cuales no pueden andar, verlos luego salir de once a doce, habiendo sufrido curas dolorosas, y teniendo que ir un día y otro día, para lamentarse de que la Diputación provincial no estableciese dos consultas, evitando así a los enfermos, esos largos paseos y la pérdida de medio jornal para algunos de esos infelices que si bien padecen la enfermedad por vicios, no son ellos los culpables de que la enfermedad exista.

Bien poco, poquísimo en relación a los beneficios que reportaría a los enfermos, necesita gastar la Diputación en establecer esas consultas. Médicos, Internos, Mozos, material de cura, todos los que prestan servicio en la consulta del hospital, podían prestarlo en otro lado. El gasto, alquiler de dos casas a 1500 pesetas cada una y un empleado modesto, una especie de conserje que habitara en ellas para su cuidado y limpieza con 1000 pesetas; es decir, 5000 pesetas y los gastos necesarios a la instalación.

¡Cuanto bien y cuanto evitarían estas consultas la explotación de los enfermos! pues teniéndolas en el centro de Madrid, asistirían a ellas los muchísimos que no van por no perder el tiempo necesario a sus ocupaciones. >

No fue Vicente Martín el único que caviló en esto. La fama y el atractivo del nombre de "San Juan de Dios", y el hecho de que el nuevo hospital estuviese lejos del centro de Madrid, fueron dos factores aprovechados por algunos profesionales para su propio beneficio. Luis Portillo, un antiguo alumno interno de San Juan de Dios, al trasladarse el hospital a las afueras, instaló una consulta privada, próxima al antiguo caserón de la calle de Atocha, a la que no tuvo reparo en llamar "Consulta de San Juan de Dios". Este consultorio no tenía otra relación con el Hospital de San Juan de Dios, más que el nombre. Con algún interés científico y divulgativo y, sobre todo, con afán propagandístico, Portillo creó una revista de la que fue editor, la "Revista Española de Dermatología y Sifiliografía" (fig. 23). Esta revista pasó a denominarse, a partir de 1914, "Revista Española de Urología y Dermatología". En ella, además de hacer algunas

aportaciones científicas e incluir bastante bibliografía extranjera resumida, Portillo no desaprovechaba la ocasión de ensalzar de forma descarada la bondad de su consulta. En la nota editorial de celebración del primer año de publicación de la revista escribió (708):

> < La fundación de una clínica de enfermedades de nuestra especialidad, con el objeto de ver muchos enfermos, fue nuestro primer paso hace pocos años. Hoy es ya bien conocida en Madrid y provincias la "Consulta de San Juan de Dios".
>
> En ello hemos puesto nuestro empeño; rompiendo viejos moldes hemos tratado de darla a conocer por todos los medios de publicidad posible, para que después de conocida fuese apreciada, único medio de combatir el charlatanismo del venéreo que libre y a sus anchas, sin competidores honrados tenía la exclusiva de la cuarta plana de los periódicos políticos.
>
> Constantes en nuestra labor, trabajando sin descanso y curando a los enfermos como a cosa propia, no como se hace en los establecimientos de beneficencia oficial en donde es imposible que se cure bien por la sencilla razón de que hacen las curas fuera de la inspección del profesor, practicantes ineptos que curan precipitadamente cien enfermos en media hora (establecimientos en donde se pasa una consulta pública numerosa de doscientos pacientes en una hora escasa) sino dedicando más de ocho horas diarias al rudo trabajo intelectual y físico que supone curar personalmente gran número de enfermos, es como hemos conseguido que el público nos favorezca con su confianza y en su favor encontramos alientos para todas las empresas. Por la consulta de San Juan de Dios, desfilan al año tres o cuatro mil enfermos, tres o cuatro mil casos que robustecen de continuo nuestra práctica en la especialidad, práctica científica que traduciéndose en artículos, exposición de casos prácticos, composición de folletos sobre diversos asuntos, etcétera, resulta en último análisis en beneficio de nuestros lectores. >

La doble intención de la revista de Portillo fue criticada, más adelante, por Fernández Gómez y Cubero (414):

> < Consignemos, como es de justicia, que al aparecer las "Actas" existía la "Revista Española de Dermatología y Sifiliografía", muy digna de mención si se tiene en cuenta que en ella colaboraron distinguidos especialistas, pero que tenía sobre si el estigma de pertenecer al doctor Portillo, antiguo interno de Olavide, que no había reparado en ninguna de las artes del anuncio, como en la de atrae la atención hacia su "consulta" con el equívoco de llamarla de "San Juan de Dios". La propia revista no significaba, en verdad, otra cosa que una manifestación más de su perspicacia anunciadora. >

La iniciativa de Portillo, intencionadamente equívoca, no fue bien acogida por Azúa, ni

por la mayoría de los profesores de San Juan de Dios. Azúa había sido designado desde la creación de la consulta externa de San Juan de Dios para hacerse cargo de ella, y la consideraba uno de sus mayores orgullos. De hecho, Fernández Gómez y Cubero afirman (412):

> < La consulta, que empezó siendo de piel y ya lo era de venéreo, no sería conocida más adelante [más] que por la "Consulta de Azúa". >

Como respuesta a la estrategia de Portillo, Azúa hizo imprimir uno de sus "avisos" con el siguiente texto (99):

> < Se pone en conocimiento del público que las consultas de enfermedades de la piel, sífilis, etc, que se anuncian con los títulos de "Consulta de San Juan de Dios", particular del Médico-Director de la Consulta de San Juan de Dios y Consultorio de San Juan de Dios nada tienen que ver con el Hospital de San Juan de Dios, estando desempeñadas por facultativos que no son ni han sido Médicos de dicho Hospital. Resulta, por lo tanto, que las citadas Consultas no tienen del Hospital de San Juan de Dios más que el nombre del santo, más o menos aderezado; y como tratándose de ciertas enfermedades, todo el mundo, al oír o leer San Juan de Dios entiende que se trata del hospital de San Juan de Dios, conviene, para evitar equivocaciones, prevenir al público y hacerle saber no encontrará en esas Consultas Médicos del Hospital de San Juan de Dios, que es lo que busca atraído por el título de esos centros.
>
> Las Consultas de San Juan de Dios se encuentran establecidas en el nuevo hospital, situado próximo a la calle de O'Donnell, y son en absoluto completamente gratuitas.
>
> Las Consultas particulares de los Médicos del Hospital de San Juan de Dios, no se anuncian en los periódicos.
>
> Lo que se hace saber al público para que sepa a que atenerse. >

Portillo, en una nota necrológica en memoria de Olavide, ofreció su particular visión sobre el equívoco del nombre (710):

> < Cuando ya fui médico y con el flamante título debajo del brazo exploraba yo el horizonte profesional, con la incertidumbre del que empieza la lucha por la vida, Olavide me señaló la senda a seguir. El viejo hospital de San Juan de Dios iba a desaparecer por aquel entonces y con él las consultas públicas de sifiliografía y dermatología; la numerosa clase obrera y hasta clase media que a ellas acudía, para curar sus dolencias, tendría que ir, en adelante, al nuevo hospital, situado a cinco o seis kilómetros del centro de Madrid.
>
> -¿Por qué no pone usted una consulta pública de enfermedades de la

> piel y sifiliografía, con honorarios ínfimos, ahí en la calle de Santa Isabel, para toda esta gente obrera que vamos a desahuciar? -me dijo un día Olavide cariñoso y sonriente.
>
> Seguí su consejo; inauguré la consulta con el nombre de "Consulta de San Juan de Dios"; veo muchos enfermos; he seguido y sigo cultivando el difícil y árido estudio de las dermopatías, y si mi nombre empieza a ser algo, muy poco, conocido en la especialidad, lo debo a Olavide. >

Treinta años después, la "Consulta de San Juan de Dios" de Portillo había sobrevivido y se mantenía con una cierta fortuna. En 1929, tuvo lugar un cruce de cartas en "Ecos Españoles de Dermatología y Sifiliografía" y en "Actas Dermosifiliográficas" sobre la situación de la lucha antivenérea en Madrid. Para entonces, ya existían los Dispensarios Antivenéreos oficiales. Bejarano y Fernández de la Portilla eran precisamente los directores de estos Dispensarios Antivenéreos de Madrid. En un comentario de réplica de estos autores (237), aparece un párrafo que testimonia la supervivencia de la "Consulta de San Juan de Dios" de Portillo y recuerda, bastantes años después, el mencionado "aviso" de Azúa:

> < Que le agradecemos mucho nos haga la justicia de reconocer que no tienen nuestros Servicios, la menor semejanza con la Consulta de San Juan de Dios, de la que, entre otras muchas cosas, nos separa el hecho de no cobrar a nuestros enfermos unos miserables céntimos por cada actuación, que, si son lo bastante para restar de quien los cobre toda idea de altruismo en una campaña, no son lo suficiente para dignificar el ejercicio de ninguna profesión. Nos distinguimos también de ese consultorio en que no hemos merecido la sanción de que el maestro Azúa hiciera imprimir en los documentos de su Servicio oficial la advertencia de que ni tal consulta ni la que en casa de su médico director se anunciaba y anuncia diariamente en periódicos, prospectos callejeros, urinarios, etcétera, tuvieron nunca nada que ver ni con el prestigioso Hospital de San Juan de Dios ni con sus médicos. >

Contestando a esta nota de Bejarano y Fernández de la Portilla, replicó Luis del Portillo, afectado ya por una grave nefropatía (709):

> < La consulta de San Juan de Dios, que fundé hace treinta y un años vino a llenar, por aquel entonces, una verdadera necesidad y un fin altruista.
> .../...

> Díganme los doctores Bejarano y La Portilla si el curar a aquellos desgraciados gratuitamente, sin que mermase casi en nada su jornal tan necesario a su familia, no era una verdadera obra de caridad. Los enfermos, que no tenían que comprar nada, abonaban cincuenta céntimos por los gastos del material de cura: gasas, algodones, vendajes, inyecciones, pomadas, etc., no en concepto de honorarios. No hay que comparar una fundación particular, que de algo ha de sostenerse, con una institución oficial en la que el Estado sufraga todos estos gastos, y, además, da un sueldo a los profesores. No iba yo a hacer como el sastre del Campillo, que cosía de balde y además ponía el hilo. >

También recordó la polémica entablada con Azúa, a propósito del comentario de Bejarano y Fernández de la Portilla sobre el "aviso" de Azúa (237):

> < La "sanción" del doctor Azúa, originada por cuestiones personales, que no es del caso referir, no fue más que una venganza pobre. La prueba es que ningún otro profesor del hospital de San Juan de Dios, de los cinco o seis más que había, le imitó. Es bien sabido que Azúa, todo lo que tenía de sabio, de activo, de trabajador, lo tenía de absorbente, de ególatra, de... no sigo. ¡Paz a los muertos!. >

3.2.5.-LOS MÉDICOS DEL HOSPITAL DE SAN JUAN DE DIOS.

En los tres siglos que la Congregación de San Juan de Dios regentó el Hospital de Antón Martín la ordenación del personal asistencial venía determinada por la propia jerarquía religiosa. Después, cuando la Beneficencia Provincial se ocupó de la atención en San Juan de Dios las categorías profesionales de los médicos fueron mucho más complejas. Sobre ello escribió Sainz de Aja (749):

> < Pasemos ahora a decir cuatro palabras del personal, que siempre fue de primera línea, despertando celo en los demás e incluso en la Facultad.
>
> En los primeros tiempos era un pequeño maremágnum, pues había aparte del decano, trece categorías de médicos, otras tantas de cirujanos, médicos cirujanos de entrada, practicantes -82-, pues entonces los alumnos internos no existían.
>
> Había cargos tan raros como un médico de entrada en el Asilo de las Lavanderas, y nada menos que tres médicos de baños en el Molar, la Margarita en Loeches y Concepción de Peralta. >

El personal médico del Hospital de San Juan de Dios estaba integrado en el "Cuerpo Médico-Farmacéutico de la Beneficencia Provincial" en las mismas condiciones y

escalafón que los médicos del Hospital General, la Casa de Maternidad, la Inclusa, el Hospicio, el Colegio de la Paz y el Asilo de las Mercedes (749). Esta estructura de la Beneficencia Provincial, aparentemente tan jerarquizada, se modificaba con mayor facilidad de que podría pensarse, especialmente por simpatías políticas. Sainz de Aja cuenta que, al morir Olavide, lo sustituyó Lozano, y a éste le sucedió Polo de una forma un tanto irregular (765, 766):

> <Fue sustituido por Jesús Lozano que nunca fue dermatólogo, sino cirujano de sala de fracturados en el Hospital Provincial, que entendió más cómodo al final de su vida médica el refugio en una sala de enfermos cutáneos.
>
> Al fallecer López Cerezo se nombró, por argumentos y amistades políticas y venatorias o cinegéticas, al señor Polo, amigo y ayudante del Dr. Bombín.>

Este López-Cerezo al que se refiere Sainz de Aja, mencionado también por Baroja en "El Árbol de la Ciencia" (221) y en sus memorias (223), figuraba ya en el escalafón de 1874, aunque como profesor de número en el Hospital General (52).

El "maremágnun" que menciona Sainz de Aja, se fue simplificando a lo largo del siglo XIX. En la Sección Oficial del número del 7 de Agosto de 1865 de "El Pabellón Médico" aparece un Real Decreto del Ministerio de la Gobernación en el que se regula y simplifica la estructura del "Cuerpo Facultativo de la Beneficencia" (92):

> <Artículo 1.° El Cuerpo facultativo de la Beneficencia provincial de Madrid se compondrá de Profesores de número y de Profesores de entrada. Serán Profesores de número todos aquellos cuyo sueldo anual llegue a 8,000 rs, y de entrada los que disfruten de menos asignación.
> Art. 2° El ingreso en dicho Cuerpo será por la categoría de Profesor de entrada, en la forma que prescribe el reglamento del 22 de julio del año último y demás requisitos prevelados en el mismo.
> Art. 3° Se reconoce a los actuales Profesores agregados de la Beneficencia provincial de Madrid el derecho a ascender sin previa oposición a las plazas de número que resulten vacantes en dicho cuerpo, considerándoseles luego profesores de entrada y ocupando en la plantilla general que debe formarse el lugar que les corresponda por orden de antigüedad.
> Art. 4° Los Ayudantes mayores que prestan sus servicios en el Hospital general de esta corte se considerarán como auxiliares del cuerpo facultativo

> y se concede a los actuales el derecho de ocupar una vacante de cada tres que ocurran de Profesores de entrada, sin previa oposición. siempre que lleven ocho años desempeñando el espresado(sic) cargo y reúnan además los requisitos prevenidos en el reglamento antes citado.... >

Hacia finales de los setenta se mantenía una ordenación similar. La Diputación Provincial creó en julio de 1876 el "Consejo de Higiene y Sanidad de la Beneficencia Provincial". El reglamento de esta entidad se publicó en 1882 (52). Este consejo estaba formado por los Profesores del "Cuerpo Facultativo..." ya jubilados. En un apéndice de este opúsculo, figura el "escalafón general de los Sres. Profesores del Cuerpo Médico-farmacéutico de la Beneficencia provincial y su distribución en los hospitales y demás asilos". Se dividía el "Cuerpo Médico-farmacéutico..." en dos grandes secciones: Medicina-cirugía y Farmacia. En el primero -lógicamente mucho más numeroso que el segundo- se establecían tres categorías: Profesores de número, Profesores de guardia y Profesores supernumerarios. mientras que en el segundo sólo figuran profesores de número. Aparecen como profesores de número con destino en San Juan de Dios los siguientes:

-Ilmo. Sr. D Eusebio Castelo Serra (nº 6 del escalafón general),

-Excmo. Sr. D. José Eugenio Olavide (nº 10),

-D. Pedro Martínez García (nº 21),

-D. Manuel Sanz Bombín (nº 24) y

-D. Moisés San Juan y Obelar (nº 27).

Fernando Castelo y Canales aparece como profesor supernumerario, aunque no consta destino. La plaza de profesor de número de la sección de Farmacia con destino en San Juan de Dios estaba ocupada por D. Ángel Garrido e Isidro (52). Como se observa, en la ordenación jerárquica del escalafón se establecían diferencias en el tratamiento y en cuanto al número de cada profesor en el escalafón. Lógicamente, al producirse los ascensos por antigüedad, con las jubilaciones, bajas o fallecimientos se producían

movimientos en cadena de ascenso. Por entonces, la antigüedad y el escalafón se traducían en importantes cambios en la nómina, ya que los médicos de primera categoría tenían un sueldo de 3.625 pesetas, mientras que los de décimotercera categoría cobraban 2.125 pesetas, esto es, en trece ascensos aumentaba el sueldo en 1.500 pesetas (749).

En 1903, se publicó el "Reglamento del Cuerpo Médico-farmacéutico de la Beneficencia Provincial de Madrid dependiente de la Diputación Provincial de Madrid" (712). A pesar de su tardía publicación, este reglamento estaba ya vigente desde que fue aprobado por la Diputación Provincial, en la sesión del 15 de julio de 1889. Al Hospital de San Juan de Dios le correspondían entonces seis profesores (cuatro para servicio de visita y dos para servicio de consulta) y un farmacéutico, mientras que el Hospital General contaba con noventa y seis profesores (713). Menor dotación que San Juan de Dios tenían aún la Casa de Maternidad (2 tocólogos), la Inclusa y Colegio de la Paz (2 paidópatas(sic), el Hospicio (un médico) y el Asilo de las Mercedes (un médico). Sobre todos ellos gobernaba un "Jefe Facultativo del Cuerpo Médico-Farmacéutico" o "Decano" (714). En el "Cuerpo Facultativo" se contemplaban diez secciones: 1º) medicina, 2º) cirugía, 3º) dermatología y sifiliografía, 4º) partos, 5º) ginecología, 6º) paidopatía, 7º) enfermedades mentales y nerviosas, 8º) oftalmología, 9º) vías urinarias, 10º) laringología, otología y rinología. En el orden mencionado, la dermatología ocupa el lugar más destacado dentro de las especialidad médicas por su mayor antigüedad. Sobre esto dice Sainz de Aja (749):

> < Llegó el año 1889, en que, siendo diputado el doctor Pulido Fernández, sobrevino una gran modificación, pues se crearon las especialidades de Partos, Ginecología, Mentales y Nerviosas, Oftalmología, Vías Urinarias y Otorrinolaringología. La de Dermatología ya existía. >

Esta jerarquía del personal de la Beneficencia Provincial no sólo se traducía en diferencias asistenciales y pecuniarias, sino también en aspectos formales. Por ejemplo, la llegada

diaria de los profesores de número al Hospital de San Juan de Dios se adornaba con un curioso ceremonial (765, 766):

> < La puerta principal por la de Atocha, con una gran campana (como la que había en San Carlos a la entrada del Hospital Clínico Viejo); esta campana avisaba de la llegada de los profesores de número; con un repique al que seguían una, dos, tres cuatro o cinco campanadas sueltas, según que el profesor fuese el más antiguo, el segundo, etc., o el último, al que se daban cinco campanadas finales. >

También dentro del personal facultativo, aunque en un rango inferior a los profesores de número y supernumerarios, estaban los jefes clínicos. Entre sus responsabilidades figuraban la realización del servicio de guardias, dirigir al servicio de enfermería según las instrucciones de los profesores respectivos, ayudar a los profesores en sus intervenciones quirúrgicas y suplir a los profesores en sus ausencias y por enfermedad (717).

En la ordenación de 1889, figuran asignados al Hospital de San Juan de Dios cuatro jefes clínicos, dos destinados a las salas (enfermerías) y otros dos destinados a las consultas (717). En el Hospital de San Juan de Dios permanecía un único jefe clínico de guardia, aunque disponía de tres horas libres por la tarde, durante las cuales era relevado por sus compañeros por turno (718).

Los artículos 57 a 100 del "Reglamento del Cuerpo Médico-farmacéutico de la Beneficencia Provincial" se refieren a los internos. Para ser alumno interno era necesario tener aprobadas -o estar cursando- las asignaturas de Patología General y Terapéutica y haber superado un examen ante tribunal (719). Olavide empleaba a menudo la denominación de "practicantes" para referirse a los internos. Desde Azúa en adelante, se les denominará siempre "Internos".

Existían dos clases de internos: internos primeros e internos segundos. Entre las obligaciones de los primeros figuraban vigilar al personal subalterno, pasar visita, ayudar

en las operaciones, hacer guardias, mantener el material cuidado y realizar las estadísticas. Los internos segundos actuaban casi como secretarios transcribiendo las órdenes y prescripciones de los profesores y jefes clínicos, realizaban la petición a la farmacia (720).

Fernández Gómez y Cubero contaban de los internos del Hospital de San Juan de Dios (412):

> < Los internos procedían, como hoy, del elemento escolar de la Facultad de Medicina; pero entonces abundaba, y más en este establecimiento que en otros, el llamado "rata de hospital", tipo muy siglo XIX, que consideraba la carrera como una enfermedad demasiado exigente de atención, por lo que solía dejarla hacerse crónica. Muchos habían perdido ya la memoria de la Facultad, de los libros y aún de la familia; y así vivían, como Dios les daba a entender, un poco de la práctica de curas a domicilio, algo de la bohemia y del sable, y quien sabe si más de una vez no aceptaron ayudas de algunas de aquellas gentiles aparatistas de la 10. Los internos de tercera o "topiqueros", cobraban una peseta diaria; los de segunda o "libretistas", 1,50, y los de primera o "ayudantes", dos pesetas.
>
> Las guardias las hacían tres internos, uno de cada clase, a las órdenes de un jefe clínico. Estos, fuera de la guardia, ayudaban a los profesores de sala en la visita y les sustituían en las ausencias. >

En el "Cuerpo Médico-Farmacéutico de la Beneficencia Provincial" existía una cierta "carrera profesional". Así, una de las condiciones para ser jefe clínico era (716):

> < Proceder de la clase de Internos, por natural ascenso y después de haber recorrido toda su serie >

La sección de Farmacia tenía un escalafón paralelo al primero, aunque el equivalente de "jefes clínicos" eran los "jefes de laboratorio". En la categoría de farmacia existían, incluso, Internos de 3ª clase (722).

El último lugar del escalafón oficial lo ocupaban los enfermeros y enfermeras y el dentista-sangrador. Existían también categorías administrativas diferentes como mozos de farmacia, ordenanzas, etc.

En este reglamento de 1889, se incluyen las normas de elección del "Decano", que

era nombrado por la Diputación Provincial entre los cuatro profesores más antiguos del escalafón, las bases de las oposiciones, los requisitos de los ascensos, la organización de las consultas, del instrumental, de los departamentos hidroterápico, pneumático y electroterápico, del museo anatómico, incluso de los alimentos hospitalarios y de la higiene de los pacientes (715).

En 1901, se realizó una nueva e importante modificación en el "Cuerpo Facultativo" (749):

> <En 1901, una comisión compuesta por Sanz Bombín, Antonio Espina, Enrique Isla, Ricardo Pérez Valdés, el decano don Antonio Alcayde, Alfredo Rodríguez Viforcos y Juan de Azúa falló que en médicos de número no hubiera más categorías que las de entrada, ascenso y término; se sustituyen los jefes clínicos por médicos de guardia; que estos ascenderán a médicos de sala en Medicina y Cirugía, y que se provean directamente las vacantes de médicos especialistas.>

Concluye Sainz de Aja (749):

> < En la plantilla reducida de 1901, hay sólo siete categorías, que van desde 2.000 a 6.000 pesetas, cargos y cifras que no se modifican en 1914 ni en 1920.
> .../...
> Para acabar diremos que la plantilla que el Cuerpo Médico proponía en 1919, era de cinco categorías, de 3.000 a 8.000 pesetas, y que solamente una vez pasada nuestra guerra de Liberación, es cuando la Excma Diputación realizó un supremo esfuerzo, colocando las escalas en forma de ingreso igual para todos y ascensos por quinquenios, que es lo que ahora se disfruta.>

Fernández Gómez y Cubero retrataron así al personal facultativo de San Juan de Dios de finales de los ochenta, cuando Azúa se incorporó al hospital (412):

> < En la primera época hospitalaria de Azúa eran jefes clínicos don Baltasar Acín, don Francisco Polo, don Juan Antonio González, don José González Gago, don Heliodoro Romero y don Antonio Zofío.
> El cuadro de profesores de sala estaba formado por:
> primero, don José Eugenio Olavide; segundo, don Manuel S. Bombín; tercero don Francisco L. Cerezo; cuarto, don Fernando Castelo; quinto don Matías Martín Romero, y sexto, don Juan de Azúa.
> De ellos, Olavide ya había traspuesto la cúspide de sus energías, tan bien empleadas en provecho y lustre de la Dermatología Española; Bombín

> vivía eufórico envuelto en un nimbo de fama de venereólogo popular, que al convertirse en ingresos envidiables fueron, tal vez, causa de que desertara de la labor que razonablemente, se esperaba de él.
>
> Cerezo era hombre de bonísimos deseos, pero sin eficacia, por falta de solidez mental; Castelo (Fernando) hubiera podido ser el más serio adversario de Azúa. No le faltaban cultura médica ni talento; pero nacido en la casa de un prócer de la Medicina y desenvuelta ya su vida en optimista holgura económica, carecía de la perseverancia en el esfuerzo: don Matías Martín Romero, por último, era uno de estos hombres que consideraban su plaza hospitalaria como una colocacioncita, con cuyo desempeño puntual y formulario daba por bien ganados los durejos mensuales que por sueldo le correspondían. >

Al fallecer Olavide, en 1901, le sucedió en el mando Jesús Lozano, un cirujano traumatólogo del Hospital Provincial, que ocupó el cargo por motivos políticos más que por derecho. A éste le siguieron López-Cerezo y Polo (765, 766).

En 1908, ingresaron por oposición en San Juan de Dios dos jóvenes médicos que, andando el tiempo, serían los sucesores de Azúa y herederos de la tradición del Hospital de San Juan de Dios: José Sánchez Covisa y Enrique Álvarez Sainz de Aja. Su incorporación supuso un gran avance en las actividades asistenciales y científicas de hospital. En 1910, ingresó Sicilia y, poco más tarde, Sánchez Taboada (765, 766). En 1917, se incorporó Bejarano, primeramente adscrito al servicio de Covisa, y que después compartió la jefatura de servicio con éste. Por fallecimiento o por exilio, después de la guerra civil sólo permanecían como profesores de número Sainz de Aja y Felipe Sicilia. En 1944, llegaron a San Juan de Dios Gay Prieto, Álvarez Lowell y Gómez Orbaneja. Después les siguieron Pelayo Gómez, López Villafuertes, Forns, Álvarez Cascos y otros (765, 766).

3.2.6.-OTRAS CATEGORÍAS PROFESIONALES Y SECCIONES DEL HOSPITAL DE SAN JUAN DE DIOS.

Uno de los principales problemas derivados de la excesiva burocratización del Hospital de San Juan de Dios era la existencia de cargos vacíos de poder. Por ejemplo,

así veía Vicente Martín la figura del Director del Hospital (538):

> < No me he podido nunca explicar para que sirve el Director en las condiciones que está el Hospital. He conocido dos: el Sr. Jiménez Torán y el Sr. Domarco Moreno, buenas personas, excelentes Empleados, con méritos suficientes para más altos cargos; todo lo reconozco, pero, a mi entender, completamente inútiles en aquella Casa.
>
> Entiendo yo que el director es aquel que dirige algo; allí a este empleado no le dejan dirigir nada. El Cuerpo facultativo tiene su jefe, el Decano; los Empleados tienen el suyo, la Diputación; los sirvientes tiene los suyos, el Visitador y la Superiora;... >

El "Comisario" de San Juan de Dios no era un funcionario de policía, como pudiera pensarse, aunque sí existieron en el hospital, en los tiempos de reglamentación de la prostitución, un cabo y cuatro números de la Guardia Civil que se alojaban en la parte alta del pabellón de Farmacia y del Laboratorio (765, 766). La "Comisaría de San Juan de Dios" era lo que hoy se entendería como un Servicio de Admisión y Administración de un hospital. Vicente Martín explica así la figura del Comisario (539):

> < Tal y como está organizado el servicio, el Comisario es el único esclavo en aquella Casa, que no puede abandonar un momento; sus dos subalternos tienen, como los demás Empleados, sus horas de oficina de 9 a 1, y terminadas se retiran hasta el día siguiente; como la Comisaría debe estar abierta constantemente, el Comisario, que tiene allí habitación, no puede salir a la calle. Esto se evitaría colocando a sus órdenes a un sólo Auxiliar... >

Las funciones de la comisaría eran (540):

> < Filiar a los enfermos, anotar las altas, hacer siete estados del movimiento de Enfermerías y el estado de alimentación sacado de las libretas... >

Otra de las categorías profesionales era la de los enfermeros (542):

> < Dos primeros a 1.750 pesetas, y dos segundos a 1.250; total 6.000 pesetas, hacen servicio un segundo y un primero cada 24 horas.
>
> Así como no me explico el por qué existe un Director, tampoco me explico porque existen estos cargos.
>
> Antiguamente eran los encargados del reparto de comidas, de vigilar todo lo concerniente al servicio de enfermos, hacer las libretas, de llevar la contabilidad de la ropa, de inspeccionar las comidas, teniendo autoridad para rechazar la que no reunía las condiciones de cantidad y calidad establecidas por el Reglamento; también tenían autoridad para imponer un

> correctivo al sirviente que faltase a su obligación; hoy no sucede nada de esto, hoy no son más que unos Vigilantes sin autoridad alguna y sin autorización para pasar del vestíbulo a los pabellones, pues las Hermanas no consienten allí más jefatura que la suya.
> .../...
> De todas sus antiguas obligaciones, sólo conservan una; de los derechos y atribuciones, ninguno.
> Lo más estúpidamente ridículo es el servicio principal de los Enfermeros; consiste en ir a la cocina a la hora de la comida y probarla, y después ir recorriendo los pabellones preguntando a las Hermanas, no a los enfermos, si la comida está buena, poniendo un parte a la Dirección suscrito por el Enfermero mayor, en el que asegura estar en condiciones. >

Los llamados "sirvientes" o "mozos" realizaban las tareas de los celadores y empleados subalternos actuales, aunque en peores condiciones (545):

> < Los Mozos, varones y hembras de enfermería del Hospital, que son muy pocos para el servicio tan grande, sobre todo en los pabellones 3°, 5° y 7° de hombres y 4°, 6° y 8° de mujeres, donde debía haber uno más en cada pabellón, se levantan a las cuatro y media, y barren salas y vestíbulos; a las siete se les da el chocolate y media copa de aguardiente servida en ¡Oh admirable limpieza! en la misma copa, sin enjugarla una sola vez, a ochenta personas. .../... A las siete tocan a la sopa de los enfermos; los Mozos a servirla, aunque la reparte la Hermana. Otra vez a barrer y trapear, hasta las ocho que empiezan las curas; cada Mozo a su sala a dar el material y ayudar a los Internos. Estando en esta operación llega la visita, y a pasarla con el Profesor; después a mondar patatas hasta la hora de comer que tocan a las once.
> A las doce, a dar de comer a los enfermos, y a la una a la portería por las cartas y una horita de asueto hasta las dos, y a los ventorros a continuar la comida. A las tres, a recoger botica y repartirla, y si no es día de coger carbón leña o cambio de ropas, a fregar los suelos hasta las cinco, que tocan a cenar. A las seis, a dar las cenas a las enfermerías, y a las siete, el que no está de guardia, puede salir a los encargos hasta las diez que cierran las puertas. Las mujeres no salen más que los jueves y domingos un rato por la tarde, quedándose la mitad de guardia. >

La animadversión que Vicente Martín sentía hacia las hermanas de la Congregación de Santa Ana, que se ocupaban de la atención de los enfermos en el hospital, aparece reflejada en su opúsculo en numerosas ocasiones (547):

> < Preguntad a los Médicos de las Casas de Socorro, que asisten a los enfermos pobres, que concepto tienen formado de las Hermanas de la Caridad, y os contestarán, si no han sido Internos en el Hospital, porque entonces os contestarán otra cosa:

> "Al ver la miseria en que viven esos desgraciados que visito, les propongo ir al Hospital, donde serían mucho mejor atendidos", y todos se resisten prefiriendo quedarse en su casa hasta sin clavos, y sólo cuando se acabaron los recursos suyos, y aún los de los vecinos es cuando van. Añadirían: "he tratado de convencerles, de que hay buenos Médicos, no faltan medicinas buenas, gran limpieza; pero siempre me han contestado: ¡también hay beatas!".
>
> Y, por último, preguntad uno a uno a los millares de seres que están o han estado enfermos en una cama del Hospital, y os hablarán con gran elogio del Médico, de los Internos y aún los Mozos, si han podido darles alguna propina; pero de las Hermanas os hablarán siempre mal. Si preguntáis a los sirvientes, os dirán atrocidades. >

Como anécdota, Martín cuenta que las treinta y dos hermanas tenían "secuestrado" al capellán del hospital, que decía la misa diaria para ellas, en sus propias habitaciones, sin que pudieran acudir a oír misa ningún empleado o enfermo, si así lo deseaban (541):

> < La Diputación provincial paga 1.250 pesetas a un Sacerdote para que preste sus servicios en esta Casa.
>
> Es obligación de este señor decir una misa diaria y ayudar a bien morir al desgraciado que lo necesita; afortunadamente, en este Hospital, ocurre esto muy pocas veces, muy de tarde en tarde. La misa la dice diariamente.
>
> .../...
>
> Al Capellán de la Casa, que cobra un sueldo de la Diputación, por prestar sus servicios en el Hospital, se le debe obligar a que diga su misa en la iglesia para que acuda el que quiera, y entonces tendría derecho a cobrar; hoy no, puesto que su servicio sólo es para las Hermanas y éstas las que están obligadas al pago del servicio que reciben. >

3.2.7.-LA FIGURA DEL "VISITADOR".

La comunicación del Hospital de San Juan de Dios con la Beneficencia Provincial, la Comisión Provincial y la propia Diputación se realizaban a través del "Decano del Cuerpo Médico-farmacéutico de la Beneficencia", de las "Juntas del Cuerpo Facultativo" y de los "Visitadores". Éstos últimos eran diputados provinciales que debían comprobar in situ el cumplimiento del reglamento y de las órdenes dictadas por la Diputación sobre los centros que dependían de ella. El mismo visitador tenía cierto poder ejecutivo. Vicente Martín critica sin miramientos la inoperancia y el continuo baile de diputados visitadores

(536):

> < He estado en el hospital sesenta y seis meses y he conocido lo menos quince Visitadores, algunos por tres y hasta cuatro temporadas: es decir, que hay un Visitador que lo ha sido un mes, otros en distintas épocas de un año, y ninguno de estos señores ha hecho nunca nada bueno en el Hospital, a no ser que se tenga por bueno colocar a sus amigos; >

Más adelante añade (537):

> < Es el Visitador un señor Diputado provincial que indudablemente va a cumplir su destino a la fuerza, obligado por las circunstancias, y que, por lo tanto, le importa muy poco lo que allí pueda ocurrir, y como disfruta del cargo tan poco tiempo, no puede conocer las necesidades de la Casa y tiene que guiarse por lo que le dicen. >

3.2.8.-OCASO DEL HOSPITAL DE SAN JUAN DE DIOS.

El advenimiento de los salvarsanes y el bismuto en la terapéutica venereológica fue, en opinión de Sainz de Aja (765, 766), el principio del fin del Hospital de San Juan de Dios como gran centro venereológico. En los pabellones se ingresaban cada vez menos enfermos y aumentaban los que se atendían en la consulta de forma ambulatoria (759), continuando la tendencia iniciada por Azúa:

> < En nuestro Hospital no he conocido crujías o camas supletorias, es decir, que las necesidades de hospitalización quedan suficientemente cubiertas. En cambio, y en la asistencia externa, las cosas han seguido un rumbo inverso.
> .../...
> Frente a la resta de clientelas que ha significado la apertura de los Dispensarios Oficiales, Seguro de Enfermedad, etc., hemos contado con dos factores que han hecho superar todas las mermas o restas. La mayor facilidad de comunicaciones y medios de trasladarse el Hospital y el crédito persistente, yo diría creciente, de éste.... >

Cuando se inauguró el nuevo hospital en 1897 existían 360 camas de venereología frente a 160 de piel. En la década de los cincuenta, cuando Sainz de Aja escribió una breve semblanza del hospital (765, 766), la proporción se había invertido en una proporción de uno a cuatro. Dice este autor del cambio de "venereológico" a "dermatológico":

> < Los que eran simplemente "médicos reconocedores de la

> prostitución", desde 1920 se designaron "médicos de la lucha antivenérea", y desde hace pocos años figuran como "dermatólogos del Estado".
>
> De un modo similar, nuestro hospital de San Juan de Dios ha pasado de ser, de prostitución y galicosos, a Hospital dermatológico; imposición decretada por su contenido.
>
> De aquí en adelante, el que tome el fácil camino de la venereología regional, nada tiene que hacer en él... >

El pabellón sexto fue el primero en quedar vacío y se instaló en él el "Instituto del Cáncer". Se creó también una sala de Urología, atendida por Ángel Pulido. El ingreso en la plantilla de San Juan de Dios tras la muerte de Bombín y de Lozano, de Molás y Mañueco, procedentes de la medicina y obstetricia respectivamente, acentuó la fragmentación y la pérdida de identidad de San Juan de Dios como hospital dermatovenereológico. Después de estos cambios, la distribución de los pabellones de San Juan de Dios era así (765, 766):

> <...Covisa desempeñó el pabellón segundo y tercero, Aja el cuarto y séptimo alto. Molás el quinto, Mañueco el séptimo bajo, Sicilia el octavo y Pulido el séptimo alto. >

La distribución interna del hospital en 1954 quedaba del siguiente modo (758):

> <Actualmente han desaparecido las 160 camas dedicadas a la prostitución. Ya no se dedican a venereopatías exclusivamente los pabellones 2°, 5° y 7°. Todos los servicios son mixtos, pero con predominio dermatológico y de sífilis visceral sobre la patología regional genital, anal e inguinal, o meramente cutánea, sobre lo venereológico.
> Y aparecen distribuidas así:
> Dr. Sainz de Aja ... ... 80 camas (40 H. y 40 M.)
> Dr. Sicilia ... ... 80 camas (40 H. y 40 M.)
> Dr. Gay ... ... 100 camas (40 H., 40 M y 20 niños)
> Dr. Álvarez Lowell ... 80 camas (40 H. y 40 M.)
> Dr. Gómez Orbaneja ... 100 camas (40 H., 40 M y 20 niñas)>

Para cada profesor la distribución de su enfermería era, en 1954, mucho más homogénea que a principios de siglo (765, 766):

> < Y llegamos al momento actual. La progresiva transformación se ha completado. No solamente tienen consulta todos los profesores, sino servicios completos de hombres y de mujeres, de venéreo y dermopatías, incluso de lepra y distinguidos. >

Además del abandono de la reglamentación de la prostitución y de la disminución de los enfermos venéreos, un segundo factor que pudo influir en la disminución de actividad en el Hospital de San Juan de Dios fue el progresivo desplazamiento de la asistencia dermatológica hacia la Facultad de Medicina, ya desde la época de Azúa. Con Covisa, este rasgo fue aún más acusado, ya que realizó en la Facultad de Medicina una buena parte de su labor asistencial. Un reflejo formal importante de este flujo de pacientes es el hecho de que a partir de 1926 casi todos los trabajos de Covisa que aparecen en "Actas Dermosifiliográficas" llevan el siguiente epígrafe: "...Cátedra de Dermatología de Madrid. Profesor Covisa." También, cuando en 1928 Villarejo escribió una serie de artículos sobre la enseñanza de la dermosifiliografía en España, y se refiere a Covisa, se limita explicar su labor en la Cátedra de Dermatología y no habla de su servicio en el Hospital de San Juan de Dios (858). Sin embargo, es posible que este factor no tuviese tanta importancia. De hecho, un testimonio de García Tapia, en la contestación al discurso de ingreso de Gay Prieto en la "Real Academia Nacional de Medicina", parece confirmar que, aún después de la guerra civil, el volumen de pacientes de San Juan de Dios era mucho mayor que el de la Facultad de Medicina (434):

> < ...No obstante los riesgos inherentes al azar de unas oposiciones , (Gay Prieto) no vaciló en comprometer su destacada situación profesional y concurrió a las que se celebraron en 1944 para cubrir una plaza de Médico de la Beneficencia Provincial de Madrid, con la que obtuvo un servicio clínico numeroso que permitía una enseñanza práctica imposible con el exiguo número de camas que disponía en su Cátedra. >

En 1954, Sainz de Aja parecía presentir el destino del Hospital de San Juan de Dios y se quejaba (765, 766):

> < Lo que precisa son obras e instalaciones modernas, pues con actores ya cuenta. No debe continuarse con los precarios medios de hoy. Tenemos tres elementos buenos: edificio, enfermos y médicos. Sólo falta dotación en medios de exploración, de diagnósticos, de tratamiento. No basta alegar que hace falta mucho dinero; cuando una especialidad ha mejorado cual ninguna

> el estado sanitario de un país, todo se lo merece.
> Y esta especialidad es la Dermo-Venereología.
> Y el Hospital de San Juan de Dios en Madrid. >

En último caso, no fueron la disminución del número de enfermos venéreos ni la desviación de pacientes hacia otros centros las causas de la clausura del Hospital de San Juan de Dios. El factor más determinante fue la necesidad de ampliación del Hospital Provincial y el valioso solar que ocupaba el de San Juan de Dios. El hospital, tan distante a principios de siglo del centro de Madrid, estaba ya integrado en los años sesenta en la estructura urbana de Madrid, como consecuencia del gran desarrollo demográfico de la capital durante estas décadas. Los problemas de comunicación con el centro a que varios autores habían hecho referencia eran ya historia. No se puede culpar a los servicios no dermatovenereológicos del Hospital de San Juan de Dios, como el de urología, que había desempeñado inicialmente Ángel Pulido, o de oncología, de haber contribuido a su desaparición, puesto que ocupaban dependencias o pabellones ya vacíos.

En 1979, escribía Valladares Roldán (853):

> < Con el transcurso de los años, este hospital ha ido desapareciendo, formando en la actualidad un sólo cuerpo médico asistencial, con el antiguo Hospital Provincial, uniéndose al moderno centro sanitario hoy denominado Ciudad Sanitaria Provincial Francisco Franco. >

El viejo "Instituto del Cáncer" creado a principios de siglo fue creciendo en importancia, especialmente durante los años cuarenta y cincuenta. En 1961, se instaló en el Hospital de San Juan de Dios el "Centro de Oncología de la Diputación Provincial" de Madrid. Se acondicionó para ello el pabellón "Reina Victoria" dedicado hasta entonces a enfermos incurables (46).

En el número de enero-febrero de 1964 de la revista de la Beneficencia Provincial, "Hospital General", apareció la siguiente nota en la sección de noticias (89):

> < En este orden de mejoras materiales, recientemente, recogiendo el sentir de la totalidad del Cuerpo médico, se ha elevado un escrito, encabezado por el decano y suscritos por los profesores y jefes clínicos, a la excelentísima Diputación, pidiendo la construcción de un nuevo hospital que sustituya al actual de Santa Isabel. >

En la misma publicación, aparece tres años después la siguiente noticia, en la que la que cualquier comentario sobre el viejo Hospital de San Juan de Dios queda sepultado por el triunfalismo de la inauguración de nuevas dependencias del Hospital Provincial (70):

> < El día 23 de diciembre [de 1966] ha sido inaugurada la Clínica Psiquiátrica para enfermos mentales agudos, construida en el plazo de siete meses, y cuyo edificio se integrará en la Ciudad Sanitaria Provincial "Francisco Franco", que, como es sabido se está levantando a ritmo acelerado en los terrenos del antiguo Hospital de San Juan de Dios, y estará formada por la siguientes edificaciones: Hospital Provincial Médico-Quirúrgico, Pabellón de Oncología, Parque Móvil, Imprenta Provincial y la Clínica hoy inaugurada, que consta de cuatro plantas y torreón y tiene capacidad para 170 camas. Dicho edificio ocupa -dentro del gran solar del antiguo hospital, cuya extensión es de 61.000 metros cuadrados- una zona de 3.800. >

3.3.-JOSÉ EUGENIO DE OLAVIDE.

3.3.1-BIOGRAFÍA.

Las fuentes biográficas más importantes sobre Olavide son una semblanza de López de la Vega publicada en el "Anfiteatro Anatómico Español" en 1874 (520) y una nota biográfica redactada por Fernando Castelo como homenaje póstumo (284).

José Eugenio de Olavide Landazábal (figs. 24, 25 y 26) nació el 6 de septiembre de 1836 en Madrid. Su padre, José María de Olavide, fue cirujano, hecho que probablemente influyó en la dedicación de Olavide a la medicina. Comenzó sus estudios en las Escuelas Pías de San Fernando y los continuó en el Instituto de San Isidro. Recibió el grado de bachiller el 8 de junio de 1850 y, a finales de ese mismo año, comenzó los estudios de Medicina, completando la licenciatura con la calificación de sobresaliente en

todas las asignaturas, así como en las del doctorado (9, 520). Fue alumno interno desde 1853 a 1858 en las clínicas de Toca, Calvo, Soler, Solís, Santero, Drumen y Alonso del Hospital General de Madrid. El 25 de noviembre de 1858 recibió el grado de licenciado y el de doctor el 22 de octubre de 1859.

Fue el primero entre los veinticinco aspirantes que se presentaron a las oposiciones a médico del "Real Patrimonio" del año 1858. En 1860 ascendió a médico patrimonial de la Casa de Campo. En ese mismo año ingresó, también por oposición, en el "Cuerpo Médico-Farmacéutico de la Beneficencia Provincial" con destino, como médico-cirujano, en el Hospital de San Juan de Dios (520).

Olavide debe su interés en la dermatología a su dedicación inicial a la cirugía. Antes de la obtención del grado de licenciado, pasó todo un verano en París asistiendo a las clínicas de los hospitales de esta ciudad, especialmente al Hotel Dieu y Hospital de la Caridad, y a las clínicas de Trousseau y Velpeau y Maissonave (520). Ni Olavide en su amplia producción científica, ni sus biógrafos refieren de forma expresa que durante esta época acudiese también al Hospital de San Luis, donde Bazin y Hardy eran las dos cabezas de la escuela dermatológica francesa. Fernando Castelo, amigo y compañero de Olavide, comenta acerca de este momento crucial en la dedicación a la dermatología de éste (287):

> <Cuando él estudió la dermatología y asimismo cuando comenzó a ejercerla, imperaba en el mundo la escuela francesa de San Luis, de París y de la Antiquaille de Lyon, y los médicos de todas partes iban a esos centros a aprenderla, así es que en el mundo entero se profesaban las teorías de Alibert, Rayer, Cazenave, Devergie, y posteriormente de Bazin y Hardy, entre otros.
>
> Estos fueron los maestros de Olavide, y tuvo el mérito de hacerse dermatólogo por su propio esfuerzo, pues las especialidades no estaban en España tan residenciadas y aclimatadas como ahora, y por consiguiente puede decirse que como especialista tuvo que hacerse a sí mismo...>

El mismo Olavide se reconoció discípulo de la escuela francesa en diversas ocasiones (662, 663):

> < Cuando me encargué en 1861 de la visita de los enfermos de la piel en el Hospital de San Juan de Dios, la especialidad dermatológica no estaba fundada en mi patria, al menos de una manera práctica y hube de estudiar en vuestros libros mis primeras nociones científicas. Devergie, Bazin y Hardy, vuestro sabio presidente,fueron mis maestros. >

Además de su dedicación a la medicina, nos consta que Olavide mantuvo también algunas actividades empresariales de diversa índole. Así, durante un viaje a Cádiz por algunos negocios pesqueros en los que participaba como industrial conoció a Antonio Mendoza, a quien después traería a Madrid para hacerse cargo de su laboratorio micrográfico (289).

Ocupó, además, varios cargos oficiales, como Consejero de Sanidad e Instrucción Pública y Director-decano del Hospital de San Juan de Dios. Falleció a los setenta y tres años el día 1 de marzo de 1901 (32).

El día 11 de marzo de 1901, diez días después del fallecimiento de Olavide, se celebró una sesión del "Cuerpo Médico-Farmacéutico de la Beneficencia Provincial" dedicada a su memoria. Castelo pronunció un emotivo discurso rememorando los rasgos personales y profesionales más destacados de Olavide. Lo describe del siguiente modo (285):

> < ... Mediano de talla, su cabeza pequeña... Su mirada viva, penetrante... Su boca, pronta a contraerse para expresar la desconfianza o la ironía... Sus pies, breves, como los de una señorita... Correcto y pulcro, era lo que se llama un hombre fino. Jamás se descompuso ni en la expresión de sus afectos ni en ninguno de los actos de su vida; ... >

El Ayuntamiento de Madrid dedicó al recuerdo de Olavide, como hizo con otros ilustres profesores de la Beneficencia Provincial, el nombre de una plaza de la ciudad.

3.3.2.-ACTIVIDAD ASISTENCIAL.

En la literatura médica española de la segunda mitad del siglo XIX aparecen numerosos elogios a la labor asistencial y docente de Olavide. Sin embargo, las referencias de terceras personas sobre la forma de desarrollar su práctica clínica son nulas.

Los testimonios más fieles sobre la forma de afrontar Olavide cada caso clínico, la interpretación patogénica y sus ideas y medios terapéuticos están en su propia obra. Así por ejemplo, cada caso recogido en su "Clínica Iconográfica..." de 1873 es una lección magistral y, a través de ellas se puede deducir la "forma de hacer" de Olavide. A modo de ejemplo, incluimos la descripción clínica, plan terapéutico y evolución que él mismo hace de una caso de erisipela que refiere como "erisipela aguda o pseudo-exantemática" (581) (fig. 27):

> < Observación.
> L.G., de 21 años, prostituta, soltera, natural de Belmonte, de temperamento linfático, bien menstruada, entró en el Hospital el 30 de marzo de 1867, a curarse accidentes venéreos y sifilíticos primarios. Ha padecido varias veces erisipelas faciales. El 29 de septiembre, y después de un enfriamiento estando menstruando, empezó a notar pródromos febriles y disminución del flujo periódico: por la noche dolor en el epigrastrio, vómitos y fiebre intensa, durante la cual empezaron las mejillas a ponerse rubicundas, calientes, muy sensibles a la presión, y abultadas o tumefactas. El 30 por la mañana, cuando se hizo el retrato, la erisipela ocupaba ambas mejillas, la nariz y los párpados: la fiebre era ya menos intensa; pero el dolor de cabeza mayor y superficial, indicando la propagación de la enfermedad hacia la frente y las regiones parietales: la menstruación suprimida.
> Plan curativo.
> Dieta absoluta.-Agua de cebada cremonizada para bebida: sinapismos bajos y calentadores a los pies: polvos de almidón en abundancia a los puntos erisipelados.-Día 1 de Octubre. Continúa la fiebre; la erisipela, que decrece en las mejillas, se ha corrido a las partes anterior y laterales de la cabeza; los párpados están muy abultados, no permitiendo el ejercicio de la visión: las orejas tienen el doble del tamaño natural; la sensibilidad en estos puntos es muy exagerada, ha habido algún delirio durante la noche. El mismo plan.-Día 5 de Octubre. Los puntos erisipelados de la cara, los ojos y las orejas, han perdido su color rojo intenso: el epidermis que los cubre, se agrieta y desprende en láminas extensas o furfuráceas; el abultamiento ha

> desaparecido en los párpados, que ya puede abrir, y en las orejas; no hay fiebre; la erisipela, sin embargo, continúa en la parte posterior de la cabeza.-Día 10 de Octubre- El abultamiento y dolor de los tegumentos del cráneo, que en los días anteriores ha ido variando de sitio, puede darse por terminado. La enferma, que desde el día 7 está tomando caldos, ha podido hoy tomar más alimento.-Día 12. Se suspende todo el plan, y se vuelve a las curaciones y al tratamiento antisifilítico que se estaba usando anteriormente. >

Olavide llegó al Hospital de San Juan de Dios en 1861 (662, 663), encargándose de una enfermería de 120 camas. En 1866, Sánchez Rubio describió con detalle la distribución de la enfermería de Olavide (804):

> < Consta la clínica dermatológica del Sr. Olavide de dos salas de hombres, dotadas la una con 20 camas y con 34 la otra (exclusivamente dedicada a la sarna y las tiñas) y de una sala de mujeres capaz para 17 enfermas, pero cuyo número puede aumentarse en caso de necesidad a expensas de la sala más próxima de sifilíticas, en la que siempre figuran las dermatosis de esta naturaleza, que no son pocas. >

Olavide no dudó en apoyarse en la histología y microbiología como medios de diagnóstico auxiliar de la dermatología. De hecho, él fue precisamente el impulsor del laboratorio de San Juan de Dios y los esfuerzos que a ello dedicó le permitieron también importantes éxitos profesionales, con la ayuda de brillantes colaboradores de la talla de Antonio Mendoza. Así, por ejemplo, la técnica de examen al microscopio de la escamas de una posible micosis cutánea, prueba que aún realizan a menudo los dermatólogos en la consulta como medio de confirmación de la sospecha clínica, aparece ya perfectamente descrita por Olavide en 1878, en su monografía sobre vegetales parásitos (590):

> <...si se raspa la superficie de la placa con un cuchillete y se coloca lo recogido en el porta-objetos de un microscopio, se ven los esporos y el mycelium del tricophyton mezclados con células epiteliales o epidérmicas. Si se pone una gota de cloroformo o de la solución de potasa cáustica sobre el conjunto de esta mezcla, todas las células se disuelven y desaparecen, quedando el vegetal limpio y más visible. >

Olavide fue también un gran renovador en la terapéutica dermatológica. De esta dedicación dice Fernando Castelo (293):

> < Los últimos tratamientos eran ensayados en España por él antes que por nadie; dígalo sino el de los lupus, los eczemas, etc., por la fototerapia, que comenzó a ensayar en seguida en el Hospital. >

En la biografía de Azúa, Castelo recordó este interés de Olavide en las novedades terapéuticas, haciendo mención de nuevo a introducción de la finsenterapia (279):

> < Ya en el nuevo Hospital de San Juan de Dios, y en unión de Dr. Olavide, se montó una instalación para el tratamiento de luposos y cancerosos por la finsenterapia. >

Además, Olavide se esforzaba por fundamentar los tratamientos aplicados por él sobre bases etiopatogénicas y fisiopatológicas racionales, más que en el puro empirismo. Por ejemplo, aún algunos años antes de que se utilizasen las sales de talio como depilantes o la depilación por radioterapia para la tiña favosa ya él decía (587):

> < No hay más que matar el pelo, evitar su nueva salida, impedir que el folículo produzca otro nuevo, quitar, en una palabra, al favus el alimento que le sostiene y que le da vida, y entonces espontáneamente se marchita y muere también separándose de su sitio de implantación. Si se pudieran suprimir todos los pelos y todos los folículos pilosos de la organización animal, quedaría también suprimido el favus. Si el hombre y los animales careciesen de todo pelo, no existiría la tiña favosa. >

Esta depilación terapéutica se practicaba hasta entonces de una forma brutal (589):

> < La avulsión de los pelos, considerada y con razón por los antiguos como necesaria para la curación de la tiña, la practicaban de un modo bárbaro y cruel, con unos parches de pez que llamaron "calotas" de los que tiraban sin compasión cuando se había adherido a los pelos arrancándoles por este medio en masa, de una vez, y determinado dolores terribles y a veces lesiones graves en la piel del cráneo. >

Frente a esta técnica inhumana, Olavide propugnó la depilación manual paciente, con pinzas, previo ablandamiento con agua, grasas o cataplasmas (588). En algunos casos los pelos no se desprendían fácilmente, entonces Olavide sugería (572):

> < 154. La depilación en la tiña tonsurante es por dicha fragilidad muy difícil o imposible en el sitio enfermo y debe hacerse, lo mismo que en una pelona, en la circunferencia del mal para aislarle y evitar su propagación a los pelos próximos. >

La depilación mecánica se completaba con tratamiento específico. Olavide utilizaba pomadas de sublimado (cloruro mercurioso), trementina, aceite de enebro, etc. (571):

> < 148. La tiña favosa se cura radicalmente y en pocos meses por la depilación y los tópicos parasiticidas empleados inmediatamente después.- Las curaciones que se dicen obtenidas sin depilación son aparentes: los favus caen con lociones o unturas, la piel se limpia de escamas; pero al abandonar el tratamiento, aquellos retoñan y destruyen el pelo con duplicada actividad.
> 149.-Si algunos remedios hubiera que curasen la tiña favosa sin depilación ni destrucción de los folículos pilosos, debieran preferirse, los que más se aproximan a este bello ideal son el aceite de enebro y la trementina porque penetran por capilaridad hasta el bulbo enfermo y a fuerza de constancia en las unturas matan el vegetal; >

En un texto reciente de formulación magistral dermatológica escribe el autor (4):

> < También hay que resaltar la acción antimicótica del timol que puede dar a la fórmula buena aplicación para el tratamiento del "pie de atleta"... >

Precisamente del timol como antimicótico ya habló el hijo de Olavide en su memoria de doctorado, realizada en el laboratorio de San Juan de Dios; comentaba respecto a su experiencia y la de su padre en la aplicación clínica del timol (670):

> < Estos experimentos se los manifesté a mi padre el Dr Olavide, el cual, con objeto de comprobar en la clínica los resultados del Laboratorio, empezó a hacer uso de las pomadas de timol en sustitución de la de sublimado empleada en su clínica hasta la fecha.
> .../...
> Los resultados obtenidos son más satisfactorios que con la pomada de sublimado, hasta el punto de conseguirse una curación en la mitad de tiempo del que se tarda con cualquier otra sustancia... >

Olavide también aplicaba con frecuencia los polvos de almidón, aún hoy utilizados en baños en las exacerbaciones de las dermatitis en general y especialmente de la dermatitis atópica (562):

> < 6. El almidón sirve de mucho en las exacerbaciones agudas y fugaces de las dermatosis crónicas. >

Tenía muy claros los conceptos de compatibilidad e incompatibilidad de los tópicos según las características de las lesiones y la base del medicamento (569):

> <62. Las grasas (aceite, manteca, coldcream, etc) son perjudiciales en todas las dermatosis húmedas, no sólo de la piel, sino de las mucosas, y son por el contrario muy útiles en las escamosas.
> 63. El tratamiento de las úlceras por los ungüentos es casi siempre perjudicial y debe relegarse al olvido.
> .../...
> Es muy común en los intértrigos y eczemas húmedos que se presentan en las ingles y los muslos de los niños de pecho, aconsejar lavatorios y unturas de aceite lavado, yema de huevo, etc.; con cuya práctica crece y se extiende el padecimiento.- Prohibiendo el uso de las grasas, evitando las mojaduras o lavatorios y aplicando en gran cantidad polvos de almidón es como se curan fácilmente. >

El ácido fénico fue una de las novedades terapéuticas de la época. Olavide le dedicó una gran atención y escribió sobre él una interesante monografía (633). Sobre este trabajo apareció un comentario en "El Siglo Médico" que dice lo siguiente (78):

> <...da a conocer el Dr. Olavide las propiedades y acción fisiológica y terapéutica del ácido fénico; presenta un formulario muy útil para los que hayan de ensayar este medicamento de moda, así exterior como interiormente. >

En consonancia con el auge de la hidroterapia a finales del siglo XIX, Olavide también aconsejaba la balneoterapia para algunas dermatosis (567):

> < 50. El tratamiento hidromineral de las dermatosis crónicas debe fundarse en la naturaleza de éstas, teniendo en cuenta la composición y la temperatura de las aguas minerales que han de emplearse para combatir la enfermedad constitucional que las sostiene y reproduce.-En las dermatosis agudas o en los períodos muy inflamatorios de las dermatosis crónicas están contraindicados los baños minerales.
> .../...
> 53. En las sifílides del período terciario, lo mismo que en todos los llamados accidentes terciarios, son útiles los baños minerales iodurados termales. -Arnedillo y Archena llenan bien por su composición y temperatura las indicaciones que se presentan. >

3.3.3.-ACTIVIDAD DOCENTE.

3.3.3.1.-DOCTORADO.

El doctorado de Olavide se parece muy poco a lo que en la actualidad se entiende como una tesis doctoral. Entonces tan sólo se exigía preparar un discurso para ser leído

ante el Claustro de la Facultad de Medicina. Así fue que, después de completar los cursos de doctorado, Olavide preparó para su investidura como doctor un discurso titulado "¿Existen puntos de semejanza entre el metodismo y el dogmatismo?", que presentó el 17 de octubre de 1859. Este trabajo fue publicado en ese mismo año como opúsculo (600). Olavide abordó, con un estilo algo retórico y con un punto de vista histórico-filosófico, muy característico de algunos de sus escritos, las similitudes entre los sistemas médicos dogmático y metódico. Según refiere López de la Vega (520), Olavide obtuvo el grado de doctor "a mérito" y se le otorgó medalla de oro y título gratis. El mismo autor comentó sobre la tesis de Olavide (520):

> < Está bien concebida y ejecutada con un criterio tradicional, respirando el ambiente del dogmatismo. Este punto es muy importante, y ha servido de tema, concebido en términos variados, para muy calurosas discusiones entre el idealismo y positivismo médicos, cada uno tan nutrido de elementos para venir un día a formar una opinión común. >

Por aquel entonces, tan sólo podía realizarse el doctorado en la Universidad Central. El modo de plantear el título del ejercicio de tesis doctoral como pregunta debía de ser una costumbre frecuente. Juan Giné Partagás, figura muy polifacética, catedrático de Cirugía en la Universidad de Barcelona, también interesado en la dermatología (455), leyó pocos años después que Olavide su discurso de investidura ante el claustro de la Universidad Central, formulado también como el de Olavide, a modo de pregunta: "¿Existen en la actualidad representaciones genuinas de las razas y tipo primitivos?. Este trabajo de Giné se publicó por entregas en diversos números de "El Pabellón Médico" (454).

3.3.3.2.-LA ACTIVIDAD DOCENTE DE OLAVIDE EN SAN JUAN DE DIOS.

Una gran parte de los esfuerzos de Olavide se centraron en la difusión de la dermatología, tanto entre los alumnos de medicina como entre los propios médicos. Desarrolló esta labor docente casi siempre en las clínicas del Hospital de San Juan de

Dios como cursos libres. Sin embargo, el interés en la docencia de Olavide y de otros profesores de la Beneficencia Provincial se vio entorpecido a menudo por las lagunas legales sobre la reglamentación de la docencia en los hospitales de la Beneficencia Provincial, la burocracia de la Junta Provincial de Beneficencia, el Ministerio de la Gobernación y el de Fomento y la Diputación Provincial. Las relaciones ambiguas que mantuvieron, durante toda la segunda mitad del siglo XIX, la Facultad de Medicina y el Colegio de San Carlos por un lado y los centros médicos de la Beneficencia Provincial, dependientes de la Diputación Provincial por otro, perjudicaron la implantación de la dermatología como materia docente. Estas desavenencias estuvieron motivadas a menudo por motivos políticos y económicos, ya que la Diputación estaba obligada a poner sus clínicas a disposición de la Facultad de Medicina y de compartir el edificio del Hospital General (67). En patología general, cirugía y otras especialidades se fueron solventando estos problemas en aras de una enseñanza práctica adecuada, pero la sifiliografía y dermatología aún permanecían al margen de esta formación clínica práctica, ya que no se permitía el acceso de alumnos al Hospital de San Juan de Dios por razones "morales" (804). Ante esta prohibición, es lógico que las principales academias médicas de la época fuesen los primeros foros en los que Olavide comenzó la difusión de la dermatología en España.

Especial significación tuvo un ciclo de conferencias que, durante el curso 1865-6 pronunció Olavide en la "Academia Médico-Quirúrgica Matritense". Estas conferencias se publicaron posteriormente con el título de "Lecciones de Dermatología General" (613) y a ellas nos referiremos en numerosas ocasiones porque marcan un hito en la introducción y consolidación de la dermatología en España.

Olavide era un gran conferenciante, su charla era amena y su elocuencia, grande. Así lo corroboró su amigo y compañero Fernando Castelo (287):

> < El más torpe le entendía; el más impaciente jamás se fatigaba, y todos reconocían en él un consumado maestro. ¡Olavide había nacido para enseñar! >

No es de extrañar que estas primeras lecciones de Olavide en la "Academia Médico-Quirúrgica" causaran una honda impresión entre los médicos de la época. Sin embargo, la importancia de estas lecciones van más allá de su propia existencia. Se puede pensar que estas conferencias fueron un medio que Olavide empleó de forma premeditada para forzar el acceso de alumnos al Hospital de San Juan de Dios y la docencia en las salas del hospital. Al menos así lo interpretó López de la Vega (520):

> < El año 65 explicó unas lecciones en la Academia médico-quirúrgica, y en un día dado hizo ir al Hospital de San Juan de Dios a unos 50 académicos, para iniciar el estudio de su especialidad, consiguiendo de este modo ingenioso que se realizara su propósito, aunque solamente para doce alumnos que asistieron durante dos años a sus lecciones clínicas. >

La normativa que impedía el acceso de alumnos al Hospital de San Juan de Dios fue criticada duramente por Sánchez Rubio en un artículo de "El Pabellón Médico", en el que también criticaba el "exceso de docentes" (804):

> < Es claro que no se había de conceder autorización a todos los profesores que la habían solicitado, porque una vez declarada esta "hipergenesia" de maestros hubiera podido creerse que se quería desamortizar la enseñanza. Y en tal caso, ¿cómo habían de conocer los discípulos quien era el mejor maestro? ¿Qué sería de ellos teniendo que elegir entre la nube de médicos del hospital que se echarían entonces a enseñar? ¿Cómo podrían fijar su inocente juicio, faltos de la inspirada indicación del Estado? Así es que naturalmente no pudo obtener autorización sino el señor Olavide, y gracias. Por qué fue preferido este señor es un secreto que procuraremos no averiguar. Sin embargo, hemos oído decir que se tuvo presente pare ello una razón de pudor. ¡El Sr. Olavide no se proponía, como otros, estudiar las enfermedades sifilíticas, sino las de la piel!
> .../...

> ¿Mas por qué se fijó en doce ese número? He aquí otro secreto admirablemente profundo y emblemático. ¡Olavide y sus doce discípulos! ¡Un verdadero apostolado dermatológico! ¡Magnífico!
> .../...
> ¿Y habrían de entrar esos doce discípulos en las salas de mugeres(sic)? Asusta imaginarlo. ¿Qué es lo que podrá estudiarse en las enfermas de San Juan de Dios? Nada bueno. Grande fue, pues, la previsión con que se negó a los doce discípulos del Sr. Olavide la entrada en la sala de mugeres(sic), en aquellas malhadadas islas de Calipso.
> Con estos antecendentes se comprende ya la posibilidad de que hayamos atormentado con nuestra presencia las salas de San Juan de Dios: imperio chino de la ciencia médica, cuya histórica paz hemos turbado y cuyo centenario pudor hemos tenido en poco. >

Olavide hizo referencia también a este hecho en una nota a pie de página en sus "Lecciones de Dermatología General" (616):

> < ...Hacía más de un año que había el autor [Olavide] dirigido una instancia al ministro de la Gobernación y otra al de Fomento, para que se le permitiese dar cursos clínicos de dermatología en el hospital que visita, costumbre ya muy antigua en otros países. Viendo que pasados algunos meses no resultaba nada repitió la instancia al director de la Beneficencia, cuando el día de la lección por la mañana al dar la visita le esperaban para acompañarle en ella más de cuarenta profesores y alumnos adelantados de medicina, que no pudieron conseguir su objetivo por no tener el director del establecimiento órdenes especiales para ello, siquiera no las tuviese en contra.
> Esto dió lugar a una exposición colectiva de todos los profesores del hospital de San Juan de Dios en apoyo de nuestra petición y más tarde se concedió, ¡cosas de España! el que pudieran acompañarnos en la visita como máximum doce alumnos o profesores y sólo en las enfermerías de hombres, previa la inscripción o tarjeta correspondiente. >

López de la Vega refiere también este importante momento:

> < Así fue que Olavide inauguró durante el año académico 1864-5 un curso teórico-clínico libre de dermatología en el que colaboraron Cervera, Delgado, Castelo, Ametller, Benavente e Iglesias. >

Aunque este curso no tuvo reconocimiento oficial, fue un hito importante en la dermatología española, ya que por primera vez se admitían alumnos en San Juan de Dios.

En años sucesivos, el curso de Sifilografía y Dermatología de San Juan de Dios se repitió y consolidó. La liberalización de la enseñanza que se implantó en España después

de la revolución de 1868 fue un paso adelante en la difusión de la docencia de la dermatología. Esta puerta abierta hacia la enseñanza no oficial dio origen a diversas "Escuelas Libres" y fue bien aprovechada por Olavide. En realidad, precisamente esta "libertad de enseñanza" era una vieja aspiración del autor. En una nota de Olavide en "EL Pabellón Médico" en 1864, antes de que le concediesen autorización para la docencia de la dermatología en San Juan de Dios, concluía el autor (593):

> < De desear fuera, que mirando este asunto con la atención que merece se corrigiese este atraso en que nos encontramos por falta de cátedras, o mejor dicho, de clínicas de dermatología, en lo cual, además de hacer un bien a la humanidad, se haría un gran servicio a la ciencia en España.
>
> El Gobierno tiene dos medios para conseguirlo. La enseñanza libre; la enseñanza oficial: que escoja. >

Este párrafo fue, en cierto modo, premonitorio. En 1868, aparece una noticia en "El Pabellón Médico" refiriendo la constitución de la "Escuela Teórico-Práctica de Medicina y Cirugía", sostenida por los profesores del Cuerpo Facultativo de la Beneficencia Provincial de Madrid. La Diputación Provincial dio su visto bueno a esta iniciativa el 16 de octubre de 1868. En el programa preliminar de estos cursos aparecen Eusebio Castelo y Serra como encargados de la clínica sifiliográfica impartida todos los días a las ocho de la mañana. José Eugenio de Olavide figura como responsable de la explicación de las enfermedades cutáneas, cuyas clases tenían lugar a diario a las tres de la tarde en el Hospital de San Juan de Dios durante un mes de duración (86). En la página siguiente de este periódico aparece una nota firmada por Castelo, Olavide, Pérez Gallego y Pedro Martínez en la que consta el programa concreto de la materia. Olavide se ocupa de la "Dermatología teórica y práctica". El precio de la matrícula de este curso era de 20 reales al mes.

Sin embargo, el entusiasmo de Olavide por la liberalización de la enseñanza no era compartido por todos los profesionales médicos. Los más conservadores y los contrarios a esta medida se agrupaban en torno a "El Siglo Médico". La restauración de la monarquía vino a poner fin a este período de liberalización de la enseñanza. Sin embargo, algunos cursos -quizás los de mayor utilidad práctica- sobrevivieron, aunque sin reconocimiento oficial y sin integrarse en la docencia universitaria. La dermatología fue una de estas excepciones. En el Hospital de San Juan de Dios se mantuvo la docencia de la sifiliografía y enfermedades cutáneas sin más cambios desde la década de los sesenta hasta los últimos años del siglo. Así, por ejemplo, en 1890, la "Revista Clínica de los Hospitales" publicó el programa para un nuevo curso de Dermatología remitido por Olavide el 1 de enero de ese año (645). Aparece en este programa una clasificación de dermatosis similar a la de su libro de 1871 (577), aunque ya algo modificada por los importantes descubrimientos en la microbiología dermatológica de los años setenta y ochenta. Entre las novedades incorporadas del campo de la microbiología por Olavide se encuentran el "Baccillus phymogenus" de Koch y el "Baccillus leprae" de Hansen como causas de la tuberculosis y la lepra respectivamente. Algunas entidades recogidas en este programa son un tanto sorprendentes. Así, por ejemplo, incluye la hemofilia como una enfermedad producida por el Micrococus escorbuticus, la alopecia areata la interpreta como una micosis producida por el Microsporum audonii, y propone que el origen del eczema es la parasitación por el Streptococus piogenus. Este programa corresponde probablemente al último curso libre impartido por Olavide.

En 1892, la dermatología se integró en la docencia universitaria como asignatura complementaria de la licenciatura de Medicina. Sin embargo, no fue Olavide el encargado

de explicar esta materia, sino su sucesor, Juan de Azúa. Este proceso de integración de la dermatología como disciplina universitaria se trata con amplitud en el apartado 3.4.4.

3.3.4.-EL MUSEO Y EL LABORATORIO DE SAN JUAN DE DIOS.

Olavide promovió la creación de dos dependencias complementarias a las salas clínicas en el Hospital de San Juan de Dios de gran importancia en la historia de la dermatología española: 1) el museo de modelados dermatológicos y 2) el laboratorio histológico y micrográfico. Ambas son iniciativas personales de Olavide, aunque éste contó con la colaboración y el apoyo decisivo de Eusebio Castelo y Serra, por entonces director del Hospital de San Juan de Dios.

3.3.4.1.-EL MUSEO DE SAN JUAN DE DIOS.

En una reciente serie de artículos Thomas Schnalke, profesor del Instituto de Historia de la Medicina de Erlangen-Nüremberg, realizó una amplia revisión de la historia de los moldeados dermatológicos en Europa en la sección de "Reminiscence" del "International Journal of Dermatology" (808, 809, 810). En estos tres artículos el autor revisó la tradición, técnicas y principales autores de los modelados de los museos dermatológicos de Europa. Lamentablemente, no se recoge ninguna referencia sobre los modelados del museo del Hospital de San Juan de Dios de Madrid, como tampoco aparece mencionado en otro amplio estudio de Havilland y Parish sobre los modelados médicos (487).

El empleo de la cera como material para moldeado artístico databa ya de antiguo. Miguel Ángel y Leonardo da Vinci realizaron modelados con cera, a menudo como estudio previo a un trabajo escultórico (487). Las primeras aplicaciones de la cera a la anatomía de las que tenemos constancia se remontan a los primeros años del siglo XIV, cuando la disectora de Bolonia, Alessandra Giliani, la utilizaba como relleno de las

arterias y venas en las disecciones. Esta técnica de disección anatómica aún continúa empleándose en la actualidad, aunque se recurre a polímeros de acrilato en lugar de cera.

Las primeras figuras anatómicas en cera aparecieron a finales del siglo XVII (487). Fue Gillaume Desnoues, un cirujano francés, profesor de anatomía y cirugía en Génova, el primero en utilizar los modelados anatómicos como material docente. Este cirujano encargó a Gaetano Giulio Zumbo, quien vivió entre 1656 y 1701, el primer modelado anatómico que correspondía al cuerpo de una mujer (808). Por desavenencias entre Zumbo y Desnoues, esta figura sería después completada por Lacroix.

De los anatómicos españoles, José de Flores [1751-1824], profesor de la Universidad de Guatemala, fue también un pionero en los modelados anatómicos, una de cuyas principales aportaciones fue la realización de piezas anatómicas desmontables (487).

La realización de modelados dermatológicos derivó de esta tradición modeladora anatómica anterior. Según Schnalke (808, 811), Franz Heinrich Martens, Joseph Towne y Anton Elfinger fueron los primeros artistas que realizaron moldeados dermatológicos. La etapa activa de todos ellos se sitúa en la primera mitad del siglo XIX. Martens falleció tempranamente a los 27 años de edad, y no se conservan sus obras. Las obras de Joseph Towne fueron principalmente anatómicas (disecciones, estructuras óseas...), aunque también incluye un número considerable de piezas dermatológicas. Towne modeló la mayoría de sus obras para el Guy's Hospital de Londres. En la actualidad, 350 de los 750 moldeados de Towne que conserva el Gordon Museum de Londres reflejan lesiones dermatológicas (811). El austríaco Anton Elfinger realizó modelados para Hebra, principal representante de la escuela dermatológica vienesa.

Sin embargo, el más universal de los museos dermatológicos es, sin duda, el museo del Hospital de San Luis de París. En un artículo aún reciente, Amblard estudió la

evolución de este museo (34). Años antes, Solente realizó también una semblanza sobre él (828).

Desde 1865, un pequeño grupo de acuarelas donadas por Devergie formaban el embrión de lo que sería el museo dermatológico del Hospital de San Luis. En 1878, se decidió la construcción del mismo, aunque las obras del museo no comenzaron hasta 1882, y no estuvieron concluidas hasta 1885. La inauguración oficial aún se retrasó hasta 1889, coincidiendo con la celebración del "I Congreso Internacional de Dermatología" en París. Jules Baretta, personaje principal del museo, ya venía realizando, sin embargo, modelados para el doctor Lallier, del Hospital de San Luis, desde 1865. A partir de 1885 es nombrado conservador oficial del museo.

También Fernando Castelo aportó información sobre el museo del Hospital de San Luis en una larga crónica del "I Congreso Internacional de Dermatología", que se celebró, precisamente, en la sala del museo (281):

> < Antes de comenzar a dar cuenta del Congreso considero pertinente hacer una breve historia del Museo, con datos entresacados del discurso de Mr. Beyron.
>
> Tuvo su modesto origen en unas acuarelas que el Dr. Devergie entregó a Mr. Husson en 1865 y que fueron colocadas en una galería de paso.
>
> Más tarde un director de la Administración general de la Asistencia pública presentó un proyecto de instalación definitiva, pero el Consejo Municipal le(sic) rechazó por incompleto e hizo que fuera estudiado de nuevo por la Administración; mas habiendo acaecido la exposición de 1878 cuando todavía se hallaba en estudio el proyecto de un Museo, el Dr Lallier ofreció las salas de su servicio para que la colección, ya notablemente aumentada, ocupara un lugar más digno.
>
> El 10 de marzo de 1888 M. Quentin, director de Administración presentó al Consejo de Inspección de la Asistencia pública un nuevo proyecto en un todo conforme con las indicaciones del Consejo Municipal.
>
> De acuerdo con los médicos de San Luis el Consejo de Inspección hizo sufrir al proyecto varias modificaciones y así al propio tiempo que el Museo se crearon una biblioteca, una sala de conferencias, la reinstalación de los baños externos y la construcción de un servicio completo de consultas. Las obras comenzaron en Enero de 1882 y terminaron a fines de 1885, habiendo ascendido su coste a más de 800.000 francos.

> Interin los distintos proyectos de Museo sufrían una larga y perezosa gestación, el Dr. Lallier, hacía una gran adquisición para la Francia, para la ciencia y muy particularmente para la dermatosifilografía.
>
> En una tiendecita del pasaje Jouffroy y allá en su fondo un artista de talento modelaba frutos en cartón-piedra. Encontrado por el Dr. Lallier, bien pronto comprendió éste que aquellos frutos podían dar otros muy grandes a su patria y a la ciencia, sufriendo una metamorfosis que si no puede realizarse en la naturaleza podía darse en el arte y haciendo proposiciones al artista, al poco tiempo los frutos eran convertidos en piezas patológicas representando fielmente dermatosis de toda clase y variedades.
>
> Aquel artista era M. Baretta, autor de la mayor parte de los modelados del Museo del Hospital de San Luis, que en la actualidad constituye una hermosa colección compuesta de centenares de figuras que representan fidelísimamente la mayor parte de las enfermedades de la piel.
>
> Ahora bien, en este Museo (previamente preparado ad hoc bajo la acertada dirección del Dr. Feulard, notable médico y galante y activo secretario) es donde ha tenido lugar el Congreso. >

A nuestro modo de ver, el principal motivo que explica la creación y el gran desarrollo que alcanzaron estos museos en la segunda mitad del siglo XIX y principios del XX es la importancia creciente dio a la morfología de las lesiones clínicas por la escuela dermatológica anatomopatológica. Probablemente, un segundo motivo de tipo técnico también condicionó este auge. En la segunda mitad del siglo XIX, este tipo particular de escultura con una representación tridimensional, a tamaño natural y policromada, era la única técnica capaz de recoger con mayor precisión y fidelidad la forma, coloración y textura de las lesiones. Es importante destacar que la calidad de la reproducción de los grabados y acuarelas y, sobre todo, de fotografías -en las cuales se basan actualmente los archivos iconográficos de cualquier servicio de dermatología-, no había alcanzado aún la perfección de este siglo. En realidad, los museos dermatológicos del siglo XIX eran auténticos "museos de cera" en los que, en lugar de personajes famosos, se exhibían lesiones cutáneas. La calidad de las reproducciones era tal, que sorprendían a menudo por su realismo.

Un tercer motivo que justificaría la creación de un museo iconográfico sería que, a pesar de la abundante enfermería del Hospital de San Juan de Dios, no siempre se podía contar en las salas del hospital con los casos clínicos más característicos. En otras ocasiones, se trataba de dermatosis infrecuentes o de casos clínicos excepcionales en los que interesaba su conservación. Por otro lado, el limitado permiso de acceso de los alumnos al Hospital de San Juan de Dios condicionaba mucho las lecciones a la cabecera del enfermo. Los alumnos apenas tenían ocasión de ver las lesiones directamente. Las explicaciones sobre moldeados permitía una mayor comodidad para el enfermo, profesor y alumnos y entorpecía menos la labor asistencial.

En el último número del año 1882 de "El Siglo Médico", aparece una pequeña reseña en la sección de "boletín de la semana" dando cuenta de la inauguración del Museo del Hospital de San Juan de Dios (90):

> < Con solemnidad extraordinaria, música del Hospicio, presidencia del señor Vicepresidente de la Diputación provincial, asistencia de varios diputados provinciales y de multitud de profesores distinguidos en Medicina, se celebró el martes de esta semana la apertura del Museo anátomo-patológico, cromo-litográfico y microscópico, del Hospital de San Juan de Dios. >

Más adelante continúa la nota (90):

> < Ni tiempo ni espacio tenemos ahora para tratar con la extensión debida de este fausto acontecimiento que abrillanta de un modo considerable, no sólo a los profesores del citado hospital y al propio establecimiento, sino a la misma enseñanza de la medicina en Madrid.../...
>
> Leyó primero con ostensible emoción el Sr. Olavide un discurso reseñando los trabajos del museo, la importancia que tiene y las personas que en su realización han cooperado; Habló después el Sr. Castelo pronunciando otro discurso entusiasta, encaminado a demostrar los beneficios que al arte, a la ciencia y a la moral había de reportar aquel gabinete, con ser tan horripilantes y al parecer impúdicas sus manifestaciones plásticas; >

Fernández Gómez y Cubero dan como fecha de esta inauguración la del 26 de diciembre de 1882 (412).

El museo de San Juan de Dios había tenido un antecedente interesante en el gabinete dermatológico de la Facultad de Medicina -ya mencionado en el apartado 3.1.8- en el que se exhibían láminas y figuras de cartón-piedra de la colección anatómica de Thibert, comprada por la Facultad de Medicina de Madrid (figs. 5 y 6). De la adquisición de esta colección consta una breve reseña en los "Anales de Cirugía" de 14 de marzo de 1847 (82):

> < El Gobierno ha comprado para esta Facultad la colección de Tibert(sic), compuesta de más de 200 modelados de cartón-piedra que representan casos de enfermedades cutáneas y sifilíticas. El coste de ella ha sido de 7.425 francos. >

Mariano Benavente hizo una mención fugaz, aunque significativa, a este museo en la contestación al discurso de recepción de Olavide en la Real Academia de Medicina (241):

> <...Ni puedo dejar de manifestar, siquiera ofenda la modestia del elegido, que la academia ha estado acertadísima en su elección y que el Dr. Olavide ha merecido tan señalada honra, no precisamente por haber comenzado en España el estudio de las dermatosis pues en esto ya le habían precedido algunos profesores de la Facultad de Medicina utilizando para la enseñanza las piezas artificiales del gabinete dermatológico, ... >

Olavide no menciona las piezas de este gabinete. Es posible que, en la fecha de inauguración del museo de San Juan de Dios, ya no existiesen.

Se puede señalar también como antecedente del Museo dermatológico de San Juan de Dios, el Museo Anatómico y Patológico del Hospital General. Éste había sido creado en 1851 con algunas piezas de disección modeladas en escayola y pintadas que realizó el doctor González Velasco (854). En la sección de Folletín de "El Siglo Médico" de 1856, aparece un comentario titulado "Una visita al museo anatómico del doctor D. Pedro González Velasco". Además de elogiar las piezas mostradas, el autor del artículo se hace eco de los propósitos del doctor Velasco (96):

> <En todos los museos habrá piezas anatómicas naturales y artificiales, normales, anormales, patológicas, quirúrgicas y microscópicas que

> representen por edades todos los tegidos(sic), órganos y aparatos, no sólo de la anatomía humana, sino de la comparada, de la cual se ha prescindido hasta ahora en nuestros gabinetes. Habrá además las siguientes colecciones:
> .../...
> 5ª Otra con las enfermedades de la piel y las sifilíticas, copiadas del natural en el Hospital de San Juan de Dios. >

El museo de González Velasco fue ampliado progresivamente, aunque no nos consta que se incluyesen en su colección piezas o reproducciones del Hospital de San Juan de Dios, como se sugería en la cita previa. Este museo fue reinaugurado en 1875 por S.M. el rey Alfonso XII (68).

El mismo Olavide se ocupó inicialmente de la dirección del museo. Después, fue Fernando Castelo el responsable, a quien auxiliaba el hijo de Olavide, José Olavide Malo. Sin embargo, el mérito artístico del museo correspondió al moldeador-escultor Enrique Zofío, de quien apenas nos constan apenas datos. En el retrato que Fernández Gómez y Cubero hacen del personal del Hospital de San Juan de Dios, en el momento en el que Azúa se incorpora al centro, aparece un "Antonio Zofío" como jefe clínico del centro (412). Cabe pensar que Enrique Zofío fuese familiar de éste.

Contrastando con la pobreza de datos biográficos, los elogios hacia la labor de Zofío son muy numerosos y de muy diversas fuentes. Así, por el ejemplo, "El Doctor Sangredo", un periódico médico satírico de la época, reconoce sinceramente la habilidad técnica de Zofío (805):

> < ...merece también nuestro aplauso. Merécele asimismo el autor de las figuras de cera que se admiran allí, y tanto, que reclaman un párrafo aparte. Al doblar el ángulo de la galería, se encuentran los armarios que las contienen; son ejemplares que representan diversos tipos de enfermedades venéreas, sifilíticas y de la piel. Mucho me habían ponderado la maravillosa habilidad del artista ejecutor de tan hermosos ejemplares, y por ser los elogios de personas peritas e imparciales, me decidí a encomiarlos en mi visita del 16 de abril; no me arrepiento, porque todo es pálido ante la vista de aquellas figuras que reproducen tan fielmente los casos patológicos, que hay momentos en que se duda si aquellas pústulas, aquellas costras, aquellas flictenas están colocadas sobre cera o sobre el enfermo mismo.

> No creo que desmerezcan en nada a las célebres del Hospital de San Luis, y mousier Barreta(sic), el no menos célebre preparador de la santa casa de la rue Bichat, no las contemplaría sin gusto por amor al arte, y sin alguna pena considerando que su secreto se halla próximo a dejar de serlo.
>
> El escultor español se llama D. Enrique Zofío. >

En 1903, ya fallecido Olavide, se editó un catálogo de las piezas del Museo de San Juan de Dios acompañado de una breve reseña sobre la historia del mismo. Aunque este opúsculo no aparece está firmado, todo parece indicar que fue redactado por Fernando Castelo, por entonces responsable del Museo. En la nota de introducción a este opúsculo se lee (42):

> < El museo Anatomo-patológico, que cuenta aproximadamente treinta años de existencia, y el Laboratorio micrográfico del Hospital de San Juan de Dios fueron creados por iniciativa de los Excmos Dres. D. José Eugenio Olavide y D. Eusebio Castelo y Serra, Profesores eminentes de dicho Hospital.
>
> Ambos doctores enriquecieron el museo con gran número de modelados correspondientes a enfermos de sus respectivas Clínicas y con láminas iconográficas.
>
> También los doctores D. Domingo Pérez Gallego, D. Pedro Martínez, D. Moisés San Juan y D. Manuel Ramos, que fueron Profesores distinguidos de San Juan de Dios, contribuyeron a aumentar la colección de piezas patológicas con los casos notables de sus enfermerías.
>
> En la actualidad, continúan esta obra los actuales profesores del Hospital D. Manuel Sanz Bombín, don Francisco Cerezo, D. Fernando Castelo, D. Matías Martín Romero y D. Juan de Azúa.
>
> En el antiguo edificio de San Juan de Dios, el Museo y el Laboratorio Micrográfico se hallaban reunidos en el mismo local, aunque con la debida independencia.
>
> Actualmente está proyectado edificar un Pabellón ad hoc para el Museo y se ha construido otro expresamente para el laboratorio, pero todos los aparatos e instrumentos se hallan ahora en el Hospital General, que es también propiedad de la Excma. Diputación Provincial, porque se trasladaron allí al derribarse el antiguo Hospital de San Juan de Dios hasta que estuvieran las obras e instalaciones de agua y gas en el nuevo.
>
> La Excma. Diputación Provincial proyecta reintegrar en breve a San Juan de Dios su Laboratorio, dejando al Hospital General otro para el servicio de sus Clínicas.
>
> A los alumnos de Dermatología y Sifiliografía y a los médicos se les permite la entrada en el museo a horas determinadas.
>
> Cada pieza patológica va acompañada de su historia clínica, y además los profesores de San Juan de Dios, cuando lo estimen conveniente,

dan conferencias a sus alumnos sirviéndose para sus demostraciones de esta hermosa colección.

El escultor es el hábil artista D. Enrique Zofío, autor único de todos los modelados existentes en este Museo, y debe hacerse constar en honor suyo, que a instancias del actual director D. Fernando Castelo, se ha prestado gustoso a enseñar a otros su procedimiento de modelado, composición de la masa, coloración, etcétera, a fin de que se perpetúen y no se paralice ni se extinga, en el porvenir, la vida del Museo.

También proyecta el Doctor Castelo, á semejanza de lo hecho en el Hospital de San Luis [de París], reproducir en fotocromías las piezas patológicas del Museo, acompañadas de su hojas clínicas y texto explicativo, para lo cual ya está en tratos con la Casa de Lacoste y Compañía de Madrid, esperando que, previa la venia de la Excelentísima Diputación, podrá comenzar pronto la publicación de este atlas.

Por último, el Museo de San Juan de Dios es en parte conocido de los dermatólogos y sifilógrafos que concurrieron al Congreso de París en 1889, porque se llevaron a él noventa modelados de su colección. >

Fernando Castelo, en una crónica del "I Congreso Internacional de Dermatología" de 1889 en la "Revista Clínica de los Hospitales" (280), no pudo evitar hacer una comparación entre los modelados de Zofío y los de Baretta al verlos unos al lado de los otros (283):

< Estas figuras, hechas por el hábil artista, nuestro compatriota y amigo D. Enrique Zofío, llamaron mucho la atención y fueron celebradas por todos y muy singularmente por los doctores Kaposi, Schwimmer, Boeck, Manssurof, Neumann, Morris, Schiff, etc.

Recordarán nuestros lectores que en nuestro primer artículo, a fuer de imparciales, elogiábamos como se merecen las figuras del Museo de San Luis hechas por M. Baretta; pues bien, si hemos de seguir siendo imparciales, a juzgar por las obras del Sr. Zofío y para alentarle en su trabajo, le diremos que, hemos encontrado que en la composición y consistencia de la masa las figuras del Hospital de San Luis eran superiores a las del Sr. Zofío, en cambio en las de éste hay más verdad en el tinte general que da a la piel: no todos los enfermos tienen el mismo grado de color ni el hombre de campo el mismo que el cortesano, y sobre ser más artístico copiar la realidad, es de importancia suma para muchas enfermedades en que el tinte general de la piel, lejos de ser caprichoso, tiene gran significación: ya pinta la anemia, ya retrata la caquexia, ya refleja otros estados generales que guardan relación con la enfermedad de la piel que se trata de representar. Tanto es así, que visto el museo de San Luis desde su centro y dirigiendo una ojeada rápida en derredor de las vitrinas no veis más que una sola tinta de color, debido indudablemente a que M. Baretta debe de tener una fórmula constante para dar el color general a la masa.

> El de la lesión le da el Sr. Zofío tan bien como M. Baretta.
>
> Otra cosa que tenemos que celebrar en el Sr. Zofío, por el buen gusto artístico que revela y por lo que realza a los modelados, es que, si tiene que representar una lesión de un dedo, modela toda la mano; si una afección del pene, todo el aparato genital y parte de la pelvis, y lo mismo si se trata de una enfermedad de la matriz.
>
> No es posible imaginarse el efecto tan extraño que produce ver en el Museo de San Luis el modelado de un dedo, un pene, o una matriz, aislado y simplemente rodeado en su base por un trozo de compresa. >

Esta "visita" de algunas de las piezas del Museo de San Juan de Dios al Hospital de San Luis que Castelo menciona, pudo haber sido el avance de un museo dermatológico internacional que finalmente no llegó a constituirse. Fernando Castelo hace referencia, en su crónica del Congreso de Dermatología de París de 1889, a una comunicación de Olavide en este sentido (282):

> < M. Olavide. Hizo una comunicación sobre la creación de un Museo Internacional de Dermatología, y con este motivo, se presentaron las figuras modeladas pertenecientes al museo de San Juan de Dios de Madrid, que representan las principales enfermedades de la piel, de sifiliografía y venereología, y que en número de 90, habían sido llevadas a París por los doctores D. José Olavide, D. Eusebio Castelo, D. José Olavide (hijo) y D. Fernando Castelo. >

Las dimensiones de las piezas exhibidas en el Museo de San Juan de Dios eran muy variables, aunque solían tener una extensión suficiente para reconocer en ellas la región anatómica afectada. Prácticamente siempre se realizaban a tamaño natural. Las piezas se agrupaban en los armarios siguiendo un criterio variable, bien temático (etiológico) o morfológico (tipos de lesiones elementales o por semejanza clínica). En este catálogo de 1903 (43), constan casi cuatrocientas piezas distribuidas en 33 armarios, cada uno de los cuales contenía de ocho a quince modelados. Cada pieza se acompañaba de una leyenda y una explicación sucinta, y de una nota en la que constaba la clínica de la que había salido el caso. Tales eran de Martínez, Cerezo, Castelo padre e hijo, Sanz Bombín,

Pérez Gallego, Romero, San Juan, Isla, Ortiz de la Torre, Elizagaray, Mansilla, Viforcos, González Álvarez y clínica del Hospicio.

Según refiere Schnalke (808), la mayoría de los artistas-moldeadores europeos guardaban sus técnicas con gran secreto. Sin embargo, Zofío, por lo que se deduce de las palabras de Castelo (42), mantenía una actitud más abierta, a juzgar por sus intenciones de crear una escuela de moldeadores. A esta misma situación parece referirse "El Doctor Sangredo" al hablar del "secreto" de Baretta (805). Hoy sabemos que la pasta de los modelados se realizaba principalmente con cera, añadiéndole diversos materiales orgánicos e inorgánicos. La National Gallery de Londres realizó estudios radiográficos de algunos modelados de Joseph Towne. Se encontró que algunos de ellos tenían un estructura interna de madera (811). Era frecuente que se insertasen ojos de cristal y pelo auténtico. Las piezas se montaban sobre una tabla de madera y se rodeaban por una tela de lino o fieltro que ayudaba a destacar más la pieza (figs. 14 y 28).

En el museo de San Juan de Dios se mostraban, además de los moldeados, láminas de la "Clínica Iconográfica..." de Olavide y algunas otras de Eusebio Castelo. Se guardaban también preparaciones, fotografías y fototipias realizadas por Mendoza y Olavide hijo en el Laboratorio Micrográfico del hospital (283).

Hasta donde sabemos, el atlas cromolitográfico al que se hacía referencia en la introducción del catálogo y en el que se iban a representar los moldeados del museo (42), nunca llegó a publicarse. Sin embargo, se dieron a conocer algunas piezas por las litografías que se publicaron en "Actas Dermosifiliográficas" a partir de 1909 y, desde 1926, en "Ecos Españoles de Dermatología y Sifiliografía". En esta última, fueron especialmente abundantes, apareciendo 1 ó 2 láminas en cada número, del mismo formato

que la revista [15x21 cm]. De hecho, en algunos números de la revista constaba la siguiente nota editorial (85):

> < En cada número de nuestra Revista, como en el presente, publicaremos fotograbados, en negro y en color, de modelos del Museo del Hospital de San Juan de Dios, de Madrid, Museo el más completo y quizá el mejor de Europa, con objetos de que nuestros suscriptores coleccionen y puedan formar un magnífico atlas de la especialidad.
> Las hojas de fotograbados pueden desencuadernarse y separarse del texto fácilmente. >

En otras páginas de esta publicación se inserta la siguiente nota (84):

> < Los modelos correspondientes a los fotograbados que se publican en esta Revista son obra del escultor-pintor del Hospital de San Juan de Dios, señor Barta. >

Ya hemos comentado que en el Museo del Hospital de San Luis tuvo lugar el "I Congreso Internacional de Dermatología". El museo de San Juan de Dios también fue un destacado foro científico en España. Además de la misma función docente de los moldeados y de sus rótulos, o de las clases que en él se impartían, el museo sirvió como centro de reunión y tuvieron lugar en él ciclos de conferencias y charlas sobre temas dermatológicos y microbiológicos de gran interés. "El Doctor Sangredo", da la noticia de la inauguración de uno de estos ciclos de conferencias con una amplitud y solemnidad poco habituales en la mayoría de sus artículos (805):

> < Tenía del museo del Hospital de San Juan de Dios las mejores noticias; pero como las referencias, aún siendo verídicas y discretas, no llevan al ánimo el convencimiento, que se adquiere cuando el interesado examina por si mismo lo que desea conocer, esperaba con impaciencia el 19 del mes pasado en que debía inaugurarse las conferencias anunciadas sobre el tema: "las bacteriáceas y su acción patogénica en las enfermedades infecciosas"
> Provisto de una papeleta de invitación que galantemente nos remitiera el dr. Olavide, penetré en el Museo, ocupado ya por muchos colegas, entre los cuales tenía la seguridad de pasar desapercibido. La primera impresión que me produjo aquel ángulo de la galería baja del hospital fue agradabilísima.... >

Un testimonio interesante sobre la utilización del museo como elemento docente lo aporta Vicente Gimeno cuando recordó, en la nota necrológica de Azúa, que éste se había pasado la misma mañana del día en que falleció explicando a un grupo de alumnos algunos modelados del museo (452):

> <... La mañana de aquel día la pasó rodeado de sus alumnos mostrándoles el museo dermosifiliográfico del Hospital de San Juan de Dios. ¡El destino le permitió dar aún esta última lección! >

Barta y López Álvarez sucedieron a Zofío como escultores-moldeadores de San Juan de Dios (852), enriqueciendo la colección de piezas. En la actualidad, las piezas que componían el museo de modelados del Hospital de San Juan de Dios se encuentran en las dependencias del Hospital Gregorio Marañón, donde fueron depositadas al clausurarse aquél. Teniendo en cuenta la importancia histórica y la calidad de esta colección, y el posible deterioro que ya sufrieron otras piezas de museos similares, como el Guys' Hospital de Londres, durante la II guerra mundial (811) sería muy deseable la recuperación para el público de las valiosas piezas del Hospital de San Juan de Dios. El Hospital Universitario de Zurich ha rehabilitado precisamente su colección de moldeados en nuevo museo, con un gran éxito de asistencia (260).

Otro motivo adicional que justifica la recuperación de estas piezas es la existencia en la literatura médica de la época de algunos trabajos o casos clínicos que sobre alguno de estos modelados. Estas referencias son frecuentes en las obras de Azúa. Una de las más antiguas data de 1891. En este año Azúa publicó un trabajo titulado "Un caso clínico de keratodermias(sic), simétricas, congénitas y hereditarias" en la "Revista Clínica de los Hospitales" (104), en el que hace la siguiente mención:

> < La reproducción, por copia, de las lesiones de este enfermo, figura en el Museo del Hospital de San Juan de Dios con el num. 230, y ha sido hecha por Zofío con la belleza y exactitud de siempre. Está catalogada la

> pieza con el diagnóstico: Keratodermias congénitas, simétricas y hereditarias de las manos, pies, orejas y nariz. >

Incluso algunos casos clínicos de gran importancia en la historia de la dermatología española, como uno de los pseudoepiteliomas que describieron Azúa y Claudio Sala. también están representados en el museo. En concreto, según una nota del propio Azúa, aquel que figura con el número "406" el pseudoepitelioma de la nariz en el que el autor basó su descripción de los pseudoepiteliomas en 1903 (214).

3.3.4.2.-EL LABORATORIO MICROGRÁFICO.

Dice Olavide en los preámbulos de un discurso pronunciado en la "Real Academia de Medicina" (609):

> < Dos aficiones distintas han dominado casi por igual en mi vida científica; la dermatología, o sea el estudio de las enfermedades de la piel, y la Microbiología, o sea el estudio de las bacterias y demás micro-organismos vegetales, limitado éste a la parte que algunos de ellos toman en la génesis de ciertas enfermedades y a las indicaciones que para su terapéutica o profilaxis nos proporciona su conocimiento. >

Antes de la creación del laboratorio del Hospital de San Juan de Dios, Olavide ya había solicitado la colaboración de Federico Rubio y Gali para el análisis histológico de algunos casos (577, 601, 634) (fig. 29). Este último, fundador de la "Escuela Práctica Libre de Medicina y Cirugía", fue un destacado cirujano, que había aprendido histología en París con Ordóñez (519). Sin embargo, esta colaboración, debida a la amistad de ambos, no debía de satisfacer plenamente las ansias de Olavide, quizás, precisamente, por tratarse de favores personales y aislados.

El Laboratorio Micrográfico, se creó de forma casi simultánea al Museo de San Juan de Dios. Sin embargo, las dificultades para ponerlo en marcha fueron mucho mayores en el caso del museo. Como se afirma en la introducción del catálogo del museo

(43), ambos -museo y laboratorio- ocupaban las mismas dependencias en el antiguo hospital de Atocha, aunque manteniendo cierta independencia el uno del otro.

Si en el museo el mérito artístico correspondió a Zofío, en el laboratorio, fue Antonio Mendoza el auténtico protagonista de las técnicas. Olavide tomó contacto con Mendoza en Cádiz, durante un viaje de negocios. Fernando Castelo refiere así este encuentro (290):

> < Visitando la Facultad de Medicina le conoció, y dijo para sí: éste es mi hombre, y se lo trajo a Madrid, sin más discusiones, y sin pararse a pensar de donde saldría el dinero para remunerarle su trabajo como era debido, pues no contó previamente con la Diputación Provincial. Así sucedió que se le pegaron al bolsillo muchos gastos.
>
> A D. Alejandro San Martín se debió que Olavide encontrara su hombre, pues dicho eminente cirujano, que a la sazón se hallaba en Cádiz de catedrático, fue quien dijo á nuestro inolvidable y nunca llorado compañero: "Ahí tiene usted lo que busca y necesita; el señor es un buen histólogo y micrógrafo, a quien le gustan los bichos y bichitos". Y Olavide, que cazaba muy largo, cazó... o pescó, como decía antes, a Mendoza.
>
> Es preciso también reconocer que se necesita tener la flema de Mendoza para venirse a Madrid en aquellas condiciones tan vagas, pues nada había resuelto; pero Olavide, que era tenaz cuando perseguía un fin, y mucho más si éste era científico y de tanta importancia, le dijo: "No vacile usted en venir; si la Diputación no le paga le pagaré yo de mi bolsillo particular".
>
> Una vez constituido el Laboratorio, Mendoza estuvo sin sueldo durante mucho tiempo y la Diputación le pagaba las preparaciones que hacía, las cuales habían de ser tasadas por D. José. >

Son pocos los datos que conocemos de Antonio Mendoza. Según Álvarez-Sierra (8), nació en 1849. Fue el primer médico que se ocupó en el hospital de trabajos de laboratorio, anatomía patológica y bacteriología. Cuando se fundó el "Instituto de Higiene Alfonso XIII" fue nombrado jefe de la sección de Microbiología. Perteneció a la "Academia Médico-Quirúrgica" y fue premiado varias veces por sus trabajos científicos en la "Real Academia de Medicina", aunque no nos consta su pertenencia a la misma (551). Falleció en 1917.

"El Doctor Sangredo" dedica a Mendoza un amplio comentario, que comienza con una singular descripción física de éste (805):

> < Es D. Antonio Mendoza un joven andaluz que revela su origen en su dificultosa pronunciación; rubio, de mediana estatura y regulares carnes, tiene las mejillas desprovistas de pelos, que sólo han podido formar en su agrupación un bigote poblado y una perilla que sin llegar a ser luchana, es de corte mefistofélico. >

Ramón Cilla, famoso caricaturista de la época, retrató a Mendoza en otro número de esta revista humorística quincenal siguiendo fielmente los rasgos destacados por aquí por Sangredo (fig. 30).

De la pericia de Mendoza como microbiólogo nos ha quedado el objetivo testimonio de Rafael Ariza, eminente otorrinolaringólogo. Dice éste autor a propósito de dos de sus enfermos en los que sospechaba una otitis tuberculosa (97):

> < Impregné cuatro cristales y las puntas de dos agujas de cataratas con el pus, provisto de lo cual me trasladé al laboratorio de patología experimental de San Juan de Dios. Aunque ya llevo hechas muchas preparaciones de bacilos fimógenos no me fié de mí mismo en esta ocasión... Supliqué por tanto al Dr. Mendoza que hiciese él mismo las preparaciones y con no poca sorpresa mía me enseñó los bacilos teñidos en rojo en todos los cristales. >

Además del ofrecimiento de Olavide de abonar él mismo los trabajos de Mendoza, Castelo refiere una anécdota que ilustra la gran pasión de Olavide por el Laboratorio (291):

> <No tengo para qué deciros cuantas cosas pagó Olavide de su propio peculio. En una ocasión le dijo Mendoza que hacía falta una mesa de espejo para preparaciones especiales, pero no había dinero ni consignación para adquirirla, y al regresar Olavide a su casa entró en la sala, se fijó en el espejo, y considerando que sería a propósito para el objeto, le mandó descolgar e hizo que construyeran con él una mesa para el laboratorio. >

Pasado algún tiempo, la Diputación se preocupó más en serio por el laboratorio y se aliviaron estas escaseces. Vino entonces la época de mayor esplendor del laboratorio del Hospital de San Juan de Dios, hacia el final de la década de los ochenta. Para

entonces, la organización y el material del laboratorio, aunque escaso, era suficiente para estar a la altura de cualquier laboratorio de otras capitales europeas. Los brotes de algunas enfermedades infecciosas aparecidos en España durante los años ochenta, la habilidad técnica de Mendoza, la dependencia de la Diputación fueron factores decisivos en el éxito del laboratorio. Así, Mendoza tuvo una importante participación en el estudio de las epidemias de cólera que afectaron a la población civil en la segunda mitad del siglo XIX. Sobre este tema, publicó en 1887 un informe solicitado por la diputación (554).

El laboratorio también alcanzó por esta época una mayor complejidad en la dotación de personal. En un trabajo sobre el cólera, publicado en 1884, aparece un organigrama del laboratorio. Olavide figura como responsable principal. El jefe de laboratorio y preparador era Antonio Mendoza. Ángel Garrido era el jefe de la sección química. Contaban, además, con tres ayudantes de laboratorio: Andrés García Calderón, Manuel Romera y el hijo de Olavide, José Olavide y Malo (667).

El laboratorio de San Juan de Dios se dedicó al diagnóstico y a la investigación bacteriológica e histopatológica y a algunas técnicas elementales de química orgánica. Durante algún tiempo, fue un centro puntero en España que servía de taller de prácticas, centro de experimentación y espacio para conferencias y demostraciones. En él se realizaron, por ejemplo, las primeros experimentos y análisis con la tuberculina de Koch en España (291), poco tiempo después de la comunicación de Koch sobre la misma en la prensa médica alemana en 1890 (394). Precisamente sobre las aplicaciones en dermatología de la linfa de Koch, presentó Azúa una amplia comunicación (165, 186). aunque poco después esta técnica sería desechada por sus escasos éxitos y frecuentes accidentes.

También se intentó trabajar en el laboratorio con el bacilo de Hansen. En 1889, Olavide ya señalaba la imposibilidad de cultivarlo (576):

> <En el laboratorio de San Juan de Dios nuestro sabio microbiólogo, el Dr. Mendoza, ha ensayado los cultivos de bacillus leprae en todos los medios sólidos y líquidos conocidos y hasta ahora no germinan en ningún substratum.>

En ya la citada memoria sobre el tratamiento del cólera de 1884 (664), Olavide mencionó de forma sucinta algunas de las "líneas de investigación" y técnicas del laboratorio que realizaban en el Hospital de San Juan de Dios (665):

> <...Hemos visto recogido y preparado todas las pequeñas algas de la familia de las bacteriáceas patógenas, del carbunco, del muermo, de la viruela, del crup, la sífilis, la lepra, la disentería, etcétera y nadie se ha contagiado. Hemos experimentado en los animales; hemos cultivado los gérmenes de todos los virus, y especialmente del carbunco y de la rabia para llegar a preparar su vacuna especial y nunca nos ha pasado nada.>

Es importante recordar que, a finales del siglo XIX, no se diferenciaba claramente la dedicación a la microbiología y la histopatología. Ambos conceptos se reunían bajo la más amplia denominación de "micrografía". De hecho, además de los trabajos específicamente microbiológicos de Mendoza, también nos han quedado diversos testimonios de su dedicación a la anatomía patológica. Por ejemplo, Azúa incluyó los informes literales de los análisis histopatológicos que Mendoza había realizado en autopsias o piezas de biopsia de pacientes de Azúa. Estas descripciones constituyen un interesante documento en el que se reflejan la técnica y los conocimientos de dermatopatología en España a finales del siglo XIX. En un artículo sobre un caso de queratodermias palmo-plantares dice Azúa (164):

> < El Dr. Mendoza, cuya competencia es de todos conocida, ha tenido la bondad de hacer el estudio microscópico de las lesiones. Helo aquí:
>
> Análisis histológico de un caso de keratosis simétrica procedente de la consulta del Dr. Azúa:
>
> Desprendimos un fragmento de epidermis próximamente de dos centímetros de largo por uno de ancho, observando que las papilas estaban

fuertemente rojas y turgentes, pero sin que pudiera suponerse una verdadera hipertrofia; el fragmento fue tratado por la glicerina neutra para ser llevado al microtomo, y los cortes se han coloreado con el picrocarmín Ranvier, por considerarse este reactivo colorante como el más apropiado para el estudio de las lesiones; los cortes, una vez coloreados, se han preparado para la inspección microscópica en la glicerina fórmica.

Del estudio de las secciones resulta:

Un gran espesamiento de la capa córnea que llega casi a la basal del cuerpo mucoso, faltando las capas intermedias o mejor dicho, estando estas alteradas hasta el punto de no reconocerse; en las partes profundas aún se distinguen núcleos, y el aspecto celular, mas ha desaparecido el aspecto dentellado de las células; esto de hace más manifiesto en las partes correspondientes al ápice de las papilas.

En las partes medias y superiores del corte el aspecto celular está completamente perdido; es tan sólo una masa desigualmente queratinizada donde apenas se percibe aún la estratificación. La eleidina se encuentra por partes descolocada de las células, formando concreciones granulares en los espacios que existen en esta parte, donde se ven también oquedades, vacuolas que le dan un aspecto reticulado irregular; se observan fisuras o grietas que vienen desde la superficie atravesado todo el espesor del corte; también se ven los conductos glandulares ligeramente dilatados y otros obstruidos y cornificados en puntos; la estratificación toma una dirección casi perpendicular, debida a las presiones laterales.

En ciertos puntos el aspecto del epidermis es homogéneo, indicándose que la lesión provoca una keratinización anormal rápida que no permite la desecación y degeneración normal, originándose esto en el exceso de proliferación y vitalidad del cuerpo mucoso de Malpigio, proliferación tumultuosa, indudablemente de origen neurósico.- A. Mendoza. >

Con los conocimientos actuales, podemos suponer que este patrón histológico descrito por Mendoza puede muy bien corresponder a una queratodermia palmo-plantar epidermolítica de tipo Voerner.

También tenemos constancia de estudios de necropsia que Mendoza realizó en enfermos del doctor Azúa y que demuestran la elevada cualificación de Mendoza como patólogo y su método riguroso (182):

> < Análisis necrópsico de los riñones remitidos por el Dr. Azúa:
> Los riñones aparecía aumentados de volumen, largo 14 cm, ancho 7, grueso 6, de color blancuzco, con algunos pequeños focos hemorrágicos; en el corte longitudinal, aparece la sustancia cortical, pálida, aumentada de extensión y la sustancia medular hiperemiada (rojiza).

> Pesaron respectivamente el riñón derecho e izquierdo 240 y 198 gramos.
>
> Del examen histológico resulta que se observa en los glomérulos un exudado albuminoide coagulable por el calor formando una zona granulosa perivascular; el endotelio de las cápsulas de Bowmann se observa en proliferación en algunos glomérulos así como los elementos vasculares de otros, en algunos, y sobre todo en varios canalículos contorneados, se ven llenos de sangre, así como en estos mismos canalículos cilindros hialinos, el epitelum(sic) de los tubos contorneados se observa alterado, enturbiamiento de su protoplasma, formación de vacuolas, así como algunas degeneraciones (grasosa y necrosis de coagulación), desprendido y en destrucción en otros puntos.
>
> En el tejido conectivo inter-lobular se observa en algunos puntos infiltración celular perivenosa, así como alrededor de algunos capilares intertubulares.
>
> Los caracteres anteriores parecen caracterizar una glomérulo-nefritis inicial haciéndose francamente nefritis parenquimatosa de forma sub-aguda y probablemente de origen a frigore.- Mendoza>

Azúa realizó varios trabajos microbiológicos en colaboración con Mendoza. El más destacado fue el estudio experimental sobre la posible etiología microbiana de los eczemas (205), que presentaron en el "IV Congreso Internacional de Dermatología" de París de 1900 (206). Sin embargo, en años sucesivos Azúa ya no contó con la colaboración de Mendoza. Fue Claudio Sala quien le ayudó en sus trabajos histopatológicos. Un dato significativo es que, aunque Antonio Mendoza figura como miembro del "XIV Congreso Internacional de Medicina" de Madrid de 1903, en su sección de Dermatología y Sifiliografía, no aparece ninguna participación suya en los resúmenes del Congreso. Este alejamiento quizás podría tener que ver con el nombramiento de Mendoza como bacteriólogo del "Instituto de Higiene Alfonso XIII".

Olavide (padre e hijo) y Castelo (padre e hijo) llevaron al "I Congreso Internacional de Dermatología" de París, de 1889, varias preparaciones y fototipias del laboratorio de San Juan de Dios (283):

> <Aquellos de nuestros lectores que conozcan al Sr. Mendoza no extrañarán que las preparaciones, fotografías y fototipias que hechas por él y el Sr.

> Olavide (hijo) en el Laboratorio de San Juan de Dios y exhibidas por nosotros en el Congreso, llamaran extraordinariamente la atención.
>
> Sabidas son la erudición y la pericia del Sr. Mendoza en asuntos bacteriológicos y conocida la escrupulosidad con que hace todos los trabajos de laboratorio; cualidades que han podido ser apreciadas en sus preparaciones y fototipias. >

A partir de mediados de los años ochenta, el protagonismo de Olavide en el laboratorio fue cada vez menor, pero aún así continuó al frente del mismo hasta su clausura, que tuvo lugar con el traslado al nuevo hospital del este, en 1897. Él mismo ya reconocía en 1888 esta situación (610):

> <...algunos tal vez creyeran que las ideas que yo expusiera debieran ser de importancia decisiva por hallarme al frente del primer laboratorio microbiológico que se ha creado en España, sin saber que no soy más que un aficionado, que he intervenido con fe en su fundación, debida en realidad a la munificiencia de la Excma. Diputación Provincial de Madrid, pero que ni por mi posición ni por mis años he podido seguir los progresos de la Microbiología en todos sus detalles, no prestarla el culto exclusivo que reclama de mí la otra especialidad a que hace tiempo dedico mis afanes. >

Con el traslado del hospital desde su antigua ubicación en el viejo caserón de Atocha a la nueva construcción vino la decadencia del laboratorio que Olavide había creado. Los instrumentos del laboratorio de San Juan de Dios se depositaron en el Hospital General, propiedad también de la Diputación. En 1903, aún no se había instalado el laboratorio en el nuevo hospital (42):

> <Actualmente está proyectado edificar un pabellón ad hoc para el museo y se ha construido otro expresamente para el Laboratorio, pero todos los aparatos e instrumentos se hallan ahora en el Hospital General, que es también propiedad de la Excma Diputación Provincial, porque se trasladaron allí al derribarse el antiguo hospital de San Juan de Dios hasta que estuvieran terminadas las obras e instalaciones de agua y gas en el nuevo.
>
> La Excelentísima Diputación proyecta reintegrar en breve a San Juan de Dios su Laboratorio, dejando al Hospital General otro para el servicio de sus clínicas. >

Ni siquiera en 1915 funcionaba, quejándose muchos profesionales del exagerado desembolso de la construcción y de lo inútil de la misma (524):

> <...bastante menos de lo que ha costado el Laboratorio Municipal o el Edificio para Laboratorio de San Juan de Dios que aún no funciona.>

Además de estos problemas administrativos, otros factores también pudieron influir en la decadencia del laboratorio del Hospital de San Juan de Dios, como la progresiva dejadez de Mendoza y la vejez de Olavide.

En 1953, escribía Sainz de Aja (765, 766):

> <El prestigio inigualado e insuperado de Olavide hizo que dentro de nuestro Hospital se construyese el Laboratorio Central de la Beneficencia Provincial, regentado entonces por el doctor Mendoza, y siendo para aquella época (1898), realmente hermoso y completísimo.
>
> Es lástima que una vez desaparecido Olavide, el grande y primer maestro de la Dermatología en España, se nos llevasen el laboratorio al Hospital provincial, cuando tan preciosa nos hubiera su ayuda y vecindad al descubrirse el treponema, el serodiagnóstico y en los estudios biópsicos, etc.
>
> Menos mal que ahora vuelven, en parte, las cosas a su cauce; y que gracias a las gestiones de Gay y mías tenemos, no el Laboratorio Central, pero sí uno secundario que dirige el competente doctor Puchol, digno discípulo y continuador de la raíz Cajal y Tello.>

De estas palabras de Sainz de Aja parece intuirse que hubo una larga etapa en la que no existió el laboratorio de San Juan de Dios, desde 1897 hasta los años cincuenta de este siglo. Esta situación no fue en absoluto así y, si bien existió una época de decadencia, ésta fue de apenas unos pocos años. En el servicio del doctor Azúa en el Hospital de San Juan de Dios funcionaba, ya antes de 1909, un pequeño laboratorio de técnicas complementarias sencillas y de serología que, además de ser utilizado como laboratorio asistencial, le sirvió al propio Azúa para realizar los trabajos de su tesis doctoral sobre la reacción de Noguchi (195, 196). El testimonio de Fernández Gómez y Cubero del Castillo, también confirma la dedicación de algún dermatólogo a las técnicas auxiliares de laboratorio durante las primeras décadas de este siglo, en lugar de realizarlas

un micrógrafo, como se venía haciendo hasta entonces. Oyarzábal, quien después escribiría un interesante librito sobre terapéutica dermatológica (673), fue un dermatólogo dedicado, al menos en parte y durante algún tiempo, al laboratorio en la consulta de Azúa (413):

> < Únicamente solía atraer la atención de estos médicos asistentes, la faena de Oyarzábal, cuando preparaba frotis o cortes y los examinaba en el Leitz, con objeto de que a la llegada de Azúa estuvieran dispuestos. >

En el presente, la herencia del Hospital de San Juan de Dios y, en general, de la Beneficencia Provincial, ha recaído en la Comunidad Autónoma de Madrid, a través de su Consejería de Sanidad y del Hospital Gregrorio Marañón. Sin embargo, el laboratorio de histopatología cutánea del Departamento de Dermatología del Hospital Universitario San Carlos, dirigido por el profesor Sánchez Yus, y dependiente de la Cátedra de Dermatología, puede ser considerado el heredero científico de aquel laboratorio creado inicialmente por Olavide en el Hospital de San Juan de Dios. De hecho, es interesante comprobar que las colecciones de preparaciones histológicas y los libros de informes de los últimos veinticinco años de existencia de San Juan de Dios se conservan precisamente en este laboratorio.

3.3.5.-CONGRESOS, REUNIONES Y ACADEMIAS DE MEDICINA.

En 1864, se celebró en Madrid el "Primer Congreso Médico Español". La iniciativa partió de "El Pabellón Médico" (49). La comisión organizadora de este Congreso estuvo presidida por el Marqués de San Gregorio, y a ella se adhirieron numerosas personalidades médicas de la época. Olavide fue de los primeros en sumarse a esta iniciativa. En la primera sesión de este congreso presentó una memoria titulada "Del herpetismo y de las enfermedades que deben considerarse de naturaleza herpética" (50). Esta memoria fue publicada al año siguiente como opúsculo (602).

El "I Congreso Internacional de Dermatología" se celebró en París en agosto de 1889 coincidiendo, quizás a propósito, con el centenario de la Revolución Francesa y con la Exposición Universal de París de eses año (865), Olavide acudió a esta reunión acompañado de su hijo, Eusebio Castelo y el hijo de éste, Fernando Castelo. Este último publicó en la "Revista Clínica de los Hospitales" un largo resumen de este Congreso, ya mencionado (280). Olavide presentó dos comunicaciones en esta reunión, una sobre el lupus y otra sobre la lepra. De ambas nos constan resúmenes en la "Revista Especial de Oftalmología, Dermatología, Sifiliografía y Afecciones Urinarias" (662) y en la "Revista Clínica de los Hospitales" (575, 663). Presentó, además, una breve proposición sugiriendo la creación de un museo dermatológico internacional (283). Como ya hemos mencionado, Olavide llevó consigo noventa piezas de la colección del museo de San Juan de Dios, preparaciones y fototipias del laboratorio que causaron admiración entre los asistentes.

La "Academia Médico-Quirúrgica Matritense" nombró a Olavide "socio de mérito" como premio a las lecciones que éste pronunció en la misma (520) durante el curso 1865-6, publicadas poco después con el título de "Lecciones de Dermatología o Estudio Sintético de las afecciones cutáneas" (613).

Olavide ingresó en la "Real Academia Nacional de Medicina" ocupando la vacante dejada por su compañero del hospital de San Juan de Dios, José Ametller y Viñas. Pronunció su discurso de ingreso, titulado "El morbidismo vegetal ante la razón y los hechos" (634), en la sesión celebrada el 17 de marzo de 1872. La fecha de redacción que figura en el trabajo de Olavide es, sin embargo, la del 15 de noviembre de 1871. Este trabajo también se publicó a lo largo de varios números de "El Siglo Médico" (644). El discurso de Olavide fue contestado por el doctor Mariano Benavente (240). Los contenidos de ambos discursos se comentan con mayor amplitud en el apartado 3.3.7.4.

La figura treinta y uno (fig. 31) reproduce el autófrago de Olavide al final de su expediente en la "Real Academia Nacional de Medicina".

En el año 1888, Olavide pronunció el discurso inaugural de las sesiones de ese año de la "Real Academia de Medicina". Para entonces, Olavide -ya desfasado por los avances de la anatomía patológica y microbiología- tuvo aún el acierto de elegir el sorprendente e ingenioso tema de la influencia de las enfermedades de la piel en las perturbaciones mentales (608). El tema de las psicodermatosis que Olavide escogió para este discurso tiene hoy una renovada actualidad (506). De hecho, ha sido uno de los temas oficiales de "Congreso Nacional de Dermatología" del año 1994 (481).

Al margen de las participaciones protocolarias, las aportaciones voluntarias de Olavide a la "Academia Nacional de Medicina" fueron escasas. Únicamente en el primer volumen de los "Anales de la Real Academia de Medicina" consta una breve reseña de la sesión del 20 de febrero de 1979 en la que Olavide solicitó la palabra para comunicar a sus compañeros los buenos resultados que había logrado tratando a un enfermo con un ántrax con inyecciones subcutáneas de ácido fénico (94). Pocos años después, "El Doctor Sangredo" destacó como uno de los pocos defectos de Olavide su escasa asistencia a las reuniones de la "Real Academia" (806):

> < D. José Eugenio de Olavide es individuo de la Real Academia de Medicina, y a pesar de su amor al estudio y a llamarse propagandista del progreso médico, jamás se le ve en aquellos escaños. ¿Es pereza? ¿Es temor a discutir y a sostener sus doctrinas? ¿Es menosprecio a sus colegas?.
>
> Como no estamos dentro de la conciencia del Sr. Olavide, no podemos contestar; pero sí debemos repetir que hombres animados de sus deseos y saber no se deben a si mismos y que deben combatir y propagar sus ideales en todas partes, sin rehuir jamás un combate en el que después de todo nunca hay vencidos. >

3.3.6.-PUBLICACIONES Y COLABORACIONES EN REVISTAS PERIÓDICAS.

La obra escrita de Olavide puede clasificarse, a nuestro modo de ver, en ocho grupos atendiendo a la madurez, la intención y la significación de cada uno de los trabajos:

1.-Notas breves de cirugía.

2.-Artículos de revisión y opinión.

3.-Trabajos originales.

4.-Monografías, lecciones y discursos impresos.

5.-Obras generales de dermatología.

6.-Aforismos y consejos.

7.-Traducciones y prólogos

8.-Trabajos atípicos.

3.3.6.1.-NOTAS BREVES DE CIRUGÍA.

La actividad publicista de Olavide comenzó muy tempranamente. Ya en 1857, siendo alumno interno en las clínicas de Sánchez de Toca y de Soler, enviaba breves reseñas durante el curso de las intervenciones practicadas en estos servicios a "La Iberia Médica" (646-648) y "La España Médica" (632). Comenzaban estas comunicaciones con un párrafo de encabezamiento en el que el redactor de la sección de "Revista de los hospitales" escribía (648):

> < Nuestro apreciable amigo, el señor José Eugenio de Olavide, alumno interno de dicha clínica ha tenido la amabilidad de transmitirnos la siguiente reseña de operaciones. >

En "La España Médica" fue, durante los últimos años de la década de los cincuenta y primeros sesenta, redactor encargado de la crónica extranjera (520).

3.3.6.2.-ARTÍCULOS DE REVISIÓN Y OPINIÓN.

Durante los primeros años sesenta, los trabajos más destacados de Olavide aparecieron en "El Pabellón Médico". Marco Cuéllar supone con que Olavide pudo haber conocido, en el verano que pasó en París, a Ordóñez y a Delgado, redactores de esta revista (532). Esto explicaría por qué la mayoría de los trabajos de Olavide de esta época aparecieron precisamente en esta revista. Localizamos una brevísima nota editorial que antecede a un artículo titulado "Estado actual de la dermatología en España"y firmado tan sólo Dr. E. -se trata claramente un seudónimo de Olavide-, que justifica plenamente la suposición de Marco Cuéllar. Dice esta nota a pie de página (593):

> < Publicamos el siguiente artículo debido a uno de nuestros más queridos amigos, no sin alguna repugnancia por los inmerecidos elogios que hace de algunos de los redactores de EL PABELLÓN MÉDICO. Con decir que el autor de este es escrito es amigo nuestro, quedan las alabanzas destituidas de valor. >

Este artículo de opinión sobre la dermatología en España de "El Pabellón Médico" antecedió a una serie de artículos sobre la dermatología francesa publicados a lo largo de 1864 en varios números de este periódico. A diferencia del primero (593), en esta serie de artículos sobre la dermatología francesa Olavide se atrevió a utilizar su apellido. En sintonía con el primer artículo, el autor tituló estos escritos: "Estado actual de la dermatología en Francia" (594).

También merecen una mención aparte sus colaboraciones en la "Revista Especial de Oftalmología, Sifiliografía, Dermatología y Afecciones Urinarias". Esta revista fue la precursora de las publicaciones periódicas especializadas de dermo-sifiliografía y, en general, de las revistas médicas de especialidades en España. Su director fue Alfredo Rodríguez y Viforcos, fundador-propietario del sifilicomio y clínica de enfermedades de las vías urinarias. Uno de los aspectos más interesantes de este revista es que, además de

los números correspondientes, se publicaban series completas de artículos en tirada aparte como monografías, lo cual sucedió a menudo con los trabajos de Olavide. En la contraportada de la monografía de los "Aforismos de dermatología práctica" (560) - precisamente uno de los trabajos publicados por entregas en la revista y después como publicación aparte- se puede leer el siguiente anuncio:

> < Revista Especial de Oftalmología, Sifiliografía, Dermatología y Afecciones Urinarias.
> Esta publicación aparece el 15 de cada mes, bajo la forma de un cuaderno de 64 páginas, con cromo-litografías, fotografías y grabados intercalados en el texto, siempre que los trabajos teóricos o clínicos los exijan. Además reparte cada semestre a los suscriptores una monografía de Medicina en general o de las especialidades a que se consagra, si no excediese de 80 páginas. En el caso que tuviese mayor paginación, se entenderá que corresponde a dos semestres. Todo por 48 rs. anuales pagados anticipadamente de una vez o por semestres. >

En esta publicación periódica vieron la luz los escritos más importantes de Olavide durante los primeros años de la década de los ochenta (606, 649, 662). Muchos de los trabajos aparecidos en esta revista son lecciones dictadas por Olavide en el Hospital de San Juan de Dios, comentadas también en el apartado referido a lecciones y conferencias.

3.3.6.3.-TRABAJOS CIENTÍFICOS ORIGINALES.

Realmente, este grupo es el más escaso de toda la obra impresa de Olavide. Existen muy pocos escritos de Olavide que puedan considerarse auténticos trabajos científicos en el sentido actual del término. Olavide vivió, sin embargo, una época de la medicina española de cierto esplendor en la investigación a pesar de la precariedad de medios. Hace referencia a esto en un párrafo de su discurso de recepción en la "Real Academia de Medicina" (641):

> < La blenorragia y el chancro simple son ahora objeto de estudios minuciosos químico-microscópicos y esperimentales(sic), no sólo en Alemania y en América, sino también en nuestra calumniada España. Ya era hora de que se hiciese algo en este sentido. Día llegará en que puedan dar cuenta de ellos distinguidos profesores a quienes seguimos paso a paso

> en sus observaciones y de los cuales y de los cuales puede esperar mucho la Medicina patria; >

Revisando de forma intencionada las obras generales, discursos y notas clínicas se encuentran algunas referencias a pequeños descubrimientos y aportaciones originales del autor, si bien estas obras podrían haber dado lugar a un trabajo científico específico, el autor prefirió comunicarlos en otro contexto. Un ejemplo ilustrativo de estos pequeños hallazgos científicos intercalados en obras más generales es la mención que hace en una nota a pie de página de su discurso recepción en la "Real Academia" del descubrimiento de la reacción ácida del pus en las sifílides. A instancias de Olavide, Pérez Gallego comprobó que esta reacción casi nunca se produce en el exudado de las lesiones blenorrágicas o en el chancro blando (642). En los "Aforismos de Dermatología Práctica" aparecen nuevos datos sobre esta reacción aplicada a diversas dermatosis (566):

> <44.-Las exudaciones de las dermatosis o de las ulceraciones consecutivas a las mismas tienen reacciones químicas importantes para su diagnóstico. las herpétides dan reacción alcalina, las sifilíticas ácida, las escrofulosas muy ácida, las reumáticas ligeramente ácidas, y las artificiales y agudas o seudo-exantemáticas, ninguna. Cuando se desarrolla la gangrena o el fagedenismo en una ulceración sifilítica que daba reacción ácida, deja de darla, lo mismo que cuando entra en el período de reparación. El chancro venéreo tampoco da reacción de ninguna clase.
>
> El papel reactivo que se emplee en estas observaciones ha de aplicarse con ciertas precauciones para que el sudor no le toque. También debe aplicarse, si es posible, antes de que el tratamiento tópico modifique la exudación, o suspendiéndole(sic) vienticuatro horas para que no queden restos mezclados con ella. >

En la gran "Clínica Iconográfica..." también se encuentran algunas aportaciones clínicas y experimentales concretas de Olavide que bien podrían equivaler a un pequeño trabajo de investigación. Así, la lámina IV del grupo de dermatosis fitoparasitarias se titula: "Tiña favosa generalizada. Transmisión de la enfermedad a los animales". Aunque Olavide firma al pie de la nota que complementa la lámina, aclara al comienzo que los trabajos fueron realizados por el doctor Hernando (579). También contó con la

colaboración micrográfica de Federico Rubio. La lámina XII de este mismo grupo también se titula "Tiña favosa transmitida del hombre al perro por inoculación o trasplantación" (580) (fig. 32). En ambas láminas, Olavide describe minuciosamente los objetivos, el material y métodos empleados y los resultados obtenidos de forma rigurosa, aunque no consten necesariamente con estos epígrafes, característicos de un trabajo científico moderno. En varias de estas láminas se recogen imágenes micrográficas sobre diferentes tipos de hongos.

La lámina XXI del grupo de las afecciones sifilíticas se titula "Gomas del hígado, pulmones, etc. (sífilis visceral)" (583) (fig. 29). En ella, Olavide aporta los datos clínicos, evolución y plan terapéutico de un caso de lúes avanzada que tuvo un desenlace fatal en pocas horas. Lo más interesante de esta lámina es la autopsia y el estudio histológico que realizó, de nuevo, el doctor Federico Rubio. Aparecen en esta lámina una litografía en color del hígado gomoso y un grabado en blanco y negro de las alteraciones histológicas hepáticas.

Otro artículo que podría incluirse en este grupo de trabajos originales es la comunicación que Olavide presentó en el congreso internacional de París, titulada "Tratamiento comparativo del lupus". En él recoge Olavide su experiencia de veinticinco años en San Juan de Dios, durante los cuales trató 790 casos de lupus con diversos medios: aceite de hígado de bacalao, cauterizaciones térmicas (hierro rojo y galvanocauterio) y químicas (pasta de cloruro de zinc, nitrato de plata), raspado, escarificaciones. Este trabajo apareció por duplicado en la "Revista Especial de Oftalmología, Sifiliografía, Dermatología y Afecciones Urinarias." (662) y en la "Revista Clínica de los Hospitales" (663).

Olavide realizó también algún rudimentario estudio epidemiológico sobre enfermedades infecciosas, como en el caso de la lepra (576).

3.3.6.4.-MONOGRAFÍAS, LECCIONES Y DISCURSOS IMPRESOS.

Contrastando con el exiguo grupo anterior, el conjunto de monografías y lecciones dictadas y que posteriormente fueron publicadas, forman un grupo muy importante en la actividad publicista de Olavide.

Una de las primeras publicaciones de este tipo trató sobre la sarna (655) y, en ella, dice Olavide (656):

> < Propóngome dar a conocer en una serie de folletos de poca lectura, las enfermedades de la piel que más necesidad tiene el práctico de tratar y de distinguir con rapidez y acierto; y empiezo por este que de la sarna se ocupa por se la enfermedad más común y menos seriamente estudiada en nuestras Escuelas. >

Destacan, entre las lecciones dictadas por Olavide en el Hospital de San Juan de Dios, las de dermatosis herpéticas (622), la pelagra (628), las enfermedades cutáneas producidas por vegetales parásitos (585), sobre el reumatismo y las enfermedades reumáticas (649) y las citadas lecciones sobre la sarna (655). Como también hemos comentado, la mayoría de estas lecciones fueron publicadas como separatas o monografías por la "Revista Especial de Oftalmología, Sifiliografía Dermatología y Afecciones Urinarias".

Algunos de los discursos pronunciados por Olavide en las academias médicas también se imprimieron como monografías (608, 634).

3.3.6.5.-OBRAS GENERALES DE DERMATOLOGÍA.

Dos obras de Olavide llevan la denominación de "Dermatología General" en el título. La primera es una obra precoz, algo fragmentaria, que también podría incluirse en el apartado anterior de "lecciones", de hecho, llevó el título de "Lecciones de Dermatología General" (613). La segunda es una obra de madurez, la gran "Dermatología

General y Clínica Iconográfica de las Enfermedades de la piel o Dermatosis" (577). Ambas obras sirven como referencias de su evolución en la concepción de la dermatología dentro de la doctrina constitucional.

3.3.6.5.1.-LECCIONES DE DERMATOLOGÍA GENERAL.

En este libro se incluyen trece lecciones que Olavide pronunció en la "Academia Médico-Quirúrgica" durante el curso 1865-6. Resulta un libro interesante, aunque algo incompleto.

Olavide dedica las tres primeras lecciones a destacar la importancia de la dermatología como especialidad en la medicina y hace una revisión crítica de la historia de la dermatología universal. El autor considera tres épocas en la evolución de la dermatología.

La primera etapa, o etapa arcaica, se caracteriza según él por la confusión de los hipocráticos y galenistas sobre las denominaciones de las dermatosis, toma como ejemplo ilustrativo la lepra que servía como denominación genérica para múltiples afecciones cutáneas.

La segunda etapa se define por el afán taxonómico y la importancia de la observación y reflexión al estilo sydenhamniano que permite individualizar con mayor precisión las dermatosis. Esta etapa es la constitución de la especialidad que viene de la mano de Mercuriale, Lorry y, sobre todo, de Plenck, ensalzando la figura de este último como fundador de la dermatología. Olavide añade a esta escuela creada por Plenck, que denomina germánico-inglesa o semiótica, las figuras de Willan y sus continuadores: Bateman, Biett, Gibert, Cazenave y Devergie. Paralelamente a la escuela de Willan, Alibert creó en Francia su propia escuela que Olavide denomina la "escuela filosófica francesa".

La tercera etapa considerada por Olavide es la contemporánea, cuyo mejor representante es la figura de Bazin. La idea que Bazin tenía de la dermatología se apoyaba en dos pilares difíciles de compaginar: por un lado la concepción constitucional como origen de las dermatosis y, en segundo lugar, la idea del "parasitismo animal y vegetal". Estas ideas de Bazin desarrollando el sistema constitucional de las dermatosis se aborda en profundidad en el apartado 3.3.7.1.

En las lecciones cuarta a séptima de este primer libro, Olavide trata de la estructura anatómica de la piel, de sus funciones y de las distintas clasificaciones de las afecciones cutáneas. En el capítulo sexto incluye su propia clasificación de las dermatosis, aunque de corte claramente baziniano.

Las lecciones octava y novena las dedica a las diversas causas de las enfermedades cutáneas.

Las lecciones 10 y 11 tratan de las lesiones cutáneas elementales, las alteraciones del pelo y las uñas y los síntomas de la piel.

Finalmente, en las lecciones 12 y 13 se estudian algunas enfermedades concretas.

Las aportaciones originales de Olavide en esta primera obra son casi nulas. El autor tan sólo ofrece una visión concreta de la evolución y la historia de las enfermedades de la piel en la medicina hasta mediados del siglo XIX y aporta unos conceptos anatómicos, fisiológicos y semiológicos elementales.

Sin embargo, a nuestro modo de ver, existen dos motivos que justifican el valor de esta obra: 1) Estas lecciones, como ya se mencionó en el apartado 3.3.3.2, fueron un medio que Olavide utilizó para "forzar" la apertura a la docencia del Hospital de San Juan de Dios. 2) En este texto, Olavide asumió un cierto papel de "apóstol" de la concepción constitucional baziniana de la dermatología en España, teoría por la que ya había

manifestado su preferencia anteriormente en la serie de artículos de "El Pabellón Médico" sobre la dermatología francesa (594).

3.3.6.5.2.-DERMATOLOGÍA GENERAL Y ATLAS DE LA CLÍNICA ICONOGRÁFICA DE LAS ENFERMEDADES DE LA PIEL O DERMATOSIS.

Esta obra de Olavide merece una mención muy especial. No es el primer libro de dermatología original de un autor español, ya que los textos de Alfaro (2) y Luciano de Murrieta (521) fueron anteriores. Sin embargo, esta obra de Olavide es el texto dermatológico español por excelencia del siglo XIX.

Se trata de una obra de gran envergadura, incluso en cuanto al formato, ya que fue editada en hojas de doble folio, con la pretensión de representar las lesiones en tamaño real. Esta compleja obra se editó por entregas a partir de 1871. El "Atlas..." comenzó a publicarse en 1873. No conocemos la fecha exacta en la que se completó la obra, pero nos consta que en 1881 aún estaba publicándose, según reconoció el propio Olavide en otro de sus trabajos fechado en este año (624):

> < ...Otro de los caracteres es la simetría: por eso, señores, en todas las láminas de la obra que estoy publicando he procurado poner como carácter de expresión, por ejemplo, los dos brazos, las dos piernas... >

Este tipo de edición "por entregas" no era novedoso, ya que algunos años antes, en 1864, José Díaz Benito había publicado de esta manera un cuidado atlas de enfermedades venéreas (403), que ya hemos comentado en un trabajo previo (742).

La "Dermatología General y Atlas de la Clínica Iconográfica de las Enfermedades de la Piel o Dermatosis" de Olavide está formada por tres partes independientes. La primera parte es la "Dermatología General...", consta de ciento setenta páginas impresas, tres pliegos de Índice analítico y un "Atlas de Dermatología General" de nueve láminas. La segunda parte son las veintisiete lecciones clínicas de enfermedades de la piel que

comprende el estudio de las dermatosis parasitarias -6 lecciones-, pseudoexantemas -7 lecciones- y el estudio comparativo de las enfermedades cutáneas o dermatosis constitucionales -14 lecciones-. La tercera parte son las láminas clínicas que componen el "Atlas de la Clínica Iconográfica..." propiamente dicho, con la descripción de los casos clínicos y las anotaciones correspondientes.

En la actualidad, la obra se encuentra en casi todas las bibliotecas encuadernada en dos volúmenes. El primer volumen corresponde a la primera parte -"Dermatología General" con 170 páginas impresas, 9 láminas y tres pliegos de índice- y a la parte segunda -las lecciones-. La parte tercera o "Atlas" forma el segundo volumen.

Olavide necesitó la ayuda de numerosos colaboradores para llevar a cabo esta obra. El editor fue José Gil Dorregaray. José Acevedo realizó todos los dibujos originales de las láminas sobre el modelo en vivo. Kraus, Soldevila, Rufflé y el mismo José Acevedo fueron los ejecutores de las cromolitografías sobre las pinturas de éste. Peiró Rodrigo se encargó de dibujar las imágenes histológicas de la obra, la mayoría de las cuales fueron preparadas por Federico Rubio (fig. 29). Las litografías se realizaron en varios talleres de Madrid, como así consta a pie de cada página. Las hojas de texto que acompañaban a cada lámina se imprimieron en los talleres de Fortanet.

La mayoría de los casos clínicos que aparecen en la sección de "Atlas de la Clínica-Iconográfica..." son pacientes ingresados en las salas del Hospital de San Juan de Dios que Olavide tenía a su cargo. Algunos, pocos, pertenecían a su clientela particular. También solicitó, y obtuvo, la colaboración de varios compañeros para suplir las deficiencias de su enfermería. Eusebio Castelo escribió varias láminas (275-278), Domingo Pérez Gallego le cedió bastantes casos a Olavide para este atlas, especialmente en el apartado de venereología (693-697), Federico Rubio, además de colaborar en la

realización de los estudios micrográficos, en las autopsias, y en alguna intervención quirúrgica. firmó también alguna lámina de este atlas (746); Moisés Sanjuán (807). Marcial Taboada (831) y José Lacasa (507) colaboraron puntualmente. Olavide contó también con la importante colaboración de Benito Hernando Espinosa, catedrático de Terapéutica de la Facultad de Medicina de Granada (490-495). Muchas de las láminas del grupo de dermatosis leprosas, fueron escritas por él. Llama la atención que, en todas las láminas de Benito Hernando aparecidas en el "Atlas..." de Olavide, se destaca su carácter de "profesor libre" de Dermatología.

La "Dermatología General y Atlas de la Clínica Iconográfica...." fue una obra alabada por toda la profesión médica del momento, aunque pasó por importantes dificultades y casi se suspendió su publicación. De hecho, el completar la edición de esta gran obra le costó a Olavide grandes esfuerzos, disgustos y dinero. A ello se refiere Giné Partagás en su "Dermatología Quirúrgica"(456):

> < Una obra grande, en todas las acepciones de la palabra, un verdadero monumento científico, tipográfico y artístico, dedicado en España a la dermatología, parecía llamada a satisfacer holgadamente las necesidades de esta parte de la clínica. La Clínica iconográfica de las enfermedades de la piel, debida a la pluma del Dr. D. Eugenio de Olavide, es capaz de satisfacer al más exigente. El autor, empapado en las doctrinas antiguas y modernas y templado su espíritu en la numerosa visita del Hospital de San Juan de Dios, ha acertado por completo. Vasta erudición, criterio eminentemente práctico y estilo claro y elegante, que invita a leerle sin interrupción, tales son las cualidades que distinguen a la Clínica Iconográfica. Un rico caudal de historias clínicas, escritas al pie de las grandes láminas cromo-litográficas, que, en su tamaño natural, representan los casos a que las historias se refieren, acrecienta el interés de la obra. ¡Lástima que, en la parte iconográfica, la exactitud pictórica no esté siempre a la altura del lujo de la edición ni a la importancia del relato!
>
> Pero la obra del doctor Olavide -como suele suceder en muchas de las de su clase- marcha con paso lentísimo en su publicación: muchos años han transcurrido desde que recibimos las primeras entregas, y aún, a juzgar por el texto de la última, dista

> mucho de tocar a su término. No falta quien recele que pueda sobrevenir un quebranto editorial que imposibilite la conclusión.
>
> Además, esta obra, que no vacilo en calificar de colosal, tiene un precio elevadísimo -179 duros cuestan las entregas hasta hoy día publicadas- y esto la pone fuera del alcance de la fortuna de la inmensa mayoría de los médicos y la hace inasequible a todos los escolares. >

Los ciento setenta y nueve duros que menciona Giné de la obra en publicación terminaron siendo 3.980 reales al final (409).

Esta gran obra de Olavide fue apoyada inicialmente por distintos estamentos de la administración. Así, la "Academia Nacional de Medicina" la subvencionó con 100 subscripciones (520). Fue también subvencionada por el Ministerio de Fomento, sin embargo, según refiere Castelo (292), le suspendieron esta subvención y a punto estuvo de truncarse la edición de la obra:

> < Fue su obra subvencionada por el Estado a cambio de remitir varios ejemplares al Ministerio de Fomento, y un ministro le suprimió la subvención.
>
> Esto paralizó los trabajos, entibió la suscripción, hizo desertar suscriptores, y lo que es peor, como se publicaba por entregas, con la paralización de la tirada se descabalaron ejemplares, principalmente en el Ministerio, y esto originó fáciles sustracciones que os darán la explicación de porqué con frecuencia vemos en las plazas públicas y en las ferias de los pueblos expuestas láminas sueltas de la obra de Olavide, exhibida como reclamo y para embaucar incautos, en manos de charlatanes, juglares. prestidigitadores y curanderos. Para remate os diré que (aparte de los mil disgustos y sinsabores que tuvo con el editor), los ejemplares que según contrato le correspondieron a Olavide se vio precisado a venderlos a bajo precio a otro editor que se los compró para revenderlos en América, pues en España eran de difícil salida por la poca afición a los estudios dermatológicos, y por resultar la obra cara para un país tan pobre. >

La época a la que Castelo hace referencia fue la década de los setenta. Cincuenta años después la obra había perdido su interés científico y docente, aunque pasó pronto a convertirse en una joya bibliográfica, codiciada por dermatólogos y coleccionistas (409):

> <... y las láminas en color de las que presenta Olavide un asombro en su magna obra "Atlas de Enfermedades de la Piel", recompensado con premio de primera clase en la Exposición de París de 1878, y que hoy buscan

> afanosamente dermatólogos nacionales y extranjeros por su enorme interés cromolitográfico. >

Del rápido desfase conceptual de la obra de Olavide, ya había dado cuenta Portillo en 1901 en una nota necrológica sobre Olavide, publicada en su revista, "Revista Española de Sifiliografía y Dermatología" (710):

> < Esta obra, escrita hace más de veinte años representaba el estado de los conocimientos dermatológicos de la época; seguíanse entonces en casi toda Europa las doctrinas humorales, porque no había otras mejores, y el libro de Olavide fue célebre. Después, los rápidos e incesantes progresos de la bacteriología y de la anatomía patológica, han señalado otro rumbo a la especialidad y otros cimientos más firmes que la inocente creencia en el herpetismo; la obra célebre es hoy anticuada e inadmisible; conserva, no obstante, una celebridad y un mérito indiscutibles, pero siempre con relación a la época en que se escribió. >

Aún así, el libro de Olavide creó una cierta escuela y tuvo alguna influencia en otras obras españolas posteriores, como la ya citada de Giné Partagás (455) y en el Álbum de Pérez Ortiz (698), como así lo corroboran Fernández Gómez y Cubero (413):

> < En realidad, esta afición no arraiga hasta que aparece Olavide en la escena de la cultura dermatológica española. Él, con sus artículos en revistas, con sus monografías, con sus lecciones dermatológicas en la Médico-Quirúrgica y en San Juan de Dios, y sobre todo con la publicación de su asombroso "Atlas de enfermedades de la piel", crea una literatura olavideana, y discípulos que difunden la inclinación a esta especialidad por todo el país. Las mismas obras-atlas de Giné y Portagás(sic), Barcelona 1880, y Pérez Ortiz, Madrid 1886, muy estimables, muestran una marcada influencia Olavideana. >

3.3.6.6.-AFORISMOS Y CONSEJOS.

Este grupo de publicaciones incluye dos series de artículos que resultaron una de las producciones más interesantes de Olavide porque aquí sí recoge los mejor de su experiencia clínica y terapéutica, sus propias reflexiones y sus conclusiones.

3.3.6.6.1-AFORISMOS DE DERMATOLOGÍA PRÁCTICA.

Olavide publicó entre 1878 y 1879 una serie ideas fragmentadas en algunos números de la "Revista Especial de Oftalmología, Sifiliografía, Dermatología y

Afecciones Urinarias", concretamente en los números 5, 6, 7, 9, 11, 14, 17, 25 y 29. Como era costumbre, también los publicó en tirada aparte, y a éste último nos referiremos por ser más sencillo (560). El título de "Aforismos de Dermatología Práctica" se complementaba con el siguiente subtítulo: "Ideas sueltas y en desorden sobre las enfermedades de la piel". Esta serie contiene 257 ideas y pensamientos, cuya extensión varía desde una línea a casi dos páginas. Por el mismo planteamiento de la obra, resulta fragmentada y anárquica y, sin embargo, es una obra de gran madurez clínica.

La mayoría de los aforismos se refieren a conductas terapéuticas en las que prima el "sentido común" dermatológico. Así, por ejemplo, los primeros aforismos dicen (561):

> <1. El gran remedio contra las dermatosis agudas es la espectación(sic) prudente.
> 2. Las dermatosis crónicas deben combatirse con remedios internos y externos.
> Los primeros servirán para neutralizar la causa íntima del mal, conocida o desconocida, pues por fortuna se saben curar algunas enfermedades cuya naturaleza es un misterio todavía, y servirán además para detener la alteración progresiva de la alteración constitucional, que sostiene o hace reproducir las dermatosis crónicas.
> Los segundos o tópicos servirán para contener los progresos del mal local, es decir de la lesión cutánea, síntoma casi siempre de la alteración constitucional.>

En algunas observaciones clínicas fue un adelantado a su época, por ejemplo, varias décadas antes de que Coca definiese el concepto de atopia ligando fenómenos como la dermatitis, rinitis, conjuntivitis y el asma, ya comenta Olavide (563):

> <22. El prúrigo y el asma casi siempre están juntos.>

En otros aforismos demuestra la importancia de los signos-guía, y del sentido común en los diagnósticos diferenciales (568):

> <58. Enfermedad que pica sólo de noche, sarna o urticaria.>

A los emolientes más clásicos y aún utilizados hoy en día en las dermatitis, les dedicó Olavide un aforismo (562):

> < 6. El almidón sirve de mucho en las exacerbaciones agudas y fugaces de las dermatosis crónicas. >

3.3.6.6.2.-CONSEJOS PARA EL MEJOR TRATAMIENTO DE CIERTAS DERMATOSIS.

Casi diez años después de publicar estos "Aforismos", Olavide publicó, en la "Revista Clínica de los Hospitales", dos nuevas entregas aisladas con sugerencias para el tratamiento de algunas dermatosis (574, 575). Estos "Consejos" son más prácticos, menos conceptuales, que en los "Aforismos", y la redacción fue prontuaria, como en éstos. La "filosofía" de estos consejos, la explica el mismo Olavide al comienzo del trabajo (574):

> < ¿Qué nos queda por hacer, en vista de esto, a los que, hartos del ejercicio ó de la práctica de la Medicina, tenemos sin embargo fe en ella y la adoramos como a una buena madre?
>
> Pues aconsejar; no tratando de detener ni moderar las elucubraciones de los más jóvenes, sino haciéndoles ver en pocas frases el resultado final de nuestra práctica
>
> .../...
>
> Influido por esta idea escribo este artículos y tal vez escribiré alguno más, contando con la benevolencia de los lectores y advirtiendo que no trato de enseñar nada nuevo, sino explicar el "modus faciendi" de mi práctica en el tratamiento de algunas dermatosis, sin remontarme a teorías y sin apelar tampoco a hechos concretos ú observaciones clínicas aisladas... >

Apenas conocemos una segunda entrega de esta serie (575), que ha quedado muy incompleta.

3.3.6.7.-TRADUCCIONES Y PRÓLOGOS.

Refiere López de la Vega (520) que, en los primeros años de práctica de Olavide, a finales de los cincuenta y primeros sesenta, Sánchez Rubio le solicitó la traducción de la obra de Guillot sobre "Medicamentos Nuevos" y de Monard sobre "Patología General", aunque lamentablemente no llegaron a ser publicadas.

Olavide también prologó las "Lecciones clínicas sobre enfermedades de la piel" del doctor Guibot (483), traducida al castellano José Ramón de Torres y José M. Ruiz Barros.

3.3.6.8.-TRABAJOS ATÍPICOS.

En este apartado incluimos algún trabajo que, por su orientación o intención, son difíciles de encuadrar en los grupos anteriores.

El ejemplo más ilustrativo fue un folleto titulado "Tratamiento curativo y preservativo del cólera", que Olavide publicó en 1884 (664). El mismo Olavide explicó la razón de esta extraña publicación en las primeras líneas de dicho trabajo (665):

> < No considerando los modernos al cólera como una enfermedad infecciosa cuyo germen pueda transportarse por el aire a largas distancias; sino atribuyéndola a la implantación directa de una planta microscópica en la mucosa gastro-intestinal, es deber mío como representante del Laboratorio histoquímico del Hospital de San Juan de Dios, destinado por la Diputación Provincial a este género de estudios y trabajos, aconsejar a todos, los medios profilácticos y, el lo posible, curativos, que pueden emplear para defenderse de la calamidad pública que nos amenaza. >

Otro ejemplo más de estas publicaciones "atípicas", es el propio opúsculo de su tesis doctoral, ya comentado (600).

3.3.7.-DOCTRINA CONSTITUCIONAL, MICROBIOLOGÍA Y TEMAS DERMATOLÓGICOS DE MAYOR INTERÉS PARA OLAVIDE.

No se puede comprender la obra de Olavide sin conocer las ideas de la escuela francesa de mediados del siglo XIX, ya que, en realidad, Olavide se limita en muchos de sus escritos simplemente a traducir o explicar las ideas de los principales autores de esta escuela, como Bazin y Hardy.

La semblanza biográfica que "El Doctor Sangredo" hace de Olavide comienza de la siguiente manera (806):

> < Hubo en Francia un hombre de poderosa inteligencia, que, recogiendo cuantos estudios y conocimientos había esparcidos acerca de las enfermedades de la piel, constituyó verdaderamente una especialidad importante: La dermatología.
> .../... nadie dudará que aludimos a Bazin.
> En España tenemos también un especialista en estas enfermedades, del que se podría formar un buen paralelo con aquel. Durante su primera época ha seguido su mismo camino; como aquel, es laborioso, investigador y amante del progreso; como aquel tiene también lunares, que son, con corta diferencia los mismos, y como el profesor francés, ha honrado a su país con trabajos de un mérito indudable. >

Este paralelismo que Sangredo establece entre las figuras de Bazin y Olavide está más que justificado. La admiración de Olavide por Bazin venía de bastante atrás (603):

> < Un sabio profesor del hospital de San Luis, a quien con justo título se puede llamar Reformador de la Dermatología, y a quien, en mi opinión, debe la ciencia sus más brillantes progresos, el Dr. Bazin... >

Fernando Castelo también da testimonio la contante fidelidad de Olavide a la escuela francesa (288):

> < Fue apóstol y porta-estandarte de la escuela francesa, y una de las amarguras de los últimos años de su vida fue ver como perdían terreno estas doctrinas, cediendo paso a la escuela de Viena, a la escuela de Hebra. Así me decía en París en el año 1889 cuando asistimos, en unión de mi querido e inolvidable padre al congreso de Dermatología y Sifilografía. ¡Cómo me entristece ver que estos franceses van abandonando una escuela tan bonita, tan racional y tan seductora como la que les es propia y original! >

En consecuencia, interesa revisar aquí las principales características y aportaciones de esta escuela.

3.3.7.1.-TEORÍA DERMATOLÓGICA CONSTITUCIONAL DE BAZIN.

Antoine Pierre Ernest Bazin nació el 20 de febrero de 1807. Su padre y su abuelo habían sido médicos. Se licenció en 1835. Fue discípulo de Alibert y de Biett. En 1847, formaba ya parte de la plantilla del Hospital de San Luis de París (390).

En 1864, escribió Olavide en "El Pabellón Médico" (595):

> < Nos va a ser muy difícil comenzar los artículos críticos acerca de las doctrinas del Dr. Bazin, y no será ciertamente porque reine confusión en

> ellas, o seamos su decididos adversarios, sino porque el ilustre médico del Hospital de San Luis, elevándose a concepciones grandiosas, y presentando a la consideración del mundo médico pensamientos tan nuevos, como admirables, ha cambiado la faz de la dermatología, impulsando a sus contemporáneos hacia una vía de estudio, diferente de la que se venía siguiendo hace dos siglos, y a la que estaban todos acostumbrados. >

La lección quinta de las "Lecciones de Dermatología General" (613), que Olavide impartió en la "Academia Médico-Quirúrgica" en el curso 1865-6 la dedicó íntegramente a glosar la figura de Bazin (617):

> < Profundo pensador, hábil clínico y dotado a la vez de un lenguaje tan sencillo como elocuente, aunque inferior al de Alibert, y de un ojo práctico tan certero, como rápido para el conocimiento de los afectos cutáneos. Bazin, antes desconocido se levanta a una altura prodigiosa. Sus magníficas lecciones empiezan a dar resultados y encontrando eco en el mundo médico, producen lo que era de esperar, la admiración y el respeto de infinidad de alumnos; la envidia y la lucha sin tregua de algunos de sus compañeros. Uno sólo de entre todos estos, el venerable Hardy, se coloca a su lado: Gibert y Cazenave le atacan, el sarcástico Devergie trata despiadadamente al fundador de la nueva escuela. >

Bazin desarrolló su propio sistema nosológico de la enfermedades cutáneas entre 1855 y 1870, en lo que podría considerarse una segunda etapa de su actividad dermatológica, después de los años que dedicó a la investigación micológica y parasitológica -primeros cincuenta-. El núcleo del sistema de Bazin fueron las que él llamó "las cuatro enfermedades constitucionales": sífilis, escrófula (tuberculosis), artritismo y herpetismo. Besnier denominaría más tarde a este cuarteto "tetralogía baziniana" (390). Además de estas enfermedades constitucionales Bazin también considera otras "diátesis", de menor entidad, aunque igualmente específicas, como la tendencia a supurar, a formar queloides y tumores, etcétera.

Olavide explicó muy resumidamente estas ideas de Bazin (598):

> < Las enfermedades constitucionales que admite son cinco: la escrófula, la sífilis, la artritis (palabra, en mi opinión, desgraciada, con la cual quiere sustituir a la de la gota y reumatismo), el dartro y la lepra de cuyos nombres forma las denominaciones escrofúlides, sifílides, artrítides,

> herpétides y leproides que sirven para designar las afecciones cutáneas sintomáticas de las referidas enfermedades constitucionales. >

Interesa destacar que una peculiaridad de la obra de Bazin es que la mayoría de sus ideas no fueron escritas por él mismo sino por sus alumnos, tal como hacía constar Olavide (596):

> < Este autor, pues como tal debemos considerarle, a pesar de estar publicadas todas su obras por discípulos o internos de su servicio... >

Olavide llamaba a la concepción de la dermatología de Bazin "escuela etiológica". Esta denominación incluiría por un lado los conceptos de zooparasitismo y fitoparasitismo -en los que el adjetivo "etiológico" sí sería correcto-, más las diátesis constitucionales ya mencionadas. Preferimos evitar esta denominación conjunta y nos referirnos de forma separada a la "teoría constitucional" por un lado y al "parasitismo" por otro.

Un escueto aforismo resume la peculiar filosofía dermatológica de Bazin: "La lesión no es la enfermedad" (392). Es curioso pensar que, aunque Bazin es considerado hoy como un patriarca de la dermatología, esta filosofía que propone plantea serias dudas sobre la situación de la dermatología como una disciplina independiente. El mencionado aforismo -que también podría leerse al revés: "La enfermedad no es la lesión"- niega la existencia de casi todas la enfermedades cutáneas porque la mayoría de las dermatosis serían síntomas de enfermedades sistémicas. Para los constitucionalistas, tan sólo los parasitismos (en las que incluían micosis y ectoparasitosis) y las dermatosis artefactas (denominadas entonces "artificiales") serían dermatosis de causa externa. Esta concepción de la dermatología fue rechazada durante décadas por la escuela que después prevaleció (los anatomistas o localistas), sin embargo, andando el tiempo, se recuperaría aquel afán

de interrelacionar la dermatología con otras disciplinas médicas, especialmente con la medicina interna y sus especialidades.

3.3.7.2.-TEORÍA DEL PARASITISMO CUTÁNEO EN LA OBRA DE BAZIN.

Además de elaborar la doctrina constitucional de las enfermedades cutáneas, Bazin tuvo un importante papel en el estudio de los microorganismos externos como agentes causales de algunas dermatosis, especialmente de la sarna y de la tiñas (725). No deja de ser una paradoja que Bazin desarrollara esta línea de investigación, ya que parece incluso opuesta al sistema teórico de las diátesis como causas de las enfermedades de la piel. Sin embargo, la cantidad y calidad de los trabajos de Bazin llevaron a considerarle el introductor de la micología en la dermatología (597):

> < Aún nos resta decir algo sobre él, y tal vez los más importante, por lo que nos ha parecido oportuno separarlo de las consideraciones anteriores, para tratarlo con algún detenimiento. Nos referimos al grupo de afecciones por causa esterna(sic) parasitaria, creado también por este profesor y al cual ha dedicado también sus mayores desvelos, y sus principales trabajos. >

En las "Lecciones de Dermatología General" Olavide explicó más en detalle esta derivación de la micología hacia la dermatología y los principales pioneros de estos estudios (618):

> < El estudio microscópico de las dermatosis fue el primer punto de la ciencia a que dirigió su atención este sabio profesor de la dermatología. Comprendiendo que los trabajos microscópicos iniciados por Gruby, Schoenlein y Audouini sobre la botánica microscópica en relación con la patología, podían ser de mucha utilidad, toda vez que se comprobasen y llegase a conseguirse el que los prácticos fijasen en ellos su consideración, se hizo lugar entre los micrógrafos más distinguidos y compitiendo con Lebert y Robin, verdaderas eminencias en este género de estudios y harmonizando el resultado de sus observaciones, con el resultado de su práctica clínica, llegó a establecer sobre sólidas bases la naturaleza parasitaria de ciertas enfermedades de la piel, antes desconocida y perdida por consiguiente en la oscura región de las hipótesis.
>
> Su trabajo no fue perfecto al principio; tampoco fue completo. Se limitó en 1853 a publicar un folleto con láminas sobre la naturaleza y tratamiento de las tiñas; pero este opúsculo fue ya bastante para darle a conocer y para conseguir que le atacaran sus propios compañeros, a pesar

> de que no habían hecho como él observaciones microscópicas detenidas y minuciosas. >

Olavide también mencionó este mérito singular de Bazin en su discurso de recepción en la "Real Academia" (636):

> < Bazin es el primero, sin embargo, que con poderosa iniciativa. con su fuerza de voluntad, venciendo con el razonamiento todas las dificultades y allanando con la experimentación y observación clínica pública todos los obstáculos, Bazin es el primero, repetimos, es el primero que ha creado y hecho adoptar en las nosologías el grupo natural de enfermedades fito-parasitarias. >

La evolución vertiginosa de la micología durante estos años queda patente en un párrafo de las "Lecciones de Dermatología General" (619):

> < Hasta él, señores, fuerza es decirlo, las afecciones cutáneas residentes en la cabeza eran lastimosamente confundidas; las afecciones fitoparasitarias, es decir, las tiñas eran consideradas como enfermedades ostenidas(sic) por un vicio general, muchas veces refractarias a todos los recursos de la terapéutica y alguna vez curables, pero después de muchos meses o de muchos años de tratamiento. Hoy las tiñas se curan con sólo dos meses de una terapéutica sencilla y exenta de inconvenientes. >

En la serie de artículos sobre la dermatología en Francia, Olavide explicó la idea baziniana del fitoparasitismo (597):

> < Los vegetales parásitos son para él de tres especies, según el asiento anatómico que ocupan en el organismo humano.
>
> La primera especie la forman los vegetales que tienen su asiento en los pelos o las uñas. por cuya razón los denomina "tricofíticos" y "onixofíticos", y tiñas a las afecciones cutáneas que ocasionan.
>
> Estas afecciones tienen un gran número de caracteres comunes además de la positiva existencia del parásito, que el microscopio da a conocer y son el contagio, la alteración de los pelos, la calvicie temporal o permanente según el período del mal, el picor y la resistencia a todos los tratamientos.
>
> Es muy rara en ella la curación espontánea, y exigen idéntico tratamiento.
>
> Bazin divide las tiñas en tres variedades que corresponden a las tres especies botánicas del vegetal parásito que las determina.
>
> A) La tiña favosa producida por el achorion Schoenleinii(sic)
> B) La tiña tonsurante por el trichophyton tonsurans.
> C) La tiña pelada por el micrósporon Audouini(sic).

En cada una de ellas admite varias formas dependientes de las circunstancias del sitio que ocupan, del período de evolución o desarrollo del vegetal y del tratamiento empleado.
.../...

La segunda especie de vegetales parásitos, llamados por Bazin "epidermofíticos" por tener su asiento en la epidermis, dan lugar a varias enfermedades, la pitiriasis nigra, la versicolor, el cloasma y las efélides todas ellas caracterizadas por la presencia del miscrósporon furfur, que se distingue fácilmente del micrósporon Audouini, por tener más gruesos sus esporos, carecer de gránulos y tener un contorno bilinear.

Finalmente la tercera especie la forman los vegetales "epiteliofíticos" llamados así por tener su asiento en el epitelium. la enfermedad que ocasionan es el "muguete" cuyas membranitas están formadas por los esporos del oidium albicans. >

3.3.7.3.-LA CONCEPCIÓN CONSTITUCIONAL DE LA DERMATOLOGÍA EN LA OBRA DE OLAVIDE.

Olavide resume la concepción de la dermatología de Bazin en las "Lecciones de Dermatología General" en las siguientes ideas (620):

< 1ª. Las llamadas enfermedades cutáneas no lo son en la mayoría de los casos y sólo deben considerarse como tales, las que dependen de una causa local o externa.
.../...

2ª. Las dermatosis dependientes o sostenidas por una causa interna, deben considerarse, o como síntomas de la enfermedad que las produce, o como parte de la enfermedad constitucional, de la que son una manifestación local, con lesión más o menos profunda de las funciones, o de los órganos colocados en el tegumento.
.../...

3ª. La lesión, el síntomas y la enfermedad serían, pues, diferentes en la mayoría de los casos, y como la dermatología se ocupa muchas veces sólo de los primeros, convendría, en la especialidad, sustituir la palabra "enfermedades" por la de "afecciones" de la piel.
.../...

4ª. Es conveniente deslindar, en el estudio de cada afección cutánea, cuando ésta constituye por si sola toda la enfermedad o cuando sólo es un síntoma, o una lesión sintomática. En el primer caso (dermatosis artificiales), como ya hemos indicado, la enfermedad, la lesión y el síntoma son una misma cosa; en el segundo (dermatosis de causa interna), no lo son y en la resolución de este problema, tan difícil en ocasiones de resolver estriba la adopción del tratamiento conveniente y todos nuestros juicios sobre lo futuro, o lo que es lo mismo el pronóstico.

.../...

5ª. La forma de la erupción cutánea importa poco para el conocimiento de la naturaleza del mal, nada sirve para establecer la principal indicación terapéutica; pero debe tenerse en cuenta para presumir el sitio anatómico de aquel, y para completar, o modificar la terapéutica, pues en ocasiones la lesión de la piel aunque sea sintomática, tiene por sí, intrínsecamente, tanta gravedad, que es necesario detener sus progresos.

.../...

6ª. La causa de las dermatosis, no es ni puede ser única. Es múltiple y en ocasiones compleja; es decir, hay una reunión de las dos, o más causas para producir la afección, y de su conocimiento dependerán también las indicaciones y sus modificaciones.

.../...

7ª. Las afecciones cutáneas son enteramente semejantes a las afecciones o enfermedades de los demás órganos, no por sus causas y su naturaleza, sino por sus síntomas, por su curso, por su terminación y por el tratamiento que exigen, y si parecen diferentes, es porque no se tiene bien en cuenta la complicación de estructura del tegumento, el número infinito de órganos que contiene, el considerable número de funciones que desempeña y sus relaciones sinérgicas y simpáticas con todos los órganos de la economía.

.../...

8ª. Por todo lo dicho anteriormente se debe deducir que la dermatología no puede aislarse de la patología general, y si existe y debe existir como especialidad, no es porque se divorcie de la filosofía que preside al estudio práctico de la medicina, sino porque así podemos, dividiendo el trabajo, profundizar más en su estudio. >

Veinticinco años después de escribir estas líneas, cuando ya nadie creía en las ideas constitucionales, Olavide aún insistía en la negación baziniana de las enfermedades cutáneas como entidades con personalidad propia, en esta curiosa autocorrección (611):

< Las enfermedades de la piel, o mejor dicho, las enfermedades que tienen manifestaciones en la piel, pues las exclusivas del tegumento externo, apenas pasan en mi opinión, del grupo de las artificiales y parasitarias por implantación y de algunas trofoneurosis o lesiones nutritivas de causa local... >

Además de los propios trabajos de Olavide, en los que aparece tal cual la interpretación que éste hace de las ideas de Bazin, existe un documento de gran interés para la comprensión del sistema constitucional de Bazin y de Olavide. Se trata del discurso pronunciado por Juan de Azúa ante la "Academia Médico-Quirúrgica" en el que

el éste comenta y rebate los argumentos fundamentales de la concepción olavideana (108). Azúa detalla, por ejemplo, los cambios que Olavide introdujo en la concepción original de Bazin (113):

> < Conviene esclarecer si al darnos a conocer el doctor Olavide las doctrinas de Bazin han sufrido éstas alguna modificación. En lo fundamental, no, en ciertos detalles de clasificación de grupos y en las descripciones de ciertas especies morbosas, el gran talento de Olavide mejoró seguramente la obra de Bazin, pues no en balde habían transcurrido nueve años desde la publicación de los trabajos del maestro. >

A continuación, Azúa comenta las aportaciones originales de Olavide, dando una idea de la farragosidad del sistema constitucional (114):

> < La primera división de Bazin se funda en el carácter evolutivo o estacionario de las enfermedades, y a fuerza de ser extraordinariamente amplia pierde su utilidad. Olavide prescinde de esta primera llave, y adaptándose a Bazin, divide con criterio etiológico, agrupando de modo distinto. La clase primera "parasitarias", de Olavide, es el género sexto de la segunda sección de Bazin y la reforma no parece injusta, puesto que como ya lo había hecho Hebra en 1844, no obstante el marcado carácter anatomo-patológico de su clasificación, el parasitismo, por su etiología bien definida y exacta, forma un grupo útilmente clínico e indiscutible. La segunda clase de Olavide, espontáneas o naturales, comprende todo el segundo orden de la primera clase y de un modo incompleto el orden segundo de la segunda clase de Bazin. En este punto declaramos no haber comprendido nunca la virtualidad que pueda encerrar el concepto de enfermedad espontánea o natural aplicada a una clase de enfermedades, entre las cuales se encuentra la sífilis, la pústula maligna, la tuberculosis, la lepra, la erisipela, las enfermedades piójenas(sic) y las cicatrices cuando son consecutivas a una enfermedad espontánea.
>
> No hay nada con este carácter en patología más que las anomalías de formación, todo lo demás que nos parece espontáneo, es sencillamente porque no conocemos su causa y es mucho mejor declararlo así. No debiera, por tanto, comprender esta familia más que las anomalías de origen congénito, ó sea el orden segundo de la clase segunda de Bazin. Al dividir Olavide las otras dos familias -generales, constitucionales- de la clase de las espontáneas, se ajusta al maestro francés, exceptuando el grupo de las flegmásicas, constituido sólo por la erisipela, que Olavide incluye entre los pseudoexantemas; los grupos de hiperdiacríticas nerviosas, escorbúticas, pelagrosas, carbuncales, no figuran en la clasificación de Bazin, en tanto no incluye Olavide en su cuadro las diátesis fungosas que figuran en la sección octava de Bazin. Las enfermedades constitucionales de Bazin abarcan las diatésicas y constitucionales de Bazin.

> La clase tercera de Olavide -dermatosis artificiales- comprende todo el orden primero de la clase primera, menos el género sexto y la especie pelagra del primero de las afecciones provocadas, que respectivamente constituyen la clase primera y el género séptimo del grupo de las constitucionales. Además están comprendidas las cicatrices en las dermatosis artificiales y no en las deformidades de causa interna como lo están en la clasificación de Bazin. >

3.3.7.3.1.-EL HERPETISMO.

Los conceptos de enfermedades sifilíticas y escrofulosas son sencillos de reconocer en la actualidad, entendidos como enfermedades infecciosas. Conviene tener presente, sin embargo, que en la época en que Olavide escribió sobre estas diátesis no se conocía aún la causa de muchas de estas enfermedades, aunque el agente causal de la tuberculosis, la lepra y la sífilis se conocieron y aislaron pocos años después de las obras más destacadas de Bazin y Olavide. Por ello, asombra la capacidad de observación y síntesis de estos autores para entresacar las peculiaridades clínicas del modo de enfermar de cada una de estas diátesis aún antes de conocer su causa.

Aunque las claves de la dermatología actual son muy distintas de las que empleaba Olavide, la lectura minuciosa de sus textos, de los ejemplos con los que ilustra sus afirmaciones, y de los comentarios de los críticos a este sistema -principalmente de Azúa- se pueden sacar algunas conclusiones. A nuestro modo de ver, el "herpetismo" es, entre todas las diátesis, el concepto más enigmático para los dermatólogos actuales. En alguna rara ocasión, Olavide utiliza la expresión "dartro" como sinónimo de "herpetismo" (599). Esta denominación alternativa es característica del pensamiento y la obra de Hardy (389, 617), paralelos en casi todo a los de Bazin.

La idea del "herpetismo" de Bazin y Olavide va mucho más allá de lo que actualmente denominamos "herpes simple", "herpes zóster", "dermatitis herpetiforme",

"eczema herpético", etcétera. Olavide definió el herpetismo en diversos trabajos, aunque siempre de forma similar, por ejemplo (623):

> <¿Qué es herpetismo?
> Es una enfermedad constitucional, de curso siempre crónico, no contagiosa ni inoculable, que se transmite sin embargo por herencia no sólo de la enfermedad, sino también de la lesión anatómica y que se manifiesta en la piel por erupciones nunca neoplásicas, nunca tuberculosas, nunca ulcerosas (y fijaos bien en estas frases), sino exudativas, inflamatorias o maculosas, que son simétricas, que pican mucho y que dan reacción alcalina; en las mucosas por manifestaciones también eruptivas parecidas a las que se presentan en la piel y por catarros que, agudos en principio, se hacen después crónicos y recidivantes; en el tejido nervioso por neuralgias, neuralgias de forma intermitente que se exacerban por el calor; en el tejido visceral por lesiones aún no bien estudiadas, no bien determinadas, pero que generalmente producen la atrofia o la degeneración cancerosa. >

En los "Aforismos de dermatología práctica", Olavide insistió de nuevo en la distinción herpes-herpetismo (565):

> <42. En dermatología la palabra "herpes" no significa herpetismo, o vicio herpético, como cree el vulgo, sino una afección vesiculosa que puede o no ser herpética. >

El prurito sería el elemento central del herpetismo (627):

> <La picazón, os decía, es el carácter más principal de las inflamaciones herpéticas. >

También el dolor es un síntoma-guía característico del herpetismo (605):

> < El dolor herpético, si me permitís la palabra, es tan frecuente que apenas veréis un individuo entre ciento de los que padezcan esta enfermedad constitucional, que no os haga mérito de él, ya como acompañante de las afecciones tegumentarias, ya como fenómeno aislado y al parecer independiente de ellas, y finalmente añadiríamos nosotros como síntoma casi siempre unido a las lesiones viscerales herpéticas de que nos ocuparemos más tarde. >

Extrapolando estas ideas hasta el presente, podemos pensar que en el herpetismo tendrían cabida procesos muy diversos cuyas características fundamentales son el prurito o el dolor, asociados a lesiones cutáneas máculo-eritematosas, pápulas o placas o eczemas. Tales serían la dermatitis atópica, la dishidrosis, el herpes simple, herpes zóster,

dermatitis herpetiforme, dermatitis seborreica, algunas formas de psoriasis, liquen plano, etcétera. Un sólido argumento en favor de esta interpretación, es un párrafo recogido en una monografía sobre el herpetismo escrita por Juan de Vicente (856), en el que se afirma (857):

> <Los herpes son unas afecciones de la piel, constituidas por lesiones elementales diversas, dispuestas de modo que se extienden más allá de su primitivo sitio, con tendencia a la recidiva o reproducción; su curso es ordinariamente crónico, excitan una sensación de comezón, no dejan nunca cicatrices, no son contagiosas, y son susceptibles de transmitirse por vía hereditaria.>

Algunas dermatosis inmunológicas o alérgicas, como la urticaria o algunas reacciones de hipersensibilidad, también tenían cabida en el concepto de herpetismo como agudizaciones de una "diátesis herpética" de fondo. A este respecto, dice Olavide (604):

> <La picadura de un mosquito, de una pulga, o de otros parásitos que afligen a la humanidad, pero que generalmente no producen graves trastornos en su piel, basta en el herpético para producirle grandes habones y eritemas extensos acompañados de un prurito insoportable; un ligero esceso(sic) en los alimentos o bebidas, tan fácil por el hambre escesiva(sic) que acompaña a los que padecen esta dolencia, les causará una gastralgia, una dispepsia, una erupción fugaz de urticaria o un cólico bilioso, al que son muy propensos, así como a las hemicráneas o jaquecas.>

Todas estas elucubraciones se corroboran en parte al contrastar los textos de dermatología actuales con la clasificación de enfermedades herpéticas propuesta por Olavide (626):

> <Herpétides cutáneas:
> Congestivas: -Eritema
> -Roseola
> -Urticaria
> Inflamatorias: -Erisipela
> -Eczema simple impetiginoso y rubrum
> -Herpes flictenoides, zona, pénfigo
> Nerviosas: -Liquen
> -Prúrigo
> -Epiníctide
> Hiperplasias: -Pitiriasis rubra aguda y alba crónica
> -Psoriasis>

El herpetismo no sólo tenía una tipología clínica variada, sino también una cronología. Olavide consideraba cuatro períodos evolutivos y topográficos en el herpetismo: 1) cutáneo-mucoso agudo; 2) cutáneo-mucoso crónico circunscrito, 3) cutáneo-mucoso crónico generalizado, 4) visceral (625).

También tenía esta diátesis unos rasgos histológicos definidos (607):

> < La inflamación herpética es muy superficial, nunca pasa de la capa mucosa de Malpigio y de la red papilar del dermis y por eso sus exudados levantan casi siempre la capa córnea epidérmica y se vierten al exterior. >

Esta alteración histológica le permite a Olavide postular una secuencia fisiopatológica que liga los hallazgos histológicos con el prurito y dolor, tan manifiestos clínicamente (607):

> < Esta circunstancia da lugar a la picazón porque congestiona el extremo de los nervios papilares y pone en contacto de la atmósfera la superficie dérmica inflamada. Aunque la picazón acompaña siempre a estas inflamaciones, existen ocasiones en que también acusan dolor, y esto acontece cuando los exudados inflamatorios se deslizan a lo largo de los nervios de las papilas, e interesando el nervio eferente, engendran la neuritis más bien que la neuralgia, que es la que acompaña, por ejemplo, al herpes zona. Aquí, como en las herpétides que hemos estudiado, la picazón se aumenta extraordinariamente con el calor y por las noches, sin que hasta el presente sepamos el por qué.
>
> El proceso inflamatorio se propaga por la capa epidérmica que recubre el interior de los folículos, estimulando la acción secretoria de éstos; y aquí tenéis otro carácter importantísimo de la inflamación herpética, la exudación, que está compuesta de los exudados inflamatorios, y de la secreción exagerada de los folículos sudoríparos y sebáceos. >

El herpetismo fue, precisamente, el apartado en el que más se ensañó la crítica de Azúa a todo el sistema constitucional. En su discurso en la "Academia Médico-Quirúrgica" satirizaba (115):

> < Para elegir se vacila un poco: pica, pues debe ser herpético; generalmente todo el mundo es un poco herpético, dice la gente, por haberlo aprendido de los médicos del período humoral. Los enfermos reciben muy bien estos diagnósticos porque son muchas las personas que con cierta fruición y ateniéndose a que según las viejas tradiciones siempre se hereda algún humor declara, con la satisfacción propia de aquel que entre lo malo le ha tocado lo mejor, pertenecer a una familia de herpéticos,

> y dicen al médico al oír el diagnóstico: "sí, doctor, eso debe ser, porque en casa todos somos herpéticos". >

En la clasificación de las enfermedades cutáneas de Olavide de 1890 (645), quiso Olavide reconvertir el concepto de "herpetismo humoral", ya totalmente en descrédito, por la idea de un "herpetismo nervioso", pero esto tampoco le libró de la crítica de Azúa (117):

> < En la nueva taxonomía se observa una transcendental reforma; ya no es el herpetismo un humor, ni el escrofulismo un vicio humoral; son respectivamente una lesión material de la substancia gris de la médula y el resultado de la acción causal del bacilo de Koch.
>
> Examinemos estas innovaciones. La primera supone en el ánimo del autor una derrota completa de sus antiguas convicciones y dispensa, puesto que la doctrina ha sido abandonada por su jefe, los argumentos en contra de esas añejas creencias condenadas ya en todas partes.
>
> Enterremos el herpetismo humoral y examinemos el nuevo, el nervioso. El autor, sin duda, ha sido conducido a esta concepción en virtud de la producción por influencia nerviosa central de lesiones cutáneas simétricas, recidivantes a veces. De esto, que es cierto, Olavide se ha elevado, según nuestro humilde juicio, a una categorización completamente fantástica. ¿Cómo es posible que sin una sola autopsia se fije la localización de una enfermedad? ¿En virtud de qué autorización fisiológica especial se puede adjudicar a la substancia gris de la médula la responsabilidad etiológica de la erisipela, del psoriasis, del eczema, cuando son recidivantes? ¿Pues qué, acaso tienen esas dermatosis aspecto ninguno de procesos tróficos, que es los que produciría una lesión medular?
>
> ¿En qué se parecen esas enfermedades y la pitiriasis alba crónica y la rubra aguda, también incluidas por Olavide, a las lesiones tróficas de la siringomielia, enfermedad medular, la más directamente lesionadora de la sustancia gris?
>
> Los argumentos en contra acuden en tropel. >

3.3.7.3.2.-LAS DERMATOSIS REUMÁTICAS.

El reumatismo era otra de las enfermedades constitucionales básicas, muy próxima al herpetismo. La dificultad de deslindar claramente el artritismo del herpetismo fue destacada por Crissey y Parish como uno de los elementos que más perjudicaron su estabilidad (391). Esta proximidad -casi solapamiento- ya la reflejó en su momento Olavide en uno de sus "Aforismos..." (570):

> < Hay dudas entre los dermatólogos acerca de si deben o no admitirse las dermatosis reumáticas (artrítides de Bazin), y la mayoría combaten duramente la idea; pero, aunque es posible que este autor exagere, es indudable que existen bien caracterizadas: 1° El eritema que acompaña a los dolores gotosos; 2° El eritema nudoso; 3° Una especie de urticaria crónica de invierno; 4° El prúrigo localizado; 5° El eczema crónico y poco exudativo que se ha llamado seco y que ocupa durante largos años la piel del cráneo o de los genitales, sin modificarse por el arsénico; y 6° Algunos pitiriasis y psoriasis también localizados en las regiones articulares o pilosas. >

Olavide también refiere el fuerte enfrentamiento de Bazin con numerosos colegas, precisamente por sostener su idea del artritismo (650):

> < Trousseau únicamente admite como afección cutánea dependiente del reumatismo, el eritema nudoso, y en este estado se encontraba la ciencia cuando apareció Bazin y explicó en el Hospital de San Luis un curso demostrando las afecciones cutáneas artríticas o reumáticas; diferenciándolas perfectamente de las dermatosis dependientes de otra naturaleza. Como toda idea nueva, fue tan duramente combatida la opinión de Bazin, que hasta le impidió entrar en la Academia de Medicina de París, siendo ponente nada menos que un dermatólogo, compañero suyo, el doctor Devergie. >

Olavide, sin embargo, sigue también a Bazin en este punto (650):

> < Pero ello es señores que aunque Bazin exageró, y exageró muchísimo, aunque Bazin no pudo desde el primer momento dar un carácter preciso y diferencial de las dermatosis reumáticas, hay que confesar que dió un gran paso en la ciencia, que demostró la existencia de las artrítides. >

Sin embargo, esta adhesión no es incondicional y es precisamente en este apartado de "dermatosis reumáticas" donde Olavide se desmarca más de las ideas de Bazin. Ya en los artículos sobre el estado de la dermatología en Francia, Olavide afirmó que la denominación de "artritis" para estas dermatosis no le parecía correcta por motivos semánticos (599). Aún bastantes años después, Olavide mantenía este mismo comentario en unas lecciones sobre las dermatosis reumáticas que dictó, en mayo de 1880, en el Hospital de San Juan de Dios (654):

> < El reumatismo cutáneo se ha denominado por Bazin, que es el primero que de él ha hablado, artrítides, denominación que deriva de la

> palabra artritis, hecha para reunir o asimilar en una sola palabra las dos entidades morbosas conocidas con los nombres de reumatismo y de gota. Permitidme que os diga dos palabras nada más acerca de esta denominación de Bazin, que yo considero no solamente impropia, sino perjudicial para la ciencia: al llamar artritis, que mejor sería llamarlo artritismo, a la enfermedad constitucional que determina estas afecciones cutáneas, y todas las manifestaciones dolorosas del reuma y de la gota, seguramente que ha llevado este autor la confusión al ánimo de todos los alumnos, como de todos los profesores; porque llamándose artritis también las inflamaciones de las articulaciones, parece que deriva sólo de esta inflamación local el nombre del padecimiento; siendo así que, precisamente por sus mismas ideas, Bazin admite que el reumatismo y la gota pueden dar manifestaciones en la piel, en las mucosas y en otros tejidos que no son ciertamente las articulaciones. >

La etiopatogenia del reumatismo de los constitucionalistas sería el depósito de urea y otras sustancias azoadas en los tejidos. Olavide lo entendió como el resultado de dos procesos complementarios: primero, acumulación por exceso de producción en el organismo y segundo, eliminación defectuosa de estos productos orgánicos (651):

> < Como veis, comprendo o entiendo que debe llamarse reumatismo a una enfermedad o a un conjunto de enfermedades en que las funciones asimilatrices y desasimilatrices no están en equilibrio, y no pudiendo excretarse todo lo excretable, se determina este o el otro fenómeno de los conocidos por reumáticos. >

Más adelante pasa a describir los dos extremos del sujeto reumático (652):

> <...el reumático, en contraposición del herpético, es generalmente grueso, robusto, en ocasiones atlético, de un temperamento sanguíneo bien marcado; suda mucho y fácilmente a poca temperatura, pero esto mismo hace que se constipe con muchísima facilidad también, y un vientecillo ligero le produce inmediatamente una coriza, una angina, un catarro, fenómenos insignificantes, pero más o menos duraderos. Los reumáticos salen o de las clases sociales más elevadas, es decir, de aquellos que tienen una buena y rica alimentación, los ricos, en una palabra; o de los pobres que están expuestos a la influencias cohibitivas de las excreciones, es decir, al frío, a la humedad, a ciertas condiciones que impiden que se verifique la excreción normalmente, ya en la piel, ya en las membranas mucosas; pero es más común indudablemente el reumatismo en la clase rica que en la clase pobre. >

Olavide, siguiendo a Bazin, considera cuatro períodos evolutivos en el reumatismo, análogos a los del herpetismo: 1) cutáneo-mucoso (eritema nudoso, eczemas secos y

pénfigo agudo generalizado), 2) músculo articular fibroso agudo, 3) articular crónico o gotoso y 4) visceral. Todas estas fases las entiende como resultado de fenómenos de depósito en los tejidos, apoyando -como ya lo había hecho con el herpetismo-, su teoría en una base anátomo-patológica (653):

> <¿Y qué es lo que sucede en estas lesiones histológicamente hablando? Pues, señores, en este período lo que se ve es, infiltraciones en todos los intersticios del tejido muscular, del tejido fibroso, del tejido nervioso y articular, de las sustancias excrementicias en mayor o menor cantidad, ya sea el oxalato de cal en los músculos, ya los uratos en las articulaciones, ya la urea, ya la colesterina, en fin, en el tejido nervioso y como consecuencia del fenómeno fluxionario rápido que da lugar a estos depósitos, sobreviene el proceso inflamatorio consecutivo, que será mayor o menor, según sea mayor o menor esta infiltración.>

Aunque en menor medida que el herpetismo, tampoco el artritismo de Bazin y Olavide se libró de las críticas de Azúa (116):

> < El artritismo y las artrítides (reumátides de Olavide) entran en juego en estos últimos tiempos con inusitada frecuencia, ora como sustitutos de un herpetismo en el que no ha dado resultado terapéutico el arseniato o bien como diagnóstico primario si el sujeto está bien de carnes, come bien, aqueja molestias variadas y variables, tiene picores o aunque no tenga ninguna de estas cosas, presente un cuadro patológico oscuro e indiagnosticable con precisión.
>
> Si en estas condiciones el sujeto tiene una mancha, un divieso, una urticaria o una lesión pustulosa acneica, etc, la luz se hace de repente y la dermatosis es estimada como prueba irrecusable del diagnóstico.
>
> ¡Cuántas enfermedades cutáneas de origen externo no he visto tomadas por artrítides! ¡Que número más grande el de los nefríticos, el de los enfermos de estómago e intestinos: el de las histéricas y el de los enfermos en período prodrómico de lesiones graves del sistema nervioso diagnosticados en breves momentos de artríticos!>

3.3.7.3.3.-VIGENCIA ACTUAL DE LA TEORÍA CONSTITUCIONAL DERMATOLÓGICA.

Olavide siguió siendo fiel al sistema baziniano hasta sus últimos días. Castelo refiere una anécdota acontecida en 1889 en París, durante el "I Congreso Internacional de Dermatología" (288):

> <...una de las mayores satisfacciones que tuvo allí fue un día que le convidó a almorzar M. Emilio Vidal. Juntos se aprovecharon para departir sobre puntos de una doctrina, en la que ambos comulgaban, y me parecieron dos apóstoles que, no queriendo dar plaza a la reforma, preferían ser mártires antes que confesos. >

Esta imagen de Castelo es del todo exagerada. A pesar del empeño que Olavide puso en la difusión de la doctrina constitucional, conviene recordar aquí unas palabras de enorme significado que se encuentran en una obra tan temprana como las "Lecciones de Dermatología General" de 1866 (615):

> < Cualquiera de las clasificaciones que elijáis, ya sea la de Willan y sus secuaces, ya la de Alibert, la de Devergie, la de Cazenave o la de Bazin, tiene algunos lunares y presenta vacíos inmensos, que es preciso llenar, si se ha de adelantar en la práctica de la dermatología. >

Con esta reserva mental, Olavide queda exento del fanatismo que parece reflejar la cita de Castelo, quien en las líneas siguiente se corrige (293):

> < Y me consta que hace cinco o seis años comenzó a modificar su obra con arreglo a los últimos adelantos científicos, pero el delicado estado de salud le obligó a paralizar ese trabajo >

Más desapasionada y objetiva que la crítica de Azúa a Olavide, es la de Covisa y de Bejarano, que ya no conocieron en vida a Olavide. Estos autores veían así la concepción constitucional de la dermatología (356):

> < Bazin, en la mitad del siglo XIX, fue el jefe de la escuela francesa, que representaba en toda su pureza el predominio de las doctrinas humoristas como patogenia de las enfermedades de la piel.
>
> En nuestro país fue Olavide, gran dermatólogo e ilustre profesor del Hospital San Juan de Dios, el representante de estas doctrinas.
>
> Según la escuela francesa, de la cual era Bazin el portavoz, las diátesis determinadoras de las enfermedades de la piel eran: la diátesis herpética, escrofulosa, artrítica y sifilítica. En cada una de ellas se encajaban las distintas dermatosis, calificándolas con un término de significación morfológica y un adjetivo que se refería a la diátesis determinadora del proceso. Así se decía eczema herpético, eczema escrofuloso, eczema artrítico y eczema sifilítico; de la misma manera, psoriasis herpético, escrofuloso, artrítico, etc.

> Fácil manera era esta de interpretar los complejos procesos morbosos de la piel. Cada una de estas diátesis representaba un modo de ocultar la ignorancia de estos procesos. ... >

Gay Prieto, discípulo a su vez de Covisa y Bejarano, ya mucho más lejano a Olavide, también aportó su punto de vista sobre la teoría constitucional (439):

> < La influencia de la obra de Bazin (1807-1878), detiene en Francia el progreso, que hacia el conocimiento de los síndromes cutáneos inició la escuela vilanista; no obstante, algunas exactas descripciones de síndromes cutáneos que, como el Eritema Indurado, dio a conocer el autor. Excesivamente teórico, rechazaba intransigentemente, con lógica implacable, todo lo que se oponía a su doctrina.
> .../...
> La gran autoridad de Bazin convirtió la mayor parte de sus compatriotas a la doctrina humoral, que tantos puntos de contacto tiene con las ideas hipocráticas. >

Aunque la concepción profundamente humoral de las "diátesis" fue rechazada de plano por la escuela anatomopatológica, pasados los años, se retomaron de nuevo en la dermatología algunos viejos conceptos de aquélla. La importancia creciente de la psiquiatría y la genética en la patología fueron dos de los factores que apoyaron este retorno condicionado de la patología constitucional. Así, por ejemplo, es interesante recuperar la descripción que Olavide hace en 1866 del sujeto herpético y comprobar que se corresponde de forma exacta con el perfil de lo que después se conocerá como "hábito leptosomático" y con el carácter depresivo (623):

> <...es flaco, es enjuto, tiene su temperamento nervioso sumamente excitable, tiene una idiosincrasia generalmente gastro-hepática... /
> ...De grandes pasiones, suelen ser sin embargo, generalmente, tristes y concentrados los sujetos herpéticos. >

En la memoria sobre el herpetismo presentada al "Congreso Médico Español" de 1864, Olavide había dibujado un perfil físico aún más perfecto del sujeto herpético (604):

> < No busquéis en el herpético, salvo algunas ligeras escepciones(sic) ni el temperamento sanguíneo ni una constitución atlética o robusta. Vedle desde que nace hasta que muere, pálido, flaco, nervioso, escitable(sic), ora sea por su posición social hombre de inteligencia y de fortuna, ya un pobre

> artesano o un infeliz y rústico labrador de una pequeña y miserable aldea. >

Y a continuación añade al sujeto herpético su perfil psicológico (604):

> < Tétrico y melancólico en su vida doméstica lo encontraréis muy a menudo divertido y locuaz en las reuniones y en la vida pública, y de pronto cuando menos lo esperáis, a consecuencia de la movilidad escesiva(sic) de su temperamento nervioso, o por la influencia de su idiosincrasia gastro-hepática, le veréis caer en la tristeza más profunda, en la locura más insensata, en el silencio menos disculpable. >

Los mismos Covisa y Bejarano que, como Azúa, no olvidaban los errores del sistema baziniano, sí tuvieron el valor o la lejanía histórica suficiente para retomar algunas ideas útiles de la escuela constitucional (355):

> <...Sin embargo, de esta doctrina puramente humorística, de estirpe esencialmente hipocrática, se desprendía la idea exacta, actualmente mejor interpretada, de la importancia del organismo en la determinación de las enfermedades cutáneas y las íntimas relaciones morbosas que existen entre las alteraciones de la piel y las de los restantes órganos de la economía. >

Gay Prieto también le reconoció algunos méritos a la doctrina constitucional en su discurso de ingreso en la "Real Academia Nacional de Medicina" (440):

> < Actualmente, los progresos de la Patología Constitucional nos hacen ver claramente que no todo es recusable ni falso en la obra de Bazin, que contiene geniales atisbos de hechos posteriormente conocidos. Su concepto del eczema, por ejemplo, opuesto al de enfermedad local de la escuela de Viena, al que supone manifestación cutánea de una enfermedad constitucional, ajeno por consiguiente a factores exógenos e imposible de reproducir experimentalmente sobre cualquier individuo, corresponde a la forma clínica de eczema que hoy denominamos Eczmatosis (Darier), Prúrigo-eczema constitucional (Bonnevie) o Eczematoide exudativo (Rost). >

No sólo la dermatitis atópica, que Gay menciona, sino también la carga hereditaria de la psoriasis, de las ictiosis, la alopecia androgénica, los signos cutáneos paraneoplásicos, a los que tanta importancia se da como marcadores de posibles neoplasias internas, la asociación de la alopecia areata con enfermedades autoinmunes y otros hechos dermatológicos se explican mejor según la concepción baziniana de Olavide que por la de

sus sucesores de talante localista o anatomopatológico. Las cinco causas propuestas por Olavide en 1871 en su "Dermatología General" como productoras de lesiones cutáneas: contagio, herencia, enfermedades internas constitucionales, influencias exteriores y causas predisponentes individuales son perfectamente asumibles en la actualidad (578)

3.3.7.4.-EL PARASITISMO VEGETAL EN LA OBRA DE OLAVIDE.

Olavide demostró un gran interés por la investigación microbiológica, a la vez que profundizó en el desarrollo de la doctrina constitucional de las dermatosis. En realidad, tanto en la obra de Bazin como en la de Olavide, se da una filosofía dermatológica dual: constitucional para unos hechos y etiológico-microbiológica para otros.

Como antes había sucedido con los sistemas taxonómicos (apartado 3.1.7), la botánica y la dermatología se encuentran de nuevo. Ahora la botánica no es el modelo formal para la dermatología, como lo fue entonces, sino una fuente de conocimiento directamente aplicable. Olavide fue consciente de la importancia del estudio de la botánica para el conocimiento de la dermatología, a la vez que se quejaba de la falta de dedicación que se le prestaba en España (638):

> < El gran escollo con el que ha tropezado en España la idea del morbidismo vegetal, es la poca afición que hay en ella a los estudios microscópicos y la escasa educación botánica que recibimos los que a la medicina dedicamos nuestros estudios. >

Las principales referencias de Olavide al parasitismo vegetal se encuentran en tres fuentes: primero, en una monografía que recoge algunas lecciones sobre enfermedades producidas por vegetales parásitos (585), segundo, en el discurso de recepción de Olavide en la "Real Academia de Medicina" (634) y, tercero, en la "Dermatología General y Atlas de la Clínica Iconográfica..." (577).

En los "Aforismos de Dermatología Práctica", Olavide dice del parasitismo (564):

> < 33. El parasitismo es una causa muy extensa de enfermedades. Llegará día en que se expliquen por él todas las enfermedades contagiosas y muchas que no lo son. >

Esta frase encierra en sí una paradoja, si se tiene en cuenta que está escrita por un fervoroso "constitucionalista". Sin embargo, es muy intuitiva, incluso premonitoria, ya que dos de las cuatro diátesis fundamentales -la escrófula y la sífilis- se explicarían poco después como enfermedades infecciosas con un agente causante conocido. Otro ejemplo ilustrativo es la lepra. En los "Aforismos..." dice (569):

> < 68. Hay que buscar en las costas y en la herencia la causa primera de la lepra. >

También dice (563):

> < 16. Todavía se ignora en lo que consiste la elefantiasis de los griegos. >

Esta expresión, "elefantiasis de los griegos", era la forma como se conocía hasta el siglo pasado la variante lepromatosa de la lepra. En realidad, el Mycobacterium leprae fue descubierto por Hansen en 1873, antes de que Olavide escribiese este aforismo (500), aunque no fue universalmente aceptado hasta unos años después. El primer escrito en el que Olavide asumió la etiología infecciosa de la lepra es una comunicación presentada al "I Congreso Internacional de Dermatología" (576) También aparece recogido en el programa de su curso de dermatología de 1890 (645).

Conviene recordar que en el parasitismo vegetal -o fitoparasitismo- Olavide incluía, de forma conjunta, a bacterias y hongos (564):

> < 35. El parasitismo vegetal existe en la piel (tiñas), en las mucosas (muguet, croup, coqueluche) y en la sangre (fiebre graves malignas llamadas esenciales, y fiebres graves por infección llamada virulenta, muermo, carbunco, etc. >

Cuando menos, son curiosas las formas en las que Olavide se refiere a los microorganismos, que tan sólo se comprenden si se asimila en un todo la botánica,

bacteriología, parasitología y micología. En el folleto divulgativo que Olavide escribió sobre el cólera, éste recuerda el aspecto botánico de la bacteriología diciendo del Vibrio colérico (666):

> < Pues bien, siendo el cólera una enfermedad producida por una planta microscópica, ... >

Báguena Cervellera sitúa en 1876 -fecha en la que Robert Koch descubrió la bacteridia carbuncosa- el comienzo de la "era bacteriológica" (220). La "era microbiológica" habría comenzado ya antes con la micología y parasitología. Esta puede ser la explicación de porqué, en los trabajos de Olavide nunca se encuentra una diferencia clara entre los conceptos de micología y bacteriología, ya que la mayoría de sus escritos sobre el parasitismo vegetal son precisamente anteriores a esta fecha de 1876, a partir de la cual el concepto de "bacteria" como forma de vida diferente toma cuerpo. Incluso la monografía de enfermedades cutáneas producidas por vegetales parásitos, publicada en 1878, estaba ya redactada en 1875, según comenta el mismo Olavide (586).

El hijo de Olavide, en cambio, sí asimiló ya desde sus primeros trabajos la diferenciación entre la "mycología"(sic) y la "bacteriología" (669).

Los conceptos expresados en los tres trabajos en los que Olavide aborda las micosis son muy similares. Precisamente la fecha de redacción puede ser de nuevo un motivo que justifique esta homogeneidad, ya que los tres fueron escritos en los primeros años de la década de los setenta. Por entonces los "parásitos vegetales" se dividían tan sólo en epifitos y entofitos según se desarrollasen sobre la piel o dentro de ella, de la misma manera que los parásitos animales se diferenciaban en epizoarios y entozoarios (242).

En el discurso de recepción de Olavide en la "Real Academia de Medicina", titulado "El morbidismo vegetal ante la razón y los hechos", el autor explica -después de

las cortesías de rigor para con sus colegas y con su antecesor en el sillón, su compañero José Ametller- la evolución histórica del morbidismo vegetal. Demuestra conocer bien las obras de los autores más destacados en la materia (635):

> <A Schoenlein, a Vogel, a Kützing, a Malmsten, a Remak, a Audouin, a Mueller, a Negelli y a otros profesores alemanes que pudiéramos citar, se deben los primeros trabajos acerca de este punto de la botánica médica.
>
> A Gruby, a Lebert, a Robin, a Leiveille y a Mouquin Tandon y a otros profesores franceses se debe la propagación de estas ideas y trabajos nuevos de gran importancia.
>
> A Bazin, a Hallier y a Salisbury, les corresponde en fin la gloria de las aplicaciones más importantes de los estudios anteriores y descubrimientos tan notables, que es de temer trastornen por completo el modo de considerar las dermatosis contagiosas y algunas de las que no lo son o no lo parecen. >

En la segunda parte de este discurso, Olavide profundizó en el parasitismo vegetal como causa de tres tipos de morbidismo, esto es, cutáneo, de las membranas mucosas y sistémico o generalizado (637):

> < En la primera clase los vegetales parásitos, implantándose en la piel, ya en los bulbos pilosos, ya en el interior de los pelos o entre las células epidérmicas superficiales y profundas, dan lugar a una enfermedad local, pero que puede a la larga influir en la generalidad del organismo, como influyen otros parásitos en el desarrollo o en la salud de los seres animales o vegetales en los que viven. En esta clase se han incluido los diversos pórrigos o tiñas, es decir, el favus, el herpes circinado, algunas pitiriasis, especialmente la negra y la vesicolor y la plyca de Polonia.
>
> En la segunda clase, los vegetales parásitos se implantan en las membranas mucosas, debajo del epitélium(sic) o entre sus dos capas superficial y profunda, y dan lugar a una enfermedad, local en su origen: pero esta enfermedad, por el sitio que ocupa, o por la intoxicación que en mayor o menor grado puede determinar, según los casos, da lugar a fenómenos graves y aún a la muerte.
>
> En esta clase se ha incluido el muguet y se trata de incluir al crup y a la difteria, a la coqueluche, a ciertas colitis disentéricas, a la blenorragia y al chancro blando.
>
> En la tercera clase, que comprende las enfermedades que han llamado zymóticas, como la fiebres eruptivas, las afecciones virulentas y las pestes, y las enfermedades determinadas por los efluvios pantanosos, o por la ingestión de gramíneas alteradas por el verdet o por el cornezuelo, etc, el vegetal o los vegetales parásitos no se implantan precisamente en la piel ni en las mucosas, tal vez lo hacen, pero además penetran en el torrente

> circulatorio y producen en él los trastornos especiales a que dan lugar según su especie y el terreno en que se encuentran. >

A continuación, pasa a revisar de forma detallada cada una de estas tres formas. En el morbidismo vegetal cutáneo no duda, existe como hecho demostrado. El morbidismo vegetal de las membranas mucosas lo cree como hecho probable aunque no demostrado. Sin embargo, cuando habla del muguet, Olavide describe perfectamente la Candida albicans, entonces llamada "Oidium albicans". En una nota a pie de página dice (640):

> < Debemos a la amabilidad de nuestro querido amigo el eminente cirujano y hábil micrógrafo D. Federico Rubio, una preparación definitiva de una placa de muguet, recogida en una enferma de las salas que visitaba en el Hospital general el doctor Martín de Pedro, en la cual pueden estudiarse perfectamente los caracteres botánicos del oidium albicans. >

Cuando Olavide habla del morbidismo vegetal generalizado, profundo o infeccioso manifiesta sus ideas, pero comienza diciendo (643):

> < Sentimos flaquear las fuerzas de nuestra pobre inteligencia y temblar en nuestra mano la pluma que ha de servirnos de instrumento, al encontrarnos frente a frente de una cuestión o de una idea, que lo mismo puede ser un gran error, que una verdad de inmensos resultados prácticos. >

Olavide no pudo evitar la crítica a los incrédulos del parasitismo, a los que él denomina "parasitófobos", empleando además lo sus mismos argumentos que éstos utilizaban (639):

> < En el morbidismo vegetal cutáneo, los caracteres aparente o físicos del mal, los microscópicos, los clínicos, los terapéuticos, el modo de contagio, todo se aúna para explicar filosóficamente la naturaleza del padecimiento, pero ni aún esto basta a los que esperan en su burlona y a la par inocente crítica, ver salir del porta-objetos del microscopio una encina secular o una lechuga. >

La figura treinta y tres (fig. 33) es una caricatura del siglo XIX, cuyo original se conserva en el museo de arte de Filadelfia. Parece la ilustración perfecta de la imagen representada por Olavide en esta cita.

La disertación de Olavide ante la "Real Academia" fue contestada por Mariano Benavente, quien sostuvo un discurso cortés aunque, en general, reacio a admitir la

implicación de los parásitos vegetales en casi todas las dermatosis, excepto en la tiña, en la que considera indiscutible la etiología. En un breve párrafo intercalado en su discurso se resumen sus ideas (243):

> < Admito pues las afecciones fito-parasitarias que admiten y reconocen todos los prácticos; pero creo que debe existir en el organismo una predisposición especial para contraerlas, y no puedo convenir con los dermatólogos que consideran el cuerpo humano como una maceta donde se siembran y crecen los parásitos vegetales. >

En el "Atlas de la Clínica Iconográfica...", Olavide incluyó doce láminas dedicadas a las dermatosis fitoparasitarias. En ellas representa varias formas de tiña favosa, tiña o herpes tonsurante y herpes circinado, la tiña pelada o pelona (en realidad, la alopecia areatA), la pitiriasis versicolor, la pitiriasis nigra y la plica polaca, además de una lámina de un gato y un perro a los que había logrado transmitir la infección micótica. Quizás estas dos últimas experiencias son la aportación más original de esta parte del "Atlas...". La lámina IV del grupo de dermatosis fitoparasitarias se titula "Tiña favosa generalizada. Transmisión de la enfermedad a los animales". Con la ayuda del doctor Hernando, Olavide consiguió implantar la infección en un gato. En un perro y un ratón esta misma experiencia no tuvo éxito, las razones las explica al final (579):

> < Desgraciadamente el perro escapó del cuarto en el que se le(sic) aprisionaba, salió a correr por los claustros del Hospital, y un empleado del establecimiento, demasiado celoso de su cabellera, sabiendo el experimento que se hacía en el perro y temiendo que le(sic) contagiara, le echó a la calle y le ahuyentó.
>
> El experimento hecho en el ratón no pudo dar tampoco resultado, porque murió el animal al día siguiente de la inoculación, sin duda por el efecto de la cantárida. >

Cuatro años después de esta experiencia, Olavide se desquitó de su fracaso al trasplantar la tiña favosa a un perro. La lámina XII del grupo de dermatosis fitoparasitarias del "Atlas..." se titula "Tiña favosa transmitida del hombre al perro por

inoculación o trasplantación" (fig 31). En el texto acompañante cuenta Olavide la anécdota, no exenta de humor (580):

> < El día 1 de enero de 1874 fue recogida en las calles de Madrid por los practicantes del Hospital de San Juan de Dios una perra vagabunda, joven, pues según los inteligentes, sólo tendría unos tres meses de edad, de casta galga, de pelo negro, fea, sucia y flaca, como todo perro abandonado. Se le puso el nombre de "Favicia" para distinguirla de otros perros sujetos a otras experimentaciones, y en atención a la que ella iba a tener por objeto.
> .../...
> Día 15 de enero: se ven dos favus secos, amarillos, redondeados y atravesados por pelos, tal como y como se representan en la lámina tomada del natural el mismo día... >

En otra de las obras sobre parasitismo vegetal, la monografía de las enfermedades cutáneas producidas por vegetales parásitos, Olavide se limitó a revisar en profundidad tres dermatosis, dejando a un lado las formas mucosas y sistémicas mencionadas en su discurso en la "Real Academia". Estas dermatosis son: 1) La tiña favosa, de la que Olavide explica con gran exactitud la causa, las manifestaciones clínicas, el diagnóstico y el tratamiento. 2) La tiña tonsurante, el autor estudia en este grupo diversas micosis consideradas formas independientes en la actualidad: el herpes circinado, la tinea capitis y la tiña inflamatoria. 3) El tercer bloque temático de esta monografía lo dedicó a la "tiña pelada", "pelona" o "pórrigo decalvans", que vendría siendo lo que actualmente denominamos alopecia areata. Por aquel entonces, esta enfermedad autoinmune se interpretaba como una micosis producida por un hongo al que denominaron "micrósporon Audouni"(sic), descrito por Gruby en 1843 (592). Estas tres afecciones que Olavide desarrolló con amplitud en esta monografía, aparecían ya descritas en términos similares en la serie de resúmenes que, sobre el estado de la dermatología en Francia, escribió Olavide en 1864 (597).

Existe también un interesante trabajo sobre micosis realizado por el hijo de Olavide, José Olavide Malo, en el laboratorio de San Juan de Dios. Este trabajo se

publicó en 1888 (668). El autor contó con la colaboración y experiencia de su padre, al cual dedicó el trabajo. Versó sobre el Achorion schoenleini -nombre con el que se conocía al Trichophyton schoenleinii, descrito por Schöenlein en 1839 con la denominación de "oidium" (636)- y sobre la enfermedad a que da lugar, la tiña favosa. Fue su memoria para la obtención del grado de doctor. Olavide hijo tuvo el honor de contar con un insigne tribunal, en el que figuraban Maestre de San Juan, Francisco Santana, Gabriel Pereda, Alejandro San Martín y Francisco Criado. En las cuarenta y siete páginas de esta memoria, Olavide Malo revisó las características morfológicas del Achorion Schoenleini, las técnicas de aislamiento y cultivo del mismo y aporta su experiencia en la inoculación del hongo en distintos animales de experimentación (conejos de Indias, perros y gallinas) y en la aplicación de diversos productos para el control del hongo in vivo y en cultivo. El autor resumió los resultados de su trabajo en doce conclusiones (671):

> < 1ª El Achorion Schoenleini es un vegetal, cuyo medio de implantación es el sistema piloso, pero que es susceptible de cultivarse en diferentes substractum.
> 2ª Los medios de cultivo más apropiados para su desarrollo son en general los sólidos, por tener más libre acceso al aire exterior, y entre estos son preferibles la gelatina y el Agar Agar.
> En los líquidos en general se desarrolla con más dificultad, consiguiéndose, sin embargo, mejores resultados con aquellos que tienen peptona.
> 3ª El Achorion sufre modificaciones, según sean las condiciones del medio de implantación.
> 4ª También se modifica el parásito cuando permanece mucho tiempo en un cultivo, debido al agotamiento de substractum.
> 5ª La tiña favosa es sólo producida por el Achorion y no por diferentes hongos.
> 6ª Existen diferencias esenciales entre el hongo implantado en el sugeto(sic) y el cultivado, debidas a las distintas condiciones del medio de implantación y a las influencias exteriores.
> 7ª El Achorion no sólo se propaga haciendo la inoculación directa del enfermo, sino también verificándola en cultivos, siendo preferible practicarlas haciendo primero inoculaciones directas en los animales, cultivar de éstos y luego practicar las inoculaciones en los animales de la misma especie.
> 8ª En los conejos de Indias y en los perros es donde mejor se propaga la tiña favosa, siendo más difícil en estos últimos que en los primeros.

> 9ª El sublimado corrosivo no mata al Achorion en pequeñas proporciones cuando esté actuando constantemente en los cultivos.
> 10ª El timol, aún en pequeñísima proporción, impide su desarrollo, dando la pomada de esta sustancia buenos resultados en la clínica.
> 11ª La celoidina, bien sea sola, bien mezclada con otros agentes antisépticos da buenos resultados cuando la afección está localizada.
> 12ª El alcohol no debe emplearse más que como ayudante y no como tratamiento fundamental.
> Y, por último, el ácido fénico mata también al parásito, debiéndose usar en dilución alcohólica por ser perjudicial en todas las tiñas las lociones acuosas. >

3.3.7.5.-ZOOPARASITISMO. LA SARNA.

El "parasitismo animal" o "zooparasitismo" es un concepto complementario al de fitoparasitismo, que Olavide situó en los siguientes tejidos (564):

> <34. El parasitismo animal puede existir en la piel (sarcoptes), en el tejido celular (filaria y pulga penetrante), en los músculos (trichinas), en los intestinos (entozoarios) y en las vísceras. >

El zooparasitismo cutáneo por excelencia era la sarna, y a ella dedicó Olavide una de sus monografías (655). Las otras formas de zooparasitismo, no fueron, hasta donde sabemos, estudiadas por Olavide. Por ello nos vamos a referir exclusivamente a la sarna.

En la actualidad, se considera a Bonomo y Cestoni, microscopistas italianos del siglo XVIII, como los descubridores de la implicación causal del Sarcoptes scabiei en la sarna. (509). Estos autores observaron, describieron y representaron perfectamente la morfología del ácaro y sus huevos y los implicaron como causa única de la sarna. Sin embargo, esta aportación de Bonomo y Cestoni apenas se tuvo en cuenta. Lancisi, uno de los más influyentes autores médicos de la época, italiano, como Bonomo y Cestoni, aceptó la presencia del ácaro en la sarna, pero insistió en que existía un origen humoral previo a la proliferación del ácaro y que la presencia de éste era un fenómeno secundario. Esta hipótesis humoral fue la que prevaleció y, así quedaron las cosas hasta que, en 1834, se describió de nuevo el Sarcoptes, denominándolo "Acarus scabiei".

Así pues, en la época de Olavide, el origen y las características del ácaro eran ya perfectamente conocidas. Incluso él hace referencia al descubrimiento de Bonomo y Cestoni y añade un argumento adicional que llevó a la marginación de éstos como descubridores del agente de la sarna (658):

> < Cestoni, farmacéutico de Liorna, fue el primero que en 1867 expuso la opinión de que el ácaro era la causa determinante de la sarna, y que siendo, por lo tanto, local esta enfermedad, debía curarse exclusivamente con aplicaciones externas que matasen al insecto; pero habiendo pintado al animal con sólo seis patas, teniendo ocho, se cree que le confundió con las larvas o con el ácarus del queso. >

Olavide describió las manifestaciones clínicas de la sarna de un modo más que asumible en la actualidad (657):

> < Es una enfermedad parasitaria y por lo tanto contagiosa, producida por un arácnido o acarino llamado Sarcoptes hominis y caracterizada por la existencia de los surcos subepidérmicos que fabrica y en los cuales se aloja la hembra del animal con sus huevecillos; por la picazón nocturna y por una erupción discreta y diseminada en su principio, formada por pápulas pequeñas o vesículas aisladas que avanzando la enfermedad se mezclan con pústulas, ampollas, diviesos y todas las formas conocidas de inflamación aguda del dermis. >

Esta monografía de Olavide se divide en siete partes: concepto, historia, descripción morfolófica del ácaro, etiología, manifestaciones clínicas y tratamiento. El texto se complementa, además, con una lámina final representando los ácaros macho y hembra. La descripción del ácaro es muy detallada. Olavide demostró haber observado él mismo el ácaro y conocer perfectamente la bibliografía sobre el tema.

Entre las manifestaciones clínicas, destaca la distinción que observa el autor entre prurito de la sarna y el prurito postescabiótico, bien conocido por los dermatólogos, que ya Olavide describía magistralmente (661):

> < La picazón coincidente con las erupciones sarnosas, aunque también nocturna, es más intensa y cruel porque no deja descansar al enfermo, siempre ocupado en rascarse, y alguna vez amaga durante el día, aunque en esta época debe de ser dependiente de las erupciones ya formadas.

> La picazón consecutiva es la que todavía persiste después de tratada la enfermedad por las fricciones parasiticidas, después de muertos los parásitos y aún después de haberse retirado todas las erupciones que caracterizan la sarna. En las personas de piel fina y delicada, en las señoras y en los sugetos(sic) nerviosos, esta picazón consecutiva existe siempre varios días, y dura en ocasiones un mes o mes y medio, sin que quede otro resto del mal, hasta el punto de que los enfermos dudan si estarán o no bien curados, o si se trata de una reproducción de su padecimiento... >

Los tratamientos sugeridos son fundamentalmente las aplicaciones de azufre, petróleo, yoduro potásico y calomelanos (cloruro de mercurio).

Sin embargo, el aspecto más llamativo de esta monografía es la interpretación que Olavide hace del papel patológico del ácaro. Todavía persistían, bien entrado el siglo XIX -incluso entre los médicos dedicados a las enfermedades de la piel- prejuicios humorales similares al expresado por Lancisi doscientos años antes, y que entendían el ácaro como un fenómeno secundario en la escabiosis. La causalidad directa y clara del Sarcoptes aún no era universalmente aceptada y se recurría aún a explicaciones humorales (657):

> < Hay algunos dermatólogos, como Devergie, que considerando al parásito como efecto de la enfermedad, definen ésta diciendo que es una erupción acompañada de un producto particular, el ácarus, que en ocasiones se convierte en agente de la infección, siendo su muerte necesaria para la curación del padecimiento. >

Olavide tomó una posición clara con respecto a esta pretendida predisposición a la escabiosis (659):

> < Siendo cierto todo lo dicho, no se puede comprender la necesidad absoluta de una predisposición scabiosa(sic) o especial que algunos admiten para el desarrollo de este parásito, lo cual no excluye la posibilidad de que haya una predisposición parasitaria general, efecto de depauperaciones orgánicas, linfatismo .../... y que haya también causas exteriores como la falta de aseo, etc. que contribuyan al mismo objeto. >

En la actualidad, se observa un resurgir de las formas severas e incógnitas de sarna en individuos inmunodeprimidos o afectos del síndrome de inmunodeficiencia (736). El SIDA ha hecho de nuevo evidente en las clínicas dermatológicas la "predisposición parasitaria

general" que Olavide admitía, y que es claramente una herencia de la medicina humoral o constitucional. La forma más característica es la llamada "sarna noruega", a la que el mismo Olavide hizo mención (660):

> < Esta circunstancia asemeja la sarna de los niños a la que se ha llamado "sarna de Noruega", descrita por Boec(sic) y caracterizada por el inmenso número de sarcoptes que se han encontrado anidados en las costras y en las mismas ulceraciones. >

Para no dejar lugar a dudas sobre su idea de la etiología de la sarna, insistió (660):

> < La existencia del vicio psórico o scabioso(sic), del psora del doctor Hanhemann, al que sus secuaces dan una importancia patogénica de primer orden, es un error, hoy no disculpable, una vez probado el papel del ácarus en la producción de la sarna, y los sencillos medios para curarla con rapidez y sin temores ilusiones de retropulsiones, que en ella nunca existen. >

3.3.7.6.-LA PELAGRA.

En mayo de 1880, Olavide dictó en el Hospital de San Juan de Dios cuatro lecciones sobre la pelagra, que posteriormente fueron publicadas como monografía (628). En ellas, Olavide demostró ser un gran conocedor de la historia y las características clínicas de esta enfermedad. Se había profundizado mucho en el estudio manifestaciones clínicas cutáneas, digestivas y neurológicas, que ya aparecían reflejadas en las descripción original de Casal. Olavide hizo un repaso histórico y una "puesta al día" sobre la enfermedad. El aspecto más interesante es la descripción las alteraciones histológicas y analíticas de la pelagra.

Un autor español, Calmarza, tuvo un papel destacado en el estudio de las alteraciones analíticas asociadas a la pelagra (630). Olavide describió los cambios analíticos y anatomopatológicos de la pelagra de la siguiente manera (631):

> <Resumiendo, señores, parece que como caracteres notabilísimos histológicos de la pelagra debemos considerar: 1.°, la disminución de la albúmina, de la fibrina y de los glóbulos de la sangre; 2.°, el aumento de las sales en la misma: 3.°, la falta de urea y el exceso de sales en la orina;

> 4.º, los góbulos grandes o irregulares, de superficie irregular de la saliva y su sabor salado; 5.º, la piel de pergamino o la esclerosis dérmica; 6.º, los dobleces profundos del dermis con rotura y achatamiento de las células del tejido conjuntivo; 7º, la hipertrofia de la capa córnea de la epidermis en el sitio del eritema; 8º, la atrofia de todos los músculos, incluido el corazón; 9.º; la existencia de masa de tejido adiposo que rodean las vísceras, a pesar de la demacración general; 10, la fragilidad o blandura de los huesos; 11, la infiltración grasosa, la degeneración amiloidea y pigmentaria profunda del hígado; 12, la degeneración amiloidea en los intestinos, pero muy principalmente en el extremo del intestino íleon, dando lugar a esos puntos característicos según Lusana, Frua y Morelli; 13, la hidropesía de la locura en la coroides; y finalmente, todas las lesiones apopletiformes, de esclerosis, de reblandecimientos y de degeneraciones gránulo-grasientas o amiloideas en los centros nerviosos de que acabo de hablar. >

También se había avanzado en el conocimiento de la etiología de la enfermedad, en la que Casal ya había implicado a la dieta pobre y al maíz. En una pasaje no exento de humor, Olavide llama "maizistas" a Lusana y a Frua, los dos principales autores que mantenían la tesis de que es el mismo maíz la causa de la pelagra (630). Olavide, en una perspicaz observación, se aproximó mucho a la auténtica etiología de la pelagra (629):

> < En época en que no se daba en el hospicio de esta corte carne, y muy escaso el tocino, a los asilados, yo he tenido ocasión de recibir aquí algunos pelagrosos procedentes de dicho establecimiento, y no ciertamente porque allí pueda ser endémica, sino porque por circunstancias especiales de estos sujetos comieron insuficiente cantidad de alimentación azoada. >

Juan de Azúa, que en muchos otros aspectos enmendó y mejoró el trabajo de Olavide. atinó aquí aún menos que su antecesor (141):

> < En realidad, la etiología por el maíz alterado y por los productos de él derivados, indiscutible ciertamente en otras regiones, no resulta tan comprobable en ésta (Madrid). Hay, sin embargo, que hacer formal reserva, respecto de la acción que pueda tener el alcohol preparado con maíz, consumido en muchos puntos donde no se produce ni se importa maíz, y en los que una investigación superficial induciría a negar se utilizase allí el maíz para nada. Lo que resulta evidente en la inmensa mayoría de las ocasiones es que los enfermos pelagrosos son gentes pobres y mal alimentadas. >

La causa concreta de la pelagra no se conoció hasta 1937. En este año, Elvehjem identificó la carencia de ácido nicotínico como causa inmediata de la pelagra. De nuevo

la pelagra y la historia de España vuelven a ir de la mano. El descubrimiento de Elvehjem fue conocido y aplicado casi de inmediato en nuestro país por el profesor Grande Covián, recientemente fallecido. El mérito de la anécdota no está en la aplicación del ácido nicotínico sino en la original manera de obtenerlo a partir de la nicotina del tabaco. El mismo autor lo relató de la siguiente manera (471):

> < A finales de 1937, supimos que Elvehjem y cols habían identificado el ácido nicotínico (niacina) como sustancia útil para la prevención de la pelagra. En consecuencia, cuando comenzaron a aparecer los primeros casos de pelagra en Madrid, comenzamos a preparar ácido nicotíno, el cual, por otra parte, no estaba disponible en ese momento. Recogiendo toda la nicotina que pudimos en las tiendas agrícolas de Madrid y Valencia, pudimos preparar una importante cantidad de ácido nicotínico, mediante el método de oxidación del ácido nítrico, empleado para el tratamiento de los pacientes. El efecto del ácido nicotínico fue notable, particularmente en el caso de las alteraciones mentales. >

3.4.-JUAN DE AZÚA.

3.4.1.-BIOGRAFÍA.

La mayoría de las referencias biográficas sobre Azúa las aportan otros dos dermatólogos: Fernández Gómez y Cubero del Castillo. Estos autores, que conocieron a Azúa como internos del Hospital de San Juan de Dios a principios del presente siglo, publicaron en "Ecos Españoles de Dermatología y Sifiliografía" una serie entregas con el título de "Vida médica del dermatólogo español, doctor don Juan de Azúa y Suárez", durante el año 1934 (410-414). La importancia de la información queda patente en las primeras líneas del trabajo de estos autores (410):

> < De no hacer ahora esta biografía, se corre el riesgo de que vayamos desapareciendo los que le conocimos, y luego sólo se conozca una figura borrosa hecha de retazos y referencias indirectas. >

El mismo Azúa aportó también datos de interés en una nota autobiográfica que se publicó de forma póstuma en "Actas Dermosifiliográficas" (98). Es interesante destacar que algunos de los datos y fechas que aparecen en esta autobiografía de Azúa no son

correctos. Fernández Gómez y Cubero achacan estas incongruencias al estado de enfermedad de Azúa en el momento en el que dictó esta autobiografía. Por el contrario, Fernández Gómez y Cubero afirman apoyarse en documentos oficiales o manuscritos de Azúa cedidos por la hija de éste, Carmen de Azúa, en los que aparecen fechas contrastadas. Existen otras referencias biográficas sobre Azúa (1, 7, 33, 405, 769), sin embargo, todos estos trabajos apenas aportan datos que no aparezcan en la autobiografía de Azúa o en la reminiscencia de Fernández Gómez y Cubero, por lo cual tienen poco valor informativo.

Juan de Azúa Suárez (figs. 34 y 35) nació el 1 de septiembre de 1859 en Madrid, a las seis y cuarto de la mañana, en el número 142 de la calle Hortaleza (405, 410). En el bautizo, le impusieron los nombre de Juan, Gil y Vicente. Pasó los primeros años de su vida en Siruela (Badajoz) (98). A los nueve años de edad, regresó a Madrid instalándose en la casa de su tío materno Juan Suárez Monge, un médico homeópata que vivía en la calle del Clavel nº 4 (411, 769). Se da la curiosa coincidencia de que, en una de las publicaciones de Olavide, "La sarna y sus tratamiento", fechada en 1874 (655), aparece la siguiente impresión en la contraportada: "de venta en casa del autor, Clavel 4, principal izquierda". Así pues, y por azares del destino, Azúa y Olavide fueron vecinos de finca urbana mientras Azúa vivió en la casa de su tío Suárez Monge.

La influencia ideológica de Suárez Monge en Azúa es difícil de concretar. De hecho, nada hay en la concepción y en la práctica dermatológica de Azúa de las ideas homeópatas de su tío. Sin embargo, a él agradecería Azúa más adelante (98):

> <...la lógica y la filosofía del sentido común que en él era natural y abundante...>

El año 1875 fue especialmente importante para Azúa porque, según él mismo comenta (98), en el transcurso de ese año, terminó el bachillerato con brillantes

resultados, comenzó a estudiar Medicina y falleció su tío Suárez Monge de un crup diftérico del que había sido contagiado por un paciente. Fernández Gómez y Cubero aportan como fecha de obtención del grado de bachiller de Azúa la del 21 de junio de 1873, según ellos mismos afirman, con el documento original en la mano cedido por Carmen Azúa. El profesor García Pérez comprobó que, en el curriculum de Azúa en la "Real Academia de Medicina" consta la fecha de 28 de junio de 1873 como grado de Bachiller de Azúa.

En febrero de 1876, Azúa ganó las oposiciones de alumno interno con el sexto puesto entre veinte aspirantes a dieciséis plazas (411). Pasó por las clínicas de Encinas, Creus, Olivares y Cortejarena en el Hospital General, todos ellos dedicados preferentemente a la cirugía. Azúa llegó a ser, de hecho, presidente del "Ateneo de Alumnos Internos" durante el curso 1878-9 pronunciando, en calidad de presidente, un discurso titulado ""Ensayo del cloroformo en el parto en 68 ó 70 casos" (411).

Azúa se licenció el 28 de marzo de 1879 (412) y, ya en 1880, ganó una plaza en las oposiciones de la Sanidad Militar que nunca llegó a ocupar (98). Fernández Gómez y Cubero explican por qué Azúa renunció a esa plaza (412):

> < Esta plaza, empero, que ha de convertirle en una mixtura médico-cívico-militar, no le atrae.
>
> Ha tenido, además, entre otros compañeros de carrera a Jaime Vera, muchacho muy citado en las listas de alumnos premiados en las inauguraciones de curso, con el que ha hecho gran amistad y de cuyas ideas antimilitaristas participa. Ve, además, que los médicos militares, trasladados con frecuencia, carecen de la estabilidad necesaria para hacer clientela, no tienen tiempo ni condiciones para especializarse en una rama médica y, sobre todo, el escalafón y la disciplina pueden dificultar sus aspiraciones a la enseñanza y su deseo de moverse en la clínica entre discípulos a quien transmitir el saber adquirido. >

En 1882, nuestro autor ganó las oposiciones a una plaza única de la Beneficencia municipal. Tres años más tarde, en 1885, ingresó, también por oposición, en la Beneficencia provincial. Él mismo lo refiere (98):

> <Tuve el alto honor de ingresar el año 85 en la promoción de Giol y del eminente Vera, cerebro grandioso que influyó mucho en mí, con la enseñanza de una lógica brillante y sólida cual no he encontrado otra ninguna.>

Para Fernández Gómez y Cubero esta fecha de ingreso en la Beneficencia Provincial no es correcta pero, sorprendentemente, no aportan ninguna otra alternativa. En una nota a pie de página dicen estos autores (412):

> < Esta fecha está equivocada, como otras, cosa bien explicable, si se recuerda su estado de salud al escribir su auto-biografía.>

En el curriculum de Azúa en la "Real Academia de Medicina" consta la fecha de 14 de abril de 1886 como data de ingreso en le Beneficiencia. En la literatura de oficio de la Diputación de 1887, Azúa aparece ya adscrito al hospital de San Juan de Dios como "sustituto". Se ocupó de la consulta de dermatología desde 1889, ya de forma continuada.

Azúa sufrió dos graves accidentes médicos a lo largo de su vida que le marcaron de forma muy importante en su carácter y actividad. En 1878, aún siendo alumno interno, perdió el ojo izquierdo por la inoculación accidental de pus de un enfermo con ceguera por gonorrea al que estaba realizando una cura (98). En mayo de 1918, Azúa sufrió un grave accidente cerebro-vascular que le dejó una hemiplejía completa del lado derecho (98, 419). Azúa dictó, probablemente en 1922, en su autobiografía (98):

> <...y no hay más, sino que tengo sesenta y dos años y llevo cinco hemipléjico.>

De nuevo se observa aquí una incongruencia de fechas. Fernández Gómez y Cubero (414) y Fernández Criado (386) datan la hemiplejía de Azúa en 1917. Sainz de Aja recordó, en la celebración del XXV aniversario de la "Academia Española de Dermatología", en la

sesión del 18 de mayo, que en tal día como aquel del año 1918 Azúa sufrió un ataque de apoplejía y que el 18 de mayo de 1922 se celebró su sesión necrológica (776), Fernández de la Portilla también apoya esta fecha de mayo de 1918 (776). Como secuelas de este accidente Azúa padeció importantes trastornos de la visión y audición y una sensación casi continua de mareo que doblegaron en parte su gran voluntad. Pardo Regidor diría más adelante (676):

> < ¡Pobre Azúa! Él que era todo actividad y energía, ¡cuánto habrá sufrido al verse imposibilitado de andar, de hablar, de oír, de ver! >

Después de este suceso, Azúa mantuvo una actividad docente y asistencial escasa, y sus apariciones en actos públicos se hicieron más infrecuentes. Dictó los trabajos y discursos en lugar de escribirlos por sí mismo (417). Acudía y presidía, sin embargo, las reuniones de la "Sociedad Dermatológica" por él fundada cuando se celebraban en el hospital de San Juan de Dios. Si tenían lugar, en cambio, en el Colegio de Médicos o en la Facultad de Medicina solía presidir las sesiones en su lugar Covisa o Sainz de Aja.

La última sesión de la "Sociedad de Dermatología" en la que consta la presencia de Azúa tuvo lugar el 17 de marzo de 1922, en el hospital de San Juan de Dios. En ella, tuvo dos breves intervenciones comentando dos casos para diagnóstico (93).

Azúa falleció el 5 de mayo de 1922 a las cinco de la tarde de un nuevo accidente cerebro-vascular (414). La misma mañana del día de su fallecimiento la había dedicado a mostrarle a un grupo de alumnos el museo dermosifiliográfico de San Juan de Dios (452). Fue enterrado en la Necrópolis del Este, precisamente muy próxima al Hospital de San Juan de Dios. Sobre la vecindad de hospital al cementerio, había comentado Azúa en su autobiografía (98):

> < Mi vida se ha compenetrado de tal modo con la del Hospital, que más ha parecido éste mi casa que mi oficina, y cuando, ya viejo y enfermo,

> veo el cementerio del Este enfrente al Hospital, pienso que mi yacimiento póstumo me coloca enfrente de la novia de toda la vida. >

Pocos días después del fallecimiento de Azúa, concretamente el 18 de mayo de 1922, se celebró en el Colegio de Médicos una emotiva sesión en su memoria, en la que intervinieron Pardo Regidor (676), Castelo (279), Sánchez-Covisa (302) y Fernández Criado (386). Barrio de Medina realizó una crónica de esta sesión para "La Medicina Íbera" (226). En ella dice:

> <...Estábamos, sí, los suyos, los continuadores de su obra, los que. conocedores de él bien, éramos sus más fervientes admiradores pero ni una sola representación del Colegio de Médicos, de la Médico-Quirúrgica. de la Real de Medicina, ni médicos que no fuéramos dermatólogos ni público. >

Casi un año después, el 22 de marzo de 1923, se celebró una sesión solemne en el anfiteatro pequeño de la Facultad de Medicina. En este homenaje, auspiciado por el "Ateneo de Alumnos Internos", se descubrió una lápida conmemorativa (fig. 36). Además de los últimos internos de Azúa (Pascual, Conde y Bravo) participaron con sendos discursos el profesor auxilar de Azúa, Vicente Gimeno y el Decano de la Facultad de Medicina, Sebastián Recaséns (60). La "Academia Médico-Quirúrgica" también dedicó una sesión necrológica en memoria de Azúa, recordando también al ginecólogo Fernández Chacón y el gastroenterólogo Rodríguez Abaitúa, fallecidos los tres durante el curso académico (16).

Además de estos homenajes, del recuerdo de sus díscípulos, y de la mencionada placa, se abrió una consulta pública de enfermedades de transmisión sexual, situada en la calle Segovia número 4, en junio de 1924, a la que se dio el nombre de "Dispensario Azúa" (237). Este dispensario realizó una actividad portentosa, que fue el mejor homenaje póstumo que se podía realizar a un trabajador incansable como Azúa. Sobre un balance realizado de los once primeros meses de actividad -de enero a noviembre de 1925- en esta

consulta, el doctor Murillo, Director General de Sanidad, destacó la importancia de este consultorio en la lucha antivenérea: 16.863 mujeres tratadas, 54.420 hombres, 2.413 análisis de sangre, 411 de orina, 72 de pelos y escamas, 322 frotis para gonococias, 186 estudios de líquido cefalorraquídeo, aplicación de más de 10.000 ampollas de arsenicales y más de 5.000 vacunas (lactoproteína, antigonocócica, lactogonos, estafilocócica) (557).

En la actualidad, uno de los galardones que anualmente dota la "Academia Española de Dermatología" también recibe el nombre de "premio Juan de Azúa".

La descripción física que Fernández Gómez y Cubero del Castillo hacen de Azúa (413) contrasta llamativamente con el retrato que Fernando Castelo hacía de Olavide:

> < En los primeros años del presente siglo, tal como le conocimos nosotros, Azúa era un hombre de estatura más que regular, bien proporcionado, ni flaco ni ventrudo, con calvicie incompleta y pelo canoso; blanco de cara, nariz arremangada y labios gruesos. Era algo miope, con lentes y uno de los ojos, el izquierdo, artificial, admirablemente encajado y entonado con el fisiológico. Una barba recortada en punta y ya cana. Sus manos eran grandes y con vitíligo en el dorso.
>
> Era limpio de cuerpo y de vestimenta, pero desdeñoso de atildamiento. Fue de los primeros entre los médicos de hospital, en prescindir de la chistera y de la levita, que cambió por el hongo y la americana, para ir a pasar la visita hospitalaria, en la que usaba siempre una larga blusa abrochada atrás.
>
> Era vivo y aún brusco de movimientos y marchaba deprisa echando los pies hacia afuera y con la cabeza ligeramente ladeada. >

Álvarez Sierra también recogió en alguno de sus variados libros de biografías médicas una somera descripción física de Azúa (33):

> < Era de estatura regular, más bien bajo que alto; delgado, no muy derecho de columna vertebral, con brazos y piernas ágiles y flexibles. Su nerviosidad y su violencia al reaccionar contra toda clase de circunstancias, dieron lugar a multitud de anécdotas y episodios. >

Azúa dio muestras de esta "nerviosidad" en numerosas ocasiones, muy al contrario de como actuaba Olavide, del que decía Fernando Castelo (286):

> < Correcto y pulcro, era lo que se llama un hombre fino. Jamás se descompuso ni en la expresión de sus afectos ni en ninguno de los actos de

> la vida; ni andaba aprisa, ni reía fuerte ni reñía alto. Sus pasos fueron siempre lentos y cortos; su risa jamás llegó a la carcajada; su indignación nunca subió hasta la cólera, ni se expresó con el grito. >

Hasta en las formas fue Azúa la antítesis de su predecesor. Se caracterizaba por su franqueza y mal humor. Cuenta de él su compañero de docencia en la Facultad de Medicina, Vicente Gimeno (452):

> < Fue Azúa un hombre singular; rudo en la forma de ordinario, fino en el fondo, áspero muchas veces en el decir, dijo siempre lo que quiso, llevando constantemente por delante la buena fe, una recta intención y un afán grandísimo de enaltecer el nombre de su Patria. >

En la consulta externa del hospital de San Juan de Dios y en el pabellón número 3, los internos y los propios pacientes sufrieron a menudo este rasgo de Azúa. Fernández Gómez y Cubero cuentan la anécdota siguiente (413):

> < Alguna vez al pasar visita al pabellón tercero y encontrar algún enfermo nuevo dióse el caso de preguntarle si sabía escribir; si el enfermo contestaba que no agregaba Azúa: "Tampoco sabrá usted leer"; y al responderle tampoco, exclamaba: ¡Muy bien"! No cabe duda que si no lo es ya, será usted el alcalde de su pueblo" y luego, volviéndose a nosotros, nos gritaba sarcásticamente: "¡Y dicen que vamos a civilizar Marruecos!" >

Estos prontos de Azúa era tan comunes que su discípulo y sucesor Sánchez Covisa no pudo evitar hacer mención a ellos en la sesión necrológica de Azúa (302):

> <Nosotros, los discípulos, que conservamos el recuerdo del maestro en nuestro corazón, no podemos negar las violencias de su carácter, pero tenemos la obligación de explicarlas y acaso justificarlas. >

Con otra anécdota, Covisa explicó y trató de justificar estos enfados de Azúa (302):

> < Vio en su consulta hace muchos años, una señorita de belleza extraordinaria con una pequeña placa de lupus en la cara, y con la franqueza y espontaneidad de su carácter, advirtió reiteradamente los peligros que corría no ya la vida, sino el porvenir de la enferma, si el lupus no era dominado con acertado tratamiento. Pasó el tiempo, la madre olvidó las indicaciones del maestro y no aceptó su tratamiento; recorrió muchos médicos, visitó curanderos, llevó a su hija a numerosos balnearios. Al cabo de los años volvió a la consulta, cuando ya el rostro antes bello de la señorita estaba horriblemente deformado por la invasión lúpica. Al observar de nuevo el caso y repasar la historia, en la que estaban consignadas sus

> sabias y prudentes advertencias, estalló la cólera del maestro contra la madre, originando una escena violentísima; observad, señores, que en esta cólera, tal vez excesiva, que en este arrebato, acaso exagerado, del maestro, contra una madre buena, pero ignorante, latía un fondo de nobleza, un interés extraordinario por la enferma, quizá sentido, pero jamás superado por ningún otro médico. >

Pardo Regidor también intentó disculpar este acusado rasgo de la personalidad de Azúa (676):

> < Azúa protestaba de las injusticias, de las deficiencias sociales, de la ignorancia, y lo hacía con tan ruda franqueza y tal violencia, que parece la protesta mucho más llena de encono de lo que en realidad era.
>
> En más de cincuenta años de trato escolar y profesional, después sin solución de continuidad en la amistad y el trato, me autoriza a tener sobrados motivos para conocer el carácter de Azúa, y puedo afirmar que, aparte de esa rudeza empleada habitualmente, siempre en su enojo había un fondo de verdad y de justicia que tenía su origen en el incumplimiento de deberes o en defectos sociales que él, en su vuelo ascensional lo veía todo mezquino, pobre, ruin. >

Es interesante la explicación que Fernández Gómez y Cubero del Castillo ofrecen como justificación del temperamento de Azúa (413):

> < En realidad, la causa fundamental de las irritaciones de su carácter radicaba en la falta de dominio de un sistema nervioso solicitado para el trabajo, con exceso. Durante todo el día actúa sin reposo; por la noche trabaja y se acuesta tarde. Y es curioso que en este trabajo nocturno y reposado de su despacho, donde tantas veces le hemos ayudado, nunca le viéramos incomodarse. Pero quizá duerme poco y mal, y es por la mañana, en el Hospital, cuando a veces los centro cerebrales irritados pierden las riendas y estalla la tormenta de reflejos, en la que de todos modos conserva el dominio de la expresión.
>
> Es lástima que no se hubiera concedido un descanso semanal campestre; con él y con interpolar en su trabajo diario alguna hora de lectura de clásicos, como Séneca, habría, seguramente, tranquilizado su espíritu y hecho más provechosa aquella actividad capaz de dejar pasmado al más trabajador. >

No sólo era el mal humor, Azúa también se creó una cierta fama de tacaño entre el personal subalterno de San Juan de Dios (410):

> < Azúa ha sido considerado en su tiempo como un hombre tacaño. Por roñoso le tenían los mozos del hospital; como de puño cerrado le miraban los cocheros, porque daba escasa propina.

> Sin embargo, Azúa no era tacaño; era tan sólo un buen administra-enemigo(sic) de hacer alardes de adinerado. Nosotros le hemos visto gastarse el dinero en arreglar el suelo del cuarto de cura del hospital; hemos presenciado como mediante dinero ha vencido la resistencia de la familia de un hospitalizado fallecido ante una autopsia interesante para él; hemos querido nosotros mismos, en alguna ocasión eludir gratificación por algún trabajo de interés para él y nos ha metido un billete de cien pesetas en el bolsillo. >

Azúa se casó el 7 de julio de 1897 con Carmen Chaves Beramendi, viuda y con un hijo de corta edad. Azúa lo consideró siempre como hijo propio y fue también médico. Más tarde tuvo una hija, que se llamó como su madre, Carmen (405). Precisamente fue Carmen de Azúa quien cedió a Fernández Gómez y Cubero del Castillo numerosos documentos y testimonios con los que éstos elaboraron la biografía de su padre en los años treinta.

A pesar de la devoción de Azúa a la escuela dermatológica austríaca, el interés por el aprendizaje del alemán fue algo tardío y llegó a este idioma después de una larga etapa de francofilia. El mismo Azúa hizo patente su falta de dominio del alemán en una nota a pie de página de un trabajo en la "Revista Clínica de Madrid", en la cual agradece a Nonell la amabilidad de haberle traducido un artículo del alemán que le facilitó la elaboración de dicho trabajo (102). Precisamente fue Nonell quien acompañó a Azúa en 1910 cuando éste acudió a Alemania a conocer de primera mano las características y la aplicación terapéutica del salvarsán para servirle de intérprete. Sin embargo, aunque probablemente Azúa nunca llegó a dominar el alemán, presumía de los progresos de su hija Carmen en el aprendizaje de esta lengua (405, 414). También es interesante una anécdota referida por Fernández Gómez y Cubero en la que cuentan (413):

> < En cierta ocasión conversaba Azúa con otro colega de este grupo, tal vez con Madinaveitia, el cual le decía: "A usted, Azúa, con lo que trabaja, le es indispensable el alemán; debe aprenderlo cuanto antes."
> "Yo, con el francés, replicó Azúa me entero sin más de lo que pasa en la Medicina del mundo". Sin embargo, poco tiempo después tomaba

> profesor particular de alemán, que sostuvo varios años, y aprendió inglés. Cuando ya manejaba trabajos publicados en estos idiomas, nos decía: "Todo médico que se estime en algo debe aprender alemán e inglés, pero primero el alemán, porque dominando éste hallará facilísimo el inglés. >

En algún momento, Azúa se quejó públicamente de estas limitaciones en su formación y de la importancia que el estudio y difusión del alemán hubieran tenido para una más temprana introducción en España de las ideas de la escuela dermatológica vienesa (111):

> <... Por otra parte, y aunque escueza el decirlo, el abandono inaudito que nuestra enseñanza (valga la palabra) clásica hacía de las lenguas vivas, impidió conocer a la masa médica la obra de Rayer publicada en francés, y fue un obstáculo insuperable para la de Hebra escrita en alemán. >

En cambio, de la utilización del francés por Azúa nos han quedado numerosos testimonios, ya que varias de sus comunicaciones a congresos internacionales se redactaron en francés (184, 187, 200, 201, 207, 208). Aún así, tampoco debía de ser perfecto el dominio del francés porque, aún en 1903, en una nota a pie de página de uno de sus trabajos publicados en francés el autor agradece a Augusto Vergely su ayuda en la edición (208).

3.4.2.-ACTIVIDAD ASISTENCIAL.

El mismo Azúa refiere su currículo asistencial en su autobiografía, con bastante humor, del siguiente modo (98):

> < Licencié en marzo del 79 y el 80 hice oposiciones a Sanidad Militar, obteniendo una plaza que no llegué a ocupar, por atraerme mis aficiones hacia los hospitales de Madrid.
>
> El 82 hice y gané oposiciones a una plaza única de Beneficencia municipal y desempeñé la tercera sección de Buenavista, que comprendía entonces (la sección) una comarca extrageográfica en la que existía y existe la tierra de los mochuelillos con habitantes del terciario cubiertos de andrajos y más mugre (bañan en el Abroñigal y otros arroyos mitológicos); del 83 al 85 trabajé e hice oposiciones al hospital de la Princesa; fui propuesto, pero no obtuve plaza y concentré mis esfuerzos hacia la benemérita Beneficencia provincial, en la que tuve el alto honor de ingresar en el año 85 en la promoción de Giol y del eminente Vera, ... >

Como ya hemos mencionado, Fernández Gómez y Cubero dan como errada esta fecha de incorporación a la Beneficencia provincial, aunque no ofrecen otra alternativa (412). En su currículo de la "Real Academia de Medicina", esta fecha fue el 14 de abril de 1886. En los primeros meses de Azúa en San Juan de Dios tuvieron lugar algunas desavenencias con los profesores a los que Azúa había que sustituir (412):

> <...es este un episodio que a más de su sabroso paladeo hospitalario médico-administrativo, nos revela ya algún importante rasgo de la personalidad azuana.
>
> En un curioso oficio, que tenemos a la vista, del diputado-visitador de San Juan de Dios, se dice que "el profesor sustituto de los asignados a este establecimiento concurre lo más temprano a las nueve, con cuyo retraso perturba las horas para la cura, medicación y alimentación en las salas que visita cuando falta algún profesor. Observado por mí este trastorno en los primeros días que tuve el honor de visitar el establecimiento, llamé al señor Azúa a la Dirección, y a presencia del señor director le encarecí la necesidad de que concurriese a la misma hora que por regla general lo verifican todos los de su clase, con el fin de que se verifique la visita con la necesaria puntualidad.
>
> No ha bastado este paso de atención para lograr que el señor Azúa no perturbe el régimen y continúe asistiendo cuando los demás profesores han terminado su visita."
>
> El oficio, que es muy largo, termina manifestando que los profesores "abrigan la seguridad de que no falta quien supla su ausencia", y que es un gasto innecesario el de un profesor sustituto cuya economía, por tanto, propone. >

Así pues, Azúa fue trasladado, por acuerdo de la Comisión Provincial, reunida en sesión del 23 de julio de 1887, y a propuesta del diputado visitador, al Hospital General. Esta Comisión Provincial acordó en octubre de ese mismo año, a propuesta del decano Don Félix García Caballero, lo siguiente (412):

> < 1º Que se restablezca la plaza de médico sustituto en San Juan de Dios con la obligación de servir sin retribución la consulta de enfermedades de la piel, cuya creación se acuerda.
> 2º Confiar este doble servicio al doctor Azúa por hallarse dedicado al servicio de la especialidad, dejando sin efecto la corrección que se le impuso, de que prestara su servicio facultativo en el Hospital Provincial, en méritos a la puntualidad con que ha venido desempeñándolo. >

Sin embargo, la puesta en práctica de esta resolución de la Comisión Provincial se retrasó casi dos años hasta que el 8 de julio de 1889 se da curso a la misma. Fernández Gómez y Cubero refieren un oficio del decano Eusebio Castelo, padre de Fernando Castelo y compañero de Olavide, en el que se comunica a Azúa su designación para esta consulta (412):

> < Desde el día de mañana martes comenzará usted a prestar el servicio de visita que, por su propia elección o con su aquiescencia, le fue asignado en la sesión verificada al efecto, o sea, en la consulta de dermatología del Hospital de San Juan de Dios; comunicando por escrito a este decanato las faltas o deficiencias que la práctica le sugiere, para ir corrigiéndolas lo más pronto y del mejor modo posible. >

Sobre estos primeros años de Azúa en San Juan de Dios, existe muy poca información. Resulta especialmente intrigante la cuestión de como pudo haber sido la relación entre Olavide -ya consagrado- y el joven Azúa. Fernández Gómez y Cubero comentaron sobre la mencionada queja de los profesores a los que Azúa debía sustituir en San Juan de Dios (412):

> < Por los que respecta a los profesores sustituidos por Azúa, ya se advierte que no sólo no vieron mal la queja, sino que informaron al Visitador de no necesitar tal sustituto. ¿Veían ya en él un adversario temible? Era demasiado pronto. Es más lógico que se sintieran molestos ante un novato que pretendía romper moldes y salirse, desde luego, de los por ellos establecidos. Quizá se resentían su autoridad y su categoría.
>
> ¿Viene de aquí la posterior repugnancia de Azúa a reconocer los indiscutibles méritos de Olavide y la tibieza de amistad con Bombín?. >

De esta época de Azúa también nos da alguna referencia Fernando Castelo (279):

> < Trabajó durante algún tiempo con el doctor Olavide, hasta que solicitó y obtuvo una consulta pública de dermatología. >

De esta referencia, se puede deducir que Azúa quizás solicitó la creación de la consulta externa de dermatología como un medio de emanciparse o independizarse de Olavide y del resto de los profesores de San Juan de Dios. La situación de Azúa al frente de la consulta externa de enfermedades de la piel le colocó en una posición muy

beneficiosa por un doble motivo: 1) le permitió, en efecto, una mayor autonomía y 2) pudo tener acceso directo a un gran número de pacientes y esta palpación constante fue un hecho determinante (como él reconocerá después) en su conversión a la doctrina dermatológica austríaca.

Fernández Criado también comenta sobre esta época de Olavide (386):

> < Fueron sus comienzos, de choque con la autoridad máxima dermatológica de aquellos tiempos en España, con el doctor Olavide, y nunca traspasó los límites de la más exquisita corrección, templanza y respeto para con aquella venerable figura; muchas veces le oí en estos tiempos hablar de Olavide con el más profundo respeto y haciendo justicia a sus merecimientos. >

Pasado el tiempo, debe reconocerse a Olavide la honestidad científica y la elegancia de no interferir en el desarrollo de las nuevas ideas de la escuela vienesa, defendidas en España primeramente por Azúa. Azúa, en agradecimiento a esta actitud de Olavide, le dedicó las últimas frases del que fue su malogrado discurso de recepción en la "Real Academia de Medicina" (130). Esta primera consulta pública de enfermedades cutáneas del hospital de San Juan de Dios era atendida por Azúa de 4 a 5 de la tarde todos los días excepto los festivos (133). Según su propio testimonio asistía de 300 a 400 enfermos cada día. Sin embargo, no eran el volumen de enfermos y la falta de alicientes económicos los mayores problemas de Azúa, sino las condiciones materiales de la consulta, situada en un sótano que daba a la calle Santa Isabel, en el que la altura del local era de 1,7 metros y cuya antesala era un urinario. Así lo describe el mismo Azúa (98):

> < El 87 fui destinado a San Juan de Dios a un servicio de suplente, y en el 89 encargado de un servicio fijo de consulta dermatológica que realizé en una especie de carbonería (altura del techo 1,70) con una antesala constituida por un urinario; tenía su entrada por la calle de Santa Isabel; asistían de 300 a 400 enfermos por día y probé ser muy resistente a la acción deletérea del mefitismo humano, pues eran muchos los días que, como se dice popularmente, aquello volcaba, pero para aromas recibí por mes durante 10 años, mis 22 duros mensuales. >

Las condiciones de luz tampoco eran buenas para lo que de iluminación requiere el ejercicio de la dermatología (412):

> < La consulta tenía lugar por la tarde, y en las de invierno sobre todo, se veía a los enfermos a la luz de un mechero de gas, aunque ya de los de camisa. >

Aún así, la dedicación y los esfuerzos de Azúa tendrían su recompensa (412):

> < Como que desde el principio no se pareció a ninguna otra Clínica del Hospital, ni por la detención minuciosa con que se observaba al enfermo, ni por la cantidad de datos que se recogían, ni por el cuidado en seguir los resultados terapéuticos ni aún por los procedimientos y fármacos que en las curas se empleaban. >

Fernández Criado hace un somero retrato del personal y de la actividad del servicio de Azúa (386):

> <...si los que conocéis cómo funciona su servicio del hospital os asombráis del orden y método que allí reina, os asombraréis más cuando yo os diga que igual funcionaba en los tiempos en que no era ayudado en su labor más que por los dos internos que le correspondían, y era fama que los internos de Azúa se renovaban todos los meses... >

Fernández Gómez y Cubero aportan una información más concreta (412):

> < Tenía como personal adscrito a ella un jefe clínico, don Heliodoro Romero, y tres internos, don Miguel Serrano, que llevaba el libro de diagnósticos y el de índice de los enfermos; don Romualdo Lorente, encargado de papeletas y recetas, cuyo uso explicaba a los enfermos, y del reparto gratuito de medicinas, y don Julio Povedano, que tenía a su cargo el cuarto de cura de venéreos.
>
> Al jefe clínico apenas se le veía por la Consulta, fuera de las ausencias veraniegas de Azúa. Don Miguel Serrano fue ya desde entonces y durante toda la vida de Azúa, su más eficaz y leal auxiliar. Nosotros debemos a su amable sencillez el haber aprendido lo más elemental de la Sifilodermatología clínica, sin esfuerzo por nuestra parte.
>
> Don Romualdo Lorente era un tipo heteróclito de interno siglo XIX. Era grueso, de campechanía natural, con dejos de romántico y más que dejos de escepticismo filosófico, ribetes de humorista y más que ribetes de poeta, de los que repentizan. >

La puesta a punto de la consulta fue, a pesar de las malas condiciones que refiere Azúa, un evento de gran importancia en la dermatología española porque hasta entonces sólo existían en San Juan de Dios consultas externas de venereología.

Después del traslado del Hospital de San Juan de Dios a su última ubicación, Azúa fue encargado de la consulta y de un pabellón de enfermos (413):

> < Tenía a su servicio en el nuevo Hospital de San Juan de Dios, el pabellón nº 3,,cuyas dos salas bajas estaban destinadas a hombres cutáneos, y las dos altas a niños, la mayor parte con dermatosis parasitarias de la cabeza y a los que se llamaba "los tiñosos". Además tenía a su cargo, y atendía con especial cuidado, una de las dos consultas públicas del hospital para enfermedades venéreas, sifilíticas y de la piel, en la que recibía enfermos de cualquier edad, sexo o condición. >

Su visita hospitalaria diaria duraba hasta cuatro o cinco horas (386). De él recuerda Fernando Castelo (279):

> < Él decía que el médico de hospital puede elegir o determinar dentro de lo reglamentario la hora de comenzar su visita, pero que jamás debe pensar o prefijar la de su terminación, porque debe dedicar a los enfermos todo el tiempo necesario para observarlos y reconocerlos a conciencia. >

Como sucedió con la mayoría de los dermatólogos de entresiglos, Azúa desarrolló -casi hipertrofió- la exploración clínica y las pruebas complementarias en detrimento de la anamnesis (279):

> <Por eso Azúa reconocía detenidamente a todos los pacientes y no omitía ningún medio de observación y diagnóstico: biopsias, captación de secreciones y excreciones normales y patológicas, análisis químicos, biológicos, bacteriológicos, histológicos, de sangre, seroreacciones, ensayos in vitro e inoculaciones en animales. >

Dos anécdotas muy ilustrativas de la manera de enfocar la actividad clínica de Azúa son las siguientes (413):

> < Un día examinando en la Consulta del Hospital nuevo a una pobre mujer afecta de dermatosis, se obstinaba la enferma en explicar a Azúa el origen de la afección, lo que sacaba de quicio al maestro:
>
> -Discursos ¡no! -le gritó-. no me importa lo que me cuenta; déjese ver y calle; ¿usted de donde es? -agregó con sorna. La mujer, menos

> obtusa de lo que él suponía contestó socarronamente: De Madrid... como usted, don Juan. Tiene usted razón explicó Azúa con viveza; pero yo estoy traducido al extranjero. >

O también (413):

> < Al enfermo tampoco le dejaba salirse de los carriles del interrogatorio. Le exacerbaban los enfermos que con su charla obstinada le distraían en su reconocimiento; se recuerda de una mujer a quien miraba una dermatosis con atención concentrada, mientras ella se la desviaba tercamente con la repetición de "sabor a perro muerto" de su boca. De pronto Azúa lanza la lupa sobre la bandeja de instrumentos y grita: "pero señora ¿cómo conoce usted el sabor a perro muerto? ¿Nos quiere decir de una vez cuando ha comido perro muerto? Haga el favor de dejarse ver y no hacernos perder el tiempo que nos hace mucha falta". >

Este menoscabo de la anamnesis, limitada a un escueto interrogatorio, era un defecto común entre los "localistas" o "anatomistas" de la escuela dermatológica vienesa, que compensaban con una observación meticulosa y las técnicas de laboratorio. Así interpretaba Fernando Castelo a Azúa (279):

> <...hay que emplear con los enfermos todo el tiempo necesario para observarlos y reconocerlos a conciencia.
>
> Y en esto decía y hacía bien, porque a veces suelen ser funestos los diagnósticos relámpago, pues si bien es cierto que hay enfermedades que pueden diagnosticarse a simple vista, o en breves momentos, lo mismo en la patología cutánea que en todas las patologías, no puede desconocerse que no siempre se presentan aislados los procesos, sino que a veces hay estados complejos o enfermedades asociadas, y además, que no todos los sujetos son idénticos ni todos organismos responden por igual a las medicaciones, y, en suma, que no tratamos enfermedades sino enfermos. >

Esto mismo lo confirma también Covisa (302):

> < De este culto a la observación atenta y detenida de los enfermos se desprende el profundo desdén que sentía por lo que legalmente se conoce con el nombre de ojo clínico por los llamados diagnósticos de impresión. Azúa, que poseía excelsas dotes de observador y un caudal inmenso de experiencia, jamás hizo diagnósticos rápidos. Por eso raras veces eran equivocados sus juicios clínicos, y aún cuando el diagnóstico se impusiera a la primera observación, no dejaba de mirar totalmente al enfermo... >

También dice Covisa (302):

> < El mayor empeño de la vida de Azúa fue la descripción exacta de sus enfermos, con toda clase de detalles y minuciosidades, observándole durante mucho tiempo y repetidas veces; bien puede afirmarse que cuando Azúa consideraba estudiado definitivamente un caso, no había clínico, por sagaz que fuese, capaz de encontrar un síntoma que se le escapara al maestro. Complementaba el estudio clínico con toda clase de investigaciones de laboratorio, hasta el punto que sus trabajos, todos los conocéis, son un modelo de descripción y de claridad en los que no falta el más pequeño detalle para el conocimiento del enfermo. >

Una gran virtud de Azúa era su modestia científica y su capacidad para asumir sugerencias ajenas e incorporar innovaciones. Cuenta Fernández Criado sobre un caso clínico que tenía desconcertado a Azúa (386):

> < Azúa era de una honradez científica irreprochable, de los pocos médicos con la suficiente altura de miras para confesar ante un enfermo la ignorancia o incompetencia para resolver un problema diagnóstico o terapéutico; ..../.... Recuerdo que en septiembre del año 15, a mi vuelta del veraneo, me presentó en el Hospital un enfermo que llevaba varias semanas hospitalizado, y cuyo diagnóstico no había podido hacer: se trataba de unas lesiones neoformativas y ulcerosas del velo del paladar y nariz, y en el cual se habían hecho investigaciones de sífilis, tuberculosis, rino-escleroma, etc.; se habían hecho preparaciones, biopsias, inoculaciones, pruebas terapéuticas, y no se había llegado a ninguna conclusión; impresionado yo por la lectura y, sobre todo, por la fotografías que acompañaban un trabajo de Escomel sobre leishmaniosis dérmicas en el Perú, le hablé de la posibilidad de este diagnóstico; al día siguiente todas las horas de la visita fueron dedicadas a este enfermo, con una monografía inglesa sobre leishmaniosis, y en la que fueron comprobándose y discutiéndose las semejanzas y diferencias del caso clínico con lo sostenido por el autor; entonces se duplicó la actividad en las pesquisas de la leishmania, que al fin fue demostrada por el doctor Sadi de Buen;... >

El mejor testimonio de la organización ejemplar que Azúa mantenía en su consulta aparece recogido en varios pies de página del discurso que, sobre "clasificación estadística de las observaciones recogidas en doce años de práctica dermosifiliográfica", pronunció ante la "Academia Médico-Quirúrgica" en 1899. Azúa escribió (134):

> <El orden y el mecanismo de la consulta se detalla en unos anuncios colocados en el vestíbulo del local. He aquí su copia: HOSPITAL DE SAN JUAN DE DIOS. CONSULTA DEL DOCTOR AZÚA. Horas: de 9 a 10 de la mañana. Los enfermos que lleguen después de las 10 no serán admitidos. Orden para la entrada y admisión de enfermos:

Lunes..... Enfermos y enfermas nuevos.-Hombre y mujeres de cura.-Se dan medicinas a las mujeres y hombres.
Martes.... Hombres y mujeres de cura.-Se dan medicinas a hombres y mujeres. En este día no se admiten enfermos ni enfermas nuevos, ni el Sr. Profesor verá a ninguno de los que estén en tratamiento.
Miércoles. Operaciones.- Cura de hombres y mujeres. Se dan medicinas a hombres y mujeres.
Jueves... Visita de las mujeres en tratamiento.- Enfermas nuevas. Medicinas para mujeres. Curas de hombres y mujeres.
Viernes...Visita de los hombres que están en tratamiento.-Enfermos nuevos. Medicinas para hombres. Cura de hombres y mujeres.
Sábado... Hombres y mujeres de cura.- Se dan medicinas a hombres y mujeres. En este día no se admiten enfermos ni enfermas nuevos, ni el Sr. Profesor verá a ninguno de los que no estén en tratamiento.
OBSERVACIONES:

La cura de mujeres de los cuartos números 1 y 2 se verificará de nueve a nueve y media todos los días, excepto los jueves, que será de nueve y media a diez.

La cura de hombres de los cuartos números 1 y 2, de nueve y media a diez, excepto los jueves, que será de nueve a nueve y media.

AVISO IMPORTANTE:

Los enfermos que asistan a esta Consulta, tienen que tener un gran cuidado de no perder las papeletas o recetas que se les den, siendo obligatorio traerlas siempre que vengan a la consulta, y si dejasen de asistir a esta por estar curados o por otra causa, deben conservar la papeleta, o cuando menos apuntar o conservar escrito el número de la papeleta.

Se prohíbe en absoluto en el local de la Consulta, escupir fuera de las escupideras. Por hacer esto se esparce la tisis y se contagian muchas personas. >

Así, un día cualquiera en la consulta de Azúa discurría del siguiente modo (413):

< Los días de poco trabajo en el Pabellón se presentaba en la Consulta a las nueve; entraba ya dando órdenes, a voces, a los mozos para que no dejaran pasar a ningún enfermo que antes no se desnudara. Enseguida comunicaba su actividad, su diligencia y atención viva a todos, médicos, auxiliares, asistentes, internos, hermanas y mozos.

Los más de los días, antes de su llegada a la consulta, ya había despachado Serrano una porción de enfermos de tipo corriente, chancros variados, sífilis secundarias y terciarias, eczemas, impétigos, sarnas, tiriasis, etc. reservando al maestro los casos de diagnóstico dificultoso o de especial interés clínico.

Era, por cierto, curioso, que cuando Serrano veía a estos enfermos, pertenecientes a lo común de la sífilo-dermatología, los médicos provincianos que iban de temporada clínico-dermatológica, no concedían importancia a esta modesta labor de Serrano, y esperaban al maestro, agrupados en charla frívola, como si sólo los casos raros pudieran interesar a quienes en su mayoría sólo tenían un conocimiento dermatológico de

> lecturas. Más raro todavía era que asomaran por el cuarto de cura num. 2, donde nosotros dos atendíamos a más de 100 enfermos de curas venereológicas, la mayoría de la cuales corría a cargo de Cubero, cuando por ser día de historias clínicas, Fernández-Gómez tenía al llegar Azúa, que coger las carpetas y ponerse a disposición del maestro. >

En el discurso que Azúa preparó para su ingreso en la "Real Academia de Medicina", hace balance de su vastísima experiencia clínica (123):

> < Total de casos clínicos clasificados, 132.890 que representan la cosecha clínica recogida en mi servicio de consulta del Hospital de San Juan de Dios durante treinta años, mediante hojas de filiación, diagnóstico y apuntes. Forman parte también de mi experiencia otros muchos miles de hojas clínicas (de 20.000 a 30.000), que han sido recogidas en mi consulta privada, en la Facultad de Medicina y en varios dispensarios policlínicos, en los que he visto enfermos de la especialidad. >

En la terapéutica, Azúa fue también un dermatólogo avanzado, aunque en este aspecto sí mantenía muchas de las viejas tradiciones de la escuela francesa que representó Olavide. Aún así, como buen localista, entendía que las enfermedades cutáneas deben tratarse como un problema local y, por tanto, la terapéutica debe ser preferentemente tópica y limitada (412):

> <La terapéutica sifilo-dermatológica se hallaba ciertamente algo estancada en el Hospital. Todavía eran la base de las curas venereológicas el colirio de Fernández, el colirio verde, el agua de vegeto y otras fórmulas tradicionales hasta de la época conventual, que sin ser malas, estaban ya siendo sustituidas en todas partes por otras más apropiadas, a cada paso más específicas. Tal aplicación tópica se empleaba en planchuelas cuya aplicación, sobre todo en fimosis patológicos, exigía una especial destreza que servía de lucimiento a los internos viejos.
>
> Como cura general en los sifilíticos no se empleaban más que las fricciones, las píldoras de protoioduro y el ioduro potásico.
>
> Las pomadas de protoioduro y biioduro de mercurio también figuraban en la terapéutica local antisifilítica.
>
> El tratamiento de la blenorragia se hacía con inyecciones uretrales de permanganato, colirios y nitratos de plata, usándose abore, la copaiba y la cubeba.
>
> En piel, era Olavide el único que la trataba hasta que advino Azúa. Su terapéutica era hija de la escuela francesa con importantes modificaciones que la experiencia de Olavide había ido introduciendo, consagrando y difundiendo entre sus discípulos. >

Continúan estos autores (412):

> < Azúa, desde el primer momento, rompió con las tradiciones clínicas del Hospital, sustituyendo las planchetas por la gasa hidrófila, cambió los ópicos antiguos por otros de su tiempo: introdujo en el tratamiento de la blenorragia el uso de los lavado de Janet, en sífilis adoptó primero en el Hospital las inyecciones de preparados mercuriales solubles e insolubles; y en piel manejaba los tópicos en armonía con el concepto vienés al que cada día iba inclinándose más. >

El mejor y más completo exponente de las ideas terapéuticas de Azúa aparecen recogidas en el "Vademecun Clínico-Terapéutico" en el que redactó la parte correspondiente a la dermatología (147).

La difusión de la terapéutica salvarsánica en España fue, en gran medida, un logro suyo. Contactó con Ehrlich y él mismo acudió a Alemania para conocer el fármaco. Otro hito importante en la terapéutica dermatológica fue la puesta a punto, junto a Olavide, de un aparato de finsenterapia -precursor de las cabinas de rayos ultravioleta A y B- para el tratamiento de pacientes con lupus vulgar, poco tiempo después de que Finsen presentase sus logros en el "Congreso Internacional de Dermatología" de París de 1900. Lamentablemente, y por razones que desconocemos, esta instalación duró poco tiempo (279), y no sería hasta quince años después, que la fototerapia alcanzase de nuevo importancia en España, otra vez impulsada por Azúa.

Una aportación muy interesante de Azúa a la medicina preventiva fue la preconización de la información como la mejor arma para luchar contra algunas dermatosis contagiosas y, sobre todo, contra las enfermedades venéreas. Ideó un sistema de propaganda popular, que denominó "avisos sanitarios", que consistían en cuartillas u octavillas de papel blanco impresas con letra clara y grande. Él mismo los redactaba empleando un lenguaje sencillo y adecuado para su difusión entre el pueblo llano y los repartía entre los asistentes a su consulta.

Otro importante avance de Azúa en cuanto a la labor asistencial dermatológica fue la gestión y organización del archivo de historias de sus enfermos de forma sistemática y con un rigor desconocidos hasta entonces. La importancia de esta aportación fue reconocida por Fernández Criado en la sesión conmemorativa de su fallecimiento (386):

> <Donde la labor de Azúa, a mi juicio, ha sido más interesante, fue en la organización de los servicios del hospital.../... siempre se llevaron las historias clínicas coleccionadas y clasificadas, siempre se hicieron los diagnósticos descriptivos, abarcando los temas interesantes y siendo verdaderas historias clínicas sintéticas, se llevaba un libro-registro, mediante el cual, a los cinco minutos de ingreso de un enfermo, tenía colocada su historia clínica a la cabecera de la cama, por muchos años que hubieran transcurrido desde su anterior estancia.>

Fernández Gómez y Cubero también describen este famoso libro- registro (412):

> < En un libro grueso y apaisado se anotaba en cada hoja un enfermo, haciendo constar la fecha, filiación, diagnóstico detallado y tratamiento. En sucesivas visitas se consignaban las modificaciones terapéuticas y aún diagnósticos, para los cuales ayudaba el libro-índice, en el que constaban los nombres de los enfermos, por orden alfabético, cada uno con el número que figuraba en el libro diagnóstico.../... Este libro-índice era el libro de los disgustos porque si Azúa observaba que en él no figuraban ya enfermos vistos en la semana anterior, llovía sobre los internos el chaparrón de epítetos de negligencia, abandono, incomprensión del asunto...>

Existía también otro segundo libro para diagnósticos dudosos (386):

> <Otro libro contenía las señas de aquellos enfermos cuyo diagnóstico era dudoso o presentaban alguna curiosidad, y si al correr del tiempo aparecía en el campo científico, alguna terapéutica o algún perfeccionamiento diagnóstico, eran llamados para comprobar lo aseverado por otros compañeros.>

Azúa se llevaba estos libros a casa por la noche y transcribía y ordenaba los datos con la ayuda de sus internos (414):

> < Solía citarnos a los que le ayudábamos de nueve a nueve y media de la noche. A veces, cuando había que clasificar las hojas desencuadernadas de los libros de consulta nos reuníamos varios, Serrano, Valoquia, Fernández-Gómez, Cubero...
>
> Se iban haciendo unos pocos montones grandes, eczemas, tiñas, sífilis, etc., después de cada uno de los montones grandes se hacían otros, chancros, sifílides, lesiones terciarias, dérmicas, óseas, éstos, a su vez, aún

> se dividían en chancros genitales y extragenitales, etc.; se revisaba y contaba cada montículo y se anotaban las cifras. El recontaba, quitaba tal cual hoja de un grupo para ponerla en otro, y después de ordenarlos sacaba las consecuencias o sustancia del trabajo. >

3.4.3.-DOCTORADO.

Azúa presentó su tesis doctoral muy tardíamente, en 1910, poco antes de tomar posesión como catedrático de Dermatología (769):

> < Fue entonces cuando, después de treinta años de ser licenciado, se doctoró, versando su tesis sobre "la reacción de Noguchi en sífilis", y fue precisamente por este excepcional trabajo cuando a los dos años, en 1911 le hicieron catedrático efectivo. >

Esta tesis doctoral es un amplio estudio técnico sobre el diagnóstico serológico de la sífilis que tituló "Sero-diagnóstico de la sífilis. Método con amboceptor antihumano y complemento humano". Además de su publicación en extenso como monografía (194), también se publicó un extracto en "Actas Dermosifiliográficas" en 1910 (193). Este trabajo fue leído el 9 de junio de 1910 ante un tribunal formado por Julián Calleja, Potenciano, Márquez, Pérez Zúñiga y Florencio de Castro (196), quienes otorgaron a Azúa la calificación de sobresaliente. En la biblioteca de la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense está depositado un ejemplar impreso de esta monografía que Azúa dedicó de su puño y letra al presidente del tribunal, Julián Calleja. En la primera página aparece la siguiente nota manuscrita:

> < Al Excmo. Sr. D. Julián Calleja, mi antiguo maestro, jefe respetado y juez indulgente. Su buen amigo: Juan de Azúa. >

En los preámbulos de la tesis, Azúa se excusa de su retraso en las presentación de la misma (195):

> < La investidura doctoral que solicito de la benevolencia de este preclaro Tribunal, la estimo en tanto, que mi retardo en acudir a esta solemne prueba arranca de mi ferviente deseo de presentarme a ella con la labor merecedora de tan excelso grado académico. >

Sin embargo, el motivo más claro para la presentación tardía de la tesis doctoral, probablemente era su inminente nombramiento como catedrático de dermatología, para lo cual precisaba este requisito, más que el interés real en alcanzar este grado académico. Aún siendo así, se trata de un sólido trabajo en el que no se dejan ver las prisas ni la improvisación propias de una tesis de "ocasión".

3.4.4.-CREACIÓN DE LA CÁTEDRA DE DERMATOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD CENTRAL DE MADRID. ACTIVIDAD DOCENTE DE AZÚA.

La creación de la Cátedra de Dermatología en la Universidad Central de Madrid fue el resultado de un proceso lento que tuvo lugar durante buena parte del siglo XIX y los primeros años del siglo XX. La suerte de la dermatología como disciplina del plan de estudio de medicina fue siempre paralela a la de otras especialidades, también consideradas hoy médico-quirúrgicas, como la Oftalmología y la Otorrinolaringología.

En 1843, se creó la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Madrid (422). Inicialmente no se contempló la creación de las clínicas de especialidades independientes de las asignaturas generales. Sin embargo, pocos años después, en 1848, Murrieta habló ya de la dotación de las clínicas especiales en la Facultad de Medicina de Madrid a instancias del Director de Estudios, Antonio Gil y Zárate, y del Consejero de Instrucción Pública, Mateo Seoane. Este comentario de Murrieta se refiere en concreto a la fundación de un gabinete dermatológico dotado con las reproducciones de la colección de Thibert que ya hemos comentado en los apartados 3.1.8 y 3.3.4.1.

En 1850, se estableció, por una Real Orden del 30 de agosto, que en el próximo curso se explicaran las asignaturas de enfermedades sifilíticas y de afecciones cutáneas en la Universidad Central de Madrid. Según García del Carrizo (422), en esta misma Real Orden del 30 de agosto se nombra a Patricio Salazar Real-Rodríguez para explicar las

"enfermedades sifilíticas" y a Francisco Alonso Rubio como encargado de las "afecciones cutáneas". Por otro lado, Fernández Gómez y Cubero del Castillo sitúan a José Calvo Martín ocupando este puesto en dos referencias distintas (409, 413). En una de ellas mencionan a los tres personajes señalados (413):

> < Es indudable que las especialidades de sífilis y piel iban siendo ya en la primera mitad del siglo pasado consideradas como ramas médicas de gran importancia, por cuanto en 1850 se crearon tres cátedras especiales: la de enfermedades venéreas; la de enfermedades de los ojos y la de enfermedades de la piel, para las que fueron designados respectivamente don Francisco Alonso, don Patricio Salazar y don José Calvo... >

Lo dicen, además, de forma explícita y destacándolo con un "respectivamente", con lo cual dejan claro que fue Calvo Martín el encargado de la dermatología.

Encontramos la noticia de los nombramientos en la "Gaceta Médica" de 1850 en una nota escueta, en la sección de Crónica (53):

> < Como anunciamos en el número anterior han sido nombrados los doctores D. José Calvo y Martín, D. Patricio Salazar y D. Francisco Alonso y Rubio para desempeñar las tres cátedras especiales de oftalmología y afecciones sifilíticas y cutáneas creadas por real decreto del 28 de agosto último. >

Al contrario de lo manifestado por Fernández Gómez y Cubero, esta nota de época parece venir a dar la razón a García del Carrizo.

Esta controversia sobre quien ocupó de hecho la efímera Cátedra de Dermatología de 1850, la disipa José Eugenia de Olavide en una breve nota a pie de página en sus "Lecciones de Dermatología" (613). Olavide, quien vivió como estudiante de Medicina una época muy próxima -aunque algo posterior- a esta cátedra de 1850, señala a Salazar (fig. 37) como responsable de la docencia de la Dermatología, contradiciendo las opiniones de Fernández Gómez y Cubero y de García del Carrizo, distintas a su vez entre sí. Dice Olavide (621):

> < También seríamos injustos si no nombrásemos en una obra española al doctor Murrieta, que publicó un breve compendio de dermatología y a los actuales profesores de la Facultad de medicina Sres. Salazar y Soler, que tuvieron a su cargo la enseñanza teórica de este ramo de la ciencia durante la efímera existencia de las especialidades en nuestra escuela. Por desgracia, poco han publicado y nada podemos decir sobre sus ideas filosóficas, que apenas podrían presentar a la consideración de los alumnos, por haber durado pocos meses su cátedra especial. >

José Calvo Martín se dedicó a la oftalmología. Francisco Alonso fue ginecólogo, ocupándose en algún momento de la docencia de las enfermedades sifilíticas, por la relación de éstas con su especialidad, pero, hasta donde sabemos, nunca se interesó por la dermatología como especialidad médica.

Una Real Orden del 9 de septiembre de 1851 vino a anular este primer intento de oficializar y normalizar la enseñanza de la Dermato-venereología por falta de presupuesto (422). Sin embargo, a pesar de la corta vida de esta Cátedra de Dermatología, su misma existencia fue un hecho de gran interés, ya que con ella, España fue uno de los primeros países europeos en contar con la Dermatología en la docencia oficial. Así lo señala el mismo Olavide (593):

> <...El de las especialidades, planteado en España de una manera oficial antes que en otras naciones, fue, sin embargo, de su reconocida importancia y de su utilidad, suprimido al poco tiempo. >

Sin embargo, tampoco fue España la pionera de la docencia oficial de la dermatología en Europa como parece deducirse de estas palabras de Olavide. Un autor italiano, Vincezio Chiarugi, aparece en el "almanacco" de profesores de la Universidad de Pisa de 1815 como profesor de "enfermedades cutáneas y mentales(sic)" (675).

Apenas un año después de la desaparición de la Cátedra, el Reglamento de la Facultad de Medicina de Madrid de fecha 10 de septiembre de 1852 dice lo siguiente (422):

> < En la Facultad de Medicina de Madrid podrán establecerse cuatro asignaturas teórico-prácticas en las cuales se estudien con toda extensión las enfermedades de los ojos, las de la piel, las sifilíticas y de los órganos contenidos en la cavidad del pecho.... >

En el año académico 1853-4 se reestableció el curso especial de Sifiliografía (en el que no estaban incluidas las enfermedades de la piel), explicada por Francisco Alonso Rubio. Esta misma materia fue explicada en los cursos 1854-5, 1855-6 y 1856-7 por José Calvo Martín, desapareciendo otra vez por falta de dotación presupuestaria (422).

Los dos pasos siguientes en la historia de la docencia de la dermatología en España fueron la posibilidad de acceso de alumnos al Hospital de San Juan de Dios y el desarrollo de la enseñanza libre de la Medicina. Como ya se ha mencionado en el apartado 3.3.3.2, la actuación de Olavide fue decisiva para conseguir la apertura del Hospital de San Juan de Dios a los estudiantes.

La liberalización de la enseñanza fue la principal aportación que trajo a la docencia la revolución de 1868, y derivó en una amplia proliferación de las llamadas "Escuelas libres". "El Pabellón Médico", en su número del 21 de noviembre de 1868, recoge en su "Gacetilla" la siguiente noticia (72):

> <Libertad de enseñanza. Los Sres. Delgado Jugo, Casas, Velasco, Encinas, Yáñez, y Montejo, han sido autorizados por el señor rector de la Universidad Central para explicar pública y gratuitamente, los cursos siguientes en la facultad de medicina de Madrid: ... >

Las "enfermedades venéreas y sifilíticas" eran explicadas por Montejo. La dermatología no estaba incluida en estos planes. Sin embargo, en la misma página del citado número de "El Pabellón Médico" aparece una noticia refiriendo la creación de la "Escuela teórico-práctica de Medicina y Cirujía(sic)" por los profesores del "Cuerpo facultativo de la Beneficencia Provincial" de Madrid. El presidente de esta nueva entidad docente era Luis Martínez Leganés, los vicepresidentes: Antonio Sáez y Benito Morales y

el secretario, Nicolás Sánchez Rivero. Participando en esta "Escuela Teórico-Práctica..." aparecen Eusebio Castelo Serra, como responsable de la Clínica Sifiliográfica, que se impartiría todos los días a las ocho de la mañana, y Olavide, como encargado del curso de Dermatología, que tenía lugar a diario a las tres de la tarde (62).

Aparte de esta "Escuela Teórico-Práctica" de los profesores de la Beneficencia Provincial, la enseñanza de la sifiliografía se difundió rápidamente por numerosas escuelas libres. La importante endemia luética probablemente fue el factor que más favoreció esta extensión de la docencia sifiliográfica, por el indudable rendimiento económico que suponía para los médicos dedicados a ella. Fernández Gómez y Cubero del Castillo retrataron esta situación del siguiente modo (413):

> < Este proceso, empero, se iniciaba ya y siguen creando afición y ambiente a la especialidad sifiliográfica Montejo, con sus lecciones en la Academia Médico Quirúrgica, en 1860, domingos y jueves; Díaz Benito, que las da en su propio gabinete de consultas (Jacometrezo, 72); Reguillo en la Sociedad "La Amiga del Estudio", que presidía Martínez Molina, Ametller y Castelo, que las dan en 1864 y 65 en la Academia Médico-Quirúrgica; y López Cerezo (Don Francisco) en el Museo de San Juan de Dios en 1888. >

La docencia de la dermatología, en cambio, no alcanzó un grado tan importante de difusión, aunque el curso de dermatología de la "Escuela de los Profesores de la Beneficencia Provincial" continuase adelante como uno de los cursos que tuvo más éxito de todos los contemplados inicialmente. Olavide fue la figura única y todopoderosa de estos cursos (413):

> < En la didáctica de las enfermedades de la piel no hay nadie más que Olavide. Nada antes que él; todo después de él. Olavide es pues el creador de la enseñanza de la Dermatología en España, pero el creador de la enseñanza objetiva, clínica, práctica, no de salón, conferencial y prosopopéyica, como venía siendo la de la sifiliografía, fuera de los pocos que la aprendían junto a las camas de los enfermos de San Juan de Dios.
>
> Este mérito simpatiquísimo de Olavide resalta todavía más si se tiene en cuenta la resistencia que tuvo que vencer hasta conseguir que se permitiera la entrada en el Hospital a gente extraña al establecimiento, lo

> que se consideraba casi como un sacrilegio. No pudo admitir más que a doce alumnos. Fue, pues, el verdadero Cristo de la Dermatología con los doce apóstoles. Estas lecciones clínicas empezó a darlas el año 1864 los jueves y domingos, a la hora de la visita (ocho de la mañana) y ya no se interrumpieron. >

En esta situación se mantuvo la docencia de la dermatología en España durante más de dos décadas, hasta el advenimiento de Azúa a la docencia oficial. Del relevo de Olavide en la docencia, comentan Fernández Gómez y Cubero (413):

> < Es interesante ahora considerar que el que ha de suceder a Olavide en su merecido puesto de figura relevante de la Dermatología española y en su enseñanza ha de ser el menos próximo a él en los afectos, el más distanciado en temperamento y carácter, el menos disciplinado de la escolástica olavideana: Azúa. >

Así fue que el 16 de septiembre de 1886 se estableció de nuevo la creación de un curso especial de Dermatología y Sifiliografía en la Facultad de Medicina de la Universidad Central. García del Carrizo sitúa a Azúa ocupando el puesto de profesor especial a partir de este año (422). Sin embargo, según su propio testimonio (98) y el de sus discípulos y biógrafos Fernández Gómez y Cubero del Castillo (413), Azúa fue nombrado profesor especial encargado de la enseñanza oficial de la asignatura complementaria de los estudios médicos de Dermatología en la Facultad de Medicina de Madrid el día 30 de enero de 1892. El primer curso de Azúa tuvo lugar en el año académico 1894-95. En la Cátedra de Dermatología del Hospital Universitario San Carlos se conserva una bella orla en la que aparece Azúa rodeado de cinco alumnos, en la que se lee la inscripción (fig. 38):

> <Estudios Médicos Complementarios. Especialidad oficial de Dermatología y Sifiliografía. Hospital de San Juan de Dios. Curso Inagural de 1894-95. >

Julián Calleja jugó un papel importante en la integración de la dermatología en la docencia oficial, apoyando incondicionalmente a Azúa en este empeño (413):

> < En los oficios citados lo que se advierte es que Azúa solicita el cargo de la enseñanza oficial de estas asignaturas, ya establecidas por Real orden hecha pública en la "Gaceta de Madrid", donde se habrían enmohecido si Azúa con su vocación por la enseñanza y su diligencia y Calleja con su intervención eficaz no hubieran convertido en hecho vivo lo que hasta entonces no pasaba de mera concepción burocrática. >

Después del asentamiento de la Dermatología como asignatura oficial y libre, el siguiente paso fue la implantación de ésta como enseñanza obligatoria de la licenciatura. Es sumamente ilustrativa del interés de Azúa en este objetivo, una anécdota que cuentan Fernández Gómez y Cubero del Castillo (414):

> < Así, en cierta ocasión, se presenta una muchacha con la cara corroída por un lupus. Azúa le pregunta:
> -¿Cuántos años hace que tienes eso?
> -Seis años -contesta la enferma.
> -¿Qué te han hecho para curarte?
> -Me mandaron a las aguas de Trillo...
> Azúa exclamaba a voces: "¡Viva San Martín y asignatura libre...! ¡Viva San Martín y asignatura libre...!, y lo repetía aún dos o tres veces.
> Estas frases resultaban confusas para los asistentes nuevos y absolutamente hebraicas para la enferma. Los demás ya sabíamos que envolvían seria censura para el catedrático don Alejandro San Martín, que por oponerse a que la asignatura de Dermatología fuera obligatoria podría ser causa de que estos tristes enfermos siguieran sin ser diagnosticados y se repitieran los casos como el de la enferma, que había perdido seis años y en ellos la nariz y la belleza. >

Azúa desempeñó, según él mismo reconoce (98), la docencia de la dermatología de forma continuada, con clase alterna, y de forma gratuita, hasta 1909. Contrastando con esta afirmación, Fernández Gómez y Cubero refieren un oficio del 26 de septiembre de 1902 en el que se nombra profesores interinos de las cátedras oficiales -y ya obligatorias- de la Facultad de Medicina de la Universidad Central a Mansilla (Oftalmología), Cisneros (Laringología) y Azúa (Dermatología y Sifiliografía), todos ellos con 2.000 pesetas anuales de gratificación (414). Ambas afirmaciones, aparentemente contradictorias, serían compatibles si no llegaran los profesores designados para estas materias a cobrar de facto estas cantidades.

La Cátedra de Dermatología de la Universidad Central, contemplada en un Real Decreto del 21 de septiembre de 1902, no se había ocupado aún, quizás por falta de voluntad. Por fin, el 4 de junio de 1910 se convoca esta plaza. La "Real Academia de Medicina", el "Claustro de la Facultad de Medicina" y el "Consejo de Instrucción Pública" propusieron, cada una por separado, a Azúa para ocupar el cargo de catedrático numerario de Dermatología (98). La fecha de estas propuestas es respectivamente de 22 de diciembre de 1910, 18 de nero de 1911 y 27 de marzo de 1911 -curiosamente ésta última tuvo lugar después del nombramiento efectivo de Azúa como catedrático el 7 de marzo del mismo año-. Según el mismo Azúa (98), La propuesta fue por unanimidad y de acuerdo con los artículos 237, 238 y 239 de la Ley de Instrucción Pública. Esta nominación fue compleja por el mecanismo legal al que se recurrió y por algunas diferencias de índole económica en la dotación de las tres cátedras de especialidades médico-quirúrgicas ya mencionadas, Dermatología, Oftalmología y Otorrinolaringología. En un comentario del "El Siglo Médico" del 25 de junio de 1910 se puede leer (45):

> < Las cátedras nuevas.- Gran revuelo ha producido entre los catedráticos de la Facultad central de Medicina una Real orden que no ha visto la luz en la "Gaceta" pero que conocen ellos perfectamente por haberles sido trasladada, y en donde se dice que no pudiendo crearse en las restantes Facultades las cátedras de Oftalmología, Dermatología y Oto-rino-laringología se crean sólo para la de Madrid, para lo cual S.M. el Rey se ha servido disponer que se prepare la provisión de las 3 expresadas por el procedimiento establecido en la ley de Instrucción pública del 9 de septiembre de 1857, artículos 238 a 241, y en el Real decreto de 24 de abril de 1908, artículo 16, encargando al Real Consejo de Instrucción Pública, a la Facultad de Medicina de la Universidad Central y a la Real Academia de Medicina, de presentar sus candidatos con arreglo al artículo 239 de dicha Ley. A este fin, cada una de las tres Corporaciones propondrá para cada una de las tres cátedras al profesor especialista que, a su juicio, ofrezca más aptitudes y competencia demostradas. >

En el número de "El Siglo Médico" del 24 de diciembre de 1910 aparecen las nominaciones que propuso la "Real Academia de Medicina" a estas tres cátedras (44). habidas en la sesión del 21 de diciembre:

> < La votación sobre motivo de las cátedras de especialidades, verificada en la tarde del miércoles en la Academia de Medicina, dio el triunfo a los señores Azúa, Cisneros y Márquez, obteniendo altas votaciones, como en testimonio de merecidísimo aprecio a sus brillantes dotes y trabajos, los señores Tapia y Mansilla... >

Azúa fue nombrado definitivamente catedrático numerario de Dermatología en un oficio del 7 de marzo de 1911 (414), con un haber anual de 5.000 pesetas, y tomó posesión efectiva de este cargo el 9 de abril de 1911. El nombramiento consta en la "Gaceta de Madrid" del 3 de abrio de 1911.

La Cátedra de Dermatología creada en 1850 en la Universidad Central y de tan corta duración, no llegó a tener titular. Juan de Azúa fue, por tanto, el primer catedrático oficial de Dermatología en España, aunque no lo fue por oposición. Dulanto y Dulanto sitúan erradamente a José Pareja Garrido como primer catedrático español de la especialidad (404). Calap y colaboradores hacen también esta misma afirmación sobre Pareja (263):

> < Al ser creada en 1902 la Cátedra de Dermatología y Sifiliografía fue nombrado Profesor Interino y 15 años después, catedrático de Dermatología, convirtiéndose en el primer Catedrático Numerario de Dermatología en España. >

Orozco Acuaviva también lo recoge (672). Dos argumentos son suficiente para deshacer esta confusión. El primero, es la diferencia en las fechas. Azúa fue nombrado catedrático numerario en 1911, mientras que Pareja no lo fue hasta 1917, desempeñándolo hasta su jubilación el 26 de mayo de 1927. El segundo argumento es el testimonio de Jaume Peyrí, primer catedrático titular de Dermatología en la Universidad de Barcelona, quien confirma a Azúa como primer profesor de Dermatología de España (702).

Fernández Gómez y Cubero describieron de forma precisa el modo de enseñar de Azúa (413):

> <Puesto el enfermo en medio del semicírculo que los asistentes formaban en torno al maestro, éste, apoyado en la repisa de la chimenea, iba preguntando la opinión a unos y a otros. Se decían sapientísimos disparates, que Azúa oía sin asombro, pero eso sí, oponiéndose siempre a las discusiones o teorizaciones bizantinas. "Díganos los que ve, primero, y luego lo que tiene o lo que le parezca que tiene el enfermo, pero déjenos de divagaciones literarias.>

Otro retrato cualificado de la dedicación docente de Azúa también lo aportó Vicente Gimeno, profesor auxiliar de Dermatología y Sifiliografía de esta cátedra de la Universidad Central, quien compartió la docencia con Azúa durante catorce años. En él se refleja a un Azúa que no prepara médicos del posgrado sino a estudiantes de medicina, la descripción de la escena se asemeja más a una lección magistral típica que al método socrático que parece seguir Azúa en la cita previa (452):

> <Su enseñanza era original... suya. Amante de lo práctico, como requiere la naturaleza de toda disciplina médica, daba siempre, siempre, su lección con enfermos. No concebía que se enseñase sin el caso vivo. Esas hermosas disertaciones improvisadas casi siempre, repetidas una y mil veces (mañana y tarde), las hacía el doctor Azúa con una naturalidad, con una espontaneidad que encantaban, dejando siempre un reguero de enseñanzas.>

La "improvisación" de la que habla Gimeno no era real. Azúa se apoyaba la docencia en su vastísimo conocimiento práctico de la dermatología. El mismo Gimeno reconocía:

> <En el maestro encantaba su facilidad de improvisación, con una exactitud y justeza extraordinarias, sobre cualquier punto que suscitaba la presentación muchas veces imprevista de un enfermo para que él lo examinase. Había que ver entonces como después de una rápida visión exploratoria de conjunto, hablaba y hablaba sobre todo cuanto se refería a la docencia: historia, etimología, etiología, síntomas, evolución, pronóstico y terapéutica, todo.>

Covisa, sucesor en la docencia de Azúa, resumió los intereses preferentes de éste en su método didáctico (302):

> < ...exigía a sus discípulos, no el diagnóstico de la dermatosis, sino la descripción de lo que veían, obligándoles a mirar insistentemente el enfermo y desarrollando de este modo sus cualidades de observador, su capacidad de observación. Tanto más inteligente y útil será el médico cuanto más finamente observe y perciba los fenómenos morbosos.../... Lo de menos para el médico es diagnosticar al enfermo; entiéndase bien que hablo en sentido docente; lo de más es observarle cuidadosamente, darse cuenta del estado de sus órganos, apreciar las alteraciones que presenta, pues cuando esto se hace con exactitud el diagnóstico surge y se impone a nuestro juicio. >

El mismo Azúa también explicó su idea de la docencia en la siguiente frase, que aparece entre las líneas finales de su autobiografía (98):

> < La medicina útil es una ciencia esencialmente objetiva, cuya enseñanza debe ser siempre froebeliana y seriada dentro de un método objetivo realizado froebelianamente... >

La misma mañana del día en que falleció, y a pesar de las dificultades que le ocasionaban las secuelas de su hemiplejía, Azúa aún estuvo mostrando a algunos alumnos el museo del Hospital de San Juan de Dios (452).

3.4.5.-CONGRESOS, REUNIONES Y ACADEMIAS. CREACIÓN DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE DERMATOLOGÍA Y SIFILIOGRAFÍA.

3.4.5.1.-CONGRESOS.

La primera ocasión en que Azúa participó en una reunión científica de importancia fue probablemente el "Congreso Internacional de Medicina", celebrado en Roma en marzo de 1894. Presentó una comunicación titulada "Resultats therapeutiques et hygieniques de l'hospitalisation interne et externe des malades atteintes d'affections cutanées vénériennes et syphilitiques" (187) en la destacaba los prejuicios individuales y colectivos de las enfermedades contagiosas cutáneas y venéreas. La aportación más interesante de esta comunicación fue la preconización de los "avisos sanitarios", los cuales mencionará posteriormente en otros escritos (100, 185). Precisamente en una nota a pie de página de

uno de estos trabajos (100), plantea ciertas dudas sobre la asistencia real de Azúa a esta reunión de Roma:

> < En el año de 1894 remití al Congreso Médico Internacional de Roma una comunicación, en la que proponía la creación de "Avisos sanitarios"... >

Que remitiese la comunicación, parece indicar que la envió pero no asistió en persona. Fernández Criado, sin embargo, corroboró la presencia de Azúa en esa reunión, aunque confunde la denominación del "Congreso Médico Internacional", llamándolo "Congreso Dermatológico" (386):

> < El año 94 concurrió al Congreso Dermatológico de Roma, y allí fue muy felicitado por su idea de instituir unos avisos sanitarios a los enfermos asistentes a las consultas públicas... >

En la Biblioteca de la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense se conserva un opúsculo impreso de esta comunicación, escrito en francés, aunque impreso en un taller español (187).

Del 4 al 8 de agosto de 1896, se celebró en Londres el "III Congreso Internacional de Dermatología". Azúa, Castelo, Bombín y Olavide, padre e hijo, figuran en las lista de miembros del Congreso (711). Sin embargo, no encontramos el libro de resúmenes ninguna comunicación presentada por ellos ni comentarios a las comunicaciones presentadas. Ni tan siquiera tenemos evidencias posteriores de que finalmente hubiesen acudido a esta reunión.

En 1898, se celebró en Madrid el "I Congreso Hispano-Portugués de Cirugía", en el que Azúa presentó una comunicación titulada "Dermitis profesionales por el lavado" (144). A primera vista, llama la atención la presencia de una comunicación de este tipo en un congreso de cirugía. Se comprende el motivo cuando se lee el epígrafe con el que figuran los resúmenes de este congreso en la "Revista de Medicina y Cirugía Prácticas":

"CONGRESO ANUAL HISPANO-PORTUGUÉS DE CIRUGÍA Y DE SUS ESPECIALIDADES NATURALES". Al menos en el papel, la dermatología seguía siendo considerada a finales del siglo XIX una "especialidad natural" de la cirugía.

En la semana del 10 al 17 de abril de ese mismo año de 1898, se celebró en Madrid el "Congreso Internacional de Higiene y Demografía". Azúa presentó en esta reunión una comunicación titulada "Demografía dermatológica y sifilográfica de Madrid" que aparece reflejada en las actas del congreso (138) y se publicó en tirada aparte (139).

En agosto de 1900, Azúa acudió al "IV Congreso Internacional de Dermatología y Sifiliografía" que se celebró en París, en el cual presentó un estudio titulado "Etiología del Eczema por Staphilococus aureus", que realizó en colaboración con Antonio Mendoza (205). Esta comunicación se publicó en el mismo folleto que el resumen de la comunicación al "Congreso Internacional de Higiene y Demografía" (139). La "Revista Española de Dermatología y Sifiliografía" publicó un resumen de toda la actividad científica de este "IV Congreso de Dermatología" (843), incluyendo, desde luego, la comunicación de Azúa y Mendoza (206).

Entre el 23 y el 30 de abril de 1903, tuvo lugar en Madrid el "XIV Congreso Internacional de Medicina". La celebración de este Congreso fue un hito importante en la historia de la dermatología española. Azúa fue el secretario de la Sección VIII dedicada a la Dermatología y Sifiliografía. También formaban parte del comité organizador Bombín, Pardo Regidor, Oyarzábal, Antonio Mendoza y Pérez Ortiz, entre otros. Asistieron a este congreso destacadas figuras europeas como Unna, Hallopeau, Radcliffe-Crocker, Buschke y Mibelli. Las comunicaciones y los resúmenes de éstas aparecen publicados indistintamente en español, francés, alemán, inglés e italiano. En la Sección VIII se celebraron un total de cuatro sesiones entre el 24 y 28 de abril en las cuales se trató de la

blenorragia, la sífilis, las enfermedades parasifilíticas, el prurito, el lupus, la radioterapia, la micosis fungoide y la pelagra.

Castelo destacó el importante papel Azúa en esta reunión (279):

> < Durante el Congreso Internacional de Medicina celebrado en Madrid en 1903, obtuvo Azúa muchos triunfos ante los sabios dermatólogos extranjeros que asistieron al Congreso.
>
> Recuerdo que los doctores Unna, Tharnousky, Hallopeau, Lerede y Bertarelli, entre otros, celebraron mucho los enfermos interesantes que les presentó Azúa, y entre estos, uno de asfixia reticular de la piel que retuvo largo tiempo a Unna en su detenido examen. >

Azúa presentó cuatro comunicaciones en esta reunión, que aparecen en el libro de resúmenes redactadas en francés. Los títulos de estas comunicaciones fueron: "Traitement du prurit" (200), "Les purpuras" (184), "Pseudo-épithéliomas cutanées" (208) y "Necrobioses cutanées primitives multiples par stase capillaire" (207), estas dos últimas realizadas en colaboración con Claudio Sala Pons, profesor encargado de la Cátedra de Microbiología de la Facultad de Farmacia.

Aunque esta reunión fue una auténtica "puesta de largo" internacional de Azúa, la responsabilidad que sobre él recayó como organizador de la Sección de Dermatología le produjo un gran agotamiento (386):

> <...trabajador infatigable, organizó la Sección dermatológica del Congreso Internacional de Medicina celebrado en Madrid el 903 (sic); pero el esfuerzo fue superior a su resistencia, y hubo de abandonar todo trabajo y refugiarse en el sur de Francia, para mitigar los sufrimientos de una aguda neurastemia por surmenage. >

En "Actas Dermosifiliográficas" aparece un trabajo de Azúa titulado "Contagiosidad de la lepra" (136). Según consta en una nota a pie de página, este trabajo se presentó como comunicación en la "II Conferencia Internacional de la Lepra", celebrada en Bergen, Noruega. Sin embargo, por razones que desconocemos, la referencia a esta comunicación no aparece en el libro de resúmenes de este congreso que se conserva

en la Biblioteca del Departamento de Dermatología del Hospital Universitario San Carlos, ni siquiera el nombre de Azúa figura entre los asistentes.

En el "II Congreso Español de Cirugía", celebrado en mayo de 1908, presentó Azúa dos comunicaciones. La primera, realizada con Claudio Sala (210), fue un amplio estudio del pseudoepitelioma. La segunda, fue una breve aportación titulada "Procedimiento del émbolo anestésico para los lavados uretro-vesicales por presión", en la cual recomendaba utilizar una inyección intrauretral de 2 a 3 cc de cloruro de cocaína diluido al 1 o 2 % inmediatamente antes de colocar el irrigador. Un resumen de esta comunicación aparece en el primer volumen de "Actas Dermosifiliográficas" (179).

Con la salvedad de las reuniones de la "Sociedad Dermatológica", la última participación de Azúa en un congreso de la que tenemos constancia fue en el "Congreso Español de Medicina", celebrado en Madrid en abril de 1919. Los organizadores denominaron a este congreso "I Congreso Español de Medicina", probablemente por desconocer el congreso de 1864 al que había asistido Olavide, al que ya hemos hecho mención en el apartado 3.3.5. Azúa presentó en esta reunión un amplio informe sobre la evolución de la salvarsanterapia. Además de publicarse en "Actas Dermosifiliográficas" (189), este informe se publicó como folleto en tirada aparte (188).

No tenemos constancia de que Azúa acudiese a los congresos internacionales de la especialidad celebrados en Berlín en 1904, New York en 1907 y Roma en 1912. La ausencia de referencias posteriores a estos congresos lleva a pensar que no estuvo en estas reuniones. Al "Congreso Internacional de Dermatología" de Roma sí acudió Sainz de Aja. Gay Prieto comentó sobre este hecho (437):

> < En 1912 [Sainz de Aja], acude al Congreso Internacional de Dermatología de donde presenta cinco comunicaciones y por su laboriosidad y sus méritos es nombrado tesorero de la naciente Asociación Internacional de Dermatología, habiéndose acordado por la brillante

> participación española que el siguiente Congreso Internacional (que no llegó a celebrarse por la primera guerra mundial), tuviera su sede en Madrid en 1916 bajo la presidencia de don Juan de Azúa. >

Esta afirmación de Gay es equivocada, ya que nunca se contempló la realización de un Congreso Internacional de Dermatología en Madrid en vida de Azúa. En el reciente libro de Shelley & Shelley sobre la historia de los Congresos Mundiales de Dermatología, el apartado dedicado el Congreso de Roma de 1912 concluye con la nominación de Copenhague como próxima sede (816):

> < Mientras los miembros regresaban a sus hogares por todos los caminos que llevan a Roma aún podían oír las palabras de despedida del presidente Amicis: Arrivederci tutti á Copenhagen! >

Unas palabras de Sainz de Aja, que ya desde entonces pertenecía a la "Liga Dermatológica Internacional", contradicen también la afirmación de Gay Prieto sobre el posible congreso de Madrid de 1916 (751):

> < Como yo y pocos más de los presentes recuerdan después del Congreso Internacional de Dermatología celebrado en Roma y en 1912, quedamos de reunirnos para el siguiente en Copenhague y 1915. >

En efecto, el siguiente "Congreso Internacional de Dermatología" se celebraría en Copenhague, aunque tuvo lugar en el año 1930 y no en 1915, debido a la primera guerra mundial.

3.4.5.2.-ACADEMIA MÉDICO-QUIRÚRGICA ESPAÑOLA.

Azúa tuvo una participación muy destacada en las sesiones de la "Academia Médico-Quirúrgica", de la cual fue elegido presidente en octubre de 1898 (12). Como era costumbre, fue presidente durante dos cursos académicos, 1898-9 y 1899-1900. Presentó en este foro numerosas notas breves y casos clínicos que después publicaron la "Revista de Medicina y Cirugía Prácticas" y la "Revista Especial de Dermatología, Sifiliografía y Enfermedades Urinarias". De especial interés, entre todas las aportaciones de Azúa a esta

asociación profesional, fueron los dos discursos inaugurales que, como presidente, tuvo la obligación de presentar en el bienio que ocupó este puesto. En el del curso 1898-1899, titulado "Clasificación dermatológica" (108), se recoge la esencia de su doctrina anatomopatológica. En el discurso inaugural del año académico 1899-1900 plasmó la estadística de las observaciones por él recogidas durante doce años de práctica dermo-sifiliográfica (132). Anteceden a este segundo discurso segundo las siguientes palabras:

> < Desde el día de mi ingreso en esta ilustre Sociedad, he recibido de ella tantas y tan altas distinciones, que al llegar este momento, último de mi cargo presidencia preocúpame mucho la elección del procedimiento adecuado para devolver a la Academia, sino todo lo recibido, que esto sería jactancia delirante, algo que por mi parte signifique intenso agradecimiento y represente la ofrenda de toda mi actividad científica, emanada en gran parte de los estímulos recibidos dentro de esta preclara corporación. >

Llama la atención que, en la lista de académicos que aparece en el primer volumen de "Anales de la Academia Médico-Quirúrgica Española", que comenzó a publicarse en el curso 1913-4, y en las listas de los volúmenes sucesivos, no se encuentra el nombre de Azúa (38, 39). Es posible, pues, que hubiese dejado más adelante esta corporación por motivos que no conocemos.

3.4.5.3.-REAL ACADEMIA DE MEDICINA.

Azúa también fue miembro electo de la "Real Academia Nacional de Medicina". Según consta en su expediente de la "Real Academia" la nominación tuvo lugar el 28 de febrero de 1916 (fig. 38) Debía ocupar el sillón que había dejado vacante Luis Guedea y Calvo. La hemiplejía que sufrió y sus devastadoras secuelas le llevaron a retrasar su discurso de ingreso en la academia, falleciendo finalmente sin haberlo leído. Probablemente éste es el motivo de que su nombre no aparezca recogido en el libro de Matilla en el que constan las biografías de 202 académicos (551). Recuerdan Fernández Gómez y Cubero del Castillo (414):

> < Esta tensión de cuerpo y de espíritu se rompió cuando se abrían para él, de par en par, las puertas de la Academia Nacional de Medicina, algo remisa a llamarle a su seno. >

El discurso que Azúa tenía preparado fue leído en una solemne sesión necrológica de la "Real Academia de Medicina" por Ángel Pulido Fernández, secretario perpetuo (413, 414, 451). Se publicó póstumamente en "Actas Dermosifiliográficas" (122) y también en los "Anales de la Real Academia Nacional de Medicina" (131).

3.4.5.4.-SOCIEDAD ESPAÑOLA DE DERMATOLOGÍA Y SIFILIOGRAFÍA.

Uno de los logros más importantes de Azúa fue la creación de la "Sociedad Española de Dermatología y Sifiliografía". El 6 de mayo de 1909, celebró esta sociedad su primera sesión científica, presidida por el mismo Azúa. La semejanza en el nombre con la ya existente "Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie" probablemente es más que una casualidad. Es más que posible que Azúa imitara de ella el nombre.

Formaron la primera Junta directiva, Manuel Sanz Bombín como presidente de honor, Juan de Azúa como presidente efectivo, Antonio Pardo Regidor vicepresidente. el secretario general fue José Sánchez Covisa y el bibliotecario y tesorero Miguel Serrano. Los secretarios de Actas para el extranjero fueron Augusto Vergely y Jaime Nonell. Todos ellos tuvieron un importante papel en la creación de la "Sociedad Dermatológica". que no fue un logro exclusivo de Azúa, aunque sí fuese su principal impulsor (414):

> < En la fundación de la "Sociedad" y de sus "Actas" tuvo ayudas tan valiosas como la de Pardo Regidor y Castelo (don Fernando), coetáneos suyos, y las de Sánchez Covisa y Sainz de Aja, discípulos y ya entonces colaboradores. Los cuatro son hoy presidentes de honor de lo que ya se llama "Academia Española de Dermatología y Sifiliografía", que es un modelo de las de su género por la altura de los problemas de investigación que aborda y por la sobriedad y ecuanimidad en las discusiones, respondiendo al espíritu que su creador la infundió desde su gestación. >

Existían, en la "Sociedad Dermatológica", categorías de socio de honor, socios numerarios, socios corresponsales residentes, socios corresponsales nacionales y socios corresponsales extranjeros (75). La "Sociedad Dermatológica" celebraba dos sesiones mensuales de octubre a junio, una matinal, que tenía lugar en el propio Hospital de San Juan de Dios, y otra vespertina en el Colegio de Médicos (447). También se celebraron sesiones en el anfiteatro pequeño de la Facultad de Medicina de San Carlos en Santa Isabel y, a partir de 1929, en el dispesario Martínez Anido, en el número 5 de la calle Sandoval -posteriormente sería en el número 7- donde hasta hace poco se residenció la "Academia Española de Dermatología".

En otros países existían desde bastantes años antes sociedades dermatológicas similares a la creada por Azúa. Los norteamericanos fueron los pioneros en la creación de una asociación profesional de dermatólogos. La "New York Dermatological Society" es la primera asociación dermatológica de la que tenemos noticia. Fue fundada en 1869. La "American Dermatological Association" se creó algunos años después, en 1876. La primera asociación dermatológica europea fue la "Dermatological Society of London", fundada en el año 1882. La "Sociedad Italiana de Dermatología" nació en 1885 y, en 1886, se crearon la "Berliner Dermatologische Gesellchaft" y la "Deutsche Dermatologische Gesellchaft". La "Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie se fundó el 22 de junio de 1889, curiosamente en la casa del que sería su primer presidente Vidal (842).

La primera sesión de la "Sociedad Dermatológica" del día 6 de mayo de 1909 se abrió, sin discursos ni actos oficiales, con una comunicación presentada por el mismo Juan de Azúa titulada "Curas con alquitrán de hulla, en varias dermatosis" (137). En la

misma sesión, Azúa presentó otras dos comunicaciones, que versaron sobre la sífilis cerebromedular (197) y la acrodermatitis pustulosa continua (105).

Azúa presidió la mayoría de las sesiones de la "Sociedad Dermatológica" . En sus escasísimas ausencias -la más significativa fue su viaje a Frankfurt, al lado de Ehrlich, a finales de 1910- le sustituyeron los presidentes honorarios Fernando Castelo o Pardo Regidor. En los últimos años de Azúa, ya gravemente enfermo, fueron Covisa y Sainz de Aja quienes ocuparon la presidencia como sustitutos.

Tres años después de la muerte de Azúa, y por razones no suficientemente aclaradas, la "Sociedad..." cambió de nombre pasando a llamarse "Academia Española de Dermatología y Sifiliografía". Este nuevo nombre consta por primera vez en el encabezamiento de la sesión celebrada en el Colegio de Médicos el 9 de octubre de 1925 presidida por Covisa (387). El nuevo reglamento figura al comienzo del tomo XVII de "Actas Dermo-sifiliográficas" (63). Con estos nuevos estatutos se renovó la Junta Directiva, siendo Covisa el presidente de la misma y Sainz de Aja vicepresidente. En la sección de noticias de los "Ecos Españoles de Dermatología y Sifiliografía" aparece una breve reseña que no aporta mucha más información (36):

> < La antigua Sociedad Española de Dermatología y Sifiliografía fundada hace diez y seis años por el ilustre doctor Azúa, y cuya labor científica es bien conocida por todos los profesionales, ha tenido que modificar su nombre por razones de índole legal. En lo sucesivo se denominará Academia Española de Dermatología y Sifiliografía. >

Calap Calatayud y colaboradores comentan (264):

> <...No nos han llegado sin embargo los detalles de las circunstancias que aconsejaron este cambio de nombre -por otra parte acertado- entre los cuales parece que fue decisiva la existencia legal de otra "Sociedad de dermatología", en parte disidente, que llevó vida precaria y se extinguió sin dejar huella. >

El profesor García Pérez nos ha referido que su maestro José Gómez Orbaneja comentó en alguna ocasión que este cambio de nombre se debió al equívoco que existía con otra "Sociedad..." que habría creado Felipe Sicilia. En la biblioteca del departamento de dermatología se encuentra el número uno de una revista, titulada "Archivos Dermo-sifiliográficos y Revista Práctica de la Especialidad" (fig. 40), de la que fue editor Felipe Sicilia. Este primer y único número conocido corresponde a marzo de 1920. Esta revista no se encuentra indexada en el Catálogo Nacional de Publicaciones Periódicas de Medicina (457) ni en los ficheros de las bibliotecas que hemos consultado. En la contraportada se recoge el anuncio de unos "cursos prácticos de la especialidad", que, eventualmente, podrían haber derivado en la creación de una sociedad dermatológica paralela. Sin embargo, no pasan de ser conjeturas. Las noticias sobre los veinte primeros años de existencia de la "Sociedad Española de Dermatología" son muy escasas y resulta difícil aclarar algunos puntos oscuros, como sucede con el cambio de denominación. Bejarano, que no conoció los diez primeros años de la "Academia", se quejó públicamente de la falta de datos impresos sobre la propia historia de la "Academia" (227). Así pues, a falta de datos concretos sobre esa hipotética sociedad dermatológica paralela, debemos limitarnos a la tesis, expuesta en la nota de los "Ecos Españoles de Dermatología y Sifiliografía", de que la "Academia" cambió de nombre por "razones de índole legal" (36).

Es curioso observar, sin embargo, que a pesar del cambio de denominación, los herederos científicos de Azúa, hasta Gay Prieto, se referían casi siempre a la "Academia Española de Dermatología" con su antiguo nombre de "Sociedad Dermatológica" (446), y aún de forma abreviada como "Dermatológica". Una anécdota ilustrativa de la persistencia de esta antigua denominación es que -aún en la actualidad- en el directorio de teléfonos de

la Cátedra de Dermatología en el Hospital Universitario San Carlos se conserva la referencia de la "Academia Española de Dermatología" por la entrada "Dermatológica".

3.4.6.-CONCEPCIÓN DE LA DERMATOLOGÍA DE AZÚA. DOCTRINA ANÁTOMO-PATOLÓGICA O "LOCALISTA" DE LA ESCUELA VIENESA.

Entre Olavide y Juan de Azúa se produjo una sucesión no sólo generacional, sino un cambio radical en la concepción de la dermatología. Azúa fue, en todo momento, respetuoso con el magisterio de Eusebio Castelo y de Olavide en la dermatología española. De hecho, él mismo reconoce el apadrinamiento de ambos en su propia dedicación a la dermatología (130):

> <...voy a aliviar vuestro cansancio .../... rindiendo un tributo de gracias a mis maestros que, por el hecho de haber sido ilustres miembros de esta Corporación, deben ser en este momento recordados: D. Eusebio Castelo, que fue Presidente de esta Academia y D. José Eugenio Olavide fueron los eminentes maestros que atrajeron mis aficiones profesionales y enseñaron esas primeras semillas y fundamentales verdades que contienen todos los ramos de la ciencia y que, seguramente por haberlas tomado yo de tan excelsos y prácticos clínicos, germinaron en mi con intensidad, sosteniendo con vigor mi afición al cultivo de la Dermatología y de la Sifiligrafía. >

En un discurso pronunciado ante la "Academia Médico-Quirúrgica" también reconoce Azúa la importante labor desarrollada por Olavide (109):

> < Aquí se siguió creyendo en los humores, sin producir ningún trabajo propio importante, ni recibir de fuera nada de verdadera utilidad científica, hasta la época, trascendental para la dermatología patria, en que el doctor Olavide dio a conocer en nuestro país, exponiéndolas y comentándolas de un modo magistral, las doctrinas, descubrimientos y prácticas terapéuticas del gran maestro francés, médico del hospital de San Luis, doctor Bazin. La labor de mi eminente colega de hospital no sólo tuvo el mérito señalado, sino el de haber sabido crear en España la dermatología, especializando su estudio, dando brillantes lecciones clínicas y formando con sus enseñanzas un núcleo de jóvenes médicos, entusiastas de los estudios dermatológicos y propagadores después, en su mayor parte, de las doctrinas del maestro. De tal modo los estudios dermatológicos han sido representados en España durante treinta años por el doctor Olavide, que sin exageración alguna puede afirmarse que juzgar la obra científica de Olavide vale tanto como examinar toda la ciencia dermatológica nacional de ese período... >

Pensar que Olavide despreció la anatomía patológica, en la cual se basó el sistema creado por la escuela vienesa, es un grave error. En varias ocasiones, Olavide demostró su interés por la anatomía patológica como técnica complementaria de la dermatología. De ello, nos han quedado diversos testimonios en los trabajos que Olavide realizó en colaboración con Federico Rubio y con Antonio Mendoza. Incluso, adelantándose a su época, Olavide le pedía a la dermatopatología más de lo que ésta podía ofrecerle entonces. En uno de sus aforismos llega a afirmar (573):

> <208. La histología no ha determinado aún las diferencias que deben existir entre los tejidos y cédulas(sic) en regresión que caracterizan las gomas sifilíticas y los tumores o tubérculos leprosos o cancerosos. Parece por ella que las lesiones finales de todas las diátesis se confunden en una sola; pero hay que esperar mucho todavía de la histología patológica y de la histoquimia.>

Esta última frase de Olavide sería pocos años después una realidad que acabaría por voverse en contra del sistema conceptual en el que él mismo creía. En una de las obras más maduras de Azúa, ya varias veces mencionada, su discurso de ingreso en la "Real Academia de Medicina", el autor afirma lo siguiente (125):

> < Tiene la anatomía patológica, en Dermatología, una utilidad práctica mayor que en los procesos morbosos no visibles, en cuanto que, en las dermatosis, enseña lo que está pasando en la trama orgánica enferma. hasta el punto de poderse establecer una correlación entre las modalidades o variantes evolutivas de la forma clínica y las alteraciones anatomopatológicas del tejido enfermo;>

Al contrario que Olavide, Fernando Castelo sí vivió los suficientes años como para poder asumir las ideas de la escuela vienesa y la doctrina anátomo-patológica. El mismo Castelo, más neutral que Olavide y Azúa, explicó los fundamentos de esta escuela en la nota necrológica de Olavide (294):

> < La medicina ha marchado a pasos de gigante en estos últimos tiempos, y en todas sus ramas el progreso ha sido inmenso.
>
> Y estoy por decir que la que más se ha distanciado del pasado ha sido la Dermatopatología (que así debe llamársela). No ha evolucionado, ha

> experimentado una verdadera revolución con los progresos de la Patología general y la Anatomía patológica, que son las verdaderas y positivas bases de la escuela de Viena.
>
> Ved sintética y sencillamente expresados los fundamentos de esta escuela esencialmente anatómica.
>
> Las glándulas sebáceas conocidas desde el tiempo de Malpigio, sabiendo lo que concierne a la estructura de las glándulas del sudor por las investigaciones de Breschet, Roussel y Gurlt, explicada la estructura de la epidermis por Wend y Henle; averiguada la naturaleza y la distribución de la linfa y de los vasos sanguíneos por Berres y Fohmann; demostrada por Kölliker la existencia de fibras musculares orgánicas que rodean las glándulas cutáneas, y por Wagner y Meissner la terminación de los nervios en la piel, bastaron las poderosas inteligencias de Rokitansky y de Skoda para quedar echadas las bases de la nueva escuela.
>
> Estos dos últimos sabios dieron un impulso colosal a la patología general, y sólo faltaba un genio que utilizara esos elementos para la Dermatología, y apareció Fernando Hebra en Viena, quien sobre esas bases fundó la escuela dermatológica que lleva su nombre, y que se ha repartido por todo el mundo, como acontece con todas las obras de los genios.
>
> Pues bien; Olavide conocía toda la importancia de la escuela de Viena, pero creía que su doctrina era demasiado absoluta y juzgaba que ciertos problemas de la dermatología se explicaban mejor con las teorías de Alibert, y sobre todo, de Bazin, y además sentía amor por la escuela de San Luis y de la Antiquaille, y no se determinaba a abandonarla, pero tampoco quería lanzar el guante para una polémica de escuelas, porque él, que con su hermosa palabra y bien cortada pluma hubiera sido un enemigo terrible, de una parte tenía claro juicio y honradez sobrada para reconocer hasta que punto llevaban razón sus contrarios, y de otra respetaba los progresos de la ciencia y no quería servir de dique a la invasora ola del progreso. >

Portillo también refleja este cambio radical de orientación en la dermatología española en una nota dedicada a la memoria de Olavide en la "Revista Española de Sifiliografía y Dermatología" en 1901 (710):

> <...Olavide era de otros tiempos, es verdad; vivía alejado de los palenques candentes de la lucha por la fama y por el nombre ya adquiridos por él, y sólo conservaba como recuerdo de su pasadas glorias, la costumbre de pasar su diaria visita en el Hospital de San Juan de Dios. Sin embargo, no por estar retirado de la lucha dejaba de seguir con interés el movimiento científico moderno, y es cruel que algunos ignorantes que se dicen públicamente discípulos suyos al llamarle maestro, crean de buena fe que ser discípulo de Olavide consiste en seguir en el siglo XX la escuela de Bazin. No se trata aquí de seguir por simpatía, tal o cual teoría. En la moderna dermatología se trata ya sólo de hechos, no de teorías. >

Ferdinand von Hebra, figura central de la escuela vienesa de dermatología, nació el 7 de septiembre de 1816 en Brno, en Moravia -actual República Checa-, por aquel entonces, bajo dominio del imperio austríaco. Como explicó de forma sucinta Fernando Castelo en la cita previa (294), Skoda y Rokitansky fueron sus maestros. El mismo año de su graduación, en 1841, ingresó en la plantilla del Hospital General de Viena. Y también desde ese año, instituyó unos cursos privados de enfermedades de la piel a los que asistirían oyentes que después serían grandes figuras de la dermatología universal.

Curiosamente, Hebra -como Bazin- comenzó dedicándose al estudio de la sarna y, a pesar de las diferencias de los sistemas que preconizaron, sus coincidencias sobre este punto fueron grandes.

Ya 1845, Hebra incluye por primera vez el criterio anatomopatológico puro para la clasificación de las enfermedades cutáneas (489). En 1860, retomó esta clasificación en su libro "Hautkrankenheiten" (488). La nueva concepción dermatológica de Hebra fue continuada por su discípulo y yerno Mortiz Kaposi. De hecho, el propio Kaposi escribió la mayor parte del segundo tomo del libro de Hebra de 1860, que apareció en 1876 (398).

Hebra consideró doce grupos de enfermedades cutáneas que coinciden exactamente con los propuestos por Rokitansky para la clasificación de las enfermedades en general: hiperemias cutáneas, anemias cutáneas, anomalías de secreción de las glándulas cutáneas, exudaciones, hemorragia cutánea, hipertrofia, atrofia, neoplasias benignas, neoplasias malignas, ulceraciones, neurosis y dermatosis parasitarias (393). Muchos rasgos de esta clasificación están aún hoy presentes en los textos actuales de dermatología.

De la obra de Hebra, diría Azúa (110):

> < La monumental obra de Fernando Hebra, aparecida en 1845, en la cual se amplía y perfecciona el sistema iniciado por Rayer, rehace por completo la dermatología utilizando los descubrimientos de Rokitansky y las prácticas experimentales recomendadas por Skoda; da a conocer una

> terapéutica provechosa, y es en todo un libro meritísimo, cuya influencia puede decirse fue nula en nuestro país, en tanto en otros más adelantados levantaba corrientes de entusiasmo y de trabajo, y era el pedestal sobre el cual se ha cimentado en su mayor parte la moderna dermatología. >

Azúa fija la revolución de 1868 como punto de inflexión en el cambio de la concepción de la dermatología en España (112):

> < Cuando en 1868 la cultura nacional, algo más adelantada en general, permitió estudiar las traducciones italianas y francesas del libro de Hebra, con alguna preparación de patología general adecuada, era ya tarde, porque había sido publicada la obra de Bazin, que en lo fundamental permitía seguir la rutina antigua; y el doctor Olavide, apóstol de las doctrinas del eminente dermatólogo francés, comenzaba su campaña de enseñanza clínica, abominando de Hebra, a quien aquí no se leía, y ensalzando a Bazin, a quien por nuestra instrucción anterior dermatológica debíamos adorar en todo lo malo y no estimar en todo lo muchísimo bueno que sus obras tienen. >

Nadie mejor que el mismo Azúa podría explicar su "conversión" a la doctrina anatomopatológica. Así lo relata en un discurso pronunciado ante la "Academia Médico-Quirúrgica" (119):

> < Próximo a terminar mi carrera médica y sin preparación previa alguna fui a oír las conferencias del Dr. Olavide y quedé prendado de su exposición clarísima. Despertóse en mi la afición y leí todas las publicaciones de Olavide y todos los libros dermatológicos de una vieja biblioteca médica y venida a mi por herencia de un tío mío. Compré el Guibout y Bazin, los leí y creí encontrarme sabiendo toda la ciencia dermatológica y muy ufano de mis progresos.
>
> Pasó el tiempo; el programa de las oposiciones a la Beneficencia Provincial pedía un ejercicio de especialidades y consideré preciso saber más, y leí a Hebra. Mis seguridades dermatológicas se tambalearon y empecé a dudar. No leí, medité el Hebra, y dudé más, pero me faltaba la observación directa, la clínica personal para decidirme. Destinado al Hospital de San Juan de Dios, el año 1889, me encargué de la consulta pública de enfermedades de la piel y allí me convertí. Juzgando libremente, con muchos enfermos y deseos de observar, me bastaron cinco o seis meses para modificar por completo mis primeros diagnósticos humorales y entrar por completo en la para mí nueva vía. Soy por tanto un convertido de Bazin a Hebra y a las doctrinas modernas. >

Veinte años después, con la serena perspectiva del tiempo, Azúa recordó de nuevo esta "conversión" (126):

<...Estas afirmaciones axiomáticas, a las que me ha conducido el examen imparcial de los hechos clínicos, necesitan, para que los lectores las acepten tan sin reservas como yo, el recuerdo de cual era el estado de la Dermatología en la época de 1870 a 1880, en la que yo inicié mis aficiones dermatológicas. Por aquellos años, la práctica dermatológica, tanto la de los médicos no especializados como la de aquellos que, con justicia y méritos, lo estaban, se reducía a una maniobra clínica fácil. Todas las dermatosis eran diagnosticadas como manifestaciones del herpetismo, del escrofulismo o del artritismo, sin más adjetivos que determinasen la forma o tipo de la lesión cutánea, cuando los diagnósticos estaban hechos por prácticos generales, y con algún calificativo referente a la morfología de la lesión, cuando los diagnóstico eran hechos por especialistas.

Esta situación, dentro de la cual yo tuve mi génesis dermatológica, correspondía esencialmente a las doctrinas que con gran talento había difundido el eminente maestro francés Bazin, centrifugando y ordenando el sedimento dermatológico de los siglos anteriores, que en conjunto, y tanto más acentuadamente cuanto más primario y elemental había sido el saber dermatológico, habían adoptado como doctrina el humorismo, que después metodizó e ilustró el genio del gran maestro francés. No obstante la fuerza coercitiva que tienen las creencias, dentro de las que uno se forma mentalmente, en cuanto por el transcurso de mis años fui colocado en condiciones de observar y resolver los problemas dermatológicos, noté que aquellos armazones doctrinales no concordaban con los hechos, y que sus fundamentos científicos eran convencionales y hasta caprichosos; y las quiebras que en aquellas doctrinas establecía mi observación habían sido ya notadas por el creador de la dermatología moderna, por el eminente maestro vienés Fernando Hebra, en cuya obra del año 44 ya no se encontraban indicios de la efectividad de aquellas hipótesis doctrinales que Hebra sustituyó por una concepción clara de las enfermedades cutáneas, con arreglo a los principios generales de la Medicina, eliminando a la Dermatología de la situación, un tanto hermética y misteriosa, en la que estaba colocada, y en la que pretendían seguir colocándola los adeptos a las antiguas tradiciones.

Mi colocación al frente de un servicio dermatológico importante en el hospital de San Juan de Dios, fecundado por el estudio intenso de la obra de Hebra, esclareció por completo el examen crítico de las doctrinas de la escuela en que me había educado, y me permitió apreciar que los hechos morbosos se desarrollaban de acuerdo con las ideas de la escuela vienesa, y, por tanto, eran demostrativos de la verdad y claridad de los conceptos que, inspirados en la Anatomía patológica y en la evolución clínica, habían servido de fundamento a los trabajos memorables y trascendentes de William, Bateman, Roger, Dervergie y Cazenave en Francia; de Hebra y Kaposi, en Viena.

Esta conversión, que tiene el valor de un argumento en contra de los viejos humorismos, no fue el resultado de una catequización por los méritos de las nuevas ideas, sino que, como he dicho, fue el resultado del combate que se estableció entre las creencias de mi aprendizaje y la observación imparcial de los enfermos, recibiendo tan sólo del conocimiento de las

> nuevas ideas la reacción aprobatoria de las críticas que, humilde y personalmente, yo había formulado en mis primeros y, por tanto, vacilantes pasos dermatológicos. Sobresalió, entre los motivos que me indujeron al cambio de opiniones, un examen integrado por los conceptos siguientes: 1.º yo no encontraba, y sus creadores y defensores no decían, que el herpetismo, ni el artritismo, ni el escrofulismo tuviesen una alteración anatomopatológica especial y demostrable de aquellas de aquellas para ellos casi específicas enfermedades. 2º, tampoco yo comprobaba, aunque los padres doctrinales lo afirmasen, que las dermatosis que merecían aquellas calificaciones tuvieran una sintomatología o una evolución especial, como requiere un proceso bien determinado, y 3º, que, aunque se decía, no era exacto y no había una terapéutica peculiar de aquellas enfermedades, y la que se decía existía era tan insegura y confusa que condenaba a los pacientes a una situación en la que el "lasciate ogni speranza" del Dante era su característica más perfecta, y si un proceso patológico no tiene una alteración anatómica correspondiente, ni una sintomatología algo peculiar, ni una terapéutica aproximadamente propia, carece tan completamente de enfermedad bien definida y reconocible, que, sin violentar nada la realidad de los hechos clínicos, puede borrarse del cuadro nosológico. >

Y continúa (126):

> < La obsesión humoral era tan fuerte, que aún borraba las condiciones de buenos observadores clínicos que tenían algunos de los que, oprimidos e impelidos por la obsesión doctrinal, formulaban diagnósticos fantásticos. En esta dirección puedo afirmar que, aún entre los años 70 y 80, se hablaba, tratando de la sarna, que era ésta una enfermedad producida por la psora, humor ultrafantástico causante de la enfermedad y causa de que el acarus encontrase en el sujeto psórico terreno apropiado para su desarrollo.. >

A pesar de esta crítica demoledora, conviene señalar que Azúa tomó algunos elementos útiles de la doctrina humoral, sobre todo en lo concerniente al concepto de escrofulismo, como estado predisponente (127):

> < No es tan fácil la extinción de los motivos causales cuando se trata de otro grupo de diagnósticos mucho más reales que los que vengo criticando: me refiero al escrofulismo, el que tiene una verdad clínica innegable, como terreno para la fácil producción y sostenimiento de las purulencias cutáneas y tuberculosis, y con esto defino el modo de entender lo que es el escrofulismo, esto es: un terreno biológico que, en el sentido dermatológico, favorece el desarrollo de las purulencias y tuberculosis cutáneas, con características apreciables, y mucho mejor definidas que los fantasmas herpéticos, a pesar de no tener como tal escrofulismo una anatomía patológica propia, sin alteraciones humorales demostrables y peculiares de él. >

O también (162):

> <La escrófula, terreno o condición orgánica, temperamento o constitución, como quiera llamársela, es de una realidad y frecuencia clínica indudable para mi; pero no crea ningún producto patológico especial anatómico, ni las dermatosis presentan caracteres especiales per se.>

La doctrina antomopatológica no era un simple sistema teórico al que Azúa se asía. En varias ocasiones, Fernández Gómez y Cubero del Castillo se refieren a Azúa como "fray ejemplo". Este es precisamente uno de los aspectos en los que mejor lo demostró. Él mismo realizó numerosos estudios anatomopatológicos y necropsias e inspiró otros que materializó en diversos trabajos con Mendoza y Claudio Sala. El testimonio de Vicente Martín es muy significativo (535):

> <Sólo el deseo de aprender, el afán al estudio, aún más,, el delirio que siente don Juan de Azúa por investigar más y más el origen de las enfermedades de su especialidad, es causa de que se atreva a trabajar en tan malas condiciones. Es el único Médico de la Casa que hace autopsias: por lo menos no he visto a otro en seis años.>

Aunque, por los hechos, Azúa fue la figura central de la concepción anátomo-patológica de la dermatología en España, existió algún antecedente de interés, olvidado ya en la misma época de Azúa. En "El Genio Médico-Quirúrgico" y en "La España Médica" se publicó, en los volúmenes del año 1862, un interesante trabajo de un autor, González Blanco, después perdido para la dermatología española (468, 469). Se trataba, con toda probabilidad, de una memoria de doctorado al estilo de las ya mencionadas de Olavide (600) y de Giné Partagás (454). De hecho, el epígrafe que precede al texto indica (468, 469):

> <Memoria leída en el día 30 de enero del corriente año por D. Félix González Blanco, en una sesión de Academia en la Facultad de medicina de esta córte(sic), presidida por un tribunal de tres catedráticos de dicha Facultad.>

El título de la memoria, formulado a modo de pregunta pone en dedo en la llaga más profunda de la dermatología de la época (468, 469):

> < En las enfermedades cutáneas ¿debe fundarse el diagnóstico, atendiendo a la forma anátomo-patológica, o al elemento anatómico de la piel que se halla alterado? >

El autor desconoce, al menos en el texto, las obras de Hebra y de Bazin. Tampoco menciona a Olavide -entonces comenzando- y sin embargo, se decanta finalmente por el criterio anatomopatológico como mejor opción para la taxonomía de las dermatosis.

3.4.7.-PUBLICACIONES MÁS RELEVANTES DE AZÚA.

En numerosas publicaciones de Azúa aparece, en las últimas páginas de los folletos o de las monografías en tirada aparte, una relación de las principales publicaciones del autor. Incluso adjunto a los discursos de la sesión necrológica celebrada en su memoria, y publicados en "Actas Dermosifiliográficas" se encuentra uno de estos listados (74). Estas listas no son exhaustivas en ningún caso. A veces, no constan el volumen, o las páginas, o el año o el editor, o dan un año o páginas equivocadas. No hemos podido localizar alguna de estas publicaciones por estar incompletas las colecciones de revistas en las bibliotecas consultadas. Contrastando entre sí varias de estas listas de publicaciones, y revisando los archivos de las bibliotecas en las que trabajamos y los índices anuales de algunas revistas médicas, hemos llegado a contabilizar más de ciento cincuenta escritos, comunicaciones, discursos y casos clínicos de Azúa. Comentaremos aquí tan sólo los más destacados.

Azúa también tuvo cargos de responsabilidad en varias revistas en las que participó. Fue, por ejemplo, redactor de la "Revista Clínica de los Hospitales", y de "Actas Dermosifiliográficas" y coeditor de la "Revista Clínica de Madrid". Esta publicación sería posteriormente absorbida por "El Siglo Médico", y Azúa pasó a ser

miembro del Comité de Redacción de esta última. Fernández Gómez y Cubero expusieron su punto de vista sobre esta fusión (414):

> < En 1909 funda en unión de Cardenal, Elizagaray, Goyanes, Madinaveitia y Ortiz de la Torre la "Revista Clínica de Madrid", que es, ante todo, "clínica".
>
> El primer artículo de su número inaugural de primero de enero del citado año es de Azúa, y es un caso clínico.
>
> Esta revista no tardó en ser absorbida por "El Siglo Médico" por cuanto Azúa ya necesitaba todo su tiempo para la "Sociedad Española de Dermatología y Sifiliografía", y la mayoría de sus originales para la publicación filial de aquella "Actas Dermo-Sifiliográficas"... >

Desde los primeros trabajos de Azúa, se aprecia una evolución en los temas de interés y, sobre todo, en el tipo de revistas periódicas en las que publica. Comenzó publicando notas breves en revistas médicas generales o de varias especialidades, fundamentalmente en la "Revista Especial de Oftalmología, Dermatología, Sifiliografía y Enfermedades Urinarias" y en la "Revista Clínica de los Hospitales". En realidad, casi todas ellas son notas clínicas que presentaba a la "Academia Médico-Quirúrgica". En la siguiente etapa, los trabajos más importantes se encuentran en la "Revista de Medicina y Cirugía Prácticas". Después de 1903 se produce un descenso en la actividad publicista de Azúa. Son pocos los trabajos que publica durante estos años (161, 183, 185), aunque algunos de los más interesantes de toda su obra, como los del pseudoepitelioma (208, 210) datan precisamente de esta época. A partir de 1909, publicó, casi exclusivamente, en "Actas Dermosifiliográficas".

El estilo literario de Azúa, sobrio y conciso, como debe ser todo trabajo científico, aún tenía algunos rasgos personales. Dicen Fernández Gómez y Cubero a este respecto (414):

> < Por lo demás, Azúa, es un escritor correcto y siempre concreto que utiliza el humorismo para salpimentar todos sus escritos, dándoles un aire y un donaire raros, en verdad, entre los escritores científicos, por lo común tan poco cuidadosos de la claridad como del estilo. Azúa le tiene personal e

> inconfundible, que es claro a la par que sobrio y es gracioso y vivo sin dejar de ser penetrante y sustancioso. >

Estas peculiariades del estilo de Azúa permiten, después de haber leído varios de sus trabajos, reconocer sus textos, aún sin comprobar la firma. Dos de los rasgos formales más característicos del estilo de Azúa son el leísmo -que también se aprecia en la cita previa de Fernández Gómez y Cubero- y la frecuente omisión de las conjunciones "que" de las oraciones subordinadas.

Teniendo en cuenta la evolución cronológica que ya hemos comentado, el distinto carácter o grado de madurez de cada aportación, y el formato de cada trabajo hemos considerado cuatro grandes grupos en la obra escrita de Azúa:

1.-Primeros trabajos (aparecidos en la "Revista Especial..." y en la "Revista Clínica de los Hospitales", 1888-1891).

2.-Trabajos en la "Revista de Medicina y Cirugía Prácticas".

3.-Trabajos en "Actas Dermosifiliográficas".

4.-Miscelánea: comunicaciones, capítulos de libros, folletos, monografías, actas de congresos, prólogos y literatura "gris".

3.4.7.1.-PRIMEROS TRABAJOS (1888-91).

Los primeros escritos científicos de Azúa de los que tenemos constancia datan de 1888. Aparecieron en la "Revista Especial de Oftalmología, Dermatología, Sifiliografía y Afecciones Urinarias", en la sección de "Sesión científica". Se trataba de casos clínicos aislados, presentados casi todos ellos en la "Academia Médico-Quirúrgica": "Eczema de la parte mucosa de los labios, escrofuloderma simulando una úlcera tuberculosa" (145) y "sífilis paterna, eritema escamoso, falso psoriasis sifilítico de Trousseau" (198). A lo largo de los años 1889, 1890 y 1891, publicó nuevos casos clínicos en esta revista, titulados "sifilopatía cardíaca" (199), "keratodermias (sic) simétricas, eritematosas,

plantares y palmares" (164), "pénfigo ulceroso" (172), "edema linfático crónico, consecutivo a erisipelas" (146), "un caso de keratodermias simétricas, congénitas y hereditarias" (103).

Parte de estos primeros trabajos de Azúa, también vieron la luz en la "Revista Clínica de los Hospitales" en estos años 1889, 1890 y 1891. Aquí aparecían bajo el epígrafe de "Notas clínicas de Dermatología", tratándose también de comunicaciones o casos clínicos presentados en la "Academia Médico-Quirúrgica": "I Dermatosis emotivas. II Injerto de esponja aséptica en la cura de las úlceras y heridas atónicas. III El icterolato de sosa y el amoníaco." (141), "I púrpura hemorrágica y nefritis en un sifilítico. II Queloides consecutivos a la vacuna. III pénfigo contagioso de los niños. IV Urticaria hemorrágica" (181), "del impétigo" (163), "dos casos de pénfigo observados en el curso del sarampión" (106), "Resultados del empleo de la linfa de Koch en dermatología" (186), etc. En algunos casos, se encuentran comunicaciones en la "Revista Clínica de los Hospitales" que también aparecen en la "Revista Especial...", como "pénfigo ulceroso" (172,173) y "un caso de keratodermias congénitas, simétricas y hereditarias" (103. 104).

3.4.7.2.-ARTÍCULOS EN LA "REVISTA DE MEDICINA Y CIRUGÍA PRÁCTICAS".

A partir de 1891, algunos de los trabajos de Azúa aparecen en la "Revista de Medicina y Cirugía Prácticas". Como sucedía con los trabajos publicados en la "Revista Especial..." y en la "Revista Clínica de los Hospitales", se trata, en su gran mayoría. comunicaciones a la "Academia Médico-Quirúrgica". Cotejando la lista de publicaciones de Azúa que aparece al final de su discurso del año 1899 en la "Academia Médico-Quirúrgica Española" (132) con la que se publicó en 1922 en "Actas Dermosifiliográficas" (74), se pueden enumerar los siguientes trabajos de Azúa en la "Revista de Medicina y Cirugía Prácticas":

1890: Un caso atípico de micosis fungoide.

1891.-Anestesia dolorosa del trigémino. Neuroma. Keratodermia simétrica.

1892.-Indicaciones del dermatólogo. Infiltraciones gomosas sifilíticas en la cara anterior de la rodilla. Dos casos de sífilis del sistema nervioso. Tratamiento de las úlceras de las piernas. Elefantiasis del escroto y del pene. Sífilis pulmonar con infiltraciones gomosas. Sífilis hereditaria. Alteraciones gástricas de origen nervioso central. Flegmón perinefrítico. Metritis blenorrágicas. Tos espamódica.

1893.-La tintura de estrofanto en el prúrigo cutáneo. Lesiones articulares de carácter sifilítico. Sífilis hereditaria tardía. Dermatosis nervioso-refleja. Dermitis eczematosa de las manos, antebrazos, etc. producidas por el lavado. Fractura antigua de tercio superior del fémur derecho, ulceración de origen traumático del talón, lesiones tróficas dérmicas del pie, várices. Sifílide tuberculo-gomosa ulcerada del párpado superior derecho. Poliomielitis anterior aguda generalizada.

1895. -Sarcomatosis cutánea, idiopática, múltiple, hemorrágica. Dermatitis crónica, polimorfa, dolorosa, de brotes sucesivos, o dermatitis herpetiforme de Duhring.

1896.-Sensibilidad térmica, para el frío, invertida. Sarcoma melánico desarrollado a consecuencia de un traumatismo en un nevus pigmentario.

1897.-Eritema escarlatiniforme. Chancro sifilítico en la pierna.

1898.-Dermitis profesionales por el lavado.

1899.-Avisos sanitarios.

1901.-Asfixia reticular de la piel. Siringomielia e histerismo.

3.4.7.3.-ACTAS DERMOSIFILIOGRÁFICAS (1909-22).

De 1909 en adelante el autor publicó de forma casi exclusiva en la revista que él mismo fundó en ese año, "Actas Dermosifiliográficas". Esta revista, que aún hoy sigue siendo el órgano oficial de expresión de la "Academia Española de Dermatología y Venereología" no fue la primera publicación periódica dermatológica española. Desde 1899, la "Revista Española de Dermatología y Sifiliografía", propiedad de Luis Portillo, dedicaba su interés preferente a esta especialidad (fig. 23).

A nuestro modo de ver, existieron tres motivos que animaron a Azúa a crear "Actas Dermosifiliográficas". Poner en marcha una "Sociedad Dermatológica", con unas reuniones científicas regulares y de interés, suponía también la necesidad de la creación de una revistas en la que se recogiesen y publicasen las actas de estas reuniones. Y así fue, y aunque no se encuentre ninguna información sobre este punto concreto en la revista antes de 1926, la denominación de "Actas..." explica por sí misma su nacimiento. En la celebración de las bodas de plata de la "Academia de Dermatología" y de "Actas Dermosifiliográficas", Bejarano se refiere a la creación de "Actas Dermosifiliográficas" y a la determinación de Azúa limitar el contenido de la revista exclusivamente a material clínico o científico (227):

> <Este hombre eminente, dotado de excepcionales facultades de tenacidad y de inteligencia, había creado, asistido por un grupo de colaboradores, la Academia donde los dermatólogos españoles se habían de formar, y la había dotado de un órgano de expresión: las ACTAS DERMO-SIFILIOGRÁFICAS, que, para ejemplo de publicaciones de orden científico, no ha dedicado una columna, ni una frase, ni una palabra, a cuestiones ajenas a la dermatología que pudiesen producir o ahondar diferencias entre profesionales.>

El segundo motivo que explicaría el nacimiento de "Actas Dermosifiliográficas" es el ejemplo de otros países europeos en los que ya existían "Sociedades" y publicaciones dermatológicas específicas. De hecho, la aparición en España de una revista

exclusivamente dermatológica se retrasó casi cuatro décadas con respecto a los países de nuestro entorno. Así, por ejemplo, en 1866, se había fundado en Milán el "Giornale italiano delle malattie veneree e delle malattie della pelle". En 1867, se fundó en Londres el "Journal of cutaneous medicine and diseases of the skin". Y en 1868, nacieron el "Archiv fur dermatologie und syphilis" en Praga y los "Annales de dermatologie et de syphiligraphie" en París (864, 865).

Existiría, además, un tercer motivo derivado del creciente interés en la dermatología. La producción científica dermatológica española había aumentado considerablemente y las escasas páginas que una revista médica general, o de varias especialidades conjuntas, no ofrecía espacio suficiente para dar salida a toda ella. Además, las desavenencias entre Azúa y Portillo llevaron al primero a la determinación de no publicar en la "Revista Española de Dermatología y Sifiliografía". De hecho, tan sólo aparece en esta revista el texto de un discurso pronunciado en la "Academia Médico-Quirúrgica Española", anterior al asunto de la consulta de San Juan de Dios que ya hemos mencionado en el apartado 3.2.4.

El primer número de "Actas Dermosifiliográficas" recoge los resúmenes de la sesión de la "Sociedad Española de Dermatología y Sifiliografía" del 6 de mayo de 1909. Como ya hemos comentado, un trabajo del mismo Azúa, titulado "Curas con alquitrán de hulla, en varias dermatosis" (137), abre este primer número. El autor presentó su experiencia con esta técnica en 29 enfermos con distintos tipos de eczemas, enfermedad de Duhring, foliculitis, etc, con muy buenos resultados. Dice Azúa (137):

> <El coaltar, o sea, el alquitrán de hulla, empleado popularmente por las gentes de mar y los obreros de las fábricas de gas, para curar las erupciones y el picor, ha venido por los trabajos del profesor Dind a ser objeto de atención general a causa de la gran eficacia que para calmar el prurito y secar muchos procesos exudativos tiene.>

Los trabajos de Azúa en "Actas Dermosifiliográficas" no sólo son numerosos, sino de gran calidad. Así, en el primer volumen de esta revista, aparecen treinta y tres trabajos firmados por él en solitario y dos más que firma con Covisa, del total de ciento un trabajos que constan en este primer volumen. De hecho, el nutrido conjunto de comunicaciones presentadas por Azúa a la "Sociedad Dermatológica" y publicadas en "Actas Dermosifiliográficas" no sólo aportaba material suficiente para mantener la edición sino que le suponía al autor un importante desembolso económico, puesto que los primeros números de la revista carecen totalmente de publicidad. En el balance contable del año 1909 de la revista, Azúa aparece "penalizado" por publicar en exceso con 114 pesetas en el primer número y 170,75 en el segundo número de la revista (819).

Los trabajos publicados en esta revista eran los textos de las comunicaciones aportadas con anterioridad en las reuniones de la "Sociedad Dermatológica", recogiendo los comentarios o la discusión posterior, de ahí, como decíamos, la denominación de la revista como "Actas..." . Progresivamente, se introdujeron algunos trabajos originales o recensiones y, a partir de 1921, ya se distinguen en el índice temático anual los trabajos originales de las comunicaciones presentadas en la "Sociedad...".

En los primeros años de "Actas..." se publicaban cinco números por curso, que, a partir de 1928, pasaron a ser nueve números (420). Precisamente, esta publicación por cursos crea alguna confusión con las citas de estos primeros trabajos de "Actas Dermosifiliográficas" por la discordancia existente entre los años de publicación y los volúmenes. La revista se publicaba por cursos académicos, desde octubre hasta junio, de tal manera que el volumen I contiene parte del año 1909 y del año 1910, y así sucesivamente. Esta situación no cambió hasta el año 1957 en que se hicieron coincidir los volúmenes de "Actas Dermosifiliográficas" con los años naturales: el volumen XLVII

de "Actas..." se completó en junio de 1956 y no se comenzó el volumen XLVIII hasta enero de 1957.

La tabla siguiente refleja de forma comparativa el número de trabajos originales y comunicaciones a la "Sociedad Dermatológica" firmados por Azúa, Covisa, Sainz de Aja y Bejarano -incluidos los firmados en solitario, conjuntamente, o con otros autores-. recogidos en "Actas Dermosifiliográficas" desde 1909 -fecha de la creación de la revista- hasta 1922 -fallecimiento de Azúa-.

Cursos	Azúa	Covisa	S. Aja	Bejarano
1909-10	35	14	1	-
1910-11	14	7	7	-
1911-2	13	9	16	-
1912-3	8	9	11	-
1913-4	2	5	11	-
1914-5	17	14	25	-
1915-6	2	3	14	-
1916-7	6	2	10	-
1917-8	3	2	17	-
1918-9	5	2	16	-
1919-20	2	11	16	2
1920-1	0	12	38	3
1921-2	1	20	25	15

-Algunos de estos trabajos aparecen firmados conjuntamente por Azúa y Covisa y por Covisa-Bejarano-

De 1910 a 1918, las aportaciones de Azúa en la revista de la "Sociedad..." son menos numerosas que en el primer año de la revista. Este cambio podría deberse al aumento del número de trabajos presentados por los discípulos de Azúa y otros dermatólogos, permitiendo sostener de forma adecuada el nivel científico de la revista. A partir de 1918, año de la hemiplejía de Azúa, la participación de éste en las sesiones de la "Sociedad..." fue cada vez menor.

Además de "Actas Dermosifiliográficas", en la que aparecieron las mejores aportaciones de Azúa en el período 1909 a 1922, algunos trabajos concretos del autor aparecieron en revistas de las que formaba parte del comité editorial o cuyos editores le solicitaban alguna colaboración por amistad o por prestigio. Entre ellas destacan la "Revista Clínica de Madrid", "Revista Cajal", "Clínica y Laboratorio", etcétera.

Además, ocasionalmente, Azúa publicó alguna serie de trabajos ya aparecidos en revistas, no necesariamente relacionados entre sí, como folletos o opúsculos (176).

3.4.7.4.-MISCELÁNEA: CAPÍTULOS DE LIBROS, FOLLETOS, PRÓLOGOS, LITERATURA "GRIS".

Si resulta difícil localizar algunos de los trabajos de Azúa en las revistas médicas de finales del siglo XIX y principios del XX, más difícil resulta aún la búsqueda de actas de congresos o monografías de escasa tirada. Buena parte de esta literatura "gris" la hemos encontrado en la Biblioteca de la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense y en la Biblioteca del Departamento de Dermatología del Hospital Universitario San Carlos. En la lista de las publicaciones de Azúa (74), aparecen las siguientes referencias, de las cuales hemos conseguido localizar la mayoría:

-Varices y neoplasias linfáticas dérmicas. (Lecciones clínicas dadas en la Facultad de Medicina de Madrid. Curso de Dermatología y sifilografía. 1893-4) se publicó en la "Revista de Medicina y Cirugía Prácticas".

-Resultats therapeutiques et hygieniques de l'hospitalisation interne et externe des malades atteintes d'affections cutanées vénériennes et syphilitiques. Comunicación al Congreso Internacional de Medicina de Roma, 1894.

-Vademecum clínico-terapéutico. (Sección de Dermatología). Madrid, Romo y Füssel, 1898.

.-Demografía dermatológica y sifilográfica. (Congreso de Higiene y Demografía) Madrid, abril 1898.

-Doce años de práctica dermo-sifilográfica. Madrid, 1899.

-Etiología del Eczema por Staphilococus aureus (en colaboración con Antonio Mendoza). IV Congreso Internacional de Dermatología y Sifilografía. París. agosto 1900.

-Tratamiento del prurito. Las púrpuras. (XIV Congreso Internacional de Medicina. Sección VIII) Madrid, abril, 1903.

-Pseudo-épitheliomes cutanées.-Necrobioses cutanées primitives multiples par stase capillaires (en colaboración ambas con el Dr. D. Claudio Sala y Pons). XIV Congreso Internacional de Medicina. Sección VIII, abril 1903.

-Reglamentación sanitaria de la prostitución. (Informe al Real Consejo de Sanidad) Madrid, junio 1904.

-La hidroterapia mineral de las dermatosis y la sífilis. Madrid, marzo 1906.

-Sero-diagnóstico de la sífilis. Centro Gráfico-artístico. Madrid, 1910.

Azúa, al contrario que Olavide, no llegó a escribir ningún texto de dermatología general. Sin embargo, es probable, como sugiere Vicente Gimeno, que considerase esta posibilidad: (452):

> < Su última producción ha sido el discurso para su recepción, presentado a la Real Academia de Medicina, titulado "Clasificación y comentarios dermatológicos". En él expone su autor un plan completo de distribución nosológica de la enfermedades de la piel según los más modernos conceptos de la anatomopatología y etiología. Este trabajo era el preparatorio para su gran libro... >

En 1962, bastante después de la muerte de Azúa, aún uno de sus discípulos más destacados, Sainz de Aja, echaba en falta el manual de dermatología que Azúa nunca escribió (769):

> < Sus publicaciones están escritas con gran rigor de estilo. Los dermatólogos echamos de menos un libro fundamental suyo, que, aún pasado el tiempo, serviría de guía y de norma en esta especialidad que cada día, en concepto más amplio en relación con la medicina interna, adquiere un mayor relieve. >

La parte dedicada a las enfermedades de la piel en el "Vademecum Clínico-terapéutico" (147), escrita por Azúa, quizás sea lo más aproximado a un texto general de dermatología, aunque, precisamente por ser "general", no es en absoluto la parte más original de su obra.

3.4.8.-TEMAS DE INTERÉS PREFERENTE DE AZÚA. APORTACIONES A LA LITERATURA DERMATOLÓGICA.

3.4.8.1.-DERMITIS DE LAVADO.

La "dermitis de lavado de Azúa" es uno de los mejores ejemplos de eczema irritativo o de dermatitis de contacto irritativa. No se trata, en absoluto, de una dermatosis del pasado, ya que aún es frecuente en muchas amas de casa y profesionales de la hostelería.

Azúa hizo referencia a este tema por primera vez en una pequeña nota aparecida en 1893 en la "Revista de Medicina y Cirugía Prácticas" titulada "Dermitis eczematosa de las manos, antebrazos, etc., producidas por el lavado" (142). Pocos años después, en 1898, presentaría un estudio más amplio en el "I Congreso Hispano-Portugués de Cirugía". También en este caso se publicó el resumen en la "Revista de Medicina y Cirugía Prácticas" (144).

El punto de partida de Azúa en el análisis de esta dermatosis es el error conceptual y terapéutico con que se enfocaba hasta entonces (142):

> <...Me ocupo de ellas para rectificar el concepto en que se las tiene comúnmente haciéndolas depender del herpetismo y escrofulismo, de los cuales, el primero es completamente hipotético como factor etiológico, y el segundo no tiene más papel que el de un terreno apropiado, en algunos casos para la prolongación de la enfermedad.../.. Generalmente, se diagnostican estas lesiones como herpéticas, y, hecho este juicio, se da arsénico, brea, se mandan baños sulfurosos y los enfermos empeoran de un modo grande y la enfermedad se alarga y se extiende.>

De la gran frecuencia de esta dermatosis y de la experiencia de Azúa sobre ella, dan testimonio las estadísticas presentadas por él en diversas ocasiones. En 1898, de un total de 24.153 observaciones, 1.947 corresponden a este cuadro (138, 139). En una nueva estadística de año 1899, aparecen ya 2.333 casos, de un total de 28.648 enfermos (132). Finalmente, en el fallido discurso de ingreso en la "Real Academia de Medicina" contabilizó 6.800 casos en un total de 132.890 enfermos (122, 131).

Azúa describió la etiopatogenia y características clínicas de la "dermitis de lavado" de la forma siguiente:

> < En infinitos casos se comprueba que tantas cuantas veces se mojan, o lavan, o manejan líquidos de lejías, los individuos que han tenido una dermatitis eczematosa, se reproduce ésta en los puntos que han sido mojados, con los caracteres de inflamación aguda dérmica, de tipo papuloso, vesiculoso o pustuloso, según la época en que la enfermedad se observe y la violencia de acción de la causa productora. Dada la etiología, la enfermedad suele fijarse en las manos (cara dorsal), antebrazo y parte inferior del brazo, extendiéndose en ocasiones a la cara y cuello, por contacto de estas partes con las manos húmedas... >

En el resumen de la comunicación al "Congreso Hispano-Portugués de Cirugía" de 1898 fue aún más claro en cuanto al mecanismo por el que se produce esta dermatosis y sus distintos grados de afectación (144):

> < El aspecto objetivo que presentan las dermitis por el lavado es muy variado y variable, pero el fondo de la enfermedad es siempre decididamente inflamatorio, y sobre todo, esencialmente irritable. Desde un

> estado inflamatorio eritematoso, con exfoliación epidérmica, hasta el de una dermitis intensísima, con edema enorme y producción de flictenas, cual si se tratase de una quemadura, todos los grados intermedios son posibles. >

Solventado el problema conceptual y clínico, Azúa también propuso un cambio en la actitud terapéutica con la que, de forma general, se enfocaba hasta entonces esta variante de eczema irritativo (142):

> < El tratamiento causal es ante todo el primero, y la supresión de la causa, sin más medicación que la sencilla aplicación de polvos de almidón, ha curado y curará muchos enfermos. En los casos de dermitis intensas, debe hacerse un tratamiento emoliente y de limpieza antiséptica (cataplasmas de fécula de patata, de harina de arroz, cocida en solución bórica al 4 por 100; fomentos de sub-acetato de alúmina al 2 por 100, etc., etc.), en los períodos muy agudos, usando, una vez calmada la violencia inflamatoria, el óxido de zinc, el sub-acetato de plomo, el salicilato de bismuto, la resorcina, en pomada y a dosis débiles; la pasta salicilada de Lassar; las gelatinas de resorcina, de calomelanos, a 1 por 40, etc. Casi nunca, ni aún en las formas terminales de estas dermitis, puede usarse la brea ni el azufre, que tan excelentes resultados dan en los períodos similares de los eczemas. >

En 1898, añadiría (144):

> < En los casos infectados, el sublimado aplicado según nuestro método (en disolución al 1 por 10.000, 15.000, 20.000), en fomentos, proporciona excelentes resultados. >

Covisa y Bejarano recordaron, en 1936, la dermitis de lavado de Azúa en su texto de dermatología, dedicándole un amplio espacio (361):

> < Dentro de este grupo de dermatosis artificiales de causa externa, así limitado voluntariamente, nos ocuparemos de alguna afección que puede interpretarse en cierto modo como una dermatosis externa de origen profesional.
>
> Tal sucede, por ejemplo, con las llamadas dermitis eczematosas del lavado, estudiadas muy detenidamente por la escuela española y de preferencia por el profesor Azúa.
>
> En un número considerable de individuos, pertenecientes sobre todo al sexo femenino, se presentan en las manos, más especialmente en su parte dorsal y en el tercio inferior de los antebrazos, una dermitis eczematosa, debida al contacto prolongado con el agua y con otras sustancias habitualmente empleadas en el lavado de las ropas, tales como el jabón, la lejía, etc. El aspecto clínico de esta dermitis artificial puede identificarse en muchos casos con el eczema. Recordemos a este propósito y de una vez

> para siempre lo que en otro lugar de esta obra hemos indicado a propósito de la identidad que puede establecerse entre el eczema genuino y las dermitis eczematosas.
>
> En algunas zonas parecía una exudación marcada; en otras, simplemente un enrojecimiento con edema más o menos considerable de la mano y tercio inferior del antebrazo. En algunos casos se producen grietas o fisuras, que ocasionan intensos dolores y que constituyen eventualmente el punto de partida de linfangitis reticulares o tronculares.
>
> En los casos en que estas dermitis del lavado son muy intensas y sostenidas, la afección puede no limitarse a los puntos de contacto, sino extenderse a todo el antebrazo, e incluso cuando la predisposición o sensibilización individual es muy marcada, constituir el punto de partida de un eczema generalizado. >

La "dermitis de lavado de Azúa" tiene trascendencia, además de por su propia descripción original, por la importancia simbólica de ser uno de los primeros y más sólidos argumentos que Azúa utilizó contra de la concepción humoral de la dermatología, ya que se basaba en hechos concretos e irrefutables frente a las hipótesis previas (127):

> <...Encuentro que en este caso, algo cómico, como en los muchos que he visto de dermitis eczematosas dependientes de causas locales, y, sin embargo, diagnosticadas de herpéticas, la errónea orientación diagnóstica no procede de ineptitud profesional, sino de que, envuelto el juicio del práctico en la creencia de la fe humoral, encuentra la explicación de todo en el concepto primordial y fundamental del humorismo, o discrasismo, que diagnostica, y agarrotado por esa idea, prescinde de toda investigación somática, esclarecedora de los verdaderos diagnósticos, y como estos, de esta manera son los que constituyen la falange de las dermatosis herpéticas y artríticas, conceptúo que las tales doctrinas sólo son inspiradoras de juicios falsos, y, por tanto, no deben ser conceptuadas como jalones patológicos reales o verídicos. Recobrando lo que digo, manifiesto que a diario se tropieza, especialmente en mujeres de holgada posición social, en las que el agua y el jabón producen dermitis eczematoides que son estimadas como dependientes del herpetismo o del artritismo y condenadas a una tenaz cronicidad, por no apartar nunca de la enferma la verdadera causa del humor, o sea el manejo del agua y del jabón. >

Otro mérito importante de Azúa en el enfoque de la dermitis de lavado es señalar esta dermatosis, ya desde el primer momento, como una enfermedad profesional (142):

> < ...Incluye genéricamente en este grupo todas aquellas dermatosis provocadas por las acciones higrométricas, caloricas, químicas, mecánicas (roce, frotamiento, presiones, arañazos que se producen por las operaciones profesionales de lavado hecho, bien simplemente con agua, o bien, y es lo

> común, con agua y otras substancias. En Madrid, las lavanderas, criadas para todo, asistentes, cocineras, pinches, mozos de café, algunos criados, cocheros, mozos de taberna, mozos de limpieza, de máquinas de imprenta. etc., etc, son los que más frecuentemente padece esta dermitis. >

En el segundo trabajo de Azúa sobre la dermitis de lavado, este carácter "profesional" queda ya manifiesto en el mismo título: "Dermitis profesionales por el lavado".

Aunque Covisa y Bejarano aún le dedicaron un amplio espacio a la dermitis de lavado que describió su maestro, en la actualidad, la dermitis de lavado de Azúa ha sido casi olvidada por los dermatólogos españoles. Son dignas de mención algunas excepciones de la literatura dermatológica española reciente, en las que la dermitis de lavado de Azúa aparece mencionada como tal (427, 428).

3.4.8.2.-AVISOS SANITARIOS. PROPAGANDA ANTIVENÉREA. REGLAMENTACIÓN Y ABOLICIONISMO.

Los "avisos sanitarios" ideados por Azúa fueron auténticos precursores de los actuales trípticos y carteles informativos de las campañas sanitarias. Este precedente es, hasta donde sabemos, un dato desconocido en la historia de la medicina preventiva de las enfermedades de trasmisión sexual en España. Es, además, un hito de renovada actualidad ante la progresión del SIDA en el mundo de hoy, que recuerda en muchos aspectos la situación de la lúes hace casi un siglo (274).

La primera ocasión en la que Azúa hizo pública la idea de crear unos avisos sanitarios fue en una comunicación (187) que envió al "Congreso Internacional de Medicina" de Roma celebrado en 1894. Sin embargo, no fue hasta algunos años después, concretamente en junio de 1898, cuando puso en práctica esta idea (138, 139). La mejor prueba de que el autor creía en la utilidad de esta estrategia fue el hecho de que los estableció en su consulta, imprimiéndolos, además, a su costa. Al final de la comunicación sobre demografía dermatológica y sifiliográfica de Madrid (138, 139)

aparece por primera vez, a modo de apéndice o ejemplo, el texto de uno de estos avisos, en concreto el aviso número 1, referido a la sífilis. Al año siguiente, en 1899, Azúa publicó en la "Revista de Medicina y Cirugía Prácticas" los textos de ocho de estos avisos sanitarios (100).

Curiosamente, la forma en que denominó este modo de propaganda -Avisos Sanitarios- coincide con el nombre de un periódico médico de la época, aunque probablemente este hecho no pasa de ser una casualidad.

Los "avisos sanitarios" de Azúa tenían un aspecto bastante más tosco que los estudiados trípticos informativos de hoy. Carecían de imágenes y de color, estaban impresos en una sola cuartilla, de papel grueso, redactado en frases sencillas. El mismo Azúa explicó las características e intención de estos impresos en la "Revista de Medicina y Cirugía Prácticas" (100):

> < Realizado lo propuesto respecto a las consultas públicas, es útil darlo a conocer, para extender la acción beneficiosa que tienen, a mi juicio, los avisos sanitarios a la mayor suma posible de enfermos.
>
> Por otra parte, el Dr. Hallopeau, médico del hospital de San Luis, de París, ha presentado al Congreso de Bruselas -agosto 1899- una comunicación referente a la profilaxia pública de las enfermedades venéreas, y en ella, además de algunas proposiciones semejantes a las formuladas en mi citada comunicación al Congreso de Roma, se encuentra una indicación respecto a la conveniencia de la creación de los Avisos Sanitarios; y como quiera que ya estos se reparten en mis clínicas desde hace tiempo, conviene hacerlo constar, adjudicando al Hospital de San Juan de Dios, de Madrid, el premio de la prioridad en este asunto.
>
> Más adelante van copiados los ocho Avisos que en la actualidad se reparten en el Hospital de San Juan de Dios. Dentro de breve plazo se empezará a repartir el 9º, referente a los chancros venéreos.
>
> Cada enfermo recibe uno en el momento de su inscripción en los libros de la Consulta, y al entregársele(sic) se le advierte que trata de su enfermedad y le conviene leerle(sic) o que se lo lean si él no sabe. Creo que por este procedimiento, de entregar a los directamente interesados, instrucciones referentes a su enfermedad, se difunden las nociones profilácticas de un modo muy seguro. Generalizando el método a todo lo que es aplicable, daría resultados seguros y numerosos. >

En un pie de página de este trabajo figura la siguiente anotación explicativa (100):

> <Están redactados en lenguaje vulgar, pues para el vulgo son, en beneficio de su claridad y de su aplicación práctica inmediata, se prescinde en ellos de ciertos datos científicos, de valor discutible o variable. El estilo es machacón exprofeso.
>
> Publicados a expensas del doctor Azúa, se entregan a los enfermos que asisten a su consulta en el Hospital de San Juan de Dios o ingresan en las salas a su cargo.>

La finalidad de estos "avisos" era la misma que en las campañas de divulgación actuales: disminuir el número de casos de enfermedades infecto-contagiosas a través de la información al usuario. Se pretendía también corregir o evitar conceptos equivocados y prácticas contraproducentes muy extendidas entre la población.

Los avisos de Azúa informaban sobre la sífilis, blenorragia, sarna y algunas micosis, en concreto: tiña favosa, tiña tonsurante y foliculitis tricofítica. Más adelante, también propuso esta idea para la lepra. En un trabajo titulado "la contagiosidad de la lepra", en el que se recoge el texto de una comunicación presentada por Azúa a la "II Conferencia Internacional de la Lepra", celebrada en Bergen (Noruega) en 1908, el autor dice lo siguiente (136):

> <En todos los países leprosos se deben repartir profusamente, y en plazos no largos, avisos sanitarios de defensa contra la lepra, que contengan instrucciones cortas y claras que indiquen las ocasiones de contagio y modo posible de evitarlo. Las instrucciones que a los enfermos y sus familias doy, están consignadas en mi comunicación "Tratamiento de la lepra", hecha a esta II conferencia internacional.>

Todos los "avisos" de Azúa empezaban siempre con el mismo encabezamiento (100):

> <AVISOS SANITARIOS. SIRVEN:
> 1º Para hacer saber a quien los lea algunos de los perjuicios que producen las enfermedades contagiosas (quiere decir pegajosas) de que se hablan.
> 2º Para librarle muchas veces de esas enfermedades por conocer en que ocasiones y cómo se pegan.
> Este aviso tiene dos partes: En la PRIMERA se trata de la enfermedad que V. nº (nº de historia asignado en la consulta) tiene en (la fecha de la observación); y en la segunda se habla de otros males, también contagiosos, y le es a V. muy útil leerla para otras ocasiones.>

Como se ve, el texto impreso dejaba dos espacios en los que se hacía constar, escrito a mano, el número de historia del enfermo y la fecha de consulta. De esta manera, el "aviso" cumplía el papel adicional de "cartilla de citación", de tal manera que su recuperación posterior era sencilla.

Reproducimos a continuación, por su interés ilustrativo, el texto completo de uno de estos "avisos" (100):

> <Aviso nº 2:
> Padece usted una blenorragia (vulgarmente llamada purgaciones, gota militar, etc.) y puede usted pegarla a otra persona, aún no teniendo usted flujo, en apariencia, o teniendo muy poco, muy claro, y desde hace mucho tiempo. Un flujo que no se pega una vez puede pegarse otra, por efecto de irritaciones, de abusos de la bebida, etc. Sólo el médico puede decir a usted si pegará o no las purgaciones, gota militar, etc. que usted tenga.
>
> Los ó las que se casan, en la confianza de que por tener muy viejas y sin molestias, las purgaciones, se equivocan muchas veces.
>
> En tanto se tienen purgaciones, nunca puede uno tocarse los ojos sin antes lavarse las manos. Las mujeres que paren teniendo purgaciones, contagian muchas veces en los ojos al recién nacido y éste puede quedar tuerto o ciego. Para evitar esto es necesario hacer que sin pérdida de tiempo vea un médico oculista, a todo recién nacido que tenga los ojos malos.
>
> Creer que se curan las purgaciones atropellando a una niña o mujer sanas, es una barbaridad. No se consigue más que enfermar a la niña o mujer y no curarse las purgaciones. Igualmente es otra atrocidad creer que se curan por tomar borracheras. Generalmente las purgaciones se curan mal y pasan a crónicas con gran facilidad. Las purgaciones pueden producir enfermedades de los testículos, vejiga, riñones, inflamaciones en las coyunturas a modo de reumatismo y otras varias enfermedades. Son causa frecuentísima de las estrecheces de la orina. En las mujeres pueden hacer enfermar la matriz por mucho tiempo y con consecuencias graves.
>
> Para curar bien las purgaciones es necesario constancia, y sobre todo, saber que el que desaparezcan las molestias o disminuyan mucho es una cosa y el que estén curadas es otra. Hay, por tanto, que seguírselas curando hasta que el médico diga. Sólo cuando no hay flujo, ni poco ni mucho, y cuando la orina examinada por el médico no presente nada sospechoso, es cuando están curadas unas purgaciones. >

Este aviso concreto tiene una función básicamente informativa, está pensado para aquellos pacientes que acudían a la consulta, eran diagnosticados y se pautaba su tratamiento. Pretendían cortar la cadena epidemiológica y, además, ahorraban a Azúa tiempo en

explicaciones a cada paciente -siempre según su particular enfoque de la clínica-. No es de extrañar, como nos consta en alguna anécdota, que le enfadase que los pacientes no supiesen leer, porque esta deficiencia convertía el "aviso" en inútil.

En otros "avisos" se perseguía un objetivo más práctico e inmediato que en el anteriormente citado; el sujeto al que van destinados estos otros avisos se considera sano en principio, aunque en riesgo de padecer alguna enfermedad infecto-contagiosa. Anejo a un borrador de reglamento de sanidad de la prostitución (185), sobre el que hemos realizado un trabajo previo en relación con el debate reglamentación/abolicionismo (744), aparece la siguiente propuesta de un aviso destinado a "las casas de tolerancia y las prostitutas inscritas" (185):

> < Para librarle que le peguen purgaciones, sífilis, chancros o llagas venéreas o sarna, hay que hacer, antes de entrar con la mujer que ésta enseñe a usted su cartilla y su retrato pegado a la misma. Si el retrato es de otra mujer o no quiere enseñar la cartilla, es que la mujer está mala. Cuando en la cartilla hay una estrella encarnada encima de la última firma del médico, es que la mujer puede pegar algo.
>
> Por precaución conviene se lave usted bien, por fuera con agua, y si sabe manejarlo y lo lleva, con sublimado; que orine, y en cuanto llegue a su casa se ponga una inyección de una jeringuilla en el caño de la orina de la receta siguiente: (la fórmula que se adopte.)
>
> Téngase dos minutos dentro del caño de la orina. >

El borrador de reglamento de la prostitución en que aparece este aviso le fue solicitado a Azúa por el "Real Consejo de Sanidad" y, aunque sí existió reglamentación de la prostitución en España durante esa época, no se llevó a cabo en los términos exactos que propuso Azúa.

La idea que Azúa expone en la cita anterior, de crear una "cartilla sanitaria" de las prostitutas, incluyendo la fotografía de la misma no eea novedosa, de hecho, aunque Azúa no lo menciona -posiblemente lo desconocía-, ya se había llevado a la práctica en algún país. Hace poco, Conde González y colaboradores revisaron en "Genitourinary Medicine"

la evolución histórica de las enfermedades venéreas en México (296). En este trabajo se recogen comentarios y fotograbados de algunas páginas de un "Registro de mujeres públicas" que se llevaba en la ciudad de México por orden del Emperador Maximiliano, durante su breve reinado. En este registro, se pueden ver las fotografías de cuerpo entero o medio cuerpo de cada prostituta, su nombre, edad, origen y número de registro.

Los "avisos sanitarios" y su intención divulgativa sobrevivieron a Azúa. Sainz de Aja tomó de su maestro esta idea. En 1929, "Ecos Españoles de Dermatología y Sifiliografía" publicó los textos de cuatro avisos sanitarios ideados por Sainz de Aja, dedicados "a los enfermos de blenorragia", "a los que tienen sífilis", "a los enfermos de chancros venéreos", "a los enfermos de sarna" (748). Sin embargo, mucho más importante que la supervivencia de los avisos tal como Azúa los había creado fue la influencia indudable que éstos tuvieron en la revaloración de la información al pueblo como arma terapéutica y de profilaxis. En 1926, escribió Villarejo (862):

> < La educación social antivenérea, en toda campaña contra esta plaga social, es factor tan determinante y significativo, que sin él fracasa toda la empresa sanitaria encaminada hacia estos fines benéficos. >

Los nuevos medios de divulgación dejaron obsoletos los antiguos avisos de Azúa y pronto se recurrió a los más diversos medios de difusión: conferencias, carteles, campañas, etcétera. Una de las inciativas más originales fue la utilización del cine como medio de propaganda. Nos consta, a través de una referencia de Bejarano, por esta época dedicado plenamente a la lucha antivenérea (234):

> < Como sabemos los mejores medios y más contundentes para la campaña antivenérea, es la propaganda social; y esta propaganda ha de ser a base de conferencias de divulgación, folletos, revistas, etc., donde pueda ilustrarse al público acerca de los males venéreos.
>
> Pero hay otro medio más eficaz aún, que es el gráfico por medio de las proyecciones cinematográficas, pues como se comprende, es el más instructivo para el vulgo, porque le enseña de una manera práctica las consecuencias de las enfermedades venéreas.

.../...

Vamos a decir dos palabras acerca de esta clase de películas: se clasifican en dos grupos: 1° películas de divulgación científica; 2° películas de educación sexual.

Las primeras tienen por objeto manifestar al vulgo, el agente productor de la enfermedad, en que sitios existe éste, donde se localiza, su morfología y las lesiones que produce. Estas como se comprende no surten efecto, pues lo que al vulgo le interesa es que se le instruya, que se le den normas y consejos para evitar la adquisición de las enfermedades venéreas.

En cambio, el segundo grupo es puramente social, tiende a instruir al profano, a ilustrarle y a darle las pautas a seguir contra dichas enfermedades. Por tanto las películas que deben proyectarse para obtener una lucha y una profilaxis más eficaz contra ellas, son la educación sexual; y en este grupo está basada la película que ha impresionado el comité central antivenéreo.>

En el mismo año en que Bejarano escribía estas líneas -1927- el gobierno creó una oficina de propaganda dedicada exclusivamente a la lucha antivenérea, y en 1932 se creó la "Sección de Propaganda Sanitaria" en la "Dirección General de Sanidad" (258). La propaganda antivenérea llegó incluso a la radio (258).

El primer tercio de este siglo se caracterizó también por un relanzamiento de la vieja polémica entre los partidarios de la reglamentación de las prostitución y los "abolicionistas". A finales del siglo XIX, la postura entre los médicos sifiliógrafos y los políticos era francamente favorable al reglamentarismo. En el primer tercio de este siglo se dio una progresiva conversión hacia las tesis abolicionistas. Este cambio de mentalidad y de actitud se promovió desde organizaciones humanitarias, la Iglesia y organizaciones feministas. Los partidarios de la reglamentación venían a defender la idea de que, ya que de todas maneras iba a existir la prostitución, debería por lo menos controlarse sanitariamente. Los partidarios del abolicionismo, entendían esta "oficialización" sanitaria de la prostitución como una hipocresía social y una grandísima deshumanización. Los unos y los otros hicieron correr ríos de tinta hasta bien entrados los años treinta del presente siglo.

Azúa, en 1904, se había declarado ferviente partidario del reglamentarismo (185):

> < La determinación del punto a discutir está previamente acordada: Un Reglamento de la prostitución. Y ocurre preguntar: ¿conviene que lo haya? Yo así lo creo por ser intervencionista en ésta como en todas las cuestiones de salubridad.
>
> Por casi general puede tenerse la opinión de la conveniencia de la reglamentación. En la última conferencia de Bruselas, después de muchos distingos, se ha llegado a concluir en la necesidad de una intervención; en que ésta se haga lo menos vejatoria posible, y esté sencillamente destinada a fines sanitarios. >

Sin embargo, en los años siguientes, la mayoría de los venereólogos se tornarían abolicionistas. Un curioso factor que influyó en la progresiva penetración del abolicionismo fue el impulso de las sufragistas y feministas de principios de siglo. Según éstas las leyes reglamentaristas se ensañaban con las prostitutas y exculpaban al cliente. Del apoyo de la Iglesia, de los partidos de izquierdas y de las feministas a la causa abolicionista da cuenta César Juarros en una conferencia pronunciada en el Dispensario Martínez Anido a finales de 1928 (504):

> < El abolicionismo presenta la ventajosa característica de no constituir un programa político, ni religioso, ni filosófico: es un problema de corazón. Los principios del abolicionismo son protestantes, y, sin embargo, en el Congreso de Roma, noviembre de 1921, la ideología abolicionista recibe la bendición del Papa. El abolicionismo representa el campo más neutral de cuantos puedan imaginarse.
>
> En este aspecto, el abolicionismo español conserva la tradición. En un mitin abolicionista, celebrado en el Teatro de Eslava, hablaron un religioso agustino y la secretaria de la Juventud Femenina Socialista, de la Casa del Pueblo. Ello no fue mérito de los organizadores, sino sencillamente resultante de que dentro del abolicionismo caben todos los partidos, todas las ideas, sin excepción alguna.
>
> El ideario abolicionista es el siguiente:
>
> En primer término el lema: ¡Una sola moral para los dos sexos! No hay razón para que la moral sea distinta en la mujer y en el hombre. Ni tampoco para que el hombre adúltero no cometa falta, y la mujer sí. Moral igual para los dos sexos. >

Debemos hacer constar que César Juarros fue, precisamente, y de forma conjunta con Hernández Sampelayo, fundador en 1922 de la "Sociedad Española de Abolicionismo" (505)

En ese mismo ciclo de conferencias en el Dispensario Martínez Anido, disertó también Bertoloty exponiendo las conclusiones de todo el ciclo de conferencias. Resumió y retrató la situación concreta de España a finales de los años veinte (252):

> <Todo cuanto va dicho se puede resumir en las siguientes conclusiones:
> 1ª El fracaso de la reglamentación y el abandono progresivo de ella.
> 2ª La insuficiencia del abolicionismo puro y la precisión de acudir al lado médico.
> 3ª La coincidencia de toda Europa en:
> A) Ilustración al público (carteles, folletos, películas, conferencias, etc)
> B) Diagnóstico precoz y tratamiento gratis (Dispensarios, hospitales, laboratorios)
> C) Instrucción de médicos y estudiantes.
> D) Educación sexual (Conferencias, escuelas, padres, etc)
> E) Lucha contra la prostitución (Enseñanzas, protección a la mujer, castigos a proxenetas y seductores, etc)>

El abolicionismo se declaró primero en Gran Bretaña, en 1883; en Noruega, en 1888; en Dinamarca, en 1906; Finlandia, en 1907; Países Bajos y Bulgaria, en 1911; Cuba, en 1913; República Dominicana, en 1913; Alemania, 1927; Hungría, 1928; (504). Cuando, en mayo de 1934, se celebró en Madrid la reunión de la "Unión Internacional Contra el Peligro Venéreo", España era todavía reglamentarista. A este respecto, dicen Bravo y Fernández de la Portilla en una ponencia de dicha reunión (258):

> < El estado actual de la Lucha Antivenérea en España puede sintetizarse -para dar a ustedes una impresión rápida, pero ajustada- diciendo que España es, ideológicamente, un país abolicionista. Una Comisión de técnicos elaboró hace 2 años un proyecto de ley para la lucha contra las enfermedades venéreas, y es de esperar que el Parlamento la tome en consideración. Entre tanto sigue España siendo, oficialmente, reglamentarista. >

Finalmente, el abolicionismo se instauró en España en 1935. Sin embargo, el eterno debate reglamentarismo-abolicionismo no acabó ahí, aún daría nuevas vueltas de tuerca.

En la sesión de la "Academia Española de Dermatología", celebrada el 5 de febrero de 1936, el doctor Caro-Patón presentó una comunicación titulada "Nota previa sobre el resultado de la actual ley de Abolicionismo en el medio rural" (268). El autor, que se manifiesta declaradamente abolicionista, se hace eco de la opinión de una parte de la población que reclama de nuevo controles sanitarios y "prostitutas sanas":

> < Han pasado seis meses desde la implantación del abolicionismo en España. Las gentes faltas de cultura o mal orientadas recibieron con desagrado y temor esta ley, en virtud de la cual quedaban suprimidos los reconocimientos sanitarios de la prostitución; hoy día se siguen quejando de ella y hasta algún diario de gran circulación en España ha hablado de un aumento de las enfermedades venéreas a partir de la implantación de dicha ley.
>
> Claro está que hay que conocer la psicología del enfermo venéreo para explicarse estos juicios. El sujeto que acude a un prostíbulo, en muchos casos, no tiene inconveniente en embriagarse y en olvidar el empleo de los medios profilácticos, aunque los conozca; ni siquiera se acuerda de lavar sus genitales después del coito. ¿Para qué? Si en muchos individuos no existe la costumbre de lavarse la cara. Pero, ¡Ah! cuando a los pocos días se nota su supuración uretral o sus llagas venéreas, entonces sí se acuerda de hacer responsable a la desgraciada mujer que le contagió. Para él esta mujer tiene obligación de darle todos sus encantos; pero sin la propina de unos gonococos, por ejemplo.
>
> En su enfado no se conforma con dirigir sus iras a la prostituta. Antes, durante la reglamentación, echaba la culpa a reconocimientos mal hechos, quedando nosotros, los médicos del servicio, como unos farsantes o unos ineptos. Ahora, con abolicionismo, se dirigen contra éste y dicen: "¡claro, como no hay reconocimientos!..." >

José Sánchez-Covisa, a la sazón flamante presidente de la "Unión Internacional Contra el Peligro Venéreo", después de la celebración de la reunión de esta sociedad en Madrid en 1934, comentó al final de esta intervención del doctor Caro-Patón:

> < Cree que la comunicación del Dr. Caro-Patón merece encomio, porque demuestra su entusiasmo por el abolicionismo. .../... El decreto abolicionista no ha tenido consecuencias ni eficacia. No sabemos lo que se han propuesto con la publicación del decreto, pero de antemano, podía considerarse inútil. Nosotros colaboramos en los años el primer bienio a la redacción de un proyecto que no llegó a discutirse en las Cortes. Los hechos posteriores no pueden tener, a mi modo de ver, otra explicación que, habiendo estado próximo a celebrarse un Congreso internacional, se quiso dar la sensación de que nos ocupábamos de este problema; así se ve

> que este proyecto no tiene eficacia por faltarle las normas obligadas y por haber ido acompañado de medidas tan opuestas como la supresión de Dispensarios. Este decreto demuestra en sus autores o sus inspiradores una escasa meditación sobre el asunto, porque ha dado lugar a protestas desde su publicación que pueden ser atribuidas muy injustamente al sistema... >

3.4.8.3.-CLASIFICACIÓN Y ESTADÍSTICA DERMATOLÓGICAS.

La importancia que Azúa concedió a los estudios epidemiológicos y a la estadística de pacientes dermatológicos se refleja en siguiente hecho: por varias veces, cuando tuvo que presentarse ante los más destacados foros médicos de la época, a los que cada autor acudía con el tema en el que había obtenido más éxito, sus investigaciones más reconocidas o, en definitiva, con lo mejor de su trabajo clínico y científico, Azúa eligió siempre el balance de los enfermos atendidos en su consulta desde los comienzos de su actividad dermatológica. En esta actividad, constante y prodigiosa, Azúa fue ayudado por sus internos, a los que reprendía con vehemencia por su ocasional dejadez esta labor (413). Este trabajo constante le permitió a Azúa obtener conclusiones fiables y significativas. Él mismo da testimonio del orgullo que sentía por esta labor (138, 139):

> < El alto coeficiente de exactitud que alcanzan las estadísticas formadas personalmente y por observación directa, me autoriza a presentar la adjunta estadística a la consideración del Congreso. >

El punto de partida para cualquier clasificación estadística es el criterio empleado. Azúa elaboró para ello su propia clasificación dermatológica. Expuso públicamente esta clasificación en un largo discurso pronunciado en la sesión inaugural del año académico 1898-9 en la "Academia Médico-Quirúrgica", en el bienio en que fue presidente de la misma. El éxito de este discurso animó a Portillo a publicarlo, de forma fragmentada, en la "Revista Española de Sifiliografía y Dermatología" (108). Para elaborar su clasificación dermatológica, Azúa se apoyó en las autoridades dermatológicas de la escuela anátomo-patológica, pasadas y contemporáneas (120):

> < Aquí donde tan lozano vive el humorismo viejo, es posible sea útil la presentación de una clasificación dermatológica inspirada en las ideas modernas, y por esta razón, someto a vuestra consideración una en la que mi participación personal es muy pequeña.
>
> Los libros o trabajos periodísticos, de Rayer, Hebra, Auspitz, Kaposi, Schedel y Cazenave, Wilson, Duhring, Tilbury Fox, Duncan Buckley, Tommasoli, Jadassohn, Jessner, Leloir, Brocq, Besnier y Doyen (notas de Kaposi), Schwinver, Unna, Mibelli, Lesser, Prince A. Morrow y otros me han suministrado los elementos necesarios y servido de guía. >

Hasta donde sabemos, Azúa presentó y publicó la estadística de su actividad en tres ocasiones. La primera tuvo lugar en 1898, con motivo del "Congreso de Internacional de Higiene y Demografía" celebrado entre el 10 y 17 de abril de ese año en Madrid (138, 139). Expuso de nuevo el balance de enfermos en un discurso pronunciado ante la "Academia Médico-Quirúrgica" en el curso 1899-1900, segundo de su bienio como presidente de la misma (132). Por tercera vez, Azúa revisó su estadística para el discurso de ingreso en la "Real Academia de Medicina", que no llegó a presentar por fallecimiento (122, 131).

En la presentación de 1898, Azúa reunió 24.153 observaciones, 22.516 del Hospital de San Juan de Dios, y 1.637 de su consulta particular. Tan sólo 20.480 observaciones tienen un valor estadístico completo porque el resto corresponden a hojas incompletas, sin diagnóstico, o a enfermos que acudían a San Juan de Dios y nada tenían que ver con la dermatología.

En su comunicación de 1899, ya son 28.648 los pacientes recogidos en el balance (25.804 del Hospital de San Juan de Dios, 667 de una policlínica de la que no aporta más datos y 2.177 de su consulta particular). 1.937 de estos pacientes tenía un valor estadístico dudoso por datos incompletos, falta de diagnóstico o referencia inadecuada. Los datos de los 25.804 pacientes del hospital de San Juan de Dios comprendidos en esta segunda revisión estaban contenidos para entonces en 41 volúmenes del libro de registro que se

había iniciado en noviembre de 1887, cuando Azúa abrió la consulta pública de enfermedades de la piel. Este discurso se publicó como monografía (132) y se convirtió en un auténtico éxito. De él, dirían Fernández Gómez y Cubero del Castillo (413):

> < Este trabajo, en el que se acredita como escritor científico claro, limpio y concreto, que desprecia la palabrería, pero no el estilo, es el reflejo de una importantísima labor de síntesis; es quizá su mejor producción, y sin duda uno de los trabajos más interesantes de la sifiliodermatología española. Tiene observaciones atinadísimas, aunque no todas justas, sobre la colaboración de médicos y alumnos asistentes; comentarios de mucho gracejo y humorismo sobre el estado social de los enfermos... >

La tercera ocasión en la que Azúa pensaba en presentar el balance estadístico de los enfermos atendidos en su consulta, fue en el discurso de ingreso en la "Real Academia de Medicina". Para entonces el número total de enfermos atendidos era de 132.890. En esta ocasión, sólo incluyó pacientes de San Juan de Dios, aunque menciona otras 20.000 a 30.000 hojas clínicas más, procedentes de su consulta privada, de la Facultad de Medicina y de varios dispensarios policlínicos.

En la valoración de los resultados estadísticos destacan dos elementos. Por un lado, el elevadísimo número de pacientes, con cifras más que suficientes para permitir obtener conclusiones válidas. Por otro lado, es interesante la aplicación práctica del criterio de clasificación, esencialmente el mismo que en 1898, enriquecido por la nuevas aportaciones a la dermatología. En los comentarios del discurso póstumo de Azúa, el autor se toma algunas líneas en hacerse una autocrítica de la elección del criterio de clasificación criterio (123):

> < No; lo que tú presentas con pretensiones de orden, de disciplina, de clasificación, no tiene derecho a tan alta jerarquía, porque las agrupaciones nosológicas de las clases, de los grupos que integran éstas, carecen de sentido filosófico, de un criterio unívoco y de caracteres bien definidos y persistentes en todos ellos que justifiquen su agrupamiento o su diferenciación. Son varios y mudables los conceptos que sirven para la formación taxonómica que presentas, y acaso en el sentido médico, otros

> conceptos como el etiológico, son más profundos y útiles que el anatomopatológico para conocer y clasificar los estados morbosos. >

Él mismo se respondió a esta argumentación, aduciendo las razones para mantenerse en ese criterio (124):

> < Sí, tienes razón, diría yo; tus observaciones son, como tuyas, claras y lógicas; pero la realidad complejísima que tienen los hechos que integran la materia que ha de ser ordenada, estudiada y clasificada, me ha impuesto, como a todos los que ha intentado la clasificación de las enfermedades cutáneas, la necesidad de adaptarme a las numerosas variantes evolutivas que las dermatosis, como todos los procesos biológicos, tienen, aún más exagerados en ellas, en cuanto por su visible apreciación no permiten dudar de su existencia. Por esta razón he escogido como principio fundamental clasificador, la anatomía patológica, que, por su estatismo, su constancia y ser posible siempre conocerla, reúne ventajas sobre la acción etiológica, que, por su fugacidad, inconstancia y difícil demostración, es mucho menos aprovechable para agrupar, lógica y claramente, los complicados y mudables procesos dermatológicos. >

En definitiva, la clasificación con la que Azúa presenta su experiencia clínica de enfermedades dermatológicas no es muy diferente de la que ya en 1845 había propuesto Hebra, tomada, a su vez, de la clasificación de Rokitansky para la patología general. Los doce grupos de enfermedades cutáneas que Hebra consideró (hiperemias cutáneas, anemias cutáneas, anomalías de secreción de las glándulas cutáneas, exudaciones, hemorragia cutánea, hipertrofia, atrofia, neoplasias benignas, neoplasias malignas, ulceraciones, neurosis y dermatosis parasitarias (393) están también reflejados en diversos subgrupos de la clasificación de Azúa. De la antigua concepción "al modo de los botánicos", aplicada en la dermatología desde finales del siglo XVIII, Azúa conservó la jerarquía taxonómica : clase > orden > género > especie > variedad.

En el primer balance de 1898, clasificó las dermatosis en 8 clases (138, 139):

1) trastornos circulatorios,
2) inflamaciones,
3) infecciones,
4) dermatosis parasitarias,
5) trastornos de nutrición de carácter progresivo,

6) degeneraciones y atrofias,
7) dermatosis nerviosas.

El octavo grupo es una miscelánea en la que incluye "enfermedades localizadas principalmente en las glándulas sudoríparas, o en los folículos pilo-sebáceos; sus trastornos funcionales y alteraciones de sus productos.-Enfermedades de las uñas".

En 1922, Azúa redujo y modificó ligeramente las clases de dermatosis, aunque el número de enfermedades aumentó, lógicamente, al haberse tipificado nuevas dermatosis: 1ª clase: trastornos circulatorios y enfermedades de los vasos de la piel, 2) inflamaciones y exudaciones, 3) dermitis parasitarias, 4) trastornos de nutrición, 5) neoplasias, 6) dermatosis nerviosas, 7) enfermedades peculiares del sistema glandular cutáneo de los folículos pilo-sebáceos, de los pelos y de las uñas.

Al revisar en conjunto las tres estadísticas de Azúa, separadas por dos décadas de importantes avances en la ciencia, se observa como en autor introdujo algunos cambios en su clasificación de las dermatosis representativos de estos avances científicos. Por ejemplo, el grupo de las hiperemias cutáneas activas de la clasificación de 1898 incluye un epígrafe con la referencia "calóricas". En su última clasificación, este apartado se incluía en una subcategoría denominada "por radiaciones", en la cual distinguía: por radiaciones calóricas, lumínicas, de Roëntgen y de sustancias radiactivas.

Algunas enfermedades que aparecen en la última estadística no eran nuevas ni se habían hecho más frecuentes, sino que se conocían y diagnosticaban mejor. Tal es el caso de la micosis fungoide. Olavide copió en su "Atlas" la lámina de la descripción original de Alibert, con la denominación de "Pian fungoso". Antes de referir el caso clínico en el pie de página advirtió (584):

> <Observación y lámina tomadas de la obra de Alibert, por no presentarse en España la forma de la enfermedad a que se refieren.>

En las estadísticas de 1898 y 1899, Azúa tampoco incluyó la micosis fungoide, ni tan siquiera como categoría vacía. En cambio, en la estadística de 1922, aparecen ya 6 casos de micosis fungoide, dentro del grupo de neoplasias malignas comjuntivas(sic).

Los contenidos de la clasificación dermatológica de Azúa (108) y sus tres estadísticas (122, 131, 132, 138, 139) son mucho más asequibles para el dermatólogo actual que cualquier clasificación dermatológica anterior, como la de Olavide. Esta evidencia se debe no sólo a la proximidad en el tiempo, sino al hecho de que las clasificaciones actuales se basan en gran medida también en la anatomía patológica. Quizás por ello, la clasificación y las estadísticas de Azúa tuvieron el valor añadido de poner el punto final en España a lo que podría llamarse la "guerra de las nosologías", que caracterizó a la segunda mitad del siglo XVIII y todo el siglo XIX (510).

3.4.8.4.-ETIOLOGÍA MICROBIANA DE LOS ECZEMAS.

En el último tercio del siglo XIX, tuvo lugar una auténtica eclosión microbiológica, que se materializó en el descubrimiento de los gérmenes causantes de numerosas enfermedades. La "moda infecciosa" llevó a exageraciones, también en la dermatología. Tanto fue así que algunas dermatosis no infecciosas fueron consideradas de origen bacteriano o micótico. Un claro ejemplo de esta ansiosa búsqueda de agentes infecciosos fue la alopecia areata. En 1878, escribió Olavide (591):

> < La tiña pelada es una de las enfermedades más curiosas de la patología cutánea. Su modo de presentación y el curso de sus síntomas es tan raro como insidioso, y su existencia tan misteriosa como controvertida en todos los tiempos.../...
>
> En España se llama a esta enfermedad "pelona"; en Francia, "pelada"; en Inglaterra los partidarios de Batteman, "pórrigo decalvans"; y en Alemania, "alopecia areata".
>
> La tiña decalvante y acromatosa, con cuyos nombres también se conoce a la pelona, es una afección phyto-parasitaria, evidentemente contagiosa, producida por un vegetal parásito llamado hasta hoy Microsporum Audouini... >

Azúa ya no lo tenía tan claro como Olavide, aunque seguía convencido del origen infecto-contagioso de la alopecia areata (121):

> < Sólo la pelada presenta obscuridades grandes respecto de cual sea su verdadero parásito productor, pero su indiscutible contagio, nos ha decidido a no separarla del grupo de parasitarias, incluyéndola en las atrofias del sistema piloso que es su casilla lógica, en tanto no quede bien determinado el parásito productor. >

Habría que esperar una generación más para que se abandonase definitivamente la idea de que la alopecia areata era de origen infeccioso. Sainz de Aja, discípulo de Azúa diría de la pelada (791):

> < 1º No es una afección parasitaria, y, por tanto, todo cuanto en este sentido se ha indicado, propuesto y realizado, debe quedar relegado al olvido.
> 2º Ignoramos su causa, o causas precisas, sin poder por lo mismo dar una línea o norma concreta de conducta en sentido de tratamiento etiológico. >

En el programa del último curso libre de Dermatología de Olavide, éste llegó incluso a señalar a la hemofilia como una enfermedad infecciosa producida por el Micrococus escorbuticus (645).

En este ambiente de investigación microbiológica intensiva, la posible etiología microbiana de los eczemas también se discutió vivamente. El mismo Olavide había propuesto como causa del eczema al "estreptococus piogenus" en su clasificación dermatológica de 1890 (645). Azúa, en su clasificación dermatológica, criticó esta asociación de Olavide, aunque sin descartar el origen microbiano del eczema (118):

> < En número inmenso de investigaciones hechas para averiguar la causa del eczema se han encontrado muchos parásitos, ninguno de los cuales ha resultado ser patógeno. Unna, cuya competencia es incuestionable en histología y bacteriología cutáneas defiende, es el verdadero productor del eczema, el "morococo", pero nadie ha supuesto fuese el estreptococo, el microbio del eczema, enfermedad que primitivamente y fuera de infecciones accidentales no supura nunca. >

Precisamente esta discusión sobre el origen infeccioso del eczema fue uno de los temas principales del "IV Congreso Internacional de Dermatología", celebrado en París, en 1900. Ocupó la primera sesión del congreso, celebrada la mañana del día 2 de agosto. Paul Gerson Unna, que había tipificado años antes la "dermatitis o eczema seborreico", mantuvo durante esta reunión la tesis de que todas las formas de eczema eran también de origen microbiano. Como se recoge en la cita previa de Azúa, Unna expuso sus trabajos en los que había llegado a aislar una bacteria que él denominó "morococo", como posible agente etiológico de los eczemas.

Jadassohn -que ya para entonces había comenzado a utilizar las primeras pruebas epicutáneas, denominadas "pruebas eczematógenas"- se inclinó por la idea de que el eczema se debía a una irritación mecánica o química y que la aparición de bacterias era un fenómeno secundario. Sabouraud optó por la misma conclusión que Jadassohn al observar que los cultivos realizados por él eran completamente estériles (813).

Azúa también participó en esta sesión sobre el origen microbiano de los eczemas, aunque modestamente. Presentó a la reunión un trabajo experimental que había realizado en colaboración con Antonio Mendoza. El texto de esta comunicación se publicó en un folleto en 1901 (205). Aparece además un resumen en la "Revista Española de Sifiliografía y Dermatología" (206).

Azúa y Mendoza dividieron su investigación en cinco experimentos, resumiendo finalmente las conclusiones de su trabajo en siete puntos (205, 206):

> < 1ª La inoculación de un cultivo de Staphilococcus albus (que puede corresponder al morococo de Unna) no ha dado resultados. Sólamente un caso dudoso.
> 2ª Las experiencias referidas demuestran que la producción de vexículas(sic) experimentales, semejantes a las del eczema banal, puede ser conseguida por inoculación en la piel de serosidad del eczema, y sobre todo por la inoculación de cultivo puro de Staphilococcus aureus.

> 3ª Las inoculaciones sobre la piel sana, con la serosidad del eczema o el cultivo, sin tela impermeable que mantenga húmeda la región inoculada, no dan resultado.
> 4ª Cubriendo las regiones inoculadas, no traumatizadas previamente, con tela impermeable, se obtienen resultados, a veces bastante intensos. (Los dos últimos enfermos de la quinta experiencia). La maceración epidérmica producida por las compresas húmedas y la tela impermeable, es probablemente la causa de esta diferencia.
> 5ª El traumatismo cutáneo superficial sobre todo precedido de una acción hiperemiante como la de sinapización, es el mejor procedimiento de los que hemos empleado para la producción de lesiones vexiculosas(sic) de tipo eczematoso. Con la aplicación de gasa impregnada en caldo de cultivo, recubierta de tela impermeable, se obtiene el máximo de condiciones favorables.
> 6ª A las lesiones producidas le falta la persistencia morbosa del eczema, la diseminación de éste y los fenómenos congestivos locales y de infiltración cutánea.
> 7ª La importancia evidente del traumatismo y el estado hiperémico anterior a la inoculación, justifican en absoluto el papel preponderante adjudicado al rascamiento en la producción y extensión de las lesiones eczematosas. >

En 1922, Azúa recordó esta comunicación al congreso internacional de 1900 y replanteó el problema y los resultados de aquel trabajo con mucha mayor claridad, a nuestro modo de ver, que en el trabajo original, quizás por la perspectiva que da el tiempo y los avances en el conocimiento del eczema (128):

> <...al Congreso se sometieron los resultados experimentales que habíamos obtenido varios investigadores de esta cuestión, y conformes todos en que el microbismo se asociaba al eczema en cuanto este llegaba a ser exudativo, se inclinó también la mayoría a que el eczema vesiculoso puro con elementos inicialmente no rotos era experiementalmente amicrobiano y por tanto no podía ser estimada la etiología microbiana como el factor etiológico indispensable del eczema; contribuí, en unión de D. Antonio Mendoza, a una investigación experimental acerca de la producción del eczema por el Staphilococcus aureus, y la resultante final y no forzada de nuestras investigaciones fue la siguiente: que la aplicación de compresas de gasa empapadas de cultivos de Staphilococcus aureus producía sobre la piel del brazo, en niños previamente traumatizada por frote con un cepillo vesículas de eczema, en su mayor parte turbias, y en menor número claras y típicas, pero efímeras y no engendrando una lesión difusa y persistente, como sucede cuando se trata de los eczemas que clínicamente observamos. Cuando la aplicación de la compresa empapada en cultivos no era precedida del traumatismo señalado, no se producían lesiones vesiculosas ni nada que recordase un eczema. Las experiencias por mi presentadas al Congreso, fueron estimadas como no productoras de verdadero eczema, y predominó

> la opinión de que primitivamente el eczema era una dermatosis microbiana. Quedó, a pesar de esto, en mí la idea de que el papel patógeno primario que clínicamente desempeñan autoinoculaciones eczematógenas que se producen por exudados microbianos, las que, si bien es cierto que el contacto del exudado produce maceración epidérmica y éste supone ya una [a]normalidad de la capa córnea, la forma genuinamente espontánea y clínica con que la lesión eczematosa se produce por este mecanismo, obliga a considerarla dermatológicamente como un eczema. >

Las dudas manifestadas por Azúa en este discurso aún hoy no están del todo aclaradas. Desde hace ya décadas se explica la etiopatogenia de un gran número de eczemas -según ya apuntó entonces Jadassohn- como la expresión de un fenómeno alérgico de sensibilización por un mecanismo tipo IV de la clasificación de Gell y Coombs. En otros casos se trata de dermatitis de causa claramente irritativa. En el eczema atópico y en el eczema dishidrótico la causa es desconocida, aunque se supone que en la etiopatogenia están implicados factores endógenos, hereditarios y otros factores agravantes o desencadenantes externos. Por ejemplo, y manteniendo aún viva la polémica planteada en el congreso de 1900, muchos autores piensan que la sobreinfección por S. aureus juega un papel importante en los brotes de dermatitis atópica (514).

Por otro lado, los dermatólogos conocen bien un pequeño grupo de eczemas parainfecciosos, o de eczemas asociados a úlceras de miembros inferiores, o a insuficiencia venosa que no se explican de forma adecuada por los mecanismos anteriormente expuestos. En la experiencia clínica diaria, observamos que estas lesiones eczematosas no se curan únicamente con antibióticos y responden bien, en cambio, a los corticosteroides tópicos o sistémicos. Azúa ya apuntó hace setenta años ejemplos de este tipo (129):

> < Otro grupo de casos semejantes al citado está representado por aquellos enfermos que teniendo un orificio fistuloso supurante, presentan, en las inmediaciones de él, humedecidas por el líquido, un eczema: se comprueba esto de cuando en cuando en los enfermos otorreicos o de mastoiditis fistulosas con eczema retroauricular, o en los fistulosos del ano

> por brote de eczema perianal, y aún más claramente en aquellos otros en los que una lesión exudativa purulenta del dorso de la mano lleva a la cara, apoyada durante el sueño sobre el dorso, el eczema que en la mano existe. Lo mismo sucede cuando en la periferia de un vejigatorio infectado se engendra un eczema por contacto de los exudados que de la zona vesicada se desprenden,... >

Es interesante releer, a la luz de los conocimientos actuales sobre lo que se ha dado en llamar "autoeczematización", "autosensibilización", "diseminación o generalización de un eczema localizado" o "reacción ide" -cuya patogenia no está aún del todo aclarada (467)-, las observaciones de Azúa en su trabajo experimental (205,206):

> < Entre las 26.711 observaciones recogidas en mi Clínica del Hospital de San Juan de Dios y en mi clientela privada, desde noviembre de 1887 a igual mes del año 1899, existen 4.244 casos de eczema. En muchas de estas observaciones se hace notar que una auto-inoculación, es decir, un verdadero contagio, comprobado por la observación clínica, ha intervenido en la producción o extensión del proceso eczematoso.
>
> Unas veces las auto-inoculación provenía de una lesión supurante no eczematosa; otras, de un eczema anterior. Hemos observado la aparición del eczema o por contagio directo con la parte enferma, por existir las lesiones en regiones simétricas de las que se pueden poner en contacto con frecuencia o por intermedio de las manos. Ejemplo típicos del segundo caso, se encuentran en los eczemas del dorso de las manos y los brazos, de las criadas y las lavanderas, muchas veces propagados a la parte inferior de la cara y cuello. Hemos comprobado esta auto-inoculación cuando los enfermos habían abandonado ya hacía muchos días sus ocupaciones y no podía, por tanto, intervenir ninguna causa de orden químico o mecánico distinta de las propias de la enfermedad. La condición más favorable para la auto-inoculación parece estar en relación con el estado exudativo de la lesión, la impregnación repetida y la maceración consecutiva de la parte contagiada. Muchas veces hemos comprobado la influencia decisiva que, para evitar estas inoculaciones, tiene la oclusión de la parte expuesta al peligro de contagio. >

De estos párrafos, se deduce claramente que lo que Azúa refiere como "autoinoculación" o "autocontagio", es, en realidad, una reacción "ide" o una diseminación de un eczema primariamente localizado.

3.4.8.5.-PSEUDOEPITELIOMAS CUTÁNEOS. PIODERMITIS VEGETANTE.

Uno de los temas a los que Azúa se dedicó con mayor interés fue lo que él denominó en un primer momento "pseudo-epiteliomas cutáneos" y, más adelante, "piodermitis vegetante". En varias ocasiones publicó trabajos sobre este tema. los primeros, los más importantes, los realizó en colaboración con Claudio Sala, profesor encargado de la cátedra de microbiología de la Facultad de Farmacia de la Universidad Central de Madrid.

La primera vez que Azúa hizo mención a este tema fue en la reunión de la "Academia Médico-Quirúrgica Española" del 1 de marzo de 1894, en la que presentó una comunicación titulada "Epitelioma excrescente pseudo-inflamatorio". Un resumen de esta comunicación se publicó en la "Revista de Medicina y Cirugía Prácticas" (160). Se trata de un resumen breve que transcribimos íntegramente:

> < Presento este caso, con objeto de oír la opinión de las personas competentes en cuestiones de Cirugía.
>
> Se trata de una mujer asturiana, de cuarenta y tres años de edad. de buen aspecto, sin antecedentes hereditarios y que ha gozado siempre de buena salud. Hace catorce meses apareció en el dorso de la mano una tumoración que, a pesar de la medicación enérgica empleada, ha invadido toda la región, sin graves molestias, con algún picor o dolor, sin fenómenos inflamatorios intensos, ofreciendo un aspecto de placa que se extendió ocupando la cara dorsal del primer metacarpiano y primer espacio interdigital.
>
> La lesión está limitada por un reborde, y está sembrada de puntos ulcerosos que sangran y de pequeños orificios fistulosos de origen folicular, que dan sero-pus o substancia grasa. Estos orificios fistulosos dan a la lesión aspecto parecido a una espumadera.
>
> En conjunto, pudiera compararse a un hongo aplastado con rebordes debajo de los cuales puede meterse un dedo. Los bordes están perfectamente limitados; en unas partes se presenta dando sangre con facilidad, en otras, como en la ranura interdigital, ofrecen el aspecto de espumadera que he dicho. Esta lesión ha progresado muy deprisa. En la axila, los ganglios están infartados y ligeramente dolorosos.
>
> Dado este caso entiendo que se trata de un diagnóstico clínico muy difícil, que sólo podrá, si acaso, resolverse de un modo positivo por el examen histológico.

> Es una neoplasia (de eso no hay duda) que tiene como carácter la invasión temprana de los ganglios de la axila, y hay que hacer naturalmente el diagnóstico dentro de las lesiones de esta clase.
>
> ¿Podrá ser una lesión sifilítica o tuberculosa, bajo la forma de lupus? ¿Podrá ser un carcinoma, un epitelioma, un sarcoma, una actinomicosis, una micosis fungoide o una lesión muermosa o linfodérmica, cutánea y circunscrita?
>
> De todos estos diagnósticos, me parece el probable el de un epitelioma vegetante, de marcha muy rápida y pseudo-inflamatoria, con participación de los folículos pilosebáceos, constituyendo verdaderas foliculitis supuradas. A pesar de esta lesión folicular, la enfermedad no tiene los caracteres de las foliculitis conglomeradas en placas. Una vez hecho el diagnóstico micrográfico, daré cuenta de los que se encuentre. >

La descripción histológica prometida no se encuentra en los números sucesivos de la "Revista de Medicina y Cirugía Prácticas", lo que no quiere indicar necesariamente que no la hubiera presentado en la "Academia Médico-Quirúrgica". En trabajos posteriores, de 1903 y 1908, sí incluye la descripción histológica de este primer caso y una ilustración de la misma (fig. 41).

En 1903, Azúa reunió al caso de 1894 otro más, y los presentó en las sesiones de la "Sección de Dermatología del Congreso Internacional de Medicina" de Madrid, con el título de "Pseudo-epiteliomas cutáneos vegetantes" (208). Si en la comunicación de 1894, Azúa expresaba ciertas reservas sobre si debía filiar la lesión como "epitelioma" o no, ahora tiene claro que no se trata de auténticos epiteliomas sino de reacciones epiteliales. No deja dudas de interpretación en las conclusiones de esta segunda comunicación (208):

> < 1ª La estructura epiteliomatosa puede encontrarse en neoplasias cutáneas que no son en modo alguno verdaderos epiteliomas.
>
> 2ª Neoplasias cutáneas que reproducen clínicamente el cuadro de la blastomicosis o el de las formas vegetantes de las tuberculosis cutáneas pueden estar constituidas por un tejido que ofrece microscópicamente una textura cancroidal característica o los caracteres del epitelioma pavimentoso cutáneo.
>
> 3ª El aspecto clínico de la blastomicosis puede observarse sin que las lesiones sean producidas ni por la sífilis ni por la tuberculosis ni por la blastomicosis. Lo que caracteriza estos cuadros es que siendo histológicamente epiteliomas, no lo son clínicamente.

> 4ª Proponemos denominar a las enfermedades de la piel comprendidas en la conclusión precedente "Pseudo-epiteliomas cutáneos vegetantes". >

De esta comunicación de 1903 de Azúa y Sala, se publicó un resumen en los "Annales de Dermatologie et de Syphiligrafie" (209), gracias al cual esta aportación española tuvo algún eco en la dermatología internacional.

En 1908, Azúa y Sala presentan otra amplia comunicación sobre el mismo tema al "II Congreso Español de Cirugía". Esta comunicación se editó en tirada aparte como monografía con el título de "Pseudo-epiteliomas cutáneos, un nuevo caso y descripción en conjunto de la enfermedad" (210). Azúa y Sala añadieron a los dos casos ya presentados en las ocasiones anteriores un tercer paciente. Esta monografía es el trabajo más amplio sobre los pseudopiteliomas, por lo que puede considerarse como la referencia clave. Los autores describieron de forma muy minuciosa las características clínicas, la evolución después del tratamiento con fomentos de sublimado (cloruro de mercurio acuoso al 1/1000, caliente) y la aplicación de la parrilla de galvanocauterio, pruebas histológicas y bacteriológicas (frotis de exudado, tinción de Gram, tinción con azul de metileno, digestión por potasa, cultivo en agar. Hicieron una amplia revisión bibliográfica, se plantearon los posibles diagnósticos diferenciales y, finalmente, definieron los pseudoepiteliomas como una entidad nueva.

La descripción clínica del primer caso -estudiado en febrero de 1894 y recordado en 1903 y 1908- es magistral (211):

> < Todo el dorso de la mano estaba invadido por una placa neoplásica saliente, de límites bien marcados. Superficie desigual y mamelonada. Color rojo de tonos variados. Costras bastante adherentes sobre ulceraciones superficiales, fungosas, papilomatosas, fisurarias, sangrantes, de color rojo sucio, salpicado de puntos blanquecinos. Exudación abundante sero-purulenta. Bordes neoplásicos altos, casi perpendiculares y en algunos puntos reblandecidos, vegetantes y evertidos. La masa neoplásica blanda y como esponjosa no invadía más que la piel. Comprimiéndola tomaba aspecto de espumadera, por la aparición de gotas purulentas espesas, que

parecían salir de abscesos mínimos, más abundantes en los bordes. Olor nauseabundo como canceroso. Dolores y, en la axila, ganglio infartados, dolorosos, con tendencia a adherirse a la piel. Fiebre ligera, gran depresión de fuerzas.

Impresión diagnóstica muy confusa. Se pensó en un epitelioma vegetante, con infecciones secundarias y próximo a la caquexia... >

En el segundo paciente -estudiado en diciembre de 1901- ya afinaron más los autores en la impresión diagnóstica y en las pruebas microbiológicas (212):

< Impresión diagnóstica clínica entre epitelioma, blastomicosis y tuberculosis vegetante. Quince días de ioduro potásico, fomentos de permanganato de potasa: resultados nulos.

Examen del exudado: no se encuentran blastomicetos ni con la potasa ni con el azul de metileno. Los cultivos sobre agar glucosado y sobre gelatina producen colonias polimicrobianas de saprofitos y piógenos, pero no demuestran la existencia de blastomicetos. Constantemente aparece el bacilo piociánico.

Inoculaciones: En conejos, en el tejido celular subcutáneo del abdomen de masa neoplásica triturada: nódulos inflamatorios, de los cuales uno supura. Durante tres meses de observación, los conejos no presentan nada. En conejos de Indias, inyección en el tejido celular y en el peritoneo con el pus de abscesos miliares y detritus del tejido. Uno muerto de peritonitis purulenta sobreaguda. Otro enflaqueció, tuvo fiebre y curó rápidamente. Necropsia tres meses después: no se encontró nada. >

Los estudios histológicos son superponibles en el primer y segundo caso. Se detienen especialmente en el estudio del tercero, el más reciente (215):

< Del cuerpo mucoso de Malpighio se destacan numerosos cilindros epiteliales que engruesan en la parte más profunda. Constituidos por las células pavimentosas del mencionado epidermis mucoso, presentan frecuentemente aglomeraciones celulares, formando nódulos o glóbulos epidérmicos, iguales a los que se observan en los epiteliomas de la piel y mucosas, de epitelio pavimentoso. En todos los sitios de la preparación se observa que la neoformación epitelial se origina siempre por el crecimiento y multiplicación anormales de células epiteliales malpighianas, sin que jamás tomen parte en la producción neoplásica, ni las células de las glándulas sudoríparas ni las de las sebáceas.

.../...

Notemos de paso, que el dermis donde asienta la lesión se halla notablemente infiltrado de células emigrantes en número mucho mayor al que es dado observar, generalmente, en los epiteliomas. Otra particularidad es también digna de mención, y es que, hacia la parte central de la lesión, se forman en el mismo espesor de las masas epiteliales verdaderos abscesos que infiltran y disgregan el tejido epitelial circunvecino, abriéndose por fin

> muchos de ellos en la superficie libre cutánea, donde se vierte una masa purulenta, en la que la investigación micrográfica revela la presencia de una gran cantidad de glóbulos blancos y de bastantes células epiteliales pavimentosas de núcleo ovalado y contorno redondeado, algo alteradas por maceración en el líquido purulento. >

Azúa y Sala presentan varios grabados que ilustran esta descripción histológica (fig. 41), en concreto el inferior es el que corresponde a esta descripción.

La segunda parte de este brillante trabajo la dedicaron los autores a realizar una detenida recapitulación de los hechos observados. Plantearon, además, un meticuloso diagnóstico diferencial con doce entidades: 1) epiteliomas, 2) papilomas, 3) tuberculosis cutáneas papilomatosas o vegetantes, 4) sífilis, 5) lamparón crónico, 6) estafilococias cutáneas -botriomicosis y perifoliculitis supuradas y conglomeradas, en placas, no tricofíticas-, 7) estreptococemias, 8) esporotricosis, 9) blastomicosis, 10) tricoficias, 11) brómides, 12 miscelánea -pian, micosis fungoide, pénfigo vegetante, etc- .

Azúa abordó de nuevo el tema de los "pseudoepiteliomas" en el primer volumen de "Actas Dermosifiliográficas". En este nuevo artículo, el autor -que firma en solitario- introduce un nuevo e importante matiz: la denominación anatomopatológica, o morfológica, empleada hasta entonces es sustituida por un concepto etiológico -piodermitis-. Tituló esta comunicación "Piodermitis crónica vegentante papilomatosa, en placas, con reacción epitelial quística córnea" (174). Conviene recordar que, en la comunicación de 1908, decían Azúa y Sala (216):

> < Etiología.-Desconocida.- Es admisible la influencia del manejo de sustancias sucias e infecciones accidentales posibles (caso primero, limpiaba establos de vacas; caso tercero, trapera). Una infección por bacterias es verosímil dado el modo de reaccionar del tejido enfermo y la eficacia abrumadora del sublimado y de pequeñas cauterizaciones.
> .../...
> En resumen, creemos que se trata de una reacción neoplásica epitelial, de etiología bacteriana probable. >

En 1910, presentando el caso de un varón que trabajaba en la limpieza de alcantarillas, Azúa afirmó (174):

> <Clínicamente, el comienzo de la enfermedad es de tipo infectivo, y, en varios de los casos, las condiciones sociales o profesionales daban ocasión a manejo de cosas sucias. La investigación etiológica ha probado claramente no se trata de Dermitis blastomicéticas, Sporotricosis ni Tricoficias profundas dérmicas. Se han encontrado stafilococos piógenos en los casos de Bosellini y el mío, y bacilo colicomún(sic) en el de Antony. >

Más adelante, Azúa presentó a las reuniones de la "Sociedad dermatológica" nuevos casos en comunicaciones tituladas "dermitis papilomatosa vegetante" (143) y "Piodermitis vegetante post-impetiginosa" (175) en los que el concepto de "piodermitis vegetante" se impone definitivamente, desterrando el de "pseudoepitelioma".

En los trabajos de 1908 y 1910 (174, 210), Azúa hace referencia a publicaciones similares de otros autores (174):

> < Comparando los casos de Pseudo-epiteliomas publicados por nosotros en 1894, 1903 y 1908, con los dados a conocer por Antony en 1902 y por Bosellini en 1905, 1906, 1907 y 1909, se hallan tal número de caracteres comunes, que parece se trata de lesiones, que si no son iguales por completo anatómicamente, pertenecen cuando menos a la misma especie clínica. En nuestro trabajo de 1908 ya hacemos notar esto respecto del caso de Antony, no haciéndolo de los de Bosellini por estar en aquella época informado defectuosamente, por referencias de segunda mano de los caracteres de la Dermatitis crónica verrucoide de Bosellini. >

Quizás teniendo presentes estas palabras de su maestro, Covisa y Bejarano se refieren a esta entidad en su libro "Elementos de Dermatología" como "piodermitis crónicas de tipo Azúa-Bosellini" (362).

Bejarano y Gómez Orbaneja revisaron el pseudoepitelioma de Azúa en 1936. Se quejaban ya entonces del escaso eco de los trabajos de Azúa y sus discípulos (239):

> < Todas estas descripciones no encuentra acogida en las literaturas dermatológicas francesa y alemana, ya que la piodermitis crónica de Hallopeau es un proceso totalmente alejado del que nos ocupa, y Zurhelle y Klein lanzan como original su trabajo aparecido en 1926.

> En realidad, puede afirmarse que lo estudios de Azúa, a este respecto son casi en absoluto desconocidos de los dermatólogos extranjeros, hasta que Peyrí, en el Congreso de Dermatólogos de Lengua Francesa, celebrado en Bruselas en el año 1926, llamó la atención sobre este asunto, logrando que en trabajos posteriores conste este acuerdo; pero de todos modos como algo vago e impreciso que no se conoce directamente. >

Indudablemente esta comunicación de Peyrí (701), mencionada por Bejarano y Orbaneja y el propio resumen del trabajo de Azúa y Sala en los "Anales Franceses..." (209) fueron determinantes en el eco, por otra parte escaso, que este tema ha tenido en la literatura internacional. Un honroso ejemplo se encuentra en la "Enciclopedia Médico-Quirúrgica de Dermatología" que dedica un breve párrafo y una ilustración a la piodermitis "tipo epiteliomatiforme de Azúa" (58).

Gay Prieto y Álvarez Cascos también colaboraron a la difusión internacional del cuadro descrito por Azúa y Sala aportando una revisión de 4 casos en la literatura germana (449).

En la literatura anglosajona se ha hecho también mención de forma puntual al trabajo de Azúa y Sala, siempre a través de la reseña aparecida en los "Anales Franceses...". Así por ejemplo, en 1953, Russel (747) se planteó la misma duda que Azúa cincuenta años antes: ¿carcinoma? ¿micosis granulomatosa?. Su y cols reconocieron claramente la primacía de Azúa en la descripción de estas lesiones que ellos dan en llamar "Blastomycosis-like pyoderma" (829). Ya en el mismo título de este trabajo relativamente reciente -1979- se señala el parecido de este tipo de lesiones con la blastomicosis como una aportación novedosa. En realidad, Azúa y Sala habían comentado ampliamente este diagnóstico diferencial en su comunicación de 1908 (218):

> < Lo concerniente sobre todo a blastomicosis, ha sido revisado con machacona pertinacia, pues así como el descubrimiento de las dermitis blastomicéticas, resultó del examen minucioso de casos que sin esas investigaciones hubiesen seguido siendo estimados como de sífilis, tuberculosis o epitelioma, nuestras observaciones han separado el pseudo-

> epitelioma de las dermitis blastomicéticas que, objetivamente son su alter ego clínico... >

Encontramos el trabajo de Peyrí anteriormente mencionado por Bejarano y Orbaneja (239) en el libro de resúmenes del "III Congreso de Dermatólogos de Lengua Francesa", celebrado en Bruselas, del que se guarda un ejemplar en la Biblioteca del Departamento de Dermatología en el Hospital Universitario San Carlos (701). Casualmente encontramos el mismo texto en castellano, con el añadido de algunos grabados y comentarios, en la sección de artículos originales de "Ecos Españoles de Dermatología y Sifilografía" (700). En nuestra opinión, este trabajo de Peyrí, es después de la comunicación de Azúa y Sala de 1908, el mejor estudio sobre el tema. De hecho, algunos autores han preferido tomar como punto de partida en la explicación de la piodermitis vegetante este trabajo de Peyrí antes que el propio trabajo de Azúa y Sala. Así lo demostró Gay Prieto en su texto de dermatología (442). Peyrí distinguió tres formas de piodermitis vegetante: 1.-La forma pseudoepiteliomatosa (la forma descrita por Azúa), 2.-una forma verrucosa, con lesiones de menor tamaño y muy similar a la tuberculosis verrucosa y 3.-una forma papilomatosa, fungosa, muy blanda, casi frambuesiforme (700, 701). En este último grupo Peyrí está describiendo, en realidad, el botriomicoma o granuloma piogénico. Este mismo concepto aparece también recogido en el libro de Covisa y Bejarano de 1936 (363):

> < A parte de la piodermitis de Azúa que acabamos de describir pueden incluirse en este grupo el granuloma piogénico o botriomicoma que para muchos autores es atribuible a la presencia de cuerpos extraños. >

Sin embargo, esta tipificación y subclasificación progresiva de las distintas formas clínicas de piodermitis vegetante, desvirtuó en gran medida el sentido inicial del trabajo de Azúa y creó un ambiente de falsa complejidad, lo que ha llevado a algún autor a comentar (558):

> < La nomenclatura de las piodermitis vegetantes es agobiante desde que Bosellini en 1905 y Azúa en 1908 individualizaron respectivamente la forma verrucosa y pseudoepiteliomatosa. >

Aún así, el pseudoepitelioma de Azúa pervive en la literatura dermatológica española. Cuando José Gómez Orbaneja ingresó en la "Real Academia Nacional de Medicina", el 7 de octubre de 1980, pronunción un discurso titulado "Pseudocáncer. Procesos dermatológicos de apariencia maligna" (463). Después de la introducción y de las cortesías de rigor, el primero de los cuadros comentados fue precisamente el pseudoepitelioma de Azúa. También le dedicó algunas líneas en su texto de dermatología de 1972 (461).

Retomando los casos de pseudoepitelioma de Azúa y los recogidos posteriormente por sus discípulos y otros autores, podríamos describir de la siguiente manera el perfil clínico de las lesiones: pápulas y placas eritematosas, supurantes, que se convierten en placas costrosas y queratósicas, localizadas casi siempre en las zonas expuestas, especialmente en el dorso de la mano, y en personas de higiene pobre. Las lesiones son indolentes en su evolución. Pueden ser prácticamente asintomáticas o producir cierto dolor local o linfangitis locorregional. Cuando se presionan, eliminan un pus espeso, amarillento, muy abundante en estafilococos, a través de orificios múltiples, que le confieren un característico aspecto "en espumadera".

Teniendo presentes los diagnósticos diferenciales clínicos e histológicos ya planteados por Azúa, se podría abreviar el diagnóstico diferencial del pseudo-epitelioma partiendo de los conocimientos actuales, con tres entidades: la blastomicosis, la botriomicosis y el carcinoma verrucoso. Los dos primeros fueron ya ampliamente revisados por el mismo Azúa, que no encontró ningún tipo de colonización micótica en las lesiones ni en los cortes estudiados ni en los cultivos. Tal es la similitud entre ambos cuadros que algunos autores hablan de una "piodermitis de tipo blastomicosis" (829, 868, 871).

La botriomicosis es, en nuestra opinión, un diagnóstico diferencial muy aproximado. Azúa habló ya de esta entidad y no la descartó totalmente en sus conclusiones (217):

> < Estos elementos patógenos, sobre todo los stafilococos(sic), se encuentran en toda la superficie abierta infectada, y, por tanto, no parece razonable considerarlos como la causa de un proceso de cierta especificidad clínica. Es necesario tener, sin embargo, en cuenta que, a veces y por concausas conocidas o desconocidas, las infecciones stafilocócicas toman aspecto extraordinario, como sucede en la llamada Botriomycosis, sin que con esta mención queramos indicar que se trata de ella. >

Sin embargo, es difícil pensar que un rasgo tan llamativo de la botriomicosis como es la presencia de los característicos gránulos, similares a los gránulos azurófilos de la actinomicosis, pasara desapercibida a la meticulosidad de Azúa y Sala.

El concepto de carcinoma verrucoso no existía en la época de Azúa. Algunas de las imágenes histológicas que presentó Azúa en sus trabajos obliga a considerar en esta posibilidad. Existe, sin embargo, un argumento clínico irrefutable que descarta esta posibilidad. Es característico del carcinoma verrucoso la pertinaz recidiva y la dificultad de eliminarlo en su totalidad a pesar de su crecimiento lento y aspecto "poco maligno". La fácil curación de las lesiones de los pacientes de Azúa con medios sencillos descarta esta hipótesis. Quizás tan sólo en el segundo de los casos estudiados por Azúa se puede contemplar este diagnóstico. Asegurarlo es difícil o imposible, ya que los autores no aportan grabados de este caso concreto. Se trataba de un varón de 22 años con una lesión excrecente y ulcerada en el muslo desde los dos años de edad a la que se le había aplicado numerosas cauterizaciones con nitrato de plata. Al final de caso comentan los autores (213):

> < Se extirpó amplia y profundamente la neoplasia. Recidiva por múltiples puntos, en forma vegetante. Se infecta un ganglio con dolor y se ulcera, con tipo crateriforme profundo y aspecto putrilaginoso. Las repululaciones(sic) del tumor son múltiples y exuberantes; aparecen

> hemorragias, septicemia, diarrea, coma y muere el 16 de agosto de 1902 en su casa. No se pudo hacer autopsia. >

En algún momento, se ha planteado la similitud del pseudoepitelioma de Azúa con el queratoacantoma. Gay Prieto relata así un encuentro con Bejarano en el que éste le manifestó precisamente esta idea (447):

> < En octubre último pasamos algunos días con Bejarano, camino del Congreso Mexicano de Dermatología en Monterrey.../... Según Bejarano, fue realmente Azúa el primero en describir clínicamente el queratoacantoma con la denominación de pseudo-epitelioma, entidad aparte, aunque por muchos confundida con las piodermitis vegetantes de Azúa y Bosellini. >

Bejarano no fue el único en sugerir esta posibilidad, Su y colaboradores también afirmaron (829):

> < El queratoacantoma gigante y el queratoacantoma centrífugo marginado son otras entidades que pueden ser confundidas con el pioderma de tipo blastomicosis. >

Hace relativamente pocos años -en 1988-, Wilson Jones y Winkelmann publicaron veinticinco casos de pioderma superficial granulomatoso (867). Alguno de los casos presentados tiene un gran parecido clínico e histológico con los casos de Azúa y Sala, aunque Wilson Jones y Winkelman no hacen referencia a estos autores. Este trabajo aporta un diagnóstico diferencial adicional al de la piodermitis vegetante, al ser considerados por los autores como una forma localizada y vegetativa de pioderma gangrenoso.

A nuestro modo de ver, la verdadera importancia de los trabajos de Azúa no es el ser la primera descripción de una piodermitis vegetante. La más brillante aportación de Azúa y Sala se encuentra en los trabajos de 1903 y 1908. De manera explícita, los autores desarrollaron en estos trabajos el concepto de "pseudotumor" o de "pseudomalignidad" mucho antes, por ejemplo, que el nevo de Spitz o la papulosis linfomatoide. Lo dicen muy claramente (208):

> <...lo que caracteriza estos casos es que siendo histológicamente epiteliomas no lo son clínicamente.>

Los trabajos posteriores de Azúa y sus discípulos procuraron una denominación etiológica para esta entidad e hicieron caer en el olvido precisamente la parte más original de la comunicaciones de 1903 y de 1908. De esta renuncia al concepto de "pseudoepitelioma" en favor de la denominación de "piodermitis vegetante" tenemos un testimonio muy significativo en dos intervenciones de Gay Prieto y de Covisa en el "Congreso Internacional Monográfico de Cáncer de la Piel", celebrado en octubre de 1929, en Barcelona (869):

> < Doctor Gay Prieto: Alude a la denominación de pseudoepiteliomas empleada por el doctor Fornells a reacciones epiteliales perfectamente conocidas por los dermatólogos, absolutamente banales. En los tratados de histopatología cutánea, se les da el nombre de proliferaciones epiteliales atípicas y clínicamente no se parecen en nada a los epiteliomas e histológicamente tampoco. La denominación de pseudoepitelioma fue ya empleada por Asna(sic) y Bosellini en lo que hoy se da el nombre de piodermitis vegetante, pero está actualmente abandonada esta denominación.
> .../...
> Doctor Covisa: Manifiesta su disconformidad con el criterio del doctor Fornells, por creer que no se puede utilizar el nombre de pseudoepiteliomas más que con un criterio clínico, como hacía el doctor Azúa; pero nunca desde un punto de vista histológico.>

Gómez Orbaneja explicó, en su discurso en la "Real Academia de Medicina", este cambio en la orientación anátomo-patológica a la etiopatogénica (464):

> < Han venido siendo reconocidas proliferaciones epiteliales reactivas en diversos procesos tuberculosos, micóticos, etc., pero la diferenciación en aquellos casos es el resultado negativo de todas las investigaciones y por cocos piógenos, no siempre demostrables dada la respuesta al tratamiento. Eso lleva al mismo Juan de Azúa, en una nueva publicación, a calificarlos de "piodermitis crónica vegetante y papilomatosa en placas, con reacción epiteliomatosa quística y córnea", en el año 1910.>

El concepto de "hiperplasia pseudoepiteliomatosa" estaba ya presente en los trabajos de Azúa y Sala (218):

> < ¿Qué es un pseudo-epitelioma? Un proceso crónico neoplásico, probablemente infectivo, que determina reacciones epiteliales cutáneas que histológicamente simulan perfectamente un epitelioma pavimentoso lobulado córneo.... >

La hiperplasia pseudoepiteliomatosa es una reacción epitelial no rara en varios infecciones crónicas, como blastomicosis, hidrosadenitis, piodermitis gangrenosa, intoxicación por halógenos, lupus vulgar, osteomielitis, escrofulodermia, dermatitis de estasis, etc (244, 513). La expresión "hiperplasia pseudoepiteliomatosa" fue empleada por primera vez por White y Weidman en 1927 para referirse a los crecimientos epiteliales de los márgenes de las úlceras crónicas, en casos de gomas sifilíticos, forúnculos del cuello y úlceras de piernas por hipertensión venosa (866). Estos autores llegaron incluso a distinguir tres grados histológicos de hiperplasia pseudoepiteliomatosa, de los cuales en el primero sólo hay acantosis, en el segundo se observa crecimento de las crestas interpapilares, con núcleos hipercromáticos en las células y con ruptura de la membrana basal. El tercer grado incluye casos que son, en su mayoría, auténticos epiteliomas espinocelulares.

En una nota a pie de página de la monografía de pseudoepiteliomas de 1908, Azúa hace constar lo siguiente:

> < En la bibliografía anterior a nuestro primer trabajo aparece por vez primera en 1894 el nombre de pseudo-epitelioma al final de un artículo de Tommasoli y quiere el autor con este nombre designar los estados patológicos que contienen gérmenes epiteliales, capaces de transformarse accidentalmente en epiteliomas, pero el caso de que trata, en nada absolutamente se parece a los nuestros. >

Azúa aporta a pie de texto la referencia original de este trabajo, aunque él lo conoció a través de una traducción francesa:

> < Üeber eine Fall von Epithelioma verrucosum abortivum mebst einen Beitrge zum Studium der Psorospermosen. Archiv für Dermatologie und Syphilis. 1894, Bd XXVI. p 49. >

Como explica Azúa, sorprendentemente Tommasoli hace referencia en su trabajo con esta denominación a un concepto distinto al de "hiperplasia pseudoepiteliomatosa". El sentido del término empleado por Tommasoli sería, en realidad, el de "preneoplásico" o premaligno". Azúa desconocía, en cambio, las aportaciones previas de Unna y Friedländer que Berenbein recuerda en su monografía sobre el pseudocarcinoma de la piel (245):

> < El concepto de pseudocarcinosis (pseudocancerosis) se acostumbra a considerar como una aportación de Unna (1894), que fue el primero en advertir que la proliferación excesiva de la epidermis que se ve en algunas lesiones de lupus vulgar recuerda el carcinoma epidermoide de la piel. Unna no encontró metástasis en sus pacientes, a pesar del largo tiempo de evolución de la enfermedad. Es difícil afirmar de forma retrospectiva si la hiperplasia epidérmica observada por él era o no benigna, aunque atípica, porque no realizó un seguimiento de los pacientes y porque no se disponían en aquel tiempo de criterios adecuados para diferenciar clínica e histológicamente la hiperplasia inflamatoria de la epidermis del carcinoma espinocelular. Sus observaciones sin embargo, atrajeron la atención de los dermatólogos hacia los llamados "crecimientos epidérmicos atípicos". El primero en estudirarlos fue Friedländer (1877), que mostró que la proliferación epidérmica atípica no era siempre un signo de malignidad, sino que podía ocurrir en una amplia variedad de procesos, incluyendo, entre otros, el lupus vulgar, lepra, fístulas y elefantiasis. Friedlander llegó a la conclusión de que mientras todo crecimiento epidérmico atípico no puede ser considerado necesariamente como canceroso, cada cáncer representa un crecimiento epidérmico atípico. >

Es interesante contrastar algunas observaciones de Azúa con los trabajos actuales sobre la hiperplasia pseudoepiteliomatosa. En un trabajo de 1988, Grunwald, Yu-Yun Lee y Ackerman afirman (482):

> < La hiperplasia pseudoepiteliomatosa es siempre una reacción epitelial a un proceso subyacente. Hay dos tipos de hiperplasia pseudoepiteliomatosa en la piel. En el primero, el epitelio responde con una proliferación de células basaloides en un intento de crear estructuras foliculares. Este tipo de reacción puede ser visto, por ejemplo, en los dermatofibromas. A veces esta proliferación puede ser malinterpretada como un epitelioma basocelular. En el segundo tipo de hiperplasia pseudoepiteliomatosa, el epitelio responde con proliferación de células escamosas que maduran hacia la queratinización. >

Estos autores recalcan en su trabajo que la hiperplasia pseudoepiteliomatosa se produce por la hiperplasia de los anejos, principalmente del infundíbulo folicular. Azúa y Sala afirmaban en la monografía de 1908 respecto al caso nº 3 (215):

> < En todos los sitios de la preparación se observa que la neoformación epitelial se origina siempre por el crecimiento y multiplicación anormales de las células epiteliales malpighianas, sin que jamás tomen parte en la producción neoplásica, ni las células de las glándulas sudoríparas ni las sebáceas. >

En el primer trabajo sobre el pseudoepitelioma que Azúa publicó en "Actas Dermosifiliográficas" escribió (174):

> < Como hechos interesantes debemos consignar la formación papilomatosa formada por crecimiento papilar e hinchamiento de los pezones malpighianos, estado que corresponde al período de acmé de la lesión y las formaciones córneas que se encuentran en el cuerpo mucoso. En ese punto se ve un verdadero clavo córneo, que, aunque por la forma parece desarrollado en un INFUNDIBULUM folicular, no es así, sino que está en el espesor de un pezón del cuerpo mucoso. En otro, en el centro de otra prolongación malpighiana existe una cavidad de paredes formadas por láminas córneas mal keratinizadas(sic) y en otros se observa perfectamente en el centro de una masa malpighina la transformación córnea y cierta imbricación de células, a semejanza de los globos córneos de los epiteliomas. En el borde superior, en la porción papilomatosa, se observan dos grandes cavidades de paredes córneas, una completa y otra abierta por arriba. Estas cavidades y otras más pequeñas señaladas antes es seguro, a juzgar por el proceso de cornificación central descubierto en el otro pezón, han alojado masas córneas que han saltado.
>
> En general, en muchos pezones malpighianos grandes y profundos, se observa hacia el centro evolución keratósica(sic) rodeada de células de aspecto granuloso con keratohyalina. >

Cuando Azúa habla de "pezones malpighianos" se refiere a las crestas interpapilares. Es curioso observar que la palabra "infundibulum" aparece ya destacada en el texto original. Para cualquier dermatólogo y patólogo actuales está claro que la descripción de Azúa y la microfotografía la ilustra (fig. 42) son argumentos precisamente a favor del origen infundibular de la lesión descrita -hiperplasia pseudoepiteliomatosa-, como también lo

afirman Grunwald y colaboradores (482), y no del origen epidérmico que pretende defender Azúa.

Al principio de este apartado mencionábamos el discurso de Gómez Orbaneja en la "Real Academia de Medicina". La parte que dedicó al pseudoepitelioma de Azúa termina con la siguientes palabras (465):

> < Hemos querido aportar estos trabajos, que se han relacionado justificadamente con la aportación de Azúa para destacar como hay posibilidad de confusión con procesos epiteliales malignos de uno que está desprovisto de ese carácter, lo que se hizo con anticipación, aunque con un criterio menos riguroso, ya que hoy en los procesos que deben distinguirse como pseudocancerosos y diferenciarlos de los anteriormente considerados como malignos, se hace a partir de una semejanza histológica mayor y basados en un criterio morfológico de malignidad más estricto.
>
> De todas maneras, si lo hemos citado ha sido para subrayar como un clínico español se plantea este problema adelantándose a todos. >

3.4.8.6.-INTRODUCCIÓN DE LA SALVARSANTERAPIA EN ESPAÑA.

El descubrimiento del salvarsán fue el avance más importante en el tratamiento de la sífilis después de varios siglos de utilización de preparados mercuriales. Este hecho se asocia de forma inmediata con el nombre de Paul Ehrlich. Sin embargo, conviene recordar que el mérito fue también compartido con Sahachiro Hata, médico de origen japonés. Así lo señaló García del Real (432):

> <Como Hata había hecho repetidos experimentos con este mismo compuesto en la espirilosis de las ratas y ratones, y ulteriormente en la sífilis de los conejos, que curaba radicalmente con una sola inyección, de ahí que al "606" se le llame también remedio de Ehrlich-Hata. >

El mismo García del Real señaló una serie de etapas en la investigación quimioterápica, previas al descubrimiento del "606" (432):

> < Del propio modo que resulta un descubrimiento lógico en Ehrlich, dada su historia, lo que resulta también como una fase evolutiva, dentro de los progresos modernos de la sifilioterapia. Como fases anteriores es preciso citar, en primer término, el descubrimiento de los espirilos causantes de la sífilis por Schaudinn, descubrimiento perfeccionado y completado por Hoffman, después el descubrimiento de Metschnikoff y

> Roux, de que la sífilis puede ser transmitida a los monos, que abrió la puerta a los estudios de Patología y Terapéutica especiales. Ulteriores experimentos, llevados a cabo en este sentido, condujeron al interesante resultado de que también era posible esta transmisión de la lúes a los conejos. El tercer descubrimiento está constituido por el suerodiagnóstico de Wassermann y sus colaborares Bruck y Neisser. >

La dedicación de Ehrlich y Hata a esta línea de investigación no había sido caprichosa ni casual, de hecho, fue una profundización en los estudios de quimioterapia de enfermedades parasitarias con compuestos orgánicos arsenicales ya iniciadas por otros autores. Marañón explicó del siguiente modo las bases de la quimioterapia (529):

> < Las nuevas orientaciones de Ehrlich sobre la Quemoterapia, han sido expuestas por él en varias comunicaciones a diferentes Congresos científicos y, últimamente, en su libro "Beiträge zur experimentellen Pathologie und Chemoterapie" (Leipzig, 1909). Su razonamiento es el siguiente: una substancia introducida en el organismo no se reparte indiferente por todo él, sino que se dirige, electivamente sobre determinados puntos del mismo, sean órganos o sean agentes extraños que le han invadido. En ellos se almacena y entonces es cuando ejerce su acción favorable o perjudicial. Las substancias que son atraídas por los órganos son, según la nomenclatura del autor, organotropas, y las atraídas por los parásitos, parasitotropas. Ehrlich, al exponer su idea de la inmunidad, decía que los medicamentos, en oposición a las toxinas, no se unían a las células por receptores determinados; pero después de sus recientes estudios sobre la tripanosomiasis, se rectifica, y afirma que "en los protoplasmas existen también, para determinados medicamentos, receptores especiales, que sirven para incorporárselos"; llama a estos receptores de las substancias medicamentosas quemoceptores, y a la práctica de la terapéutica según estas concepciones Quemoterapia. >

En los párrafos siguientes, Marañón explica la finalidad práctica de la quimioterapia (530):

> < Cuando un agente extraño ha invadido un organismo, el ideal del médico es matarle, valiéndose de un medio que no ejerza la menor influencia perjudicial sobre el organismo, es decir, un medio que sea "parasitotropo" pero no "organotropo". Este agente ideal ha sido hallado en algunas infecciones bacteriales mediante la aplicación de sueros ricos en anticuerpos (del tipo amboceptor o del tipo opsónico) que limitan su acción destructora, exclusivamente, a las bacterias o a sus productos; en este caso, "el tiro, según la frase de Ehrlich", da en el blanco", (Zentralchüsse) pero hay muchas infecciones, y, sobre todo, las producidas por parásitos organizados, que no se pueden combatir por los anticuerpos, y entonces

> recurrimos a medios químicos que tienen una acción letal sobre el agente; tal sucede en la malaria, en la tripanosomiasis y en la sífilis, por ejemplo. >

Pi Suñer resumió así la orientación de las investigaciones de Ehrlich (706):

> < Así, el problema del tratamiento de la sífilis interesó a Ehrlich prontamente, y más al descubrir Schaudin el(sic) espiroqueta en 1905. Conocida la acción curativa del atoxil sobre la enfermedad del sueño, era lógico suponer, en efecto, que compuestos orgánicos del arsénico de estructura semejante fuesen también eficaces contra otra enfermedad por protozoarios como la sífilis. Siguiendo este hilo conductor se realizaron las investigaciones de Ehrlich y sus colaboradores. >

Los preparados orgánicos arsenicales venían utilizándose en el tratamiento de la sífilis desde los últimos años del siglo XIX y primeros años de este siglo. Antes del advenimiento del salvarsán, el atoxil, el soamín y la arsacetina ya habían demostrado cierta eficacia en el tratamiento de la sífilis. Sin embargo, los efectos secundarios que producían estos productos eran grandes. La utilización del atoxil (ácido amino fenil arsínico) había sido preconizada por Uhlenhut algunos años antes del descubrimiento del salvarsán. Azúa publicó en el primer volumen de "Actas Dermosifiliográficas" un caso de atrofia papilar doble y ceguera por tratamiento con atoxil (107). Estos tremendos efectos secundarios de los primeros derivados arsenicales llevaron a Quintana Duque a afirmar (727):

> < Son estos motivos suficientes para que los arsenicales quedaran reducidos a lo que siempre fueron, una medicación auxiliar de la sífilis recomendable en limitados casos. >

En una monografía de la época sobre el neosalvarsán -de autor anónimo, editada por la casa Bayer (79)- aparece claramente detallada la evolución en la investigación que llevó al descubrimiento del salvarsán (80):

> <Ehrlich concluyó de sus investigaciones que el proceso de reducción del Atoxil en el organismo animal (mediante el cual el arsénico pentavalente del ácido arsínico, se transforma en trivalente) condiciona la acción terapéutica. Se demostró "in vitro", que los parásitos son capaces de fijar

> derivados orgánicos, solamente cuando el arsénico se encuentra en ellos en forma trivalente, mientras que permanecen indiferentes frente al arsénico pentavalente.
>
> Después de la preparación y del estudio de numerosas combinaciones orgánicas del arsénico pentavalente, entre las cuales se encontraba la arsacetina, comenzó Ehrlich a introducir en sus preparados el arsénico trivalente. El tránsito a la combinación con arsénico de este tipo, proporcionó en la experimentación en animales un mejoramiento notable del índice terapéutico, ya que la relación de la dosis curativa a la dosis tolerada, se desplazó hacia cero.
>
> También fueron decisivas para Ehrlich, en su afán de lograr combinaciones óptimas, otras cualidades no expresadas por el índice quimioterápico, como son, la ausencia de acción neurotropa, la acumulación con inyecciones frecuentemente reiteradas, estabilidad, fácil solubilidad y sencilla aplicación. El camino a recorrer era extraordinariamente largo y difícil, lo que se comprende considerando la cifra "606", que es el 4,4 dioxi, 3,3 diamino arsenobenzol, que cumplía las condiciones exigidas. >

Ehrlich dio cuenta de estos descubrimientos en la 82 reunión de la "Sociedad de Médicos y Naturalistas Alemanes", celebrada en Koenigsberg en 1910. En esta reunión se presentó la experiencia con 12.000 enfermos tratados (727). Los ensayos en enfermos había comenzado casi un año antes, en septiembre de 1909, cuando Ehrlich entregó a Alt el "606" que Bertheim y él mismo habían sintetizado (432).

La introducción del salvarsán en la terapéutica clínica tuvo tal importancia que desbordó el entorno estricto de la venereología. La primera referencia en España sobre el "606" se debe a la pluma de Eduardo García del Real, por entonces catedrático de Clínica Médica en la Facultad de Medicina de Valladolid (432). El mismo Marañón le dedicó también bastante atención. De hecho, fue de los primeros en escribir en España sobre la aplicación del 606. En 1910 publicó una monografía que tituló "Quemoterapia moderna según Ehrlich" (527). En una nota previa a este trabajo, fechada en Frankfurt en octubre de 1910, Marañón reivindicó la importancia del descubrimiento del salvarsán para la medicina en general (528):

> < El asunto del "606" tanto como a los sifiliógrafos, nos interesa a todos los demás médicos, porque prácticamente en ningún terreno de la Medicina se pude prescindir del conocimiento acabado de la sífilis, pero sobre todo porque la Quemoterapia es un método general, que con la Sueroterapia y la Opoterapia, constituyen, por ahora, toda la Terapéutica científica. >

En un suplemento de la "Revista de Información Terapéutica" publicado en 1936-celebrando los veinticinco años de terapia salvarsánica-, Marañón recordó de nuevo los primeros meses de aplicación clínica del salvarsán (526):

> < El año 1910, por los meses de julio a septiembre, me encontraba en Francfort agregado al Laboratorio de Física Biológica del Profesor Embden, cuando se hicieron públicos los estudios, que de años atrás venía realizando Ehrlich, acerca de un nuevo preparado arsenical contra la sífilis, el 606. .../... Durante muchos días, hubimos de suspender nuestros trabajos para servir de introductor y de guía a la cantidad interminable de colegas de habla española que acudían atraídos por el portentoso espectáculo. >

Mencionó, por ejemplo, a Castelo y a Azúa en su viaje a tierras germanas (526):

> < Recuerdo entre los muchos médicos, hermanos en la patria, en la lengua, a quienes hube de acompañar entonces, al Dr. Castelo y al maestro Don Francisco Huertas, lleno siempre de noble curiosidad por todos los progresos de la ciencia.
>
> Poco después llegó a Francfort el pontífice de la Sifiliografía española, Don Juan de Azúa. Venía bien pertrechado de facilidades oficiales, todas justísimas. Estudió el problema no a la ligera, como tantos otros, sino con su minucia implacable. >

El motivo de este viaje de Azúa y Castelo a Frankfurt aparece reflejado en una breve nota que se puede leer en el número 2.963 de "El Siglo Médico", publicado en 24 de septiembre de 1910. Esta publicación recoge, como noticia de encabezamiento del "Boletín de la semana", un comentario titulado "A Frankfort todos" que dice (65):

> < En la "Gaceta" del miércoles último ha visto la luz la siguiente Real orden del Ministerio de Instrucción pública:
>
> < En atención a la excepcional importancia que las autoridades científicas y la Prensa profesional y periódica de toda Europa atribuyen al descubrimiento realizado por el Dr. Ehrlich, y con el deseo de facilitar a las clases médicas docentes y profesionales de nuestro país, de la manera más directa y más completa posible, el conocimiento de tan interesante asunto, Su Majestad el Rey (q. D. g.) ha tenido a bien disponer de

> conformidad con la propuesta de la Junta de ampliación de estudios e investigaciones científicas, se confiera a los doctores D. Juan de Azúa y Suárez como sifiliógrafo, y D. José Casares y Gil, como químico, el encargo de ir a estudiar en Alemania, cerca del citado Dr. Ehrlich, las propiedades, aplicaciones y valor terapéutico de este nuevo método curativo, asignándoles como indemnización de gastos de viaje, estancia y prácticas, la cantidad de 2.500 pesetas a cada uno, con obligación de presentar una Memoria en que detalladamente consignen el resultado de sus investigaciones y los juicios y conclusiones científicas que estimen procedentes. >

Continúa la noticia (65):

> < El Dr. Castelo (hijo del inolvidable redactor de este periódico) ha anunciado su salida espontánea para Frankfort, en cuyo sitio o en otros hospitales alemanes han estudiado también el asunto los médicos militares Dres. Martín (D. Sixto) y Morales, habiendo practicado el primero bastantes inyecciones con dicho medicamento. El Dr. Baudelac está ya experimentándolo en algunos hospitales de esta corte (Hospital militar y Hospital de San Juan de Dios) >

Esta breve noticia tiene, además, el valor adicional de mencionar las primeras inyecciones de salvarsán realizadas en España por los doctores Martín y Morales. Desgraciadamente no hemos encontrado testimonios posteriores de los resultados de estas inyecciones. De hecho, las primeras referencias impresas sobre este nuevo fármaco se encuentran en la "Revista de Medicina y Cirugía Prácticas", en cuyo número del 7 de octubre de 1910 apareció el mencionado comentario de García del Real (432). En esta misma revista se publicaron en el número del 21 de diciembre de 1910, los resultados de la primera serie de enfermos tratados en España con el salvarsán. Se trata de una serie de cuarenta enfermos del Hospital de San Juan de Dios de Madrid cuyos resultados exponen los doctores Serrano y Sainz de Aja (823).

Si el eco del descubrimiento de "606" fue grande, como atestigua la atención de Marañón y García del Real, más grande fue aún el impacto entre los dermosifiliógrafos. Como expresión de este interés, "Actas Dermosifiliográficas" le dedicó de forma

monográfica el número de la revista correspondiente a los meses de diciembre de 1910 y enero de 1911. El sumario de este número dice los siguiente (83):

> < Trabajos acerca del 606 presentados por los Sres. Quintana, Castelo, Serrano, Sainz de Aja, Azúa, Sampelayo y Covisa en las sesiones de Octubre, Noviembre, Diciembre y Febrero. >

A pie de página consta una nota aclaratoria (83):

> < Advertencia; Por la importancia que tiene todo lo que se refiere al "606", en este número, el que, aunque corresponda a diciembre-enero, se publica en marzo, van insertas en conjunto y ampliadas las comunicaciones que sobre dicho asunto han sido hechas, durante los meses de octubre, noviembre, diciembre, enero y febrero.
>
> En la primera de dichas sesiones el Vicepresidente Sr. Pardo Regidor, que presidía, propuso que al encontrarse en Alemania el presidente Sr. Azúa, comisionado por el Gobierno Español para el estudio del descubrimiento de Ehrlich, la Sociedad le dirigiera un telegrama de salutación, extensivo al Sr. Nonell que le acompañaba. La Sociedad lo acordó así por aclamación. >

Además del trabajo de Serrano y Sainz de Aja, también fue pionero en los ensayos terapéuticos del salvarsán en España Quintana Duque, discípulo de Azúa, dermatólogo y sifiliógrafo en el Hospital Militar de Madrid. Este autor presentó su experiencia con una corta serie de 10 enfermos a la "Sociedad Española de Dermatología y Sifiliografía", publicándose después este trabajo en el referido número monográfico (727).

Fernando Castelo también presentó en la reunión de la "Sociedad Dermatológica" del 3 de noviembre de 1910 las conclusiones de su temprano viaje informativo por Francia y Alemania (295). Como la publicación de "Actas Dermosifiliográficas se retrasó esperando por Azúa, Castelo amplió este nota informativa añadiendo sus resultados con 119 inyecciones de salvarsán (56 intramusculares y 63 intravenosas) que había realizado entre noviembre de 1910 y enero de 1911. Sainz de Aja y Serrano también participaron en este número monográfico con varios trabajos (788, 789, 824). También dedicaron una comunicación a la eficacia terapéutica del salvarsán en algunas dermatosis no luéticas,

como el caso de la psoriasis (822), como ya había sido comunicado por algunos autores alemanes como Herxheimer, Huggenberg, Schwalbe, etc.

Sin embargo, el gran protagonista del número monográfico de "Actas Dermosifiliográficas" dedicado al salvarsán fue Juan de Azúa. Aún desde Frankfurt, donde había acudido comisionado por el gobierno español, remitió una comunicación el 30 de septiembre de 1910 que fue leída en la sesión de la Sociedad Española de Dermatología y Sifiliografía del día 6 de octubre. Se tituló "Preparación del 606 para inyecciones intramusculares con lanolina y petrovaselina, con arreglo a la fórmula de calomelanos, salicilato de mercurio, etc." (178). Esta carta hacía referencia a la fórmula oleosa previamente sugerida por él para solventar el problema de la administración parenteral de los calomelanos según la fórmula de Lang (177). Dos trabajos menores de Azúa sobre "profilaxis de la sífilis y terapéutica local con salvarsán" (180) y sobre la "conservación de las disoluciones ácidas del salvarsán" (135) se incluyen también en este número monográfico. El primero de ellos tiene cierto interés ya que Azúa desarrolló un concepto interesante y con resultados inicialmente alentadores, aunque después se desechó. La idea era la siguiente (180):

> < La enorme eficacia destructora de varias clases de protozoos hemáticos que el atoxil, la arsacetina y la arsenofenilglicina tienen en el organismo y la aún más intensa que el salvarsán posee, especialmente en las espirilosis puramente hemáticas (fiebre recurrente y espirilosis de las aves), establecen claramente que el maximum de la perfección e intensidad de acción de todos los medicamentos de la serie arsenical, se realiza, como es natural, al poner en contacto en el organismo el medicamento con los protozoos, causa de la enfermedad. Si la sífilis fuera una enfermedad puramente hemática, sin depósitos treponémicos en los tejidos la avariosis sería con toda probabilidad curada por el 606 en inyección intravenosa. puesto que todos los organismos parásitos se encontrarían en presencia de su veneno electivo. .../... Este aislamiento de los focos treponémicos explica la resistencia excepcional y generalmente incompleta que ciertas lesiones específicas y muy particularmente los chancros, presentan a la acción del 606. .../... En nuestra visita a la Clínica de Schreiber, en Magdeburgo, tuvimos ocasión de conocer las aplicaciones que, en forma de

> pomada, polvo y solución había hecho en algunas lesiones ulcerosas de la piel; pero, en realidad, aunque parece habían mejorado las dichas lesiones, como eran enfermos tratados al mismo tiempo con inyección intravenosa, no se hacía objeto de gran atención la cura tópica.
>
> En octubre de 1910, al hacer los primero ensayos del 606 y preparar este cuerpo con lanolina y petrovaselina, según nuestra fórmula, destinamos un día cierta cantidad a la cura tópica de una sifílide pústulo-crustácea, profundamente ulcerada, hemorrágica, que en la pierna izquierda presentaba un enfermo tratado por inyección intravenosa, y era la única de sus ulceraciones que mejoraba muy lentamente. >

Azúa realizó curas locales con salvarsán en 10 enfermos (5 tratados simultáneamente por vía sistémica y otros 5 en los que la aplicación era estrictamente local). Los resultados fueron buenos en todos ellos y el autor formuló las siguientes conclusiones (180):

> < 1ª La aplicación tópica de pomadas de salvarsán en estado ácido y de disoluciones de salvarsán al 1 por 100 y al 1 por 300 en suero fisiológico al 9 por 1.000, produce mayor actividad cicatricial en las lesiones de los enfermos tratados por inyecciones de salvarsán.
> 2ª Las aplicaciones locales de soluciones alcalinas de salvarsán son, cuando recientes, tolerables, y parecen mejorar las lesiones con y sin tratamiento general por el salvarsán; pero con la disolución de unos días (que ya, en realidad, no es el medicamento) sienten molestias vivas y se inflaman las lesiones.
> 3ª La aplicación tópica de soluciones ácidas al 1 por 100 en chancros de enfermos no tratados por inyecciones de salvarsán, mejoran muy rápidamente los chancros, los cierra y disminuye la infiltración.
> 4ª Como corolario de las conclusiones primera y tercera, se deduce la conveniencia de la aplicación de la disolución ácida sobre todas las lesiones húmedas de la sífilis, y especialmente en las placas mucosas y en los condilomas húmedos peri-ano-genitales.
> 5ª Las pomadas preparadas con lanolina al 30 y 50 por 100 de salvarsán, pueden ser igualmente utilizadas para las curas tópicas de las lesiones sifilíticas. >

Antes de estas plasmar estas conclusiones, Azúa teorizó incluso con la posible aplicación de la pomada o disolución de salvarsán para evitar el contagio en una persona sana (180):

> < Necesario es tener en cuenta que el salvarsán no parece, fuera del organismo, tan activo treponemicida como directa o indirectamente lo es en los tejidos vivos; pero la marcada influencia beneficiosa que tiene en aplicaciones tópicas, demuestra que no es indispensable hacerle llegar a las lesiones por intermedio de la sangre, para que desarrolle sus actividades

> terapéuticas locales. .../... En pomada podría usarse friccionando con insistencia las partes expuestas al contagio inmediatamente después del acto genésico. En disolución ácida, en agua destilada o en suero, 50 centímetros cúbicos serían suficientes para lavar con una bola de algodón las partes expuestas al contagio. >

Años más tarde, Azúa reconoció la ineficacia de este planteamiento (191):

> < En cuanto al uso tópico de los preparados de la serie salvarsánica, a pesar de haber sido mi clínica una de las primeras en las que se aplicó el salvarsán para uso tópico, declaro que ni entonces, ni posteriormente en que fueron realizados otros ensayos, he quedado satisfecho de ellos, porque ni en las lesiones específicas (chancros, placas, gomas), ni en otras como la estomatitis, en las que la frecuente existencia de espirilos hacía presumible una acción eficaz ha tenido lugar ésta. >

El centro de este número monográfico de "Actas Dermosifiliográficas" dedicado al salvarsán es un amplísimo estudio clínico y terapéutico realizado también por Azúa (148). Por referencia del mismo Azúa (188, 189) sabemos este estudio se publicó, además de en "Actas Dermosifiliográficas", en tirada aparte. En una nota inicial a pie de página el autor aclaró (149):

> < Comprende ampliados los trabajos presentados a la Sociedad Dermatológica en Octubre, Noviembre, Diciembre, Enero y Febrero, más la resultante del conjunto de mis observaciones acerca del salvarsán. A los doctores Covisa, Nonell, que con competencia tan grande como su interés, me ha ayudado eficazmente en la práctica de las inyecciones, redactando historias y aportando datos bibliográficos, consigno aquí mi reconocimiento, que hago extensivo al doctor Fernández Criado, por su valiosa colaboración en la labor hospitalaria. >

Azúa comienza este trabajo comentando (150):

> < Con los previos conocimientos de visu adquiridos en mi visita a las clínicas de Francfort, Magdeburgo y Berlín, comencé en octubre de 1910 el uso del "606", habiendo recogido 198 observaciones clínicas que, comentadas en relación con lo observado por nosotros en Alemania y lo publicado por los periódicos médicos y adicionado de alguna modificación en un preparado para inyección intramuscular y descripción de mi aparato para la intravenosa, presento en calidad de esbozo del estudio clínico de la maravillosa substancia creada por el insigne Ehrlich. >

Este amplísimo estudio, de casi doscientas páginas, está organizado en siete apartados (151):

> <I.-Caracteres del "606", sus forma de uso. Ventajas e inconvenientes de ellas. Dosis y cantidad.
> II.- Efectos tóxicos, medicamentosos y terapéuticos del salvarsán.
> III.-Indicaciones especiales del tratamiento por el 606.
> IV.- Contraindicaciones del arsenobenzol.
> V.- De las recidivas y reacción de Wassermann post-terapéuticas.
> VI.- De la utilidad terapéutica comparada del salvarsán y el mercurio.
> VII.-Orientaciones actuales de la terapética por el arsenobenzol.>

En el primero de ellos se explican, con bastante detalle, algunas cuestiones prácticas, como el tipo de presentación del salvarsán, el color que debe de tener, la estructura y las características químicas esenciales, como se prepara la dilución y una exposición de la farmacocinética del compuesto bastante completa. El dioxi-diamino-arsenobenzol responde a la fórmula representada en la figura treinta y cinco (fig. 43). Este es, en realidad, el compuesto "592" de la serie de Ehrlich. El "606" es una sal de este compuesto, un diclorhidrato (fig. 44). Se disolvía en agua con dificultad y tenía un pH tan ácido que imposibilitaba la administración pararenteral por el dolor que producía. Si se le añadía hidróxido de sodio (NaOH) se formaba una sal disódica, de pH alcalino (fig. 45), mejor tolerado que el anterior.

En cuanto a la farmacocinética, Azúa comentó, en un breve párrafo, un hecho al que más adelante se le daría gran importancia por el desarrollo de epiteliomas cutáneos en pacientes tratados largo tiempo con arsénico (152):

> <Siendo el arsénico el único elemento de 606 que el organismo no destruye, por él se mide la eliminación. Este se hace casi en su totalidad por la orina, algo en las heces y en pequeñísimas proporciones por la piel pelos y leche, pero el organismo almacena en él cierta cantidad que permanece en él largo tiempo.>

En la eficacia terapéutica del salvarsán hubo un acuerdo unánime de todos los especialistas. Sin embargo, en cuanto a las formas de administración, había casi tantas

como autores. En general, se fueron escogiendo las preparaciones neutralizadas o ligeramente ácidas a las alcalinas. Las preparaciones líquidas para administración intramuscular o subcutánea producían necrosis con frecuencia. Las formas oleosas para inyección intramuscular también se fueron rechazando progresivamente por la formación de oleomas, vaselinomas y complicaciones granulomatosas locales (153):

> < Dentro de los métodos intramusculares, las emulsiones solubles o las inyecciones neutras en agua o suero son de acción más rápida y enérgicas que las emulsiones grasas, especialmente si estas son sólidas. En las que nosotros hemos practicado con nuestra fórmula de lanolina y petrovaselina, los efectos ha sido evidentes, pero lentos y tardíos, como perezosos, a consecuencia, sin duda, de una absorción lenta, que no aportaba al torrente circulatorio toda la cantidad necesaria para dominar bruscamente, según es la característica del Salvarsán, las manifestaciones sifilíticas que le obedecen. >

Las disoluciones acuosas en inyecciones intravenosas se impusieron al final con la mejor forma de administración. Azúa se decantó claramente por ellas (158):

> < Exceptuando los enfermos cardíacos y los vasculares, en los que sea peligroso con aumento de tensión, los nefríticos, que no estén en estado de soportar una cloruración intensa, los niños pequeñitos y las personas muy obesas que suelen presentar dificultades para la punción venosa y no quieren someterse a la pequeña operación de descubrir y aislar la vena; en todos los demás casos la inyección intravenosa es, en absoluto, la más conveniente, adaptando la dosis y el número de ellas a las circunstancias de cada caso. >

El mismo Azúa diseñó un sistema de inyección intravenosa lenta del salvarsán que presentó precisamente en este ensayo (figs. 46 y 47), que no es muy diferente de los actuales sistemas de perfusión intravenosa. Fernández Gómez y Cubero del Castillo recordaron, veinte años después, este instrumento de Azúa (414):

> < El nos enseñó a aplicar a todos y todos difundimos en los primeros tiempos, el "Aparato Azúa", que constituyó una de sus pequeñas vanidades, aunque de ingenioso ni de hábil de manos tuviera Azúa gran cosa, pues de haber seguido el camino de la Cirugía, no habría pasado de mediano operador. >

Azúa insistió en repetidas ocasiones en la importancia de la antisepsia para evitar flebitis, que no se presentó en ningún paciente de este ensayo (156):

> < ...Nunca hemos tenido flebitis, ni fenómenos trombósicos, ni embolias.
> .../...
> Cuando las reglas de la asepsia se descuiden, podrá ocurrir la flebitis, trombus y embolias..... >

Para poder obtener resultados comparativos de su ensayo, Azúa dividió los pacientes en ocho grupos según su tipo de patología (154):

> < 1° Chancros y manifestaciones secundarias.
> 2° Sífilis secundaria: manifestaciones cutáneas, mucosas y ósteo-periósticas.
> 3° Sífilis terciaria: manifestaciones cutáneas, mucosas y ósteo-periósticas.
> 4° Sífilis precoz y maligna.
> 5° Sífilis ocular y acústica.
> 6° Sífilis cerebro espinal.
> 7° Sífilis: latencia sintomática con Wassermann positivo.
> 8° Enfermedades distintas de la sífilis. >

Después, al presentar los resultados intercaló un nuevo grupo, la sífilis hereditaria, que pasó a ser el grupo séptimo (155), de lo cual resultan nueve grupos. El total de inyecciones para esta fecha (20 de marzo de 1911) era ya de 257 -en 201 enfermos-. Esta cifra contrasta con la de 198 inyecciones que aparece en el primer párrafo del ensayo, lo que hace pensar que Azúa fue añadiendo observaciones a medida que redactaba el manuscrito del ensayo. Así en efecto, en la fe de erratas final se hace constar esta ampliación (159).

Azúa revisó con gran meticulosidad los efectos secundarios y asociados a estas inyecciones. Se produjeron dos muertes, estudiadas por autopsia, en las cuales se encontró que la causa de la muerte no estaba relacionada con el fármaco. La fiebre y los escalofríos fueron los efectos secundarios más comunes de la medicación.

En la evaluación de los resultados, el autor encontró beneficio claro (curación o mejoría importante) en todos los grupos estudiados, si bien, en algunos, como en la

heredosífilis o en la sífilis visceral el número de pacientes fue muy escaso como para obtener conclusiones de valor.

Un apartado interesante se refiere a las aplicaciones del salvarsán en otras enfermedades. Ya hemos mencionado la comunicación de Serrano y Sainz de Aja sobre el tratamiento en dos psoriásicos (822). Azúa también habla de la utilización con fortuna variable del 606 en el pian, la angina de Plau-Vincent, la malaria, la lepra, el linfosarcona, anemia perniciosa, leucemias mieloide y linfoblástica. Destacan entre las citas de Azúa dos ensayos clínicos realizados por Marañón del 606 en el tifus exantemático y en la viruela (157):

> <...y mencionamos como hecho nuevo, aunque todavía no puede ser juzgado, el uso del salvarsán en tifus exantemático, hecho en Madrid por el doctor Marañón en dos casos, habiendo en ambos conseguido un descenso brusco en la temperatura, de mucha importancia. Si el hecho se repitiese sería un argumento relativo a favor del origen espirilósico del tifus exantemático y de su tratamiento por el Arsenobenzol.
> .../...
> En la viruela humana, mi distinguido compañero, el Dr. Marañón no ha encontrado resultados beneficiosos. >

El mismo Marañón hizo referencia, en 1936, a estos dos ensayos ya mencionados por Azúa (526):

> < Tuve yo la suerte de que Ehrlich me concediera una parte considerable, por la escasez de entonces, del 606, con objeto de ensayarla en la viruela, de cuyo tratamiento se prometía mucho el genial biólogo. Ni un centigramo del tesoro fue aplicado a otra enfermedad y ni un centigramo fuera del Hospital. Aquello fracasó. El optimismo propio de la edad y de mi temperamento me hizo ver aspecto favorables de la eficacia de los arsenicales en algunos casos de esta enfermedad y de tifus exantemático. Pero pronto hubimos de convencernos de que ambas enfermedades caían fuera del radio de acción de la que entonces se consideró como universal panacea. >

El trabajo de Ehrlich no terminó con el descubrimiento del 606. Tratando de superar las dificultades de administración del salvarsán siguió experimentando nuevos productos, uno de los cuales fue el neosalvarsán (81):

> < Por la introducción del formaldehído-sulfoxilato sódico en uno de los grupos amínicos del Salvarsán base se obtuvo, en el año 1912 un nuevo derivado que se llevó al mercado con el nombre de Neosalvarsán, cuyo uso se generalizó en el curso de los años siguientes. Su mayor ventaja consiste en que se disuelve fácilmente en pocos centímetros cúbicos de agua destilada, dando reacción neutra y solución isotónica, por lo que puede ser inyectado sin la menor dificultad. Calculado en valor real de arsénico, posee una toxicidad menor que el salvarsán antiguo. La eficacia algo inferior, es compensada con una dosificación relativamente más alta que no implica ningún riesgo para el paciente, dada la mejor tolerancia del Neosalvarsán. Ehrlich había recorrido un largo y penoso camino; desde el Salvarsán antiguo, el preparado 606, hasta el Neosalvarsán, el preparado 914, había sido sintetizados y estudiados experimentalmente en animales, más de 300 combinaciones orgánicas del arsénico... >

La llegada del neosalvarsán a España no se hizo esperar. Ya en 1912, el mismo Ehrlich tuvo la cortesía de enviar 100 ampollas a Azúa para un ensayo clínico. El número 3 del tercer volumen de "Actas Dermosifiliográficas" se encabeza precisamente con un trabajo de Azúa titulado "El neosalvarsán. Primeras impresiones clínicas" (167). Aunque no es tan extenso como el primer ensayo con el "606", este segundo trabajo de Azúa sobre el neosalvarsán mantiene la minuciosidad y rigor -casi germánicos- de aquél. Azúa agradeció en las primeras líneas de este trabajo la atención de Ehrlich (168):

> < A la bondad del profesor Ehrlich debo haber sido invitado por este eminente maestro a ensayar en mi Clínica el preparado neosalvarsán, que figura con el núm. 914 en la inmensa labor quimioterapéutica que viene realizando. >

Aquí de nuevo reafirmó Azúa su convicción de que la inyección intravenosa era la mejor forma de administración y de la gran importancia de la asepsia (169):

> < Inyección intravenosa.-Constituye el procedimiento de elección. La preparación de la inyección requiere contar con agua destilada recientemente y esterilizada. Que el agua reúna estas condiciones es de gran transcendencia, porque el agua destilada contenida en bombonas y frascos, muchas veces abiertos, está infectada... >

Azúa trató inicialmente con neosalvarsán 11 enfermos, entre los que incluyó uno con sarcoma de Kaposi. Sobre este último enfermo reconoció al final de la observación (170):

> <Inutilidad completa de cuatro inyecciones de neosalvarsán, en total 3,75 gramos, en un caso de sarcomatosis idiopática múltiple, hemorrágica, pigmentaria, tipo Kaposi.>

En cuanto a la eficacia de este nuevo arsenoderivado en la lúes, concluyó (171):

> <1º El neosalvarsán tiene acción terapéutica tan segura y aún más intensa que la del salvarsán. Es probable que esta mayor intensidad se deba a la tolerancia de mayores dosis de arsénico empleadas bajo la forma de neosalvasán,...>

En otra de las ocho conclusiones resultantes de este segundo ensayo el autor defiende la poliquimioterapia, asociando a los salvarsanes los viejos derivados mercuriales (171):

> <4º Estimo de enorme eficacia para la eficacia total de la medicación, y especialmente para prevenir la neurosis facial acústica y opto-motora postinyeccional, asociar el mercurio al neosalvarsán entre las inyecciones de este y después de ellas. Si no hay motivo especial que lo contraindique, prefiero el aceite gris, para hacer la medicación hidragírica, pero los calomelanos son también excelentes.>

Paul Ehrlich falleció en 1915 (524). A finales de ese mismo año, Sainz de Aja y Serrano, también pioneros de ensayo del "606" en España, presentaron una comunicación a la "Sociedad Dermatológica..." titulada "Cinco años de práctica de medicación salvarsánica" (802). Al final de este trabajo los autores insisten en el concepto de poliquimioterapia ya expresado por Azúa (803):

> <A pesar de cuanto hemos referido últimamente, estas curaciones con el salvarsán, sólo deben valorarse como prueba necesaria para el mayor crédito del mismo; pero en la práctica debemos asociar las dos medicaciones. Tan insensato sería el que quisiera sistemáticamente tratar la sífilis sólo con salvarsán como el que sólo la trate con mercurio.>

En el "Congreso Español de Medicina" celebrado en Madrid en abril de 1919, Azúa presentó un amplio informe sobre la salvarsanterapia. El contenido de este informe

se publicó en "Actas Dermosifiliográficas" (188) y en folleto en tirada aparte (189). El autor revisó, ya con una perspectiva de diez años, las distintas variantes de los salvarsanes y los nuevos derivados que habían aparecido en la década de 1910 (galil, ludil, luargol, etc). Se reafirmó, otra vez, en la inyección intravenosa como mejor forma de administración (190):

> < No hay discrepancia alguna respecto de que la inyección intravenosa es el mejor y que la inyección de volumen reducido tiene ventajas sobre la de gran cantidad de excipiente. >

La aportación más interesante de esta nueva revisión de Azúa sobre los salvarsanes es una lista de veintiuna indicaciones especiales del tratamiento (192):

> < 1ª El embarazo avanzado de fetos, probablemente (por las circunstancias de la concepción) sifilíticos graves sin tiempo ya para una medicación mercurial eficaz.
> 2ª La sífilis hereditaria de los recién nacidos y la precoz grave de los primeros meses.
> 3ª La sífilis precoz y la precoz maligna de los adultos.
> 4ª La sífilis hereditaria tardía, casi siempre de tipo gomoso y con mal estado general.
> 5ª El tratamiento abortivo inicial hecho con el salvarsán y la destrucción del sifiloma inicial.
> 6ª El período chancroso por inyecciones repetidas y asociadas al mercurio.
> 7ª Las localizaciones precoces en el sistema nervioso, con cautela.
> 8ª Los casos de lesiones predominantemente mucosas y, por tanto, todos los sifilíticos secundarios que son fumadores.
> 9ª Todas las manifestaciones contagiosas de las prostitutas.
> 10 Todas las manifestaciones miálgicas y artrálgicas, sea cualquiera el período de la sífilis, e igualmente todas las lesiones periósticas y osteoperiósticas.
> 11 La fiebre por sífilis, sea cual sea el período en el que se presente.
> 12 Los sifilíticos que son tuberculosos.
> 13 Los sifilíticos con intolerancia renal para el mercurio.
> 14 Los sifilíticos con intolerancia gingivo-bucal para el mercurio y los intolerantes para el yoduro potásico.
> 15 La latencia sintomática externa de los sifilíticos con Wassermann positivo.
> 16 Las osteítis condensantes sifilíticas, con grandes dolores osteócopos.
> 17 El mal vertebral de Pott, sifilítico.
> 18 La sífilis intestinal ulcerosa, y especialmente los gomas recto-perirectales.

> 19 Las glositis intersticiales y las submucosas, pero no la estrechez rectal y las glositis leucoplásicas nacaradas y brillantes que no curan.
> 20 La sífilis buco-faríngea gomosa.
> 21 Los sifilíticos cuando van a contraer matrimonio y sus esposas cuando quedan embarazadas. >

Aunque la eficacia que demostraron los derivados del "606" fue limitada, uno de los logros más importantes de la introducción del salvarsán fue el advenimiento del concepto de "curabilidad de la sífilis". En una referencia de 1936, escribía Manuel Garriga (436):

> <...La terapéutica mercurial crónico-intermitente no basta, en general, para conseguir la curación ni aún en los períodos iniciales de la sífilis. No así el tratamiento con Salvarsán y sus derivados que aplicado correctamente logra, en la mayoría de los casos extinguir la infección sifilítica en su primer período evolutivo y en los comienzos del período secundario, resultado poco frecuente cuando se emplea sólo la terapéutica bismútica. >

En efecto, después de la introducción de los salvarsanes el siguiente paso en la terapéutica de la lúes fue la aplicación de las sales de bismuto. Sobre ellas, disertó Covisa en su discurso de inauguración del curso 1923-4 en la "Academia Médico-Quirúrgica" (303, 304). Sin embargo, aún hubo que aguardar al advenimiento generalizado de la penicilina en los años cuarenta para poder disponer de un arma terapéutica auténticamente eficaz en todas las fases de la lúes. Fue John Mahoney el primer médico en realizar un amplio estudio sobre la eficacia de la penicilina en la sífilis, en el U. S. Public Health Service Hospital en Staten Island, en Nueva York. Los excelentes resultados de este ensayo se presentaron a la reunión anual de 1944 de la American Medical Association.

3.4.9.-VICENTE GIMENO. PROFESOR AUXILIAR DE AZÚA EN LA CÁTEDRA DE DERMATOLOGÍA.

Si Covisa, Sainz de Aja y Serrano fueron los apoyos más importantes con los que contó Azúa en el Hospital de San Juan de Dios, en la Facultad de Medicina le ayudaba un profesor auxiliar: Vicente Gimeno.

Azúa lo tenía en gran estima. Un fugaz apunte de la idea que Azúa pudo tener sobre Gimeno lo encontramos en un diálogo recogido por Fernández Gómez y Cubero del Castillo (414):

> < Entonces, y nunca más de un cuarto de hora, se comentaba cualquier episodio del hospital o de la calle. Un día hablaba con entusiasmo de Guedea y nos atrevimos a insinuar que nos parecía un hombre vacilante en el diagnóstico.
>
> "-Es una vacilación digna de toda alabanza, la suya -nos contestó-. Sí, amigo Benito, estas vacilaciones hay que alabarlas porque son debidas al exceso de control a que Guedea somete siempre sus opiniones antes de emitirlas."
>
> "-Pero don Juan, si es que resulta siempre que es que no tiene ninguna firme..."
>
> "-No, no, no, no... Guedea, naturalmente, no es de esos talentos rápidos, brillantes... como el de Jimeno(sic), por ejemplo..."
>
> "-Jimeno es un hombre de una claridad expositiva que maravilla."
>
> "-¿Y en la Clínica?
>
> "-Va poco a clase, y menos a la Clínica... ¡Ojalá fuera más asiduo!" >

La fuente bibliográfica más amplia que conocemos sobre Vicente Gimeno se encuentra en el libro de Valentín Matilla de biografías académicas (551). Según consta en ella (552), Vicente Gimeno y Rodríguez-Jaén fue hijo de médico, que ya ostentaba, además, el título de conde de Gimeno. Nació el Valencia el 9 de marzo de 1878. Estudió en el Instituto de San Isidro de Madrid, obtuvo el título de bachiller en 1895. Estudió la carrera de medicina en el colegio de San Carlos, licenciándose con la calificación de sobresaliente en 1906. En enero del siguiente año obtuvo el de doctor con la misma calificación. Fue entonces cuando hizo por su cuenta una estancia para ampliación de estudios en París, frecuentando preferentemente los servicios del Hospital de San Luis. A su regreso a España, fue nombrado profesor auxiliar honorario en la Cátedra de Dermatología y Sifilografía de la Facultad de Medicina de Barcelona. Durante este breve período fue director del dispensario anejo a la referida cátedra.

Ya en Madrid, fue nombrado, en 1908, ayudante honorario de la cátedra de dermatología de la Facultad de Medicina. Tres años después se le designó, por oposición, ayudante de laboratorio de patología general ocupando este cargo algunos años.

En 1911, a propuesta de Claustro de Profesores obtuvo el cargo de profesor auxiliar interino de la Cátedra de Dermatología y Sifiliografía hasta abril de 1914, en que, por oposición, pasó a ser auxiliar en propiedad.

Meses antes había sido pensionado por la Junta de Ampliación de Estudios a Inglaterra, Alemania y Suiza, trabajando más detenidamente al lado del profesor Wright en el hospital de Saint-Mary de Londres.

En 1926, Gimeno opositó a la Cátedra de Dermatología de la Facultad de Medicina de Madrid, que había dejado vacante Azúa, y que ganaría Covisa, aunque se retiró antes de completar todos los ejercicios (84).

Además de su labor docente en la Cátedra de Dermatología y Sifiliografía, Gimeno desempeñó otros muchos cargos. Fue miembro fundador de la "Sociedad Española de Dermatología y Sifiliografía" (75) e inspector regional de Sanidad del Campo, adscrito a la Inspección Central. Colaboró también en la lucha antileprosa. Desempeñó durante algún tiempo la dirección de Instituto Leprológico de Fontilles (453). También fue fundador de la Liga Española Antivenérea, de la que fue después Vicepresidente, delegado del Gobierno en la "Conferencia para el Estudio de la Enfermedades Venéreas" de París, de 1921, y jefe de administración en el ministerio de la Gobernación. Destacó bastante en la política. Fue diputado y en otra etapa senador. Al instaurarse la II República, era Gobernador Civil de Sevilla.

Publicó algo más de medio centenar de trabajos sobre muy diversos temas médicos y sociales en directa relación con las enfermedades de la piel y venéreas. Villarejo cita un buen puñado de ellos (859).

Formó parte de la "Academia Médico-Quirúrgica" a partir de enero de 1918 (39). En la "Real Academia Nacional de Medicina", fue elegido académico en junio de 1922 a propuesta de los doctores Recaséns, Mollá, Fernández-Caro, Cospedal y Ramón Jiménez para cubrir la vacante de Guedea y Calvo y del electo doctor Azúa. En el acto de toma de posesión, celebrado el 6 de mayo de 1923 leyó un interesante discurso sobre "Algo de cirugía estética de la piel" (552), siendo contestado por el doctor Pulido Fernández. En el discurso de ingreso, Gimeno mencionó a sus antecesores, Guedea Calvo y Azúa (451):

> < ¡Quien hubiera podido decirme entonces que habría de ser yo el que andando el tiempo llegara a ocupar este sitio que honró con su talento y que más tarde el ilustre Azúa hubiera debido ocupar si la muerte no le hubiera cerrado el paso! >

Le correspondió la medalla num. 28 de la "Academia Nacional de Medicina". La vacante que cubrió fue de la sección de Cirugía, aunque poco después solicitó pasar a la de Higiene, más en consonancia con su actividad. Fue secretario de actas.

Vicente Gimeno, como su padre, también fue Conde de Gimeno. Falleció en el balneario de Caldas de Malavella el 29 de agosto de 1944 (552).

3.5.-SUCESORES DE AZÚA: SÁNCHEZ-COVISA, BEJARANO LOZANO Y SAINZ DE AJA.

Pardo Regidor comentó en la sesión necrológica que la "Sociedad Dermatológica" celebró en memoria de Azúa el 18 de mayo de 1922 (676):

> < La labor científica de Azúa ha sido intensa y provechosa. Ha creado escuela dermatológica española, y especialistas que ahora regentan dos retoños que él cultivó y dirigió, o por lo menos a su lado se desarrollaron y fructificaron. >

Los "retoños" a los que se refiere Pardo Regidor fueron José Sánchez-Covisa y Enrique Álvarez Sainz de Aja. A la labor asistencial y docente del primero está muy ligado otro gran dermatólogo español, Julio Bejarano.

3.5.1-JOSÉ SÁNCHEZ-COVISA.

3.5.1.1.-BIOGRAFÍA.

José Sánchez-Covisa y Sánchez-Covisa (figs. 48 y 49) nació en Huete (Cuenca) el 28 de junio de 1881, en el seno de una familia de ocho hermanos. Realizó el bachillerato en el Instituto del Cardenal Cisneros de Madrid y la carrera de Medicina en el Colegio de San Carlos. Fue alumno interno del cirujano Alejandro San Martín. También fue interno en la Cátedra de Patología Médica del profesor Alonso Sañudo (553).

Se licenció en Medicina en la promoción de 1903. Aunque él mismo fue uno de los personajes más destacados de esta promoción, formaban parte de la misma otras figuras insignes como César Juarros Ortega, Manuel Marín Amat, Laureano Olivares Sexmillo y su propio hermano Isidro Sánchez-Covisa, famoso urólogo (91).

En 1926, Covisa sucedió a Azúa en la Cátedra de Dermatología y Venereología de Madrid por oposición de turno libre. Fue también encargado de la consulta de dermatología de la Casa de Socorro del Distrito de Palacio en Madrid. Fue Director del Hospital de San Juan de Dios, presidente del Colegio de Médicos y Decano de la Facultad de Medicina de Madrid (835).

La guerra civil española lo llevó a exilarse en Venezuela. Falleció en Caracas el 24 de junio de 1944.

Covisa tenía un carácter más comedido y un trato mucho más cordial que el de su maestro Azúa. Probablemente esta afabilidad fue determinante en el acceso a algunos

cargos académicos de tipo político. Francisco Tello decía en la contestación al discurso de ingreso de Covisa en la "Real Academia Nacional de Medicina" (833):

> < Las condiciones personales de Sánchez Covisa nos hicieron presumir, desde los primeros tiempos de nuestro conocimiento, el éxito que había de alcanzar en todas sus actividades: al frente de ellas figuran el talento la laboriosidad y la simpatía. >

Gay Prieto, sin embargo, interpretó esta afabilidad como "debilidad de carácter", y señaló este rasgo como principal motivo de su exilio (446):

> < El natural bondadoso de Covisa llevaba aparejada cierta debilidad de carácter, que lo hacía fácilmente sugestionable por aquellos en quienes depositaba su confianza y su afecto, valorando exageradamente sus cualidades. Estas influencias motivaron fundamentalmente que terminara sus días en el destierro, cuando acariciaba la ilusión de regresar al lado de los suyos. >

3.5.1.2.-TESIS DOCTORAL. ACTIVIDAD ASISTENCIAL, DOCENTE E INVESTIGADORA.

3.5.1.2.1.-TESIS DOCTORAL.

Covisa realizó su doctorado antes de decantarse hacia la dermatología. De hecho, presentó su tesis aún antes que Juan de Azúa. No extraña, pues, que el tema escogido tenga poco o nada que ver con las enfermedades cutáneas. El título de esta tesis fue "Algunas consideraciones sobre el concepto de clorosis". Formaron el tribunal evaluador Julián Calleja, Francisco Criado y Aguilar, Ildefonso Rodríguez y Fernández, Manuel Alonso Sañudo y M. Márquez (301). Esta tesis doctoral, como la de Olavide, tiene más aspecto de memoria que de trabajo original de investigación. Se editó como folleto, ocupando una extensión de apenas treinta páginas de tamaño cuartilla (299). La conclusiones se exponían en seis puntos (300):

> <Primera. Las enfermedades de la sangre, y entre ellas la clorosis, son casi siempre secundarias.
> Segunda. Ni la Clínica ni la Anatomía patológica, ni la Hematología bastan para caracterizar a la clorosis como especie nosológica.

> Tercera. La tuberculosis ejerce una frecuente y positiva influencia en la etiología de la clorosis. La sífilis y demás enfermedades anemiantes son también en muchas ocasiones elementos etiológicos.
> Cuarta. La clorosis del embarazo, de la menopausia, en una palabra, la llamada forma tardía del sexo femenino y masculino, no tiene absolutamente ningún rasgo que la diferencie de las restantes anemias.
> Quinta. Lo único que da ciertos caracteres especiales al tipo clínico de la clorosis es el sexo y la edad.
> Sexta. Por consiguiente, debe perder su individualidad nosológica y su carácter de especie morbosa definida, incluyéndosela en el grupo general de las anemias con el calificativo de "anemia de la pubertad". >

En el impreso de la tesis aparece la fecha de 19 de junio de 1904 como fecha de redacción, aunque verificó el ejercicio unos días después, el 30 de junio de ese año. Se le otorgó la calificación de sobresaliente y se le concedió el premio extraordinario de doctorado, después de haber ganado ya el de licenciatura (10).

3.5.1.2.2.-ACTIVIDAD ASISTENCIAL.

En 1904, Covisa obtuvo una plaza de médico de la Beneficencia Municipal (832), aunque poco tiempo después, en 1906, solicitó la excedencia de esta plaza y se dedicó a la docencia como Ayudante de Clínica de la Facultad de Medicina de la Universidad Central al lado de su maestro Alonso Sañudo.

La dedicación de Covisa a la dermatología fue, en cierto modo, azarosa (834):

> < Con el ingreso en la Beneficencia Provincial, también por oposición, el año 1908, la orientación profesional de nuestro querido amigo cambió por completo; agregado como médico de guardia al servicio del profesor Azúa, se dedicó de lleno al estudio de la dermatología con este excepcional maestro de casi todos los dermatólogos contemporáneos. >

Comenzó su labor asistencial en el Hospital de San Juan de Dios de Madrid el 1 de agosto de 1908, después de unas oposiciones a varias plazas de la Beneficencia Provincial en las que fue el número tres. Estas mismas oposiciones las aprobó también Enrique Álvarez Sainz de Aja con el número cinco (768). En 1912, Covisa ascendió a médico de número y fue encargado de uno de los servicios de San Juan de Dios. En esta circunstancia jugó un

papel determinante Fernando Castelo. En una sesión de homenaje a la figura Castelo, Covisa demostró su sincero agradecimiento hacia éste recordando su apoyo en aquel momento tan trascendente para él (310):

> < Como hombre bondadoso y pronto a abrir las puertas y a facilitar el acceso a la juventud, yo tengo particulares e inolvidables testimonios. Cuando por ascenso natural llegué a profesor de número del Hospital de San Juan de Dios, Castelo facilitó con todo cariño mi colocación en dicho hospital cediéndome, con un desinterés que nadie tuvo, un pabellón que él visitaba, y al propio tiempo se ocupó personalmente de crear otro servicio para mi compañero Sainz de Aja, que estaba próximo a ascender. >

Fernández de la Portilla, data la independencia de Covisa y Sainz de Aja del servicio de Azúa en el otoño de 1913 (417).

En 1916, Covisa también se puso al frente de una consulta de dermatología creada en la Beneficencia Municipal (832).

Desde 1926, se ocupó también de la consulta de dermatología en la Facultad de Medicina.

En los "Trabajos de la Cátedra de Dermatología" (342) aparece un buen organigrama de los servicios de Covisa y Bejarano en el Hospital de San Juan de Dios y en la Facultad de Medicina en 1929 (325). Covisa y Bejarano figuran ambos como Jefes de Servicio en el Hospital de San Juan de Dios. Gay Prieto, Enterría, F.J. Tomé, Humberto Sanz, Arredondo y Aguadó aparecen como jefes de sala. R. Hombría y A. Villafuerte eran los encargados de la Consulta. El encargado de la Sección de Metabolimetría era L. Solla. El gabinete de Terapéutica física y Radio-radiodiagnóstico(sic) estaba a cargo de J. Soto y R. Hombría. Del laboratorio se ocupaba E. Enterría. En la Facultad de Medicina, figuran Covisa como catedrático de la especialidad, Julio Bejarano como Profesor Auxiliar, José Gay Prieto y S. Pineda como Ayudantes de Clínica, el Jefe de Laboratorio era Hombría y los Ayudantes Muñuzuri y Sánchez Carbonero, de la sección de Anatomía Patológica se ocupaba Gay y de la de

Microfotografía, Pineda. En la misma memoria se hace también un interesante balance de la actividad asistencial durante el curso 1928-9 (325):

> <Consulta de la Facultad de Medicina:
> enfermos de la piel 835
> idem de sífilis 168
> idem de otras enfermedades venéreas 46
> Consulta del Hospital de San Juan de Dios:
> Sección de hombres 1118
> idem de mujeres 705
> Enfermos hospitalizados en nuestro servicio
> y en el del doctor Bejarano 430
> El total de enfermos asistidos fue de 2902>

Las pruebas y técnicas complementarias también aparecen cuantificadas (325):

> <Enfermos asistidos en el gabinete de terapéutica física
> (electrocoagulación, fototerapia, radioterapia,
> radiodiagnóstico y radiumterapia 241
> Reacción de Wassermann 1134
> Idem de Meinicke 1134
> Idem de Kahn 1134
> Idem de Navarro y Hombría 919
> Idem de Hecht 215
> Idem de Weinberg 5
> Idem con antígeno gonocócico 25
> Idem con idem metílico 13
> Idem con idem leproso 0
> Análisis de líquido cefalorraquídeo
> (citodiagnóstico, albúmina, globulinas, Wassermann y reacciones coloidales
> del oro y del mástic) 144
> Glucemias, fórmulas leucocitarias, recuentos,
> pelos y escamas, ultras, frotis diversos, siembras, hemocultivos y
> autovacunas 244
> Biopsias estudiadas 171>

3.5.1.2.3.-ACTIVIDAD DOCENTE.

De las dotes de Covisa para la docencia nos han quedado numerosos testimonios de terceras personas. Villarejo escribía sobre él en "Ecos Españoles de Dermatología y Sifiliografía" (861):

> < El doctor Covisa, prestigio de máxima autoridad en la Dermovenereología española, allá en el Hospital de San Juan de Dios, durante veinte años de labor pedagógica, ha creado una verdadera

> generación de especialistas capacitados, de hombres útiles para la sociedad que hoy reparten por toda España su sabia doctrina..../... El doctor Covisa es el maestro ya hecho y probado, que va a continuar su labor pedagógica con el mismo perfeccionamiento y entusiasmo que lo venía haciendo. >

Gay Prieto alabó también las dotes docentes de Covisa y reconoció la influencia de éste en su propia dedicación a la dermatología (446):

> < La vocación docente del profesor Covisa le impulsa a organizar cursos y cursillos mucho antes de llegar al profesorado oficial; al asistir, casualmente, a una de esas lecciones, siendo estudiante de tercer año de carrera, nacieron mis aficiones dermatológicas y mi decisión de consagrarme a esta especialidad, una de las muchas pruebas (perdón por la inmodestia de esta alusión a mi persona) de sus aptitudes para enseñar. >

Del mismo modo que sus antecesores Olavide y Azúa, Covisa inició su vocación pedagógica en la dermatología al margen de la docencia oficial, organizando algunos cursos, pronunciado discursos y lecciones en diversas Academias. Se conservan algunos programas y noticias sobre estos cursos no universitarios de Covisa. Por ejemplo, en "Actas Dermosifiliográficas" se encuentra el programa de un curso libre de Dermatología y Sifiliografía, organizado por Covisa, Sainz de Aja, Fernández Criado y Bejarano y patrocinado por la "Sociedad Española de Dermatología" (55). Tuvo lugar entre el 15 de octubre y el 15 de diciembre de 1925, constaba de un total de 42 lecciones de dermatología y 52 de venereología, repartidas en dos conferencias diarias, mañana y tarde. La matrícula en el curso completo costaba 250 pesetas y los asistentes participaban del trabajo clínico y de laboratorio en los servicios de Covisa y de Sainz de Aja en San Juan de Dios. El mismo anuncio y programa del curso aparecen en la sección de noticias del número uno de "Ecos Españoles de Dermatología y Sifiliografía" (56). Dos años después, ya siendo Covisa catedrático, él mismo, Bejarano y Navarro Martín organizaron un curso similar de posgrado, aunque de menor duración, del 2 al 30 de noviembre de 1927. En este caso, las clases y las prácticas no se realizaron como el anterior en el

Hospital de San Juan de Dios sino en la Facultad de Medicina y en el Dispensario Azúa (57).

Otro antecedente interesante en la vida docente de Covisa fue la experiencia previa de Covisa en la cátedra de su maestro Alonso Sañudo. Esta etapa sería de gran importancia en la orientación que Covisa daría más adelante a su propia concepción de la dermatología. Así lo reconoce su discípulo Gay Prieto (446):

> < Durante este lustro adquirió el profesor Sánchez Covisa una sólida formación de internista, 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 su enfermos con un criterio amplio y humano de médico general. >

En 1926, cuatro años después del fallecimiento de Azúa, Covisa obtuvo por oposición la Cátedra de Dermatología de la Universidad Central de Madrid, de la que cual se había ocupado de forma transitoria Vicente Gimeno, profesor auxiliar al lado de Azúa (858). En "Ecos Españoles de Dermatología y Sifiliografías" aparece una noticia como un añadido final, impreso aparte de la edición de ese número, en papel de distinto color y pegado sobre una página en blanco aneja a la sección de noticias, que dice (87):

> < En las oposiciones que acaban de celebrarse a la cátedra de Dermatología y Sifiliografía de la Facultad de Medicina de Madrid ha sido elegido el doctor Covisa por cuatro votos. El doctor Peyrí obtuvo uno.
>
> Los jueces del tribunal votaron de la siguiente forma: Fornos, por Covisa; Cañizo, por Covisa; Gil Casares, por Covisa; Sarabia, por Covisa; Bartrina, por Peyrí.
>
> Los restantes opositores: el doctor Jimeno, una desgracia lamentable, una violenta crisis gástrica, que hoy le retiene en cama en grave estado, le imposibilitó de continuar la oposición desde el segundo ejercicio.
>
> El doctor Navarro Fernández se retiró, actuando solamente en el primer y segundo ejercicios. >

Aunque "Actas Dermosifiliográficas" se caracterizó en su primera etapa por la ausencia casi total de noticias extracientíficas, según la voluntad de su fundador Juan de

Azúa, el nombramiento de Covisa como catedrático mereció unas líneas escritas por su compañero Julio Bejarano en la revista, acompañado de un retrato del homenajeado (228):

> < Después de unos brillantísimos ejercicios de oposición, ha sido designado D. José Sánchez Covisa, Catedrático de Dermatología y Sifiliografía. Inútil es decir que todos los que colaboramos en estas ACTAS consideramos el triunfo como nuestro, como una cosa propia y aplaudimos unánimemente la decisión del Tribunal, que por fortuna no habrá tenido en este caso ni un sólo momento de duda ni de vacilación.
>
> Es difícil que se reúnan en otra persona condiciones pedagógicas más salientes que las que en Covisa se reúnen: exposición clara y sistematizada, aún de las materias más arduas; experiencia clínica prolongada; material abundantísimo de enseñanza, recogido en largos años de labor hospitalaria; y sobre todo una base de cultura médica general, imprescindible para el que tenga como misión fundamental defender una especialidad entre los futuros médicos prácticos. >

Según García del Carrizo, la exaltación de Covisa a la cátedra tuvo lugar el 25 de marzo de 1926 (422). Su nombramiento se encuentra en la "Gaceta..." del 27 de marzo de 1926, en la página 1526.

La lección inaugural del curso 1926-7, con la que Covisa debutó como catedrático, se tituló "Posición actual de la dermatología y sifiliografía". El texto de esta lección magistral se publicó íntegramente en el número 467 de "La Medicina Íbera", del 16 de octubre de 1926. publicándose también como folleto aparte (325). El interés de este texto va más allá del hecho formal de ser la primera lección de Covisa como catedrático ya que autor resume en ella las líneas maestras de su propia concepción de la especialidad. Insistió, por ejemplo, en la relación de la dermatología con la medicina interna (325):

> < Pero antes debemos hacer la afirmación de que la dermatología es una rama integrante de la medicina interna en la que se agitan los mismos problemas, se discuten las mismas cuestiones y se discuten los mismos hechos que en la medicina general. >

En realidad, por su formación, Covisa era también un internista completo, y como tal aparece mencionado en alguna cita (14):

> < En el mes de enero de 1908, ingresaron los doctores José Sánchez-Covisa, internista y dermatólogo, ... >

Sin embargo, el carácter que tiene en la actualidad la dermatología como disciplina médico-quirúrgica, ya aparece esbozado en esta lección magistral de Covisa (325):

> < Esta apariencia lesional da a los enfermos dermatológicos, mejor dicho, a la clínica dermatológica, a pesar de su carácter esencialmente médico, el encanto sugestivo de los afectos quirúrgicos, y obliga, en la exploración de los enfermos a seguir una pauta quirúrgica. >

También destacó Covisa la importancia cuantitativa de la venereología en el estudio de la especialidad y de la medicina en general (325):

> < La Sifiliografía es la parte más importante de nuestra disciplina. Se puede prescindir en nuestro ejercicio profesional de algunos asuntos especializado que competen a los padecimientos de algún aparato orgánico que no tengan trascendencia vital; pero no puede prescindir ningún médico del conocimiento de la sífilis. >

Villarejo dedicó el primero de los artículos de una serie de su revista que tituló "La enseñanza de la dermosifiliografía en España" precisamente a la cátedra de Covisa. Hacía un evaluación del primer año de docencia oficial de éste. En uno de los párrafos se refleja la ilusión y el sentido pedagógico eminentemente práctico de Covisa (858):

> < En la enseñanza del profesor Covisa predomina lo práctico, la verdad; así sus alumnos, en el curso 1926-7, han visto 190 enfermos de la especialidad, han hecho 300 historias clínicas y han realizado también prácticas de laboratorio de los más importantes asuntos dermovenereológicos. >

Poco más adelante, Villarejo parafrasea a Covisa, que se quejaba, ya entonces, de la masificación en la enseñanza (858):

> < ...he tenido que atender en el pasado curso a la enseñanza de 176 alumnos oficiales y 60 libres. Este número de alumnos en cátedras esencialmente prácticas, como la que desempeño, es abrumador, y constituye el más grave de los defectos de nuestra enseñanza oficial. >

La culminación de la carrera docente de Covisa fue su nombramiento como Decano de la Facultad de Medicina de Madrid en 1933. Este hecho rompió de nuevo la

habitual línea de austeridad de las sesiones de la "Academia de Dermatología", coméntandose jubilosamente esta noticia, que coincidió, además, con el nombramiento de Bejarano como Director General de Sanidad (556):

> < Dos de nuestros más altos valores académicos, los Dres. Covisa y Bejarano, han sido llamados a ocupar cargos que antaño regentaban, si no siempre muchas veces, personas sin más mérito científico que la amistad con los directores de la cosa pública.
>
> Los Dres. Covisa y Bejarano, hermanados tantas veces a lo largo de su vida científica, de lo que la Academia Española de Dermatología y Sifiliografía es testigo de mayor excepción, han sido designados respectivamente para los cargos de decano de la Facultad de Medicina y director general de Sanidad.
>
> La Academia, apreciando antes que nadie el positivo mérito de su labor, ya les había hecho cuanta justicia podía ella hacer, llevándolos a la presidencia de nuestras tareas.
>
> No creemos tener necesidad de recordarlos numerosos trabajos, universalmente estimados, aportados por ellos a nuestra Academia. Asimismo nos es familiar también la formidable labor diaria que realizan en sus servicios del Hospital de San Juan de Dios, de la Facultad de Medicina y del Dispensario Azúa, fruto del cual es el plantel meritísimo de nuevos valores dermatológicos, diseminados ya muchos de ellos por las provincias de nuestra nación.
>
> Por todo ello, los académicos que suscriben proponen a la Academia Española de Dermatología y Sifiliografía que se sirva hacer constar en el acta el agrado con que ha visto la justicia hecha a los doctores Covisa y Bejarano al llevarlos al Decanato de la Facultad de Medicina y a la Dirección general de Sanidad. Firman la proposición los doctores Hombría (M), M.S. Carbonero, Vallejo, S. Pineda, E. Rivas, García Ayuso, Laporte, Tomé Bona, Fernández de la Portilla, Muñuzuri, Bertoloty, Soto, Sainz de Aja, Peña Márquez y Forns >

Encontramos especialmente significativa una intervención posterior de Sainz de Aja en esta sesión (556):

> < Dr. Sainz de Aja.- Dice que la significación de estos nombramientos es mayor de lo que parece, ya que en la época en que el doctor Covisa y él se iniciaron en la especialidad las clínicas dermatológicas estaban verdaderamente arrinconadas en nuestro país y apenas se les prestaba atención. De entonces acá esa situación ha cambiado mucho, y el hecho de que un dermatólogo haya llegado al Decanato de la Facultad de Medicina en vísperas de inaugurarse la Ciudad Universitaria es de gran trascendencia para nuestra especialidad.
>
> En cuanto al Dr. Bejarano, cree que su labor al frente de la Dirección general de Sanidad estará llena de ponderación y equilibrio.

Propone que se ofrezca un banquete a los Dres. Covisa y Bejarano como homenaje por sus recientes nombramientos. >

3.5.1.2.4.-ACTIVIDAD INVESTIGADORA.

Además de la dedicación a la clínica y a la docencia, Covisa profundizó en el estudio de algunos temas de investigación básica aplicados a la dermatología. Conviene señalar que la dedicación personal de Covisa a la investigación no fue especialmente intensa. Sin embargo, sí supo rodearse de un grupo de jóvenes colaboradores con los cuales pudo llevar a cabo interesantes trabajos clínicos, ensayos terapéuticos de nuevos medicamentos o de medios físicos, estudios histopatológicos y de laboratorio. Así lo destacaba Tello Muñoz (835):

> < La producción científica de Sánchez Covisa es abundantísima. En los veinte años que lleva dedicado al estudio de la Dermatología y Sifiliografía ha publicado más de 70 trabajos, otros 40 en colaboración con brillantes discípulos, al frente de los cuales figura Bejarano, y ha inspirado no pocas publicaciones a éstos. >

En la primera época de Covisa, los medios de investigación eran aún escasos. A lo largo de los años en los que tuvo a su cargo la Cátedra de Dermatología, la mejoría fue importante. En 1928, Villarejo recordó unas palabras del mismo Covisa (858):

> < La Diputación Provincial de Madrid (y me refiero a ella por haber trabajado siempre en sus establecimientos benéficos), no se ha penetrado todavía de la importancia de la investigación científica. Ha mejorado notablemente los servicios clínicos; atiende a sus enfermos y se preocupa del saneamiento y de la higiene de sus hospitales como jamás lo hizo; pero no tiene en cuenta más que el carácter profesional del médico; se olvida del carácter científico que debe tener siempre y no le facilita medio alguno de investigación. >

Apenas seis años después, escribía Covisa esperanzado (334):

> <Los hospitales provinciales, los más importantes por su número, van a dejar de ser albergues de enfermos y a convertirse en clínicas modernas y centros de investigación. La Diputación provincial de Madrid empieza a preocuparse de este problema y a conceder importancia no sólo al edificio, sino al trabajo que en él se realiza; no sólo al médico, sino al personal auxiliar indispensable y al material necesario. >

La mayor parte de la actividad investigadora de Covisa se llevó a cabo en el laboratorio que creó en la Cátedra de Dermatología de la Universidad Central, aunque también tuvo un papel destacado el laboratorio del Servicio de Covisa y Bejarano en el Hospital de San Juan de Dios. En el apartado 3.5.1.5. comentamos las principales líneas de investigación de Covisa.

3.5.1.3.-ASISTENCIA A CONGRESOS DE ESPECIAL INTERÉS. ACADEMIAS Y SOCIEDADES MÉDICAS.

Además de acudir puntualmente a las reuniones periódicas de la "Sociedad Española de Dermatología", Covisa asistió a importantes reuniones internacionales, incluso en algunas de ellas tuvo un papel destacado científico y político.

También nos consta la participación de Covisa en algunas reuniones organizadas al margen de ámbito estricto de la dermatología, en las que Covisa presentó alguna comunicación relacionada con las enfermedades cutáneas. Así, por ejemplo, en el Congreso de Valladolid de la "Asociación Española para el Progreso de las Ciencias", celebrado en octubre de 1915, Covisa disertó sobre "Los rayos ultraviolados(sic) en dermatología" (337), esta comunicación se publicó también en "Actas Dermosifiliográficas" (338). En el Congreso que esta misma Asociación celebró en Bilbao en septiembre de 1919, Covisa participó con una comunicación titulada "Los pseudochancros sifilíticos y el tratamiento abortivo de la sífilis" (336).

En el "II Congreso Nacional de Ciencias Médicas", celebrado en Sevilla, los días 15 a 20 de octubre de 1924, Covisa presentó con Bejarano una ponencia titulada "Hechos positivos de relación entre las dermatosis y las alteraciones endocrinas". El texto íntegro de esta ponencia se publicó también en "Actas Dermosifilográficas" (366).

La primera comparecencia pública de Covisa en una reunión internacional de la que tenemos constancia tuvo lugar en el "II Congreso de Dermatólogos de Lengua Francesa" (fig. 50), celebrado en Estrasburgo en los días 25 a 27 de julio de 1923, presidido por Pautrier. En la lista de asistentes al congreso constan diecinueve españoles. Covisa presentó en esta reunión dos breves comunicaciones, realizadas ambas en colaboración con Bejarano. Una versó sobre la aplicación de los métodos histológicos españoles al estudio anatómico de diversas dermatosis (348) y otra acerca de la parapsoriasis en placas (351), publicada también en "Actas Dermosifiliográficas" (350).

Covisa asistió de nuevo a la tercera reunión de los dermatólogos de lengua francesa, que se celebró tres años después, en 1926, en Bruselas. En esta reunión presentó una comunicación sobre el tratamiento de la tuberculosis cutánea (343).

En la Biblioteca del Departamento de Dermatología en el Hospital Universitario San Carlos se guarda una invitación a Covisa al "Segundo Congreso Internacional de Radiología", celebrado en Estocolmo del 23 al 27 de julio de 1928. Sin embargo, no encontramos otras evidencias de la presencia de Covisa en esta reunión.

En los días 28 a 30 de octubre de 1929, se celebró en Barcelona el "Congreso Internacional Monográfico del Cáncer de Piel". Estaba patrocinado por S.M la reina Dª Víctoria Eugenia, como presidenta del Alto Patronato de la Lucha contra el Cáncer, aunque, por delegación, presidió el Congreso la infanta doña Isabel. Constan en la lista de asistentes algunas de las más destacadas figuras de la dermatología europea de la época como Unna, Dubreuilh, Civatte y Zurhelle, entre un total de 165 participantes. Por parte española, la aportación más destacada probablemente fue la intervención de Pío del Río Hortega con una ponencia sobre las variantes histológicas del cáncer de la piel (745). Covisa fue el encargado de inaugurar las sesiones científicas de esta reunión con una

conferencia titulada "morfología del precáncer" (313). Esta ponencia sería después publicada dentro de "Modernos Estudios de Dermosifiliografía" (314). Presidió, además, la cuarta sesión de esta reunión que versó sobre la terapéutica del cáncer de la piel.

También acudió al "VIII Congreso Internacional de Dermatología y Sifiliografía" que se celebró en Copenhague del 5 al 9 de agosto de 1930. Gay Prieto (446), discípulo y sucesor de Covisa, recuerda este importante evento en la nota necrológica de éste, aunque confunde la fecha del congreso:

> < La calidad de la formación clínica de Covisa pude apreciarla singularmente durante el Congreso Internacional de Copenhague (1932), al tener la fortuna de visitar los numerosos enfermos raros allí convocados, sirviéndole de intérprete con mis maestros Pautrier y Bruno Bloch. La rapidez y seguridad de sus diagnósticos, el sentido común y el criterio certero con que enfocaba los problemas que aquellos casos planteaban impresionaron considerablemente a las dos grandes figuras de la Dermatología... >

Covisa, Bejarano, Sainz de Aja y Peyrí formaron la representación española en la reunión de delegados de este Congreso Internacional. Además de ellos, figuraban en la lista de asistentes más de veinte españoles. En el aspecto científico, Covisa participó con tres comunicaciones. En los temas oficiales dio una conferencia sobre la tuberculosis cutánea (344). En las comunicaciones libres presentó, conjuntamente con Bejarano y Gay, un interesante estudio clínico-histológico sobre la queilitis glandular del labio inferior y su posible relación con el cáncer de labio (375). Los autores aplicaron los métodos de tinción de del Río Hortega (carbonato de plata) en un caso de asociación de queilitis glandular simple de Puente y Acevedo con un epitelioma de labio inferior. Aunque constataron que las glándulas salivares no eran el origen del epitelioma, postularon una posible relación entre ambas entidades, que hoy no se acepta. En la parte de venereología de este congreso mundial, Covisa presentó, junto con Bejarano y Enterría, una comunicación titulada "evolución anormal de la sífilis" (374).

Del 25 al 30 de octubre de 1933 se celebró en Madrid el "Congreso Internacional de Lucha Científica y Social Contra el Cáncer". Covisa y Bejarano formaban parte del Comité de Organización, presidido por el doctor L. Cardenal. Los resúmenes de esta reunión se publicaron en cuatro voluminosos tomos. En este congreso, Covisa abordó otra vez el tema de las dermatosis precancerosas (326). También presentó también un estudio estadístico sobre el cáncer cutáneo (373).

Covisa fue uno de los veintiséis miembros fundadores de la "Sociedad Española de Dermatología y Sifiliografía" (75). Formó parte de la Junta directiva ya desde la fundación como "secretario general-contador". Aún en vida de Azúa, y como consecuencia de la enfermedad del maestro, presidió algunas sesiones de la "Sociedad de Dermatología", alternándose en ocasiones con Sainz de Aja. Desaparecido Azúa, Covisa fue el presidente de la misma desde 1922 a 1927. La última sesión que presidió en esta etapa tuvo lugar el 21 de enero de 1927 (385). Pasó a ser presidente de honor, al lado de dos compañeros de Azúa: Fernando Castelo y Antonio Pardo Regidor.

En la sesión del 31 de octubre de 1934 de la "Academia Española de Dermatología", Covisa fue designado por segunda vez presidente, después de haber completado Bejarano su mandato reglamentario y pasar a formar parte del selecto grupo de presidentes de honor. En esta nueva Junta Directiva ya figuraba como "segundo Secretario de Actas" José Gómez Orbaneja, quien años después tomaría el relevo en el mando de esta fecunda escuela dermatológica (251).

El 17 de mayo de 1934, coincidiendo con el veinticinco aniversario de la "Academia de Dermatología", tuvo lugar el "Primer Congreso de Dermatólogos Españoles". El presidente de la "Academia..." en ese momento era Julio Bejarano. Covisa, por entonces Decano de la Facultad de Medicina, tuvo una participación muy

limitada en esta reunión, quizás por sus obligaciones como Decano, y quizás para no restar protagonismo a su discípulo, compañero y amigo, Julio Bejarano. La única intervención de Covisa en todo el congreso tuvo lugar en la mañana del 18 de mayo. Fue una comunicación que hizo con el doctor Enterría presentando su experiencia en 33 casos de neurosífilis en los que habían recurrido a la paludización (376). Llama la atención el hecho de que, siendo Covisa catedrático de la especialidad en Madrid, no tomase parte en uno de los temas más interesantes de esta reunión, como fue la organización de la enseñanza, ejercicio e instituciones dermosifiliográficas en España. En este apartado del congreso, se presentaron diversas ponencias por parte de Sainz de Aja, (776) Gay Prieto (448), Daudén Valls y Cuesta Almonacid (402), Martínez Navarro (550) y Garrido (435). Como Covisa, tampoco Peyrí -a la sazón catedrático de Dermatología en Barcelona- presentó ponencia alguna. Tan sólo Gay Prieto, ya catedrático en Granada, presentó una ponencia "Sobre la necesidad de reorganizar en España la enseñanza y el funcionamiento de las instituciones dermatovenereológicas" (448). Peyrí realizó un comentario puntual a la ponencia de Gay (699).

A continuación de este "I Congreso Español de Dermatología", y asociado a él, se celebró, el 19 de mayo de 1934, la "Asamblea General de la Unión Internacional Contra el Peligro Venéreo" (95). Covisa era el único español que formaba parte, como consejero, del Comité Ejecutivo de este órgano. Durante esta reunión de Madrid fue nombrado presidente de esta asociación internacional. A esta reunión asistió el ministro de Sanidad.

En el Acta de una Junta extraordinaria de la "Academia Española de Dermatología" de finales del curso 1934-5, encontramos la designación de Covisa como delegado en la representación nacional que acudiría al "IX Congreso Internacional de Dermatología", que se había de celebrar los días 13 a 31 de septiembre de 1935, en

Budapest (248). Esta noticia confunde las fechas ya que finalmente este congreso tuvo lugar los días 15 a 21 de septiembre de 1935 (817). La misma organización del congreso había propuesto la siguiente delegación española (248):

> <Dr. Peyrí, del Comité permanente de la Liga Internacional de Dermatología.
> Dr. S. de Aja del Comité de la enseñanza Moderna de Dermatología.
> Dr. S. Covisa, del Comité para la creación de un centro internacional dermatovenereológico para el cambio de objetos científicos.
> Dr. Bejarano, del Comité para los problemas profesionales en la práctica dermatovenerológica. >

La Junta de la "Academia de Dermatología" tomó, en su reunión del 12 de abril de 1935, la decisión de incluir en la delegación oficial también a Gay Prieto, La Portilla y Bertoloty. A cada uno de ellos se le asignó un tema específico: Covisa se integraría en el "Comité para la clasificación moderna de las enfermedades de la piel", Peyrí fue designado para el "Comité para la reforma de la terminología dermatológica", Sainz de Aja para el tema "tuberculosis cutáneas como enfermedad social", Bejarano para abordar la lucha antivenérea, La Portilla para las enfermedades profesionales, Gay Prieto para la "Dermatología comparada" y Bertoloty como jurado en la "Exposición de arte". En las juntas generales extraordinarias de los día 29 de mayo, 5 y 26 de junio de 1935 se confirmó la asignación de estos temas y se ultimaron los detalles administrativos (246. 247, 249).

José María Peyrí escribió en una crónica sobre este congreso en "Ecos Españoles de Dermatología y Sifiliografía" (705). Esta crónica confirma la asistencia de Covisa a esta reunión:

> < El profesor Luis Torok y sus compañeros de escuela dermatológica, nos obsequiaron a algunos delegados extranjeros -de España, Covisa, Aja, Jaime Peyrí y nosotros- ... >

En la segunda parte de esta crónica (704), José María Peyrí incluye el programa de las sesiones, en el que aparece Covisa presidiendo la presentación de ponencias y discusión de la mesa número 8, que versó sobre "El tratamiento inmunobiológico, no específico y medicamentoso, de la sífilis".

Del 8 al 10 de junio de 1936 se celebró en Granada el "II Congreso Nacional de Dermatología" (51). Gay Prieto, catedrático de la especialidad en la Universidad de Granada, actuó como anfitrión. Covisa presentó, con Vallejo, una comunicación titulada "un caso de monilétrix" (51). Le correspondió también presidir la sesión de clausura del congreso. De nuevo en este caso se asoció al congreso la "Asamblea Nacional de Médicos de la Lucha Antivenérea". La guerra civil española impidió la publicación de los resúmenes de las ponencias y comunicaciones a este congreso al interrumpirse la publicación de "Actas Dermosifiliográficas" precisamente en este número.

Covisa fue, como Olavide y Azúa, miembro de la "Academia Médico-Quirúrgica Española". Ingresó en este foro el día 22 de enero de 1908, el mismo día en que lo hizo también su hermano Isidro (14). En 1913, ya figuraba en la junta directiva como secretario primero. En la última sesión del curso 1920-1 fue nombrado presidente (13). En las sesiones inaugurales de los cursos 1922-3 y 1923-4 de este foro, Covisa pronunció los discursos de apertura en calidad de presidente. Éstos versaron respectivamente sobre la patogenia y tratamiento del prurito (322, 323) y sobre el bismuto en el tratamiento de la sífilis (303, 304).

Covisa también fue miembro de algunas sociedades dermatológicas del extranjero, como la "Société Française de Dermatologie et Syphiligrafie" (77) y de la "Sociedad Dermatológica Argentina". En las organizaciones internaciones, además de pertenecer a la

"Liga Dermatológica Internacional", fue miembro de la ya mencionada "Unión Internacional Contra el Peligro Venéreo", de la que llegó a ser presidente (95).

Como Olavide y Azúa, Covisa fue también fue miembro electo de la "Real Academia Nacional de Medicina". Realizaron la propuesta de los doctores Isla, Tapia, Recaséns, López Elizagaray y Bravo para ocupar la vacante en la Sección de Higiene que había dejado vacante Baldomero González Álvarez. Tomó posesión el 6 de junio de 1928 con un discurso titulado "El problema de la lepra en España" (330), que le llevó a una polémica no buscada con Mauro Guillén, director de la Leprosería de Fontilles, mencionada en el apartado 3.5.1.5.3.

La guerra civil española echó por tierra el proyecto de celebrar en Barcelona el "VI Congreso de Dermatólogos y Sifiliógrafos de Lengua Francesa" en 1937. Esta reunión estaba prevista para los días 1 a 3 de abril de 1937. En "Actas Dermosifiliográficas" consta el programa preliminar y Junta del Congreso (47). El profesor Peyrí Rocamora, catedrático de Dermatología de la Universidad de Barcelona y anfitrión de la reunión, sería el presidente de la Junta del Congreso. Covisa habría sido vicepresidente junto con Petges y Marcel Pinard. Este congreso de dermatólogos de lengua francesa se habría de celebrar finalmente tres años después en París, en el Hospital de San Luis, en 1939.

Tampoco se pudo celebrar en Madrid en 1939 el "X Congreso Internacional de Dermatología", como estaba previsto desde el anterior congreso de 1935 en Budapest. En el volumen XXVIII de "Actas Dermosifiliográficas", correspondiente al curso 1935-6. consta la siguiente noticia (48):

> < X Congreso Internacional de Dermatología. La reunión internacional de delegados del Comité Permanente de la Liga Internacional de Dermatología ha acordado por unanimidad que este congreso que corresponde al año 1939 se celebre en Madrid, nombrando presidente del

> mismo al Dr. José Sánchez Covisa, profesor de Dermatología de la Facultad de Medicina de Madrid. >

En el acta de la Junta general ordinaria del día 16 de octubre de 1935, se confirma la designación de Madrid para el "X Congreso Internacional de Dermatología" (250):

> < El señor presidente da cuenta de haberse acordado por unanimidad en la reunión de delegados internacionales del Comité permanente de la Liga de Dermatología, celebrada en Budapest en el mes de agosto pasado, que el X Congreso Internacional de Dermatología y Sifiliografía se celebre en Madrid, habiéndole nombrado presidente del mismo. >

José María Peyrí también recordó esta decisión en la crónica que hizo del "IX Congreso Internacional" (704):

> < Nos reuniremos de nuevo en Madrid, el 1939. Antes Barcelona, el 1937, cobijará los dermatólogos de lengua francesa en su VI congreso. >

Este fallido "X Congreso Internacional de Dermatología" se retrasó casi veinte años. La guerra civil española obligó a trasladarlo a Nueva York. La II guerra mundial acabó también con esta posibilidad. Finalmente se celebró en Londres, del 21 al 26 de julio de 1952 (818).

3.5.1.4.-PUBLICACIONES MÁS DESTACADAS DE COVISA.

Distinguimos en la obra escrita de Covisa -al igual que ya lo hemos hecho con Olavide y Azúa- varios grupos de publicaciones:

1.-Obras tempranas no relacionadas con la dermatología.

2.-Discursos impresos.

3.-Trabajos originales.

4.-Textos de dermatología general: Elementos de Dermatología.

5.-Monografías.

6.-Recopilaciones.

7.-Traducciones.

3.5.1.4.1.-OBRAS TEMPRANAS NO RELACIONADAS CON LA DERMATOLOGÍA.

El ejemplo más ilustrativo de este grupo es el folleto de su tesis doctoral (299).

3.5.1.4.2.-DISCURSOS IMPRESOS.

Los cargos académicos y políticos que ocupó Covisa le obligaron a pronunciar numerosos discursos, la mayoría de los cuales fueron posteriormente impresos. Los mejores ejemplos son los ya mencionados de la "Academia Médico-Quirúrgica Española" (303, 304, 322, 323) y la "Real Academia Nacional de Medicina" (330).

3.5.1.4.3.-TRABAJOS ORIGINALES.

Cuando Tello Muñoz introduce la personalidad de Covisa en el discurso de contestación al pronunciado por éste con motivo de su recepción en la "Real Academia..." hace referencia ya a más de 70 trabajos de Covisa (835). La importancia cualitativa de estos trabajos es muy variable, ya que algunos son breves notas clínicas u observaciones sobre un paciente concreto. En otros casos se trata de amplios estudios de laboratorio, analíticos o histopatológicos y, ocasionalmente, experimentales.

La mayoría de los trabajos originales de Covisa se publicaron en "Actas Dermosifiliográficas", revista oficial de la "Sociedad Española de Dermatología", creada por su maestro, Juan de Azúa, en 1909. Ya en el primer volumen de esta publicación aparecen doce trabajos firmados por él en solitario y dos más que firma con Azúa.

El primer artículo de orientación dermatológica de Covisa fue una presentación en la sesión de la "Sociedad de Dermatología" del 6 de mayo de 1909. Se titula "Dos casos de dermatitis herpetiforme de Duhring" (307). Es el segundo trabajo que aparece en esta publicación, después de otro de Juan de Azúa titulado "Curas con alquitrán de hulla en varias dermatosis" al que ya hemos hecho mención (137). Esta breve comunicación de Covisa a la "Sociedad" mereció comentarios de Castelo, Pardo Regidor, Oyarzábal y

Azúa, que, en general, aceptaron el diagnóstico de Covisa. Dice Covisa en este primer trabajo de "Actas..." (307):

> < El diagnóstico indiscutible de dermatitis de Duhring en ambas observaciones, está fundado, principalmente en el buen estado general; la intensidad de la eosinofilia; en la aparición de elementos flictenosos pequeños y tensos, sin la flaccidez del pénfigo y con disposición herpetiforme algunas veces; en el polimorfismo de las lesiones; en los fenómenos de disestésis marcadísimos y, por último, en la falta del Nikolsky. >

La descripción clínica y la argumentación de Covisa es del todo compatible con el diagnóstico de dermatitis herpetiforme. Desde los conocimientos actuales, tan sólo cabría plantear el diagnóstico diferencial con un penfigoide ampolloso, cuadro entonces desconocido.

En el mismo primer número de "Actas Dermosifiliográficas" aparece una nueva comunicación titulada "Dos casos de gomas fagedénicos de la uretra" que el autor presentó en la segunda reunión de la "Sociedad...", celebrada el día 3 de junio de 1909 (308).

En el segundo número de "Actas Dermosifiliográficas" Covisa comentó un presunto caso de pénfigo vulgar en una niña de nueve años (306). En la exploración y las pruebas complementarias afirmó:

> <El Nikolsky no existe más que en las zonas eritematosas, en las que es perfecto. Muy excepcionalmente se produce fuera de estas zonas. Sembrado el líquido de una vesícula no muy transparente, en agar y gelatina, aparecen colonias de estafilococos aureus. >

De la lectura de estas líneas, de la edad de la paciente y de la descripción clínica, podríamos plantear hoy la posibilidad diferencial de un síndrome de la piel escaldada estafilocócica. Aunque esta dermatosis era entonces desconocida, empezaba a intuirse su etiopatogenia con datos puramente clínicos. En los comentarios posteriores a esta comunicación, Oyarzábal apuntó ya esta posibilidad:

> < Dr. Oyarzábal: Creo que pudiera tratarse de un caso de pénfigo contagioso, enfermedad que incluida primero en los pénfigos crónicos, ha sido calificada después como impétigo; pero el comienzo de las lesiones por la mucosa bucal quita valor a esta duda, inclinándome, por tanto, al diagnóstico del Dr. Covisa. >

A estas comunicaciones iniciales de Covisa a la "Sociedad...", plasmadas en "Actas Dermosifiliográficas", le siguieron muchas otras. En el apartado 3.4.7.3 hemos presentado una comparación numérica entre los trabajos publicados por Azúa, Covisa, Sainz de Aja y Bejarano, hasta el año 1922 -fallecimiento de Azúa-.

Una novedad de la actividad publicista de Covisa en comparación con la de sus antecesores fue la publicación de algunos trabajos escritos específicamente para revistas extrajeras o internacionales. Ya Azúa había remitido una breve nota a la "Sociedad Francesa de Dermatología", publicada con las actas de las sesiones de esta sociedad, sobre la administración de calomelanos en aceite de vaselina para hacer las inyecciones menos dolorosas y con menor índice de complicaciones (177). También, desde 1910, en la sección de revistas del "Bulletin de la Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie" y en los "Annales..." aparecían, en la sección de "revista extranjera", resúmenes y comentarios sobre los trabajos de Azúa, Covisa y otros autores españoles, previamente publicados en "Actas Dermosifiliográficas". Sin embargo, fue Covisa el primer autor de esta escuela en remitir trabajos originales para su publicación en exclusiva en revistas internacionales de la especialidad. En los "Annales de Dermatologie e Syphiligraphie" de 1927 encontramos una observación de una eczemátide premicósica remitida por Covisa y Gay Prieto (380). Se trata de un trabajo ampliamente documentado e incluye varias representaciones gráficas clínicas e histopatológicas. Tello (836) hace referencia a un trabajo sobre chancros blando del ano que Covisa habría publicado en el "British Journal of Dermatology". Sin embargo, no hemos localizado este trabajo no

consta en los índices anuales por autores de los diez tomos previos a la fecha en la que Tello hace esta mención. En 1930, Covisa publicó con Gay en "Dermatologische Wonchenschrift" un trabajo sobre la urticaria a frigore, del que tenemos constancia a través de una separata en castellano (379). Este trabajo también se publicaría en "Modernos Estudios de Dermosifiliografía" (378).

3.5.1.4.4.-TEXTOS DE DERMATOLOGÍA.-ELEMENTOS DE DERMATOLOGÍA.

Este libro, que Covisa escribió con su amigo y compañero Julio Bejarano, es el primer compendio de dermatología de autor español del siglo XX.

Covisa y Bejarano explicaron en la presentación de su texto (354):

> <Aspiramos a que nuestra obra tenga, en la medida de lo posible, un carácter nacional y exprese, en lo que se refiere a frecuencia, a manifestaciones clínicas y a indicaciones terapéuticas, el modo de ser peculiar de las dermatosis en nuestro país.>

"Elementos de Dermatología" es un libro de pequeño formato, (25x16 cm), con apenas 550 páginas. Contiene 253 figuras originales incluyendo fotograbados de imágenes clínicas e histológicas, todos ellos en blanco y negro. Carece casi por completo de dibujos o esquemas, incluso en las representaciones anatomopatológicas, ya que la calidad de las microfotografías preparadas por Pineda es espléndida. Contiene tan sólo media docena de representaciones idealizadas de la estructura de la piel en los primeros capítulos en la que se reflejan todos sus elementos y anejos. La calidad de la edición se apreciaba incluso en papel cuché en que estaba impreso.

Aunque "Elementos de Dermatología" es un libro relativamente completo, resulta muy exiguo al lado de las otras obras contemporáneas, como el "Handbuch der Haut und Geschlechskrakheinten" (502), formado por veintitrés volúmenes repartidos en casi cuarenta tomos. Aún resulta modesto si se compara con los ocho tomos de la "Nouvelle Practique Dermatologique" de Darier, Sabouraud, Milian, Pautrier, Ravaut, Sézary y

Clement Simon (401), publicado también en 1936. La comparación con estos textos no es muy apropiada ya que se trata de grandes obras exritas por multitud de autores. "Elementos de Dermatología" resulta, eso sí, equivalente al texto de dermatología de Gougerot (470), publicado en castellano ocho años antes que "Elementos..".

Covisa y Bejarano dedicaron su libro a la memoria de su maestro el profesor Azúa de quien dicen (353):

> < A pesar de la actividad prodigiosa del profesor Azúa, no llegó a publicar el tratado de enfermedades de la piel que él soñaba y la ciencia española le pedía. Si con la obra que hoy publicamos, que es, en realidad, parte de su obra misma, puesto que a su lado nos hemos creado, completamos la fecunda labor del maestro, nuestra aspiración se verá colmada. >

También destacaron la importancia de presentar las imágenes clínicas de la enfermería atendida por ellos (354):

> < Con el fin de que este libro sea la expresión de nuestra experiencia personal, hemos tenido especial interés en que el material fotográfico sea recogido exclusivamente de nuestros enfermos, y la labor anatomopatológica, expresada en las microfotografías que publicamos, sea realizada en el laboratorio de nuestra cátedra y bajo nuestra dirección. >

En efecto, hemos tenido ocasión de ver algunos de los originales de estas fotografías que se conservan en la Biblioteca de la Cátedra de Dermatología de la Universidad Complutense en el Hospital Universitario San Carlos.

El contenido del libro está organizado en veinte capítulos que van desde unos conocimientos fundamentales de anatomía, histología, y fisiología de la piel hasta técnicas diagnósticas y terapéutica dermatológica. Las enfermedades cutáneas aparecen expuestas en dieciséis grupos (dermatosis exudativas, eritemato-escamosas, liquen y liquenificaciones, urticaria y prúrigos, enfermedades seborreicas, alopecias, tumores benignos de la piel, lesiones accidentalmente cancerígenas, cáncer de la piel, dermatosis artificiales, dermatosis zooparasitarias, micosis, piodermitis agudas y crónicas, lepra y

tuberculosis). En general, esta organización no difiere mucho de los textos actuales de dermatología. La modernidad de la obra se comprueba también al observar la actualización de los diferentes capítulos, en los que se incluyen numerosas referencias y aportaciones de trabajos recientes en relación con la fecha en la que fue escrito. La calidad del texto se refuerza, además, con un índice temático muy meticuloso y por la existencia de notas al margen del texto que introducen cada una de las dermatosis estudiadas.

Sainz de Aja hizo una crítica del libro de Covisa y Bejarano en "Actas Dermosifiliográficas" en la que hace constar la modernidad de la obra (752):

> < La obra en sí es de una considerable dificultad: la de exponer en una pocas páginas cuanto en ellas está contenido: para los propios autores hubiera sido harto más sencillo escribir sin limitaciones de espacio, como explicar y enseñar sin tiempo prefijado.
>
> Los capítulos generales, sobre todo los de Anatomía y Fisiología, son un modelo de claridad, concisión y modernidad. La documentación gráfica, al estilo de las dermatologías inglesas, acertadamente elegida, profusa y clara.
>
> Las cuestiones actuales, tratadas en cada capítulo en su lugar oportuno, destacan bien claramente el momento, época y aún el año en que fue escrita, y que la separan considerablemente de los libros similares de tiempos atrás; es una dermatología que tiene el sabor de su época. Bien se echa de ver en lo referente a Tuberculosis, Cáncer, Lepra y, más que nada, en el españolísimo capítulo de Piodermitis. >

En "Ecos Españoles de Dermatología y Sifiliografía" encontramos, en la sección de "Análisis de Libros", un comentario de Pellón sobre el libro de Covisa y Bejarano (692). Se trata de una nota breve en la que se destacan los aspectos formales y la distribución de los capítulos:

> < "Elementos de Dermatología" es un libro de 547 páginas, tamaño 25 por 18, con 253 figuras originales, editado en papel cuché, tanto el texto como las fotografías... >

Concluye Pellón (692):

> < Recomendamos a todos los dermatólogos la lectura y estudio de este interesante libro de los doctores Covisa y Bejarano, en la seguridad de que encontrarán en él utilísimas enseñanzas. >

También, en la sección dedicada a los libros nuevos de los "Annales de Dermatologie..." aparece un comentario firmado por Margarot sobre el libro de Covisa y Bejarano. Dice el crítico (525):

> < La obra que presentan J. Sánchez Covisa y J. Bejarano no es una improvisación, sino el fruto de una experiencia adquirida por una larga labor hospitalaria... >

Estas palabras son, en realidad, una traducción textual de algunos párrafos de una nota que, bajo el título de "Advertencia", incluyen los autores en el propio libro, entre la presentación y el índice.

Gay Prieto también dio, pasado bastante tiempo, su opinión sobre "Elementos de dermatología" (447):

> <...el primer libro moderno de Dermatología, que si no vio más ediciones fue a causa del exilio de sus autores. >

En la actualidad, "Elementos de Dermatología" es un libro escaso y poco conocido. Además del exilio de sus autores es posible que haya influido en esta escasa difusión el hecho de que, según nos ha referido el profesor García Pérez, en los primeros meses de la guerra civil una bomba cayó en la Unión Poligráfica, en San Hermenegildo 32, con lo que quizás se destruyó parte de la edición.

3.5.1.4.5.-MONOGRAFÍAS.

Covisa publicó, en la editorial de Javier Morata, dos monografías: "Significación clínica y valor diagnóstico de la hematuria" (340) y "Síndromes ganglionares de origen venéreo" (341). Este último fue el texto de una conferencia pronunciada ante el "Ateneo de Alumnos Internos" de la Beneficencia Provincial. Como era costumbre, se publicó conjuntamente con otra conferencia pronunciada por Úbeda Sarachaga sobre la

"Insuficiencia circulatoria y su tratamiento" en un único librillo de pequeño formato (10x14 cm) que equivalen a dos pequeños folletos independientes encuadernados "espalda con espalda" y de forma invertida, de tal manera que ambas conferencias tenían el mismo valor, dependiendo de la forma en la que se orientase el libro (fig. 51).

En este apartado también podría incluirse un curioso folleto en cuya elaboración participaron Bravo, Covisa, Sainz de Aja y Villarejo titulado "Defensa social contra las enfermedades venéreas". Fue editado en 1929, en Madrid, por un ilustre filántropo peruano, Rafael Larco Herrera con una tirada de 5.000 ejemplares. Covisa se ocupó de escribir sobre "Lo que deben de saber los enfermos acerca del tratamiento de las enfermedades venéreas (309). El objetivo fundamental de este opúsculo era la divulgación, de ahí que incluya textos de fácil comprensión, con lenguaje sencillo y algunas representaciones gráficas, que probablemente se imprimieron también como carteles, con lemas como "Tu salud no es sólo tuya, te debes a los tuyos, a la sociedad y a la raza". En el apartado 3.4.8.2 ya hemos mencionado la propaganda en la profilaxis de las enfermedades venéreas.

3.5.1.4.6.-RECOPILACIONES. TRABAJOS DE LA CÁTEDRA DE DERMATOLOGÍA Y MODERNOS ESTUDIOS DE DERMOSIFILIOGRAFÍA.

En los cursos 1926-7, 1927-8 y 1928-9 se publicó una serie de tres anuarios recogiendo numerosos trabajos realizados en la cátedra de Covisa. Se denominaron precisamente "Trabajos de la Cátedra de Dermatología". Otras cátedras de la Universidad Central -como la Cátedra de Historia Crítica de la Medicina- publicarían también algunos años después unos anales homónimos.

Tello Muñoz se refirió al primer volumen de estos "Trabajos..." en la contestación al discurso de recepción de Covisa en la "Academia Nacional de Medicina" (837):

> <...Al año siguiente de su exaltación a la cátedra ha reunido en un volumen, magníficamente presentado, hasta una treintena de trabajos propios y de sus discípulos, realizados en la propia cátedra, tanto en el estudio clínico de los enfermos como en el laboratorio. >

Lamentablemente, esta publicación se ha convertido en una rareza bibliográfica. No está registrada en la Biblioteca Nacional y tan sólo se conserva el tercer volumen de la serie -probablemente el último- en la Biblioteca del Departamento de Dermatología de la Universidad Complutense, en el Hospital Universitario San Carlos. El conjunto de artículos del primer volumen de estos "Trabajos..." aparece citado en un comentario de Villarejo sobre la cátedra de Covisa (858). Cotejando esta enumeración de Villarejo, correspondiente al primer volumen de los "Trabajos...", con el índice temático del volumen XIX (curso 1926-7) de "Actas Dermosifiliográficas" y, por otro lado, el índice del único volumen que hemos podido consultar de los propios "Trabajos..." con el volumen correspondiente de "Actas Dermosifiliográficas" (volumen XXI, curso 1928-9) se comprueba que todos los artículos aparecidos en los "Trabajos de la Cátedra de Dermatología y Sifiliografía" están ya contenidos en "Actas Dermosifiliográficas". Por tanto, el interés práctico de esta publicación es nulo, aunque sea destacable su misma existencia como publicación independiente.

Los "Modernos Estudios de Dermosifiliografía" fueron, en realidad, una continuación de los "Trabajos de la Cátedra de Dermatología". Covisa de nuevo actuó aquí como autor y como editor. Esta obra fue publicada por Javier Morata, al igual que algunos otros importantes trabajos dermosifiliográficos de esta época. A diferencia de los "Trabajos...", los artículos publicados en este volumen de "Modernos Estudios..." no se encuentran en "Actas Dermosifiliográficas", aunque algunos también corresponden a trabajos presentados en algunos congresos y ponencias. Así, por ejemplo, el trabajo que abre el volumen se titula "Morfología del Precáncer" y es, tal como se hace constar a pie

de página, la ponencia que Covisa presentó en el "Congreso Internacional Monográfico del Cáncer de Piel" celebrado en Barcelona. Aparecen a continuación otras dos ponencias presentadas a este Congreso, de Gay Prieto y de Bejarano, que versaron sobre la histología de los procesos precancerosos y sobre las formas superficiales de epiteliomas cutáneos. El trabajo de Covisa y Gay sobre la urticaria por frío aparecido en "Dermatologische Wonchenschrift" (379) también está aquí (378). Se incluyen en estos "Modernos estudios..." otros trabajos de diversos autores del servicio de Covisa, hasta un total de veintisiete artículos. Además de los ya citados, Covisa firma los siguientes:

-J. Sánchez Covisa: Los miomas cutáneos.
-J. Sánchez Covisa y L. Solla: Metabolismo basal en la pelada y el acné.
-Covisa, Soto y Enterría: La vía intradérmica en dermosifiliografía. Covisa, Soto y Enterría: Sífilis pulmonar.
-J. Sánchez Covisa, A. Navarro Martín: Tratamiento intradérmico de la sífilis.
-J. Sánchez Covisa y E. Enterría: la yodoterapia intravenosa a altas dosis en dermosifiliografía.

3.5.1.4.7.-TRADUCCIONES.

En 1927 se editó la versión castellana de la 6ª-7ª edición del libro de dermatología de Jessner. El autor material de esta traducción no fue Covisa, sino su discípulo y compañero Julio Bejarano, aunque aparece firmada por ambos. El título de esta obra es aún hoy de sorprendente actualidad: "Manual de las enfermedades de la piel y sexuales, incluida la cosmética" (503). El texto original de Jessner incluía un apéndice sobre "Métodos de investigación bacteriológicos y serológicos" que también fue traducido. Además, Covisa y Bejarano añadieron un nuevo apéndice en el que se revisaban cinco capítulos que apenas habían sido mencionados por Jessner o de reciente actualización. Tales fueron: 1) La terapéutica de la sífilis por los salvarsanes, 2) la terapéutica de la sífilis por el bismuto, 3) las piodermitis chancriformes, 4) la linfogranulomatosis inguinal subaguda o poradenolinfitis -enfermedad de Nicolas y Favre- y 5) el granuloma venéreo.

3.5.1.5.-APORTACIONES TEMÁTICAS DE COVISA A LA LITERATURA DERMATOLÓGICA.

3.5.1.5.1.- EL PRECÁNCER CUTÁNEO Y EL CÁNCER EXPERIMENTAL.

Covisa dedicó su atención a este tema en diferentes ocasiones, presentando sus impresiones y resultados de investigaciones clínicas, histológicas y experimentales en varios congresos. La primera vez en la que Covisa disertó sobre el precáncer fue en el "Congreso Internacional Monográfico del Cáncer de la Piel", celebrado en Barcelona en los días 28 a 30 de octubre de 1929, al que ya hemos hecho mención en el apartado 3.5.1.3. En la sesión inaugural, Covisa presentó una ponencia titulada "Morfología del precáncer" (313), publicada después como artículo de cabecera de los "Modernos estudios de Dermosifiliografía" (314). Además de los libros de ponencias de este congreso, en "Ecos Españoles de Dermatología y Sifiliografía" encontramos un amplio resumen de este evento redactado por el corresponsal de la revista en Barcelona (869).

Comenzó Covisa su ponencia reconociendo (315):

> < La importancia del estudio de las llamadas dermatosis precancerosas tiene un doble interés: el primero se refiere a la aspiración de conocer de un modo precoz las lesiones que conducen al cáncer, y si es posible, eliminarlas totalmente para evitar la aparición de aquél. En este sentido, el conocimiento del precáncer constituye un interesante capítulo de medicina profiláctica. >

Poco más adelante, sistematiza los procesos cutáneos a los que va a referirse (316):

> < Dejando aparte la división clásica de las afecciones precancerosas en congénitas y adquiridas, por la dificultad de afirmar la filiación de algunos procesos y guiado por un criterio etiológico, solamente para los fines expositivos, divido las afecciones precancerosas en tres grandes grupos:
> 1.- Dermatosis actínicas en las que me ocuparé del xeroderma pigmentosum, de la dermatitis solar, de las radiodermitis y como adición, muy brevemente de los nevus y de las llamadas enfermedades precancerosas de Paget y Bowen.

> 2.- Dermatosis mecánicas que comprende el capítulo interesante de las cicatrices, de la leucoplasia y de los traumatismos.
> 3.- Dermatosis químicas en las que estudiaremos la hiperqueratosis arsenical, la acción nociva sobre la piel de algunas sustancias colorantes y el efecto neoformativo de los compuestos de la destilación de la hulla. >

En el primer apartado, presenta su experiencia en tres pacientes con xeroderma pigmentosum. Sobre alguno de estos enfermos ya había publicado datos anteriormente (346). A continuación, menciona la "dermatitis solar crónica" de la que dice (317):

> < La piel de estos enfermos es atrófica, delgada, con un color abigarrado, en los que alterna zonas pigmentadas por un esfuerzo defensivo de los fermentos endocelulares con otras blanquecinas y cicatriciales. Aquí y allá aparecen finísimas arborizaciones vasculares, verdaderas telangiectasias. Se observan, también, elevaciones verrugosas blandas, laminosas y friables de tipo seborreico (seborrea concreta, roñas de los viejos). Aparecen también eminencias secas, ásperas, queratósicas que constituye el "queratoma senil" >

Pasa a describir estos últimos (317):

> < Este forma placas negras, duras, espesas y salientes, bien limitadas y sólidamente adheridas; estos montones córneos del tamaño de una lenteja o de una moneda de 50 céntimos. son planos y de bordes abruptos; tienen el aspecto de estar sobreañadidos o pegados a la superficie cutánea; se arrancan difícilmente y se parecen mucho a los trozos de corteza de árbol fijados a la piel que está marchita, arrugada y adelgazada.
> Los queratomas seniles son verdaderas hiperqueratosis circunscritas que sirven de asiento, las más de las veces, a neoformaciones epiteliales. >

Covisa también habla de las radiodermitis, treinta años después del descubrimiento de los rayos X, al lado de las alteraciones inducidas por el daño actínico (318):

> < La acción de los rayos X sobre la superficie cutánea se ha dividido en dos grandes grupos: radio dermitis agudas y radio dermitis crónicas. Dada la extrema lentitud con que a veces se desarrollan las primeras, es mucho más lógico agruparlas con Darier en: radio dermitis operatorias que comprenden todas las formas agudas, y radio dermitis profesionales o dermitis de los radiólogos, que constituyen el tipo de las formas crónicas. >

Añade (319):

> < Los epiteliomas pueden aparecer después de pasado mucho tiempo de la exposición a los rayos X. Parece que las células epiteliales han sufrido

> ya la influencia físico química precisa para la ulterior modificación atípica. >

Más adelante observa (320):

> < Estos epiteliomas de los radio operadores suelen ser de tipo espinocelular, repercuten pronto en los ganglios y tienen una evolución maligna. >

Es interesante el enfoque que hace de los nevos como posibles lesiones premalignas (320):

> < Todo nevus debe estimarse como una lesión precancerosa. Sin entrar en las viejas discusiones respecto a la naturaleza de las células névicas, ni admitir, hasta ahora, el más reciente concepto de Masson, que las considera de naturaleza nerviosa, deben considerarse los nevus como verdaderos epiteliomas benignos, en aptitud de transformarse en una lesión maligna (nevo-carcinoma) por la acción de agentes casi siempre externos. >

La enfermedad de Paget de la mama, la enfermedad de Bowen y la eritroplasia de Queyrat son interpretados ya por Covisa como auténticos cánceres in situ más que como lesiones preneoplásicas, criterio mantenido en la actualidad para las dos últimas.

Dentro del segundo de los apartados mencionados por Covisa en el precáncer, "Dermatosis de causa mecánica. Las cicatrices, lesiones precancerosas", el autor hace una revisión de las cicatrices de largo tiempo de evolución, la leucoplasia y los parásitos de asiento cutáneo como posibles causas de cáncer cutáneo, hoy claramente aceptadas como tales.

De especial interés es la tercera parte, que dedica a las causas químicas, dentro de las cuales menciona las hiperqueratosis arsenicales, algunos colorantes -anilina- y el alquitrán de hulla. En este apartado menciona su propia experiencia en la provocación de cáncer experimental en la oreja del conejo con pincelaciones de alquitrán de hulla (321):

> < En un conejo común, de tres kilos de peso, he practicado fricciones con alquitrán de hulla en la cara interna de la oreja izquierda.
>
> Las fricciones se realizan tres veces por semana y la primera ha sido precedida de una ligeras escarificaciones de la oreja.

> Después de la cuarta fricción se produce alopecia y engrosamiento de la oreja, y en el cuello del conejo, en el sitio de contacto con la oreja alquitranada, una gran placa alopécica con hiperqueratosis.
>
> Después de las doce primeras fricciones, aparecen tres o cuatro nódulos en la cara interna de la oreja, de los que uno es ulcerado y papilomatoso. La oreja, enormemente engrosada, presenta en los días sucesivos nuevos nódulos erosivos y uno grande, ulcerado en la parte central.
>
> Suspendidas las fricciones se aprecia una verdadera regresión de las lesiones. Se ha realizado varias biopsias en las distintas etapas de las lesiones y últimamente en el período de regresión.
>
> Reanudadas las fricciones rápidamente, después de la tercera, se aprecia ya un considerable crecimiento de los nódulos y una mayor acentuación de la hiperqueratosis. >

Esta experiencia de Covisa data de 1924. En la sesión de la "Sociedad Española de Dermatología" celebrada el 25 de abril de ese año en San Juan de Dios, Covisa presentó los resultados obtenidos. En "Actas Dermosifiliográficas" aparece una brevísima reseña que dice (305):

> < Doctor Covisa.-Cáncer de alquitrán en el conejo. (Se publicará) >

Aparece apenas un comentario de Sainz de Aja y la respuesta de Covisa, pero la anunciada publicación no se encuentra en los números siguientes de la revista. En la "Academia Médico-Quirúrgica", también presentó los resultados de esta experiencia (15). En las figuras 108, 109 y 110 de "Elementos de Dermatología" se representa precisamente la imagen clínica y dos imágenes histológicas de esta experiencia (360) (fig. 52).

En el mismo congreso de Barcelona, Gay Prieto habló sobre la "Histología de los procesos precancerosos", presentando una clasificación histológica de los mismos, superponible a la presentada previamente por su maestro Covisa. Al comienzo de esta ponencia de Gay Prieto destaca un párrafo en la que, parafraseando a Borst, se manifiesta un concepto que Covisa también compartía (444):

> < Pero como dice muy justamente Borst, el nombre de afecciones precancerosas es impropio, sino a todo, a la mayoría de estos procesos, en unos casos, como en las enfermedades de Paget y Bowen por ser ya carcinomas constituidos; en otros porque si bien sufre a veces a evolución cancerosa, muchas más permanecen indefinidamente estacionarios o sufren procesos involutivos y, además, no representan nunca una fase que obligatoriamente preceda a la formación del cáncer. >

Bejarano, en el mismo congreso, también hace mención a este concepto (231):

> < Hace unos treinta años, Dubreuilh introdujo el término de afecciones precancerosas para indicar ciertas dermatosis o condiciones especiales de la piel, en las cuales se verifica la transformación a epiteliomas cutáneos con una variable facilidad y constancia. Al describir Bowen en 1912, la enfermedad que lleva su nombre, se generalizó la denominación de afecciones precancerosas, que desde entonces ha venido empleándose corrientemente en Dermatología, aunque no sin ciertas protestas, que todavía subsisten y tal vez van adquiriendo de día en día mayor importancia.
>
> En efecto, son ya muchas las voces que se levantan contra el empleo de la expresión "afecciones precancerosas". En una alegato, tal vez un poco exagerado, pero donde se contienen aciertos indiscutibles, Highman considera este término completamente inexacto. >

Además de una crítica etimológica, Bejarano aduce argumentos evolutivos (232):

> <...desde que se practica de un modo sistemático el estudio histológico de todas o la mayor parte de las lesiones cutáneas, ha podido comprobarse que las dermatosis que llenan estas condiciones, es decir, que fatalmente terminan en cáncer, son desde un principio epiteliomas superficiales cuya evolución puede estar detenida durante un considerable número de años. >

También comenta (232):

> < En algunas ocasiones, la pretendida afección precancerosa es, en realidad, post-cancerosa, como sucede con muchos casos de la enfermedad de Paget del mamelón, según ha demostrado en fecha reciente la escuela de Estrasburgo. >

En el "Congreso de la Lucha Científica y Social contra el Cáncer", celebrado cinco años después de esta reunión de Barcelona, Covisa abordó de nuevo el tema del precáncer, y comienza su ponencia precisamente abundando en las ideas ya expresadas por sus discípulos en la anterior reunión (327):

> < ¿Existe el precáncer? ¿Conocemos lesiones tisulares propias, específicas, que precedan al estadio canceroso? El cáncer ¿se anuncia por lesiones características intermedias entre la célula normal y la célula cancerosa? Si admitimos la opinión dominante en los últimos años creada por la escuela francesa, es evidente que existe un extenso capítulo constituido por un grupo de enfermedades que por preceder al cáncer y anunciar muchas veces su presentación han sido calificadas con el nombre de enfermedades precancerosas.
>
> Ahora bien; si estudiamos el problema con arreglo a la realidad de los hechos, llegaremos a la conclusión de que si bien existen lesiones que preceden a la aparición del cáncer, no lo hacen de un modo obligatorio; y, por el contrario, el cáncer puede aparecer sin previas lesiones que le(sic) anuncien. >

Covisa aduce tres objeciones para no considerar los procesos preneoplásicos como especies morbosas con personalidad clínico-patológica suficiente (327):

> < 1.-La heterogeneidad extraordinaria de las llamadas afecciones precancerosas.
> 2.-La falta de relaciones etiológicas y anatómicas entre los variados procesos que constituyen dicho grupo.
> 3.-La desigual evolución de dichas lesiones, pues mientras unas preceden con frecuencia al cáncer, otras lo hacen muy raramente y en ninguna de ella es constante su presentación. >

Sin embargo, a continuación comenta (328):

> < La clínica y la experimentación demuestran que existen, sin embargo, múltiples condiciones anatómicas, que facilitan la aparición del cáncer y numerosos agentes físicos, químicos o parasitarios, capaces de favorecer el proceso de la cancerización de los tejidos. >

Esta zozobra entre la existencia y no existencia de las lesiones precancerosas aflora en varias ocasiones en el texto de esta ponencia (329):

> <...este terreno cancerizable necesita siempre de un factor de irritación. La irritación crónica que todavía fecunda la teoría de Virchow, constituye el factor de localización del cáncer, que puede manifestarse por un proceso local, lesión precancerosa, o pasar desapercibida, sin determinar lesiones locales. No existen por lo tanto, enfermedades precancerosas, no conocemos verdaderas lesiones precancerosas que puedan por su textura o por sus caracteres biológicos, originar fatalmente el cáncer.
>
> Conocemos, en cambio, tanto en cancerología humana como en la experimental, estados precancerosos caracterizados por alteraciones humorales ya bien estudiadas y por lesiones locales más o menos aparentes. >

En este caso, Covisa plantea una clasificación de los que ya denomina "pretendidas afecciones cancerosas" con un criterio sustancialmente distinto al empleado en el congreso de Barcelona de 1929. Plantea dos grandes grupos: 1.-enfermedades obligatoriamente precancerosas, entre las que incluye el xeroderma pigmentosum, las enfermedades de Paget y Bowen, y 2.-Enfermedades facultativamente precancerosas, entre las que considera: procesos inflamatorios crónicos (lupus tuberculoso, lupus eritematoso, úlceras varicosas), estados degenerativos de la piel ("seborroides preepiteliales" y queratomas seniles), dermatitis solar crónica, queilitis glandular de Puente y Acevedo, radiodermitis crónica de los operadores, procesos regenerativos cutáneos (cicatrices de quemaduras), dermatosis parasitarias, dermatosis químicas (arsénico, anilina, parafina, alquitrán), deformaciones epiteliales de la piel (nevus y algunos quistes).

En la última parte de esta ponencia Covisa se refiere a los tejidos cancerígenos, la célula precancerosa y las alteraciones humorales que preceden y acompañan al cáncer.

En el capítulo XII de "Elementos de Dermatología", escrito dos años después de este congreso, Covisa y Bejarano ya ni siquiera mencionan el precáncer en el título del capítulo, se refieren tan sólo a "lesiones accidentalmente cancerígenas". El contenido de este capítulo se corresponde, incluso en algunos de su párrafos de forma textual, con la ponencia presentada al "Congreso de la Lucha Científica y Social contra el Cáncer". Uno de estos fragmentos se refiere, por ejemplo, a la filiación de la eritroplasia. De ella dicen Covisa y Bejarano (357):

> < Se conoce con el nombre de eritroplasia una enfermedad descrita por Fournier y Darier, calificada por Queyrat y estudiada en nuestro país por Peyrí y Noguer Moré. Fue estimada primeramente como una afección precancerosa, y el estudio posterior permite considerarla como una enfermedad de Bowen de las mucosas. >

Destacan la importancia de la leucoplasia dentro de este apartado (358):

> < La leucoplasia, que es la lesión más frecuentemente precancerosa, aparece sobre la mucosa de la boca (lengua carrillos, labios) y de la zona genital. Se presenta en forma de placas de superficie lisa, blanquecina y circunscrita; se extiende a veces a toda la cara dorsal de la lengua y en ocasiones la superficie aparece en forma verrugosa; en estos casos la mucosa está dura, apergaminada, de superficie irregular, papilomatosa, agrietada en muchas ocasiones y ulcerada en otras. >

Un concepto que hoy sabemos equivocado es la interpretación que hacen estos autores de las queratosis o verrugas seborreicas como lesiones susceptibles de malignización, incluyéndolas, quizás en el grupo de las queratosis actínicas. Esta idea, ya presente en la ponencia al "Congreso de la Lucha Científica y Social contra el Cáncer", la encontramos en "Elementos de Dermatología" expresada de una forma más explícita (359):

> < Aparecen principalmente en los sitios descubiertos, numerosas elevaciones verrugosas, blandas, laminosas y friables de tipo seborreico (seborrea concreta, roña de los viejos). Si se levantan las costras se observa que su cara profunda está erizada de conos córneos, que corresponden a los orificios foliculares y justifican su intensa adherencia a la piel.
>
> Una vez levantada la costra, se observa una piel de color rosado y desprovista de la capa córnea. Estas lesiones, extraordinariamente frecuentes en las edades avanzadas, evolucionan en considerable número de casos hacia la formación de epiteliomas. >

3.5.1.5.2.-PIODERMITIS CHANCRIFORMES.

En el apéndice III de la traducción al español del libro de Jessner publicado en 1927, Covisa y Bejarano comentan sobre la piodermitis chancriforme (369):

> < En el año 1925 tuvimos ocasión de observar un síndrome al que dimos el nombre de "piodermitis genitales chancriformes de la primera infancia", por haber observado los tres primeros casos recayendo en niños cuya edad oscilaba entre los dos y tres años y siendo siempre de localización genital. >

A los autores los traicionó la memoria, ya que la primera ocasión en la que hicieron referencia a esta dermatosis fue el 28 de marzo de 1924, en la sesión de la "Sociedad

Dermatológica" celebrada en el Hospital de San Juan de Dios. En esta sesión se presentó una comunicación breve de los autores en la que dicen lo siguiente (367):

> < Piodermitis chancriforme.-Presentan dos niños vistos en estos últimos días con piodermitis de prepucio fimósico, ulcerado y endurecido, con caracteres de forma y fondo análogos a los de la lesión primaria de sífilis: en los dos hay reacción ganglionar subaguda con ganglio infartado no doloroso y sin periadenitis; en los dos se aprecia fuerte irritación prepucial debido al contacto de orina, que en uno de ellos, operado de espina bífida sale gota a gota en incontinencia completa, presentando la ulceración de dos tercios del limbo y extendiéndose correctamente limitada por la cara superior prepucial; además se aprecian algunas lesiones papulosa en cara interna muslos y nalgas del tipo de las sifiloides post-erosivas de Jacquet y Sevestre; la aparición de la lesión prepucial se remonta a un mes; el otro niño, cuya lesión cuenta dos meses, aparece hoy de color y forma modificada por aplicación de sulfato de cobre y una pomada de cloramina, pero era exacto al del primer caso, hasta el punto que creímos se trataba del mismo enfermo, la investigación de treponema ha sido negativo en los dos. no obstante se hará biopsia. >

Un mes después de presentar esta comunicación, Covisa y Bejarano se refirieron de nuevo a estos casos en la sesión de la "Sociedad Dermatológica" del 25 de abril, en San Juan de Dios (371):

> < Piodermitis ectimatosas chancriformes.- Dan cuenta de la evolución de las lesiones de los niños presentados en anteriores sesiones: al uno se hizo circuncisión, sin encontrar en la biopsia elementos de diagnóstico afirmativos de sífilis; el otro curó con sulfato de cobre y una pomada de cloramina; en ambos persisten los infartos ganglionarios pero sin presentar signos de sífilis secundaria a pesar del tiempo transcurrido.
>
> El doctor Covisa deduce del estudio de los dos casos la existencia de piodermitis ectimatosas, con caracteres tan semejantes a los del chancro duro que pueden inducir a error de diagnóstico objetivo; debe concederse todo el valor que tienen las investigaciones de laboratorio, aunque sean negativas, pues uno de los fundamentos de nuestro diagnóstico al comienzo fue la persistencia de la negatividad a la exploración repetida de treponemas en las lesiones chancriformes. >

Pocos días después, en la sesión del día 9 de mayo de 1924, celebrada en esta ocasión en el colegio de médicos, continuó la discusión sobre los mismos casos. Sainz de Aja y Sicilia aportaron sus opiniones, ayudando a perfilar mejor aún el cuadro (371):

> <Sainz de Aja: Recuerda la publicación, con el título de parasífilis, de casos con aspecto sifiloide y asiento de labio y boca de lesión pustulosa, reacción ganglionar de tipo sífilis, siendo negativas las investigaciones locales de treponema; quizá pudieran identificarse estos casos con los de los niños presentados; de todas maneras es interesante tener en cuenta la posibilidad del error fundándose sólo en el aspecto objetivo.
>
> El doctor Sicilia recuerda que a él no le parecieron las lesiones como de induración primaria, sino mas bien de piodermias banales con reacción local ganglionar especial; en general, los clínicos, en presencia de una lesión genital piensan en afecto venéreo, y muchas veces son lesiones vulgares. >

La siguiente aportación de interés sobre este tema tuvo lugar en la sesión del 14 de noviembre de 1924 de la "Sociedad Dermatológica". En esta ocasión Covisa presentó en solitario una comunicación que tituló "Pseudochancro por estafilococia" (335). Se trataba de un varón adulto con una lesión ulcerada supurativa en el dorso del pene, con linfangitis de tipo bubonocele chancroso. Al final, Covisa destacó (335):

> < Es interesante hacer notar que con la misma terapéutica hubiera curado lo mismo al tratarse de un chancro venéreo que de una lesión piógena, y el caso quedaría archivado como lesión chancrosa. Por este mecanismo creemos figurarán en las estadísticas muchos chancros venéreos que no lo han sido, con la perturbación social que un diagnóstico de esta naturaleza puede ocasionar. >

El 30 de enero de 1925, Bejarano presentó un nuevo caso en un niño (233). Dos meses después, ambos autores comentaron en la "Sociedad..." la anatomía patológica de este caso, en comparación con la del chancro luético (347):

> < Las diferencias fundamentales entre las lesiones del chancro sifilítico y las de nuestra piodermitis chancriforme consisten principalmente en el predominio de las lesiones linfáticas en aquel y de los vasos sanguíneos en éstas. Y además en el carácter del infiltrado, que llena el cuerpo papilar y el dermis, que así como en el chancro sifilítico está constituido esencialmente por células redondas, células plasmáticas y mastzellen; en las piodermitis, aparte alguna célula cebada y plasmática dominan en número considerable los polinucleares; la infiltración es casi totalmente polinuclear, como corresponde a la etiología del proceso. >

Durante el curso 1925-6, los autores publicaron una actualización de la piodermitis chancriforme en el tomo XI de la "Revista Dermatológica", órgano de expresión de la

"Sociedad Dermatológica Argentina", titulada "Piodermitis chancriformes de la primera infancia". Se trata de un estudio en el que se analizan de forma conjunta y en extenso las comunicaciones breves sobre los tres casos infantiles que ya habían presentado en la "Sociedad Española de Dermatología". En la Biblioteca del Departamento de Dermatología del Hospital Universitario San Carlos, se guardan varias separatas de este trabajo (370). Además de las correspondientes fotografías clínicas (figs. 53 y 54), esta publicación incluía seis imágenes histológicas en las que se representaban y describían los hallazgos histopatológicos a los que ya hemos hecho mención en el párrafo anterior (fig. 55).

En 1927, Covisa y Bejarano presentaron una nueva revisión de este tema añadiendo un cuarto caso. Se trataba de un varón de cuarenta y tres años (los anteriores eran todos niños) y la lesión no estaba en los genitales, sino en el párpado superior izquierdo (fig. 56) (368). Con ello aumentaban el espectro clínico de la entidad, al incluir también lesiones situadas fuera de los genitales y generalizarse la edad de presentación.

En mayo de 1934, al cumplirse diez años desde la presentación de los primeros casos, Covisa y Bejarano publicaron en "Actas Dermosifiliográficas" una nueva actualización sobre las piodermitis chancriformes (349). Las principales modificaciones sobre el concepto inicial aparecen en el segundo párrafo de este nuevo trabajo:

> < Al poco tiempo pudimos convencernos de que la primera denominación propuesta por nosotros no corresponde a la realidad de los hechos puesto que nos fue dado observar lesiones en un todo análogas a las primeramente observadas; pero que se presentaban en adultos y en zonas extragenitales, como, por ejemplo, el párpado y el labio inferior. Fijada nuestra atención sobre estos hechos, observamos más tarde algunos casos cuya importancia práctica desborda la de los precedentes, puesto que se trataba de lesiones de localización genital que recaían en adultos y en las cuales la confusión con una esclerosis inicial sifilítica se hacía mucho más verosímil. Posteriormente pudimos también observar casos de piodermitis chancriformes en niñas de corta edad, hecho que nos permitió deducir que, si bien es cierto que la anormal longitud y estrechez del prepucio apreciadas

> en nuestras primeras observaciones es una condición a tener en cuenta en la determinación de estas lesiones, pueden, sin embargo, presentarse otras de idéntico aspecto, bastando para ello la maceración casi constante por la orina, tan frecuente en niños de corta edad de uno u otro sexo. >

Al final del trabajo, Covisa y Bejarano resumen el perfil de la piodermitis chancriforme en ocho conclusiones:

> < 1ª La piodermitis chancriforme es una entidad clínica perfectamente definida.
> 2ª El aspecto clínico es casi siempre idéntico al del chancro sifilítico genuino.
> 3ª La repercusión ganglionar no es absolutamente constante, pero existe muchas veces con carácter idéntico al de las adenopatías que acompañan al chancro sifilítico.
> 4ª En lo que se refiere a la edad, las piodermitis chancriformes parecen más frecuentes en los niños (sexo masculino) durante los primeros meses de vida, aún cuando se presentan positivamente en los dos sexos y en todas las edades.
> 5ª Las diferencias histológicas entre el chancro y las piodermitis se reducen a que en ésta se afecta con menos intensidad los vasos linfáticos y predominan las alteraciones sobre los vasos sanguíneos. La naturaleza del infiltrado es preferentemente polinuclear en las piodermitis chancriformes, si bien pueden encontrarse acúmulos de células plasmáticas.
> 6ª Las piodermitis chancriformes pueden ser, como las chancros sifilíticos, de localización genital o extragenital.
> 7ª Desde el punto de vista terapéutico, las piodermitis chancriformes cede en pocos días con el tratamiento habitual de todas las lesiones de origen piodérmico.
> 8ª Es cada vez más necesario insistir sobre la necesidad de establecer el diagnóstico de las lesiones que se suponen sifilíticas mediante demostración del treponema. >

En "Elementos de Dermatología", Covisa y Bejarano dedican diez páginas a explicar esta entidad. Aunque no añaden aportaciones de interés sobre los comentarios previos, hacen una referencia más clara a la etiología microbiana del cuadro (364):

> < Desde el punto de vista bacteriológico, hemos comprobado constantemente, por medio de frotis directos de las lesiones y también por medio de cultivos, que el germen productor que se encuentra más habitualmente es el estafilococo. >

También se refieren al interés y las aportaciones de otros autores sobre esta entidad (364):

> < Otros autores, aceptando unas veces la denominación de piodermitis chancriformes propuesta por nosotros, o sustituyéndolas por otras de significación análoga (Pseudochancros piocócicos), han comprobado la existencia de las lesiones sobre las que nosotros hemos llamado la atención, y hacen resaltar también su importancia práctica por la posibilidad de confusión diagnóstica de indudable trascendencia durante todo el curso de la vida del paciente. Entre estos autores debemos citar a Gougerot y Blum, Baliña, Aberastury, Hoffmann, etc>

En el presente, la piodermitis chancriforme ha perdido gran parte de la significación que tuvo en los años veinte y treinta de este siglo. Este hecho es una consecuencia paralela de la disminución del número de casos de sífilis. En realidad, no es posible comprender la verdadera importancia de la descripción de la piodermitis chancriforme por Covisa y Bejarano sin tener presente la pandemia luética del momento. Paralelo al ocaso de la lúes, fue el de la piodermitis chancriforme. En la literatura nacional posterior se menciona muy puntualmente. Por ejemplo, Gay Prieto le dedica algunas líneas a este cuadro descrito por sus maestros (442, 443). Gómez Orbaneja también la menciona (462). Curiosamente, por su nosología, la piodermitis chancriforme de Covisa y Bejarano aparece al lado del pseudoepitelioma o piodermitis vegetantes de Azúa en casi todos los textos.

La repercusión internacional de esta aportación de Covisa y Bejarano también fue escasa. Se recoge algún comentario puntual en la literatura francesa. La "Enciclopedia Médico-Quirúrgica" hace una breve referencia a esta entidad (59).

En la literatura germana y anglosajona el impacto de esta aportación de Covisa y Bejarano se vio oscurecido por el trabajo posterior de Hoffmann en el que dio la denominación de "piodermitis chancriforme" a una úlcera sobreelevada y dura, de 2 centímetros de diámetro, localizada en la cara (498). Quizás fue la influencia de este trabajo de Hoffmann lo que llevó a que en la literatura dermatológica posterior se hiciera más hincapié en los pseudochancros extragenitales que en los de localización genital. Aún

hoy se arrastra este concepto, como se ve en la edición de 1992 del clásico libro de Rook, que incluye un breve párrafo en el que se comenta de la piodermitis chancriforme (497):

> < Esta entidad infrecuente ocurre más a menudo en niños que en adultos. Se ha comunicado casos en Europa, América del norte y América latina. La etiología es incierta, aunque se sospecha una reacción necrotizante a una cepa de Staph. aureus, inoculado por un pequeño traumatismo. La lesión, la cual es usualmente solitaria, se sitúa frecuentemente alrededor de los ojos o de la boca, o ocasionalmente en los genitales... >

Esta última frase llama poderosamente la atención al contrastarla con la descripción original de Covisa y Bejarano. El concepto inicial de "lesión genital de tipo chancro duro, que puede ser confundida con un chancro luético" ha sido ampliado hasta incluir cualquier lesión de tipo chancro duro en cualquier localización cutánea. Se comprende al comprobar que estos autores desconocen la aportación de Covisa y Bejarano y, por el contrario, siguen la idea establecida por Hoffmann. Tan sólo asumiendo esta desnaturalización del concepto inicial de la piodermitis chancriforme se entiende que estos autores consideren este cuadro como más frecuente en la cara, y sólo muy ocasional en los genitales. Por el mismo motivo, se han publicado casos de lesiones ulcerosas faciales muy destructivas como piodermitis chancriformes, cuando tienen muy poco que ver con la descripción de Covisa y Bejarano (254). Recientemente se ha publicado en la literatura inglesa un caso clínico de piodermitis chancriforme recidivante en la lengua en el que se postula una respuesta inmune anómala frente a S. aureus, como la posible causa de la piodermitis chancriforme (499). Los autores también ignoran la descripción original por Covisa y Bejarano.

Los trabajos recientes en la literatura dermatológica española sobre la piodermitis chancriforme también son muy escasos. En el "XXIII Congreso Nacional de Dermatología", celebrado en Madrid los días 16 a 18 de junio de 1994, hemos presentado

un póster sobre un caso típico de piodermitis chancriforme genital (855). Se trataba de un paciente parapléjico desde los dieciocho años con incontinencia urinaria. Precisamente uno de los dos niños de la descripción original de Covisa y Bejarano presentaba una incontinencia urinaria por una espina bífida intervenida. Este hecho unido a la mayor frecuencia de un prepucio largo e incluso fimótico, es posible que sean los factores etiopatogénicos fundamentales, ya destacados en su momento por Covisa y Bejarano.

3.5.1.5.3.-EL PROBLEMA DE LA LEPRA EN ESPAÑA. POLÉMICA DE COVISA CON MAURO GUILLÉN.

"El problema de la lepra en España" fue el título escogido por Covisa para su discurso de la sesión de ingreso en la "Real Academia Nacional de Medicina". Tello Muñoz explica la oportunidad del tema en la contestación al discurso de Covisa (838):

> < Particular acierto ha tenido Covisa en la elección del problema social de la lepra en España, como tema de su discurso de ingreso. El indudable crecimiento de la endemia leprosa en nuestro país demanda una acción enérgica y rápida. Cuando representamos a España en la II Conferencia internacional contra la lepra celebrada en Bergen (Noruega), en agosto de 1910, estudiando comparativamente las estadísticas oficiales de 1878 y 1904 y los datos suministrados por Azúa y otros clínicos, llegamos a la conclusión de que la lepra aumentaba rápidamente en España. >

La importancia de este discurso de Covisa fue doble, ya que además del interés que tenía en sí mismo, tuvo una trascendencia no buscada por el autor. El doctor Mauro Guillén, a la sazón profesor-jefe del "Instituto Nacional de Leprología" de Fontilles, escribió un comentario con numerosas puntualizaciones al discurso de Covisa en la revista de Villarejo, "Ecos Españoles de Dermatología y Sifiliografía" (485). En esta publicación apareció poco después una nota de Covisa titulada "Réplica a unos comentarios" (339) respondiendo a estas puntualizaciones del doctor Guillén. La polémica continuó, ya que éste dio una nueva vuelta de tuerca con otro artículo que tituló "Contestación a una réplica" (484).

El discurso de Covisa ante la "Real Academia Nacional de Medicina" constaba de diez apartados (330):

-El problema social de la lepra en España.
-El origen bíblico de la lepra.
-La lepra en la Edad Media.
-Psicología del leproso.
-La lepra en la literatura.
-El problema clínico de la lepra.
-La endemia leprosa.
-La endemia leprosa en España.
-Estado actual de la lucha contra la lepra en España.
-Lo que debe hacerse para luchar contra la lepra en España.

En el primero de estos apartados Covisa introdujo el tema de una forma quizás demasiado efectista (331):

> < Han pasado muchos años desde que las brillantes discusiones sobre la herencia y contagio de la lepra tuvieron el valor de la actualidad.
>
> Para muchos profesionales estos asuntos han pasado, como ha pasado la lepra, desaparecida entre los escombros de las antiguas leproserías.
>
> Pero he aquí que la lepra revive, que la enfermedad considerada muerta resucita, que el asunto pasado de moda vuelve a tener palpitante actualidad. Y, como consecuencia, los problemas que en torno a dicha enfermedad agitaron el espíritu médico de los tiempos pasados vuelven a agitarse de nuevo.
>
> Al volver la lepra, al extender sus dominios, retornan con ella sus oscuridades y enigmas; y nosotros, al estudiarla, no disertamos ante un cadáver, sino sobre un problema vivo y palpitante. >

En el último de los apartados del discurso de Covisa, titulado "Lo que debe hacerse para luchar contra la lepra en España", el autor sumarizó las medidas que, en su opinión, se deberían tomar en diez puntos (333):

> < 1ª Instrucción médica dermatológica más completa.
> 2ª Creación de un Cuerpo de médicos leprólogos, encargados de hacer la estadística verdad de la lepra, de tratar o dirigir el tratamiento de los leprosos que vivían en sus domicilios, de vigilar a las personas que los rodeen, de dirigir las colonias regionales y de desempeñar los cargos del Instituto Leprológico Central.
> 3ª Prohibición de entrar en el país a los leprosos extranjeros.
> 4ª Denuncia obligatoria de la lepra.
> 5ª Tratamiento obligatorio.

> 6ª Autorización para tratarse en su domicilio a los enfermos no peligrosos.
> 7ª Reclusión forzosa de los casos peligrosos.
> 8ª Prohibición del matrimonio entre leprosos y entre leprosos y personas sanas.
> 9ª Creación de colonias leproserías regionales.
> 10ª Creación de un Instituto de Enseñanza Leprológica. >

Covisa hace mención a lo largo de su discurso en la "Academia..." tan sólo en una ocasión al doctor Mauro Guillén (332):

> < En España existe una institución admirable, la colonia de Fontilles, creada merced al espíritu superior y caritativo, de un religioso, el padre Ferri, y a la abnegación de una abogado, el Sr. Ballester, y de un médico insigne, profundo conocedor del problema de los leprosos, el Dr. González Castellanos.
> .../...
> Ni la solicitud de su director, el Dr Guillén, ni el entusiasmo del médico interno y del médico de la localidad, son bastantes para hacer funcionar debidamente la leprosería como centro de investigación. >

La crítica y la franqueza de Mauro Guillén en sus comentarios al discurso de Covisa fueron desproporcionadas (485):

> < Pero, con la sinceridad que siempre procedemos hemos de confesar rotundamente que en esta ocasión el doctor Sánchez Covisa nos ha defraudado; su discurso sobre el problema social de la lepra en España nos hizo concebir unas esperanzas que ha destruido totalmente la siempre inaplacable realidad. Después de su detenida lectura, creemos que todo ha sido una equivocación en el tema, el contenido del mismo pudo y debió denominarse el problema de la lepra en Madrid, o más bien en "las dos salas tristes y desagradables que constituyen el pabellón de leprosos del hospital de San Juan de Dios de Madrid.
> .../... a no ser para nosotros un deber de ineludible cumplimiento, por el cargo oficial que ocupamos, el aclarar, o más bien completar, los conceptos y noticias vertidos por el doctor Covisa en su discurso, con un desconocimiento de la materia inexplicable en principio, para quien como nosotros apreciamos las relevantes dotes del reciente académico. >

A continuación pasa Mauro Guillén a restar valor al repaso histórico de la lepra, al perfil de la psicología del leproso y a la mención de la lepra en la literatura, del discurso de Covisa. Mauro Guillén tacha estos apartados de "acientíficos". Desgrana después el resto de los puntos del discurso de Covisa una franqueza brutal, aunque con argumentaciones

no exentas de fundamento. Por ejemplo, al referirse al diagnóstico precoz de la enfermedad dice Guillén (485):

> < ¿Diagnóstico precoz en un enfermo en frente lesión roja lívida, con disminución de sensibilidad al calor y que en una biopsia de Sadi de Buen se demuestra la existencia de bacilos de Hansen? Es decir, en un caso de lepra clínica que en seguida fue de lepra confirmada y que seguramente cinco o seis años antes ya existía la enfermedad; el doctor Covisa diagnosticó seguramente con rapidez, pero claro está que ello no puede constituir un caso de diagnóstico precoz. >

Los números favorecían claramente a Guillén; mientras que Covisa aportaba su experiencia con 136 enfermos atendidos a los largo de 15 años en los pabellones del Hospital de San Juan de Dios, en la consulta externa de este centro y en su consulta particular, Mauro Guillén controlaba a 270 enfermos ingresados en la colonia-sanatorio de Fontilles.

Quizás el motivo de esta polémica pudo haber sido la sensación de Mauro Guillén leyendo el discurso de Covisa ante un mérito que otro se apuntaba y que le podría haber correspondido a él, al leprólogo por autonomasia, con más derecho.

Covisa se sintió indudablemente sorprendido por este comentario del todo inesperado que, además, lo cogió fuera de Madrid durante las vacaciones de verano (339):

> < Debo antes confesar que no me disgusta, sino que me lisonjea. el juicio adverso que de mi trabajo ha formado el Sr. Guillén. Mi discurso ha sido concebido y escrito sin poner mi pensamiento en el doctor Guillén. y no necesitaba para mi interior satisfacción conocer la opinión de dicho señor. >

En una nueva "Contestación a una réplica" (484) de Guillén, éste termina diciendo:

> < Nos abstendremos en el futuro de contender con el doctor Covisa. pues si nuestros comentarios a su discurso, que lejos de molestarle le han regocijado, haciéndole desternillar de risa, ha tenido una réplica tan descortés y destemplada, en la que se ha olvidado hasta la más elemental consideración y respeto que merece un compañero que le supera en edad, nos asusta pensar cual sería su actitud si llegáramos a acertar en nuestros argumentos. >

A pesar de esta palabras de Mauro Guillén, esta polémica de "Ecos Españoles de Dermatología y Sifiliografía" no fue la última ocasión en la que se cruzaron comentarios sobre el mismo tema. Contreras Dueñas y Miquel y Suárez de Inclán comentan, en su "Historia de la Lepra en España" (297), que esta discusión tuvo una segunda vuelta tres años después (298):

> < El 29 de octubre de 1931 el profesor Sánchez Covisa plantea en el Congreso de los Diputados "El problema social de la lepra", para continuar en el aspecto político la controversia con Fontilles y con don Mauro, que había iniciado con su discurso de ingreso en la Real Academia de Medicina. Este discurso fue seguido de una gran campaña en la prensa diaria, preferentemente en la levantina, y como estimamos que de todas estas discusiones no resultaba ningún beneficio para los enfermos ni para la profilaxis de la lepra, preferimos no extendernos más en esta cuestión. >

Años más tarde, Covisa presidió la sesión de clausura del "II Congreso Nacional de Dermatología", celebrado en 1936 en Granada. A modo de conclusión de su discurso insistió en la necesidad de (51):

> < Interesar a las autoridades sanitarias y Poderes públicos para que se preocupen del problema de la lepra, ya que los datos estadísticos oficiales últimamente publicados no reflejan ni aproximadamente la realidad de la endemia leprosa en España. Considerar de urgente e inmediata la necesidad de abordar la solución de este problema sanitario. >

3.5.2.-JULIO BEJARANO.

Bejarano conoció a Azúa en sus últimos años, ya muy afectado por la hemiplejía. Pero no puede considerarse, sin embargo, un discípulo inmediato de Azúa. Debe situarse mejor como discípulo de Covisa, aunque más tarde éste siempre lo trató más como compañero y compartió con él la dirección de su servicio y la mayoría parte de sus méritos científicos. De hecho, la dirección compartida de un servicio médico fue de por si, algo excepcional en la historia Beneficencia Provincial, como destacó Gay Prieto (447):

> < La generosidad de Covisa y su intuición de maestro le hicieron desde el ingreso de Bejarano en la Beneficencia Provincial asociar al joven médico a su servicio en pie de igualdad, ejemplo único, que sepamos, en los anales de la Beneficencia. El servicio de los profesores Covisa y Bejarano, como rezaban todos los impresos, fue compartido sin que nunca hubiera el menor roce. La jerarquía, por respeto mutuo y valoración justa de la capacidad y significación de cada uno de los miembros de la naciente Escuela, heredada de la de don Juan de Azúa, ya postrado por la enfermedad, se establecía automáticamente en aquel Servicio donde todos eran amigos y acataban como algo indiscutible la autoridad de Covisa y compartía la admiración y el respeto del joven delfín. >

3.5.2.1.-BIOGRAFÍA.

La referencias biográficas que nos han llegado sobre Julio Bejarano Lozano son muy escasas. Los datos más completos e interesantes los aporta Gay Prieto en la sesión necrológica que, en su memoria y en la de Navarro Martín, celebró la "Academia de Dermatología" el día 13 de abril de 1966 (447). Probablemente la decidida significación de Bejarano durante la guerra civil española en el bando republicano y su posterior exilio influyeron en esta falta de rastros.

Julio Bejarano nació en 1893. Durante la licenciatura, fue alumno interno en el Hospital Provincial de Madrid en el Servicio del profesor Rozabal. Se licenció en 1916.

Cuando en 1909 se fundó la "Sociedad Española de Dermatología y Sifilografía", Bejarano contaba dieciséis años, demasiado joven para ser miembro fundador de la "Dermatológica". Él mismo lo destacó en el discurso que pronunció en 1934 con motivo de la celebración de la bodas de plata de esta sociedad, siendo ya director general de Sanidad (227). En este mismo discurso también reconoce su formación al lado de Covisa:

> < Los diez primeros años de la Academia Española de Dermatología me son personalmente desconocidos.
> .../...
> Esta convicción me hace dirigirme a vosotros como un dermatólogo más; de un dermatólogo formado íntegramente al lado del profesor Covisa y a quien los cargos y las situaciones no hacen perder nunca el equilibrio ni desdeñar su primitivo origen. >

En su exilio en México, después de la guerra civil española, Bejarano continuó su dedicación dermatológica. Fue nombrado presidente de la "Sociedad Mexicana de Dermatología" y colaboró activamente en la organización del "III Congreso del Colegio Iberolatinoamericano de Dermatología", de 1956 (447).

No tenemos constancia de la fecha concreta de su fallecimiento, que tuvo lugar en 1965, pero se puede deducir de las palabras de Gay Prieto (447) que pudo haber sido en el mes de diciembre.

3.6.2.2.-TESIS DOCTORAL, ACTIVIDAD ASISTENCIAL Y DOCENTE.

A diferencia de Covisa y Sainz de Aja, Julio Bejarano sí dedicó su tesis doctoral a un tema directamente relacionado con la dermatología: la serología de la lepra. Este trabajo se publicó como opúsculo en 1927 (229). Se publicó también en "Actas Dermosifiliográficas" (230). Ni en una ni en otra referencia consta la fecha de redacción, ni de la lectura de la tesis, ni los miembros del tribunal. Podría pensarse que se trata, como había sucedido con Azúa, de una tesis doctoral forzada por las circunstancias. Esto es, Bejarano se vio obligado a presentar su tesis doctoral en el curso 1926-7 probablemente como requisito para poder acompañar a su maestro y compañero José Sánchez-Covisa en la dedicación a la Cátedra de Dermatología de la Universidad Central, recientemente ganada por éste.

El tema de la serología de la lepra escogido por Bejarano para su tesis fue, en los años diez y veinte, fuente de diversos trabajos de autores nacionales y extranjeros. De hecho, ya había sido abordado antes por Azúa y Covisa en un trabajo publicado en el primer volumen de "Actas Dermosifiliográficas" en 1909 (204). En este trabajo, Azúa y Covisa encontraron positividad fuerte de la reacción de Noguchi en tres de cuatro casos de lepra y positividad débil en el cuarto, de lo que concluían:

> < Dedúcese claramente, en vista del resultado positivo de la reacción en los leprosos y en otros enfermos, que la prueba de Wassermann, de indudable valor en la sífilis, según nuestra experiencia, no es específica de una especie morbosa, sino de cuatro, cuando menos: sífilis, lepra, escarlatina y tripanosomiasis. Sin duda alguna, en estas cuatro enfermedades se elaboran anticuerpos distintos, unidos a substancias (reaginas) iguales en las cuatro y capaces de fijar el complemento, en presencia de los lipoides también comunes que contiene las diversas preparaciones que se han empleado con el impropio nombre de antígenos específicos. >

El material que Bejarano utilizó en su tesis doctoral fueron los sueros de 22 enfermos leprosos. Realizó la reacción de Wassermann, de enturbiamiento de Meinicke y de Hecht en todos los casos. En 11 de ellos valoró la velocidad de sedimentación y en 6 casos estudió también el líquido céfalo-raquídeo. De los resultados de estas experiencias, Bejarano formuló doce conclusiones; las dos primeras son las más interesantes (229, 230):

> < 1ª El suero de los leprosos presenta a veces una capacidad de fijación del complemento frente a antígenos sifilítico y normal, independiente de toda infección sifilítica, a pesar de los que en contra han afirmado numerosos autores.
>
> 2ª Existen marcadas diferencias respecto a la fijación del complemento entre las distintas formas de lepra siendo la que produce mayor número de positividades la lepra tuberosa, después la mixta, y por último, la anestésica >

Julio Bejarano aprobó las oposiciones a médico de guardia de la Beneficencia provincial en 1918 (447). Poco después, aprobó con el número uno las primeras oposiciones para el "Cuerpo de Médicos de la Lucha Antivenérea". A este apartado de la dermatología se dedicó con gran ahínco, llegó a ser director del Dispensario Azúa y destacó en la profilaxis antivenérea.

Años después, en 1933, Julio Bejarano fue nombrado Director General de Sanidad, cargo que ya anteriormente había ocupado su padre. El nombramiento aparece en "La Gaceta de Madrid" del 20 de mayo de 1933.

En la docencia universitaria, Bejarano fue un fiel apoyo de Covisa en la cátedra, en la que ocupó el cargo de profesor auxiliar desde 1926. Gay Prieto diría de Bejarano (447):

> < No puedo, sin una profunda emoción, rememorar la figura de Julio Bejarano, destinado por su inteligencia, su claridad de juicio, su sagacidad clínica y su situación única en la España de hace cuarenta años, a ocupar la dirección de la Escuela Dermatológica española... >

En efecto, la carrera de Bejarano se vio truncada por dos factores: 1) la guerra civil española, 2) el hecho de encontrarse a medio camino entre la situación de Covisa y la de Gay Prieto. Ambos hechos los recordó Gay Prieto (447):

> < Al obtener Covisa la cátedra de Madrid, a la que no quiso concurrir Bejarano, con mejores condiciones de opositor y en mejor edad para estas lides, por respeto a su maestro, fue nombrado profesor adjunto, y a pesar de haber yo logrado cierta independencia como médico de la Lucha Antivenérea con una consulta propia en el Dispensario Martínez Anido, seguí colaborando con él en San Carlos, donde ostentaba el cargo, después desaparecido, de profesor clínico. Juntos dábamos las enseñanzas clínicas, ambos auxiliábamos a Covisa en las labores de la cátedra. Más tarde afirmando que no era moral opositar a una cátedra para pedir la excedencia, me dejó libre el camino para obtener la de Granada, cortándose con mi marcha a aquella ciudad una camaradería de más de ocho años.
>
> Las violencias políticas de la República torcieron la vida de Bejarano. Cada vez se apartaba más de la Dermatología y se entregaba más a la política, llegando a despeñar, como su padre, la Dirección General de Sanidad >

3.5.2.3.-REUNIONES CIENTÍFICAS, ACADEMIAS Y SOCIEDADES, PUBLICACIONES Y APORTACIONES TEMÁTICAS A LA LITERATURA DERMATOLÓGICA.

Bejarano firmó con Covisa una ponencia titulada "Hechos positivos de relación entre las dermatosis y las alteraciones endocrinas", presentada en el "II Congreso Nacional de Ciencias Médicas", celebrado en Sevilla los días 15 a 20 de octubre de 1924 (366).

Acudió, también con Covisa, al "II Congreso de Dermatólogos de Lengua Francesa", que tuvo lugar en Estrasburgo en los días 25 a 27 de julio de 1923 (fig. 50). Ambos firmaron dos comunicaciones presentadas al congreso que ya hemos comentado al mencionar las aportaciones de Covisa en esta reunión (348, 351).

Al "Congreso Internacional Monográfico del Cáncer de Piel" celebrado en Barcelona en octubre de 1929, Bejarano presentó una ponencia titulada "Formas superficiales de los epiteliomas cutáneos" que fue publicada, junto con otras ponencias de este mismo congreso, en 1932. en "Modernos Estudios sobre Dermosifiliografía" (231). En el "Congreso de Lucha Científica y Social contra el Cáncer" de 1933 Bejarano disertó sobre queilitis y cáncer (235). Formó parte del Comité Organizador de este congreso. También firmó una comunicación sobre estadística de tumores (373).

Bejarano formó parte, con Covisa y Peyrí, de la delegación española que acudió al "VIII Congreso Internacional de Dermatología y Sifiliografía" celebrado en Copenhague los días 5 al 9 de agosto de 1930. Participó también e varias comunicaciones presentadas por Covisa (374). Una de estas comunicaciones fue un estudio clínico-histológico sobre la queilitis glandular del labio inferior y su posible relación con el cáncer de labio (375).

En el "IX Congreso Internacional de Dermatología" de 1935 celebrado en Budapest, Bejarano participó en la delegación española para discutir las cuestiones relacionadas con la lucha antivenérea (248). La crónica de José María Peyrí confirma su asistencia al congreso (705).

Bejarano aparece por primera vez en la lista de socios de la "Sociedad Española de Dermatología" en 1919 (76). La primera comunicación que presentó fue un caso de esclerosis lateral amiotrófica de origen sifilítico (236). En el mismo volumen aparece un trabajo que firma con Covisa, como segundo autor, sobre el silber-salvarsán (365).

En la junta general reglamentaria de la "Academia de Dermatología" del día 21 de enero de 1927, Bejarano entró a formar parte de la Junta directiva como "Secretario General" (385).

Cuatro años después se renovó la Junta directiva. En la junta general ordinaria de la "Academia Española de Dermatología y Sifiliografía" celebrada el 7 de enero de 1931, Bejarano sucedió a Sainz de Aja en la presidencia. Cuando, en 1934, se cumplieron veinticinco años de su creación, Bejarano era aún el presidente de la "Academia..." y, por tanto, le correspondió el honor de presidir los actos solemnes (227). Asistieron a esta efeméride destacados dermatólogos europeos, como Pautrier, Gougerot y Ehlers. Todos ellos pronunciaron unas palabras. En la tarde del 17 de mayo de 1934, dio comienzo el "I Congreso de Dermatólogos Españoles". Se presentaron varias ponencias científicas sobre roentgenterapia en las dermatosis, sobre la paludización en la neurosífilis y sobre la organización, enseñanza y práctica de las instituciones dermosifiliográficas en España. A continuación también se celebró la "Asamblea General de la Unión contra el Peligro Venéreo". Bejarano estuvo presente en ambas reuniones, aunque su participación fue más protocolaria que científica, ya que para entonces ya era director general de Sanidad.

En la sesión del 31 de octubre de 1934 Bejarano fue relevado en la presidencia de la "Academia..." por Covisa y pasa a ser Presidente honorario.

En el "II Congreso Nacional de Dermatología", celebrado en Granada del 8 al 10 de junio de 1936 Granada (51), Bejarano presentó una ponencia oficial titulada "Tratamiento actual de la lepra" y una comunicación "Sobre la celulitis linfogranulomatosa". La guerra civil española impidió la publicación de los textos de estas comunicaciones.

Bejarano fue también miembro de la "Academia Médico-Quirúrgica Española". Desconocemos la fecha concreta de ingreso, al dejar de publicarse las listas de socios en los "Anales de la Academia Médico-Quirúrgica Española" a principios de los años veinte. Puede suponerse que su ingreso tuvo lugar en el curso 1919-20, puesto que en el índice de los "Anales de la Academia Médico-Quirúrgica Española" de este curso constan comentarios de Bejarano sobre comunicaciones de otros autores. En el curso 1920-21, ya firma con Covisa una comunicación a este foro (372).

La parte más destacada de la publicaciones científicas de Bejarano -como de la mayoría de los dermatólogos españoles de la época- se encuentra recogida en "Actas Dermosifiliográficas". Existen además, algunas publicaciones de gran interés, como la traducción del libro de Jessner, realizada en su totalidad por Bejarano, a la que ya hemos hecho mención al referirnos a la obra impresa de Covisa (503). En esta obra incluyeron Covisa y Bejarano varios apéndices, uno de ellos hace referencia a la piodermitis chancriforme descrita por ellos (369). Otra de las importantes traducciones de Bejarano fue el "Atlas de sífilis" de Leo Von Zumbusch (872), que amplió con un resumen realizado por él.

También firmó de forma conjunta con Covisa, "Elementos de Dermatología" (352), ya ampliamente comentado en el apartado 3.5.1.4.4.

Bejarano también realizó algún trabajo original que fue publicado en revistas extranjeras. En los "Anales de Dermatologie et de Syphiligraphie" de 1935, encontramos un trabajo que firma conjuntamente con Gómez Orbaneja titulado "Contribution a l'etude des syndromes cutanés-articulaires" (238).

La principal aportación de Bejarano a la literatura dermatológica fue la descripción de las piodermitis chancriformes, compartida con Covisa, y ya comentada.

En varias ocasiones Bejarano estudió la queilitis glandular como entidad potencialmente cancerígena. Hoy no se reconoce como tal, pero entonces existían ciertas dudas que llevaron a Bejarano a plantear esta posibilidad. Este cuadro clínico, descrito primeramente por Volkmann como "quelitis apostematosa" en 1870 y después mejor perfilado en sus características básicas por dos autores argentinos, Puente y Acevedo, en los primeros años veinte, atrajo el interés de Bejarano en diversas ocasiones. Bejarano comprobó que la queilitis glandular, que Puente y Acevedo habían descrito preferentemente en mujeres de origen gallego, era un hallazgo extraordinariamente frecuente, a menudo asintomático, en toda España. En el "VIII Congreso Internacional de Dermatología", celebrado en 1930 en Copenhague, Bejarano presentó con Covisa y con Gay Prieto una comunicación sobre este tema (375). Algunos años más tarde, en 1933, en el "Congreso de Madrid de la Lucha Científica y Social contra el Cáncer", dedicó de nuevo su atención a este cuadro clínico (235). En el resumen de esta última dice:

> < La demostración científica de que en efecto la queilitis glandular constituya el verdadero punto de partida de algunos epiteliomas de labio es, sin embargo, difícil. Admitida por una parte la frecuencia de esta modalidad de queilitis y por otra parte conocida de antiguo la frecuencia de los epiteliomas de labio inferior, no tiene absolutamente nada de extraño que observemos conjuntamente las dos afecciones sin que se trate en muchos casos más que de un puro fenómeno de coincidencia. Para nosotros aceptar este hecho es indiscutible y constituiría un grave error aceptar una relación de dependencia en todos los casos en los que se observe un epitelioma sobre queilitis.
>
> Sin embargo, hace algún tiempo pudimos presentar a la Academia Española de Dermatología el caso de una mujer afecta de un epitelioma de labio inferior coincidente con queilitis glandular, en el que no parece que el epitelioma ha tomado su punto de partida en las formaciones glandulares de la queilitis. >

3.5.3-ENRIQUE ÁLVAREZ SAINZ DE AJA.

3.5.3.1-BIOGRAFÍA.

La semblanza biográfica más completa de Sainz de Aja la realizaron Julio Bravo y Gay Prieto en la sesión necrológica que la "Academia Española de Dermatología" dedicó a la memoria de Sainz de Aja y de Vilanova Montiu el 16 de junio de 1965 (256, 437).

Enrique Álvarez Sainz de Aja (fig. 57) nació en Madrid el 16 de septiembre de 1884 (6). Estudió el bachillerato en el Instituto del Cardenal Cisneros. La licenciatura de Medicina la realizó en el Colegio de San Carlos. Fue, como sus antecesores, Olavide y Azúa, y sus contemporáneos, Covisa y Bejarano, alumno interno de la Beneficencia Provincial. Estuvo en el servicio del cirujano Alejandro San Martín y en el servicio de Obstetricia del profesor Fernández Chacón. Llegó a ser presidente del "Ateneo de Alunmos internos". También, como Covisa, fue discípulo de Alonso Sañudo. Se licenció en 1906 obteniendo el premio extraordinario, y al año siguiente, obtuvo de nuevo el de doctorado con una memoria titulada "De las peritonitis por perforación intraperitoneal del aparato digestivo".

En la guerra civil española, Sainz de Aja se significó decidamente en el bando nacional. Había salido de España poco antes del pronunciamiento del 18 de julio y regresó poco después instalándose en Burgos como capitán médico. Su dedicación militar y civil le valió numerosas condecoraciones.

En 1939, fue nombrado director del Hospital de San Juan de Dios y, en 1951, decano de la Beneficencia Provincial (6). También fue nombrado consejero nacional de Sanidad (61). Su hijo, Luis Álvarez Lowell fue también dermatólogo.

El carácter de Sainz de Aja era muy distinto de la afabilidad de Covisa. Quizás se pareciese más en esto a Azúa. De él recordó Julio Bravo (256):

> < Don Enrique Álvarez Sainz de Aja ha sido una de las más fuertes personalidades de la Dermatología Española. Porque tenía lo que no puede improvisarse: personalidad. ¡Y que personalidad! De un carácter entero, fuerte, a veces violento, pero en chispazos momentáneos. Sin consecuencias... >

Más adelante añade (256):

> < Podía vanagloriarse de lo que él llamaba su "salvaje independencia". En efecto, no perteneció a ningún clan político ni profesional. Sainz de Aja era Sainz de Aja. No le gustaba el cabildeo, la farsa ni la bombolla. Lo recuerda claramente en su comentario al criterio y orientación de don Juan de Azúa, respecto al funcionamiento de la Academia Española de Dermatología y Sifiliografía. Copiaré sus palabras: "Don Juan de Azúa, creador de nuestra Academia, impuso a su función el estilo recio, seco, sobrio, monástico, que bien cuadraba con su carácter, y no toleró que se celebraran sesiones inaugurales solemnes, con festejos, ni trabajo que versase sobre temas doctrinales, según rezaba un artículo de nuestros estatutos. Enfermos y nada más que enfermos. Clínica y nada más que clínica."
>
> " Justo es reconocer -comenta don Enrique- que tal medida era necesaria frente a la avalancha de teorizantes, discurseadores y lentitud en los debates" >

3.5.3.2.-TESIS DOCTORAL Y ACTIVIDAD DOCENTE.

La tesis doctoral de Sainz de Aja, como la de Covisa, no tuvo relación con la dermatología. Si éste último la orientó hacia la medicina interna, Sainz de Aja se concentró en la cirugía. La tituló "De las peritonitis por perforación intraperitoneal del aparato digestivo" (775). Completó su redacción el 30 de abril de 1907 y fue leída el 24 de junio del mismo año. Formaron el tribunal Amalio Gimeno, Manuel Alonso Sañudo, Sebastián Recaséns y José Robina y R. Trigueros, quienes le concedieron el grado de doctor con la calificación de sobresaliente. Sainz de Aja presentó una casuística de 6 pacientes con perforación digestiva y peritonitis secundaria, que llevaron en todos los casos al fallecimiento. Esta tesis doctoral se publicó ocho años después de haber sido leída (775).

La dedicación docente universitaria de Sainz de Aja fue mucho menos relevante que la de Covisa y Bejarano. De 1908 a 1912, fue Profesor Clínico de la Facultad de Medicina (860). No fue catedrático ni profesor de dermatología, pero por su formación y conocimiento, fue designado para formar parte del tribunal de la Cátedra de Dermatología de Granada, junto con Rafael Moya y Rodrigo, Covisa, Peyrí Rocamora y José Pareja (88). En el "I Congreso de Dermatólogos Españoles", celebrado en Madrid en mayo de 1934, Sainz de Aja presentó una ponencia oficial titulada precisamente "Proyecto de organización de la enseñanza, ejercicio e instituciones dermosifiliográficas en España" (776). La propuesta concreta de Sainz de Aja para la docencia de la dermatología en el posgrado y en la licenciatura fue la siguiente:

> < La Sección o Facultad de Dermovenereología no podría existir en las diez Escuelas de Medicina españolas, sino en las que hubiere medios con que cumplir su misión.
>
> Durarían los estudios tres años en los que las enseñanzas pudieran ser:
>
> 1° Dermatología.
> 2° Sifiliografía.
> 3° Venereología y Urología venereológicas.
> 4° Terapéutica Dermovenereológica.
> 5° Dermovenereología experimental.
> 6° Derecho, Legislación, Sociología, Medicina legal en sus aspectos dermovenereológicos.
>
> El examen de suficiencia sería oral, escrito y práctico; duraría varios días; se completaría con un trabajo personal imprescindible, y sería ante un tribunal formado por tres profesores de la Sección y dos especialistas de primera categoría o dos miembros de la Academia de Dermatología o de sus filiales.
>
> Finalmente debe proponerse y solicitarse de la superioridad que se vayan proveyendo las cátedras vacantes todavía en siete Facultades, para la enseñanza elemental de la especialidad; pero que se provean no de una sola vez, no a un tiempo, sino una por año, hasta que se complete el cupo de profesorado, hasta hoy sólo existente en Madrid, Barcelona y Granada. >

Sainz de Aja formó parte también del "Comité de la enseñanza Moderna de Dermatología" (248) y, en virtud de este puesto, fue invitado al congreso internacional de Budapest de 1935 por la propia organización.

3.6.3.3.-ACTIVIDAD ASISTENCIAL.

El 1 de agosto de 1908, Sainz de Aja comenzó su larguísima actividad en el Hospital de San Juan de Dios, después de aprobar unas oposiciones que también habían llevado a Covisa al mismo hospital (768). Fue destinado a un servicio de médico de guardia. La influencia de Azúa decidió su dedicación a la dermatología, olvidando su temprana inclinación a la cirugía y ginecología. De hecho, ya había sido vicesecretario de la "Academia Española de Ginecología, Obstetricia y Pediatría" (437). De este momento crucial en que Covisa y el propio Sainz de Aja llegaron al Hospital de San Juan de Dios diría más tarde éste último (765, 766):

> < Ello imprimió grandes actividades, Azúa se vio asistido de entusiastas colaboraciones. Tanto que, antes de un año, en mayo o junio de 1909, se fundó la Sociedad Española de Dermatología y Sifiliografía. que tan brillante vida ha alcanzado. En 1910 se incorporó el Doctor Sicilia al grupo de Profesores. Más adelante, Mario Sánchez Taboada. >

En 1913, ascendió a profesor de número de San Juan de Dios y se le asignó el pabellón número 4 (mujeres). A partir del 1 de febrero de 1915, se ocupó también de una consulta externa del Hospital de San Juan de Dios (802).

De 1909 a 1913, fue también jefe de la consulta de dermatología y sifiliografía del Dispensario de la Cruz Roja del distrito del Hospital. De 1913 a 1921, fue médico de la Policlínica de Madrid (860).

Entre los servicios hospitalarios de Sainz de Aja y de Covisa y Bejarano se estableció una cierta rivalidad de la que se benefició, en último término, la dermatología española, ya que las aportaciones de uno y otro servicio estimulaban el trabajo clínico en ambos y elevaban la calidad de las presentaciones ante la "Sociedad Española de Dermatología". Gay Prieto hizo referencia a esta competitividad (437):

> < A partir de entonces, Sainz de Aja y Sánchez Covisa, don Enrique y don José, como le llamábamos todos los jóvenes, inician sus respectivas

> escuelas dermatológicas, durante varios años, bajo la tutela paternal de Azúa. Al fallecer éste en 1922 existen en el hospital de San Juan de Dios dos escuelas dermatológicas pujantes, émulas y rivales, pero no enemigas, que recíprocamente se estimulan y compiten, promoviendo el gradual desenvolvimiento de la Dermatología española. >

Algunos párrafos más adelante añade Gay (437):

> < A pesar de formar parte de la Escuela rival, Villafuertes y yo, durante los años de internado en San Juan de Dios, acudíamos algunas veces al pabellón 4º para ver como trabajaban en el otro servicio y siempre fuimos cordialmente recibidos y aprendimos algo útil. Los verdaderos maestros nunca son herméticos ni suspicaces, y la verdadera ciencia se complace en hacer públicos los resultados obtenidos y los métodos de trabajo empleados para lograrlos. >

Sin embargo, la sana competitividad que refleja Gay Prieto se rompía a menudo, haciendo evidente la desmembración en dos de la escuela de Azúa. Villarejo reflejó un enfrentamiento entre las dos escuelas con motivo de una oposiciones a médicos de la "Profilaxis Venéreo-Sifilítica" en una nota editorial de su revista "Ecos Españoles de Dermatología y Sifiliografía" (863). En ella, se refiere a Covisa como "el maestro" y a Sainz de Aja como "el mandarín":

> < Siempre que terminan en España unas oposiciones a médicos de la Profilaxis Venéreo-Sifilítica, se levanta, despierta en nuestro cerebro la misma idea: tenemos en España, perfectamente individualizadas, dos Escuelas dermatológicas, con caracteres y fisonomía particularísimos bien destacados, cada una de ellas. >

A continuación, pasa Villarejo a comparar las dos escuelas del Hospital de San Juan de Dios refiriéndose primero a la de Sainz de Aja y después a la de Covisa (863):

> < En una de ellas vemos poca firmeza, poca seriedad en la enseñanza. Su maestro atiende más a las filigranas y gorgoritos que a la esencia pura de la verdad; vestido siempre de guante blanco, sólo busca lo fácil y lo superficial, como si tuviera miedo o reparo (¡no creemos que sea ignorancia!), a meterse en profundidad. La ciencia para él carece de substancialidad, y siempre bordeándola vemos en sus enseñanzas el atavío de las lentejuelas.
>
> La otra Escuela no. Más cuidadosa de la verdad, dedica atención preferente a lo útil y esencial. Siempre respetuosa con la ciencia huye de subterfugios y engaños. Amante de la investigación, busca y explora sin

> bombo ni platillo, silenciosamente, y desde su atalaya se ven horizontes hermosos de luz y de color. Este es un maestro, el otro un mandarín.
>
> Sin embargo (¡que paradoja!), este mandarín de la ciencia, con su artificio y farándula, con su tinglado, tiene más suerte, sabe colocarse mejor y colocar y defender a los suyos. Esto es lo único que tenemos que reprochar al maestro; que no quiere o no sabe colocar o defender a los que están a su lado.
>
> Por esto y por otras cosas, cuando el maestro y el mandarín peleaban (que si ahora no es frecuente antes ocurría casi a diario), casi siempre vencía el mandarín. Y es que a estos Juglares de la ciencia, cuando se les irrita la cresta, son temibles. >

El aspecto quirúrgico de la dermatología también fue desarrollado por Sainz de Aja, que llevó a cabo numerosas intervenciones en un quirófano que instaló en su servicio del Hospital de San Juan de Dios (437):

> < Más tarde surge un espacioso quirófano, donde don Enrique, rememorando sus comienzos quirúrgicos, es el pionero de la Dermatología medicoquirúrgica. Es necesario recordar que todavía no existía la cirugía plástica y reparadora para valorar debidamente la trascendencia del intento. >

Julio Bravo, José Fernández de la Portilla -primer catedrático de Dermatología en la Universidad de Valencia-, Cordero, Ricardo Bertoloty y Luis Álvarez Lowell -éste último, hijo de Sainz de Aja- fueron los continuadores más destacados de esta escuela.

3.5.3.4.-REUNIONES, CONGRESOS Y ACADEMIAS. SOCIEDAD ESPAÑOLA DE DERMATOLOGÍA. CREACIÓN DEL COLEGIO IBEROLATINOAMERICANO DE DERMATOLOGÍA.

Sainz de Aja desarrolló una febril actividad en numerosos congresos nacionales e internacionales.

En el "Primer Congreso Español de Medicina", celebrado en Madrid en 1918, presentó dos comunicaciones sobre el tratamiento de los lupus tuberculosos (796) y la aplicación de la luz ultravioleta en dermatología (795). En el "II Congreso Español de Medicina", celebrado en Sevilla los días 15 a 20 de octubre de 1924, presentó una

ponencia titulada "Hechos positivos de relación entre las enfermedades de la piel y endocrinas" (764), cuyo texto se publicó en "Actas Dermosifiliográficas", al lado de otra ponencia de Covisa y Bejarano casi idéntica en el título, ya comentada (366).

Sainz de Aja jugó un importante papel como nexo entre las organizaciones dermatológicas internacionales y los dermatólogos españoles. Ya en 1912, acudió al "Congreso Internacional de Dermatología" de Roma donde presentó cinco comunicaciones y fue nombrado tesorero de la "Asociación Internacional de Dermatología" (437).

En el "Congreso Internacional de Dermatología" de Copenhague, celebrado en agosto de 1930, Sainz de Aja presentó un trabajo titulado "La reacción de aclaramiento de Meinicke (M. Ki. R.): Modificaciones personales y estudio comparativo de 4.000 sueros". El texto de la misma se publicó también en extenso en "Actas Dermosifiliográficas" (777).

Como delegado para España de la "Asociación Internacional de Dermatología", una de las obligaciones de Sainz de Aja era recoger y cursar las inscripciones de los españoles. En varios números de "Actas Dermosifiliográficas" se leen anuncios como éste, referido a la inscripción en el "IX Congreso Internacional de Dermatología" de Budapest (41):

> < Aviso importante. Se ruega a cuantos dermatólogos españoles, interese colaborar en alguno de los temas de discusión, formar parte de las Comisiones especiales o aportar a las exposiciones algún libro, dato, etc., lo comuniquen inmediatamente al delegado para España, Dr. Enrique Álvarez Sainz de Aja, calle Serrano 1, 1°, Madrid. >

Fue designado por la "Academia Española de Dermatología" para disertar sobre "tuberculosis cutáneas como enfermedad social" (248). También estuvo presente también en la "Asamblea general de la Unión Contra el Peligro Venéreo", celebrada en Madrid en mayo de 1934, aunque no participó de forma activa en ella.

El mismo Sainz de Aja hace referencia a su presencia en el "X Congreso Internacional de Dermatología", celebrado en Londres en julio de 1952, donde presentó la estadística de su experiencia clínica con los 191.000 enfermos atendidos por él hasta entonces (762).

Sainz de Aja fue miembro de la "Academia Médico-Quirúrgica Española", en la que ingresó el 20 de febrero de 1911 (39).

Fue socio fundador de la "Sociedad Española de Dermatología y Sifiliografía", aunque no formó parte inicialmente de la Junta Directiva. En la portada del tomo V de "Actas Dermosifiliográficas", correspondiente al curso 1913-4, Sainz de Aja ya aparece como "secretario de actas" de la publicación, continuando Covisa como secretario general de la Sociedad. En los últimos meses de vida de Azúa, en el curso 1921-2, presidió algunas sesiones de la "Sociedad..." alternándose con Covisa, por el mal estado de salud del maestro.

En 1926, la "Sociedad Dermatológica" pasó a llamarse "Academia Española de Dermatología y Sifiliografía", dotándose de unos nuevos estatutos. Sainz de Aja figura en la nueva Junta Directiva como Vicepresidente (37). Tal como establecía el reglamento recién aprobado, Sainz de Aja, al ser vicepresidente, era también el redactor-jefe de "Actas Dermosifiliográficas".

En la sesión de la "Academia..." del 21 de enero de 1927, se procedió a la renovación reglamentaria de la Junta Directiva. En ella, Sainz de Aja fue nombrado Presidente (385). El 7 de enero de 1931, en la junta general ordinaria de la "Academia Española de Dermatología y Sifiliografía", deja reglamentariamente la presidencia, tomando el relevo Julio Bejarano.

Cuando se celebró el "I Congreso de Dermatólogos Españoles", en Madrid en 1934, Sainz de Aja tuvo una destacada participación con una ponencia sobre la docencia y ejercicio de la dermatología en España (776). Por el contrario, en el programa del "II Congreso Nacional de Dermatología", celebrado en Granada en 1936, no encontramos ninguna ponencia oficial ni comunicación firmada por él (51).

Uno de los mayores méritos de Sainz de Aja fue su contribución en la creación del "Colegio Iberolatinoamericano de Dermatología", institución de gran pujanza en la actualidad. Él mismo explicó su participación en el discurso de clausura del "II Congreso Interlatinoamericano", celebrado en 1953 en Argentina (751):

> < Como promotor, como primun movens del Colegio Ibero-Latinoamericano de Dermatología, me llena de satisfacción el momento presente.
>
> Dado que la mayoría de vosotros quizá no lo sepa, bueno será un telegráfico relato de como se concibió, gestó y nació este Colegio o Asociación de tan enjundioso contenido ya.
>
> Fue durante la última guerra mundial.
>
> Como yo y pocos más de los presentes recuerdan, después del Congreso Internacional de Dermatología celebrado en Roma y 1912, quedamos en reunirnos para el siguiente en Copenhague y 1915.
>
> Por motivos bélicos este congreso se celebró quince años después, en 1930 nada menos, y gracias a los esfuerzos de Noegeli, sucesor en Berna del eminente Jadassohn, por entonces en Breslau.
>
> Pasando por Budapest en 1935, se marcó Madrid como sede del Congreso de 1940. Por nuestra guerra civil hubo de ser transferido a New York, y al empezar la segunda guerra mundial hubo que desistirse su celebración, sinae diae.
>
> Entonces yo pensé: Si tras la guerra de 1914-1918 transcurrieron doce años más para poder reunir un Congreso Internacional de Dermatología, no podemos ni debemos aguardar hasta 1957 sin reunirnos.
>
> Es preciso formar una agrupación internacional que estimule y recoja la producción dermatológica del modo más amplio posible.
>
> Los únicos o principales países con que podía contarse para esto eran: en Europa, Portugal y España; en América, las naciones del Centro y Sur.
>
> Constituiremos una Asociación Ibero-Americana. Pero no sólo esto sino que a ella serían admitidos cuantos dermatólogos de otros países quisieran asistir, para de este modo darle un carácter internacional lo más amplio que se pudiera, como camino para lo verdaderamente universal.

> Y de paso, nuestra iniciativa serviría de estímulo para acelerar las reuniones o congresos internacionales.
> Tuve la fortuna de acertar plenamente. >

Curiosamente, Sainz de Aja no acudió a la primera reunión del "Colegio Iberolatinoamericano de Dermatología" -CILAD-, celebrada en Río de Janeiro. En el mismo discurso de clausura de la segunda reunión, da una explicación de esta ausencia, que justifica por las penurias económicas de la posguerra española (751):

> < Se debió a la imposibilidad de procurarnos las divisas necesarias. El Gobierno español, que de modo generoso e inigualado acude en ayuda. construye soberbias instalaciones de todo género y va modernizando y engrandeciendo toda la Nación, encuentra de vez en cuando agobios de monedas duras; las que posee ha de dedicarlas a menesteres más urgentes y vitales. >

Este papel de Sainz de Aja en la creación del CILAD también fue destacado por Gay Prieto, desde luego de una forma más ecuánime, ya que la puesta en marcha del CILAD no fue un mérito exclusivo de Sainz de Aja sino de un grupo de dermatólogos españoles, portugueses e iberoamericanos (437):

> < Uno de los mayores méritos de don Enrique es, a mi juicio, la promoción del flamante Colegio Ibero-Americano de Dermatología. En conversaciones con el prestigioso profesor Baliña, de Buenos Aires, nace la idea de reunir para una tarea común a todos los dermatólogos de lengua hispana, en 1935. Nuestra contienda civil paraliza toda actividad internacional y el paréntesis se prolonga con la segunda guerra mundial. Pero esta idea de la reunión iberoamericana es grata a Sainz de Aja. Aprovechando la invitación que envía Baliña para asistir al XXV aniversario de la Sociedad Argentina de Dermatología, don Enrique resucita la empresa, y con rara generosidad renuncia, en junio de 1947, a la presidencia de la Dermatológica para que la representación española vaya a Buenos Aires investida de la representación legal de la Academia. Gómez Orbaneja, Contreras y yo acudimos a la ciudad del Plata, y en una memorable comida en el hotel Plaza se decide la creación del Colegio Ibero Americano de Dermatología, que reconociendo el mérito de Sainz de Aja en su promoción, le nombra Presidente de Honor en el su primer congreso, al que, por cirsunstacias que no son del caso, no pudo asistir ninguna representación española. >

3.5.3.5.-PUBLICACIONES. REANUDACIÓN DE LA PUBLICACIÓN DE "ACTAS DERMOSIFILIOGRÁFICAS" DURANTE LA GUERRA CIVIL ESPAÑOLA.

Sainz de Aja fue un autor muy prolífico. Su obra escrita -incluidas las comunicaciones a la "Academia Española de Dermatología"- sobrepasó los quinientos trabajos entre resúmenes de comunicaciones, casos clínicos, memorias, monografías, folletos divulgativos, etc. Ante tal producción, Gay Prieto renunció a hacer una enumeración de los trabajos (437):

> < Es imposible reseñar en unas breves líneas la ingente labor publicitaria de Sainz de Aja que comprende 502 trabajos. El primero en 1902, siendo estudiante de Medicina, es un estudio experimental sobre los efectos de la doble vagotomía en el perro; el penúltimo, publicado en 1961, estudia la acción de la griseofulvina en las dermatosis parasitarias. >

Sainz de Aja escribía con un estilo muy personal, empleaba una retórica peculiar y gustaba -se podría decir abusaba- de las metáforas, incluso en sus trabajos científicos. Esta retórica podía resultar amena en las presentaciones orales, pero se hace algo recargada en los trabajos escritos. El siguiente párrafo sirve de ejemplo (772):

> < Como los marinos en barco de vela que, tras una prolongada navegación, oyen gritar al vigía: ¡Tierra! así se encuentra mi espíritu hoy porque voy a reunir y comentar el año cuarenta y nueve de mi actuación en el Hospital de San Juan de Dios.
>
> Pues bien: por fin el barco arribó a puerto, echó anclas y amarró, acostó al murallón del muelle. Ya era tiempo. Fueron cincuenta años de navegación en el revuelto mar de clínicas, consultorios, enfermos y medicaciones. >

Otro rasgo característico de los trabajos de Sainz de Aja son las frecuentes referencias a su actividad profesional anterior. Este gusto excesivo por la "autocitación" no ha sido de gran ayuda para seguir sus temas de interés preferente en la dermatología y observar la evolución del autor. Al lado de este rasgo, también es llamativa la afición a "hacer historia", que se hace aún más patente en sus últimos escritos. La longevidad dermatológica de Sainz de Aja y su connivencia con el régimen político le permitió

asumir el papel de "patriarca de la dermatología española" o "de "superviviente de una generación perdida", ya que la mayoría de sus compañeros, como Covisa y Bejarano, se habían visto obligados a exilarse, o fueron represaliados, como en el caso de Peyrí. Consciente de este papel, Sainz de Aja justificó su afición a este enfoque histórico de la especialidad (756, 766):

> < He dicho crónica y así será; es un tipo de artículo periodístico útil, práctico, y más o menos agradable, según el estilo y galanura de quien escribe.
>
> No todo van a ser trabajos de ciencia pura, recopilaciones nacionales o adaptaciones de obras extranjeras o nacionales.
>
> La crónica es exposición y comentario personal de hechos actuales, de situaciones reales, vistos a través de un temperamento, tamizado como base de cultura y experiencia de quien los escribe.
>
> Yo soy cada vez más aficionado a ellos y lo que lamento es no disponer de tiempo para menudearlos más. >

En la amplia obra de Sainz de Aja también es posible considerar varios grupos de trabajos y escritos desde un punto de vista formal:

3.5.3.5.1.-CASOS CLÍNICOS, NOTAS BREVES Y TEXTOS DE COMUNICACIONES A CONGRESOS O A LA "SOCIEDAD ESPAÑOLA DE DERMATOLOGÍA".

La gran mayoría se encuentran en "Actas Dermosifiliográficas" desde 1909 hasta los años sesenta.

3.5.3.5.2.-TRABAJOS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICOS, TERAPÉUTICOS O DE LABORATORIO.

También aparecen casi todos en "Actas Dermosifiliográficas", otros se encuentran en la "Revista de Medicina y Cirugía Prácticas", en "El Siglo Médico" o en los "Anales de la Academia Médico-Quirúrgica Española".

El primer trabajo de Sainz de Aja en "Actas Dermosifiliográficas" se titula "Dos casos de síndrome de Guillain-Thaon" (750). Se trata de una forma de sífilis neural a la que después se le ha restado especificidad dentro del espectro de afectación del sistema

nervioso central por la lúes. No hemos realizado una comparación con los autores posteriores que escribieron para "Actas Dermosifiliográficas" después de 1936, sin embargo, Sainz de Aja parece ser el autor más prolífico de toda la historia de "Actas Dermosifiliográficas", lo cual equivale a decir que ha sido el dermatólogo que más ha participado en las sesiones de la "Academia Española de Dermatología".

3.5.3.5.3.-MONOGRAFÍAS Y FOLLETOS DE DIVULGACIÓN.

En 1920, Sainz de Aja publicó en la prestigiosa Colección de Monografías Calpe de Biología y Medicina, que dirigían los doctores Ramón y Cajal, Madinaveitia, Goyanes, Pittaluga y Lafora una monografía titulada "Sífilis, blenorragia y matrimonio" (780). Como monografías, también publicó "La sífilis y las gangrenas de los miembros inferiores por endarteritis obliterantes" (781), "El Salvarsán en el tratamiento de la sífilis de los niños" (779) y, en colaboración con Serrano, "Cinco años de medicación salvarsánica" (802).

Sin embargo, las publicaciones más representativas de este grupo quizás sean sus famosas "Terapéuticas". Ya en 1914, publicó un breve folleto que tituló: "Notas prácticas de terapéutica dermatológica" (773). En 1921, publicó un amplio estudio de revisión sobre la aplicación del radio en dermatología (793). En 1930, escribió una obra ya más general que tituló "Tratamiento de las enfermedades de la piel" (790). Este librito consta de catorce capítulos que abordan los aspectos de mayor interés práctico de la dermatología del momento: sarna y sus complicaciones, tratamiento de la ptiriasis(sic) de la cabeza, cuerpo y pubis, tratamiento de la tiña favosa, pelada, acné vulgar, lupus tuberculosos, lupus eritematoso, psoriasis, liquen plano, seborroides y eczema seborreico, eczema vulgar, síndromes precancerosos y epiteliomas.

Después de la guerra civil, Sainz de Aja retomó esta línea de publicación con dos nuevas monografías: "De terapéutica dermatológica" (782) y "Terapéutica de enfermedades sexuales" (784). Ambas obras están dedicadas a médicos y dermatólogos en formación, de hecho, el segundo de ellos lo dedica de forma expresa a su hijo, Luis Álvarez Lowell. Quizás por la época de publicación -la posguerra-, los ejemplares de estas dos monografías que se conservan en la Biblioteca Nacional llevan en la portada un sello con la palabra "censura". Un librito algo posterior a estos dos se titula "Lo que todo el mundo debe de saber sobre la sífilis" (785). En este caso, en los ejemplares de la Biblioteca Nacional ya no aparece la palabra "censura", sino que, incluso en la misma portada, se deja bien claro que se trata de un folleto de divulgación. También de 1946, data una monografía titulada "La linfogranulomatosis inguinal subaguda o cuarta enfermedad venérea" (770).

3.5.3.5.4.-TRABAJOS HISTÓRICO-MÉDICOS.

Forman un grupo pequeño pero muy significativo de trabajos, que aportan información de interés sobre la dermatología de la época, que aparecieron en "Actas Dermosifiliográficas" (765), "Medicamenta" (772), "Hospital General" (749, 769) o como monografía (756).

3.5.3.5.5.-MISCELÁNEA: TRABAJOS TEMPRANOS NO RELACIONADOS CON LA DERMATOLOGÍA.

Como en el caso de Covisa, el más representativo de estos escritos es el opúsculo de su tesis doctoral sobre las peritonitis (775). Se podrían incluir en este apartado algunos textos de discursos (751, 776), crítica de libros (752), etc.

Sin embargo, a pesar de toda esta obra, Sainz de Aja nunca llegó a escribir un texto general de dermatología. Esta carencia la subrayó su discípulo Julio Bravo (256)

recordando unas palabras del propio Sainz de Aja, que aparecen en el prólogo de su libro "De terapéutica dermatológica":

> < Sainz de Aja no llegó a escribir el Tratado o Manual de Dermatología que sus discípulos y admiradores esperábamos. Pero en el prólogo del libro a que acabo de hacer referencia puede leerse la explicación: "Porque yo no me he trazado plan alguno me reconozco incapaz de escribir una obra completa y ordenada en la que haya de hablar tanto sobre lo que domino y me gusta como sobre aquello en lo que no estoy fuerte o me repugna. No sirvo para tomar las tijeras y transplantar a lo que es mío, propio, personal, párrafos de Fulano y de Zutano; opiniones de unos y de otros; presentar una exposición completísima, ordenada, ilustrada, enfocando un asunto por todos sus lados y luego retirarme por el foro diciendo: ¡Ahí queda eso! >

Uno de los principales méritos de Sainz de Aja fue su papel en la reanudación de la labor editorial de "Actas Dermosifiliográficas" en los últimos meses de 1937 (774), mérito compartido con Gay Prieto y De Gregorio.

En las últimas páginas del volumen XXVIII de "Actas Dermosifiliográficas" aparece un brevísimo resumen del "II Congreso de Dermatólogos Españoles" que ya hemos mencionado, en el que figuran los títulos de las comunicaciones presentadas y los autores, que ya hemos mencionado (51). En el último párrafo de este resumen se lee:

> < La Academia Española de Dermatología editará en un número extraordinario todos los trabajos que acaban de ser expuestos, que aparecerá en los primeros días del mes de octubre. >

El número anunciado nunca llegó a editarse, porque la publicación de la revista quedó interrumpida por la guerra civil española, precisamente en este número del mes de junio de 1936. Gay Prieto recordó la reanudación de la publicación de "Actas Dermosifiliográficas" en la sesión necrológica de Sainz de Aja recordando una carta de éste último (437):

> < En 1937, en plena guerra civil, recibimos una larga carta. "Es preciso -me dice- reanudar la publicación de Actas Dermosifiliográficas. Yo buscaré suscriptores, fondos, anuncios. Es preciso que usted, que ha conservado su casa y colaboradores, se encargue de la edición de la

> Revista. De Gregorio, usted y yo debemos hacer el original y buscar nuevos colaboradores." Y se publican regularmente las Actas, la primera revista de medicina que sale a la luz en aquella España dividida y sangrante. >

La reaparición de "Actas Dermosifiliográficas" tuvo lugar en octubre de 1937, catorce meses después de haberse interrumpido. En este número escribió Sainz de Aja unas líneas de presentación redactadas en las que afirma (774):

> < Imposibilitados por el momento de comunicación con nuestros colegas-hermanos de la España roja, y siendo Granada sede de una filial de la Academia Española de Dermatología y Sifiliografía, es la ciudad andaluza en donde verá la luz nuestro periódico. >

3.5.3.6.-PRINCIPALES APORTACIONES DE SAINZ DE AJA A LA DERMATOLOGÍA ESPAÑOLA.

3.5.3.6.1.-INTRODUCCIÓN DE LAS TERAPÉUTICAS FÍSICAS EN LA DERMATOLOGÍA ESPAÑOLA.

Aunque Sainz de Aja fue un dermatólogo integral, dedicado a la clínica, el laboratorio y la terapéutica, desarrolló, quizás más que ningún otro representante de esta escuela, un profundo interés por el tratamiento de las dermatosis. Fue, de hecho, de los primeros en ensayar en España el salvarsán (822, 823, 824). De este interés de Sainz de Aja por la terapéutica dan cuenta las diversas monografías y artículos mencionados en el apartado anterior. Incluso organizó cursos específicos de terapéutica dermatológica (798).

Dentro de la terapéutica dermatológica, uno de los méritos más importantes de Sainz de Aja fue la potenciación de las terapéuticas físicas. Nos referimos con este concepto a la aplicación dermatológica de la roentgenterapia, radiumterapia, fototerapia, crioterapia y electrocirugía. Conviene advertir que Sainz de Aja no fue el introductor de estas técnicas en la dermatología española. Sin embargo, el impulso que les dio,

especialmente a la radiumterapia y a la fototerapia, fueron esenciales en el asentamiento de estas técnicas.

En noviembre de 1895, Wilhem Conrad Roentgen descubrió los rayos X (395, 458). Las aplicaciones dermatológicas de los mismos comenzaron poco después. Según Crissey y Parish (396), fue Leopold Freund el primer autor en emplear los rayos X para la depilación de un nevus congénito piloso en una niña de 5 años. Pocos meses después, el mismo autor preconizó la aplicación de los rayos X para curar los casos de sicosis de la barba y de tiñas de la cabeza por medio de la depilación.

En el primer volumen de "Actas Dermosifiliográficas" aparece ya un trabajo de Azúa sobre la utilidad de los rayos X en el tratamiento del prurito postescabiótico (202). Además del valor intrínseco de este artículo, Azúa aportó con este trabajo un testimonio de gran interés ya que comenta la existencia de un servicio de Radioterapia dermatológica en el Hospital de San Juan de Dios en 1909, al frente del cual estaba el doctor Julián Ratera. Dice Azúa del paciente tratado (202):

> < Excluida la persistencia de la sarna como causa del picor, hice múltiples medicaciones locales de las que en los post-escabiósicos suelen dar resultado: Brea, Tumenol, Bálsamo del Perú en débil proporción, Alquitrán de hulla lavado, Pasta de Lassar, Velou-creme de Vidal, Ungüento de caseína, Gelatinas, Baños con almidón y con Coaltar saponificado, Polvos de almidón, Talco, aplicación de vendajes oclusivos y compresivos, días o semanas de descanso, sugestión o convencimiento de que no tenía sarna, ayudado por bromuros, quinina, valerianato de amoníaco, vientre libre, alimentación láctea y de verduras y supresión de su té con aguardiente, etc., etc. No era la enferma renal, ni tenía toxinas de origen digestivo.
>
> No mejoraba el picor, ni aparecían por parte alguna indicios de sarna, ni de reacción de la piel, que iba poco a poco perdiendo su aspereza y liquenificación. Dispuse entonces fuese tratada por Röentgenterapia, y de ello se encargo el Dr. Julián Ratera, jefe de mi servicio de Radioterapia en el Hospital. >

Después de nueve sesiones de irradiación corporal total el prurito desapareció.

Paralelamente a estos comienzos de la radioterapia dermatológica en Madrid, en Barcelona, el doctor César Comas, en colaboración con Peyrí, también desarrolló la aplicación de los Rayos X en el tratamiento de las enfermedades cutáneas (845).

Julián Ratera, dedicado exclusivamente a la radioterapia en el servicio de Azúa, profundizó en la aplicación de la radioterapia en diversas dermatosis, como epiteliomas (728, 733), en la talalgia blenorrágica (730), lupus tuberculosos (731), prurito generalizado (729), enfermedad de Paget (732). Del primero de estos casos -epitelioma vegetante- Ratera publicó dos fotograbados, pre- y postratamiento, de gran belleza (figs. 58 y 59).

En 1925, los hermanos Ratera pronunciaron una conferencia en la Facultad de Medicina de Madrid revisando las bases e indicaciones de la roentgenterapia en dermatología (735). Se aprecia, en la lectura detenida de este texto, un gran dominio de la técnica, ya muy depurada y con pocos efectos secundarios.

Sainz de Aja no dedicó una especial atención a los rayos X. En cambio, sí jugó un papel importante en la introducción de la radiumterapia en la dermatología española. El radio había sido descubierto por el matrimonio Curie en 1898 (726). En España la primera aplicación dermatológica del radio probablemente se debe a Covisa, quien la aplicó, en 1914, para el tratamiento de un epitelioma en un caso de xeroderma pigmentoso (346).

En el volumen IX de "Actas Dermosifiliográficas", aparecen cuatro referencias sobre la utilización del radio en la terapéutica dermatológica. Una de ellas está firmada por Covisa y Torrecilla y tan sólo se recoge un párrafo en el que se resume de forma muy concisa una comunicación de estos autores a la "Sociedad Dermatológica" (384). Las otras tres referencias corresponden a artículos originales de Sainz de Aja (754, 783, 786). A

finales de 1918, Sainz de Aja recopiló todas estas experiencias y las presentó como comunicación al "Congreso Español de Medicina" de 1918 (793). El texto íntegro de esta comunicación también se publicó en "Actas Dermosifiliográficas" (794). Las conclusiones de este trabajo fueron las siguientes:

> <Según los resultados de nuestra personal experiencia estimamos los efectos del radio:
> 1° Brillantes en la cura del eczema liquenoide tipo neurodermitis, en las eczemátides y eczemas jóvenes de pliegues, en los de cuero cabelludo, hueco occipital y regiones pilosas en general.
> Muy satisfactorios y superiores a los restantes métodos en los seborreicos de restantes regiones, de cara, etc,, y los crónicos, ya liquenificados de pliegues (corvas sobre todo).
> De acción dudosa ya en las reacciones cutáneas de tipo eczema vulgar, aún reconociendo nuestro éxitos, pero ya no son resultados constantes.
> 2° Muy útil en la cura del lupus tuberculoso, pero de acción lenta y necesitada de más estudios para acelerar y completar ésta.
> 3° Seborroides. Curativo y rápido, sin reservas.
> 4° Queloides. Acné queloidiano curativo a varios meses de plazo.
> 5° Piodermitis: supuraciones banales. De resultados tan brillantes como poco sospechados; creemos que en esta dirección se ampliarán notablemente las indicaciones.
> 6° Inferior a los rayos X como depilador y en la cura de pruritos, y a la acción quirúrgica en pequeños papilomas, por el difícil aislamiento de éstos.
> 7° Éxito brillante en un caso de eritematoesclerosis de los dedos.
> 8° En los epiteliomas dermatológicos, benignos, sin reacción ganglionar, es el radio el tratamiento de elección por la seguridad como por los resultados estéticos y mayor garantía contra las recidivas. En los de tipo grave continúa siendo muy útil, por si sólo en unos, asociado a la operación en otros. En los inoperables, calma o suprime dolores, hemorragias o infecciones secundarias, y sirve de consuelo moral para las familias y enfermo.>

En los años siguientes, Sainz de Aja profundizó en la aplicación de la radioterapia de contacto en dermatología. En 1921, escribió con Miguel Forns un trabajo en "Actas Dermosifiliográficas" sobre la experiencia en el tratamiento con radio de dos casos de epiteliomas cutáneos (799). Poco después presentaba un epitelioma no susceptible de tratamiento quirúrgico que también curó con el radio (753). En ese mismo año de 1921,

Sainz de Aja publicó una monografía titulada "Tratamiento de las enfermedades de la piel por el radio" (793). Dedicó el libro a los que habían sido sus maestros, los profesores Alejandro San Martín y Manuel Alonso Sañudo. Comienza esta obra comentando las características de las placas utilizadas. Pasa a describir las acciones del radio sobre la piel, a saber, pigmentación, decoloración, depilación, desinfección, cicatrización, analgesia, anestesia, rubefacción, necrobiosis, acción sin reacción o resolución, acciones mixtas, acciones en longitud, latitud y profundidad. Este librito, además de una revisión de una puesta al día sobre radiumterapia, es también un estudio clínico, en el que se presentan los resultados del tratamiento de 112 casos entre 1917 y 1920.

Además de Sainz de Aja, Julián Ratera, como jefe de la sección de Radioterapia del servicio de Azúa, también dedicó también su atención a la radiumterapia en dermatología; el 16 de noviembre de 1925 pronunció una conferencia magistral en el Hospital de San Juan de Dios sobre esta técnica terapéutica, sus bases físicas, dosimetría y aplicaciones en diversas patologías dermatológicas (734).

La introducción de la fototerapia en el Hospital de San Juan de Dios fue muy temprana. Según menciona Castelo (279, 293) ya Azúa y Olavide habían comenzado a ensayar la finsenterapia en el hospital antes de 1900. aunque este desarrollo precoz, se detuvo poco después, desconociéndose el motivo (279):

> < Ya en el nuevo Hospital de San Juan de Dios y en unión del doctor Olavide, se montó una instalación para el tratamiento de luposos y cancerosos por la finsenterapia.
>
> Desgraciadamente, y por causas que no es pertinente mencionar la instalación duró poco y consiguientemente cesó ese tratamiento, del que tan felices resultados esperábamos >

En 1911, García del Mazo aporta algunas pistas sobre las primeras aplicaciones de la finsenterapia en España (424):

> < En la clínica se ha instalado hace poco tiempo una aparato Finsen-Reyn, propio para clínica particular, pues sólo se puede tratar un enfermo; los primeros ensayos ha sido poco satisfactorios; en vista de ello, el doctor Azúa ha encargado para la Facultad de Medicina un aparato Finsen modelo grande, con el que seguramente se obtendrán excelentes resultados, como en todas partes. >

En efecto, en el volumen VI de "Actas Dermosifiliográficas", del año 1914, aparece una comunicación de Azúa a la "Sociedad Dermatológica", titulada "Lupus tuberculoso en placas, ligeramente exedens, no ulceroso, de la mejilla derecha, curación rápida por fototerapia" (166), en la que confirma la existencia de un gabinete de finsenterapia en su servicio de la Facultad de Medicina. En la sesión necrológica de Azúa, Fernández Criado habla incluso de la idea de éste de crear un "Instituto del lupus", quizás inspirándose en la actividad del Finsent Lysinstitute de Copenhague (386):

> < Este era uno de los proyectos a realizar brevemente y otro el de la creación de un Instituto del lupus, por ser una enamorado de la finsenterapia y de los beneficios que ésta y del clima y sol español combinados podrían encontrar los desgraciados luposos. >

La siguiente referencia sobre la fototerapia en "Actas Dermosifiliográficas" está firmada por José Sánchez-Covisa (338). Covisa comenta la evolución histórica de los distintos aparatos de fototerapia (Finsen-Reyn, lámpara de Kuch-Kromayer y de Negelschmidt) y explica la utilidad de los rayos ultravioletas en algunas patologías como lupus eritematoso, neoplasias superficiales, nevus vasculares, alopecias, acné vulgar, úlceras varicosas, psoriasis, etc y presenta su propia, aunque corta, experiencia en algunas de estas dermatosis, obtenida en el gabinete de finsenterapia de Azúa. Sobre este tema había disertado el 18 de octubre de 1915 en el congreso de Valladolid de la "Asociación Española para el Progreso de las Ciencias" (337).

Sainz de Aja publicó en 1917 sus primeras experiencias con la fototerapia (795) en la que recogía varias notas clínicas sobre la eficacia de esta técnica.

En el volumen IX de "Actas Dermosifiliográficas" aparecen cuatro artículos originales sobre la fototerapia, todos ellos firmados por Sainz de Aja (755, 771, 787, 797). De toda esta experiencia, publicó un nuevo trabajo titulado "Estadística y conclusiones del tratamiento de las enfermedades cutáneas y venéreas por los baños de luz ultraviolados(sic) en el trienio 1916-1917-1918", que también presentó como comunicación al "Congreso Español de Medicina" celebrado en Madrid en 1918 (755). Se trata de una serie de 103 pacientes con lupus eritematosos, psoriasis, pruritos, tricofícias del cuero cabelludo, tuberculosis cutáneas, heridas, infecciones quirúrgicas estrepto-estafilocócicas, varios tipos de acné, alopecias, eczemas, seborrea. Es interesante reproducir las conclusiones de este trabajo, en las que resume la eficacia de la fototerapia según el tipo de patología (755):

> < Pelada.-Tiene en la fototerapia su más eficaz tratamiento, sobre todo irradiando zonas muy extensas o la totalidad del cuero cabelludo; a pesar de esto hay casos resistentes por motivos que ignoramos, sobre todo las placas temporales bajas y las marginales temporales.
> Acnés.-Es el tratamiento específico del acné necrótico. Es tan sólo una parte de las tres que debe abarcar la cura del acné vulgar.
> Eczema vulgar.-Sin éxito.
> Heridas simples e infectadas, estreptoestafilococias.- Es en donde por la constancia y rapidez del tratamiento se alcanzan éxitos más notables. Son la más amplia indicación de los rayos ultravioleta.
> Seborrea y eczemas seborreicos.-Lógrase éxito con tratamiento continuado; efecto pasajeros con tratamientos interrumpidos en la primera. Acción eficaz en los segundos si se procede con cuatela extrema.
> Pruritos.-Alivia los de origen seborreico; sin efecto sobre los del liquen.
> Psoriasis.-Alivia los de fondo seborreico, sin acción sobre los neuropáticos, artopáticos.
> Lupus eritematoso.-Los empeora evidentemente.
> Tricofitia de cuero cabelludo.-Coadyuva, pero necesita el complemento de la depilación.
> Úlceras tuberculosas.-Ejerce acción marcada de alivio; quizás insistiendo mucho se llegue a la curación. >

Sainz de Aja también utilizó problablemente la crioterapia, otra de las técnicas de terapéutica física dermatológica desarrolladas a finales del siglo XIX y comienzos del XX.

Las primeras referencias sobre la aplicación dermatológica de esta técnica en España datan de 1909. En este año Serrano y Nonell escribieron un artículo en "Actas Dermosifiliográficas" sobre la utilidad de la nieve carbónica en dermatología (821). De los primeros en escribir en España sobre la aplicación de la nieve carbónica fue Antonio Ledo, del Hospital de Santa María de Esgueva en Valladolid. En 1914 constató la eficacia de la nieve carbónica en el tratamiento de una gran verruga (511) y en un nevus angiomatoso (512). Llama la atención de que, aunque el nitrógeno líquido, que es el criógeno más utilizado en la actualidad, se conoció y empleó aún antes que la nieve carbónica, como ofrecía mayores dificultades de manejo que ésta última, fue ésta la que se impuso inicialmente. Superadas las dificultades de manejo y mantenimiento del nitrógeno líquido, éste dejó obsoleta a la nieve carbónica.

No conocemos trabajos específicos de Sainz de Aja sobre la crioterapia, aunque en sus "Terapéuticas" hizo amplia mención a esta técnica. Así, por ejemplo, en el libro "Tratamiento de las enfermedades de la piel", revisó la evolución y aplicaciones de la crioterapia (792).

3.5.3.6.2.-ESTADÍSTICA DERMATOLÓGICA.

Uno de los rasgos más acusados de la obra de Sainz de Aja, influencia clara de su maestro Azúa, fue la afición a la estadística clínica. Precisamente dice Sainz de Aja sobre Azúa, reforzando sus propias convicciones (769):

> < Creyó siempre en estadística: sí esta era honrada, afirmaba que, sabiéndola leer a fondo, aportaba, además de experiencia, normas sugeridoras. >

La base de los trabajos estadísticos de Sainz de Aja -como de Azúa- fue el meticuloso archivo de historias clínicas. Gay Prieto hizo mención a este aspecto en la sesión necrológica de Sainz de Aja (437):

> <Trabajador metódico, organiza un archivo modelo de historias clínicas, clasificándolas cuidadosamente. Este archivo, de valor incomparable, servirá en varias ocasiones para importantes publicaciones estadísticas, en que su intuición genial le hace también anticiparse a la orientación epidemiológica de la especialidad.>

En uno de sus trabajos sobre estadística clínica, Sainz de Aja se quejaba de la pérdida del material de archivo de sus antecesores y compañeros Azúa, Covisa y Bejarano (763):

> < Cuando he pedido el material clínico del maestro Juan de Azúa no he podido adquirirlo, encontrarlo.
> Seguramente se ha perdido en todo o en parte; como igualmente el de Covisa y Bejarano. ¿Por qué tal descuido y desprecio ante la labor de tan insignes dermatólogos?>

Sainz de Aja realizó sus trabajos epidemiológicos exclusivamente con su propio material. Fruto de este archivo metódico fueron las publicaciones sobre la frecuencia de algunas dermatosis, como los chancros (800), este trabajo se publicó también en "Ecos Españoles de Dermatología y Sifiliografía" (801), o la sarna (778).

Como Azúa, Sainz de Aja también publicó balances globales de su actividad asistencial. En uno de ellos, publicado en 1954 (756), el autor hace mención a un trabajo estadístico previo de 1921 que no hemos localizado en las bibliotecas consultadas (757). También hace referencia a una comunicación realizada por él al "X Congreso Internacional de Dermatología", celebrado en Londres en 1952, en la que presentó su experiencia en 191.000 enfermos (762). Los 43.021 enfermos de la publicación de 1921, correspondientes a los años 1909-1921, los recogió de nuevo en su publicación de 1954, comparándolos con otro período, también de trece años, el que corresponde a los años de 1940-1952. De la comparación de ambos períodos el autor obtiene importantes conclusiones de los cambios en la patología y el tipo de consulta dermatológica en la primera mitad del siglo XX (760):

> < Frente a un 50,31 % de venereopatías, es decir, mayoría absoluta en 43.021 enfermos, tenemos un 44,52 de dermatosis y 5,17 de enfermedades varias en la época 1909-1921.
>
> En cambio, en 1940-1952, las venereopatías bajan a 18,40; las dermatosis alcanzan la ingente cifra de 80,41%, y los procesos varios figuran con 1,19 % . Entre 98.727 filiados.
>
> Nos encontramos, pues, frente a una total inversión de términos o componentes de nuestra especialidad.
>
> En cuarenta y cuatro años hemos pasado de ser venereólogos tanto más que dermatólogos, a ser dermatólogos con ribetes de venereología. >

En 1959, Sainz de Aja realizó en "Medicamenta" una nueva revisión de su actividad clínica desde 1908 a 1958 (772), con motivo de sus cincuenta años de actividad dermatológica. Para entonces, ya eran 235.480 los enfermos atendidos. La tendencia a la inversión de la frecuencia de enfermos patologías de transmisión sexual y los que padecían dermatosis era aún más acusada que en la estadística de 1954. En el quinquenio 1954-8 los enfermos cutáneos significaban el 93,41 %, mientras que los que padecían enfermedades venéreas eran ya tan sólo el 6,59 % del total. En este último grupo, Sainz de Aja constata descensos en la frecuencia de cada subgrupo, aunque insiste en la necesidad de mantener la vigilancia frente a las enfermedades venéreas (772):

> < Pero téngase presente que por motivos, no todos explicables, todo proceso infectivo sufre alteraciones de aumento y descenso. Y así como después de los salvarsanes hubo años de gran descenso en la presentación de nuevos sifilíticos, de 1920 a 1925, para después volver a crecer, es posible que tras el hachazo que los antibióticos han propinado al treponema y que se revela en el último quinquenio, puede esta pequeña y hasta ahora mínima cifra de contagios volver a subir, ... >

La sífilis era aún la enfermedad de transmisión sexual más común. Uno de los motivos que, en su opinión, explicaban el llamativo rebrote de las enfermedades venéreas en los años cuarenta era la deficiente higiene (772):

> < Estos datos son de tener en cuenta, pues con el cierre de burdeles y casas de recibir, los actos sexuales se realizan últimamente en nulas o muy deficientes condiciones de aseo, y ya sabemos como la limpieza, el sencillo lavado jabonoso inmediato al coito es un factor profiláctico de considerable valor. >

Ya en 1954 había insistido en este mismo aspecto (761):

> < Así como ha podido decirse que el índice de prosperidad de una nación puede medirse por la cantidad de jabón que consume, el índice de moralidad, de higiene, lo indica la enfermería de chancros venéreos; y aquí, en España, alcanzaron un último máximo durante nuestra guerra (1936-1939), y van declinando y desapareciendo a medida que se instauró la paz, y que aumentó el número de baños que se usan, de piscinas, y con el jabón sin cupos ni restricciones. >

Las cuatro dermatosis más frecuentes en la experiencia de Sainz de Aja, a las que llama "los gigantes de la estadística" son: las estrepto-estafilodermias (18,53 %), la sarna (6,49 %), el eczema vulgar (5,81 %), Dermitis de causa local (4,30 %). Con cierto sentido del humor dice el autor (772):

> < Conste, pues, nuestra profunda gratitud a estos gigantes síndromes dermatológicos, magníficos agentes de leva para la dermatología. >

Después de estos cuatro grandes grupos, Sainz de Aja considera un segmento intermedio de 15 dermatosis que tienen una frecuencia entre 1000 y 6000 casos del total de 235.480 enfermos. En orden de frecuencia son (772):

<Dermatitis y eczema seborreico	...5935
Peladas	...4270
Acné vulgar	...4179
Seborroides seniles y preepiteliales	...3695
Ulcus cruris	...3037
Epiteliomas	...2957
Parasitosis de cabeza y cuerpo	...2916
Estrófulus infantil	...2768
Varices	...2498
Psoriasis	...2107
Alopecia seborreica	...2012
Pitiriasis capitis	...1849
Urticarias	...1808
Tumores no epiteliales	...1510
Epidermomicosis	...1021
Verrugas vulgares y planas	...1020>

En menor frecuencia que éstas, entre 1000 y 500 casos, se encuentran el lupus tuberculoso, el eritema multiforme, acroasfixia, tuberculosis cutáneas, tricoficias, zóster, intértrigos, quemaduras y eritema indurado de Bazin.

Entre las dermatosis raras (de 500 a 250 casos del total), se encontraban los líquenes, vitíligos, rosáceas, estomatitis, nevus, eritematodes, púrpuras, cloasma, enfermedad de Duhring-Brocq, flebitis.

Las dermatosis más infrecuentes (menos de 250 casos, casi menos del 1/1000 del total de enfermos) fueron: melanodermitis, pelagra, eritrodermias, xerodermias seniles, favus, lepra, aftas bucales, esclerodermias, acné necrótico, ictiosis, pénfigos, pitiriasis pilar rubra, queloides, micosis fungoide, botriomicosis, acné queloideano y xantomas.

4.-CONCLUSIONES.

1ª.- La dermatología nació y alcanzó su desarrollo pleno como especialidad médica en España en la segunda mitad del siglo XIX, teniendo como centro de referencia el Hospital de San Juan de Dios y a José Eugenio de Olavide como figura principal.

2ª.- El interés por las enfermedades cutáneas de algunos autores españoles había dado ya antes algunos frutos, como el "Tratado Teórico-Práctico de las Enfermedades Cutáneas" de Nicolás de Alfaro, de 1840, o el "Tratado de las Enfermedades de la Piel" de Murrieta, del año 1848. Sin embargo, estas obras no son el reflejo de una auténtica escuela dermatológica española que haya tenido continuidad, sino hitos aislados de autores concretos, basadas en las obras de otros autores europeos.

3ª.- La dermatología deriva en España -al igual que en otros países europeos- de la venereología y de la cirugía. Entronca con la primera por tradición y por la extensión de la sifiliografía a las afecciones externas, debida a la frecuente afectación cutánea en las enfermedades venéreas. La relación con la cirugía se explica por la natural competencia de los cirujanos en numerosas alteraciones morbosas cutáneas focales (lesiones ulcerosas, tumorales, inflamatorias, etcétera).

4ª.- José Eugenio de Olavide desarrolló una intensa labor clínica y divulgativa, destacando la importancia del estudio de las enfermedades de la piel como un campo específico de conocimiento y práctica dentro de la medicina. Puso en marcha los primeros cursos teóricos de enfermedades de la piel con continuidad en España, aunque de carácter no oficial. Consiguió también establecer la enseñanza clínica de la especialidad, al

permitirse el acceso de alumnos al Hospital de San Juan de Dios.

5ª.- Olavide no sólo facilitó la creación de una "conciencia dermatológica" entre los médicos españoles, sino que contribuyó en gran medida al desarrollo de algunas especialidades afines, como la micología y la microbiología general, al crear uno de los primeros y más avanzados laboratorios microbiológicos de España en el Hospital de San Juan de Dios de Madrid.

También comenzó una de las primeras y más importantes colecciones de reproducciones en cera de lesiones dermatológicas de Europa, que aún en la actualidad se conserva.

6ª.-La obra escrita de Olavide es amplia y diversa. Son de gran interés sus aportaciones en parasitología y micología. Su obra más destacada, la "Dermatología General y Clínica Iconográfica de las Enfermedades de la Piel o Dermatosis", publicada entre 1871 y 1881, es un documento de gran interés histórico y artístico. Sin embargo, la concepción de la dermatología contenida en ella y, en general, en todas sus obras, basada en las tesis "constitucionalistas" o "diatésicas" de Bazin y Hardy, tuvo una vigencia muy breve, siendo relegada pronto por la visión anatomopatológica de la especialidad.

7ª.- Juan de Azúa tomó el relevo de Olavide al frente de la escuela dermatológica del Hospital de San Juan de Dios.

No se puede hablar de una auténtica relación maestro-discípulo entre Olavide y Azúa, sino más bien de un relevo generacional o sucesión, ya que entre ambos hay una gran ruptura conceptual.

8ª.- Azúa abandonó las ideas constitucionalistas propugnadas por Olavide, después de contrastar su propia experiencia clínica con la teoría de las diátesis y al tener conocimiento de la obra de Ferdinand Hebra, inspirada, a su vez, en los trabajos anátomo-patológicos de Rokitansky y de Skoda.

Azúa se convenció de la importancia de la aplicación de anatomía patológica como criterio de clasificación y de diagnóstico en las enfermedades cutáneas, volviendo al localismo y dando de nuevo a las dermatosis el carácter de entidades independientes que los constitucionalistas le negaban.

9ª.- Al contrario de la obra escrita de Olavide, en la cual abundan los discursos y lecciones teóricas, entre los trabajos de Azúa se encuentran numerosas aportaciones novedosas, como estudios estadísticos, casos clínicos y estudios clínico- patológicos. De todos ellos, los más destacados como aportaciones originales a la dermatología mundial son los referidos a la dermitis de lavado y a los peudoepiteliomas.

10ª.- Con Azúa se llegó a la oficialización de la enseñanza de la dermatología dentro de la licenciatura de Medicina, teniendo en los últimos años del siglo XIX, carácter de asignatura libre y, a partir de 1902, estableciéndose como asignatura obligatoria.

Azúa fue el primer catedrático numerario de dermatología en España, aunque no lo fue por oposición.

11ª.- Otro de los méritos más destacados de Azúa es la creación de la "Sociedad Española de Dermatología y Sifiliografía" y de una revista periódica con las actas de las reuniones de la "Sociedad", denominada "Actas Dermosifiliográficas", que aún hoy continúa

publicándose de forma regular, y que es la decana de la prensa médica española. También la "Sociedad" le sobrevivió, siendo en la actualidad la "Academia Española de Dermatología y Venereología", foro que agrupa a la práctica totalidad de los dermatólogos españoles.

12ª.- Si Olavide puede definirse como el precursor o iniciador de la dermatología en España, de Azúa puede decirse que es el auténtico creador de la primera escuela dermatológica española, ya que el talante anatomopatológico que éste le imprimió se mantiene aún en la actualidad, y se observa, además, una auténtica sucesión maestro-discípulo en las figuras principales de esta escuela que le dan continuidad.

13ª.- José Sánchez-Covisa y Enrique Álvarez Sainz de Aja, fueron los sucesores de Azúa al frente de la escuela dermatológica madrileña. Cada uno de ellos tuvo su propio servicio de dermatología en el Hospital de San Juan de Dios. Aún manteniendo la línea anatomopatológica establecida por su maestro, la dermatología tomó con estos autores un nuevo rumbo en el organigrama de las especialidades médicas, separándose definitivamente de la cirugía y reivindicando su integración en la medicina interna.

Covisa y Sainz de Aja desarrollaron dos escuelas con estrategias, intereses, discípulos y actividad clínica diferenciadas.

14ª.- Covisa se rodeó de un importante elenco de colaboradores, en los cuales depositó su confianza. El más destacado de todos ellos fue Julio Bejarano, con quien llegó a compartir la jefatura de servicio en el Hospital de San Juan de Dios de Madrid, hecho único hasta el momento en la Beneficencia Provincial de Madrid.

La labor asistencial e investigadora desarrollada en este servicio fue importante. La diversificación y creación de diferentes secciones en el servicio (radioterapia, laboratorio. fototerapia, etc) asignadas a sus colaboradores, fue un hecho determinante en la calidad de la producción científica de esta escuela.

15ª.- Covisa fue, como Azúa, catedrático de dermatología en la Universidad Central. Fue, además, el primer catedrático por oposición. Julio Bejarano le acompañó también en la docencia como profesor auxiliar.

16ª.- La afabilidad de Covisa y su proyección fuera del ámbito de la dermatología le llevó a ocupar destacados puestos de responsabilidad como Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad Central o Presidente del Colegio de Médicos.
Su discípulo y compañero Julio Bejarano llegó a ser Director General de Sanidad. Sus ideales republicanos y los puestos de responsabilidad desempeñados por ambos les llevaron a exilarse en Hispanoamérica con la guerra civil española.

Discípulos de ambos, como Gay Prieto y Gómez Orbaneja, serían poco más adelante las cabezas de esta fecunda escuela. A su vez, los herederos de éstos son hoy los representantes de esta tradición dermatológica.

17ª.- La aportación original más importante de Covisa y Bejarano a la dermatología mundial fue la descripción de las piodermitis chancriformes, descripción olvidada hoy en la literatura dermatológica internacional en favor de trabajos posteriores de Hoffmann.

18ª.- Al contrario que Covisa, Sainz de Aja desarrolló una escuela mucho más

personalista. Su elocuencia y actividad portentosa hicieron de él un gran publicista médico, si bien, en general, la calidad de estos trabajos es menor que la de la escuela de Covisa.

19ª.- Sainz de Aja no tuvo responsabilidades en la docencia oficial, aunque sí formó parte de algunos tribunales a plazas docentes.

Jugó un importante papel como nexo de unión entre la Sociedad y Academia Española de Dermatología y las organizaciones dermatológicas internacionales.

20ª.- Miembros de la escuela de Sainz de Aja han sido Julio Bravo, Álvarez Lowell y José Fernández de la Portilla, este último primer catedrático de Dermatología en la Universidad de Valencia. Sin embargo, en la actualidad, apenas se encuentran rastros de su herencia dermatológica.

21ª.- Entre los méritos que han de reconocerse hoy a Sainz de Aja destacan dos. El primero es el impulso que dio a la "Academia Española de Dermatología" durante la guerra civil española, logrando recuperar la periodicidad de la publicación de esta "Academia...", "Actas Dermosifiliográficas". Sirvió de nexo entre una fecunda etapa de la dermatología española anterior a la guerra civil y la posguerra.

También es de destacar el impulso que Sainz de Aja dio a la creación del "Colegio Iberolatinoamericano de Dermatología" en los años cuarenta y cincuenta, institución de gran pujanza en la actualidad.

...TESIS

TITULADA LOS ORIGENES DE LA ESCUELA MADRILEÑA DE DERMATOLOGIA

DE LA QUE ES AUTOR D. EMILIO DIEZ RICO DE LA TORRE

OBTUVO POR ~~UNANIMIDAD~~ LA CALIFICACION DE Apto "cum laude"

Madrid, 16 de septiembre de 1996

El Presidente,

El Vocal

El Vocal

El Vocal

5.-REFERENCIAS:

1- Alba Palacios, A: Vida y obra científica del Dr. D. Juan de Azúa. Tesis de doctorado. Universidad Complutense, Madrid, 1962.

2- Alfaro, N: Tratado Teórico-Práctico de las Enfermedades Cutáneas. Imprenta Yenes, Madrid, 1840.

3- Alía Fernández-Montes, E: Formulario magistral de medicamentos de uso dermatológico. Editorial Ciencia 3, Madrid, 1993.

4- Ibid. p 123.

5- Álvarez-Sierra, J: Diccionario de autoridades médicas. Editora Nacional, Imprenta Héroes, Madrid, 1963.

6- Ibid. p 25.

7- Ibid. pp 50-1.

8- Ibid. p 334.

9- Ibid. pp 373-4.

10- Ibid. p 490.

11- Álvarez-Sierra, J: Historia de la Academia Médico-Quirúrgica Española. Imprenta Héroes, Madrid, 1964.

12- Ibid. pp 93-5.

13- Ibid. p 111.

14- Ibid. p 146.

15- Ibid. p 218.

16- Ibid. pp 221-2.

17- Álvarez-Sierra, J: Historia de la cirugía española. Diana artes gráficas, Madrid, 1961.

18- Ibid. pp 58-9.

19- ibid. p 582.

20- Álvarez-Sierra, J: Historia de la medicina madrileña. Editorial Universitaria Europea, Madrid, 1968.

21- Ibid. p 34.

22- Ibid. p 36.

23- Álvarez-Sierra, J: Los hospitales de Madrid de ayer y de hoy. Artes gráficas municipales, Madrid, 1952.

24- Ibid. p 13.

25- Ibid. pp 52-3.

26- Ibid. p 54.

27- Ibid. p 55.

28- Álvarez-Sierra, J: Influencia de San Juan de Dios y de su Orden en el progreso de la medicina y la cirugía. Artes gráficas municipales, Madrid, 1950.

29- Ibid. p 20.

30- Álvarez-Sierra, J: Instituciones madrileñas desaparecidas. Los primeros hospitales de tuberculosos, enfermos de la piel y enfermos infecciosos. Medicamenta 1945;4:336-9.

31- Álvarez-Sierra, J: Médicos madrileños famosos. Bolaños y Aguilar, Madrid, 1934.

32- Ibid. pp 153-5.

33- Ibid. pp 199-200.

34- Amblard, P: Un siècle de dermatologie. Histoire de la Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie. Annales de Dermatologie et de Vénéréologie 1989;116:915-23.

35- Ametller y Viñas, J: El doctor Aguedo Pinilla. El Pabellón Médico 1861;1:213-8.

36- Anónimo: Academia Española de Dermatología y Sifiliografía. Ecos Españoles de Dermatología y Sifiliografía, 1926;1:382.

37- Anónimo: Academia Española de Dermatología y Sifiliografía. Estado de socios con fecha 1° de octubre de 1926. Actas Dermosifiliográficas 1926;17:IX-XVI.

38- Anónimo: Académicos numerarios. Anales de la Academia Médico-Quirúrgica Española 1914;1:511-4.

39- Anónimo: Académicos numerarios. Anales de la Academia Médico-Quirúrgica Española 1919;6:455-8.

40- Anónimo: Acta de la Junta extraordinaria de la Academia Española de Dermatología. Actas Dermosifiliográficas 1935;27:981.

41- Anónimo: Aviso importante. Actas Dermosifiliográficas 1934;26:635 bis.

42- Anónimo (¿Castelo, F?): Breve reseña histórica y organización actual del Museo. En: Anónimo (¿Castelo, F?): Catálogo del Museo Anátomo-patológico del Hospital de San Juan de Dios de Madrid. Imprenta Provincial, Madrid, 1903, pp 3-5.

43- Anónimo (¿Castelo, F?): Catálogo del Museo Anátomo-patológico del Hospital de San Juan de Dios de Madrid. Imprenta Provincial, Madrid, 1903.

44- Anónimo: (Boletín de la semana). Las cátedras de especialidades en la Academia de Medicina. El Siglo Médico 1910;57:818.

45- Anónimo: (Boletín de la semana). Las cátedras nuevas. El Siglo Médico 1910;57:401.

46- Anónimo: Centro de Oncología de la Excma. Diputación Provincial de Madrid. Hospital General 1961;1:145-6.

47- Anónimo: (Asociación de Dermatólogos y Sifiliógrafos de Lengua Francesa). VI Congreso de Dermatólogos y Sifiliógrafos de Lengua Francesa. Actas Dermosifiliográficas 1936;28:851.

48- Anónimo: X Congreso Internacional de Dermatología. Actas Dermosifiliográficas 1935;28:103.

49- Anónimo: Congreso Médico Español. El Pabellón Médico 1864;4:37.

50- Anónimo: Congreso Médico Español. Acta de la primera sesión celebrada el 24 de septiembre de 1864. El Pabellón Médico 1864;4:438.

51- Anónimo: II Congreso Nacional de Dermatología y Sifiliografía. Asamblea General de la Academia Española de Dermatología y Sifiliografía. Actas Dermosifiliográficas 1936;28;847-50.

52- Anónimo: Consejo de Higiene y Sanidad de la Beneficencia provincial de Madrid creado por la Excelentísima Diputación provincial en su sesión del 30 de julio de 1876. Establecimento tipográfico del Hospicio, Madrid, 1882.

53- Anónimo: Crónica. Gaceta Médica 1850;6:302.

54- Anónimo: Cuadro cronológico de los principales establecimientos de la Beneficencia en España. La España Médica 1962;7:250-2.

55- Anónimo: Curso de Dermatología y Sifiliografía. Actas Dermosifiliográficas 1925;16:181-6.

56- Anónimo: Curso de Dermatología y Sifiliografía. Ecos Españoles de Dermatología y Sifiliografía, 1925:1:90-2.

57- Anónimo: Curso de Sifiliografía exclusivamente para los médicos. Ecos Españoles de Dermatología y Sifiliografía 1927;3:77-9.

58- Anónimo: Dermatoses par cocci à prédominance cutanée. Encyclopédie Médico-Chirurgicale, tomo I, 12033 C10 a E70, París, 1952. 12033 E50, p 4.

59- Ibid. 12033 E70, p 3.

60- Anónimo: Descubrimiento de una lápida en memoria de D. Juan Azúa. La Medicina Íbera, (sin volumen); número del 31 de marzo de 1923, pp CCCXI- CCCXIII.

61- Anónimo: El Dr. Álvarez Sainz de Aja, consejero nacional de Sanidad. Actas Dermosifiliográficas 1943;34:247.

62- Anónimo: Escuela Teórico-práctica de Medicina y Cirujía(sic). El Pabellón Médico 1868;8:533.

63- Anónimo: Estatutos y Reglamento por los que ha de regirse la Academia Española de Dermatología y Sifiliografía. Actas Dermosifiliográficas 1925;17:3-15.

64- Anónimo: Estudios clínicos. El Siglo Médico, 1858;5:171-2.

65- Anónimo: (Boletín de la semana). A Frankfort todos. El Siglo Médico 1910;57:609.

66- Anónimo: 6 grandes de Rioja. Vinoselección, Madrid, 1994.

67- Anónimo: El Hospital Provincial de Madrid y las clínicas de la Facultad de Medicina. Imprenta provincial, Madrid, 1903.

68- Anónimo: (Revista de la semana). Inauguración del Museo Antropológico. El Siglo Médico 1875;29:273-4.

70- Anónimo: Inauguración de una nueva Clínica Psiquiátrica. Hospital General 1967;7(1):VI.

71- Anónimo: San Isidoro de Sevilla. En: Isidorus Hispalensis: Ethimologiarium, liber IIII. De Medicina. Tipografía de los Laboratorios del Norte de España, Masnou (Barcelona), 1945. págs. 19-27.

72- Anónimo: Libertad de enseñanza. El Pabellón Médico. 1868;8:533.

73- Anónino: El libro de los orígenes o Etimologías. En: Isidorus Hispalensis: Ethimologiarium, liber IIII. De Medicina. Tipografía de los Laboratorios del Norte de España, Masnou (Barcelona), 1945. págs. 29-90.

74- Anónino: Lista de publicaciones del doctor Azúa. Actas Dermosifiliográficas 1922;14:280-5.

75- Anónimo: (Sociedad Española de Dermatología y Sifiliografía). Lista de los socios que la constituyen en Febrero de 1910. Actas Dermosifilográficas 1910;1:175-6.

76- Anónimo: (Sociedad Española de Dermatología y Sifiliografía). Lista de socios fundadores, de número y residentes en 1º de octubre de 1920. Actas Dermosfiliográficas 1920;11:XIII-XV.

77- Anónimo: Liste de membres correspondants étrangers. Bulletin de la Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie 1923;30:XXX-XXXI.

78- Anónimo (Dr. P.S.): Modo de administración y aplicación del ácido fénico en varias dermatosis en que se ha recomendado, por el Dr. D. José Eugenio de Olavide. El Siglo Médico 1873;20:426.

79- Anónimo: Neosalvarsán. Solu-salvarsán. Su descubrimineto, su obtención y comprobación, la técnica de su empleo y sus indicaciones. Bayer-Meister Lucius, Gráficas Delriu, Barcelona, (sin año. ¿1936?).

80- Ibid. pp 21-2.

81- Ibid. pp 28-9.

82- Anónimo: (nota). Anales de Cirugía 1847;2:500.

83- Anónimo: (nota). Actas Dermosifiliográficas 1911;2:41.

84- Anónimo: (nota). Ecos Españoles de Dermatología y Sifiliografía 1926;1:215.

85- Anónimo: (nota). Ecos Españoles de Dermatología y Sifiliografía 1926;1:221.

86- Anónimo: Noticia. El Pabellón Médico 1868;8:533.

87- Anónimo: Noticia. Ecos Españoles de Dermatología y Sifiliografía 1926;1:578.

88- Anónimo: Noticias. Ecos Españoles de Dermatología y Sifiliografía 1930;6:318.

89- Anónimo: Noticias varias. Hospital General 1964;4(1):VIII.

90- Anónimo: (Boletín de la semana). Un nuevo museo de Anatomía Patológica. El Siglo Médico 1882;29:837.

91- Anónimo: La promoción gloriosa de 1903. Recuerdo de unas bodas de plata. Imprenta de la Librería y Casa Editorial Hernando, Madrid, 1928.

92- Anónimo: (Sección oficial. Ministerio de la Gobernación): Real Decreto. El Pabellón Médico. 1865;5:352-3.

93- Anónimo: Sesión clínica celebrada el viernes 17 de marzo de 1922 en el hospital de San Juan de Dios. Actas Dermosifiliográficas 1922;14:229-33.

94- Anónimo: (Real Academia Nacional de Medicina). Sesión del 20 de febrero de 1879. Anales de la Real Academia de Medicina 1879;1:53-5.

95- Anónimo: Unión Internacional Contra el Peligro Venéreo. Asamblea general de Madrid, 19 mayo 1934. Actas Dermosifiliográficas 1934;26:913-1116.

96- Anónimo: Una visita al museo anatómico del doctor D. Pedro González Velasco. El Siglo Médico 1856;3:81-2.

97- Ariza, R: (citado por Marco Cuéllar, p 209).

98- Azúa, J: Autobiografía de Azúa. Actas Dermosifiliográficas 1922;14:259-60.

99- Azúa, J: Aviso. En: Portillo, L: Carta abierta al Dr. Azúa. Revista Española de Sifiliografía y Dermatología 1899;1:317-20.

100- Azúa, J: Avisos sanitarios. Revista de Medicina y Cirugía

Prácticas 1899;45:531-42.

101- Azúa, J: Avisos sanitarios. Revista Española de Sifiliografía y Dermatología 1899;1:539-52.

102- Azúa, J: (Informaciones dermo-sifiliográficas). Carcinosis secundaria cutánea. Revista Clínica de Madrid 1909;1:201-9.

103- Azúa, J: Un caso clínico de keratodermias, simétricas, congénitas y hereditarias. Revista Especial de Oftalmología, Dermatología, Sifiliografía y Afecciones Urinarias 1891;15:385-95.

104- Azúa, J: Un caso de keratodermias congénitas, simétricas y hereditarias. Revista Clínica de los Hospitales 1891;3:385-94.

105- Azúa, J: Dos casos de acrodermatitis pustulosa continua. Actas Dermosifiliográficas 1909;1:24-7.

106- Azúa, J: Dos casos de pénfigo observados en el curso del sarampión. Revista Clínica de los Hospitales 1890;2:418-26.

107- Azúa, J: Ceguera por el atoxil (Atrofia papilar doble) Actas Dermosifiliográficas 1909;1:133-4.

108- Azúa, J: Clasificación dermatológica. Revista Española de Sifiliografía y Dermatología 1899;1:98-103, 147-151, 198-204, 244-250, 287-97, 395-401, 425-38.

109- Ibid. pp 149-50.

110- Ibid. p 150.

111- Ibid. pp 150-1.

112- Ibid. p 151.

113- Ibid. p 198.

114- Ibid. 203-4.

115- Ibid. p 245.

116- Ibid. p 246.

117- Ibid. p 292.

118- Ibid. p 398.

119- Ibid. pp 399-400.

120- Ibid. pp 400-1.

121- Ibid. p 436.

122- Azúa, J: Clasificación, estadística y comentarios dermatológicos. Actas Dermosifiliográficas 1924;16:91-135.

123- Ibid. p 100.

124- Ibid. pp 100-1.

125- Ibid. p 101.

126- Ibid. p 103-5.

127- Ibid. p 106.

128- Ibid. p 114-5.

129- Ibid. p 115.

130- Ibid. p 135.

131- Azúa, J: Clasificación, estadística y comentarios dermatológicos. Anales de la Real Academia Nacional de Medicina 1924;43:667-734.

132- Azúa, J: Clasificación estadística de las observaciones recogidas en doce años de práctica Dermo-sifiliográfica. Discurso leído en la Academia Médico-Quirúrgica Española en la sesión del año académico 1899-1900. Imprenta y litografía de la viuda e hijos de Terceño, Madrid, 1899.

133- Ibid. p 6.

134- Ibid. pp 7-9.

135- Azúa, J: Conservación de las disoluciones ácidas del salvarsán. Actas Dermosifiliográficas 1911;2:113-4.

136- Azúa, J: Contagiosidad de la lepra. Actas Dermosifiliográficas 1909;1:109-114.

137- Azúa, J: Curas con alquitrán de hulla, en varias dermatosis. Actas Dermosifiliográficas 1909;1:1-9.

138- Azúa, J: Demografía dermatológica y sifilográfica de Madrid. Actas y memorias del IX Congreso Internacional de Higiene y Demografía. Imprenta de Ricardo Rojas, Madrid, 1898, vol XII, pp 114-31.

139- Azúa, J: Demografía dermatológica y sifilográfica de Madrid. En: Azúa, J: Demografía dermatológica y sifilográfica de Madrid. Etiología del eczema por el estafilococus aureus. Imprenta de Ricardo Rojas, Madrid, 1901, pp 29-36.

140- Ibid. p 21.

141- Azúa, J: (Notas clínicas dermatología) I Dermatosis emotivas. II Injerto de espona aséptica en la cura de las úlceras y heridas atónicas. III El icterolato de sosa y el amoníaco. Revista Clínica de los Hospitales. 1889;1:133-8.

142- Azúa, J: Dermitis eczematosa de las manos, antebrazos, etc., producidas por el lavado. Revista de Medicina y Cirugía Prácticas 1893;32:643-5.

143- Azúa, J: Dermitis papilomatosa vegetante. Actas Dermosifiliográficas 1911;2:319-23.

144-Azúa, J: Dermitis profesionales por el lavado. Revista de Medicina y Cirugía Prácticas 1898;43:344-6.

145- Azúa, J: (Sesión Científica) Eczema de la parte mucosa de los labios. Escrofuloderma simulando una úlcera tuberculosa. Revista Especial de Oftalmología, Dermatología, Sifiliografía y Afecciones Urinarias 1888;12:145-54.

146- Azúa, J: Edema linfático crónico, consecutivo a erisipelas. Revista Especial de Oftalmología, Dermatología, Sifiliografía y Afecciones Urinarias 1890;15:197-9.

147- Azúa, J: Enfermedades de la piel. En: Varios: Vademecum clínico-terapéutico. Romo y Fussel, Madrid, 1898, pp 289-395.

148- Azúa, J: Ensayo clínico del 606. Actas Dermosifiliográficas 1911;2:114-301.

149- Ibid. p 114.

150- Ibid. p 114-5.

151- Ibid. p 115.

152- Ibid. p 119.

153- Ibid. p 143.

154- Ibid. p 147.

155- Ibid. p 223.

156- Ibid. p 231.

157- Ibid. p 274.

158- Ibid. pp 292-3.

159- Ibid. p 301.

160- Azúa, J: Epitelioma excrescente pseudo-inflamatorio. Revista de Medicina y Cirugía Prácticas 1894;34:372-3.

161- Azúa, J: La hidroterapia mineral de las dermatosis y sífilis. Imprenta de Ricardo Rojas, Madrid, 1907.

162- Ibid. p 9.

163- Azúa, J: Del impétigo. Revista Clínica de los Hospitales 1890;2:354-63.

164- Azúa, J: Keratodermias simétricas, eritematosas, plantares y palmares. Revista Especial de Oftalmología, Dermatología Sifiliografía y Afecciones Urinarias, 1890;14:19-27.

165- Azúa, J: La linfa de Koch en Dermatología. Establecimiento Tipográfico de los sucesores de Cuesta, Madrid, 1901.

166- Azúa, J: Lupus tuberculoso en placas, ligeramente exedens, no ulceroso, de la mejilla derecha, curación rápida por fototerapia. Actas Dermosifiliográficas 1914;6:38-9.

167- Azúa, J: El neosalvarsán. Primeras impresiones clínicas. Actas Dermosifiliográficas 1912;3:107-53.

168- Ibid. p 107.

169- Ibid. p 111-2.

170- Ibid. p 132.

171- Ibid. p 151.

172- Azúa, J: Pénfigo ulceroso. Revista Especial de Oftalmología, Dermatología, Sifiliografía y Afecciones Urinarias 1890;15:68-75.

173- Azúa, J: Pénfigo ulceroso (comunicación oral hecha a la Academia Médico-Quirúrgica el 12 de diciembre). Revista Clínica de los Hospitales 1891;3:27-32.

174- Azúa, J: Piodermitis crónica vegentante papilomatosa, en placas, con reacción epitelial quística córnea. Actas Dermosifiliográficas 1910;1:339-46.

175- Azúa, J: Piodermitis vegetante post-impetiginosa. Actas Dermosifiliográficas 1911;2:429-32.

176- Azúa, J: Polineuritis y albuminuria hidrargírica. Sífilis cerebro-medular. Dos casos de acrodermatitis continua. Úlcera serpiginosa de origen venéreo. Tres casos de siringo-cisto-adenomas. Hiperkeratosis universal congénita maligna. Prúrigo en grupos herpetoides simétricos de origen probablemente tuberculoso. Sero-diagnóstico de la lepra (colaboración con el Dr. D. José S. Covisa). Trabajos publicados en la Revista Clínica de Madrid y en las Actas Dermo-sifiliográficas. Casa Vidal, Madrid, 1909.

177- Azúa, J: Prepaparación de los calomelanos, salicilato de mercurio, y óxido amarillo de mercurio, para inyecciones, según la fórmula de aceite gris de Lang. Actas Dermosifiliográficas 1909;1:105-8.

178- Azúa, J: Preparación del 606 para inyecciones intramusculares con lanolina y petrovaselina, con arreglo a la fórmula de calomelanos, salicilato de mercurio, etc. Actas Dermosifiliográficas 1911;2:102-7.

179- Azúa, J: Procedimiento del émbolo anestésico para los lavados uretro-vesicales por presión. Actas Dermosifiliográficas 1909;1:114-6.

180- Azúa, J: Profilaxis de la sífilis y terapéutica local con salvarsán. Actas Dermosifiliográficas 1911;2:107-13.

181- Azúa, J: (Notas clínicas de dermatología) I Púrpura hemorrágica y nefritis en un sifilítico. II Queloides consecutivos a la vacuna. III pénfigo contagioso de los niños. IV Urticaria hemorrágica. Revista Clínica de los Hospitales 1889;1:381-4, 424-6, 2:24-6, 2:41-47.

182- Ibid. pp 424-5.

183- Azúa, J: Purpuración por seringomielia. Clínica y Laboratorio 1907;3:260-7.

184- Azúa, J: Des purpuras. En: Fernández-Caro, A; Azúa, J: Comptes rendues. XIV Congres International de Medicine. Madrid, avril 23-30, 1903. Section de Dermatologie et Syphiligraphie. Imprenta de J Sastre y C^{a}, Madrid, 1904, pp 246-50.

185- Azúa, J: Reglamentación sanitaria de la prostitución. Profilaxis y terapéutica colectiva de las enfermedades de las enfermedades venéreas. Imprenta de Ricardo Rojas, Madrid, 1905.

186- Azúa, J: Resultados del empleo de la linfa de Koch en dermatología (conferencia dada el 28 de febrero en la Academia Médico-Qirúrgica). Revista Clínica de los Hospitales 1891;3:107-15, 145-58.

187- Azúa, J: Resultats thérapeutiques et hygiéniques de l'hospitalisation interne et externe des maladies atteint d'affections cutaneés, vénériennes et syphilitiques. Establecimiento tipográfico de Ulpiano Gómez Pérez, Madrid, 1894.

188- Azúa, J: Salvarsanterapia. Actas Dermosifiliográficas 1919;10:225-45.

189- Azúa, J: Salvarsanterapia. Imprenta de Gabriel López del Horno, Madrid, 1920.

190- Ibid. p 6.

191- Ibid. p 7.

192- Ibid. pp 22-3.

193- Azúa, J: Serodiagnóstico de la sífilis. Método con amboceptor antihumano y complemento humano. Actas Dermosifiliográficas 1910:1;295-316.

194- Azúa, J: Serodiagnóstico de la sífilis. Método con amboceptor antihumano y complemento humano. Centro Gráfico-Artístico, Madrid, 1910.

195- Ibid. p 5.

196- Ibid. p 92.

197- Azúa, J: Sífilis cerebro-medular. Meningo-mielitis incipiente y meningitis de la base. Trastornos acústicos y ópticos. Extraordinario reflejo cutáneos acústico. Actas Dermosifiliográficas 1909;1:13-8.

198- Azúa, J: (Sesión Científica) Sífilis paterna, eritema escamoso, falso psoriasis sifilítico de Trousseau. Revista Especial de Oftalmología, Dermatología, Sifiliografía y Afecciones Urinarias 1888;12;241-52.

199- Azúa, J: Sifilopatía cardíaca. Revista Especial de Oftalmología,

Dermatología, Sifiliografía y Afecciones Urinarias 1889;13:3-17.

200- Azúa, J: Traitement du prurit. En: Fernández-Caro A, Azúa J: Comptes rendues. XIV Congres International de Medicine. Madrid, avril 23-30, 1903. Section de Dermatologie et Syphiligraphie. Imprenta de J Sastre y C^a, Madrid, 1904, pp 175-81.

201- Azúa, J: Traitament du prurit. Des purpuras. Imprimerie Fortanet, Madrid, 1903.

202- Azúa, J: Tratamiento de un caso de prurito post-escabiósico por Roentgenterapia-Curación. Actas Dermosifiliográficas 1910;1:289-91.

203- Azúa, J: Varices y neoplasias linfáticas dérmicas. (Lecciones clínicas dadas en la Facultad de Medicina). Revista de Medicina y Cirugía Prácticas 1894;34:124-37, 177-87, 345-57, 401-13, 520-8, 585-95.

204- Azúa, J; Covisa, JS: Serodiagnóstico de la lepra. Actas Dermosifiliográficas 1909;1:144-7.

205- Azúa, J (y Mendoza A): Etiología del eczema por el Staphilococus aureus. En: Azúa, J: Demografía dermatológica y sifilográfica de Madrid. Etiología del eczema por el estafilococus aureus. Imprenta de Ricardo Rojas, Madrid, 1901, pp 29-36.

206- Azúa, J; Mendoza, A: Etiología del eczema por el estaphilococus aureus. En: Toledo, F: Cuarto Congreso Internacional de Dermatología y Sifiliografía. Revista Española de Dermatología y Sifiliografía 1900;2:527-60, pp 529-37.

207- Azúa, J; Sala y Pons, C: Necrobioses cutanées primitives multiples par stase capillaire. En: Fernández Caro, A; Azúa, J: Comptes rendues. XIV Congres International de Medicine. Madrid, avril 23-30, 1903. Section de Dermatologie et Syphiligraphie. Imprenta de J Sastre y C^a, Madrid, 1904, pp 184-210.

208- Azúa, J; Sala y Pons, C: Pseudo-épithéliomas cutanées. En: Fernández Caro, A; Azúa, J: Comptes rendues. XIV Congres International de Medicine. Madrid, avril 23-30, 1903. Section de Dermatologie et Syphiligraphie. Imprenta de J Sastre y C^a, Madrid, 1904, pp 299-313.

209- Azúa, J; Sala y Pons, C: Pseudo-épithéliomas cutanées. Annales de Dermatologie et Syphiligraphie 1903;5^a serie;4:745-6.

210- Azúa, J; Sala y Pons, C: Pseudo-epiteliomas cutáneos. Un nuevo caso y descripción del conjunto de la enfermedad. Casa Vidal, Madrid, (sin año, ¿1908?).

211- Ibid. pp 4-5.

212- Ibid. pp 6-7.

213- Ibid. p 7.

214- Ibid. p 9.

215- Ibid. p 11.

216- Ibid. p 16.

217- Ibid. p 25.

218- Ibid. pp 33-4.

219- Báguena Cervellera, MJ: La introducción de la microbiología en la medicina española del siglo XIX. Tesis de doctorado. Universidad de Valencia, Valencia, 1983.

220- Báguena Cervellera, MJ: El parasitismo en la obra de José Eugenio Olavide: Dermatología General y Clínica Iconográfica de las enfermedades de la piel o dermatosis (1871). Dynamis. Acta Hispanica ad Medicinae Scientiarumque Historiam Illustradam 1986;5-6:259-67.

221- Baroja, P: El Árbol de la Ciencia (5^a ed). Cátedra, Madrid, 1989.

222- Ibid. p 82.

223- Baroja, P: Obras completas. Desde la última vuelta del camino. II, Familia infancia, juventud. Quinta parte. De estudiante de medicina. Biblioteca Nueva, Madrid, 1949. pp 569-611.

224- Ibid. pp 594-5.

225- 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.

226- Barrio de Medina: Sesión necrológica en memoria del Dr. Azúa. La Medicina Íbera, (sin volumen); número del 27 de mayo de 1922, pp CCCXXXII-CCCXXXIII.

227- Bejarano, J: (Academia Española de Dermatología y Sifiliografía). Sesión conmemorativa de su XXV aniversario, celebrada el 17 de mayo de 1934. Actas Dermosifiliográficas 1934;26:734-6.

228- Bejarano, J: La cátedra de dermatología. Actas Dermosifiliográficas 1926;17:97-8.

229- Bejarano, J: Estudio serológico de la lepra. Imprenta de Zoila Ascasíbar y C^a, Madrid, 1927.

230- Bejarano, J: Estudio serológico de la lepra. Actas Dermosifiliográficas 1927;19:177-209.

231- Bejarano, J: Formas superficiales de los epiteliomas cutáneos. En: Covisa, JS (ed): Modernos estudios de dermosifiliografía. Javier Morata editor, Madrid, 1932, pp 56-78.

232- Ibid. p 64.

233- Bejarano, J: Nuevo caso de piodermitis chancriforme. Actas Dermosifiliográficas 1925;17:98.

234- Bejarano, J: Orientación de la lucha antivenérea por medio de películas cinematográficas. Ecos Españoles de Dermatología y Sifiliografía 1927;3:145-6.

235- Bejarano, J: La queilitis glandular como afección cancerígena accidental. Congreso de Lucha Científica y Social contra el Cáncer. Tomo II. Comunicaciones. Blass S.A., Madrid, 1933, pp 13-8.

236- Bejarano, J: Síndrome de esclerosis lateral amiotrófica de origen sifilítico. Actas Dermosifiliográficas 1919;11:4-5.

237- Bejarano, J; Fernández de la Portilla, J: Organización antivenérea de Madrid. Actas Dermosifiliográficas 1929;21:264-8.

238- Bejarano, J; Orbaneja, JG: Contribution a l'etude des syndromes cutanées-articulaires". Annales de Dermatologie et Syphiligraphie 1935; 7^a serie;6:994-1015.

239- Bejarano, J; Gómez Orbaneja, J: Piodermitis crónicas vegetantes de Azúa. Actas Dermosifiliográficas 1936;28:223-35.

240- Benavente, M: Discurso del Dr. D. Mariano Benavente en contestación al precedente. En: Olavide, JE; Benavente, M: Discursos leídos ante la Real Academia Nacional de Medicina de Madrid en la recepción pública del doctor D. José Eugenio Olavide, el día 17 de marzo de 1872. Imprenta de los Señores Rojas, Madrid, 1872, pp 35-47.

241- Ibid. p 36.

242- Ibid. p 38.

243- Ibid. p 43.

244- Berenbein, BA: Pseudocarcinoma of the skin. Consultants Bureau, New York, 1985.

245- Ibid. p 1.

246- Bertoloty, R: (Academia Española de Dermatología y Sifiliografía). Acta de la junta general extraordinaria celebrada el día 5 de junio de 1935. Actas Dermosifiliográficas 1935;27;984-7.

247- Bertoloty, R: (Academia Española de Dermatología y Sifiliografía). Acta de la junta general extraordinaria celebrada el día 26 de junio de 1935. Actas Dermosifiliográficas 1935;27;987-9.

248- Bertoloty, R: (Academia Española de Dermatología y Sifiliografía). Acta de la junta general extraordinaria celebrada el día 8 de mayo de 1935. Actas Dermosifiliográficas 1935;27;829-30.

249- Bertoloty, R: (Academia Española de Dermatología y Sifiliografía). Acta de la junta general extraordinaria celebrada el día 29 de mayo de 1935. Actas Dermosifiliográficas 1935;27;980-4.

250- Bertoloty, R: (Academia Española de Dermatología y Sifiliografía). Acta de la junta general ordinaria celebrada el día 16 de octubre de 1935 en el dispensario Olavide. Actas Dermosifiliográficas 1934;28;91-100.

251- Bertoloty, R: (Academia Española de Dermatología y Sifiliografía). Acta de la junta general ordinaria celebrada el día 31 de octubre de 1934. Actas Dermosifiliográficas 1934;27;165-75.

252- Bertoloty, R: La lucha antivenérea en Europa. Ecos Españoles de Dermatología y Sifiliografía 1929;4:439-50.

253- Bonells, J; Lacaba, I: (citado por Terrada Ferrandis (839))

254- Branon, WT; Hyman, AB; Rubin, Z: Chancriform pyoderma. Archives of Dermatology 1963;87:736-9.

255- Bravo, A: Memoria del Hospital Provincial de Madrid. Imprenta Tipográfica del Hospicio, Madrid, 1875.

256- Bravo, J: Acta de la sesión necrológica celebrada el día 16 de junio de 1965 en Memoria de los Dres. Enrique Álvarez Sainz de Aja y Xavier Vilanova Montiu. Actas Dermosifiliográficas 1965;54:217-21.

257- Bravo, J; Covisa, JS; Sainz de Aja, EA; Villarejo, L: Defensa social contra las enfermedades venéreas. Imprenta de Leoncio Rubio. Madrid, 1929.

258- Bravo, J; Fernández de la Portilla, J: Estado actual de la lucha antivenérea en España. Actas Dermosifiliográficas 1934;26:948-57.

259- Bravo de Sobremonte, G: Promptuarium Practicum, De Morbis Turpidunem Inducentibus Humano Corporis. Pro Tyronybus. Operum Medicinalium. Tomus Quintus. Arnaud et Borde editores, Lyon, 1671, pp 197-224.

260- Burg, G; Meyer, VE; Schnyder, U et al: Historic treasures in a new museum: dermatological and surgical wax models. International Journal of Dermatolgy 1995;34:219.

261- Burton, JL; Savin, JA; Champion, RH: Introduction, Epidemiology and Historical Bibliography. En: Champion, RH; Burton, J; Ebling, FJG: Rook/Wilkinson/Ebling Textbook of Dermatology, Blackwell Scientific Publications, Oxford, 1992, pp 1-15.

262- Calap Calatayud, J; García Pérez, A; Giménez Camarasa, J; de Moragas, JM; Pujol, RM: Dermatología M-Q y Venerorología. Especialidades Médicas, serie monográfica, número 15. Consejo General de Colegios Médicos de España, Madrid, 1990.

263- Ibid. p 18.

264- Ibid p 109.

265- Calap Calatayud, J; Padrón, JJ; Castilla, A: Biographical aspects of Olavide's life. En: Burgdorf, WHC; Katz, SI (eds): Dermatology Progress & Perspective. The Proceedings of the 18th World Congress of Dermatology. Parthenon Publising Group, New York, 1993, pp 650-1.

266- Calap Calatayud, J; Rodríguez Murillo, JA: Aspectos históricos de la Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología en España. Gráficas Coll, Barcelona, 1985.

267- Carbonell de la Puente, B; González Castrillo, R; Rodríguez Martí, MR: Catálogo de revistas de la Facultad de Medicina. Editorial de la Universidad Complutense, Madrid, 1983.

268- Caro-Patón: Nota previa sobre el resultado de la actual ley de Abolicionismo en el medio rural. Actas Dermosifiliográficas 1936;28:503-8.

269- Carreras, A: La dermatología en la medicina catalana. Su contribución a la medicina mundial. Actas Dermosifiliográficas 1980;71:487-94.

270- Carreras Verdaguer, A: La dermatología en la medicina catalana: contribució a la medicina mundial. Real Academia de Medicina, Barcelona, 1979.

271- Casal, G: Mal de la Rosa. Su historia, causa, casos, curación. Tipografía de los Laboratorios del Norte de España, Masnou (Barcelona), 1936.

272- Ibid. pp 17-9.

273- Ibid. p 21.

274- Castejón Bolea, R: Enfermedades venéreas en la España del último tercio del siglo XIX. Una aproximación a los fundamentos morales de la higiene pública. Dynamis. Acta Hispanica ad Medicinae Scientiarumque Historiam Illustradam 1991;11:239-61.

275- Castelo (E): Lámina VII del grupo de dermatosis sifilíticas. Necrosis de los huesos maxilar superior derecho y vómer. Sífilide pústulo-crustáceo-ulcerosa; gomas de las cicatrices. En: Olavide, JE: Dermatología General y Clínica Iconográfica de las Enfermedades de la Piel o Dermatosis. Imprenta de T. Fortanet, Madrid, 1871 y 1873 ¿a 1881?. (sin página).

276- Ibid. Lámina IV y V del grupo de dermatosis escrofulosas fibroplásticas-hipertróficas o elefantiásicas. Elefantiasis de los árabes.- Elefantiasis del escroto. (sin página).

277- Ibid. Lámina IV del grupo del grupo de dermatosis artificiales. Vegetaciones sexuales cutáneo-mucosas en el hombre. (sin página).

278- Ibid. Lámina VI del grupo de dermatosis artificiales. Chancro específico del prepucio que dio lugar a otro análogo en el lado derecho de la región suprapuviana(sic). (sin página).

279- Castelo, F: Azúa como médico de hospital. Actas Dermosifiliográficas 1922;14:261-4.

280- Castelo, F: Congreso Internacional de Dermatología y Sifiligrafía. Revista Clínica de los Hospitales. 1889;1:414-23, 463-79, 506-21, 561-79.

281- Ibid. pp 414-5.

282- Ibid. pp 577-8.

283- Ibid. p 578.

284- Castelo, F: Doctor Olavide. Nota biográfica. Escuela Tipográfica del Hospicio, Madrid, 1901.

285- Ibid. pp 6-7.

286- Ibid. p 7

287- Ibid. p 9.

288- Ibid. p 9-10.

289- Ibid. p 12.

290- Ibid. pp 12-3

291- Ibid. pp 13-4

292- Ibid. p 16.

293- Ibid. p 18.

294- Ibid. p 19-21.

295- Castelo, F: El tratamiento de la sífilis por el "606". Actas Dermosifiliográficas 1911;2:52-86.

296- Conde González, CJ; Calderón, E; Juárez Figueroa, L; Hernández Ávila, M: Historical account of veneral diseases in Mexico. Genitourinary Medicine 1993;69:462-6.

297- Contreras Dueñas, F; Miquel y Suárez de Inclán, R: Historia de la Lepra en España. Gráficas Hergón, Madrid, 1973.

298- Ibid. p 135.

299- Covisa, JS: Algunas consideraciones sobre el concepto de clorosis. (sin editorial) Madrid, 1904.

300- Ibid. p 30

301- Ibid. p 32

302- Covisa, JS: Azúa como maestro. Actas Dermosifiliográficas 1922;14:268-72.

303- Covisa, JS: El bismuto en el tratamiento de la sífilis. Anales de la Academia Médico-Quirúrgica Española 1923;11:7-32.

304- Covisa, JS: El bismuto en el tratamiento de la sífilis. Tipografía Nerecán, San Sebastián, (sin fecha, ¿1923?).

305- Covisa, JS: Cáncer de alquitrán en el conejo. Actas Dermosifiliográficas 1924;15:153.

306- Covisa, JS: Un caso de pénfigo vulgar. Actas Dermosifiliográficas 1909;1:73-5.

307- Covisa, JS: Dos casos de dermatitis herpetiforme de Duhring. Actas Dermosifiliográficas 1909;1:9-11.

308- Covisa, JS: Dos casos de gomas fagedénicos de la uretra. Actas Dermosifiliográficas 1909;1:42-4.

309- Covisa, JS: Lo que deben de saber los enfermos acerca del tratamiento de las enfermedades venéreas. En: Bravo, J; Covisa, JS; Sainz de Aja, EA; Villarejo, L: Defensa social contra las enfermedades venéreas. Imprenta de Leoncio Rubio, Madrid, 1929, pp 27-38.

310- Covisa, JS: El Dr. D. Fernando Castelo. Actas Dermosifiliográficas 1936;28:844-51.

311- Covisa, JS: Los miomas cutáneos. En: Covisa, JS (ed): Modernos estudios sobre dermosifiliografía. Javier Morata editor, Madrid, 1932, pp 96-100.

312- Covisa, JS (ed): Modernos estudios sobre dermosifiliografía. Javier Morata editor, Madrid, 1932.

313- Covisa, JS: Morfología del precáncer. En: Anónimo: Congreso Internacional Monográfico sobre el Cáncer de Piel. Volumen I. Ponencias-Comunicaciones-Discusiones. Tipografía Occitana, Barcelonas, 1929, pag 9-27.

314- Covisa, JS: Morfología del precáncer. En: Covisa, JS (ed): Modernos estudios sobre dermosifiliografía. Javier Morata editor, Madrid, 1932, pp 9-35.

315- Ibid. p 9.

316- Ibid. p 10.

317- Ibid. p 17.

318- Ibid. p 18.

319- Ibid. pp 19-20.

320- Ibid. p 20.

321- Ibid. pp 30-1.

322- Covisa, JS: Patogenia y tratamiento general del prurito. Anales de la Academia Médico-Quirúrgica Española 1922;10:7-32.

323- Covisa, JS: Patogenia y tratamiento general del prurito. Norberto Fernández editor, Madrid, 1922.

324- Covisa, JS: (Al lector). Personal del servicio. Trabajos de la Cátedra de Dermatología y Sifiliografía 1929;3:III-V.

325- Covisa, JS: Posición actual de la Dermatología y Sifiliografía. Imprenta de Antonio Marzo, Madrid, 1926.

326- Covisa, JS: Precáncer. Congreso Internacional de Lucha Científica y Social contra el Cáncer. Tomo I. Ponencias y Conferencias. Blass S.A., Madrid, 1933, pp 91-110.

327- Ibid. p 91.

328- Ibid. p 92.

329- Ibid. pp 92-3.

330- Covisa, JS: El problema social de la lepra en España. Establecimiento Tipográfico, Madrid, 1928.

331- Ibid. p 7.

332- Ibid. p 50.

333- Ibid. pp 53-4.

334- Covisa, JS: Prólogo. En: Covisa, JS (ed): Modernos Estudios de Dermosifiliografía. Javier Morata editor, Madrid, 1932, pp 7-8.

335- Covisa, JS: Pseudochancro por estafilococia. Actas Dermosifilográficas 1924;17:67.

336- Covisa, JS: (Asociación Española para el Progreso de las Ciencias. Congreso de Bilbao). Los pseudo-chancros sifilíticos y el tratamiento abortivo de la sífilis. Imprenta Clásica Española, (sin lugar: Madrid, sin fecha ¿1919?).

337- Covisa, JS: (Asociación Española para el Progreso de las Ciencias. Congreso de Valladolid. Los rayos ultraviolados en dermatología. Imprenta de Fortanet, Madrid, (sin año ¿1915?).

338- Covisa, JS: Los rayos ultravioletas en dermatología. Actas Dermosifiliográficas 1916;7:216-9.

339- Covisa, JS: Réplica a unos comentarios. Ecos Españoles de Dermatología y Sifiliografía 1928;4:851-8.

340- Covisa, JS: Significación clínica y valor diagnóstico de la hematuria. Javier Morata editor, Madrid, 1929.

341- Covisa, JS: Síndromes ganglionares de origen venéreo. Javier Morata editor, Madrid, 1929.

342- Covisa, JS (ed): Trabajos de la Cátedra de Dermatología y Sifiliografía. Establecimiento Tipográfico, Madrid, 1929 (volumen III).

343- Covisa, JS: Traitament des tuberculosis cutanées par la sanocrysine. Troisiéme Congrès des Dermatologistes et Syphiligraphes de Langue Française. Procès-verbaux des séances. Imprimerie Medicale et Scientifique, Bruxelles, 1926, pp 331-3.

344- Covisa, JS: La tuberculose cutanée. En: Lomholt S (ed): VIII Congrés international de Dermatologie et de Syphiligraphie. Comptes rendus des séances. Engelsen & Schroder, Copenhague, 1931, pp 365-72.

345- Covisa, JS: la vía intradérmica en dermatología. En: Covisa, JS (ed): Modernos Estudios de Dermosifiliografía. Javier Morata editor, Madrid, 1932, pp 216-44.

346- Covisa, JS: Xeroderma Pigmentosum. Epitelioma curado con el radium. Imprenta Clásica Española, Madrid, 1914.

347- Covisa, JS; Bejarano, J: Anatomía patológica de las piodermitis chancriformes. Actas Dermosifiliográficas 1925;17:140-1.

348- Covisa, J; Bejarano, J: Application des méthodes histologiques espagnoles a l'étude anatomique de diverses dermatoses. Deuxiéme Congrès des Dermatologistes et Syphiligraphes de Langue Française, Strasbourg, 25,26,27 de julliet 1923. Masson et cie. Éditeurs, París, 1925, pp 759-61 (separata).

349- Covisa, JS; Bejarano, J: Nueva contribución al estudio de las piodermitis chancriformes. Actas Dermosifiliográficas 1934;24:643-51.

350- Covisa, JS; Bejarano, J: Contribución al estudio del parapsoriasis en gotas. Actas Dermosifiliográfcas 1923;15:91-7.

351- Covisa, J; Bejarano, J: Contribution a l'etude du para-psoriasis en gouttes. Deuxiéme Congrès des Dermatologistes et Syphiligraphes de Langue Française, Strasbourg, 25,26,27 de julliet 1923. Masson et cie. Éditeurs, París, 1925, pp 589-90 (separata).

352- Covisa, JS; Bejarano, J: Elementos de Dermatología. Unión Poligráfica, Madrid, 1936.

353- Ibid. p V.

354- Ibid. p X.

355- Ibid. p 2.

356- Ibid. pp 2-3.

357- Ibid. pp 263-4.

358- Ibid. pp 265-6.

359- Ibid. pp 267-8.

360- Ibid. pp 278-80.

361- Ibid. pp 322-3.

362- Ibid. p 402.

363- Ibid. p 408.

364- Ibid. p 418.

365- Covisa, JS; Bejarano, J: Estado actual de la terapéutica de la sífilis por el salvarsán-plata (silbersalvarsán). Actas Dermosifiliográficas 1920;11:202-12.

366- Covisa, JS; Bejarano, J: Hechos positivos de relación entre las dermatosis y las alteraciones endocrinas. Actas Dermosifiliográficas 1924;16:161-82.

367- Covisa, JS; Bejarano, J: Piodermitis chancriformes. Actas Dermosifiliográficas 1924;16:85.

368- Covisa, JS; Bejarano, J: Piodermitis chancriformes. Actas Dermosifiliográficas 1927;19:296-305.

369- Covisa, JS; Bejarano, J: Piodermitis chancriformes. (apendice). En: Jessner, S: Manual de las enfermedades de la piel y sexuales, incluida la cosmética. Espasa-Calpe, Madrid, 1927, (6ª y 7ª edición), pp 432-42.

370- Covisa, JS; Bejarano, J: Piodermitis chancriformes de la primera infancia. Revista Dermatológica (Buenos Aires). 1925-6;11:1-8 (separata).

371- Covisa, JS; Bejarano, J: Piodermitis ectimatosas chancriformes. Actas Dermosifiliográficas 1924;16:154-5.

372- Covisa, JS; Bejarano, J: El silbersalvarsán en el tratamiento intrarraquídeo de la sífilis. Anales de la Academia Médico-Quirúrgica Española 1921;8:288-91.

373- Covisa, JS; Bejarano, J; Enterría, E: Estadística de tumores cutáneos. Congreso Internacional de Lucha Científica y Social contra el Cáncer. Tomo II. Comunicaciones (segunda parte). Blass S.A., Madrid, 1933, pp 1265-6.

374- Covisa, JS; Bejarano, J; Enterría, E: Evolution anormal de la syphilis. En: Lomholt, S (ed): VIII Congrés International de Dermatologie et de Syphiligraphie. Comptes rendus des séances. Engelsen & Schroder, Copenhague, 1931, pp 1079-80.

375- Covisa, JS; Bejarano, J; Gay Prieto, J: La cheylitis glandularis simple de la lévre inférieure. Ses relations avec les epithéliomas et autres affections peu frequentes de la lévre. En: Lomholt, S (ed): VIII Congrés international de Dermatologie et de syphiligraphie. Comptes rendus des séances. Engelsen & Schroder, Copenhague, 1931, pp 819-26.

376- Covisa, JS; Enterría, E: Primer Congreso de Dermatólogos Españoles. (Resultados de la paludización en el tratamiento de la neurosífilis). Actas Dermosifiliográficas 1934;26:845-50.

377- Covisa, JS; Enterría, E: La yodoterapia intravenosa a altas dosis en Dermosifiliografía. En: Covisa, JS (ed): Modernos Estudios de Dermosifiliografía. Javier Morata editor, Madrid, 1932, pp 276-8.

378- Covisa, JS; Gay Prieto, J: Contribución al estudio de la urticaria al frío. En: Covisa, JS (ed): Modernos Estudios de Dermosifiliografía. Javier Morata editor, Madrid, 1932, pp 174-80.

379- Covisa, JS; Gay Prieto, J: Contribución al estudio de la urticaria al frío. Dermatologische Wonchenschrift 1930;91:1188-92. (separata en español).

380- Covisa, JS; Gay Prieto, J: Eczematide prémycosique. Annales Françoises de Dermatologie et de Syphiligraphie. 1927;(6ª serie)8:87-100.

381- Covisa, JS; Navarro Martín, A: Tratamiento intradérmico de la sífilis. En: Covisa, JS (ed): Modernos Estudios de Dermosifiliografía.

Javier Morata editor, Madrid, 1932, pp 273-5.

382- Covisa, JS; Solla, L: Metabolismo basal en la pelada y en el acné. En: Covisa, JS (ed): Modernos Estudios de Dermosifiliografía. Javier Morata editor, Madrid, 1932, pp 181-5.

383- Covisa, JS; Soto; Enterría, E: Sífilis pulmonar. En: Modernos Estudios de Dermosifiliografía. Javier Morata editor, Madrid, 1932, pp 245-8.

384- Covisa, JS; Torrecilla: Enfermos de angiomas y epiteliomas en tratamiento y curados con el radio. Actas Dermosifiliográficas 1918;9:169.

385- Criado, MF: (Academia Española de Dermatología y Sifiliografía). Acta de la junta general reglamentaria celebrada el día 21 de enero de 1927. Actas Dermosifiliográficas 1927;19:143.

386- Criado, MF: Azúa íntimo. Actas Dermosifiliográficas 1922;14:273-6.

387- Criado, MF: (Academia Española de Dermatología y Sifiliografía). Sesión celebrada en el Colegio de Médicos el 9 de octubre de 1925. Actas Dermosifiliográficas 1925;17:39-44.

388- Crissey, JTh; Parish, LCh: The Dermatology and Syphilology of the nineteenth century. Praeger Publishers, New York, 1981.

389- Ibid. p 150.

390- Ibid. p 151.

391- Ibid p 152.

392- Ibid. p 153.

393- Ibid. pp 167-8.

394- Ibid. p 208.

395- Ibid. p 242.

396- Ibid. p 244.

397- Ibid. p 252.

398- Ibid. p 257.

399- Chinchilla, A: Anales históricos de la medicina en general y biográfico-bibliográfico de la española en particular. Historia de la Medicina Española. Tomo IV. Imprenta de José Mateu Cervera, Valencia, 1846.

400- Ibid. p 190.

401- Darier; Sabouraud; Milian et al: Nouvelle Practique Dermatologique. Masson, París, 1936.

402- Daudén Valls; Cuesta Almonacid: Proyecto de organización de la enseñanza, ejercicio e instituciones dermosifiliográficas en España. Actas Dermosifiliográficas 1934;26:891-8.

403- Díaz Benito, J: Atlas de Enfermedades Venéreas y Sifilíticas. Imprenta nacional, Madrid, 1864.

404- Dulanto Escofet, F; Dulanto Campos, C: Granada. En: Calap Calatayud, J; Rodríguez Murillo, JA (eds): Aspectos históricos de la Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología en España. Gráficas Coll, Barcelona, 1985, p 79.

405- Durán Sánchez, J: Biografía del doctor Juan de Azúa. Trabajos de la Cátedra de Historia Crítica de la Medicina 1935;7:247-52.

406- Ehring, F: Leprosy illustration in medical literature. International Journal of Dermatology 1994;33:872-83.

407- Ehring, F: Skin diseases: Five centuries of Scientific illustration. Gustav Fisher Verlag, Stuttgart, 1989.

408- Fernandes Rodrigues, JC: Dermatology in the poetry of don Francisco de Quevedo. Skin Cancer 1994;9:49-57.

409- Fernández Gómez, B; Cubero del Castillo, F: Bosquejo histórico de la dermatología española. Ecos Españoles de Dermatología y Sifiliografía 1933;9:59-62.

410- Fernández Gómez, B; Cubero del Castillo, F: Vida médica del dermatólogo español doctor don Juan de Azúa. Ecos Españoles de Dermatología y Sifiliografía 1934;9:618-28.

411- Fernández Gómez, B; Cubero del Castillo, F: Vida médica del dermatólogo español doctor don Juan de Azúa. Ecos Españoles de Dermatología y Sifiliografía 1934;9:677-87.

412- Fernández Gómez, B; Cubero del Castillo, F: Vida médica del dermatólogo español doctor don Juan de Azúa. Ecos Españoles de Dermatología y Sifiliografía 1934;9:725-45.

413- Fernández Gómez, B; Cubero del Castillo, F: Vida médica del dermatólogo español doctor don Juan de Azúa. Ecos Españoles de Dermatología y Sifiliografía 1934;9:797-817.

414- Fernández Gómez, B; Cubero del Castillo, F: Vida médica del dermatólogo español doctor don Juan de Azúa. Ecos Españoles de Dermatología y Sifiliografía 1934;10:35-48.

415- Fernández Losada, C: Museo anatómico en porcelana. El Siglo Médico 1861;8:352.

416- Fernández de la Portilla, J: (Academia Española de Dermatología y Sifiliografía). Acta de la junta general ordinaria delebrada el día 7 de enero de 1931. Actas Dermosifiliográficas 1931;23:383-92.

417- Fernández de la Portilla, J: Memoria de secretaría. Academia Española de Dermatología y Sifiliografía. Sesión conmemorativa de su XXV aniversario, celebrada el 17 de mayo de 1934. Actas Dermosifiliográficas 1934;26:737-58.

418- Ibid. p 740.

419- Ibid. pp 742-3.

420- Ibid. p 756.

421- García del Carrizo, MG: Historia de la Facultad de Medicina de Madrid, 1843-1931. Tesis de doctorado. Universidad Complutense, Madrid. 1963.

422- Ibid. pp 897-908.

423- García Martín, R: La Dermatología española contemporánea. Tesis de doctorado. Universidad de Salamanca, Salamanca, 1988.

424- García del Mazo, E: El lupus vulgar en Madrid. Actas Dermosifiliográficas 1910;3:57-80.

425- García Pérez, A: Ciencia y anécdota en el eczema de contacto. Discruso para la recepción pública de Académico electo Excmo Sr. Dr. D. Antonio García Pérez y contestación del Excmo. Sr. Dr. D. Valentín Matilla Gómez, leídos el día 4 de abril de 1989. Instituto de España, Real Academia Nacional de Medicina, Madrid, 1989.

426- García Pérez, A: Dermatología Clínica (3ª ed). Gráficas Cervantes, Salamanca, 1978.

427- Ibid. p 271.

428- García Pérez, A: Dermatosis profesionales del ama de casa. En: García Pérez A, Conde-Salazar L, Giménez Camarasa JM: Tratado de

dermatosis profesionales. Eudema Universidad, Madrid, 1987, pp 445-64.

429- García Pérez, A: Sobre la historia de la dermatología. Piel 1989;5:51-3.

430- García del Real, E: Historia de la medicina en España. Editorial Reus, Madrid, 1921.

431- Ibid. p 1098.

432- García del Real, E: El nuevo remedio de Ehrlich-Hata "606" contra la sífilis. Revista de Medicina y Cirugía Prácticas. 1910;34:89-97.

433- García Tapia, A: Discurso de contestación. En: 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. Instituto de España. Real Academia Nacional de Medicina, Gráficas Rey, Madrid, 1946, pp 37-46.

434- Ibid. pp 39-40.

435- Garrido: Proyecto de organización de la enseñanza, ejercicio e instituciones dermosifiliográficas en España. Actas Dermosifiliográficas 1934;26:904-6.

436- Garriga, M: Curabilidad de la sífilis. En: Estado actual de la terapéutica salvarsánica. Revista de Información Terapéutica. (suplemento) 1936. pp 297-306.

437- Gay Prieto, J: Acta de la sesión necrológica celebrada el día 16 de junio de 1965 en Memoria de los Dres. Enrique Álvarez Sainz de Aja y Xavier Vilanova Montiu. Actas Dermosifiliográficas 1965;54:221-31.

438- 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. Instituto de España. Real Academia Nacional de Medicina, Gráficas Rey, Madrid, 1946.

439- Ibid. pp 18-9.

440- Ibid. p 19.

441- Gay Prieto, J: Dermatología y Venereología. Barcelona, Editorial Científico-Médica, 1942.

442- Ibid. pp 189-90.

443- Gay Prieto, J: Enfermedades piógenas y parasitarias de la piel. Salvat, Barcelona, 1940, pp 37-40.

444- Gay Prieto, J: Histología de los procesos precancerosos. En: Covisa JS (ed): Modernos estudios de dermosifiliografía. Javier Morata editor, Madrid, 1932, pp 36-55.

445- Ibid. p 36.

446- Gay Prieto, J: José Sánchez Covisa (1881-1944). Actas Dermosifiliográficas 1944;36:8-10.

447- Gay Prieto, J: Julio Bejarano Lozano (1893-1965). Acta de la sesión necrológica celebrada el día 13 de abril de 1966 en memoria de los doctores Bejarano y Navarro Martín. Actas Dermosifiliográficas 1966;57:217-20.

448- Gay Prieto, J: Sobre la necesidad de reorganizar en España la enseñanza y el funcionamiento de las instituciones dermatovenereológicas. Actas Dermosifiliográficas 1934;26:880-8.

449- Gay Prieto, J; Álvarez Cascos, M: Über die pyodermitis chronica vegetans von Azúa. Dermatologica 1951;103:135-44.

450- Gimeno, V: Algo de cirugía estética de la piel. Discurso de recepción del Dr. Vicente Gimeno y Rodríguez-Jaen y contestación del Excmo. señor Don Ángel Pulido, 6 de mayo de 1923. Real Academia Nacional de Medicina. Imprenta de Juan Pueyo, Madrid, (sin fecha, 1923).

451- Ibid. p 8.

452- Gimeno, V: ¡Ha muerto el profesor Azúa! El Siglo Médico 1922;69:323-5.

453- Gimeno, V: Padrón de leprosos de 1928 y avance de estudio estadístico. Memoria presentada al Excmo Sr. Ministro de la Gobernación por el Inspector Médico de Leproserías. Talleres Voluntad, Madrid, 1929.

454- Giné Partagás, J: ¿Existen en la actualidad representaciones genuinas de las razas y tipos primitivos? Discurso leído en la Universidad Central por el licenciado don Juan Giné Partagás, en el acto solemne de recibir la investidura de doctor. El Pabellón Médico 1962;2:437-8, 446-7, 459-60, 471-3, 481-3.

455-Giné Partagás, J: Tratado Clínico Iconográfico de Dermatología Quirúrgica. Tipografía La Academia de Evaristo Ullastres, Barcelona, 1880.

456- Ibid. pp 6-7.

457- Girón García, A (ed): Catálogo Colectivo Nacional de Publicaciones Periódicas. Medicina. Ministerio de Cultura, Madrid, 1988.

458- Goldschmidt, H; Breneman, JC; Breneman, DL: Ionizing radiation therapy in dermatology. Journal of the American Academy of Dermatology 1994;30:152-82.

459- Gómez Navarro, E: La Dermatología española a través de las principales publicaciones periódicas médicas entre 1860 y 1864. Tesina de licenciatura, Universidad Complutense, Madrid, 1988.

460- Gómez Orbaneja, J: Dermatología. Editorial Aguilar, Madrid, 1972.

461- Ibid. p 131.

462- Ibid. p 133.

463- Gómez Orbaneja, J: Pseudocáncer. Procesos dermatológicos de apariencia maligna. Discurso para la recepción pública del Académico electo Excmo. Sr. Dr. D. José Gómez Orbaneja y contestación del Exmo. Sr. D. Juan Rof Carballo leídos el día 7 de octubre de 1980. Instituto de España, Real Academia Nacional de Medicina, Madrid, 1980.

464- Ibid. pp 21-2.

465- Ibid. p 23.

466- Gómez del Río, M: Antecedentes, orígenes y desarrollo de las especialidades médico-quirúrgicas en Granada (1857-1936): Dermatología, Oftalmología y Otorrinolaringología. Tesina de licenciatura. Granada, 1986.

467- González-Amaro, R; Baranda, L; Abud-Mendoza, C; Delgado, SP; Moncada, B: Autoeczematization is asssociated with abnormal immune recognition of autologous skin antigens. Journal of the American Academy of Dermatology 1993;28:56-60.

468- González Blanco, F: En las enfermedades cutáneas ¿debe fundarse el diagnóstico, atendiendo a la forma anatomo-patológica, o al elemento anatómico de la piel que se halla alterado? El Genio Médico-Quirúrgico 1862;8:134-6, 150-1.

469- González Blanco, F: En las enfermedades cutáneas ¿debe

fundarse el diagnóstico, atendiendo a la forma anatomo-patológica, o al elemento anatómico de la piel que se halla alterado? La España Médica 1862;7:234-6, 249-50.

470- Gougerot, H: Dermatología. Editorial Pubul, Barcelona, 1924.

471- Grande Covián, F: Déficit vitamínico en Madrid durante la guerra civil española: un recuerdo. Acta Vitaminologica et Enzymologica 1982;4:97-101.

472- Granjel, LS: Cirugía Española del Renacimiento. Cuadernos de Historia de la Medicina, Salamanca, 1968, volumen VII.

473- Ibid. p 49.

474- ibid. p 50.

475- Granjel, LS: Estampas históricas de la dermatología hispano-portuguesa. Tribuna Médica 1969;6(304):165.

476- Granjel, LS: La medicina española renacentista. Ediciones de la Universidad de Salamanca, Salamanca, 1980, pp 199-212.

477- Granjel, LS: La medicina española en el siglo XVII. Ediciones de la Universidad de Salamanca, Salamanca, 1978, pp 189-94.

478- Granjel, LS: La medicina española en el siglo XVIII. Ediciones de la Universidad de Salamanca, Salamanca, 1979, p 195.

479- Granjel, LS: La obra de Gaspar Bravo de Sobremonte. Estudios de Historia de la Medicina Española (nueva serie). Universidad de Salamanca, Ediciones del Seminario de Historia de la Medicina Española, Salamanca, 1960.

480- Granjel, LS: El pensamiento médico de Martín Martínez. Archivo Iberoamericano de Historia de la Medicina 1952;4:41-78.

481- Grimalt, F; Pérez, M; Navarro, O et al: Psicodermatosis, simposium. XXIII Congreso Nacional de Dermatología y Venereología. Madrid, 16-18 de junio de 1994. Libro de resúmenes. Sección Regional Centro de la AEDV. Madrid, 1994, pp 74-83.

482- Grunwald, AH; Yu-Yun Lee, J; Ackerman, AB: Pseudocarcinomatous hyperplasya. The American Journal of Dermatopathology, 1988;10:95-103.

483- Guibot, E: Lecciones clínicas sobre las enfermedades de la piel. Tipografía y Estereotipia Perojo, Madrid, 1878.

484- Guillén, M: Contestación a una réplica. Ecos Españoles de Dermatología y Sifiliografía 1928;5:29-30.

485- Guillén, M: El problema social de la lepra en España. Comentarios al discurso pronunciado por el señor doctor D. José Sánchez Covisa, el día 6 de junio de 1928, con motivo de la recepción pública celebrada en la Real Academia de Medicina. Ecos Españoles de Dermatología y Sifiliografía 1928;4:729-42.

486- Hamarneh, SK: The first known independient treatise on Cosmetology in Spain. Bulletin of the History of Medicine 1965;39:309-25.

487- Haviland, ThN; Parish, LCh: A brief account of the use of the wax models in the study of medicine. Journal of the History of Medicine and Allied Sciences 1970;25:52-75.

488- Hebra, F: Hautkrankenheiten. Ferdinand Enke, Erlangen, 1860.

489- Hebra, F: Versuch einer auf pathologische Anatomie gegründeten Eintheilung der Hautkranken. Zeitschr. K. K. Gesellsch. Aerzte. 1845; 2(V. I):32-52, 143-155, 211-231.

490- Hernando Espinosa, B: Láminas V y VI del grupo de dermatosis leprosas. Lepra anestésica.-Tercer período. En: Olavide JE: Dermatología General y Clínica Iconográfica de las Enfermedades de la Piel o Dermatosis. Imprenta de T. Fortanet, Madrid, 1871 y 1873 ¿a 1881?. (sin página).

491- Ibid. Lámina VII del grupo de dermatosis leprosas. Lepra tuberculosa y anestésica.-Segundo período. (sin página).

492- Ibid. Lámina VIII del grupo de las dermatosis leprosas. Lepra.-Forma tuberculosa y anestésica.-Segundo período. (sin página).

493- Ibid. Láminas IX y X del grupo de dermatosis leprosas. Lepra tuberculosa.-Segundo período. (sin página).

494- Ibid. Lámina XI del grupo de dermatosis leprosas. Lepra.-Forma tuberculosa.-Segundo período. (sin página).

495- Ibid. Lámina VIII del grupo de dermatosis artificiales. Gangrena de los órganos genitales esternos(sic) de la muger(sic) y de la piel de la región pubiana.

496- Herzberg, JJ; Korting, GW (eds.): Zur Gischichte der Deutschen Dermatologie. Grosse Verlag, Berlín, 1987.

497- Highet, AS; Hay, RJ; Roberts, SO: Bacterial infections. Chancriform pyoderma. En: Champion, RH; Burton, JL; Ebling, FJG: Rook/Wilkinson/Ebling Textbook of Dermatology, Blackwell Scientific Publications, Oxford, 1992. p 1021.

498- Hoffmann, E: Isolierte schankerähnliche pyodermie der Gesichtshaut (Pyodermia chancriformis faciei). Archiv für Dermatologie und Syphilis 1934;170:403.

499- Holmes, SC; Thomson, J: Recurrent chancriform pyoderma. Report of a case with tongue lesions. British Journal of Dermatology 1995;133:326-7.

500- Irgens, LM: The discovery of Mycobacterium leprae. The American Journal of Dermatopathology 1984;6:337-43.

501- (San) Isidoro de Sevilla: Etimologías. (Edición anotada de Cortés Góngora L). Biblioteca de Autores Cristianos, Madrid, 1951, pp 105-7.

502- Jadassohn, J; Bloch, B; Buschke, A et al (eds): Handbuch der Haut und Geschlechskrakheinten. Julius Springer, Berlín, 1929.

503- Jessner, J: Manual de las enfermedades de la piel y sexuales, incluída la cosmética. Espasa Calpe, Madrid, 1927 (6ª y 7ª ediciones).

504- Juarros, C: El abolicionismo y sus normas. Ecos Españoles de Dermatología y Sifiliografía 1928;4:103-19.

505- Juarros, C: Abolicionismo y reglamentarismo. En Barrio de Medina, J (ed): Tratado Español de Venereología y Sifiliografía. Javier Morata ed. Madrid, 1930, pp 803-17.

506- Koblenzer, CS: Psychocutaneous diseases: Practical guide, clinical evaluation and managenent. Grune & Stratton, San Diego (California), 1987.

507- Lacasa, J: Lámina XIV del grupo de dermatosis artificiales. Pústula maligna. En: Olavide JE: Dermatología General y Clínica Iconográfica de las Enfermedades de la Piel o Dermatosis. Imprenta de T. Fortanet, Madrid, 1871 y 1873 ¿a 1881?. (sin página).

508- Laín Entralgo, P: Historia universal de la medicina. Salvat, Barcelona, 1978. p 318.

509- Lane, JE: Bonomo's letter to Redi: an important document of the history of scabies. Archives of Dermatology and Syphilology 1928;18:1-25.

510- Lázaro Ochaita, P: El nacimiento de la Dermatología. Las clasificaciones more botánico. Tesis de doctorado. Universidad Complutense, Madrid, 1983.

511- Ledo, A: Enorme verruga vegetante tratada por la nieve de ácido carbónico. Actas Dermosifiliográficas 1914;5:236.

512- Ledo, A: Noevi(sic) angiomatoso tratado por la nieve de ácido carbónico. Actas Dermosifiliográficas 1914;5:236-7.

513- Lever, WF; Schaumburg-Lever, G: Histopatología de la piel. Interamericana, Buenos Aires, 1991, (7ª edición), p 525-6.

514- Leyden, J: Eczema and infection. En: Marks, R (ed): Eczema. Martin Dunitz ltd., London, 1992, pp 255-60.

515- López Piñero, JM: El grabado en la ciencia hispánica. Consejo Superior de Investigaciones Científicas, Madrid, 1987.

516- Ibid. pp 34-5.

517- Ibid. pp 98-9.

518- López Piñero, JM: Los sistemas nosológicos en el siglo XVIII. Archivo Iberoamericano de Historia de la Medicina 1961;13:65-93.

519- López de la Vega: El doctor Federico Rubio y Galí. El Anfiteatro Anatómico Español 1874;2:224.

520- López de la Vega: El Dr. D. José Eugenio de Olavide. El Anfiteatro Anatómico Español 1874;2:5-7.

521- Luciano de Murrieta, J: Tratado de las Enfermedades de la Piel. Imprenta de la Compañía de Impresores y Libreros del Reino, Madrid, 1848.

522- Ibid. pp I-II.

523- Ibid. p V.

524- Mañueco: Ehrlich. Actas Dermosifiliográficas 1915;6:329-36.

525- Maragot, J: Eléments de Dermatologie. Annales de Dermatologie et Syphiligraphie 1938;4(7ª serie):367-8.

526- Marañón, G: El descubrimiento del salvarsán. Revista de Información Terapéutica. Suplemento: Estado actual de la terapéutica salvarsánica. Madrid, 1936. pp 5-9.

527- Marañón, G: Quemoterapia moderna según Ehrlich. Casa Vidal, Madrid, 1910.

528- Ibid. p 3.

529- Ibid. p 6.

530- Ibid. p 7.

531- Marco Cuéllar, R: La morfología microscópica normal y patológica en la medicina del siglo XIX anterior a Cajal. Tesis de doctorado, Universidad de Valencia, Valencia, 1966.

532- Ibid. p 204.

533- Martín, V: El hospital de San Juan de Dios. Opiniones de un sirviente. Sin editorial, Madrid, 1905.

534-Ibid. p 5.

535- Ibid. p 6.

536- Ibid. p 12.

537- Ibid. pp 12-3.

538- Ibid. pp 14-5.

539- Ibid. p 17.

540- Ibid. pp 17-8.

541- Ibid. pp 18-9.

542- Ibid. pp 21-2.

543- Ibid. pp 24-5.

544- Ibid. pp 25-6.

545- Ibid. pp 31-2.

546- Ibid. p 35.

547- Ibid. p 46.

548- Martín Martínez, P: Examen Nuevo de Cirugía Moderna. Tratado tercero, De Tumores. Imprenta de la mujer e hijas de Marín, Madrid, 1797, pp 88-123.

549- Ibid. Tratado quinto, De Úlceras, pp 141-171.

550- Martínez Navarro, A: Apuntes para un proyecto de organización de la enseñanza, ejercicio e instituciones dermosifiliográficas en España. Actas Dermosifiliográficas 1934;26:898-904.

551- Matilla, V: 202 biografías académicas. Real Academia Nacional de Medicina, Gráfica la Torre, Madrid, 1987.

552- Ibid. pp 185-7.

553- Ibid. pp 197-9.

554- Mendoza, A: Higiecnia del cólera. Revista Clínica de los Hospitales 1890;2:131-44, 155-70.

555- Montesu, MA; Cottoni, F: G.C. Bonomo and D. Cestoni. Discoverers of the parasitic origin of scabies. The American Journal of Dermatopathology 1991;13:425-7.

556- Muñuzuri Galíndez, J: Satisfacción de la Academia por los nombramientos de los doctores Bejarano y Covisa para los cargos de Director General de Sanidad y Decano de la Facultad de Medicina. Actas Dermosifiliográficas 1933;25:843-4.

557- Murillo, F: Sanidad antivenérea. Un aspecto práctico de la organización antivenérea. Ecos Españoles de Dermatología y Sifiliografía 1926;1:299-303.

558- Naranjo, R: Piodermitis. En: de Dulanto, F: Dermatología Médico-Quirúrgica. Ediciones Anel, Granada, 1981, p 778.

559- Navarro Martín, A: Índice por materias de los tomos 1 al 46 (1909-1953). Editorial Cantabria, Santander, 1954.

560- Olavide, JE: Aforismos de Dermatología Práctica. Oficina Tipográfica del Hospicio, Madrid, 1880.

561- Ibid p 3.

562- Ibid p 4.

563- Ibid p 5.

564- Ibid. p 6

565- Ibid. p 7.

566- Ibid. pp 7-8.

567- Ibid. p 8-9.

568- Ibid. p 9.

569- Ibid. p 10.

570- Ibid. pp 12-3.

571- Ibid. p 22.

572- Ibid. p 23.

573- Ibid. pp 32-3.

574- Olavide, JE: Consejos para el mejor tratamiento de ciertas dermatosis. I. Revista Clínica de los Hospitales 1889;1:49-52.

575- Olavide, JE: Consejos para el mejor tratamiento de ciertas dermatosis. II. Revista Clínica de los Hospitales 1889;1:104-6.

576- Olavide, JE: del contagio de la lepra y número probable de leprosos que existen en España (excluyendo las Antillas, Filipinas y Canarias). Revista Clínica de los Hospitales 1889;1:544-7.

577- Olavide, JE: Dermatología General y Clínica Iconográfica de las Enfermedades de la Piel o Dermatosis. Imprenta de T. Fortanet, Madrid, 1871 y 1873 ¿a 1881?.

578- Ibid. p 65.

579- Ibid. Lámina IV del grupo de las dermatosis phito-parasitarias. Tiña favosa generalizada. Transmisión de la enfermedad a los animales. (sin página).

580- Ibid. Lámina XII del grupo de las dermatosis Phito-parasitarias. Tiña favosa transmitida del hombre al perro por inoculación o trasplantación. (sin página).

581- Ibid. Lámina I del grupo de dermatosis pseudo-exantemáticas. Erisipela aguda o pseudo-exantemática. (sin página).

582- Ibid. Láminas IV y V de grupo de dermatosis sifilíticas. Sífilide tuberculosa de la región mamaria derecha: sífilis visceral. Regresión granulosa de la mama, hígado y ganglios mesentéricos. Atrofia de la mama e hipertrofia del hígado. Examen microscópico de estas lesiones sifilíticas. (sin página).

583- Ibid. Lámina XXI del grupo de afecciones sifilíticas. Gomas del hígado, pulmones, etc. (Sífilis visceral). (sin página).

584- Ibid. Lámina Xermatosis ¿sifilíticas-exóticas?, lámina XXII. Pian fungoso. (sin página).

585- Olavide, JE: De las enfermedades cutáneas producidas por vegetales parásitos. Madrid, Oficina Tipográfica del Hospicio, 1878.

586- Ibid. p 3.

587- Ibid. p 16.

588- Ibid. p 32.

589- Ibid. p 36.

590- Ibid. p 46.

591- Ibid. p 63.

592- Ibid. p 67.

593- (Olavide, JE) Dr. E: Estado actual de la dermatología en España. El Pabellón Médico 1864;4:36-7.

594- Olavide, JE: Estado actual de la dermatología en Francia. Cazenave-Devergie-Bazin. El Pabellón Médico 1864;4:138-40, 162-4, 186-8, 249-51, 294-6, 354-7.

595- Ibid. p 249.

596- Ibid. p 250.

597- Ibid. pp 295-6.

598- Ibid. pp 354-5.

599- Ibid. p 355.

600- Olavide, JE: ¿Existen puntos de semejanza entre el metodismo y el dogmatismo?. Discurso pronunciando ante el claustro de la Universidad Central por el licenciado en medicina y cirujia(sic) D. José Eugenio de Olavide, en el acto solemne de recibir la investidura de doctor en la misma facultad en día 17 de octubre de 1859. Imprenta de Manuel Álvarez, Madrid, 1859.

601- Olavide, JE: Favus general. Infarto enorme del hígado y del bazo. El Pabellón Médico 1863;3:136-9.

602- Olavide, JE: Del herpetismo y de las enfermedades que deben considerarse de naturaleza herpética. Memoria leída en la primera sesión del Congreso Médico Español. Imprenta de José M. Ducázcal, Madrid, 1865.

603- Ibid. p 3.

604- Ibid. p 4.

605- Ibid. p 12.

606- Olavide, JE: El herpetismo. Herpétides cutáneas en particular. Revista Especial de Oftalmología, Sifiliografía, Dermatología y Afecciones Urinarias 1880;3:162-176, (incompleto) 343-352 (incompleto), 1880;4:3-11, 81-101, 129-143 (incompleto).

607- Ibid. 1880;4: pp 3-4.

608- Olavide, JE: Influencia de las enfermedades de la piel en las perturbaciones mentales. Discurso leído en la solemne sesión inaugural del año de 1888 en la Real Academia de Medicina. Establecimiento Tipográfico de Enrique Teodoro. Madrid, 1888.

609- Ibid. p 6.

610- Ibid. p 7.

611- Ibid. p 14.

612- Ibid. p 17.

613- Olavide, JE: Lecciones de Dermatología general o estudio sintético de las afecciones cutáneas. Imprenta Médica de Manuel Álvarez, Madrid, 1866.

614- Ibid. pp 5-6.

615- Ibid. p 8.

616- Ibid. p 34.

617- Ibid. p 61.

618- Ibid. p 62.

619- Ibid. p 63.

620- Ibid. pp 69-75.

621- Ibid. p 78.

622- Olavide, JE: Lecciones sobre las dermatosis herpéticas. Oficina Tipográfica del Hospicio, Madrid, 1881.

623- Ibid p 13.

624- Ibid p 22.

625- Ibid p 30.

626- Ibid p 52.

627- Ibid p 72.

628- Olavide, JE: Lecciones sobre la Pelagra. Imprenta de Fortanet, Madrid, 1880.

629- Ibid. p 40.

630- Ibid. p 43.

631- Ibid. pp 53-4.

632- Olavide, JE: Lipoma submuscular en la espalda. Estirpación(sic). Curación. La España Médica 1859:4;51-2.

633- Olavide, JE: Del modo de administración y aplicación del ácido fénico en varias enfermedades en que se ha recomendado. Madrid, Imprenta de la Biblioteca de Ilustración y Recreo, (sin año) ¿1873?.

634- Olavide, JE: El morbidismo vegetal ante la razón y los hechos. En: Olavide JE, Benavente M: Discursos leídos ante la Real Academia nacional de Medicina de Madrid en la recepción pública del doctor D. José Eugenio Olavide, el día 17 de marzo de 1872. Imprenta de los Señores Rojas, Madrid, 1872.

635- Ibid. p 7.

636- Ibid. pp 8-9.

637- Ibid. p 16.

638- Ibid. p 17.

639- Ibid. p 18.

640- Ibid. p 24.

641- Ibid. p 25.

642- Ibid. p 25-6.

643- Ibid. p 26.

644- Olavide, JE: El morbidismo vegetal ante la razón y los hechos. El Siglo Médico 1872;19:202-5, 216-9, 248-58, 281-4, 297-9.

645- Olavide, JE: Programa de un nuevo curso de dermatología. Clasificación dermatolóigica. Revista Clínica de los Hospitales 1890;2:62-8 y 104-5.

646- Olavide, JE: (Hospital Clínico de la Facultad de Medicina). Reseña de las operaciones practicadas en este hospital durante el mes de abril. Clínica del Dr. D. Manuel Soler. La Iberia Médica 1857;1:125.

647- Olavide, JE: (Hospital Clínico de la Facultad de Medicina). Reseña de las operaciones practicadas en este hospital durante el mes de marzo. Clínica del doctor don Melchor Sánchez de Toca. La Iberia Médica 1857;1:84-5.

648- Olavide, JE: (Hospital Clínico de la Facultad de Medicina). Reseña de las operaciones practicadas en este hospital durante este mes. Clínica del doctor don Manuel Soler. La Iberia Médica 1857;1:218-9.

649- Olavide, JE: Del reumatismo y de las dermatosis reumáticas. Revista Especial de Oftalmología, Sifiliografía, Dermatología y Enfermedades Urinarias 1881;4:129-50, 201-21, 265-81, 329-38.

650- Ibid. pp 130-1.

651- Ibid. p 136.

652- Ibid. p 137.

653- Ibid. p 140.

654- Ibid. p 266.

655- Olavide JE: De la sarna y de su tratamiento. Imprenta de R. Labajos, Madrid, 1874.

656- Ibid. p 5.

657- Ibid. p 7.

658- Ibid. p 8.

659- Ibid. p 10.

660- Ibid. p 21.

661- Ibid. p 25.

662- Olavide, JE: Tratamiento comparativo del lupus. Revista Especial de Oftalmología, Dermatología, Sifiliografía y Afecciones Urinarias. 1889;13:225-9.

663- Olavide, JE: Tratamiento comparativo del lupus. Revista Clínica de los Hospitales. 1889;1:491-5.

664- Olavide, JE: Tratamiento curativo y preservativo del cólera. Imprenta y Estereotipia de El Liberal, Madrid, 1884.

665- Ibid. pp 3-4.

666- Ibid. p 4.

667- Ibid. p 15.

668- Olavide Malo, J: El Achorion schoenleini. Contribución al estudio de la tiña favosa. Celestino Apaolaza impresor, Madrid, 1888.

669- Ibid. p 10.

670- Ibid. pp 43-4.

671- Ibid. pp 46-7.

672- Orozco Acuaviva, A: Árbol genealógico de la dermatología-venereología española e iberoamericana. Áncora, Barcelona, 1992.

673- Oyarzábal, E: Tratamiento de las enfermedades de la piel y sexuales. Manuel Marín y G. Campo, Madrid, 1934.

674- Padrón Lleó, JJ: Contribución al estudio de José Eugenio de Olavide y su obra. Tesis de doctorado, Universidad de Cádiz, 1990.

675- Panconesi, E: Vincenzio Chiarugi: the "first" professor of dermatology. En: Burgdorf, WHC; Katz, SI (eds): Dermatology Progress and Perspectives. The proceedings of the 18th World Congress of Dermatology. Parthenon Publising Group, New York, 1993, pp 631-2.

676- Pardo Regidor, A: La labor de Azúa. Actas Dermosifiliográficas 1922;14:265-7.

677- Parish, LCh; Crissey, JTh: Bibliography of secondary sources on the history of dermatology I: Journal articles in english supplemented through 1975. International Journal of Dermatology 1976;15:525-32.

678- Parish, LCh; Crissey, JTh: Bibliography of secondary sources on the history of dermatology I: Journal articles in english. Supplemented through 1980. International Journal of Dermatology 1981;20:555-61.

679- Parish, LCh; Crissey, JTh: Bibliography of secondary sources on the history of dermatology I: Journal articles in english. Supplemented through 1985. International Journal of Dermatology 1986;25:537-40.

680- Parish, LCh; Crissey, JTh: Bibliography of secondary sources on the history of dermatology II: Obituaries and Biographies in english journals supplemented through 1975. International Journal of Dermatology 1976;15:602-7.

681- Parish, LCh; Crissey, JTh: Bibliography of secondary sources on the history of dermatology II: Obituaries and Biographies in english journals supplemented through 1980. International Journal of Dermatology 1981;20:497-503.

682- Parish, LCh; Crissey, JTh: Bibliography of secondary sources on the history of dermatology II: Obituaries and Biographies in english journals supplemented through 1985. International Journal of Dermatology 1986;25:598-605.

683- Parish, LCh; Crissey, JTh: Bibliography of secondary sources on the history of dermatology III. Books, monographs and chapters in english before 1975. International Journal of Dermatolology 1976;15:206-14.

684- Parish, LCh; Crissey, JTh: Bibliography of secondary sources on the history of dermatology III. Books, monographs and chapters in english supplemented through 1980. International Journal of Dermatolology 1981;20:390-2.

685- Parish, LCh; Crissey, JTh: Bibliography of secondary sources on the history of dermatology III. Books, monographs and chapters in english supplemented through 1985. International Journal of Dermatolology 1986;25:468-9.

686- Parish, LCh; Crissey, JTh; Parish, JL: Bibliography of secondary sources on the history of dermatology I. Journal articles in english supplemented through 1990. International Journal of Dermatolology 1991;30:435-40.

687- Parish, LCh; Crissey, JTh; Parish, JL: Bibliography of secondary sources on the history of dermatology II. Obituaries and Biographies in english journals supplemented through 1990. International Journal of Dermatolology
1991;30:509-15.

688- Parish, LCh; Crissey, JTh; Parish, JL: Bibliography of secondary sources on the history of dermatology III. Books, monographs and chapters in english supplemented through 1990. International Journal of Dermatolology 1991;30:581-3.

689- Parish, LCh; Hollaway, LM; Ashby, S; Soifer, BE; Rovner, JL: Bibliography of secondary sources on the history of dermatology I: Journal articles in english. Archives of Dermatology 1973;108:351-66.

690- Parish, LCh; Hollaway, LM; Ashby, S; Soifer, BE; Rovner, JL: Bibliography of secondary sources on the history of dermatology II: Obituaries and Biographies in english journals before 1973: A through L. Archives of Dermatology 1975;111:1036-48.

691- Parish, LCh; Hollaway, LM; Ashby, S; Soifer, BE; Rovner, JL: Bibliography of secondary sources on the history of dermatology II: Obituaries and Biographies in english journals before 1973: M through Z. Archives of Dermatology 1975;111:1188-99.

692- Pellón: Obra nueva. "Elementos de Dermatología". Ecos Españoles de Dermatología y Sifiliografía 1936;11:325-6.

693- Pérez Gallego, D: Lámimas X y XI del grupo de las dermatosis sifilíticas. Chancros sifilíticos múltiples y sifílide papulosa exantemática, observada a los tres meses de la presentacion de los chancros. En: Olavide, JE: Dermatología General y Clínica Iconográfica de las Enfermedades de la Piel o Dermatosis. Imprenta de T. Fortanet, Madrid, 1871 y 1873 ¿a 1881? (sin página).

694- Ibid. Láminas XIX y XX del grupo de las dermatosis sifilíticas. Sifílide pústulo-crutácea resolutiva y generalizada. (Pseudo-exantemática). Tratamiento exclusivo por las inyecciones hipodérmicas de sublimado. (sin página).

695- Ibid. Lámina V del grupo de dermatosis artificiales. Vegetaciones sexuales en la mujer. (sin página).

696- Ibid. Lámina VII del grupo de dermatosis artificiales. Chancros blandos en el anillo vaginal. (sin página).

697- Ibid. Lámima XVII del grupo de las dermatosis artificiales. Roseola del copaiba.

698- Pérez Ortiz, J: Álbum Clínico de Dermatología. Imprenta de Nicolás Moya, Madrid, 1886.

699- Peyrí, J: (Comentario). Actas Dermosifiliográficas 1934;26:889-90.

700- Peyrí, J: Contribución al conocimiento de las piodermitis vegetantes. Ecos Españoles de Dermatología y Sifiliografía 1926;1:1063-70.

701- Peyrí, J: Contribution à la connaissance des pyodermites végétantes. En: Anónimo: Troisième Congrès des Dermatologistes et Syphiliraphes de Langue Fraçaise. Procès-verbaux de séances Imprimerie Médicale et Scientifique, Bruxelles, 1926. pp 91-7.

702- Peyrí, J: Esquisse de ce qu'a été la dermatologie en Espagne despuis 50 ans. Ex volumine "De dermatologie et dermatologis" separatim impressum. Hungarian Imprimerie Société. Budapest, 1936.

703- Peyri, J: Prólogo. En: Casal, G: Mal de la Rosa. Su historia, causa, casos, curación. Tipografía de los Laboratorios del Norte de España. Masnou (Barcelona), 1936, pp 7-13.

704- Peyrí, JM: IX Congreso Internacional de Dermatología y Sifiliografía. Budapest, septiembre 1935. Sesiones científicas del 16 al 20 de septiembre. Ecos Españoles de Dermatología y Sifiliografía. 1935;11:21-57.

705- Peyrí, JM: Un congreso y 5.000 kilómetros por Europa. Ecos Españoles de Dermatología y Sifiliografía, 1935;11:3-20.

706- Pi y Suñer, A: Ehrlich y la quimioterapia. Revista de Información Terapéutica. Suplemento: Estado actual de la terapéutoca salvarsánica. Madrid, 1936. pp 11-5.

707- Plenck, J: Tratado de enfermedades cutáneas. Madrid. Imprenta Real, 1798. Laboratorios Isdín. Talleres Renacimiento. Barcelona, 1978. (Edición facsímil).

708- Portillo, L: Felicidades y adelante. Revista Española de Sifiliografía y Dermatología 1900;2:1-8.

709- Portillo, L: ¡Mea culpa! Ecos Españoles de Dermatología y Sifiliografía 1929;4:527-34.

710- Portillo, L: El doctor Olavide. Revista Española de Dermatología y Sifiliografía 1901;3:147-8

711- Pringle, JJ: Members of Congress. Third International Congress

of Dermatology, London, 1896. Official Transactions. Waterlow and Sons limited, London, 1898, pp XI-XV.

712- Pulido Fernández, A: Reglamento del Cuerpo Médico-Farmacéutico de la Beneficencia Provincial de Madrid. Imprenta Provincial, Madrid, 1903.

713- Ibid. pp 5-6.

714- Ibid. p 6.

715- Ibid. pp 8-10.

716- Ibid. p 14.

717- Ibid. p 15.

718- Ibid. p 17.

719- Ibid. p 19.

720- Ibid. pp 19-26.

722- Ibid. p 37.

723- Ibid. pp 39-40.

724- Pusey, A: The history of Dermatology. Springfield, Illinois, 1979. (2ª edición).

725- Ibid. p 83.

726- Ibid. p 173.

727- Quintana Duque, J: Primeras impresiones del tratamiento de la sífilis con el 606, en los casos del hospital militar de Madrid. Actas Dermosifiliográficas 1911;2:41-52.

728- Ratera, J: Un caso de epitelioma vegetante curado por radioterapia. Actas Dermosifiliográficas 1911;2:327-8.

729- Ratera, J: Un caso de prurito generalizado tratado por radioterapia. Actas Dermosifiliográficas 1911;2:421-5.

730- Ratera, J: Un caso de talalgia blenorrágica, tratado por radioterapia. Actas Dermosifiliográficas 1911;2:388-92.

731- Ratera, J: Dos casos de lupus tuberculosos tratado por radioterapia. Actas Dermosifiliográficas 1911;2:397-9.

732- Ratera, J: Enfermedad de Paget curada por radioterapia. Actas Dermosifiliográficas 1911;2:457-9.

733- Ratera, J: Epiteliomas quísticos benignos, curados por radioterapia. Extenso epitelioma cutáneo ulcerado Actas Dermosifiliográficas 1911;2:464-6.

734- Ratera, J: Radiumterapia en dermatología. Actas Dermosifiliográficas 1927;19:91-109.

735- Ratera, J; Ratera, S: La roentgenterapia en dermatología. Actas Dermosifiliográficas 1926;17:219-46.

736- Ribera Pibernat, M: El resurgimiento de la sarna noruega. Piel 1991;6:45-6.

737- Richter, P: Geschichte der Dermatology. En: Jadassohn J, Bloch B, Buschke A et al (eds): Handbuch der haut und geschlechtskankenheiten. Julius Springer. Berlín, 1929. Volumen XIV/2, pp 1-252.

738- Riera, J: La inoculación de la viruela en la España Ilustrada. Universidad de Valladolid, 1987.

739- Riera, J: Los textos quirúrgicos españoles en la segunda mitad del siglo XVIII. Cuadernos de Historia de la Medicina Española 1966;5:77-128.

740- del Río, E: Las lesiones cutáneas en los grabados de "Banquete de Nobles Caballeros" de Luis Lobera de Ávila. Piel 1993;8:220-3.

741- del Río, E; Vázquez Veiga, H: Los poemas sifiliográficos de don Francisco López Cerezo, Piel 1993;8:488-93.

742- del Río de la Torre, E; García Pérez, A: El Atlas de enfermedades venéreas del Dr. José Díaz Benito (1864). Piel 1992;7:224-8.

743- del Río, E; García Pérez, A: Gaspar Casal y el Mal de la rosa. Piel 1991;6:262-6.

744- del Río, E; García Pérez, A: Juan de Azúa y la reglamentación sanitaria de la prostitución. Piel 1991;6:472-4.

745- del Río-Hortega, P; Álvarez Cascos, M: Variedades histológicas del cáncer de piel. En: Anónimo: Congreso Internacional Monográfico sobre el Cáncer de Piel. Volumen I. Ponencias-Comunicaciones-Discusiones. Tipografía Occitania, Barcelona, 1929, pp 110-130.

746- Rubio, F: Lámina IV del grupo de dermatosis cancroideas. Pseudocancroide. En: Olavide, JE: Dermatología General y Clínica Iconográfica de las Enfermedades de la Piel o Dermatosis. Imprenta de T. Fortanet, Madrid, 1871 y 1873 ¿a 1881? (sin página).

747- Russell, BF: Case for diagnosis. Granulomatous mycosis? squamous carcinoma. British Journal of Dermatology 1953;65:378.

748 -Sainz de Aja, EA: Avisos sanitarios y consejos. Ecos Españoles de Dermatología y Sifiliografía 1929-30;5:13-17.

749- Sainz de Aja, EA: La beneficencia provincial de Madrid. Datos de su historia, 1861-1961. Hospital General 1962;2:5-9.

750- Sainz de Aja, EA: Dos casos de síndrome de Guillain-Thaon. Actas Dermosifiliográficas 1909;1:70-3.

751- Sainz de Aja, EA: Discurso leído en la reunión de clausura del Colegio Iberolatinoamericano de Dermatología (octubre, 1953). En: Sainz de Aja, EA: Evolución de la Dermosifiliografía en la primera mitad del siglo XX. Imprenta provincial, Madrid, 1954, pp 101-5.

752- Sainz de Aja, EA: "Elementos de dermatología" por José Sánchez Covisa y Julio Bejarano. Madrid, 1936. Actas Dermosifiliográficas 1936;28:530-2.

753- Sainz de Aja, EA: Epitelioma inoperable curado con radio. Actas Dermosifiliográficas 1921;12:59-60.

754- Sainz de Aja, EA: Epitelioma ulceroso recidivado curado por el radio. Actas Dermosifiliográficas 1918;9:116-22.

755- Sainz de Aja, EA: Estadística y conclusiones del tratamiento de las enfermedades cutáneas y venéreas por los baños de luz ultravioladas en el trienio 1916-1917-1918. Actas Dermosifiliográficas 1918;9:224-40.

756- Sainz de Aja, EA: Evolución de la dermosifiliografía en la primera mitad del siglo XX. Imprenta Provincial, Madrid, 1954.

757- Ibid. p 5.

758- Ibid. p 6.

759- Ibid. pp 6-7.

760- Ibid. p 9.

761- Ibid. p 11.

762 -Ibid. p 39.

763 -Ibid. p 55.

764 -Sainz de Aja, EA: Hechos positivos de relación entre las enfermedades de la piel y endocrinas. Actas Dermosifiliográficas 1924;15:182-270.

765- Sainz de Aja, EA: El Hospital de San Juan de Dios de Madrid (1898-1953). Actas Dermosifiliográficas 1953;43:681-7.

766- Sainz de Aja, EA: El Hospital de San Juan de Dios de Madrid (1898-1953). En: Sainz de Aja, EA: Evolución de la dermosifiliografía en la primera mitad del siglo XX. Imprenta Provincial, Madrid, 1954. pp 89-95.

767- Sainz de Aja, EA: Indicaciones de los bismúticos y derivados en el tratamiento de la sífilis, Javier Morata editor, 1929.

768- Sainz de Aja, EA: José Sánchez-Covisa. Actas Dermosifiliográficas 1944;36:3-7.

769- Sainz de Aja, EA: Don Juan de Azúa Suárez (1858-1922). Apuntes para su historia. Hospital General 1962;2:175-6.

770- Sainz de Aja, EA: La linfogranulomatosis inguinal subaguda o cuarta enfermedad venérea. Sin editorial, Madrid, 1946.

771- Sainz de Aja, EA: La luz violeta como tratamiento de dermatosis superficiales. Actas Dermosifiliográficas 1918;9:85-88.

772- Sainz de Aja, EA: Medio siglo (1908-1958), en la dermosifiliografía. Medicamenta 1959;33:91-5.

773- Sainz de Aja, EA: Notas prácticas de terapéutica dermatológica. Administración de la Revista de Medicina y Cirugía Practicas, Madrid, 1914.

774- Sainz de Aja, EA: A nuestros lectores. Actas Dermosifiliográficas 1937;29:3-5.

775- Sainz de Aja, EA: De las peritonitis por perforación intraperitoneal del aparato digestivo. Imprenta de "Alrededor del Mundo", Madrid, 1915.

776- Sainz de Aja, EA: Proyecto de organización de la enseñanza, ejercicio e instituciones dermosifiliográficas en España. Actas Dermosifiliográficas 1934;26:872-80.

777- Sainz de Aja, EA; La reacción de aclaramiento de Meinicke (M. Ki. R.): Modificaciones perosnales y estudio comparativo de 4.000 sueros. Actas Dermosifiliográficas 1930;22:505-11.

778- Sainz de Aja, EA: Sarna: Datos estadísticos. Actas Dermosifiliográficas 1929;22;177-80.

779- Sainz de Aja, EA: El salvarsán en el tratamiento de la sífilis de los niños. Imprenta y librería de Luis Moya, Madrid, 1919.

780- Sainz de Aja, EA: Sífilis, blenorragia y matrimonio. Calpe, Madrid, 1920.

781- Sainz de Aja, EA: La sífilis y las gangrenas de los miembros por endarteritis obliterantes. Imprenta del sucesor de Enrique Teodoro, Madrid, 1928.

782- Sainz de Aja, EA: De terapéutica dermatológica. Editorial EMS, Barcelona, 1941.

783- Sainz de Aja, EA: Terapéutica de enfermedades de la piel por el radio. Actas Dermosifiliográficas 1918;9:184-90.

784- Sainz de Aja, EA: Terapéutica de enfermedades sexuales. Editorial Orbis, Barcelona, 1941.

785- Sainz de Aja, EA: Lo que todo el mundo debe de saber sobre la sífilis. (sin editorial), Madrid, 1946.

786- Sainz de Aja, EA: Tratamiento de eczemas con radio. Actas Dermosifiliográficas 1918;9:122-5.

787- Sainz de Aja, EA: Tratamiento de la calvicie seborreica por los rayos ultraviolados. Actas Dermosifiliográficas 1918;9:89-92.

788- Sainz de Aja, EA: Tratamiento de la sífilis por el dioxidiaminoarsenobenzol. Actas Dermosifiliográficas 1911;2:96-8.

789- Sainz de Aja, EA: Tratamiento de la sífilis por inyecciones de 606 en forma de suspensión neutra. Actas Dermosifiliograficas 1911;2:91-6.

790- Sainz de Aja, EA: Tratamiento de las enfermedades de la piel. Editorial Labor, Barcelona, 1930.

791- Ibid p 41.

792- Ibid. p 90.

793- Sainz de Aja, EA: Tratamiento de las enfermedades de la piel por el radio. Madrid, Saturnino Calleja, 1921.

794- Sainz de Aja, EA: Tratamiento de las enfermedades de la piel con el radio. Estadística y resultados del año 1917-8. Actas Dermosifiliográficas 1918;10:66-90.

795- Sainz de Aja, EA: Tratamiento de las enfermedades de la piel por los rayos ultravioleta. Actas Dermosifiliográficas 1917;8:267-74.

796- Sainz de Aja, EA: Tratamiento del lupus tuberculoso. (Ponencia al Primer Congreso Español de Medicina). Actas Dermosifiliográficas 1918;10:103-59.

797- Sainz de Aja, EA: Valor de la fototerapia en los acnés. Actas Dermosifiliográficas 1918;9:92-5.

798- Sainz de Aja, EA; Bertoloty, R: Curso de terapéutica dermatológica y de diagnóstico y terapéutica de gonococia. Actas Dermosifiliográficas 1929;21:665-7.

799- Sainz de Aja, EA; Forns, M: Epiteliomas y radio. Actas Dermosifiliográficas 1921;12:50-4.

800- Sainz de Aja, EA; Puyou, R: Estudio estadístico de frecuencia, durante veinte años (1908-28) de chancros venéreos. Actas Dermosifiliográficas 1929;21:615-8.

801- Sainz de Aja, EA; Puyou, R: Estudio estadístico de frecuencia, durante veinte años (1908-28) de chancros venéreos. Ecos Españoles de Dermatología y Sifiliografía 1929:4:643-6.

802- Sainz de Aja, EA; Serrano, M: Cinco años de práctica de medicación salvarsánica. Actas Dermosifiliográficas 1915;7:81-100.

803- Ibid. p 95.

804- Sánchez Rubio, E: Progresos científicos en España. Clínica dermatológica del doctor Olavide. El Pabellón Médico 1866;6:524-6.

805- Doctor Sangredo: Conferencias en el Museo del Hospital de San Juan de Dios. El Doctor Sangredo 1884;2:227-31.

806- Doctor Sangredo: (Las figuras de mi galería). El Doctor Olavide. El Doctor Sangredo 1884;2:181-3.

807- Sanjuán, M: Lámina XXIV del grupo de dermatosis sifilíticas. Gomas de la flexura del brazo y regiones subclavia y costal: tumor en

la región lumbar de naturaleza dudosa. En: Olavide, JE: Dermatología General y Clínica Iconográfica de las Enfermedades de la Piel o Dermatosis. Imprenta de T. Fortanet, Madrid, 1871 y 1873 ¿a 1881?. (sin página).

808- Schnalke, Th: A brief histoy of the dermatologic moulage in Europe. Part I. The origin. International Journal of Dermatology 1988;27:134-9.

809- Schnalke, Th: A brief histoy of the dermatologic moulage in Europe. Part II. Breakthrough and rise. International Journal of Dermatology 1992;31:134-41.

810- Schnalke, Th: A brief histoy of the dermatologic moulage in Europe. Part III. Prosperity and decline. International Jornal of Dermatology 1993;32:453-63.

811- Schnalke, Th: Joseph Towne, british pioneer of wax dermatologic Modeling. The American Journal of Dermatopathology 1989;11:466-72.

812- Shelley, WB; Shelley, ED: A Century of International Dermatological Congresses. An illustrated history 1889-1992. Parthenon publishing Group, New Jersey, 1992.

813- Ibid. p 24.

814- Ibid. p 25.

815- Ibid. p 32.

816- Ibid. p 37.

817.- Ibid. p 44.

818- Ibid. pp 48-50.

819- Serrano, M: Sociedad Española de Dermatología y Sifiliografía. Estado de caja durante el año 1909. Actas Dermosifiliográficas 1910;1:258-9.

820- Serrano, M; Nonell, J: Tratamiento de algunas dermatosis por la nieve de ácido carbónico. Modificiaciones aportadas al mismo. Actas Dermosifiliográficas 1909;1:117-28.

821- Serrano, M; Nonell, J: Tratamiento de algunas dermatosis por la nieve de ácido carbónico. (Segunda comunicación). Actas Dermosifiliográficas 1910;1:353-6.

822- Serrano, M; Sainz de Aja, EA: "606" y psoriasis. Actas Dermosifiliográficas 1911;2:98-102.

823- Serrano, M; Sainz de Aja, EA: El tratamiento de la sífilis por el "606". Revista de Medicina y Cirugía Prácticas 1910;34:409-22.

824- Serrano, M; Sainz de Aja, EA: tratamiento de la sífilis del sistema nervioso por Salvarsán. Actas Dermosifiliográficas 1911;2:86-91.

825- Sierra, X: el doctor Giné Partagás. Actualidad Dermatológica 1994;23:599-607.

826- Sierra, X: Historia de la Dermatología. MRA creación y realización editorial, Barcelona, 1994.

827- Sierra, J: Justificación de la historia de la dermatología. Piel 1994;9:369-70.

828- Solente, G: Le Musée de l'Hôpital de Saint-Louis. American Journal of Dermatopathology 1983;5:483-9.

829- Su, WPD; Duncan, SC; Perry, HO: Blastomycosis-like pyoderma. Archives of Dermatology 1979;115:170-3.

830- Suárez de Ribera, F: Teatro de la Salud o Experimentos Médicos. Imprenta de Francisco del Hierro, Madrid, 1726.

831- Taboada, M: Lámina I del grupo de escrofúlides pigmentarias. Melanodermia (enfermedad bronceada o enfermedad de Addison) En: Olavide, JE: Dermatología General y Clínica Iconográfica de las Enfermedades de la Piel o Dermatosis. Imprenta de T. Fortanet, Madrid, 1871 y 1873 ¿a 1881?. (sin página).

832- Tello Muñoz, F: Discurso del Ilmo. Sr. Dr. D. Francisco Tello y Muñoz en contestación al precedente. En: Covisa, JS; Tello Muñoz, F: Discursos leídos en la Real Academia de Medicina para la recepción pública del académico electo Sr. Dr. D. José Sanchez-Covisa. Establecimiento Tipográfico, Madrid, 1928. pp 61-72.

833- Ibid. p 61.

834- Ibid. p 62.

835- Ibid. p 63.

836- Ibid. p 64.

837- Ibid. pp. 64-5.

838- Ibid. p 65.

839- Terrada Ferrandis, ML: La doctrina de la fibra y la utilización del microscopio en la España de la segunda litad del siglo XVIII. Archivo Iberoamericano de Historia de la Medicina y Antropología Médica-Asclepio 1966-7;18-19:553-78.

840- Thyresson, N: Dermatology through the centuries. A exhibition from the Waller collection. Uppsala Universitet, 1986.

841- Tillès, G: La naissance de la dermatologie. Roger Dacosta, París, 1989.

842 -Tillès, G; Wallach, D: 22 de juin 1889. Fondation de la Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie. Annales de Dermatologie et de Vénéréologie 1989;116:965-72.

843- Toledo, F: Cuarto Congreso Internaciona de Dermatología y Sifiliografía. Revista Española de Dermatología y Sifiliografía. 1900;2:529-60.

844- Tommasoli: Ueber eine fall von epithelioma verrucosum abortivum nebst einen beitrage zum studium der psorospermosen. Archiv für Dermatologie und Syphilis 1894;26:49. (Citado por Azúa y Sala (210), p 21.)

845- Torres, JM: Los orígenes de la fotografía en dermatología. Las primeras fotografías sobre dermosifiliografía. Imagen Científica 1989;1:13-20

846- Torres Martínez, JM: Historia de la fotografía dermatológica: las primeras fotografías sobre dermosifiliografía. Piel 1993;8:316-25.

847- Uruñuela, J: Estudio preliminar. En: Plenck J: Tratado de enfermedades cutáneas. Madrid, Imprenta Real, 1798. (edición facsímil realizada por los Laboratorios Isdín). Barcelona, Talleres Renacimiento, 1978.

848- Valladares Roldán, R: Hospital Provincial de Madrid. Diputación Provincial de Madrid, Madtid, 1979.

849- Ibid. p 29.

850- Ibid. p 33.

851- Ibid. p 35.

852- Ibid. p 36.

853- Ibid. p 37.

854- Ibid. p 87.

855- Vázquez Veiga, HA; del Río, E; Martínez Couceiro, S; Becerra, E: Piodermitis chancriforme de Covisa y Bejarano. XXIII Congreso Nacional de Dermatología y Sifiliografía. Madrid, 16-18 de junio de 1994. Libro de resúmenes. Sección Regional Centro de la AEDV, Madrid, 1994, p 194.

856- Vicente, J: Tratado de las enfermedades herpéticas externas e internas y de las sifilíticas. Clasificación de todas las afecciones cutáneas. Fortanet, Madrid, 1865.

857- Ibid. p 17.

858- Villarejo, L: (La enseñanza de la dermosifiliografía en España). La cátedra del doctor Covisa. Ecos Españoles de Dermatología y Sifiliografía 1928;3:301-13.

859- Villarejo, L: (La enseñanza de la dermosifiliografía en España). La Clínica del doctor Gimeno. Ecos Españoles de Dermatología y Sifiliografía 1928;3:387-90.

860- Villarejo, L: (La enseñanza de la dermosifiliografía en España). La Clínica del doctor Sainz de Aja. Ecos Españoles de Dermatología y Sifiliografía 1928;3:609-17.

861- Villarejo L: El doctor Covisa, profesor de Dermatología y Sifiliografía de la Universidad Central. Ecos Españoles de Dermatología y Sifiliografía 1926;2:673-4.

862- Villarejo L: Para la lucha antivenérea. Ecos Españoles de Dermatología y Sifiliografía 1926;1:214-7.

863- Villarejo, L: (Editoriales). Después de unas oposiciones. Ecos Españoles de Dermatología y Sifiliografía. 1930;5:191-2.

864- Wallach, D: Ann. Dermatol. Syph. 1868;1:1(sic) (Editorial). Annales de Dermatologie et de Vénéréologie 1994;121:787-91.

865- Wallach, D; Tillès, G: First International Congress of Dermatology and Syphilology. Paris, Aug. 5-10, 1889. Journal of the American Academy of Dermatology. 1992;26:995-1001.

866 -White, C; Weidman, FD: Pseudoepiteliomatous hyperplasia at the margin of cutaneous ulcers. JAMA 1927;88:1959-63.

867- Wilson-Jones, E; Winkelman, RK: Superficial granulomatous pyoderma: a localized vegetative form of pyoderma gangrenosum. Journal of the American Academy of Dermatology 1988;18:511-21.

868- Williams, HM jr; Stone, OJ: Blastomycosis-like pyoderma: case report of unusual entity with response to curettage. Archives of Dermatology 1966;93:226-8.

869- Würst Berdaguer, F: El Congreso Internacional Monográfico del Cáncer de la Piel. Ecos Españoles de Dermatología y Sifiliografía 1929;5:67-112.

870- Ibid. pp 86-7.

871- Yaffee, HS: localized blastomycosis-like pyoderma ocurring in a tattoo. Archives of Dermatology 1960;82:99-100.

872- Von Zumbusch, L: Atlas de la sífilis, Saturnino Calleja, Madrid, 1933.

6.-FIGURAS



Fig. 1. Retrato de Gaspar Bravo de Sobremonte. Uno de los libros médicos de este autor, publicado con sus obras completas en Lyon en 1684, se tituló "Promptuarium Practicum, De Morbis Turpidunem Inducentibus Humano Corporis. Pro Tyronybus". En él se estudiaban algunas afecciones del cuero cabelludo como la calvicie común, la alopecia, la tiña, la plica polaca, la canicie, los parásitos de la piel y algunas anomalías en la distribución del vello.



LIBRO SEGUNDO.

DE LOS EXPERIMENTOS, QUE pueden vencer à las afecciones cutaneas.

Supongo que las afecciones cutaneas, vnas son vniverſales, como la ſarna, lepra, &c. y otras particulares, como la tiña, el lactumen, &c. y ſiendo mi animo principiar por la ſarna, debo advertir, que ſon muchos los remedios que contra eſta infeccion andan vagando por el mundo, pues no ay vieja, ni hombre el mas inferior, que no exclame ſu arcano, y lo eleve quanto pueda, ſin reparar, que muchos de ſus arcanos no ſe pueden aplicar vniverſalmente: eſto es, ni à todas naturalezas, ni tocando à todo el cuerpo, porque de muchos ſe deben guardar los ojos, la boca, el vientre, y partes pudendas, como ſe dirà adelante.

CA

Fig. 2. Comienzo del libro segundo de "Teatro de la Salud" de Suárez de Ribera (Madrid, 1726). Este libro se titula "De los experimentos que pueden vencer las afecciones cutáneas". Los seis capítulos que lo componen están dedicados a los tratamientos de la sarna, los empeines, la lepra, las pústulas y morfea, el lactumen y de la tiña.



Fig. 3. Copia de la partida de nacimiento de Gaspar Casal. Fue encontrada en el libro de bautismos de la iglesia de Santa Susana de Mercadal de Girona por Tomás Noguer, archivero diocesano, a instancias de los dermatólogos Vila Sabater y Peyrí Rocamora. Este importante documento se perdió durante la guerra civil española y ésta es la única copia publicada.



Fig. 4. Este grabado del libro de Casal "Historia Natural y Médica del Principado de Asturias" (Madrid, 1762) representa las lesiones cutáneas de la pelagra. La figura se apoya levemente sobre un tronco situado a su espalda y su derecha. Las lesiones cutáneas parecen añadidas de forma artificial a la perfección clásica de un cuerpo de aspecto francamente sano.

La presencia de tronco de árbol se explica por la imitación formal que el autor del grabado hace de las piezas escultóricas clásicas, en las que la figura humana apoyada apenas sobre sus pies mostraría escaso equilibrio.

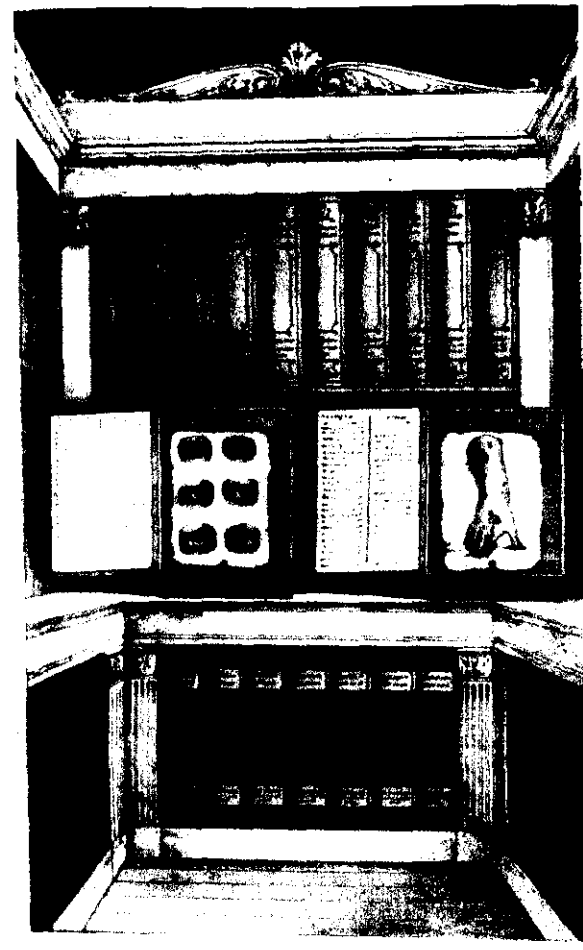


Fig. 5. Doscientas piezas de la colección de piezas anatómicas de cartón-piedra de Thibert fueron adquiridas por la Facultad de Medicina en 1847 a un coste de 7.425 francos. En la actualidad, no se conserva ninguna de estas piezas.

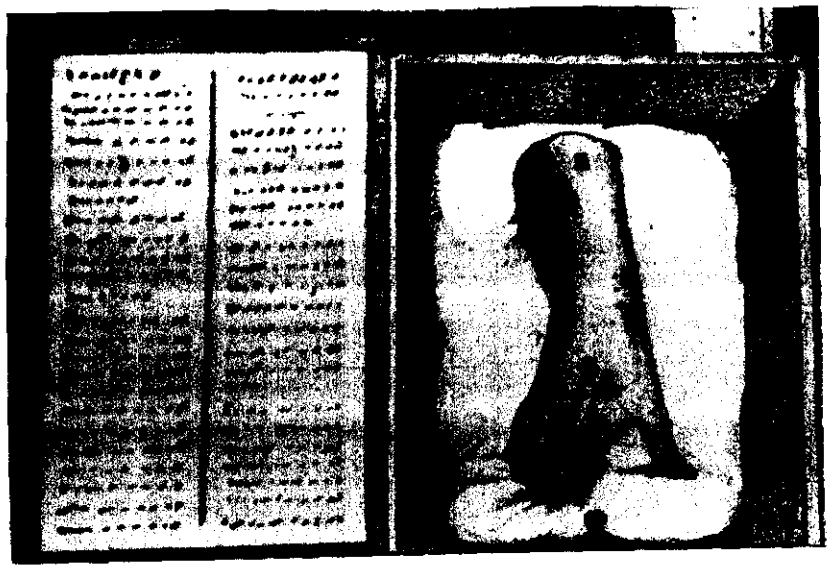


Fig. 6. Detalle del grabado anterior. En él se observa una caja conteniendo una pieza anatómica, sobre un fondo de lienzo o gasa. A la derecha, formando la cara interna de la tapa de la caja, se ve la lámina explicativa, aunque resulta indescifrable a la escala a la que está representada por el autor.

El grabado parece indicar un cierto relieve de las lesiones representadas en el dorso de la mano y en el antebrazo, especialmente en este último, que el autor del grabado quiso representar con las sombras dispuestas a la izquierda. Es difícil decidir si este relieve es sobreelevado -pápulas y placas- o si es deprimido -erosiones y úlceras-. Más difícil aún es opinar sobre por la afección dermatológica representada. Se nos antoja, sin embargo, muy plausible la hipótesis de que se tratase de una psoriasis en placas.



Fig. 7. Grabado realizado por Antonio Salamanca para el libro de Juan Valverde de Hamusco "Historia de la composición del cuerpo humano" (Roma, 1556). En él se refleja la escasa importancia que los anatomistas concedían a la piel, un órgano tan asequible a la inspección directa in vivo. Entonces el interés fundamental era el conocimiento de las estructuras internas.

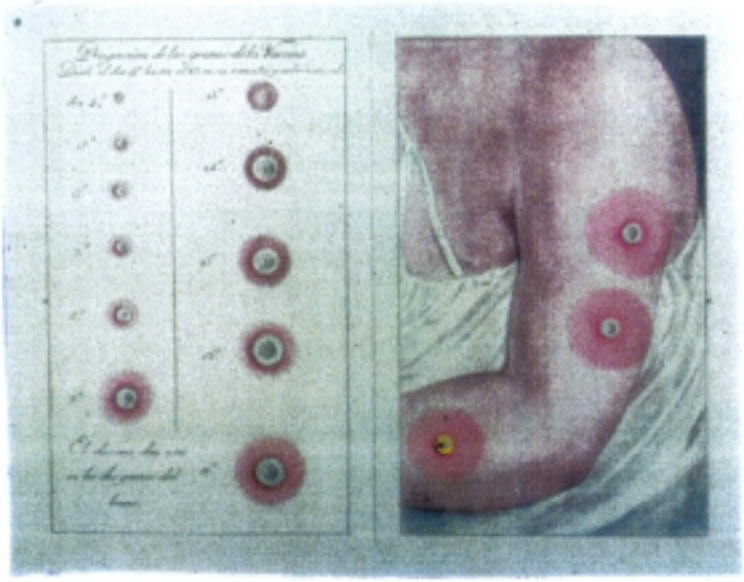


Fig. 9. Grabado de la versión en castellano del libro de Moreau de la Sarthe "Tratado histórico y práctico vacuna", traducido por Francisco Xavier de Balmis (Madrid, 1803). Este libro contaba con una amplio estudio preliminar de este autor en el que se comprueba sobradamente su gran conocimiento de la enfermedad. Balmis sería, un año después de la publicación de este libro, el principal protagonista de la "Real Expedición Filantrópica de la Vacuna" que llevó la vacunación antivariólica a América y Filipinas.

La versión española de este libro francés contaba con dos grabados originales. Uno era un retrato de Jenner. El otro era esta lámina titulada "Progresión natural de los granos de la Vacuna desde el día 4° hasta el 15 en su tamaño y color natural". El autor de ambos grabados fue el valenciano Juan Ximeno Carrera. Hasta donde sabemos, ésta es la primera ocasión en la que el color se incorpora a un grabado médico español.



Fig. 8. Grabado del "Banquete de Nobles Caballeros" de Lobera de Ávila (Ausburgo, 1530). Se observa un paciente que muestra una pierna tumefacta, con úlceras y nódulos, apoyada en una silla. Podría representar tanto una dermatosis aguda -p. ej. una celulitis ampollosa- como los cambios crónicos asociados a la insuficiencia valvular venosa de miembros inferiores, en la que a menudo se ve eczema y úlceras paravaricosas.

El autor del grabado, cuyo nombre probablemente es el que aparece bajo la ventana -Testilio- perteneció a la escuela artística de Ausburgo. Éste también podría ser el nombre del médico representado. Sea de una u otra manera, este grabado parece ser la primera representación impresa de una lesión dermatológica en la literatura médica española.



Fig. 10 (izquierda). Grabado del "Atlas de Enfermedades Venéreas y Sifilíticas" de José Díaz Benito y Angulo (Madrid, 1864). En la segunda mitad del siglo XIX la técnica cromolitográfica ganó en calidad y supuso una mejora importante en la fidelidad de representación de las lesiones cutáneas.

En este caso parece tratarse de un linfogranuloma venéreo.

Fig. 11 (inferior izquierda). Fotografía publicada en la "Revista Especial de Oftalmología, Dermatología, Sifiliografía y Afecciones Urinarias" (página 116 del tomo II, año 1880).

La inserción de copias fotográficas originales realizadas normalmente en papel de albúmina y pegadas una a una a las páginas del texto o como lámina independiente fue el siguiente avance en la ilustración médica en general y dermatológica en particular.

El autor de la fotografía aquí recogida es F. Íñiguez. El título de la misma "Molluscum pendulum" representa claramente una neurofibromatosis tipo I (Von Recklinghausen). Precisamente esta fotografía se publicó poco antes de que este autor diese a conocer el famoso trabajo de la enfermedad que hoy lleva su nombre.

Fig. 12 (inferior derecha). La fotografía aquí recogida se encuentra e el libro de Giné Partagás "Dermatología Quirúrgica" (Barcelona, 1880). Bajo ella aparece el epígrafe "Eczema impetiginoso herpético de las piernas". Las lesiones se destacan con un color verde sobreañadido a la fotografía a la albúmina pegada directamente sobre la página del libro. En este caso, más que reflejar el color real de las lesiones cutáneas, el autor pretendía quizás destacarlas sobre el resto de la imagen.







Fig. 13. Esta curiosa imagen aparece en la página 78 del primer volumen de "Actas Dermosifiliográficas" del año 1909. Representa el cadáver de un feto con una impresionante ictiosis congénita. Se trata de un caso presentado por Juan de Azúa a las reuniones de la "Sociedad Española de Dermatología y Sifiliografía" que se celebró el día 1 de julio de 1909. Azúa tituló su presentación "Hiperkeratosis universal congénita maligna. (Ictiosis fetal: keratosis maligno congénito, etc)". Hasta donde sabemos es el primer fotograbado de la literatura médica española que representa una patología dermatológica.



Pénfigo Foliaceo.

Fig. 14. Este fotograbado se encuentra en el número 4 de "Ecos Españoles de Dermatología y Sifiliografía" y data de enero de 1926. Representa una hemicara y hemitronco superior izquierdos y ambos antebrazos y codos de un enfermo con un pénfigo foliáceo. Es una de las piezas de cera del museo de lesiones dermatológicas del Hospital de San Juan de Dios. Procede de la clínica del doctor Bejarano. Es uno de los primeros fotograbados en color de la literatura dermatológica española. Su publicación respondía al afán del editor de "Ecos...", Luis Villarejo, de crear una pequeña colección de imágenes dermatológicas incluyendo una imagen en cada número de su revista.



Fig. 15. Lámina de la obra de Martín Martínez "Anatomía Completa del Hombre" (Madrid, 1728). Representa una delicada disección de la estructura estratigráfica de la piel y el tejido celular subcutáneo que recubre el tronco.



Fig. 17. En el ángulo superior izquierdo de la lámina de la figura 15 aparece esta imagen que quiere representar la estructura externa o interna de un peñón.

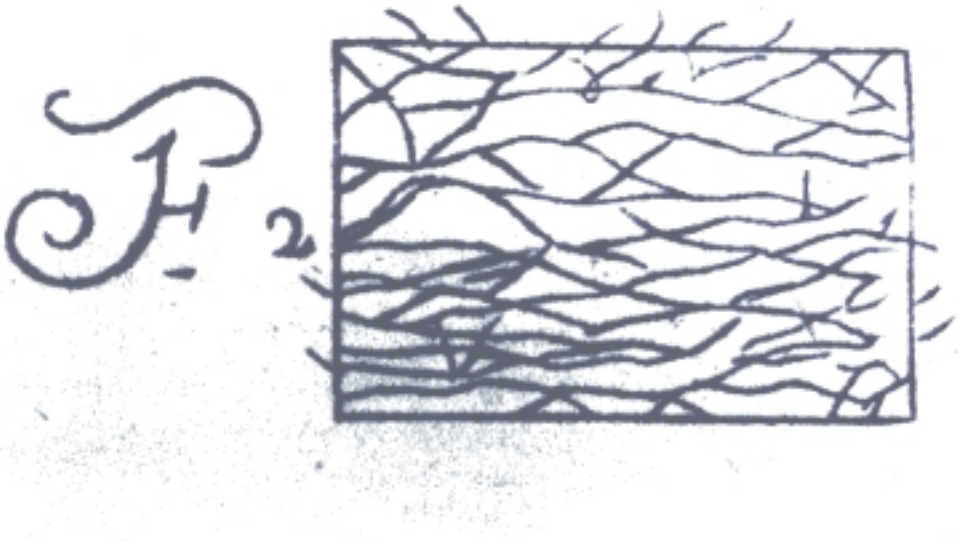


Fig. 16. En el ángulo superior derecho de la lámina anterior se representa una imagen de la estructura microscópica reticular de la piel, que se ve aquí a mayor detalle.



Fig. 18. Esta lámina, perteneciente a la "Dermatología General y Clínica Iconográfica de las Enfermedades de la Piel o Dermatosis" de Olavide (Madrid, 1871) ya representa con todo detalle la estructura de los anejos cutáneos.



Fig. 19. Plaza de Antón Martín representada en un grabado del siglo XVIII. Se observa en el centro la imponente fuente de la plaza. El edificio de la derecha es el Hospital de Antón Martín o de San Juan de Dios.



Fig. 20. Este fotograbado de la fachada del Hospital de San Juan de Dios apareció en la portada de todos los números de las revista "Ecos Españoles de Dermatología y Sifiliografía", desde 1925 hasta el final de su publicación en 1936.



Fig. 21. El aspecto de los pabellones del Hospital de San Juan de Dios era muy similar al que aún hoy se puede ver en algunas edificaciones vecinas que datan de la misma época, como el Colegio de la Paz, al cual corresponde esta fotografía.



Fig. 22. En la entrada al hospital por la calle del Dr. Esquerdo había una estatua de San Juan de Dios que fue destruida durante la guerra civil española. En mayo de 1943, se instaló allí una nueva estatua, realizada por el escultor Jacinto Higueras, en la cual figuraba la leyenda: "Mis amos y mis señores son los pobres". Hoy ya no está allí.



Fig. 23. Portada de "Revista Española de Dermatología y Sifiliografía". Esta revista dermatológica fue publicada por Luis del Portillo, su propietario y director, desde 1899. Fue una revista polémica, ya que Portillo la utilizó como medio de propaganda de su propia consulta, para la cual eligió el equívoco nombre de "Consulta de San Juan de Dios". Esto no fue bien visto por sus colegas y dio origen a una dura polémica entre Azúa y Portillo. Sin embargo, es la primera revista española netamente dermatológica.

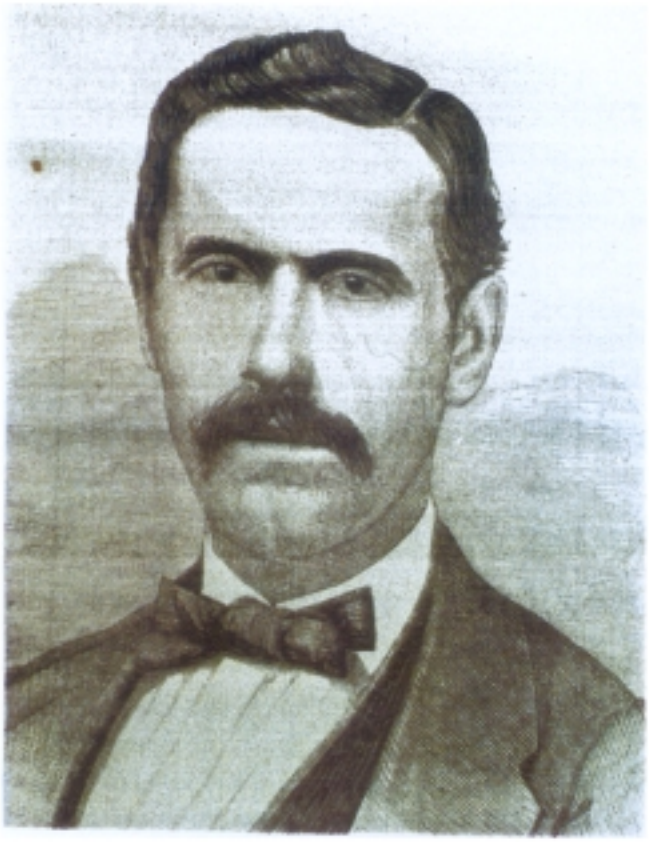


Fig. 24. Olavide en sus primeros años de profesión. Este grabado ilustra la biografía que López de la Vega publicó en el "Anfiteatro Anatómico Español" en 1874.



Fig. 25. Fotograbado de Olavide. Este retrato acompaña a la semblanza que Luis del Portillo realizó en "Revista Española de Dermatología y Sifiliografía" en 1901, con motivo del fallecimiento de Olavide.



Fig. 26. Esta graciosa caricatura fue realizada por el famoso dibujante Ramón Cilla para la revista médico-humorística "El Doctor Sangrado". Según cuenta el mismo editor, el dibujante tomó como modelo un grabado anterior. Comparándolo con la figura 24 está claro que éste fue el modelo. El "Atlas de horrores del cutis" representado por Cilla hace referencia obviamente a la "Dermatología General y Atlas de la Clínica Iconográfica de las Enfermedades de la Piel o Dermatosis".



Fig. 27. Lámina I del grupo de dermatosis pseudo-exantemáticas del "Atlas..." de Olavide, titulada "Erisipela aguda o pseudo-exantemática".

Fig. 28.- Fotograbado sobre papel cuché que ocupa toda una página del primer volumen de "Actas Dermosifiliográficas" de los años 1909-10. Representa dos de los modelados del Museo de San Juan de Dios, concretamente los números 283 y 329 de la colección. Bajo las piezas se lee el epígrafe: "Sarcomatosis cutánea idiopática pigmentaria hemorrágica. Tipo Kaposi."





Fig. 29. Grabado en blanco y negro de una sección histológica sobre la cromolitografía de una pieza de necropsia -un hígado afectado de lúes sistémica-. Esta figura pertenece a la "Dermatología General y Clínica Iconográfica de las Enfermedades de la Piel o Dermatosis" de Olavide. Al final de la descripción histológica figura el autor de la necropsia y estudio histológico, Federico Rubio y Gali.



Fig. 30. Caricatura de Mendoza realizada por Ramón Cilla para "El Doctor Sangredo".

Antonio Mendoza fue el principal protagonista del alto nivel científico y técnico que alcanzó el Laboratorio del Hospital de San Juan de Dios.

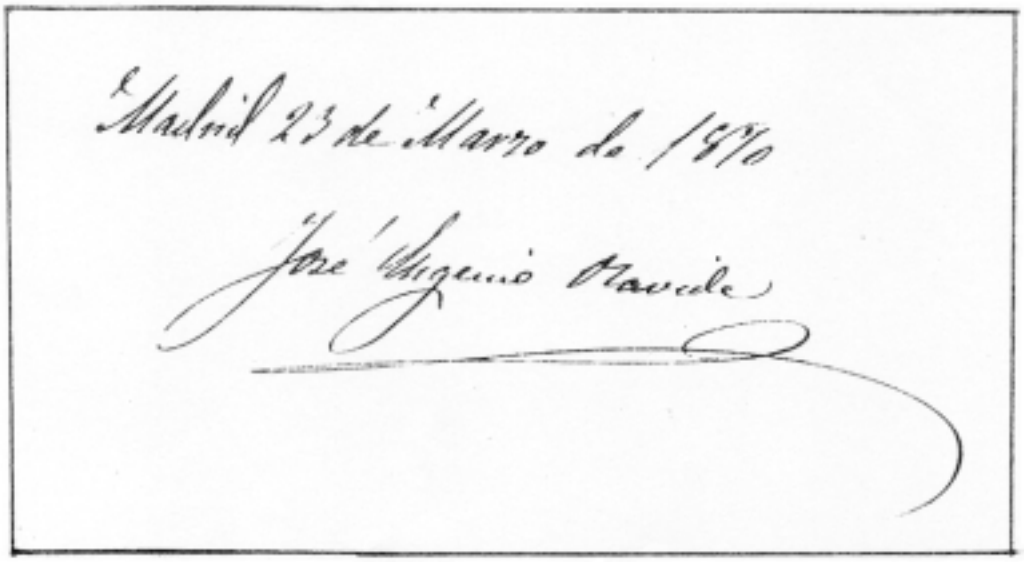


Fig. 31. Autógrafo de Olavide al final de su expediente de ingreso en la "Real Academia Nacional de Medicina".



Fig. 32. Lámina XII del "Atlas..." de Olavide, del grupo de dermatosis artificiales phyto-parasitarias, titulada "Tiña favosa transmitida del hombre al perro por inoculación o trasplantación". Esta lámina es la expresión artística de un trabajo experimental en el cual Olavide consiguió la inoculación de lesiones de favus de un paciente afectado a la piel de esta galga. En el apartado 3.3.7.4 se recoge la cita en la que Olavide comenta esta experiencia.



Fig. 33. Caricatura del siglo XIX, cuyo original se conserva en el museo de arte de Filadelfia. Parece la ilustración perfecta de la imagen representada por Olavide en su discurso de ingreso en la "Real Academia de Medicina" en la que critica con bastante humor las ideas que los "parasito-escépticos" se podían imaginar sobre el parasitismo vegetal.





Figs. 34 y 35. Azúa retratado en su juventud y en su madurez. El primero de estos fotograbado acompaña la serie de artículos que Fernández Gómez y Cubero escribieron sobre la vida del autor en "Ecos españoles de Dermatología y Sifiliografía". El segundo aparece en numerosas semblanzas del autor, por ejemplo, acompañando a su autobiografía en "Actas Dermosifiliográficas".

Fig. 36. Placa conmemorativa del primer aniversario del fallecimiento de Azúa, descubierta en sesión solemne del Ateneo de Alumnos Internos. Se encuentra en el Colegio de Médicos.





Fig. 37. Patricio Salazar fue designado para ocuparse de la docencia de la efímera Cátedra de Dermatología, creada en 1850 en la Universidad Central y lamentablemente suprimida en el siguiente curso. Fue, por tanto, el primer profesor universitario oficial de la especialidad en España.



Fig. 38. Orla del primer curso de la Especialidad Oficial de Dermatología y Sifiliografía, impartido por Juan de Azúa en el Hospital de San Juan de Dios en el año académico 1894-95.

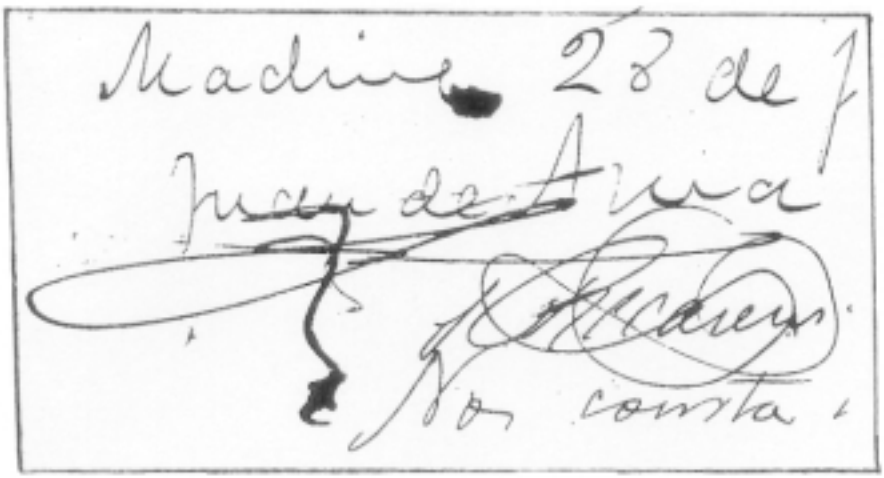
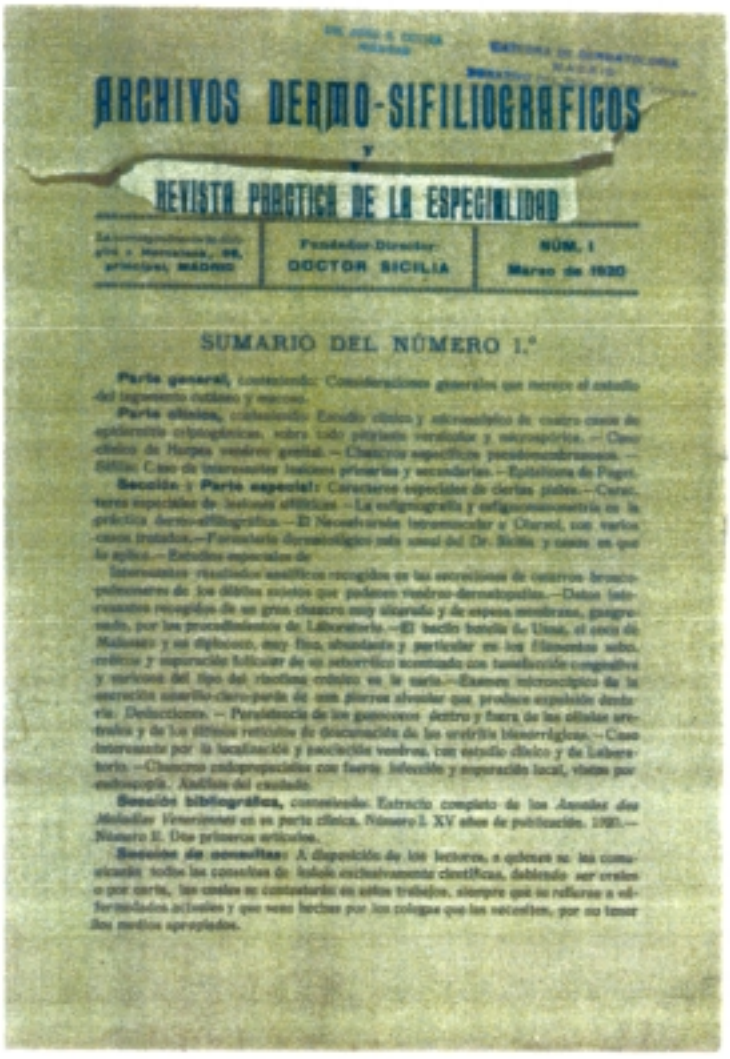


Fig. 39. Autógrafo de Azúa al final de su nominación a la "Real Academia Nacional de Medicina". Su firma aparece entrelazada con la de Recasens.



ARCHIVOS DERMO-SIFILIOGRAFICOS

Y

REVISTA PRACTICA DE LA ESPECIALIDAD

Fundador-Director: DOCTOR SICILIA

NÚM. 1 Marzo de 1920

SUMARIO DEL NÚMERO 1.º

Parte general, conteniendo: Consideraciones generales que merece el estudio del tegumento cutáneo y mucoso.

Parte clínica, conteniendo: Estudio clínico y microscópico de cuatro casos de epidermitis criptogénicas, sobre todo pitiriasis verdadera y micropírica. — Caso clínico de Herpes vesículo genital. — Chancros específicos pseudoextragenitales. — Sífilis: Caso de intersantes lesiones primarias y secundarias. — Epitelioma de Paget.

Sección 3.ª Parte especial: Caracteres especiales de ciertas pústulas. — Caracteres especiales de lesiones sifilíticas. — La esfigmografía y esfigmomanometría en la práctica dermo-sifiliográfica. — El Neosalvarsán intramuscular o Clarsol, con varios casos tratados. — Farmacopea dermatológica más usual del Dr. Sicilia y casos en que la aplica. — Estudios especiales de

Interesantes resultados sanificos recogidos en las secreciones de nuestros broncopulmonares de los difíles sujetos que padecen vesículo-dermatopatías. — Datos interesantes recogidos de un gran chancro muy ulcerado y de aspecto sombrío, gangrenoso, por los procedimientos de Laboratorio. — El bacilo fusiforme de Vincent, el cocco de Malassez y su diplococo, muy fino, abundante y particular en los filamentos sobre-orbitos y supuración folicular de un seborréico acompañado con tumefacción ganglionar y varicosa del tipo del rinofima orbitario en la sarta. — Examen microscópico de la secreción amarillo-clara-parda de una pústula alveolar que produce expulsión destructiva. Deducciones. — Persistencia de los gonococos dentro y fuera de las células uretrales y de los difíles retículos de descamación de las uretritis blenorrágicas. — Caso interesante por la localización y asociación vesículo, con estudio clínico y de Laboratorio. — Chancros endopreputiales con fuerte infección y supuración local, vistos por endoscopia. Análisis del contenido.

Sección bibliográfica, conteniendo: Extracto completo de los *Anales des Maladies Vénériennes* en su parte clínica. Número 1. XV años de publicación. 1920. — Número 2. Dos primeros artículos.

Sección de consultas: A disposición de los lectores, a quienes se les comunicarán todas las consultas de índole exclusivamente científicas, debiendo ser orales o por carta, las cuales se contestarán en estos trabajos, siempre que se refieran a enfermedades actuales y que sean hechas por los colegas que las necesiten, por su temor los medios apropiados.

Fig. 40. Portada de "Archivos Dermo-sifiliográficos y Revista Práctica de la Especialidad". Este es el único ejemplar que hemos podido localizar de esta revista creada por Felipe Sicilia. Aparece recortada la segunda línea del título "Revista Práctica de la Especialidad", pero se ve de nuevo en la primera página.

LÁMINA 3.ª PSEUDO EPITELIOMAS CUTÁNEOS AZÚA Y SALA

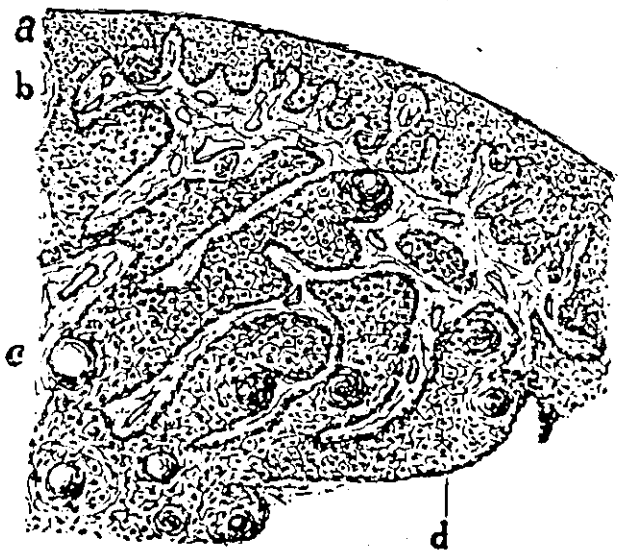


Figura 1.ª—Corte de tejido neoplásico.—Observación 1.ª

a Cuerpo de Malpighio, del cual arranca la neoformación epitelial que fácilmente puede seguirse hasta d. —En muchos sitios se observan globos epidérmicos; á veces, como ocurre en c por ej., con la parte interna keratinizada desprendida.

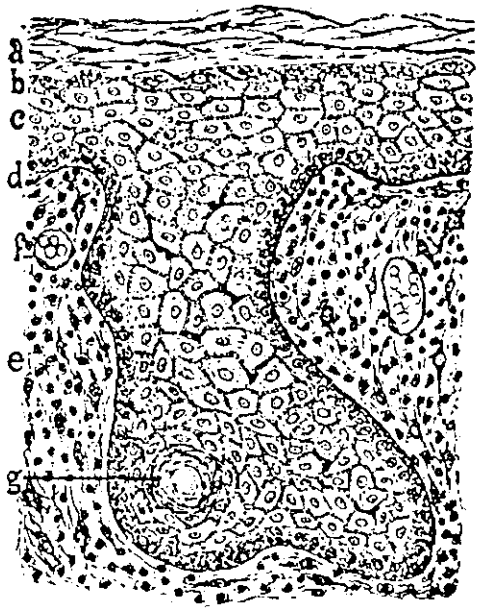


Figura 2.ª — Corte de tejido neoplásico de la nariz.— Observación 3.ª

a. Estrato córneo.—b. Estrato granuloso.—c. Estrato medio; y d. Estrato germinal ó profundo de Malpighio.—e. Dermis enormemente infiltrado de pequeñas células emigrantes.—f. Capilar.—g. Globo epidérmico.

Fig. 41. Grabados histológicos de dos casos de pseudoepiteliomas presentados por Juan de Azúa y Claudio Sala en su monografía que recoge la comunicación presentada al "II Congreso Español de Cirugía", titulada "Pseudo-epiteliomas cutáneos, un nuevo caso y descripción en conjunto de la enfermedad". Se representa una proliferación epitelial extendiéndose en cordones y profundizando en la dermis, formado globos córneos. Esta imagen -muy parcial- podría representar una hiperplasia pseudoepiteliomatosa o una variante de epitelioma espinocelular.

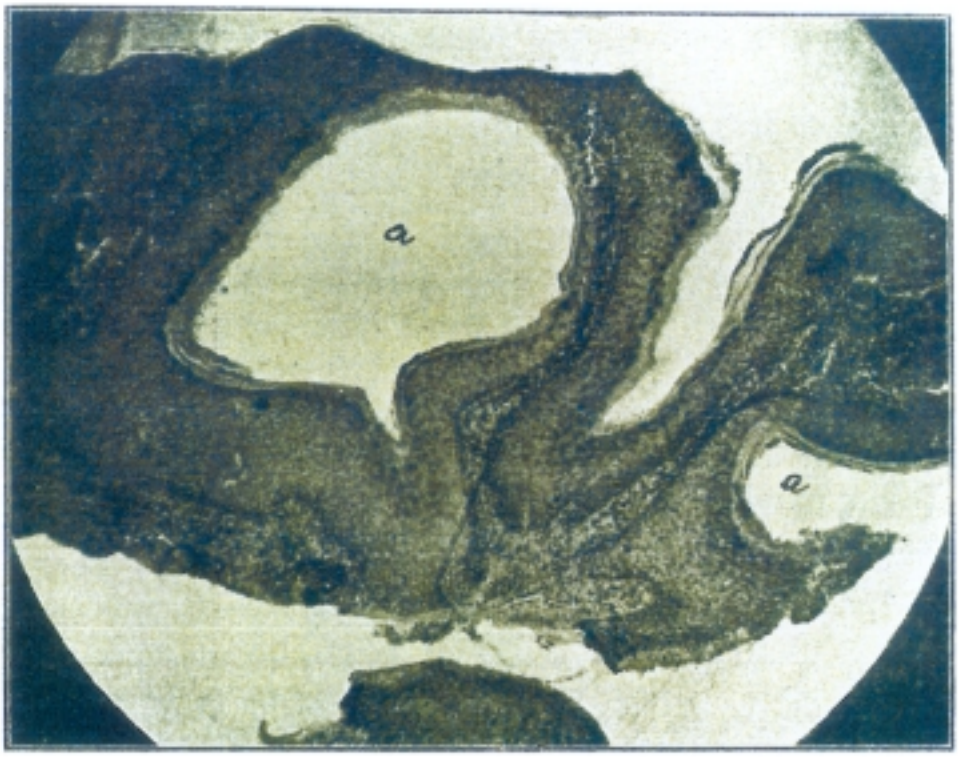
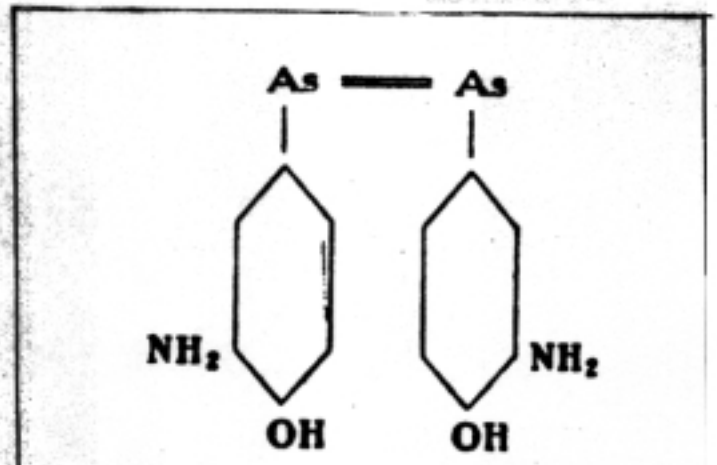
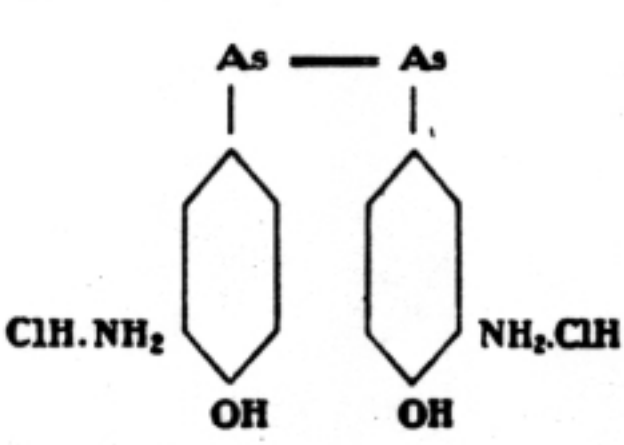
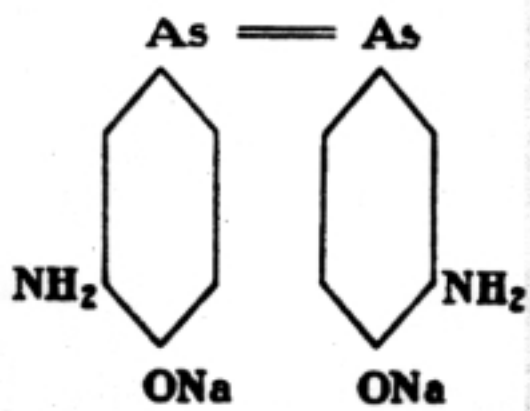


Fig. 42. Fotograbado de una imagen histológica de un caso de pseudoepitelioma publicado por Azúa en el primer volumen de "Actas Dermosifiliográficas", en la página 343. Al contrario que en las imágenes histológicas anteriores la imagen aquí presentada ilustra un crecimiento epitelial a expensas de los infudíbulos foliculares que sugieren claramente una hiperplasia pseudoepiteliomatosa.

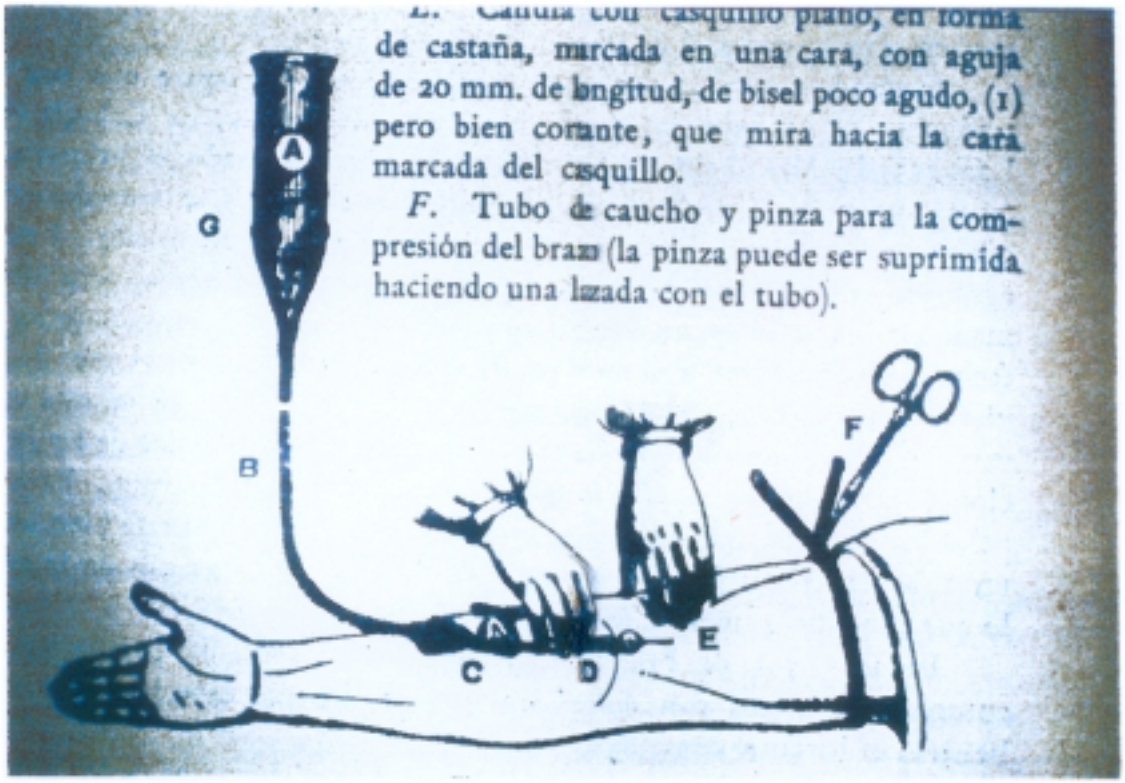
Curiosamente, el autor reconoce la relación de la lesión con los infundíbulos en el propio texto, pero niega el origen de la hiperplasia en éstos.

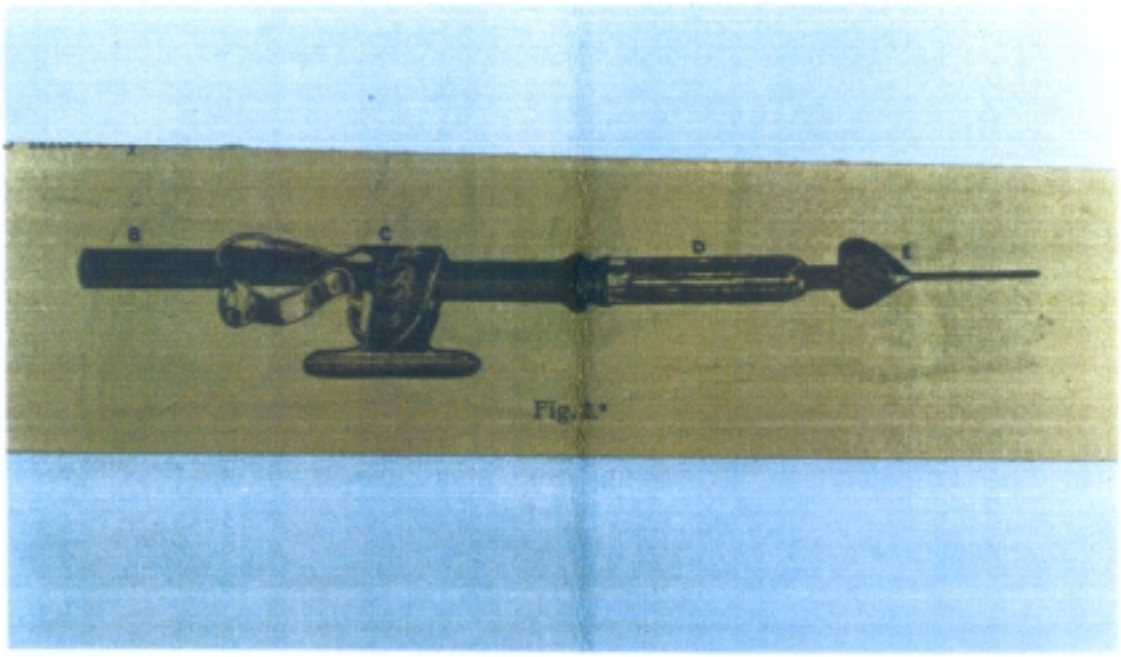






Figs. 43, 44 y 45. Fórmulas químicas del dioxi-diamino-arsenobenzol (izquiera), del clorhidrato derivado -el "606"- (inferior izquierda) y de la disódica del dioxi-diamino-arsenobenzol (inferior derecha).





Figs. 46 y 47. Este dispositivo fue diseñado por Azúa para la infusión intravenosa de la disolución del salvarsán. Como se ve, es un rudimento de los actuales sistemas de perfusión intravenosa.





Fig. 48 y 49. José Sánchez-Covisa. Ambos fotograbados se encuentran en "Actas Dermosifiliográficas". El primero se publicó en 1926, sobre papel normal, con motivo de su éxito en las oposiciones a la Cátedra de Dermatología que quedó vacante tras la muerte de Azúa. El segundo se publicó en 1944, en papel cuché, acompañando al acta de la sesión solemne celebrada por la "Academia Española de Dermatología" por el fallecimiento de Covisa.



Fig. 50. José Sánchez-Covisa (derecha) y Julio Bejarano (izquierda) en el retrato de grupo de "II Congreso de Dermatólogos de Lengua Francesa", celebrado en Estrasburgo en los días 25 a 27 de julio de 1923.



Fig. 51. Pequeño librito editado por Javier Morata en 1929 en la que se recogen dos conferencias pronunciadas ante el "Ateneo de Alumnos Internos de la Beneficencia Provincial". Una de ellas, la titulada "Síndromes ganglionares de origen venéreo" fue dictada por Covisa.

No se puede hablar de portada y contraportada ya que, según como se oriente el libro, cualquiera de las dos es la primera. De este original modo ambas conferencias se publicaban con igual valor.



Fig. 52. Fotograbado de las alteraciones neoplásicas inducidas experimentalmente en la piel de la oreja del conejo por pincelaciones repetidas de alquitrán. Esta imagen se encuentra en la página 278 del libro de Covisa y Bejarano "Elementos de Dermatología" (1936).





Figs. 53 y 54. Fotograbados de los primeros casos de piodermitis chancriforme observados por Covisa y Bejarano.

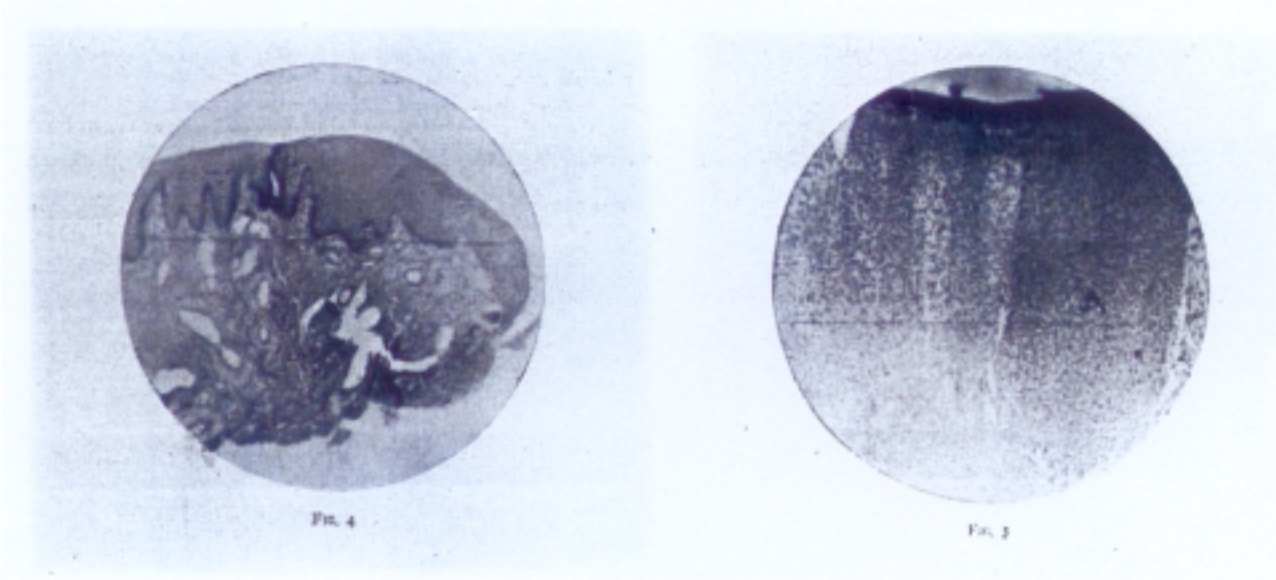


Fig. 55. Dos imágenes histológicas de los primeros casos de piodermitis chancriforme de Covisa y Bejarano. Los autores destacan la pronunciada acantosis y la elongación de las crestas. En la dermis observan un gran número de células plasmáticas mezcladas con polinucleares y mastocitos ("mastzellen").



Fig. 56. Piodermitis chancriforme afectando a un párpado. Es la primera imagen publicada de este tipo de dermatosis afectando a una zona no genital, lo cual ampliaba el espectro clínico de la entidad.



Fig. 57. Retrato de Sáinz de Aja en su clínica. Este fotograbado se publicó en 1928 en "Ecos Españoles de Dermatología y Sifiliografía".





Figs. 58 y 59. Epitelioma periorbitario antes y después del tratamiento con radioterapia. Estas en dos bellas imágenes complementan un trabajo de Ratera en los primeros números de "Actas Dermosifiliográficas".