

UN
MAESTRO
DE LA
DERMATOLOGÍA
ESPAÑOLA

JOSÉ EUGENIO
DE OLAVIDE



Joaquín Calap Calatayud
Jaime José Padrón Lleó
M^a Asunción Castilla Romero

UN MAESTRO
DE LA DERMATOLOGÍA
ESPAÑOLA

JOSÉ EUGENIO
DE OLAVIDE

UN MAESTRO
DE LA DERMATOLOGÍA
ESPAÑOLA

JOSÉ EUGENIO
DE OLAVIDE

JOAQUÍN CALAP, JAIME JOSÉ PADRÓN LLEÓ, M^a ASUNCIÓN CASTILLA

SERVICIO DE PUBLICACIONES
UNIVERSIDAD DE CÁDIZ
CÁDIZ, 1996

Edita: SERVICIO DE PUBLICACIONES DE LA UNIVERSIDAD DE CÁDIZ
Diseño y maquetación: CREASUR, S.L.

Printed in Spain. Impreso en España
ISBN: 84-7786-281-8
Depósito Legal: S. 903-1995

EUROPA ARTES GRÁFICAS, S.A.
37005 Salamanca

DEDICATORIA

A la memoria de D.José Eugenio de Olavide

A Rosa María Olavide Arizcun.

AUTORES

JOAQUÍN CALAP CALATAYUD

Catedrático de Dermatología de la Universidad de Cádiz

JAIME JOSÉ PADRÓN LLEÓ Y ASUNCIÓN CASTILLA ROMERO

Médicos asociados a la Cátedra de Dermatología de Cádiz

Ex-residentes del Instituto Barba Rubio de Dermatología en Guadalajara (Mexico)

PRÓLOGO

Prologar este libro sobre la vida e historia dermatológica de una de las mayores figuras de la medicina española ha sido un auténtico placer pues, una vez más, conforme leía las páginas que me introducían en el conocimiento de esta personalidad de finales del siglo pasado, pude comprobar cómo en él también se cebaba la desconsideración hacia lo nuestro, tan propio de los españoles. Y es que todos los que han logrado un reconocimiento en nuestro país ha sido gracias a su «descubrimiento» desde el exterior.

D. José Eugenio de Olavide fue ese trabajador incansable que, al margen de su «Atlas de la clínica iconográfica de enfermedades de la piel o Dermatosis», que es el motivo de revisión de este libro por ser su gran obra, tuvo que ir marchando por el largo e incómodo sendero de la vocación dermatológica formándose a sí mismo y apoyando el desarrollo de la Dermatología que él entendía en los avances de otras especialidades de su época, fundamentalmente la Anatomía Patológica, la Parasitología y la Bacteriología.

Sin duda, fue su paso por el Hospital de San Luis, en París, cuna de la Dermatología del pasado siglo, lo que permitió que fuera reconocido como eminente dermatólogo y ya entonces nombrado Académico de Medicina, director del Hospital de San Juan de Dios en Madrid y condecorado.

Pero el valor del maestro Olavide fue saber lo que quería desde el principio y, por ello, rodearse de las personas que no sólo sabrían aprovecharse de sus conocimientos, lo que siempre es positivo, sino que también captó para su laboratorio y museo a los médicos y artistas que luego le sirvieron de ayuda en la realización y continuación de su obra. Entre ellas destaca el Dr. Mendoza, histólogo y micrógrafo, el Dr. Castelo y D. Enrique Zofio que le ayudaron en la realización de su museo, y otras muchas figuras de la medicina contemporánea como los Dres. Pérez Gallego, Marcial Taboada y el sevillano Federico Rubio que le confeccionaron las historias clínicas de los pacientes de las láminas.

No es mi intención alargar este prólogo pero queda señalar un aspecto interesante que viene a significar lo mismo que destaqué en el primer párrafo. Si el trabajo y la obra de Olavide fueron criticados, especialmente el atlas que en este libro se detalla por sus «monstruosas condiciones tipográficas», nada justifica, salvo la falta de sensibilidad científica y artística, y por qué no, también el desconocimiento, que las mil quinientas reproducciones en cera polícroma que constituían el museo del Hospital de San Juan de Dios de Madrid, y que hoy se encuentran en un sótano del Hospital Gregorio Marañón, hayan sido «olvidadas» cuando suponen un extraordinario material, cuanto menos histórico. Habremos de sensibilizarnos un poco más y, haciendo uso de este mismo prólogo, solicitar de las autoridades competentes que nos permian el acceso a este «antiguo museo de cera dermatológico» que, sin duda, será algo más que un soplo de aire fresco en el actual mundo inhumano de los ordenadores.

Sevilla, octubre 1995

FRANCISCO CAMACHO
Catedrático de Dermatología
Presidente Academia Española de
Dermatología y Venereología

INTRODUCCIÓN

Durante los estudios de Licenciatura (Valencia 1957-64) tuve un excelente profesor de Historia de la Medicina. Como buen maestro influyó en muchos de nosotros su estilo personal de búsqueda de la verdad. Tanto es así que terminada la Licenciatura fui a trabajar dos meses, al Instituto de Historia de la Medicina de Munich (Prof. Leibbrand). Posteriormente decidí especializarme en dermatología.

Los 30 años de dedicación a las enfermedades de la piel no han borrado mi interés por la Historia de la Medicina. Prueba de ello, está el hecho que desde mi nombramiento de catedrático en la Universidad de Cádiz, la primera reunión, de ámbito nacional, que organicé fue un Symposium sobre HISTORIA DE LA DERMATOLOGÍA ESPAÑOLA. Las Ponencias sirvieron como base de un libro Aspectos Históricos de la Dermatología y Venereología Española. 1985). (1)

En 1975 tuve la fortuna de encontrar un ejemplar del "ATLAS DE LA CLÍNICA ICONOGRÁFICA DE ENFERMEDADES DE LA PIEL de JOSÉ EUGENIO OLAVIDE (1873) (2) en una librería de bibliófilos de Madrid. Me impresionó la magnitud de la obra y la perfección de muchas de sus láminas.

Años más tarde, D. Jaime José Padrón Lleó, colaborador de la Cátedra de Dermatología de Cádiz (cuando los enfermos ingresados estaban en el Hospital Moreno de Mora y las consultas externas en el Policlínico de la calle Dr. Marañón) me solicitó, un tema de Tesis doctoral. Le recomendé una investigación histórica sobre OLAVIDE y un estudio crítico de su obra y especialmente de su "ATLAS DE LA CLÍNICA ICONOGRÁFICA DE ENFERMEDADES DE LA PIEL".

El Dr. Padrón realizó un estudio muy completo de OLAVIDE que cristalizó en una Tesis Doctoral de 388 páginas (3) que defendió en 1990 ante un tribunal presidido por el Prof. Ocaña, obteniendo la máxima calificación.

Cuando en la primavera de 1990 el Prof. Charles Lawrence Parish (Philadelphia) me envió el esquema del programa del Symposium americano de Historia de la Dermatología anejo a la reunión de la AAD de Atlanta (Georgia): "Cómo clasificaron los famosos dermatólogos del siglo XIX las enfermedades de la piel en sus textos?", me alegró ver junto a maestros consagrados como Auspitz, Ferdinand von Hebra, Cazenave, Paul Gerson Unna, Erasmus Wilson, Louis Duhring, etc, el nombre de nuestro compatriota José Eugenio de Olavide. Parish nos encargó la Ponencia de OLAVIDE y posteriormente el Prof. Karl Holubar nos adjudicó dicho tema para un Symposium de Historia de la Dermatología del Congreso Mundial de Nueva York de 1992 (4).

El gran esfuerzo realizado tanto en la Tesis como en los congresos americanos creímos que no debía quedar reducido a la existencia de un tomo, mecanografiado, en una biblioteca, la mayor parte de las veces relegado al olvido, sino que merecía una edición al alcance del dermatólogo actual en la que se diera a conocer la obra fundamental de OLAVIDE que según García del Real (5) (1921) es "el mas grande de los dermatólogos españoles de su época".

Angel Pulido Fernández (5), contemporáneo de Olavide, señala acerca del Atlas de Olavide: "Su obra sobre la dermatología tiene el defecto de ser inconsultable por sus monstruosas condiciones tipográficas".

En efecto, el Atlas de la Clínica Iconográfica de Enfermedades de la piel tiene unas dimensiones de 40 cm x 50 cm. que lo configuran como una verdadera joya bibliográfica de la dermatología del siglo XIX pero de difícil manejo.

Para estructurar este libro hemos realizado, en primer lugar, un resumen de la biografía de OLAVIDE para hacer a continuación un estudio crítico de 56 de las láminas que nos han parecido de mayor interés.

En cada una se aporta una imagen reducida del atlas original así como una descripción de las historias clínicas tal y como las recogió hace más de 100 años OLAVIDE y colaboradores.

Indicamos en cada lamina el nombre del pintor y el autor de la cromolitografía, así como la técnica empleada.

Se discuten los diagnósticos diferenciales que plantea cada lamina y se hace un estudio comparativo del tratamiento que se administró entonces y el que hubieramos dado en el momento actual.

Damos las gracias a Rosa Maria Olavide Arizcun por los datos que nos facilitó de su tatarabuelo D. Jose Eugenio Olavide.

También nuestro agradecimiento a D^a Esperanza Garcia, Secretaria del Dto. de Medicina por su ayuda en el mecanografiado del manuscrito.

Y finalmente al Servicio de Publicaciones y a su director D. Rafael Sánchez Saus, así como a CREASUR el gran interés puesto en esta obra.

Deseamos que este libro te sea de utilidad.

Cádiz 2 de mayo de 1995
J.C.C.

REFERENCIAS

1. CALAP CALATAYUYD, J. y J.A. RODRÍGUEZ MURILLO 1985: *Aspectos históricos de la Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología Española*. Isdin. Barcelona.
2. OLAVIDE, J.E. 1873: *Atlas de la Clínica Iconográfica de enfermedades de la piel o dermatosis*. Imprenta T. Fortanet. Madrid.
3. PADRÓN LLEÓ J.J. 1990: *Contribución al estudio de D. José Eugenio de Olavide y su obra*. Tesis doctoral. Universidad de Cádiz.
4. CALAP, J. PADRÓN, J.J., CASTILLA, A. 1993: "Biographical aspects of Olavide's Life". En: *Dermatology & Perspectives*. BURGDORF, W.H.C. y KATZ, S.I. The Parthenon Publ. New York 650-51.
5. GARCÍA DEL REAL, E. 1921: *Historia de la Medicina en España*. Editorial Reus, Madrid.
6. PULIDO FERNÁNDEZ, A. 1883: *De la Medicina y los médicos*. Lib. de P. Aguilar, Valencia.

BIOGRAFÍA

D. Jose Eugenio OLAVIDE y Landazábal, autor del “ATLAS DE LA CLÍNICA ICONOGRÁFICA DE ENFERMEDADES DE LA PIEL O DERMATOSIS”, nació en Madrid en 1837 o en 1838. Hemos buscado en Madrid la partida de nacimiento pero no se conservan las de estos años. Alvarez Sierra (1) señala que nació en 1838. El 3 de marzo de 1901, al día siguiente del fallecimiento de OLAVIDE apareció en un periódico de Madrid la siguiente esquela:

“D. JOSÉ EUGENIO OLAVIDE Y LANDAZABAL, NATURAL DE MADRID, DE 64 AÑOS, VIUDO, MAYORDOMO DE LA MISERICORDIA, FALLECIÓ EL DÍA 2 DE MARZO DE 1901 Y SE LE ENTERRÓ AL SIGUIENTE EN EL NICHOS 160. ERA FELIGRÉS DE LA PARROQUIA DE NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN Y VIVÍA EN LA CALLE PRECIADOS NUMERO 1, TERCERO IZQUIERDA.”

Por lo tanto teniendo en cuenta los datos de esta esquela la fecha de 1837 o 1838 estará en funcion del día exacto de nacimiento (antes o después del 2 marzo).

Habría que aclarar este dato buscando la partida de bautismo, que no hemos podido obtener.

Estudió el bachillerato en San Isidro y la carrera de Medicina en San Carlos (Madrid). Fueron sus maestros Sánchez de Toca, Martín de Pedro y Fourquet. Desde sus años escolares mostró gran interés por el estudio de las enfermedades de la piel, acudiendo como alumno interno, a partir del segundo año de carrera al viejo hospital de Antón Martín.

En 1858, obtuvo el título de Licenciado en Medicina y Cirugía.

El examen de reválida lo obtuvo con nota des sobresaliente.

En 1859, marchó a París completando su preparación en varios hospitales. De regreso a Madrid hizo oposiciones a la plaza de médico del Real Patrimonio de El Pardo, obteniendo el número uno, cargo que desempeñó hasta que anunciadas las oposiciones del Hospital Provincial tuvo que trasladarse a Madrid para preparar dichas oposiciones.

En 1860, ganó la plaza de médico del Hospital San Juan de Dios de Madrid, que se convirtió gracias a su esfuerzo en el núcleo de la Dermatología como especialidad en España.

Según Álvarez Sierra (1) “era de regular estatura, más bien delgado; mirada muy penetrante, parco de palabra, algo concentrado en el trato social, muy expansivo, en cambio, con sus amigos; afectuoso y cariñoso con todos; de andar pausado. En una palabra, parece ser que toda la vida, toda la inteligencia de OLAVIDE estaba concentrada en su mirada brillante, intensa, que se metía dentro del enfermo, para transmitir a aquel cerebro privilegiado las impresiones exactas de lo que observaba, que no tardaban en traducirse, por su buen juicio, en aquel diagnóstico que asombraba a todo el mundo.”

En París trabajó en el Hospital de San Luis y en el de Antiquaille. Fueron sus guías en el campo de las modernas investigaciones Alibert, Rager, Cazenave, Devergie, Bazin y Hardy.

Cuando OLAVIDE llegó por primera vez a París ya era un consumado especialista. Muy a pesar suyo se había formado de modo autodidacta, pues entonces no existía ningún dermatólogo en nuestra patria capaz de hacer discípulos.

Ingresó en la Academia de medicina el 17 de Marzo de 1872, leyendo un discurso que versó sobre “El parasitismo y morbilismo vegetal ante la razón y ante los hechos”. Le contestó D. Mariano Benavente.

Su reputación en el extranjero dió lugar a que en el Congreso de Dermatología celebrado en París le nombraron Presidente de Honor.

Fué de los primeros que utilizaron las aplicaciones de laboratorio a la clínica, dando extraordinaria importancia a la Anatomía Patológica.

Consejero de Sanidad y de Instrucción pública, director del Hospital de San Juan de Dios, académico de Medicina, estaba condecorado con la cruz de Epidemias y con la de Isabel la Católica.

Aparte de un excelente observador clínico, fué un entusiasta cultivador de los estudios histopatológicos y parasitológicos y, más tarde, de los bacteriológicos. Su primer trabajo histopatológico, dedicado a un lipoma submuscular, apareció en 1859 (2), fecha temprana incluso en un contexto europeo. Durante los años siguientes realizó investigaciones experimentales sobre diversos parásitos microscópicos, en parte en colaboración con el cirujano Federico Rubio. También colaboraron ambos en sus primeras trabajos bacteriológicos, publicando, por ejemplo, en 1872, (3) un examen de los gérmenes existentes en el vapor atmosférico del servicio hospitalario de Ezequiel Martín de Pedro. En 1881 consiguió que se instalara en el Hospital de San Juan de Dios un laboratorio anatomopatológico y microbiológico, cuya dirección encargó al micrógrafo gaditano Antonio Mendoza.

Según Fernando Castelo (4) “su nombre será imperecedero y pasará a la historia de la medicina, y a la historia patria; como tal se destacó en el último tercio del siglo XIX, siendo el primero y el más grande de los dermatólogos españoles de su época; como tal su nombre pasó las fronteras por sus escritos, y principalmente por su monumental obra de Clínica Dermatológica.

Fue el maestro de los médicos españoles que quisieron especializarse en Dermatología en el último tercio de la última centuria, y todos recordáis seguramente las lecciones orales que nos dió en el antiguo Hospital de San Juan de Dios, y en las cuales se reveló como un modelo de maestros por la claridad, el método y la lógica de su exposición, por la facilidad, la fluidez y la corrección del lenguaje, por la naturalidad y la elegancia de la acción.

El que, como dejó dicho, no se descomponía jamás, no necesitaba sacar partido, ni de la acción, ni del cambio de intensidad y tono de su voz, ni de imágenes rebuscadas y efectos artificiosos de oratoria para mantener constante la atención del auditorio. El más torpe le entendía; el más impaciente jamás se fatigaba, y todos reconocían en él un consumado maestro. ¡Olavide había nacido para enseñar!

Cuando él estudió la Dermatología, y asimismo cuando comenzó a ejercerla, empezaba en el mundo la escuela francesa de San Luis y la 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 la 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. ¡En cambio, él supo despertar las aficiones a la dermatología, y le cupo la honra de enseñarla y difundirla entre varias generaciones de médicos españoles!

OLAVIDE, en unión de sus compañeros de Hospital, había creado el Museo de San Juan de Dios; él comprendió la necesidad de un Laboratorio Histológico y Micrográfico para el estudio progresivo y científico de la Dermatología y Sifiliografía en España, y para crearlo se lanzó en busca de un hombre capaz de ponerse al frente de él, y ese hombre fué el Dr. Mendoza, a quien halló en Cádiz en un viaje que hizo como industrial. Y ved lo que son las cosas: fué a Cádiz por asuntos de pesquerías, y pescó a Mendoza. Es decir, que donde como industrial perdió el dinero, como hombre de ciencia pescó un micrógrafo”.

“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, fué quien dijo a nuestro inolvidable, y nunca bastante 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–”.

“Es preciso 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, las cuales habían de ser tasadas por D. José.

No tengo para qué decir cuántas 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, todavía existente. Y ya que del Laboratorio me estoy ocupando, no terminaré sin decirlos. ¡Cuántas satisfacciones y cuantas amarguras le proporcionó!. Satisfacciones, cuando vió realizada su obra; cuando se halló en posesión de los medios necesarios que tanto había ambicionado para el diagnóstico y comprobación de múltiples enfermedades de la piel; de las armas necesarias para las conquistas científicas; cuando veía a su país marchado con la civilización sin tener que envidiar, bajo ese aspecto, a las clínicas extranjeras; cuando veía congregados en aquel recinto profesores eminentes que iban a aprovecharse de la obra por él creada, en bien del progreso y de la Humanidad; cuando servía de centro de reunión para departir sobre los últimos adelantos y descubrimientos; cuando el Laboratorio servía de cátedra para discusiones y conferencias, de estudio y taller para experimentación y análisis del último descubrimiento, como, por ejemplo, del de célebre memoria e inmensa resonancia: la tuberculina de Koch, etc.

Amarguras: Cuando vió que se desnaturalizaba el fin para que fué creado el Laboratorio: cuando desesperaba de tener fuerzas bastantes para arrollar dificultades y allanar obstáculos; cuando consideraba la desproporción que había entre sus anhelos y la realidad, entre sus concepciones de genio y el resultado deficiente de la experimentación, con tanta esperanza emprendida; cuando veía que era mal comprendido por algunos y peor considerado”.

Para comprender estas palabras de García del Real (6) sirvan como ejemplo las palabras que con cierta acritud escribe sobre OLAVIDE un contemporáneo como Angel Pulido Fernández (5) “es un profesor que trabaja mucho para lo que aquí es costumbre trabajar aun cuando sea poco proporcionalmente a lo que dan de sí otros co-especialistas del extranjero”.

“Ha publicado lecciones interesantes, copia de algunas conferencias tuyas, y ha dado, sobre todo, su obra sobre la dermatología, que tiene el defecto de ser inconsultable por sus monstruosas condiciones tipográficas”.

“También viene procurando desarrollar los estudios de anatomía patológica en dicho hospital, y para conseguirlo, además del laboratorio microscópico, ha creado con ayuda del Dr. Castelo, un Museo, que si no rivaliza con el del hospital de San Luis de París, merece ser visitado y aplaudido por la notable colección de reproducciones que tiene, y la bondad de sus piezas, debidas al escultor D. Enrique Zófió, un afortunado imitador del célebre Barreta. Dicho Museo, hace poco inaugurado, ha de prestar servicios trascendentalísimos a la enseñanza de la dermatología en nuestro país, á esa enseñanza que tiene algo descuidada el doctor OLAVIDE, según hemos oído a algunos de sus preferidos discípulos, y a la cual tan admirables servicios podría prestar, si la mirase con verdadera pasión”.

O también otro de García del Real (5) a propósito de su obra magna “Atlas de la Clínica Iconográfica de Enfermedades de la piel o Dermatosis”. “Sonroja pensar que un trabajo de esa importancia clínica, y en el que invirtió cerca de veinte años, también le costara algún dinero, y muchos disgustos, que es lo peor ¿Sabeis por qué? Pues voy a referiroslo. Fué 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 del por qué con frecuencia vemos en las plazas públicas y en las ferias de los pueblos láminas sueltas de la obra de OLAVIDE, exhibidas 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 vió 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”.

OLAVIDE, con su espíritu abiertamente científico, cree ya como muchos otros científicos y teóricos extranjeros de la época, y de años posteriores, en la interdisciplinarianidad de las ciencia, en este caso, de “las Ciencias Médicas” y por qué no decir, de las Ciencias Médicas Humanas.

Actúa siempre con un gran humanismo, piensa que la ciencia dermatológica-Dermatología-, que él no quiere definir, comprende todo lo que afecta a la piel, cualquiera que sea la enfermedad cutánea, o la manifestaciones por acciones externas o internas adoptando así, desde el inicio de su trabajo como demostrará a lo largo se toda su carrera, una posición ecléctica, rompiendo con la identificación de la lesión, síntoma y enfermedad. Impera las posturas adoptadas hasta entonces por el inglés Willan y el francés Alibert, prestigiosos de la época. Y se acerca más a la postura de Bazin, a quien augura un buen porvenir, estando también conforme con él en que la Dermatología sería una rama de la Patología que estudia las lesiones y enfermedades de la piel, así como las manifestaciones cutáneas de cualquier índole, sea cual sea su causa.

Distingue pues entre lesiones y enfermedades de la piel, afecciones y afectaciones, rompiendo por primera vez con la contraposición de considerar tan sólo lo exclusivamente cutáneo en algunas ocasiones, y en referirlo, en otras, siempre, a la repercusión de la piel en el resto del organismo.

OLAVIDE opina que una vez conocida la sintomatología, hay que analizar y conocer las causas, aunque como se puede comprobar por sus escritos, por sus lecciones y por las aportaciones de su Atlas hace que en muchos de los casos, se vea obligado a la simple descripción sintomática de los cuadros clínicos, como todavía hoy, en muchas ocasiones, se ve obligada a hacer la moderna ciencia dermatológica.

El Prof.D.José Gomez Orbaneja (7) Catedrático de Dermatología de la Facultad de Medicina de Madrid fue un gran admirador de OLAVIDE. Acerca de su obra dice literalmente: “Son muy interesantes las páginas que dedica al conocimiento de la piel normal, de su estructura y de sus funciones, llenas de precisiones, y que cree indispensable conocer lo anormal. Llega a analizar en los capítulos de la patología, las lesiones anatómicas, las alteraciones funcionales y los fenómenos que llama “simpáticos, por su coincidencia con alteraciones localizadas en otros órganos. Intento de considerar una patofisiología, que queda frustrado por la limitación de los conocimientos de entonces. Cree como Bazin que lo anatómico, morfológico, como en Willan, no es suficiente, y como Alibert también aspira a referirse a la causa. Aunque las lesiones elementales no sean suficientes para caracterizar a la enfermedad, no puede prescindir de ellas, de la aportación hecha por Willan. OLAVIDE hace una clasificación personal ampliada de lesiones elementales, considerando que a veces se superponen o coinciden. No serían otra cosa que las lesiones primitivas compuestas y consecutivas de Devergie. Una parte, de especial interés en OLAVIDE, es la referencia a lesiones no morfológicas, a las funcionales, que no son siempre objetivas: así, las alteraciones sensitivas o subjetivas.

Las lesiones que califica como simpáticas o coexistentes, corresponderían a las cutáneas aparecidas en procesos generales, referibles a la misma causa, aunque ésta no sea evidenciable. Piensa que muchas veces la diferenciación de una especialidad es convencional. En muchos casos, dice, la expresión cutánea serviría para el juicio diagnóstico, siendo muchas de ellas enfermedades constitucionales, o diátesis propias de ciertos individuos. Por eso OLAVIDE cree que Hebra incurre en un exceso de anatomismo, ya que llega a negar muchas veces la relación de la piel con otros órganos, afirmación de OLAVIDE justificada quizás por su desconocimiento del alemán. Seguirá pues el criterio de BAZIN, refiriendo una serie de enfermedades constitucionales, como la escrófula, las herpétides, las artrítides, invocando con ello una posible causa para cada grupo, y estableciendo también una relación entre síntomas y enfermedad, en cuanto se presentan unos y no otros en cada uno de esos procesos.

Así llega como Bazin a reconocer enfermedades, entidades morbosas, si bien al enfrentarse con los hechos conocidos no llega a referir una causa y debe limitarse a la patogenia, mecanismo de producción de lo que observa o simplemente a la valoración anatómica y en algunos casos tan sólo a los síntomas subjetivos. Se da cuenta que Bazin al querer completar y perfeccionar su clasificación crea confusión. La clasificación general, no detallada, de Bazin, las agrupa en “evolutivas” o “patológicas” y “estacionarias” o “deformidades”, OLAVIDE queriendo o reconociendo ya algunas causas concretas las clasifica en “parasitarias”, “naturales” y “artefactas”, comprendiendo en las naturales todas las constitucionales y las diátesis, incluyendo procesos que hoy día han sido aclarados en su etiología. Algunos errores, visto desde hoy, son graves, como el negar la contagiosidad de la lepra, pero en cambio intuye, piensa, que la sífilis se explicará algún día por una parasitación. Resulta sorprendente la vinculación de tantos síntomas, tan diversos, a la sífilis, o la escrófula, cuando estos procesos eran tan mal conocidos. Así lo hace también el herpetismo y las artrítides, debiendo en otras ocasiones limitarse a la descripción de las lesiones, como en el liquen o el prúrigo.

Muchas referencias de interés se podrían hacer a los textos de OLAVIDE, que marcan una etapa del conocimiento dermatológico, y de la aportación de la especialidad al conocimiento médico de su época, pero vale la pena mencionar, como ya lo he hecho en alguna ocasión, sus palabras en el prólogo de su Dermatología, al afirmar que rechazaba la lectura de las obras sin la observación de los enfermos, ya que le confundían más y más y que con la imaginación veía lo que no encontraba con sus sentidos, y que lo que observaba en los enfermos no se parecía a las ilusiones, y que por ello debía de empezar de nuevo. Llega a asegurar que (“Después de un estudio directo de los enfermos, entonces las lecturas me sirvieron de algo”). Creo que pocas veces se ha

expresado mejor la necesidad del estudio directo en el enfermo, para llegar a un conocimiento verdadero y original. Lo que tanto faltaba entonces y aún sigue faltando entre nosotros, en muchos casos”.

Además de su Atlas realizado con la colaboración de los Dres. Benito Hernando Castelo, incluidos en el libro “Dermatología General, y Clínica Iconográfica de enfermedades de la piel o Dermatitis”, publicado por OLAVIDE en 1873, y en el que también incluye un “Discurso Preliminar”, es autor de otros muchos artículos y trabajos de investigación, colaborando en las principales revistas médicas de la época.

Su “ATLAS DE LA CLÍNICA ICONOGRÁFICA DE ENFERMEDADES DE LA PIEL O DERMATOSIS” es una aportación excepcional al conocimiento de la Historia de la Medicina en España, equivalente a la obra de Alibert en Francia. La obra fué publicada gracias al apoyo oficial del político republicano Ruiz Zorrilla, en su etapa de gobierno con Amadeo I.

En la confeccion de las historias clínicas de los enfermos reseñados en las láminas colaboraron con el Dr. OLAVIDE los Dres.: Perez Gallego, Marcial Taboada, Hernando, Federico Rubio, y Castelo y los alumnos: Manuel de la Casa, Emiliano Ramirez, Ambrosio Sagra, Elías Tovar, Jerónimo Cobos, Antonio Chendre y Juan Rosado.

Otras de sus obras conocidas son:

- *De la Sarna y de su tratamiento.* (1874) (8).
- *De las enfermedades cutáneas producidas por vegetales parásitos.* (1878) (9).
- *Lecciones sobre la Pelagra.* (1880) (10).
- *Del Reumatismo y de las Dermatitis Reumáticas.* (1881)(11)
- *Del modo de administración y aplicación del Acido Fénico.* (1873).(12)
- *¿Hay puntos de semejanza entre el Dogmatismo? y el Metodismo?.* (1859) (13).

OLAVIDE fue profesor médico director del Hospital de San Juan de Dios de Madrid, en el que fundó el laboratorio micrográfico y el Museo de piezas patológicas, en las que estan representados más de mil quinientos casos de enfermedades de la piel reproducidos en cera. Hasta 1966 estas piezas estaban expuestas en el museo que llevaba el nombre del autor.

Actualmente, doscientas doce cajas albergan esta obra relegadas en el sótano de un anexo del Hospital Gregorio Marañón de Madrid.

En la época en que OLAVIDE era director del Hospital de San Juan de Dios, disponía este de un Servicio de 120 camas destinadas a enfemos de piel, y hasta la década de 1970, reunía cerca de 500 camas para el estudio y enseñanza de la Dermatología, persistiendo hasta entonces como hospital de esta especialidad.

Sin duda ello es fruto de la importancia de la Dermatología en la Medicina de la capital de España, y por la magistral obra de D. José Eugenio de OLAVIDE.

Aparte de la importancia que tuvo para la Dermatología española D. José Eugenio de OLAVIDE, su hijo, D. José Olavide y Malo (1922), fue Presidente de Honor de la Academia Española de Dermatología, siguiendo las imborrables huellas de su padre.

Queremos terminar la primera parte de este trabajo haciendo hincapié en la situacion carastrofica del MUSEO OLAVIDE.

Esta coleccion esta compuesta por mil quinientas reproducciones en cera de las dermatosis mas frecuentes en la segunda mitad del siglo XIX.

Dichas piezas están realizadas en cera polícroma.

Constituyen auténticas obras maestras que fueron admiradas cuando estuvieron expuestas en el Hospital de San Juan de Dios de Madrid, hasta que se derribó el Hospital a finales de la década de los años 60. Dicho museo tenía un interés comparable al de Grevin de París, al Museo de Historia de la Medicina de Viena o al Museo de Medicina de Montpellier en Francia.

Bajo un punto de vista dermatológico constituía uno de los mejores del mundo solamente equiparable al Museo del Hospital S.Louis de París. En él trabajó durante medio siglo como mantenedor D.Rafael López Alvarez.

En 1919 D. Florestán Aguilar organizó una exposición internacional de Medicina. En el Palacio de Cristal de Madrid, se expuso en dicha ocasión parte de la colección del Museo de OLAVIDE. Como anécdota contaba D.Rafael Lopez a Pedro Crespo (14) que la delegación alemana intentó comprar las piezas por 30 millones de pts. (¿Pueden calcular 30.000.000 pts de 1919 cuánto sería en la actualidad?).

Creemos que el valor histórico es incalculable (no tiene precio) y da pena ver como la Academia Francesa de Dermatología mantiene con una perfección reverencial el museo de cera del Hospital de San Louis de París y en Madrid la colección de Olavide está escondida en cajas en un sótano y que la Academia Española de Dermatología y Venereología no haya sido capaz en estos 30 años transcurridos de instar a las autoridades competentes para que se instale la colección como se merece.

Si se tuviera en cuenta la conclusión 20 de la Tesis de PADRÓN la situación catastrófica del Museo de Olavide podría solucionarse. Dicha conclusión en síntesis dice:

La Academia Española de Dermatología y Venereología, junto a otras entidades científicas españolas deben realizar las gestiones oportunas para que se instale el MUSEO OLAVIDE y que expongan de forma permanente las piezas de cera de las dermatosis más importantes de la segunda mitad del siglo XIX, magistralmente esculpidas bajo la dirección de D. JOSÉ EUGENIO DE OLAVIDE.

Finalmente queremos señalar que al tomar conciencia de la calidad científica de OLAVIDE en el campo de la dermatología española e internacional, realizamos las gestiones oportunas para que se le dedicara una calle en Madrid. El 21 de junio de 1990 el Área de Cultura y Educación del Excmo. Ayuntamiento de Madrid, acordó rotular una calle de Madrid con el nombre de Dr. OLAVIDE, desconocemos si 5 años después de aquel acuerdo se ha hecho realidad el mismo.

COMENTARIOS DE 56 LÁMINAS DEL
ATLAS DE LA CLÍNICA ICONOGRÁFICA
DE ENFERMEDADES DE LA PIEL DE
D. JOSÉ EUGENIO DE OLAVIDE Y LANDAZABAL



LÁMINA I

TÍTULO: SARNA.-ACARUS MACHO Y ACARUS HEMBRA

Corresponde a la LÁMINA I DELGRUPODEDERMATOSISZOO-PARASITARIAS

AUTOR DE LA LÁMINA: J. Acevedo

TÉCNICA: Acuarela y litografía (Teo Ruffle cromolitografió). Lit. de J. Mateu Valverde, nº 24

DESCRIPCIÓN DE LA LÁMINA:

Se observa el brazo izquierdo con diversas lesiones en dorso de dedos, dorso de manos y antebrazo. Dichas lesiones tienen aspecto papuloso y en algunas de ellas se aprecia un punto de entrada.

Hay también dos ácaros, muy bien dibujados (fig. 1 ácaro hembra, y fig. 2 ácaro macho). En esta lamina se ha empleado la técnica de la acuarela con tonos que varían del blanco al marrón pasando por el gris, con algunas pinceladas de color rojo que intentan reproducir la sangre provocada por la exoserosis y lesiones de rascado propias de esta afección.

HISTORIA CLÍNICA DE LA LÁMINA:

OLAVIDE recoge de forma magistral el caso que vió el 20 de Diciembre de 1866.

“Jornalero, (S.G), de 21 años de edad, procedía de una prisión de Madrid en la que fué encarcelado a causa de haber participado en la revuelta de Julio de 1866. Este preso estaba en contacto con otros presidiarios llenos de miseria. Desde Septiembre de 1866 notó picos en ambos muslos, y lesiones que se propagaron a las regiones próximas y a los dedos de las manos, generalizándose al fin y cubriendo toda la piel.

El picor era insoportable durante la noche y poco notable durante el día, y las lesiones estaban formadas por unas pequeñas vesículas redondeadas, sin areola inflamatoria, mezcladas con pequeñas pápula rosáceas, enteras o rotas en su vértice y cubiertas en este caso por una costra sanguinolenta”.

En otras zonas existían lesiones de rascado, que OLAVIDE las describe de la siguiente forma: “de color oscuro y de aspecto repugnante, resquebrajadas o separadas por una grieta de la piel, por pústulas discretas de ectima con areola inflamatoria y su punto oscuro en el centro, y por algunos diviesos en las nalgas, mezclados con esta pústulas y con eritemas extensos de las partes próximas.”

También existían lesiones en la axilas, en los pliegues interdigitales y en las caras laterales de los dedos y surcos y eminencias acarinas que según OLAVIDE, ” han sido muy bien dibujadas por Acevedo”.

Llama la atención, que aunque en aquella época existían grupos que defendían el origen humoral de la “Sarna”, OLAVIDE, de una forma científica, intentó extraer, y lo consiguió, el ácaro causante de la enfermedad, viéndose al microscopio con 600 aumentos y demostrando la movilidad de los ácaros.

Tratamiento:

“El 22 de Diciembre de 1866, fricción en todo el cuerpo de pomada sulfurosa de Helmeric. El día 24, segunda y última fricción de la misma pomada. El picor desapareció y se irritó la piel poniéndose en algunos puntos eritematosa. La curación se obtuvo el 27 de Diciembre”.

COMENTARIO:

Aunque el tratamiento fué eficaz para los medios que se disponían en la segunda mitad del s. XIX, actualmente trataríamos este proceso de la siguiente manera:

Primer día: baño, pincelar todo el cuerpo (excepto cara y cabeza), con hexaclorociclohexano. Ropa limpia (personal y de cama).

Segundo día: pincelar con hexaclorociclohexano.

Tercer día: baño, nuevo cambio de ropa. No es preciso desparasitar la ropa, sino lavarla como de costumbre.

Cuarto día: en casos de afección masiva aplicar de nuevo hexaclorociclohexano.

Quinto día: baño y nuevo cambio de ropa.

Finalmente, aplicar pomadas suaves o, en caso de prurito persistente, pomadas a base de corticosteroides.

Existen otros productos en el momento actual como la PERMETRINA que es eficaz en la sarna y tiene la ventaja de no tener los efectos neurotóxicos del hexaclorociclohexano.

LÁMINA bien dibujada, reproduciendo en algunos puntos con gran exactitud las lesiones de “SARNA”.

Se puede establecer el diagnóstico diferencial de dicho paciente, con todas las Dermatitis pruriginosas.

Magistral descripción de la Historia Clínica. Eficacia del tratamiento, consiguiendo en seis días la curación.

Aunque en una parte del texto (línea tercera de la Historia) emplea el término inespecífico “granos”, posteriormente utiliza la terminología de las lesiones elementales de la “Sarna” que, a pesar de los años transcurrido sigue siendo vigente.

Por otra parte realiza una minuciosa descripción de los ácaros, lo que demuestra la buena preparación científico-biológica de OLAVIDE.



SARNA PÚSTULO-AMPOLLOSA.

Observación. El 12 de Mayo de 1874 ocupó la cama núm. 3 de la sala 137, S. B., de 34 años de edad, natural y residente en Madrid, casada, y afectada á impetigo la carútila pútila. Desde los primeros días de Marzo, á consecuencia de haber dormido con un hijo suyo afecto de sarna, empezó á sentir por la noche en los brazos un molesto picor, que á los pocos días se generalizó por todo el cuerpo, el que inmediatamente se cubrió de algunos granos de formas diversas; dos meses dejó transcurrir sin que hiciera nada absolutamente para curarse, durante cuyo tiempo, como era natural, continuó progresando el mal, graduándose más el picor y multiplicándose las variadas lesiones que desde un principio aparecieron. Cuando á su antigua enfermedad, presentaba una erupción generalizada, caracterizada por diversas formas elementales entrometidas, acompañada de intenso picor durante la noche, algunas y violentas costras durante el día, y sucesos á veces locales en algunos puntos, desde á fuera de recordarse de un modo ántes, notándose eritemas y vesículas anulares; al lado de éstas, de alteración de los que forman escamas, veíanse grandes costras tegumentarias.

diversas otras, especialmente en los antebrazos, brazos, cuello y región sacro-glútea, al par que algunas pequeñas pústulas de ectima, muchas papulas eritematosas llenas de un líquido lechoso algo amarillento; unas, según se ve en la lámina, con arteria inflamatoria; otras, como la de la mano, sin ella, y otras, en fin, ya modificadas, presentando un disco blanquecino, apocándose en su centro el ápice descendido y rojo; todo lo que observo en uno de los miembros que la lámina representa.

Plan curativo. Hicieron.—Laven y fríasen á todo el cuerpo cuatro veces al día con la disolución acuosa normal de ácido fénico (ácido fénico 5 gramos; alcohol, 10; agua, 100), unida á las costras con la pomada de heca y glicerina á partes iguales. La disolución de ácido fénico determinó aspecto de algunos días fuerte aunque poco duradera costra, que mitigaban el baho y los picos de albedos; al picor, aunque algo menor, después á los veinte días, así como toda irritación cutánea; las costras se arrojaron dejando en su lugar manchas rosadas que fueron doradas, y

LÁMINA II

TÍTULO: SARNA PUSTULO-AMPOLOSA

Corresponde a la LÁMINA II DEL GRUPO DE DERMATOSIS ZOOPARASITARIAS

AUTOR DE LA LÁMINA: J. Acevedo pintó y cromolitografió.

TÉCNICA: Acuarela y Litografía. Lit. de J.M. Mateu, Recoletos nº 4.

DESCRIPCIÓN DE LA LÁMINA:

En la LÁMINA se observa el miembro superior izquierdo con diversas lesiones en espacios interdigitales, dorso de manos y antebrazo. Dichas lesiones están formadas por pápulas, vesículas, pústulas y costras, y algunas de ellas presentan un halo eritematoso.

La técnica de la acuarela empleada para esta LÁMINA utiliza tonos que varían del blanco al marrón, pasando por el gris, con zonas enrojecidas que corresponde a halos eritematosos, y zonas blanquecinas-amarillentas-pardas que corresponden a lesiones costrosas.

HISTORIA CLÍNICA DE LA LÁMINA:

OLAVIDE recoge de forma magistral el caso que vió el 12 de Mayo de 1874.

“Mendiga, (S.B.), de 34 años de edad, natural y residente en Madrid, casada. La paciente refería que “desde los primeros días de Marzo, a consecuencia de haber dormido con un hijo suyo afecto de sarna, comenzó a sentir por la noche en los brazos un molesto picor, que a los pocos días se generalizó por todo el cuerpo, el que inmediatamente se cubrió de infinito número de “granos” de formas diversas; dos meses dejó transcurrir sin que hiciera nada absolutamente para curarse, durante cuyo tiempo, como era natural, continuó progresando el mal, graduándose más el

picor y multiplicándose las variadas lesiones que desde un principio aparecieron”. Cuando ingresó en la enfermería “presentaba una erupción generalizada, constituida por diversas formas elementales entremezcladas, acompañadas de insoportable picor durante la noche, algunas y violentas punzadas durante el día, y escozor a todas horas en algunos puntos, donde a fuerza de rascaduras se había producido extensos eritemas y profundos arañazos; al lado de éstos, de algunos de los que fluía sangre pura, veíanse grandes costras negruzcas de este mismo líquido, pequeñas y numerosas pápulas rosáceas, rotas o no en su ápice, presentando en aquel caso costras sanguinolentas, vesículas redondeadas, rotas también algunas con su costra blanquecina, costras pardas, especialmente en los pliegues interdigitales de las manos, algunas bastante grandes rodeadas de un círculo rojo-violado, otras blanco-amarillentas extensas y deformes al lado de profundas grietas, y por fin, diseminadas en diversos sitios, especialmente en los antebrazos, manos, cuello y región sacro-glútea, al par que algunas aunque pequeñas pústulas de ectima, numerosas ampollas semiesféricas llenas de un líquido lechoso algo amarillente; unas, según se ve en la LÁMINA, con areola inflamatoria; otras, como la de las manos, sin ella, y otras, en fin, ya modificadas, presentando un disco blanquecino, apareciendo en su centro el dermis desnudo y rojizo».

Tratamiento:

“Loción y fricción a todo el cuerpo cuatro veces al día con la disolución acuosa normal de ácido fénico (ácido fénico, 5 gramos; alcohol, 10; agua, 100), untura a las costras con la pomada de brea y glicerina a partes iguales. La disolución de ácido fénico determinó por espacio de algunos días fuerte aunque poco duradero escozor, que mitigaban el baño y los polvos de almidón; el picor, aunque algo tenaz, desapareció a los veinte días, así como toda irritación cutánea; las costras se cayeron dejando en su lugar manchas rosadas que fueron desvaneciéndose, y las ampollas, aunque de vez en cuando aparecía alguna nueva, rotas unas y reabsorbido su contenido en otras, desaparecieron también, presentando una exfoliación blanquecina en forma de discos; curada del padecimiento y de toda la erupción a que éste dió lugar, fue dada de alta el 9 de Junio, recomendándola insistiera en el mismo plan por espacio de algunos días hasta que desaparecieran varios ligeros restos de ampollas que aún conservaba”.

COMENTARIO:

El tratamiento fue eficaz para los medios que se disponían en la segunda mitad del s. XIX, actualmente trataríamos esta lesión cutánea con las mismas pautas terapéuticas dadas en la LÁMINA I.

LÁMINA bien dibujada, reproduciendo en algunos puntos con gran exactitud las lesiones de “Sarna”.

Aunque la Historia Clínica y la LÁMINA no parecen plantear dudas, se puede establecer el diagnóstico diferencial de dicho paciente con todas las Dermatitis pruriginosas.



LÁMINA III

TÍTULO: TIÑA FAVOSA (TIPO)

Corresponde a la LÁMINA I DEL GRUPO DE DERMATOSIS PHYTOPARASITARIAS

AUTOR DE LA LÁMINA: J. Acevedo pintó y cromolitografió

TÉCNICA: Acuarela y litografía. Lit. de J. M. Mateu, Valverde nº24

DESCRIPCIÓN DE LA LÁMINA:

Se observan lesiones en el cuero cabelludo. Dichas lesiones tienen aspecto costrosas y algunas de ellas presentan pelos; se observa también ausencia abundante de cabellos.

La técnica de la acuarela empleada para esta LÁMINA utiliza tonos que varían del blanco al marrón, pasando por el amarillo (que intenta reproducir las lesiones costrosas del cuero cabelludo), rojo y negro.

HISTORIA CLÍNICA DE LA LÁMINA:

OLAVIDE recoge de forma magistral el caso que vió el 7 de Octubre de 1866.

“Niño de 9 años de edad, natural de Vitoria, llamado José Pérez; ocupando el número 28 de la Sala de San Matías, y en el espacio de un año estuvo dos veces en la misma sala, pero salió sin curar porque su familia exigió su alta”. Al volver la tercera vez a la enfermería, el enfermo presentaba “una gran calva en su cabeza, la piel ligeramente enrojecida y sembrada en ella, por sus regiones témporo-parietales y occipital, eminencias favosas circulares, secas, de color blanco-amarillento de azufre, umbilicadas; es decir, con los bordes elevados y salientes, y el centro deprimido y atravesado por uno o varios pelos delgados, cortos, pálidos y torcidos”. También cons-

ta en la historia la existencia de “eminencias convexas de un color amarillo algo más subido, pero también secas y colocadas encima de la capa reticular de la epidermis o cuerpo mucoso de Malpigio. Los favus desarrollados entre el pelo del occipucio se hallan atravesados, no sólo en el centro, sino en toda su masa por numerosos pelos”.

Tratamiento:

“Cataplasma emoliente a la cabeza, y después de caídas las costras por este medio, lavatorio jabonoso por la mañana; depilación (hecha con pinza) de todos los pelos de la región occipital, y los que se encuentran en las témporo-parietales; loción inmediatamente después con la solución de sublimado (un escrúpulo por libra de agua); untura por la noche con la pomada de sublimado (seis granos por onza de manteca)”. La curación se obtuvo a los pocos días, estando la cabeza limpia y bien depilada. “A finales de Diciembre había empezado a salir pelo nuevo en la superficie calva y en el sitio donde se practicó la primera depilación. Se prescribió una segunda, completa y rápida, seguida de las mismas lociones y unturas, y a fines de Enero de 1867 se encontró ya nuevamente cubierta de pelo fuerte, recto, duro y de buen color, aunque con algunos claros por la antigüedad del padecimiento. Dejado algunos días a observación, y no viendo descamación alguna, se le dió el alta el 30 de dicho mes y año”.

COMENTARIO:

LÁMINA bien dibujada, reproduciendo con gran exactitud las lesiones de TIÑA FAVOSA.

Se puede establecer el diagnóstico diferencial de las lesiones de dicho paciente con:

- Psoriasis (descamación más gruesa, fluorescencia negativa, demostración de hongos negativa).

- Pitiriasis rosada: Cura espontáneamente, demostración de hongos negativa.

- Dermatitis Seborreica: Fluorescencia negativa y demostración de hongos negativa.

Aunque el tratamiento fue eficaz para los medios que se disponían en la segunda mitad del s. XIX, actualmente trataríamos esta lesión cutánea con Griseofulvina, ketoconazol, itraconazol, terbinafina, etc.

OLAVIDE hace una descripción minuciosa de las lesiones del cuero cabelludo de este paciente.



LÁMINA IV

TÍTULO: TIÑA FAVOSA URGEOLAR O LUPINOSA (EN A), Y MONTICULOSA O SQUARROSA (EN B).

Corresponde a la LÁMINA II DEL GRUPO DE DERMATOSIS PHYTOPARASITARIAS

AUTOR DE LA LÁMINA: Acevedo pintó

TÉCNICA: Acuarela y Litografía. Lit. Foruny. Madrid

DESCRIPCIÓN DE LA LÁMINA:

En la LÁMINA se observan lesiones en el cuero cabelludo. Dichas lesiones tienen aspecto de costras blanquecinas y amarillentas. Además se observa el esquema de “una pequeñísima porción de favus, vista al microscopio con un aumento de 600 diámetros, aumento necesario para poder observar la composición o estructura del vegetal criptogámico. Se ven en ella células o esporos aislados, transparentes, tubos delgados vacíos (mycelium de la planta), y tubos llenos o formados por tres o más células soldadas o articuladas a la manera de una cadena (tubos esporóforos)”.

También se observa “un pelo extraído de la cabeza de este enfermo, con los esporos del vegetal adheridos a su superficie, y las alteraciones profundas a que ha dado lugar en su sustancia el desarrollo de las células vegetales”.

La técnica de la acuarela empleada para esta LÁMINA utiliza tonos que varían del blanco al marrón, pasando por el negro (cabello), blanco-amarillento (lesiones costrosas), y zonas sonrosadas en cara y cuero cabelludo.

HISTORIA CLÍNICA DE LA LÁMINA:

El Dr. OLAVIDE recoge de forma magistral el caso que vió el 15 de Noviembre de 1866.

“Pastor alcarreño, (P. de las H.), soltero, de 27 años de edad, de temperamento sanguíneo y bien constituido”. Este enfermo ocupó el número 17 de la Sala de San Matías.

“A la edad de seis años, y por el frecuente trato con un primo suyo que tenía costras en la cabeza, empezó a notar picazón en la suya y formación de caspa blanco-amarillenta, gruesa, a la manera de costras secas y adherentes. El pelo de la región afectada se decoloró lentamente, se hizo frágil, más delgado, quebradizo y ensortijado, o retorcido, cayendo al cabo de algún tiempo para no volver a reproducirse, dejando una calva rosácea en su lugar. Con las unturas de manteca fresca que se daba todas las noches, hacía desprender las costras, pero volvían a salir en las inmediaciones; en cuyo estado, sin hacer más remedios, y con pequeñas alternativas, ha seguido 16 años, hasta que determinó venir a nuestra enfermería.

Toda la región parietal izquierda estaba cubierta de costras gruesas, elevadas, secas, de color de azufre pálido, umbilicadas, atravesadas por varios pelos circulares y tocándose por su circunferencia. En medio de esta agrupación de costras se veía inscrita una superficie irregular, desprovista de pelo y con algunos arañazos. En la región parietal derecha había dos grandes costras del mismo color y con igual sequedad y fragilidad, pero no umbilicadas sino elevadas a modo de un montecillo y de superficie anfractuosa, resquebrajada o granujienta, de la cual se separaban pequeños trozos, que quedaban libres entre el pelo. Un olor nauseabundo y un picor constante e irregular a todas horas, algún arañazo cruento y bastantes parásitos anidados entre las costras, eran los síntomas y complicaciones que acompañaban a este favus, sobre el cual se ve perfectamente en la LÁMINA el pelo muy claro, muy escaso, más débil y de coloración menos subida que lo restante de la cabeza”.

Tratamiento:

“Cataplasmas emolientes a la cabeza hasta conseguir la caída de todas las costras, y después epilación (con pinza) en los sitios enfermos y un centímetro alrededor de ellos; loción enseguida con la disolución de sublimado (un escrúpulo por libra de agua), y untura por la noche con la pomada de la misma sustancia (sublimado seis granos por onza de manteca). Se repitió la depilación a mediados de enero, sacando los pelos nuevos e insistiendo en las unturas con la pomada de cloruro mercúrico, y salió el enfermo curado el 2 de Febrero de 1867”.

COMENTARIO:

LÁMINA bien dibujada, reproduciendo con gran exactitud las lesiones de TIÑA FAVOSA.

Se puede establecer diagnóstico diferencial del dicho paciente con los procesos contemplados en la LÁMINA III.

Aunque el tratamiento fue eficaz para los medios que se disponía en la segunda mitad del siglo XIX, actualmente trataríamos este proceso con griseofulvina, ketoconazol, itraconazol, terbinafina, etc.

OLAVIDE hace una descripción minuciosa de las lesiones elementales que aparecen en el cuero cabelludo de este paciente.



LÁMINA V

TÍTULO: **TIÑA O HERPES TONSURANTE (SEGUNDO PERÍODO)**

Corresponde a la LÁMINA VII DEL GRUPO DE DERMATOSIS PHYTO-PARASITARIAS

AUTOR DE LA LÁMINA: J. Acevedo pintó

TÉCNICA: Acuarela y litografía (Soldevila cromolitografió). Lit. de J.M. Mateu, Valverde nº 24

DESCRIPCIÓN DE LA LÁMINA:

En la LÁMINA se observan lesiones en cuero cabelludo. Las lesiones son placas de pelada, recubiertas por costras amarillentas, grupos de vesículo-pústulas, placas eritematosas, escamillas furfuráceas y escoriaciones o arañazos.

Se observa también el esquema de un pelo roto extraído de la tonsura con los esporos del vegetal, visto al microscopio con un aumento de 800 diámetros, “se encontró esporos redondeados, incoloros, estrangulados en su centro, agrupados a modo de racimo de cuenta de rosario en otros puntos y de un tamaño variable, entre 4 y 7 milésimas de milímetro, caracteres positivos que unidos daban a conocer que se trataba de la planta criptogama, artrospórea torulácea, llamada por Malmsten *Trichophyton tonsurans*”.

Utiliza tonos que varían del blanco al marrón, pasando por pequeñas placas rojizas en cuero cabelludo, cara sonrosada, y zonas blanquecinas-amarillentas.

HISTORIA CLÍNICA DE LA LÁMINA:

OLAVIDE recoge de forma magistral el caso que vió el 9 de Enero de 1868.

Se trataba de un niño de 5 años, (A. García), natural de Madrid, hospiciano, de temperamento nervioso, y habitualmente con buena salud; ocupó la cama número 2 de la Sala de Santa Bárbara.

Sus familiares atribuyeron su enfermedad al roce con otros niños que tenían “granos” en la cabeza. Hace más de un mes empezó a rascarse con frecuencia, “llamó la atención de los celadores, que le vieron una placa roja en la coronilla, cubierta de “granitos” pequeños, vesiculoso y formando un círculo como de media pulgada, en el cual el pelo había cambiado algo de color y perdido su lustre y consistencia normales, puesto que al menor frote se rompía. Pronto quedó raspado a modo de tonsura, y se fue ensanchando progresivamente, hasta llegar a tener el diámetro de un duro; el niño al no cesar de rascarse, le salieron numerosas costras amarillentas, escamillas furfuráceas y escoriaciones o arañazos. Entre los pelos corrían infinitos parásitos, y en el vértice de la cabeza se veía un círculo o tonsura de dos pulgadas de diámetro, cubierto de una sustancia blanca, formando estuches a la parte profunda del pelo que aún quedaba, y mezclada con algunas vesículo-pústulas, como se indica en la LÁMINA. La picazón y el mal olor seguían, pero era menos intenso después del rape. La sustancia blanca que formaba los estuches a los pelos de la tosura era gelatinosa, carecía de brillo y se extendía por la circunferencia, aglutinando y forrando los pelos largos de los alrededores”.

Tratamiento:

“Depilación (con pinza) a toda la cabeza.- Lociones inmediatamente después con la disolución de sublimado (un escrúpulo por media libra de agua).- Untura por la noche con la pomada de sublimado (dento-cloruro de mercurio, 6 granos; manteca una onza). La depilación fue bastante difícil, porque se rompían los pelos si no se los cogía por su sitio de inserción; pero, aunque mal hecha, dejó perfectamente limpia la cabeza, y a los pocos días no había “granos” en ella. A fines de Febrero habían vuelto ha salir bastantes pelos, pero a la par salían también erupciones vesiculosas y furfuráceas, y la consistencia y color de aquellos que eran normales. Se hizo una segunda depilación total, y se insistió en los mismos medios. A fines de Abril, tercera y última depilación total. La cabeza se cubrió de pelo fuerte y lustroso, sin erupciones ni furfuraciones. Examinados algunos al microscopio al final de Mayo, no presentaron indicio de phyto-parásitos, por lo que se le dió alta a primeros de junio”.

COMENTARIO:

LÁMINA bien dibujada, reproduciendo con gran exactitud las lesiones, de TIÑA O HERPES TONSURANTE (SEGUNDO PERÍODO).

Se puede establecer el diagnóstico diferencial con los proceso señalados en la LÁMINA III.

Magistral descripción de la Historia Clínica. Eficacia del tratamiento, consiguiendo en cinco meses su curación.



LÁMINA VI

TÍTULO: TIÑA PELADA O PELONA, ACROMATOSA, DE LA CABEZA, BARBA Y MUSLO. (PORRIGO DECALVANS)

Corresponde a la LÁMINA III DEL GRUPO DE DERMATOSIS PHYTO-PARASITARIAS

AUTOR DE LA LÁMINA: J. Acevedo pintó y cromolitografió

TÉCNICA: Acuarela y Litografía. Lit. de J.M. Mateu, Valverde nº 24

DESCRIPCIÓN DE LA LÁMINA:

Se observan tres placas de pelada, una en cuero cabelludo y dos en barba. Además se observa el esquema de un pelo extraído y visto al microscopio, con un aumento de 750 diámetros.

“El pelo estaba roto, abultado en algunos puntos y hendido precisamente en ellos, percibiéndose dentro de las hendiduras esporos vegetales redondeados, transparentes y sin gránulos interiores. A lo largo del tallo y en el sentido de la longitud del pelo, se veían numerosos filamentos encorvados y ramificados sin perder su grueso. De las ramificaciones salían racimos de esporos del diámetro de 0,002 de milímetro, que se hinchaban al contacto del agua, caracteres que corresponden a la planta toculácea *Microsporon Audouini*”.

Utiliza tonos que varían del blanco al marrón, pasando por el negro del cabello, los pómulos sonrosados.

HISTORIA CLÍNICA DE LA LÁMINA:

OLAVIDE recoge de forma magistral el caso que vió el 2 de Mayo de 1869.

“Practicante de una Farmacia de Madrid, (B.J.), soltero, de 25 años de edad, de buena salud habitual. El paciente refería que no sabía a qué atribuir su padecimiento, pero más tarde refirió que a la Farmacia iban dos personas que padecían la misma enfermedad, y al advertírsele que era contagiosa, cayó en la cuenta que estos sujetos se recostaban en la misma butaca que él, incluso iban a su casa con frecuencia.

El paciente refería que al principio las lesiones eran pruriginosas, el pelo débil, frágil, descolorido. Al mes siguiente se le cayó el pelo de forma inesperada y sin causa aparente, dejando una superficie calva, redondeada de piel brillante y lisa, decolorada, parecía algo hinchada o tumefacta. Esta tumefacción cedió en breve y el pelo que rodeaba la lesión era normal. Al mes siguiente vuelven a aparecer dos nuevas calvas en la barba y otra en el muslo”.

Tratamiento:

“Epilación una pulgada alrededor de las calvas. Loción con la disolución de sublimado (un 1 por 100 de agua). Untura por la noche con la pomada de sublimado (un escrúpulo por 4 onzas).

Un baño general cada semana con media onza de la misma sustancia. A primeros de Junio empezaron a sombrearse las calvas, saliendo en ellas pelo débil y enfermo.

Segunda epilación. El mismo plan. En Agosto se cubrieron las calvas de pelo con mejores condiciones.

Tercera epilación. En Septiembre las hemos visto cubiertas ya de un pelo completamente sano, que, reconocido al microscopio, no ha presentado esporos ni alteraciones en su textura”.

COMENTARIO:

Se puede establecer el diagnóstico diferencial de dicho paciente con los procesos de la LÁMINA III y con la Alopecia Areata.

Magistral descripción de la Historia Clínica.

Aunque el tratamiento fue eficaz para los medios de que se disponían en la segunda mitad del s. XIX, actualmente trataríamos este proceso con Griseofulvina para la lesión del cuero cabelludo; y para las lesiones de la barba se pueden aplicar pomadas tópicas de Ketoconazol o Bifonazol, y además tratamiento interno con Ketoconazol, Itraconazol, Terbenafina, etc.



LÁMINA VII

TÍTULO: PYTIRIASIS VERSICOLOR

Corresponde a la LÁMINA IX DEL GRUPO DE DERMATOSIS PHYTO-PARASITARIAS

AUTOR DE LA LÁMINA: J. Acevedo pintó y cromolitografió

TÉCNICA: Acuarela y Litografía. Lit. de J.M. Mateu. Valverde nº 24

DESCRIPCIÓN DE LA LÁMINA:

Se observan lesiones en cara lateral y posterior del cuello.

Dichas lesiones eran de color pardo-grisáceo, de gran tamaño, rodeadas de otras pequeñas, lenticulares.

Se observa también en la lamina el esquema visto al microscopio de 800 diámetros, del polvo que aparecía al rascado de la lesión, que estaba compuesto de detritus de células epidérmicas y de filamentos encorvados, ramosos, con esporos terminales, cuya característica corresponde a la planta mucédinea artrospórea, llamada por Eichstedt, micrósporon furfur.

La técnica de la acuarela empleada para esta LÁMINA utiliza tonos que varían del blanco al marrón, pasando por lesiones pardo-grisáceas, y sonrosado en cara.

HISTORIA CLÍNICA DE LA LÁMINA:

OLAVIDE recoge de forma magistral el caso que vio el 2 de Junio de 1869.

“Escritor, (G.), de 23 años de edad, natural de Zaragoza, y que ocupó la cama número 9 de la Sala de San Carlos. Hijo de padres sanos, él ha padecido diversas enfermedades a consecuencia de las bebidas alcohólicas, además de multitud de accidentes venéreos y sifilíticos primitivos. El

paciente acude a la enfermería por un prurigo, pero al examen clínico se le observa en el cuello una serie de manchas que, antes de hacerse visibles picaron algo, pero no le molestaban. Fueron presentándose poco a poco manchas del tamaño de una lenteja, hasta que al cabo del año y medio habían confluído y le cubrían las partes posterior y laterales del cuello”.

Tratamiento:

“Untura con la pomada de sublimado (6 granos por onza de manteca), en el sitio de las manchas. Baño general templado en días alternos con una onza de quini-sulfuro-potásico. A las cuatro unturas y al segundo baño, habían perdido las manchas casi toda su coloración, quedando sólo una especie de sombra que indicaba el punto donde estuvieron. Se insistió en dicho tratamiento, y el enfermo salió curado el día 15 de Junio, no sólo de la Pitiriasis Versicolor, sino del prurigo parasitario coincidente, que cedió a los primeros baños sulfurosos”.

COMENTARIO:

LÁMINA bien dibujada, reproduciendo con gran exactitud la lesión de la piel.

Se puede establecer el diagnóstico diferencial de dicha lesión cutánea con:

- Vitíligo: No se ven hongos en la capa córnea desprendida. Fluorescencia negativa.
- Parapsoriasis: Ni hongos, ni fluorescencia.
- Dermatitis Seborréica: Ni hongos, ni fluorescencia.

En caso de Pitiriasis Versicolor Acrómica, y en regiones de Lepra endémica, plantear diagnóstico diferencial con Lepra Acrómica Anestésica (exploración de la sensibilidad con agujas).

Aunque el tratamiento fue eficaz para los medios de que disponían en la segunda mitad del s. XIX, actualmente trataríamos este proceso:

- Lavar con jabones ácidos.
- Tratar las hiperhidrosis (entre otras, ver si tiene etiología tuberculosa).
- Frotar con solución de Fabry dos veces al día:
“Solución alcohólica de Fabry”
Acido salicílico 2, 0
Fenol liquefacto 1, 0
Alcohol c.s.p. 100, 0
- Da buenos resultados frotar con una solución acuosa al 10% de hiposulfito sódico.
- En casos intensos, además tratamiento local intensivo con fungicidas. Bifonazol (crema, solución, polvos).
- Es importante realizar controles regulares con la luz de Wood. Cesar el tratamiento dos o tres semanas después de haber desaparecido la fluorescencia.

No obstante, a menudo no se pueden evitar las recidivas.

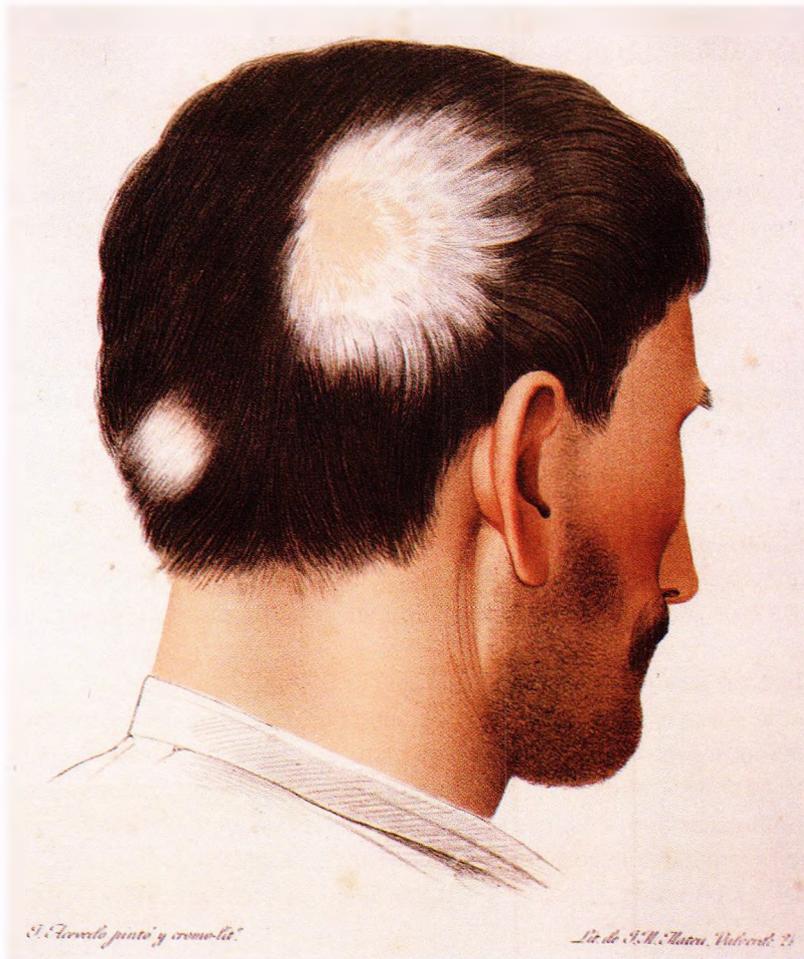


LÁMINA VIII

TÍTULO: DISCROMÍA (VITILIGO DE LA CABEZA)

Corresponde a la LÁMINA I DEL GRUPO DE DERMATOSIS ESPONTANEAS LOCALES O DEFORMIDADES

AUTOR DE LA LÁMINA: J. Acevedo pintó y cromolitografió

TÉCNICA: Acuarela y Litografía. Lit. de J.M. Mateu, Valverde nº 24

DESCRIPCIÓN DE LA LÁMINA:

Se observan dos manchas o lunares en la cabeza, con una región central alopécica rodeada de canas. Alrededor de estas placas el pelo era normal.

Se utilizan tonos que varían del blanco al negro, pasando por el marrón.

HISTORIA CLÍNICA DE LA LÁMINA:

El Dr. OLAVIDE recoge de forma magistral el caso que vió el 1 de Enero de 1869.

“Paciente, (A.B.), de 46 años de edad, natural de Pontevedra, viudo, que ocupó la cama número 5 de la Sala de San Matías del Hospital de San Juan de Dios.

Refería el paciente que, cuando tenía dieciocho años y tras un problema familiar, le aparecieron dos puntos en la parte posterior de la cabeza, en los que el cabello se había vuelto blanco. Dos meses más tarde, el pelo blanco se le caía, y así continuado durante años. A la exploración, se encuentran dos superficies calvas en la parte posterior de la cabeza, una mayor que otra, de las

cuales salen unos pelos completamente blancos. La piel, desprovista de pelos, tiene una coloración mucho más pálida que la que se observa en los demás puntos del cuerpo”.

COMENTARIO:

OLAVIDE no puso tratamiento a este paciente, ya que en ese momento no se conocía ninguna sustancia para repigmentar estas placas acrómicas, no presentando además el paciente sintomatología alguna.

Actualmente el tratamiento del Vitíligo no es muy eficaz, siendo sus posibilidades terapéuticas muy escasas. Se puede intentar estimular la formación del pigmento con soluciones de Melanina (8-Metoxi Psoraleno) seguido de aplicación de UVA. O bien 5-Metoxi Psoraleno y UVA. Hay que juzgar la eficacia del tratamiento a los dos o tres meses del comienzo. Las repigmentaciones completas son raras, y necesitan uno o dos años.

Recientemente se ha propuesto la asociación de PUVA y Fenilalanina, pero hay que llevar a cabo un riguroso control de la natalidad, dado el riesgo de embriopatía.

Otros tratamientos propuestos son:

- Fototerapia con Khelline (derivado del Fluorocromo, tres sesiones por semana), pero tiene efectos secundarios: náuseas, hipertensión arterial, y elevación de las transaminasas.
- Autoinjertos autólogos, a partir de biopsias de Punch, o mejor con el techo de las ampollas de succión, pero realizados únicamente para placa depigmentada de pequeñas dimensiones. Una variante de esta técnica fue expuesta por el profesor Ocaña Sierra en un vídeo que presentó en la Reunión Científica de la Academia Española de Dermatología (Sección Andaluza), celebrada en Granada en Noviembre de 1989.

También puede intentarse la administración de polypodium leucotomos que según comunicó FITZPATRIK Y PATAK en Madrid (Congreso Español de Dermatología 1994) repigmenta en algunos casos.

Otros tratamientos consisten en realizar aplicaciones de sustancias que camuflan o disminuyen las acromias del Vitíligo:

- Cambiar el color del estrato córneo mediante reacciones químicas (emulsión aceite-agua con dióxido de Titanio y 4% de dihidroxiacetona).
- Uso de cosméticos como los propuestos por la americana Elena Oleary (Covermark, etc.).

Aunque la Historia Clínica y la LÁMINA no parecen plantear dudas, en toda discromia hay que plantearse, al menos, las melánicas y las no melánicas. Entre las melánicas, según esté aumentada o disminuida la melanina. En las primeras, tenemos el Cloasma, el Léntigo, las Efélides, etc.

Entre las Discromias no melánicas hay que tener en cuenta las exógenas (terapéuticas o traumáticas), y las hematógenas (por enfermedades terapéuticas o alimenticias).

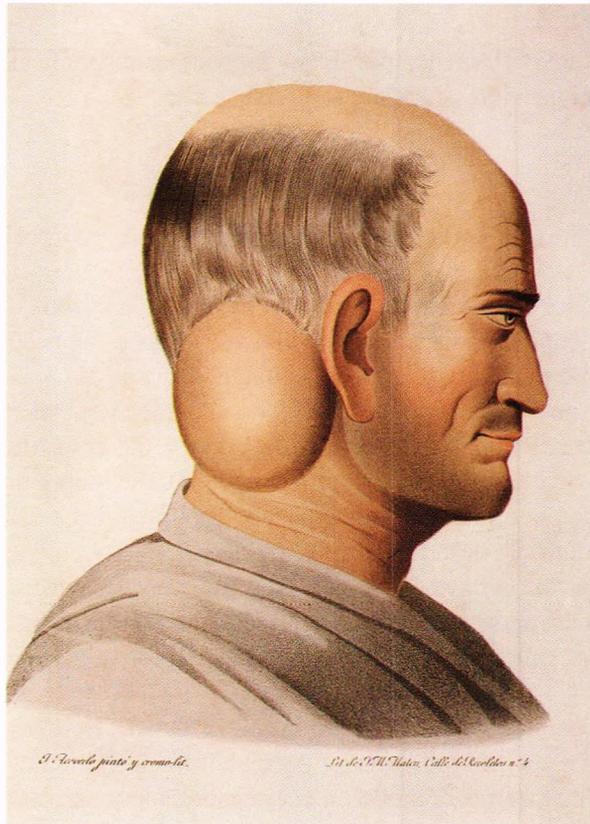


LÁMINA IX

TÍTULO: QUISTE CUTANEO SEBACEO

Corresponde a la LÁMINA III DEL GRUPO DE DERMATOSIS ESPONTANEAS LOCALES O DEFORMIDADES

AUTOR DE LA LÁMINA: J. Acevedo pintó y cromolitografió

TÉCNICA: Acuarela y Litografía. Lit de J.M. Mateu, Recoletos nº 4

DESCRIPCIÓN DE LA LÁMINA:

Se observa una tumoración en la región postero-lateral del cuello, de forma redondeada y de gran tamaño.

La técnica de la acuarela empleada utiliza tonos que varían del blanco al marrón.

HISTORIA CLÍNICA DE LA LÁMINA:

Se trataba de un enfermo ingresado en la Sala 8ª del Hospital de San Juan de Dios con objeto de curarse su Dermatitis Herpética (Pitiriasis); pero a la exploración de dicho paciente, se le observó una tumoración redondeada y voluminosa, de superficie lisa, dura, aunque con elasticidad, movable, adherida a piel y no dolorosa, en la región postero.lateral del cuello, de meses de evolución y que había aumentado paulatinamente de tamaño hasta adquirir el que tenía en el momento de la mencionada exploración.

Tratamiento:

Curado de su Dermatitis Herpética por la que ingresó, se disponía al tratamiento quirúrgico de la tumoración, pero el paciente se negó y se le dió su alta.

COMENTARIO:

Actualmente el tratamiento de la tumoración consiste en su extirpación y su estudio anatómo-patológico.

LÁMINA bien dibujada, reproduciendo con gran exactitud la lesión cutánea.

Aunque el autor propone la terminología de Quiste-Cutáneo-Sebáceo, en el momento actual deben plantearse para este paciente los siguientes diagnósticos:

- Quiste Epidérmico: Tumor intracutáneo o subcutáneo que abomba la superficie de la piel, crece lentamente. Son redondeados, duros, del color de la piel o ligeramente amarillentos. Se localizan casi siempre en cuero cabelludo y en la cara. Tiene una pared constituida por todas las capas de la epidermis. Su luz está llena de queratina.
- Quiste Dermoide. Se desarrollan en el tejido celular subcutáneo. La localización más frecuente es la raíz de la nariz, región orbitaria, apófisis mastoides y coxis.

Histológicamente se trata de cavidades revestidas de epidermis, que pueden contener glándulas sebáceas, glándulas sudoríparas, esbozos dentales y pilosos, cartílago, queratina, e incluso huesos.

- Quiste Sebáceo, Ateromas. Aspecto como el Quiste Epidérmico, algo más blando. Pueden llegar a ser de gran tamaño. Aparecen frecuentemente por predisposición hereditaria. Se localizan sobre todo en cuero cabelludo y escroto. El contenido suele ser de olor rancio. Pueden abscesificarse por infección bacteriana, produciéndose entonces supuración del contenido hacia fuera. Proceden de las glándulas sebáceas y tienen siempre un punto de salida en la superficie de la piel.
- Quiste de Retención Sebácea (Quistes foliculares). Nacen por impedimento de salida del sebo (estancamiento del sebo). Llamados falsos ateromas, son similares al Hidrocistoma de retención.
- Quiste de Retención Mucosa. Aparece sobre todo en labio inferior. Origen traumático (por ejemplo mordedura), o por obstrucción de los conductos excretorios de las glándulas mucosas.
- Lipoma. Tumor del tejido adiposo benigno (encapsulado). Pueden ser solitarios o múltiples. Son muy frecuentes. Una variante es la Lipomatosis dolorosa de Dercum, que aparecen en mujeres en la menopausia. Se trata de una alteración de origen endocrino, en la cual aparecen nódulos de tejido adiposos, sobre todo a nivel del borde del hombro, brazos y nalgas. Estos nódulos, a veces se acompañan de alteraciones psíquicas y debilidad generalizada (adinamia muscular). El curso es rápido.

No se conoce la posible asociación de Lipomatosis con hiperlipemia o hipercolesterolemia.

Dada la estructura de la LÁMINA y la Historia Clínica que nos presenta el Dr. OLAVIDE, creemos que se trata de un quiste Epidérmico, terminología no utilizada en el momento de realizarse el Atlas.



LÁMINA X

TÍTULO: **ERISPELA AGUDA O PSEUDO-EXANTEMÁTICA**

Corresponde a la LÁMINA I DEL GRUPO DE DERMATOSIS PSEUDOEXANTEMÁTICAS

AUTOR DE LA LÁMINA: J. Acevedo

TÉCNICA: Acuarela y Litografía (Teo. Rufflé cromolitografió).

Lit. de J.M. Mateu, Valverde nº 24

DESCRIPCIÓN DE LA LÁMINA:

Se observa, en mejillas, nariz y párpados una lesión eritematosa.

La técnica de la acuarela empleada para esta LÁMINA utiliza tonos que varían del blanco al marrón, con cara sonrosada.

HISTORIA CLÍNICA DE LA LÁMINA:

El Dr. OLAVIDE recoge de forma magistral el caso que vió el 30 de Marzo de 1867.

“Prostituta. (L.G.), de 21 años de edad, natural de Belmonte, soltera, y que acudió al hospital para curarse de accidentes venéreos y sifilíticos primarios.

La paciente refería que el día anterior a su ingreso presentó un enfriamiento estando mes-truando, presentando pródromos febriles, disminución del flujo periódico, vómitos, dolor en epi-gastrio y fiebre intensa, durante la cual, las mejillas se pusieron eritematosas y calientes, muy sensibles a la presión.

El día de su ingreso la fiebre era menos intensa y el dolor de cabeza era mayor”.

Tratamiento:

Dieta soluta.- Agua de cebada cremorizada para bebida: sinapismos bajos y calentadores a los pies: polvos de almidón en abundancia a los puntos erisipelados.- El día 1 de Octubre presenta fiebre, la erisipela va desapareciendo de la localización en la que se encontraba y se ha corrido a las partes anteriores y laterales de la cabeza, estando muy abultados los párpados y las orejas, y siendo la sensibilidad de estos puntos muy exagerada. Posteriormente, todos los puntos erisipelados se agrietan y se desprenden en extensas láminas, no hay fiebre, la erisipela continúa en la parte posterior de la cabeza.- Día 10 de Octubre: desaparecen las lesiones de erisipela y la enferma empieza a tomar alimentos.- Día 12 de Octubre: se suspende el tratamiento para la erisipela aguda, para continuar con el tratamiento sifilítico anterior.

COMENTARIO:

LÁMINA bien dibujada, reproduciendo con gran exactitud la lesión cutánea.

Aunque la Historia Clínica y la LÁMINA no parecen plantear dudas, se puede establecer el diagnóstico diferencial de dicha lesión con:

- Erisipeloide (enrojecimiento amoratado de crecimiento lento hacia la periferia, que suele localizarse en las manos y es ocasionado por *Erysipelothrix rhusiopathiae*, bacteria gram positiva. Cursa sin fiebre.
- Edema de Quincke: cursa sin fiebre alta.
- Dermatitis aguda: Suele haber prurito y ausencia de fiebre.
- Estafilococia maligna (en los casos localizados en la cara).
- Dermatomiositis (también en los casos localizados en la cara). Cursa con aumento de enzimas musculares (por ejemplo aumento de la creatín-fosfo-quinasa (CPK).

Actualmente el tratamiento de la Erisipela Aguda o Pseudo-exantemática es el siguiente:

- Reposo en cama, eventualmente ingreso en hospital.
- Dosis altas de Penicilina (10 o 20 millones de unidades).
- Antibióticos de amplio espectro (hacer antibiograma) por los menos durante 10 días.
- Eliminar puertas de entrada.
- Tratamiento externo inicial con compresas alcohólicas.
- Tratamiento posterior con pomadas de antibióticos.
- Heparinoterapia en las Erisipelas de los miembros, a fin de favorecer la difusión de antibióticos y de prevenir el riesgo de Flebitis.
- Tratamiento del terreno deficiente asociado.

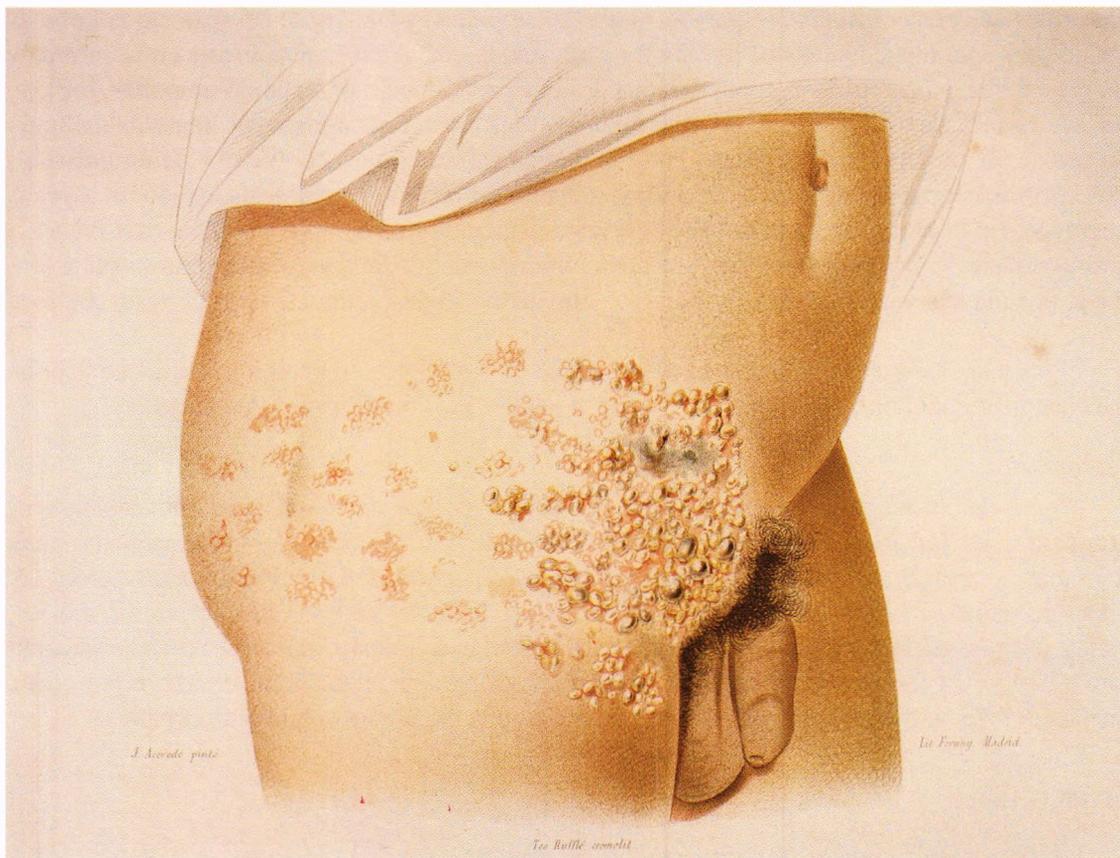


LÁMINA XI

TÍTULO: **HERPES-ZONA PSEUDO-EXANTEMÁTICO (REGIÓN SACRO-GLÚTEO-INGUINAL)**

Corresponde a la LÁMINA II DEL GRUPO DE DERMATOSIS PSEUDO-EXANTEMÁTICAS

AUTOR DE LA LÁMINA: J. Acevedo pintó

TÉCNICA: Acuarela y Litografía (Teo Rufflé cromolitografió). Lit. Foruny. Madrid

DESCRIPCIÓN DE LA LÁMINA:

Se observan lesiones que van desde la ingle derecha hasta la parte superior y lateral del muslo derecho, llegando a la región sacra. Dichas lesiones tienen un aspecto de máculas, vesículas, pústulas, y ampollas brillantes.

Utiliza tonos que varían del blanco al marrón, pasando por elementos rojizos y amarillentos.

HISTORIA CLÍNICA DE LA LÁMINA:

OLAVIDE recoge de forma magistral el caso que vió el 9 de Enero de 1867.

“Joven de 18 años de edad, llamado Juan Fernández, gallego, soltero, de temperamento nervioso y habitualmente de buena salud. Ingresó en la Sala de Santa Bárbara.

El paciente refería que días antes de su ingreso, empezó a sentir escalofríos, malestar general, fiebre, posteriormente un dolor agudo y fijo en la cadera derecha y parte superior del muslo, que le impedía realizar los movimientos del miembro. Esta sintomatología le duró dos días, a partir de entonces le empezó a salir desde la ingle hasta la región sacra del lado dolorido man-

chas rojas que posteriormente se transformaron en ampollas, y a la vez le desapareció la fiebre y los dolores eran menos intensos. El Dr. OLAVIDE señala que al entrar el paciente en la enfermería presentaba, en la región inguinal derecha, lesiones con aspecto de vesículo-ampollas, brillantes, semiesféricas, traslucientes, rodeadas de una areola lineal roja, agrupadas, llenas de un líquido seroso, de un tamaño que variaba entre el de una cabeza gruesa de alfiler y de un guisante. Posteriormente, por las roturas de ampollas, se había formado una equimosis, dando un aspecto negruzco. En la región sacra las ampollas eran más gruesas que en zona inguinal, más blancas, más agrupadas y más brillantes. La zona afectada intermedia que unía ambos extremos estaba formada por manchas inflamatorias, y por vesículas redondeadas, reunidas en grupos de cuatro a seis.

El paciente también presentaba un dolor profundo, neurálgico en la región afectada que le obligaba a cojear e inclinarse hacia delante, y que le aumentaba con las roturas de ampollas”.

Tratamiento:

“Agua de cebada cremorizada para bebida usual.- polvos de almidón en abundancia a la erupción.- Quietud absoluta en decúbito lateral izquierdo”. A los pocos días los dolores eran más tolerables a pesar de romperse algunas ampollas; las vesículas de la región desaparecieron, las ampollas de la región sacra formaron una costra única. A finales de Enero le aparecieron seis vesículo-pústulas de Herpes flictenoides en la cara posterior del muslo, bastante separadas unas de otras. El 15 de Febrero sólo presentaba en región inguinal una pequeña costra adherente, y pequeños dolores al mover el muslo. El 18 de Febrero se le dió el alta, totalmente curado”.

COMENTARIO:

LÁMINA bien dibujada, reproduciendo con gran exactitud las lesiones de HERPES-ZONA PSEUDO-EXANTEMÁTICO (REGIÓN SACRO-GLÚTEO-INGUINAL).

Aunque la Historia Clínica y la LÁMINA no parecen plantear dudas, en el momento actual, se debe establecer un diagnóstico diferencial del Herpes Zóster, según se vea en la fase pre-eruptiva (fiebre de 38 a > 38 °C, dolor unilateral, sensación de quemazón o prurito). En esta fase el diagnóstico diferencial se plantea con:

- Pleuresía
- Infarto de miocardio
- Síndrome abdominal agudo
- Ciática.

Aunque el tratamiento fue eficaz para los medios que se disponían en la segunda mitad del s. XIX, actualmente trataríamos este proceso:

—Local: son útiles la desinfección local por antisépticos o colorantes.

Hay que tener en cuenta, además, variaciones terapéuticas en función de la edad y del estado inmunológico del sujeto:

a) Sujetos con inmunidad normal:

Antes de 50 años: tratamiento sintomático, reposo, analgésicos, sedantes, complejo vitamínico B.

En las formas extendidas o dolorosas, antivíricos tipo Aciclovir.

Discutir el tratamiento con Corticosteroides por vía general.

Después de los 50 años: está discutida la administración de antivíricos por vía general, y también la administración de Corticosteroides (0,5 miligramos por Kilo y día de Dexametasona), administrando precozmente con objeto de disminuir la frecuencia de los dolores post-zosteriformes.

b) Sujetos inmunodeprimidos:

Administrar Aciclovir por vía intravenosa (500 miligramos por centímetro cuadrado cada 8 horas), o bien comprimidos de 800 miligramos (de 3 a 5 comprimidos al día).



LÁMINA XII

TÍTULO: ECZEMA IMPETIGINOSO AGUDO O PSEUDO-EXANTEMÁTICO GENERALIZADO

Corresponde a la LÁMINA IV DEL GRUPO DE DERMATOSIS PSEUDOEXANTEMÁTICAS

AUTOR DE LA LÁMINA: J. Acevedo

TÉCNICA: Acuarela y Litografía (Soldevilla cromolitografió).

Lit. de J.M. Mateeu, Valverde nº 24

DESCRIPCIÓN DE LA LÁMINA:

En la LÁMINA se observan lesiones en cara, pabellón auricular derecho y cuero cabelludo. Dichas lesiones tienen aspecto vesículo-pustuloso, escamosas y costrosas; además se observa placa eritematosa en cuello.

La técnica de la acuarela empleada para esta LÁMINA utiliza tonos que varían del blanco al marón, pasando por un coloración verdosa-amarillenta, y rojiza en cuello.

HISTORIA CLÍNICA DE LA LÁMINA:

OLAVIDE recoge magistralmente el caso que vio el 20 de Febrero de 1867.

“Joven de 20 años de edad, (S.C.), estudiante valenciano, soltero, de temperamento nervioso y buena constitución; entró en el número 11 de la Sala de Santa Bárbara. El paciente refirió a su entrada que había padecido en su niñez infartos agudos de los ganglios cervicales, y que a los 17 años había tenido una úlcera y bubón venéreos que curaron fácilmente. En Diciembre de 1866 le

aparecieron muchos ‘granitos’ pequeños en la cabeza, llenos de un líquido claro en unos y espeso en otros, que se rompían y formaban costras, acompañadas de picor continuo y reacción inflamatoria, seguido de fiebre que le duró pocos días. Cuando bajó la fiebre, le aparecieron un brote de vesículas diseminadas por todo el cuerpo; en la cara y en la cabeza se convirtieron en pústulas, apareciéndole un impétigo.

Cuando entró en la enfermería tenía la frente, las orejas las mejillas, y la piel de la cabeza cubiertas de costras gruesas, adherentes y ambarinas; la barba con costras blancas, escamosas o furfuráceas. En el pecho y los miembros presentaba placas rojas inflamadas, pequeñas y próximas entre sí, en algunas de las cuales se elevaban vesículas llenas de contenido claro, que le producía picazones continuos. Posteriormente desapareció la fiebre, y el estado general del enfermo era bueno”.

Tratamiento:

“Agua de cebada cremorizada usual; polvos de almidón al cuerpo; pomada de brea y glicerina (partes iguales) a la cara por las noches; glicerina pura a la cabeza; baños generales templados (con salvado unos, y otros con media onza de sulfuro potásico, alternando cada dos días). A los tres días habían desaparecido las costras de la cara y de la cabeza, y el los siguientes el 17 de Marzo de 1867 (veintisiete de tratamiento), en el que tomó el alta, fueron secándose las vesículas y cediendo la inflamación de su base, saliendo de la enfermería perfectamente curado”.

COMENTARIO:

LÁMINA bien dibujada, reproduciendo con gran exactitud las lesiones del ECZEMA IMPETIGINOSO AGUDO O PSEUDO-EXANTEMÁTICO GENERALIZADO.

Aunque la Historia Clínica y la LÁMINA no planteaan dudas, se puede establecer el diagnóstico diferencial:

. En el caso de Impétigo contagioso de pequeñas ampollas, deberá hacerse con: Sifilide (lúes II): Serología, Micosis (preparado de hongos y cultivo).

En el caso de Impétigo contagioso de grandes ampollas deberá hacerse con otras Dermatitis ampollosas como el Pénfigo.

Aunque el tratamiento fue eficaz para los medios de los que se disponían en la segunda mitad del s. XIX, actualmente habría que tratar, en primer lugar el IMPÉTIGO: reblandecer las costras con pomadas de ácido salicílico al 2%, colorantes (pioctaninas, solución de Castellani) o pasta de Zinc-Vioformo o aceite.

Más tarde, eventualmente, pomadas de antibióticos (Gentamicina, Terramicina, Aureomicina, etc.), no administrando tópicamente antibióticos que sean sensibilizantes, por ejemplo, Penicilina y también, Neomicina, aunque ésta tiene menor potencial sensibilizante.

Puede ser necesario administrar antibióticos por vía interna.

Una vez tratado en Impétigo, habría que tratar el eczema para ello habría que tener en cuenta la etiología del mismo; si fuera un Eczema de contacto, habría que evitar, en primer lugar, ponerse en contacto con las sustancias causantes. Si fuera un Eczema Fotoalérgico, habría que evitar el exceso de exposición al sol y aplicar filtros solares. Si fuera un Eczema Microbiano habría que combatir los gérmenes causales con los respectivos antibióticos, después de realizar los correspondientes antibiogramas. Si se tratara de un Eczema Seborreico, habría que tratarlo con baños de azufre, paja de avena, salvado de trigo. Si se tratara de un Eczema Exudativo, recordar la regla Galénica de aplicar siempre líquido sobre líquido; por ello son de utilidad la aplicación de violeta de genciana al 1%, y en las zonas secas, cremas Corticosteroides y, eventualmente, Vioformo.

El tratamiento del cuero cabelludo puede realizarse con pomada de azufre y ácido salicílico y, si la inflamación es considerable, Corticoides en forma de tintura o crema. Si se tratara de una

Dermatitis Atópica, habría que tener en cuenta todos los factores alimenticios como el alcohol y algunas frutas, contacto con lana, pelo o escamas de animales, stress, cambios climáticos, estaciones frías y cálidas. Por otra parte, habría que tener en cuenta la terapéutica general de la Neurodermitis:

Tratamiento externo. Los medios de elección son el alquitrán y los Corticoides. Evitar lesiones cutáneas por uso prolongado de Corticoides.

Tratamiento interno. Romper el círculo vicioso mediante sedantes. Los Corticoides sólo se utilizarán cuando exista una indicación estricta.

Dieta. No existe ninguna dieta especial para la Neurodermitis. Sólo se puede recomendar ocasionalmente, cuando exista una clara dependencia de la alimentación. Abstenerse de especias, estimulantes y frutos cítricos.

Elección de profesión. No es recomendable un trabajo que suponga contacto con suciedad. Aire libre de polvo.

Vestido. Evitar ropas de lana pura y pieles.

La fiebre del heno, que con frecuencia se combina con una Dermatitis Atópica, requiere un tratamiento especial; sus antígenos desencadenantes pueden detectarse mediante pruebas intracutáneas (prick-tests) e incluso por pruebas oftálmicas y nasales. Estas últimas consisten en instilar o administrar con spray una solución de alérgeno en el saco conjuntival o en la mucosa nasal.

Es preferible desensibilizar contra la polinosis antes de la correspondiente estación del año (de Octubre a Abril, o hasta el comienzo del correspondiente periodo de floración). En otras rinitis alérgicas continuadas, sin ritmos estacionales, con producción permanente de alérgenos (por ejemplo, polvo de la casa, ácaros, algunas esporas de hongos) está indicada una desensibilización durante todo el año.



URTICARIA AGUDA EN DECLINACION.

OBSERVACION. Cálvez E., natural de Larrua (provincia de Burgos), de 14 años de edad, entró en este Hospital el día 20 de Enero de 1874, padece la cama número 16 de la sala 8.ª (Sala de San Bernabé). De temperamento bilioso, constitución esbelta y salud habitual buena, no ha sufrido hasta ahora ninguna afección cutánea. Hace un año que está en el Asilo de San Bernardino; ha sufrido mucha miseria, y se le presentó unos ocho días antes de entrar en este Hospital una erupción que le producía bastante picor, principalmente por la noche y con el calor de la cama. Esta erupción consistió por los brazos, generalizándose y dando lugar á fenómenos febriles.— Estado actual.— El día que se presentó á nosotros el paciente padecía una erupción consistente en habones de color rosa pálido, discretos en el pecho y vientre, más numerosos en las extremidades superiores, con fúnculos en erupción en algunas partes con la de la piel; además, en la espalda y tronco existían pequeñas papulas de picor, con un corchillo amar-

gullo en el ápice, con mucha de urticaria, siendo esta papula de un gran tamaño. Había fiebre ligera, la lengua estaba húmeda, tenía eructos y anorexia general.
Plan curativo. Dieta de leche.— Agua de cebada crocantada para bebida usual. Polvo de almidón á la erupción. Loción con la alcohólica de sulfuro (1 por 100). Se le friccionaron los ropas para destruir los parásitos. A los ocho días seguía mejor; todavía el pulso era algo frecuente; la erupción púdese ver más, enarbolándose y manifestándose más vividamente los habones por la noche, aunque no de una manera notable. A los veinte días seguía bien; no se observan habones de la erupción, sino algunos que aún habian en los brazos; se le dio salin, y continúo en buen estado, alivado á los 30 días. Muere perfectamente curado. Su estancia en la sala fué de un mes y nueve días.— Dr. Torres.

LÁMINA XIII

TÍTULO: URTICARIA AGUDA EN DECLINACIÓN

Corresponde a la LÁMINA V DEL GRUPO DE DERMATOSIS PSEU-EXANTEMÁTICAS

AUTOR DE LA LÁMINA: J. Acevedo pintó y cromolitografió

TÉCNICA: Acuarela y Litografía. Lit. de J.M. Mateu, Recoletos nº 4

DESCRIPCIÓN DE LA LÁMINA:

Se observa una erupción habonosa en hombro y miembro superior derecho.

La técnica de la acuarela empleada para esta LÁMINA utiliza tonos que varían del blanco al marrón.

HISTORIA CLÍNICA DE LA LÁMINA:

OLAVIDE recoge magistralmente el caso que vió el 20 de Enero de 1874.

“Niño de 14 años de edad, (Ciriaco R.), natural de Larrua (provincia de Burgos), con una salud habitual buena. Ocupó la cama número 16 de la Sala 8.ª de Santa Bárbara. Este niño vivía, desde hacía un año, en el Asilo de San Bernardino con mucha miseria. Refería que ocho días antes de entrar en el hospital, le aparecieron ronchas que le producían bastante picor, principalmente por la noche y con el calor de la cama; al principio estas ronchas le aparecieron en miembros superiores y, posteriormente, se generalizó por todo el cuerpo, dando lugar a fenómenos febriles”.

Señala OLAVIDE que en el momento de la exploración, presentaba el paciente una erupción habonosa de color rosa pálido, sobre todo en extremidades superiores, discretos en pecho y vien-

tre existiendo, en la espalda y tronco, pápulas de prurigo, con su costrita sanguínea en el ápice, con mezcla de arañazos, siendo este prurigo de origen parasitario. Presentaba fiebre ligera, la lengua blanquecina, cefalalgia y malestar general.

Tratamiento:

“Dieta de caldo.- Agua de cebada cremorizada para bebida usual. Polvos de almidón a la erupción. Lociones con la disolución de sublimado (1 por ciento). Se le fumigaron las ropas para destruir los parásitos. A los ocho días seguía mejor, todavía el pulso era algo frecuente; la erupción palidecía cada vez más, exacerbándose y manifestándose más encendidos los habones por la noche, aunque no de una manera notable. A los veinte días seguía bien; no se observan huellas de la erupción, sino algún que otro habón en los brazos; se le dió ración y continuó en buen estado, dándole alta el día 3 de Marzo, perfectamente curado”.

COMENTARIO:

Por la Historia Clínica que reproduce el Dr. OLAVIDE, parece tratarse de un PRURIGO infantil, a pesar de que él tituló la LÁMINA “URTICARIA AGUDA EN DECLINACIÓN”.

Por definición se trata de lesiones de seropápulas pruriginosas que aparecen en los niños y que se pueden clasificar fundamentalmente en dos grupos:

- Formas agudas: PRURIGO-ESTRÓFULO. Se trata de una infección de origen parasitario externo.
- Formas crónicas: esencialmente PRURIGO DE BESNIER, variante morfológica de la Dermatitis Atópica.

Los agentes parasitarios responsables del Prurigo estrófulo son múltiples: sobre todo mosquitos y pulgas, aunque puede tratarse también de ácaros (la Historia Clínica de este enfermo, en el cual aparecían las molestias por las noches con el calor de la cama, parece corresponder a un prurigo ocasionado por parasitación del *Sarcoptes Scabiei*).

Por lo tanto este proceso se trataría actualmente con las pautas terapéuticas indicadas en la LÁMINA I.

Caso de tratarse de una Urticaria Colinérgica, habría que confirmar el diagnóstico con tests farmacodinámicos: intradermoreacción a la acetilcolina, a la nicotina o al CINA.

O bien hacer una prueba de desencadenamiento por el esfuerzo. En este caso, el tratamiento se basa en antihistamínicos anti-H1: Hidroxicina (Atarax).

Habría que contemplar también en el diagnóstico diferencial las Urticarias físicas (dermografismo, urticaria al frío, raramente secundaria a la presencia de aglutininas frías o de crioglobulinemias).

Urticaria por el agua o aquagénica (similar a una Urticaria Colinérgica).

Urticaria Solar (urticaria por el calor); en esta Historia Clínica, las lesiones aparecían por el calor de la cama.

También hay que considerar las Urticarias no físicas:

- Medicamentosas: los principales medicamentos implicados no existían en la época en la que el Dr.OLAVIDE vió a este paciente (penicilina, Cefalosporina, productos yodados de contrastes radiológicos, Sulfamidas, etc.).
- Infecciosas:
 - Viral (Hepatitis vírica, entonces no conocida).
 - Parasitaria (acompañada por Eosinofilia).
 - Microbiana o micótica.
- Alimenticias:
 - Alimentos histamino-liberadores.Alergia verdadera debida a una proteina alimenticia, a conservadores o aditivos

(quesos fermentados). No creemos que fuera esta la causa, debido a la procedencia del niño, que vivía en un Asilo.

- Inhalación de Neumoalergenos: generalmente asociadas a manifestaciones respiratorias de etiologías diversas: pólenes, polvo de la casa, ácaros, cereales, plumas o pelo de animales, etc.
- Causas diversas:
 - Urticaria de contacto, descrita por el americano Fisher, no conocida en la época del Dr. OLAVIDE.
 - Urticarias sistemáticas.
 - Urticarias genéticas: Edema Angioneurótico.
 - Factores psicológicos: a menudo combinados con los factores anteriores.

Además del tratamiento señalado anteriormente (tratamiento de la Sarna), en el momento actual debería realizarse un tratamiento sintomático basado en la disminución o inhibición de la actividad de Histamina, que comporta tres posibilidades terapéuticas:

1.- Inhibición de la síntesis de Histamina:

1.a.- Tritoqualina.

2.- Antagonistas competitivos específicos de los receptores anti-H1:

2.a.- Clásicos

- Ciproheptadina.
- Declorfenilamina.
- Mequitazina.
- Terfenadina.

2.b.- Mas recientes:

- Astemizol.
- Cetirizil.
- Loratidina.
- Ebastina.

3.- Antihistamínicos anti-H2:

3.a.- Cimetidina.

3.b.- Ranitidina.

3.c.- Famotidina.

4.- Otras posibilidades terapéuticas:

4.a.- Inhibidores de la degranulación de mastocitos y de basófilos:

- Corticosteroides, limitados a casos de erupción muy severa o con afección laríngea asociada.
- Ketotifeno.

4.b.- Producto de acción antiserotonina:

- Cyproheptamina.

4.c.- Producto anticolinérgico:

- Hidroxicina (Atarax).

5.- Los tratamientos etiológicos comprenden:

5.a.- Evitar causas desencadenantes.

5.b.- Tratamientos desensibilizantes inespecíficos:

- sedantes.
- Psicoterapia.



LÁMINA XIV

TÍTULO: PÉNFIGO AGUDO PSEUDO-EXANTEMÁTICO

Corresponde a la LÁMINA VI DEL GRUPO DE DERMATOSIS PSEUDOEXANTEMÁTICAS

AUTOR DE LA LÁMINA: J. Acevedo pintó y cromolitografió

TÉCNICA: Acuarela y Litografía. Lit. de J.M. Mateu, Recoletos n.º 4

DESCRIPCIÓN DE LA LÁMINA:

Se observan lesiones en dorso de mano, cara dorsal de antebrazo y brazo derecho. Además de múltiples lesiones de tipo pápulo-vesiculosas rodeadas de un intenso halo eritematoso.

La técnica de la acuarela empleada para esta LÁMINA utiliza tonos que varían del blanco al marrón pasando por el rojo y el amarillo.

HISTORIA CLÍNICA DE LA LÁMINA:

El Dr. OLAVIDE recoge de forma magistral el caso que vió el 12 de Mayo de 1874. Se trata de una “joven de 32 años de edad, (F.C.), natural de Cogela (Lugo), soltera, residente en Madrid desde hacía seis años, de temperamento nervioso y con un buen estado de salud. Ocupó la cama número 21 de la Sala 12ª. Hija de padres reumáticos, la paciente refirió que hacía ocho días, a consecuencia de un fuerte disgusto y precedida de fenómenos febriles, le apareció en la región cervical una erupción compuesta de elevaciones rojas, redondeadas, que se extendieron rápidamente alrededor del cuello propagándose al día siguiente por ambas extremidades torácicas y, más especialmente, por los antebrazos y manos. El cuadro comenzó por manchas aisladas de for-

ma circular, de un color rojo encendido que rápidamente se fueron abultando rodeándose de un círculo rojo, teniendo una ligera sensación de calor y tensión en todo el cuello, hasta que ingresó en la enfermería. Presentaba en el cuello elevaciones redondeas, rodeadas de piel congestionada en gran extensión, manchas aisladas de un rojo más encendido, muy discretas en los brazos y más numerosas en los antebrazos, y, a medida que nos aproximamos a la mano, existen ampollas voluminosas de color rojo, transparentes, aisladas muchas de ellas, y rodeadas de un círculo rojo, manchas congestivas aisladas, ampollas pequeñas rojas -no tan transparentes- sobre piel fuertemente congestionada y tumefacta. Esta congestión es más intensa en la mano, donde la erupción es más confluyente, disminuyendo en los sitios en que el brote es más discreto, presentándose ya la piel a nivel de la flexura del brazo con su color y aspecto casi normal. Le aparece una sensación de tensión y ligero escozor espontáneo, y un dolor muy pronunciado al realizar movimiento en la mano y región del cuello especialmente, apareciéndole una ligera reacción febril, aparte de los fenómenos propios de una queratitis ulcerosa del ojo derecho, que también padece”.

Tratamiento:

“Dieta de caldo; agua de cebada cremorizada para bebida usual; baño general templado en días alternos, y maniluvios emolientes todos los días, espolvoreando después con almidón en abundancia todo el cuerpo, especialmente el sitio afecto: dos días después se la dispuso ración: transcurridos que fueron cinco, a contar desde el de su ingreso, la afección se modificó de una manera muy notable: las ampollas más voluminosas se habían aplanado, quedando el epidermis rugoso, y habiendo desaparecido en la mayor parte de ellas la areola rojiza; muchas de las manchas habían desaparecido, presentando una abundante descamación furfurácea, incluyendo las que aparecieron en el cuello, cuyas anchas elevaciones desaparecieron también, así como la congestión de la piel que las acompañaba, con todos los síntomas subjetivos, como dolor y escozor que antes existían: un estado saburral bilioso que se presentó, cedió a los tres o cuatro días, después de haberla administrado un cocimiento de achicorias amargas, al que agregamos el bicarbonato sódico; la afección continuó mejorando rápidamente, no existiendo ya en esta época ampolla alguna y sí en su lugar una esfoliación abundante y blanquecina en forma de discos, que recordaba la configuración que en aquel sitio había tenido la lesión, continuando después por anchas aunque delgadas placas por todos los puntos que habían estado congestionados; el día 22 de Mayo estaba ya perfectamente curada, no habiéndola, sin embargo, dado el alta unos días después, para dar tiempo a que se curase de la afección de la vista”.

COMENTARIO:

LÁMINA bien dibujada reproduciendo con gran exactitud las lesiones de la anamnesis y de la exploración clínica.

Se puede establecer el diagnóstico diferencial de dicho paciente con:

- Pénfigo vulgar ampollosa: hay que hacer un citodiagnóstico (TZANCK 1947), encontrándose unas células apiteliales voluminosas, redondeadas o poligonales, muy basófilas, con núcleos monstruosos (edematizados, hipertróficos, con numerosos nucleolos). También es útil la Inmunofluorescencia directa, que consiste en la presencia de anticuerpos anti-sustancia celular, tipo IgG, dispuestos en red alrededor de los queratinocitos, o bien Inmunofluorescencia indirecta, que consiste en la presencia de anticuerpos circulantes anti-sustancia intercelular. La evolución de la tasa cuantitativa de los anticuerpos tiene valor para seguir la evolución de la enfermedad, al menos en los primeros años de la misma.
- Penfigoide ampollosa: el diagnóstico de esta afección se descartaría en principio, ya que la paciente de esta LÁMINA tenía 32 años, y el Penfigoide ampollosa suele darse

en personas de edad avanzada. No obstante para comprobarlo, en la actualidad se realizaría los siguientes exámenes complementarios:

- Eosinofilia sanguínea circulante.
- Citodiagnóstico negativo (ausencia de células acantolíticas).
- Histología de la ampolla.
 - a) Ampolla subepidérmica con epidermis intacta no necrosada.
 - b) Eosinófilos en el líquido de la cavidad de la ampolla.
- Inmunofluorescencia indirecta: presencia de anticuerpos circulantes, antimembrana basal, pero que no parece tener una correlación evolutiva general.
- Inmunofluorescencia directa en piel periampollosa: depósitos homogéneos y lineales de IgG y de fracción C3 del complemento (este dato es el más importante).
- Toxicodermia ampollosa: en contra de este diagnóstico, está el hecho de que la paciente de esta LÁMINA, OLAVIDE, no indica que tomara ningún medicamento previo a la aparición del brote del Exantema ampollosa. En el momento actual, para confirmar este diagnóstico, además de una anamnesis minuciosa podrían realizarse los siguientes exámenes complementarios:
 - En antibióticos como la Penicilina o similares realizar SCRATCH-TEST (lectura a los veinte minutos), en los casos positivos, formación de pseudópodos, edematosos.

A pesar de que el SCRATCH-TEST no suele dar reacciones anafilácticas (como ocurre con la intradermorreacción), estas pruebas deben realizarse en medios hospitalarios, con métodos de reanimación (adrenalina y noradrenalina, corticosteroides, bala de oxígeno, etc.) disponibles.

- También se puede intentar un test mixto de escarificación y epicutáneo con lecturas a las 24 horas y a las 48 horas.
- Test de degranulación de basófilos.

Estos tests, en caso de positividad lo único que indican es el contacto previo del sujeto con el antígeno, sin precisar de forma contundente la relación directa entre la positividad de la reacción y el episodio clínico relacionado.

Aunque el tratamiento fue eficaz para los medios de que se disponían en la segunda mitad del s. XIX, actualmente trataríamos este proceso en función de los resultados de los exámenes complementarios anteriormente citados.

1.- Si se tratara de un Pénfigo vulgar su tratamiento sería:

- 1.a.- Corticoterapia general: tratamiento de ataque masivo, 1,5-2,5 miligramos/Kg/día durante 4 a 10 semanas, hasta el final de la erupción.
- 1.b.- Inmunosupresores: bien solos o asociados a la corticoterapia.
- 1.c.- Plasmaféresis: indicada en las formas con tasas elevadas de anticuerpos circulantes y resistentes a la corticoterapia general (sólo en medios hospitalarios).
- 1.d.- Tratamiento sintomático:
 - Mantener un buen equilibrio hidro electrolítico y nutricional.
 - Prevención de accidentes iatrogenos de la corticoterapia general.
 - Prevención cotidiana del riesgo de infecciones, con antisepsia rigurosa de la piel, en cámara estéril en las formas profusas con control bacteriológico diario.

2.- Si se tratara de un Penfigoide ampollosa, su tratamiento actual consistiría:

- 2.a.- Tratamiento general:
 - Corticoterapia general
 - Inmunosupresores (Clorambucil o Azatioprina).
 - Eritromicina (propuesta recientemente).
 - Plasmaféresis.
- 2.b.- Tratamiento local: se basa en la limpieza y desinfección diaria de las ampollas, para evitar cualquier tipo de sobreinfección.

2.c.- Tratamientos asociados:

- Las medidas de rehidratación y de equilibrio nutricional son muy importantes.
- La antibioterapia general debe ser realizada en casos de sobreinfección bacteriológica.
- El tratamiento médico-quirúrgico. (EN CASOS DE UN PÉNFIGOIDE AMPOLLOSO PARANEOPLÁSICO) de un cáncer visceral asociado será realizado cuando sea posible.

3.- Si se tratara de una Toxicodermia ampollosa:

3.a. Tratamiento etiológico: suspender inmediatamente el medicamento desencadenante (los medicamentos más frecuentes suelen ser:

Sulfamidas, Barbitúricos, Hidantoínas, Carbamacepina, Penicilina, Pirazolonas, Penicilamina, Tiopronina, Clonidina, Acido mefenámico, Nadolol, Fenaciatina, etc.)

4.b.- Tratamiento sintomático: recordando la regla Galénica, aplicación de sustancias medicamentosas líquidas sobre lesiones exudativas (“líquido sobre líquido”).

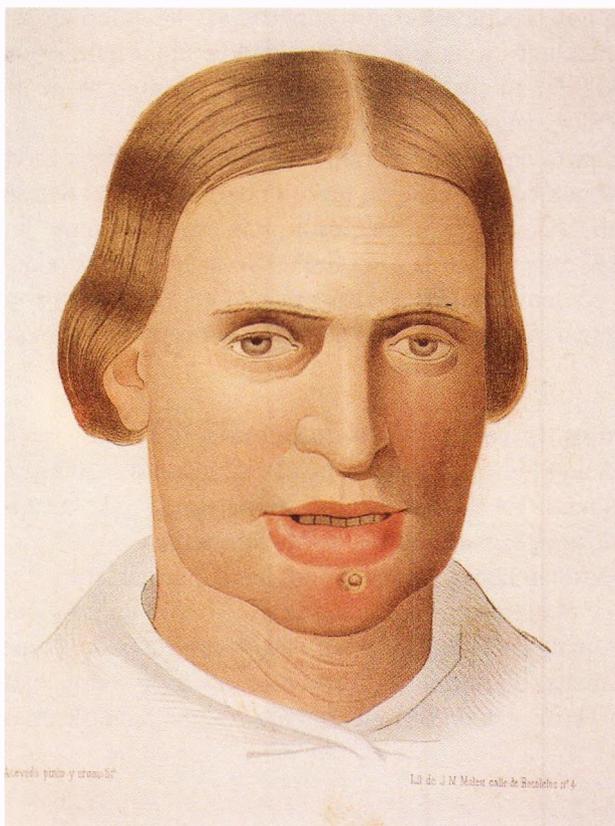


LÁMINA XV

TÍTULO: ANTRAX

Corresponde a la LÁMINA VII DEL GRUPO DE DERMATOSIS PSEUDO-EXANTEMÁTICAS

AUTOR DE LA LÁMINA: J. Acevedo pintó y cromolitografió

TÉCNICA: Acuarela y Litografía. Lit. de J.M. Mateu. Recoletos nº 4

DESCRIPCIÓN DE LA LÁMINA:

En la LÁMINA se observa una pequeña lesión pustulosa sobre una pequeña lesión ulcerada en mentón.

La técnica de la acuarela empleada para esta LÁMINA utiliza tonos que varían del blanco al marrón, pasando por el rojo del eritema que rodea a la lesión y el amarillo que presenta la pústula.

HISTORIA CLÍNICA DE LA LÁMINA:

El Dr. OLAVIDE recoge de forma magistral el caso que vió el 10 de Junio de 1874.

Se trataba de una "costurera de 56 años de edad, (M.V.), viuda, natural de Mondéjar (Guadalajara), con buen estado de salud, si bien hacía años que era sífilítica. Ingresó en el Hospital de San Juan de Dios ocupando la cama número 18 de la Sala 12ª. La paciente refirió que a consecuencia de un acaloramiento se le presentó, hacia ocho días, en la parte media del borde libre del labio inferior, una elevación del tamaño de una lenteja, acompañada de un ligero picor; esta lesión desapareció, pero al cabo de unas horas, se le formó una pequeña costra sanguinolenta, que

al desprenderse originó una ulceración roja y superficial. Se aplicó en la cara interna del labio, con objeto de curarse, tres higos hendidos, produciéndole una fuerte irritación, presentando malestar, cefalalgia, pérdida del apetito y fiebre moderada; el labio aumentó de tamaño con reacción inflamatoria, con calor exagerado y doloroso.

Cuando la paciente entró en la enfermería, el labio se encontraba fuertemente distendido, de color rojo intenso y lustroso con un eritema hasta la barba. A nivel del punto donde se inició la lesión, existía una costra amarillo-parduzca, un tumor profundo muy duro, del tamaño de una pequeña avellana, y en la mucosa, en la proximidad de la encía, tres pequeñas aberturas u orificios por donde salía su contenido que era seroso-purulento. En toda la zona afectada, la enferma sentía un calor muy intenso, fuerte escozor y violentas y profundas punzadas a nivel del tumor”.

Tratamiento:

“Cataplasma cuádruple de harina de arroz; lavatorio a la cara interna del labio con la disolución acuosa normal de ácido fénico (5 gramos por 10 de alcohol y 100 de agua); caída la costra a beneficio de la cataplasma, la loción se continuó empleado en toda la superficie afecta, cubriendo ésta además con paños impregnados en la disolución fénica.

A los ocho días el eritema había desaparecido, quedando tan sólo el abultamiento del labio, aunque más moderado, y el tumor profundo que se notó desde un principio. El día 21 se suspendió la aplicación de los paños, continuando tan sólo con el lavatorio repetido tres veces al día; poco a poco fue desapareciendo también el tumor, recobrando todos los tejidos su normal consistencia. El día 25 la enferma estaba completamente curada, dándole en consecuencia el alta”.

COMENTARIO:

LÁMINA bien dibujada, reproduciendo con gran exactitud la lesión de ANTRAX.

Aunque la Historia Clínica y la LÁMINA no parecen plantear dudas, se puede establecer el diagnóstico diferencial de dicho paciente con:

- Quiste sebáceo infectado
- Absceso fistulizado (orienta el antibiograma).

Magistral descripción de la Historia Clínica. Eficacia del tratamiento consiguiendo en quince días su curación.

Aunque el tratamiento fue eficaz para los medios con que se contaba en la segunda mitad del s. XIX, actualmente trataríamos este proceso con:

- Dosis altas de antibióticos
- Ingreso hospitalario y eventualmente tratamiento quirúrgico (electroincisión).

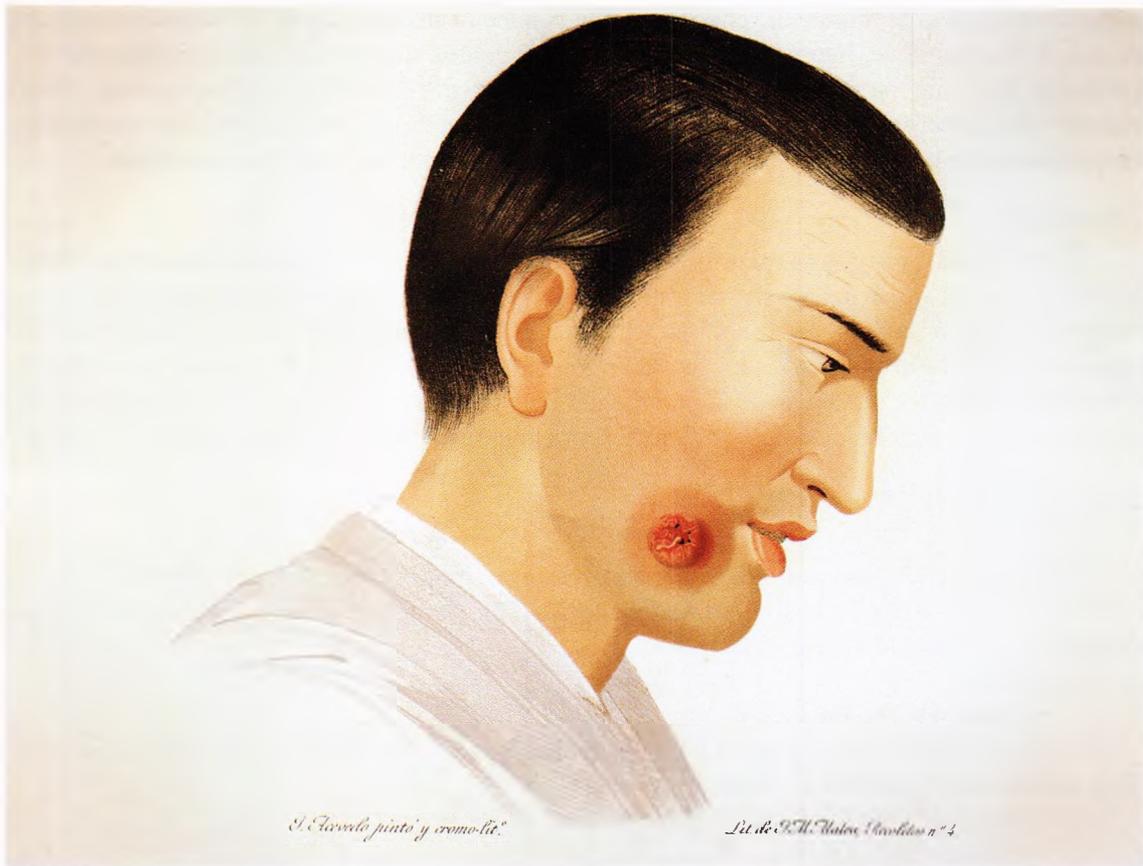


LÁMINA XVI

TÍTULO: FORÚNCULO

Corresponde a la LÁMINA VII DEL GRUPO DE DERMATOSIS PSEUDO-EXANTEMÁTICAS

AUTOR DE LA LÁMINA: J. Acevedo pintó y cromolitografió

TÉCNICA: Acuarela y Litografía. Lit. de J.M. Mateu, Recoletos nº 4

DESCRIPCIÓN DE LA LÁMINA:

En la LÁMINA se observa una lesión tumoral, inflamatoria, rojiza, en cara, cerca de la comisura derecha de la boca, y un pequeño filamento amarillento que sale de la lesión.

La técnica de la acuarela empleada para esta LÁMINA utiliza tonos que varían del blanco al marrón, pasando por el rojo y el amarillo.

HISTORIA CLÍNICA DE LA LÁMINA:

OLAVIDE hace una descripción magistral del caso que vio el 11 de Junio de 1874.

“Jornalero, de 53 años de edad, (A.M.), de temperamento sanguíneo, constitución activa y salud habitualmente buena. Ocupó la cama número 5 de la Sala 5ª del Hospital de San Juan de Dios. En el momento de la exploración se le apreció en la mejilla derecha, cerca de la comisura bucal un tumor inflamatorio, duro, saliente y puntiagudo al par que profundo, que se acompañaba de continuos y fuertes dolores, y de vez en cuando de muy violentas punzadas. Poco a poco se fue reblandeciendo en su ápice, que tomó un color amarillento, habiéndosele abierto momentos

antes de su ingreso en sala, y saliendo de él una pequeña cantidad de pus. Presentaba el tamaño de una avellana grande, ligeramente deprimido en su centro, donde existe una pequeña abertura por la que fluye alguna serosidad, y una especie de filamento amarillento, o sea, la vaina o estuche del folículo sebáceo inflamatorio y estrangulado. El tumor presenta un color rojo encendido, tiene profundidad, base dura y redondeada, y es asiento de violentos dolores y punzadas”.

Tratamiento:

“Emplasto de Vigo con mercurio; untura al día siguiente con el unguento mercurial y cataplasma de harina de arroz encima: se reblandeció y deprimió considerablemente el tumor, habiendo cesado por completo los dolores; continuado el mismo tratamiento cinco días más, durante el último de los cuales se dió un baño general templado, todo él desapareció, incluso la dura y profunda base que tenía, quedando la piel ligeramente eritematosa, lo que también se fue desvaneciendo a beneficio de polvos de almidón: curado ya, dímosle de alta el día 21 de Junio”.

COMENTARIO:

LÁMINA bien dibujada reproduciendo con gran exactitud la lesión de FORÚNCULO.

Aunque la Historia Clínica y la LÁMINA no parecen plantear dudas, se puede establecer el diagnóstico diferencial de dicho paciente con:

- Ectima.
- Quiste sebáceo infectado.

Aunque el tratamiento fue eficaz para los medios que se disponían en la segunda mitad del s. XIX, actualmente trataríamos este proceso con:

- No manipular los forúnculos incipientes!.
- Reposo en cama!.
- Interno: Antibióticos-
- Externo: Ictiol puro. Desinfección de los alrededores con tinturas antisépticas, solución de mercurocromo o solución de Castellani hasta que se produzca la maduración y rotura.

Más tarde pomadas de antibióticos.

El dolor cede inmediatamente después de desprenderse el clavo necrótico. El defecto tisular se cierra por granulación.

En casos en que el forúnculo tarde en abrirse al exterior, puede ayudarse el proceso con una cuidadosa incisión punzante. En los forúnculos de la nariz y del labio superior, eventualmente radioterapia antiinflamatoria a dosis bajas.



LÁMINA XVII

TÍTULO: **ERITEMA PAPULOSO AGUDO URTICADO**

Corresponde a la LÁMINA IX DEL GRUPO DE DERMATOSIS PSEUDOEXANTEMÁTICAS

AUTOR DE LA LÁMINA: J. Acevedo pintó y cromolitografió

TÉCNICA: Acuarela y Litografía. Lit. de J.M. Mateu, Recoletos nº 4

DESCRIPCIÓN DE LA LÁMINA:

En la LÁMINA se observan lesiones máculo-eritematosas; en una de estas lesiones presenta un borde circinado, además aparecen en muslo izquierdo unas pequeñas pápulas en número de tres.

La técnica de la acuarela empleada para esta LÁMINA utiliza tonos que varían del blanco al marrón, pasando por el rojo de las lesiones.

HISTORIA CLÍNICA DE LA LÁMINA:

OLAVIDE recoge magistralmente el caso que vió el 19 de Junio de 1874.

“Prostituta, de 26 años de edad. (S.M.), soltera, natural de Huesca, de temperamento nervioso, constitución activa y salud habitual buena. Ocupó la cama número 44 de la Sala 10ª del Hospital de San Juan de Dios.

Paciente sífilítica desde hace algunos meses, ha tenido varias manifestaciones pertenecientes a la época de transición del periodo secundario al terciario, y en el momento de su ingreso pre-

sentaba ulceraciones en la vulva. A consecuencia de un disgusto, aparecieron en miembros inferiores y paredes abdominales, manchas rojas eritematosas, cerca de algunas de las cuales aparecieron pequeñas papulitas, precedidas de una reacción febril, con un picor muy intenso; el color, aunque no del todo, desaparece bajo la presión del dedo, tomando entonces un tono amarillento y volviendo a su color primitivo al cesar la presión o tracción”.

Tramienito:

“Una píldora mañana y tarde de yoduro mercurioso y tridácio (25 miligramos de cada cosa), aumentado otra alternativamente en cada dosis y en días alternos, hasta tomar por algún tiempo cuatro día; cura a las úlceras de la vulva con una solución débil de nitrato argéntico, que más adelante se sustituyó por el colirio verde. Con este plan, que tenía por principal objeto combatir las manifestaciones y estado sifilítico de la enferma, se modificó a la par la erupción en cuestión, que fue perdiendo su rojo intenso, palideciendo y haciéndose de color cobrizo, especialmente en la periferia donde se acentuaba más una pequeña zona. La placa señalada con la letra (A) representa esta fase de la erupción. Poco a poco se fueron desvaneciendo las manchas y mitigándose el picor, habiéndose todo desaparecido al cabo de quince días. La persistencia de las ulceraciones vulvares hizo que aún continuara la enferma en el hospital: pasados que fueron unos doce días, la erupción volvió, sin causa apreciable, a manifestarse en la misma forma y con idénticos síntomas, si bien menos graduados, habiéndose presentado, aunque en las mismas regiones, en puntos diferentes. Suspendido que había sido ya el tratamiento mercurial, dispúosela para bebida usual el agua de cebada cremorizada primero, y más tarde la limonada vinosa con el mismo objeto. Al cabo de doce días había vuelto a desaparecer la erupción por completo, no habiéndose vuelto a presentar después a pesar de haberla retenido en la enfermería como objeto de terminar la curación de la afección vulvar. A fines Julio fue alta, perfectamente curada”.

COMENTARIO:

LÁMINA bien dibujada, reproduciendo con gran exactitud la lesión de ERITEMA PAPULOSO AGUDO URTICADO.

En este caso la Historia Clínica y la LÁMINA, pueden plantear dudas diagnósticas, que resumimos en los siguientes diagnósticos diferenciales:

- En primer lugar, debido a la profesión de la paciente, puede tratarse de un Secundarismo Luético (Siflides papulosa con morfología de cuadro liquenoide anular micropapuloso o macropapuloso, o de una Siflide pápulo-escamosa -cuadro polimorfo localizado en abdomen, región del pubis, y miembros inferiores-).

Para descartar este diagnóstico, habría que realizar serología luética (VDRL, NELSON, FTA-ABS, etc.).

- Tampoco hay que olvidar la posible existencia de un Exantema pápulo-pustuloso o de cuadros pústulo-crustáceos, asociados a veces a lesiones de aspecto urticariformes.
- Otro diagnóstico sugerido debido a la lesión de aspecto circinado sería con la Tiña corporis, con lesiones diseminadas de míquides de aspecto morfológico liquenoide anular.

Para descartar este diagnóstico habría que realizar un examen directo de las escamas con KOH al 40%, o un cultivo en medio de Sabouraud o de Grütz.

- Por último habría que descartar la existencia de una verdadera Urticaria, teniendo en cuenta los procesos contemplados en la LÁMINA XIII.

Como se plantean estos diagnósticos diferenciales ya señalados en otras LÁMINAS, véase en los comentarios de dichas LÁMINAS, los tratamientos correspondientes.

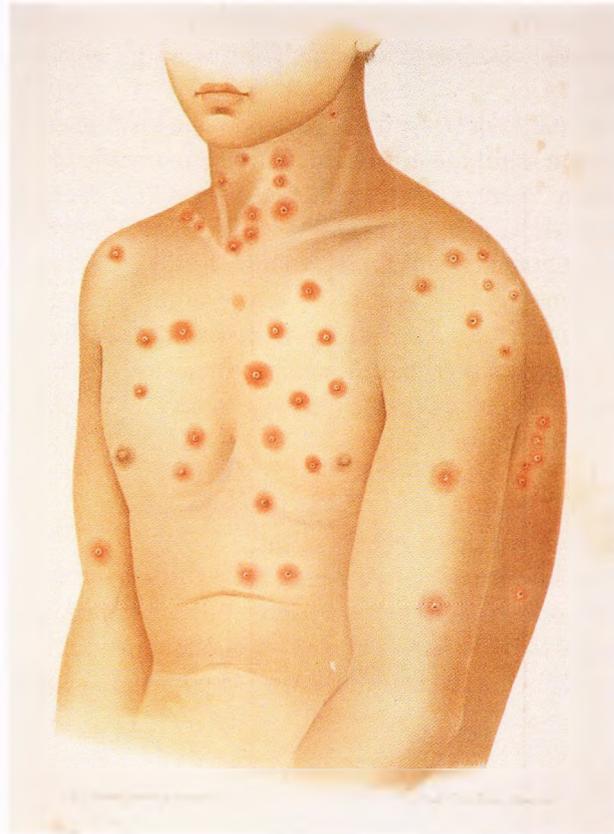


LÁMINA XVIII

TÍTULO: VARICELA

Corresponde a la LÁMINA X DEL GRUPO DE DERMATOSIS PSEUDOEXANTEMÁTICAS

AUTOR DE LA LÁMINA: J. Acevedo pintó y cromolitografió

TÉCNICA: Acuarela y Litografía. Lit. de J.M. Mateu. Madrid

DESCRIPCIÓN DE LA LÁMINA:

En la LÁMINA se observan múltiples lesiones vesiculares que afectan al tórax, hombros, espalda y miembros superiores, rodeadas por un halo eritematoso, y en el centro de cada una de las lesiones se observa una pequeña costra blanco-amarillenta.

La técnica de la acuarela empleada para esta LÁMINA utiliza tonos que varían del blanco al marrón, pasando por el rojo y el amarillo.

HISTORIA CLÍNICA DE LA LÁMINA:

OLAVIDE describe el caso que vió el 13 de Julio de 1875.

“Joven de 18 años de edad, (F.F.), natural de Oviedo, mozo del Hospital de San Juan de Dios, con salud habitual buena. Ocupó uno de las camas de la Sala 7ª.

El paciente refería que después de haber tenido malestar general, cefalalgia ligera, mal sabor de boca, disminución del apetito, se ve con un ataque de fiebre acompañado de los síntomas anteriores muy acentuados, notando a la vez una fuerte sensación de calor urente: a las 24 horas le

apareció en la cara, propagándose rápidamente por el tronco y extremidades, una erupción vesiculosa discreta, coincidiendo con los fenómenos febriles en progresivo aumento hasta que se manifestó el brote eruptivo.

Se presentó en la enfermería del hospital, existiendo una disminución de la intensidad de los síntomas, con poca reacción febril manifestando, que se encontraba mucho más aliviado, lo que hizo pensar que el estado de la erupción iba a entrar en el periodo decreciente. Vesículas diseminadas por diversos puntos de la piel, pequeñas, de color blanco-amarillento, casi todas con un puntito o pequeña costra negruzca en el centro, no umbilicadas, y rodeadas de una pequeña areola rojiza.

Siete horas después de la visita, la afección se había ya modificado en varias regiones; si bien en el pecho y brazos aún conservaba sus características, en otros puntos, las vesículas estaban casi secas, y en su lugar se veían costritas negruzcas con su círculo rojo; junto a estas lesiones se acompañaba un ligero prurito”.

Tratamiento:

“Agua de cebada cremorizada, para bebida usual.

Al tercer día de estancia (sexto de enfermedad), habían desaparecido las vesículas, quedando en su lugar costritas negruzcas como sanguinolentas, con su areola roja, ya de muy poca extensión: había también desaparecido la fiebre. Dispusimos media ración.

El quinto día (octavo de enfermedad), el enfermo se encontraba curado, en cuya consecuencia dímosle de alta”.

COMENTARIO:

LÁMINA bien dibujada, reproduciendo con gran exactitud la lesión de VARICELA.

Aunque la Historia Clínica y la LÁMINA no parecen plantear dudas, se puede establecer el diagnóstico diferencial de dicho paciente con:

- Strophulus Infantum (ni fiebre ni afectación mucosa).
- Varioloide: Diferenciación muy difícil. (¡Anamnesis!, investigación virológica: lo mejor es investigar el contenido de una vesícula al microscopio electrónico).
- Zoster generalizado. La mayor parte de las veces se puede reconocer todavía la afección inicial segmentada. ¡Buscar la existencia de una neoformación maligna!.(sobre todo en pacientes de edad avanzada).
- Piodermitis variceliforme. Investigación de cultivos, antibiograma.
- Impétigo.

Aunque el tratamiento fue eficaz para los medios de que se disponía en la segunda mitad del s. XIX, actualmente trataríamos este proceso con:

—En caso de fiebre, reposo en cama.

—Local. Suspensión de Vioforma al 1%.

Vulva: gasas con pomada de Aureomicina.

—Interno. En caso de prurito, antihistamínicos. Si hay infección secundaria, protección antibiótica.

—No administrar jamás Cortisona en la fase virémica (¡casos mortales!).

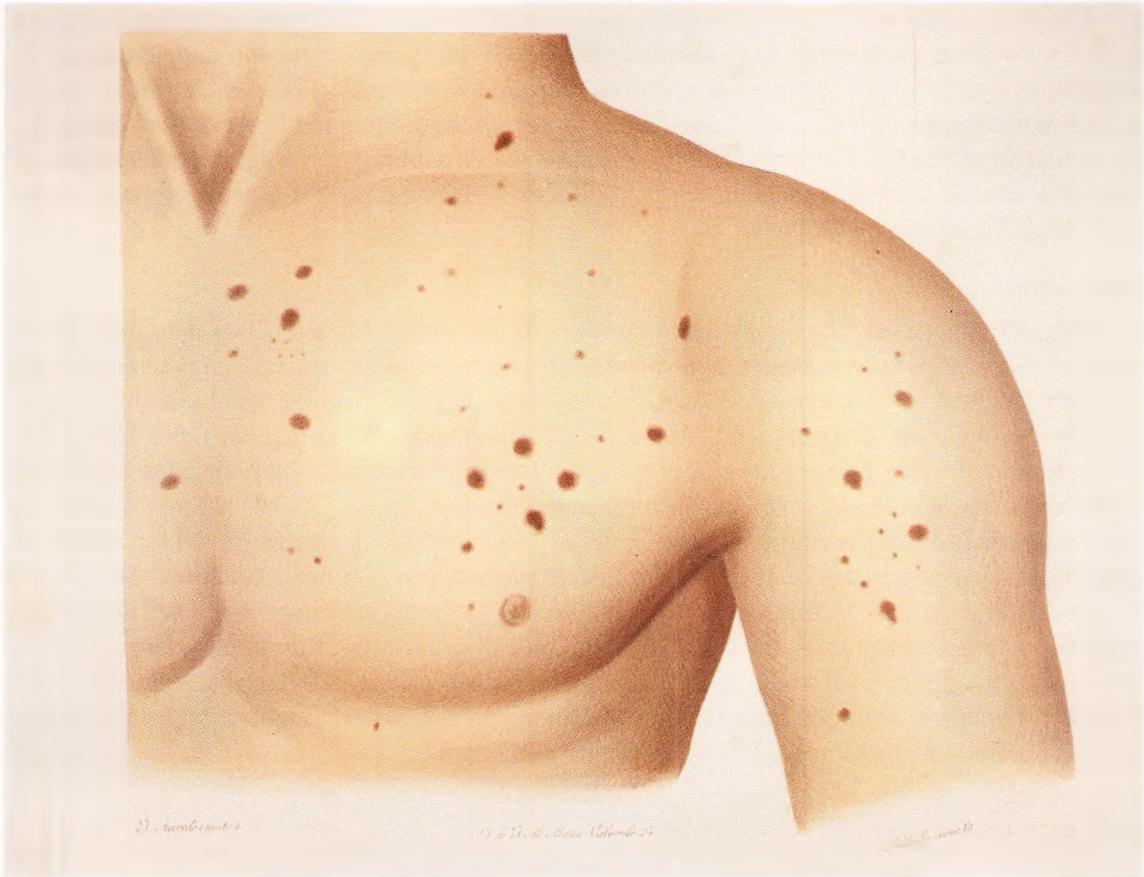


LÁMINA XIX

TÍTULO: PÚRPURA HEMORRÁGICA

Corresponde a la LÁMINA I DEL GRUPO DE DERMATOSIS HEMORRÁGICAS

AUTOR DE LA LÁMINA: J. Acevedo pintó

TÉCNICA: Acuarela y Litografía (Soldevilla cromolitografió).

Lit. de J.M. Mateu, Valverde nº 24

DESCRIPCIÓN DE LA LÁMINA:

En la LÁMINA se observan lesiones maculares petequiales en región pectoral izquierda y hombro izquierdo. Dichas lesiones tienen una coloración marrón oscura, rodeadas de un halo marrón más claro.

La técnica de la acuarela empleada para esta LÁMINA utiliza tonos que varían del blanco al marrón.

HISTORIA CLÍNICA DE LA LÁMINA:

El Dr. OLAVIDE describe magistralmente el caso que vió el 23 de Agosto de 1869.

“Portero, de 29 años de edad, llamado Lorenzo Dorado, natural de Ciudad Real, soltero, de temperamento nervioso y predominio bilioso que gozaba habitualmente de buena salud.

El paciente refirió haber padecido viruelas y tercianas cuando niño, y el pasado año, una erisipela flictenosa de la cara y cabeza. A la exploración presentaba pródromos febriles, lengua saburrosa, sobre la cual se veían cuatro ampollas negras, formadas por sangre extravasada, náuseas e intranquilidad general. Al día siguiente volvió al hospital con un estado más lamentable, ya

que la noche anterior había sufrido un vómito de sangre muy grandes, gran agitación y algunos síncope. Poco tiempo después de la hemorragia empezó por la nariz al mismo tiempo que por el pulmón. Su cuerpo estaba cubierto de manchas petequiales discretas, moradas, de forma irregular, más numerosas en extremidades que en el cuerpo; no disminuían por la presión, ni daban lugar a picazón, dolor, etc.; había fiebre alta, lengua húmeda saburral, llena de ampollas negras, y encías trasudando sangre; presentaba sangre en heces y en orina, posteriormente empezó a sangrar por mucosas, nariz y uretra”.

Tratamiento:

“Dieta de caldos.- Limonada vinosa, cuatro libras, para usual. Quietud. Taponamiento de fosas nasales con hilas empapadas en la disolución de percloruro de hierro (media dracma por onza); por la noche seguía en el mismo estado. La epístaxis estaba contenida por el tratamiento, pero las hemorragias se verificaban por la piel, donde aparecían nuevas manchas, por las encías, por el pulmón, y sobre todo por las vías urinarias; .- Día 25. Hay menos fiebre, la hemorragia por boca y encía ha sido menor; la hematuria abundante. El mismo plan.- Día 26. Mejoría notable; la fiebre muy remitida; la hematuria no cede; se dispone una dracma de percloruro en seis onzas de agua, para tomar una cucharada cada tres horas, alternando con la limonada vinosa.- Día 27. El mismo estado, es menor la hematuria.- Día 28. No hay fiebre ni hemorragia, la boca se ha limpiado de sus concreciones sanguíneas y el enfermo pide de comer. Se disminuyen en una mitad la dosis de la solución cloro-férrica.- Día 29. Las manchas han palidecido mucho y empiezan a desaparecer. Su suspende el percloruro de hierro. Sigue con la limonada vinosa. Puchero de gallina.- Día 30. En convalecencia.- Día 12 de Septiembre. Alta”.

COMENTARIO:

Actualmente trataríamos este proceso de la siguiente manera: dadas las dudas etiológicas que plantea este paciente, debería seguirse un tratamiento etiológico una vez estudiado:

- Posibilidad o no de asociación de un cáncer visceral (preferentemente digestivo o pulmonar), o de un adenoma de próstata.
- Estudio de factores de la coagulación.
- Hemocultivo para descartar una sepsis meningocócica.

De todas las LÁMINAS seleccionadas, esta es la que nos ha planteado mayores problemas, para identificar la acuarela con el diagnóstico que describe la Historia Clínica.

Por una parte la LÁMINA recuerda más bien un cuadro de Queratosis seborreicas diseminadas, por ello, en el diagnóstico diferencial, se planteó la posibilidad de que se tratara de un signo de Leser-Trelat.

Por otra parte, recuerda también a lesiones nérvicas diseminadas o nevus displásicos (v.s. BK Mole Síndrome). Sin embargo la descripción de la Historia Clínica es la de una PÚRPURA. De aquí la disociación entre la acuarela y la anamnesis.

Esta LÁMINA plantea los siguientes diagnósticos diferenciales:

- Signo de Leser-Trelat (asociación de cáncer digestivo o pulmonar, o linfoma): aparición brusca de Queratosis seborreicas asociado a un proceso maligno.
- Síndrome de Camacho-Sotillo (asociación de aparición brusca de Queratosis seborreicas asociadas a un Adenoma de próstata. Sin embargo por la edad del paciente (29 años), no iría a favor de este síndrome.
- Síndrome de WATERHOUSE-FRIDERICHSEN (sepsis fulminante meningocócica, que cursa con insuficiencia renal aguda), recibe el también el nombre de PÚRPURA FULMINANS, y se trata de la aparición de lesiones de púrpura simétrica en pequeñas lesiones lenticulares (como reproduce la figura de OLAVIDE), así como de equimosis de piel y mucosas. Sin embargo la edad del paciente no iría a favor de este proceso, que suele

aparecer generalmente en niños, aunque puede presentarse de forma excepcional en adultos de ambos sexos. Por otra parte la participación renal de este paciente (abundantes hematurias) podría hacer pensar en este proceso, que excepcionalmente evoluciona de forma no letal.



SIFILIDE MACULOSA EXANTEMÁTICA (ROSÉOLA SIFILÍTICA).

OBSERVACION. M. G., casada, de 32 años, vendedora, de buena constitución y salud habitual, ingresó en la Sala de San Juan de Mata (núm. 15) el día 25 de Febrero de 1867. Ha sido siempre bien reglada, y tenido cuatro hijos, quedándole desde el último parto (hace cuatro años) un flujo blanco, que en varias ocasiones se había amarillento é irritante. Altiórgye en enfermedad aguda á una sifilosis, que á mediados de Enero tomó su curso peculiar con una vesícula, poco poco días después la erupción se notó por la parte interna de ambos brazos y con ligeros y cortos ataques febriles, manchas papulosas, rosáceas y poco perceptibles, que en los días sucesivos se propagaron á toda la región anterior del pecho. Inconcomida al día de su entrada, se encontró una escoriación (en vía de reparación) en el labio anterior del cuello uterino, y un flujo abundante procedente de la matriz. Las manchas, que según la enferma, toman mayor coloración que en otros días, no eran elevadas é pruriginosas.

Desaparecieron poco al comprimirse, y ocupaban las regiones dadas, traspasando apenas sus límites, como se indica en la figura. Nada de dolor ni picazón.

Plan curativo. Dieta.—Una pildora de proto-yoduro y iodato (cantidad gruesa de cada una) por la mañana y otra por la noche. Tintura de Ictina azul. Depurativo á la mañana y cerca la noche con el colico verde.—Las manchas fueron purificadas en colorado poco á poco (cuando se hallan más extensas en los días fríos), siendo preciso aplicar mucho para purificar á pulmos de Mercurio. Se trató en demasía con un baño de sulfuro, (paula cosa aliente en C. S. de alcohol y agua, para cubrir en la del labio) y varias sesiones con la pila de la columna vertebral, y al día 15 de Marzo de 1867 tomó alta la enferma, cuando se suspende, con la excepción del cuello uterino escoriado y disminuida su leucorrea habitual.

LÁMINA XX

TÍTULO: SIFILIDE MACULOSA EXANTEMÁTICA (ROSEOLA SIFILÍTICA)

Corresponde a la LÁMINA I DEL GRUPO DE DERMATOSIS SIFILÍTICAS

AUTOR DE LA LÁMINA: J. Acevedo pintó

TÉCNICA: Acuarela y Litografía (Soldevilla cromolitografió). Lit. de J.M. Mateu, Valverde nº24

DESCRIPCIÓN DE LA LÁMINA:

En la LÁMINA se observan múltiples lesiones maculares rosáceas en región pectoral izquierda, hombro izquierdo, cara interna y flexura del miembro superior izquierdo.

La técnica de la acuarela empleada para esta LÁMINA utiliza tonos que varían del blanco al marrón, pasando por el sonrosado.

HISTORIA CLÍNICA DE LA LÁMINA:

OLAVIDE describe magistralmente el caso que vió el 25 de Febrero de 1867.

“Vendedora, de 32 años de edad, (M.G.), casada, de buena constitución y salud habitual, que ingresó en la Sala número 15 de San Juan de Mata.

La paciente refería que desde el último parto le quedó un flujo blanco, que a veces era amarillento e irritante. A los meses empieza a salirle por la parte interna de ambos brazos pequeñas manchas rosáceas que se propagaron en pocos días a la región del pecho. Esto se acompañaba de cortos periodos febriles. Al examen clínico se le encontró una escoriación (en vía de reparación) en el labio anterior del cuello uterino, y un flujo abundante procedente de la matriz. Las manchas no eran elevadas, desaparecían poco al comprimirlas, no eran dolorosas ni pruriginosas”.

Tratamiento:

“Una píldora de protoyoduro y tridácio (medio grano de cada cosa) por la mañana y otra por la noche. Tisana de leños usual. Inyección a la vagina y cura a la matriz con el colirio verde.- Las manchas fueron perdiendo su coloración poco a poco (aunque se hacían más ostensibles en los días fríos), siendo preciso fijarse mucho para percibir las a primeros de Marzo. Se favoreció su desaparición con un baño de sublimado, (media onza disuelto en c.s. de alcohol y agua, para echar en la del baño), y varias unturas con la pomada de la misma sustancia, y el día 15 de Marzo de 1867, tomó el alta la enferma, curada de su erupción, con la ulceración del cuello uterino cicatrizada y disminuía su leucorrea habitual”.

COMENTARIO:

Aunque el tratamiento fue eficaz para los medios que se disponían en la segunda mitad del s. XIX, actualmente trataríamos estas lesiones cutáneas de la siguiente manera:

Hasta el momento presente no existe en todo el mundo una cepa de *Spirochaeta pallida* resistente a la Penicilina. La Penicilina sigue siendo, por tanto, el medio de elección para el tratamiento de la Sífilis. Tan sólo aquellos pacientes que son alérgicos a la Penicilina constituyen la excepción. Estos deben ser tratados con otro antibiótico (Tetraciclina, Eritromicina). El Neosalvarsan, antiguamente utilizado, ha caído en desuso en la actualidad.

El principio fundamental de la terapéutica específica es el siguiente:

Cuanto antes sean tratados los enfermos tanto mejores son las expectativas de curación.

La Penicilina es generalmente bien tolerada. Traspasa tanto la barrera hematoencefálica como la placentaria, por lo que puede ser empleada óptimamente en todos los estadios y formas de la sífilis.

Un nivel de Penicilina en sangre a partir de 0,03 U/ml actúa como espiroquetocida.

En general se recetan actualmente dosis únicas diarias de 1 millón de UI. La dosis total se establece de acuerdo con el estadio y forma de la lúes. En todo tratamiento sífilítico eficaz se llega a una rápida destrucción de las espiroquetas. La consecuencia es el llamado “shock terapéutico”, que puede ir acompañado por fiebre de reabsorción (aumento de la temperatura a 39-40°C y por un exantema reactivo. A estos fenómenos se les conoce como reacción de Jarish-Herxheimer o, brevemente, reacción de Herxheimer.

Debe llamarse la atención del paciente sobre esta posibilidad antes de iniciarse el tratamiento. Este fenómeno puede ser reducido, y en parte incluso evitado, si 2 horas antes de la toma de Penicilina se inyectan 40 mg de Triamcinolona intramuscular (preferiblemente, preparado depot de suspensión cristalina).

En el caso de existir una lúes III gomosa, posiblemente con aneurisma (por ejemplo, de la aorta), puede resultar peligrosa la rápida administración de dosis elevadas de Penicilina, causando eventualmente la ruptura de un aneurisma.

Aquí se recomienda un incremento lento de los fármacos; por ejemplo, de la manera siguiente:

- primero una dosis de Yoduro potásico;
- luego inyecciones de Bismuto.
- luego 40 mg de Triamcinolona intramuscular, y 2 horas más tarde 100.000UI de Penicilina intramuscular;
- Al día siguiente, 500.000 UI de Penicilina intramuscular;
- luego, diariamente 1 millón de UI de Penicilina hasta la dosis total de 30 millones UI.

Para las diversas formas de lúes se han impuesto con éxito las siguientes dosis totales de Penicilina.

- Lúes temprana (lúes I, I/II, florida II): diariamente 1 millón de UI de Penicilina durante 20 días; dosis total, 20 millones de UI (dosis para adultos).

—Lúes tardía (lúes II tardía, lúes latens seropositivas, lúes III): diariamente 1 millón de UI de Penicilina durante 30 días; dosis total, 30 millones de UI (dosis para adultos).

El efecto treponemicida de la Penicilina comienza in vitro en una concentración de 0,0025 unidades por ml. Por razones de seguridad, sin embargo, se recomiendan dosis 10 veces más altas (0,03 unidades por ml) (LUGER).

Los treponemas sólo se dividen una vez cada 33 horas. Si durante esta fase no es suficiente la Penicilina presente, pueden sobrevivir las espiroquetas. Entonces no pueden lesionarlas durante las siguientes 24 o 36 horas concentraciones terapéuticas. Según LUGER suceden muchas resistencias a la Penicilina por no tener en cuenta este principio.

Hay preparados adecuados para la terapia, por ejemplo:

—penicilina Depot del tipo de la Procaína penicilina: 1-1.2 millones diariamente.

—clemizol penicilina: diariamente 1 Mega intramuscular (durante 2-3 semanas).

—penicilina-benzatina: 600.000 unidades 1-2 veces semanalmente durante 3 semanas.

Los pacientes que no inspiran ninguna confianza de que continuarán el tratamiento, reciben una inyección única de 4, 8 millones de UI, repartida a ambos glúteos.

En los alérgicos a la Penicilina se realiza el tratamiento con Tetraciclina o con Eritromicina. La dosificación es idéntica:

—Lúes temprana: 4x2 cápsulas (= 2 gramos) diariamente, durante 15 días (dosis total: 30 gramos, adultos).

—Lúes tardía: 4x2 cápsulas (=2 gramos) por día, durante 25 días (dosis total: 50 gramos, adultos).

Una mujer embarazada sifilítica ha de ser tratado con 20 millones de UI de Penicilina. Si en una mujer embarazada se conoce, a través de la anamnesis la existencia de una sífilis, tratada con éxito, debería realizarse durante el embarazo una cura, para más seguridad, con 20 millones de UI de Penicilina.

También desde el punto de vista dermatológico se exige desde hace mucho tiempo que:

Toda mujer embarazada ha de ser examinada serológicamente en el 4º mes y, en caso de resultado positivo ha de ser tratada una sola vez con un total de 20 millones de UI de Penicilina.

En la lúes congénita se procede del siguiente modo:

Los recién nacidos reciben diariamente 0,2 millones de UI de Penicilina durante 20 días (dosis total: 4 millones de UI).

Los niños de hasta 6 años reciben 50.000 UI de Penicilina por Kilo de peso, diariamente, durante 20 días.

Los niños de más de 6 años (o con más de 20 kilos de peso) reciben diariamente 1 millón de UI de Penicilina, es decir, la dosis total completa para adultos (20 millones de UI):

Los resultados del tratamiento deberán ser controlados clínica (exploración completa) y serológicamente (en caso de recidiva: aumento del título) durante un periodo de 1-2 años. Después de un tratamiento suficiente puede contagiarse nuevamente el paciente (lesión primaria -lúes II). Ocasionalmente puede saltarse el periodo de lesión primaria en el caso de nueva infección (exantema recidivantes: aumento progresivo del título de las serorreacciones) si quedan bastantes anticuerpos a partir de infecciones previas.

La sífilis tardía y la neurosífilis deben controlarse más tiempo que las lúes tempranas. Véase el siguiente esquema, de A. Luger. Una buena orientación acerca de los resultados retrospectivos de la serología se obtienen con el “valor del tiempo medio de desaparición”, que indica el periodo transcurrido hasta que ya no son reactivos la mitad de los sueros anteriormente reactivos.

Tiempo medio de desaparición después del tratamiento con Penicilina de la sífilis temprana (según A.Luger).

El tratamiento tuvo lugar en:

Prueba	Estadio	Estadio
	primario	secundario
KBR	1,8 meses	2 años
VDRL	2 meses	7 meses
FTA-ABS	11 meses	4 años
AMHA-TP	68 años	∞

LÁMINA bien dibujada, reproduciendo con gran exactitud la lesión de SIFÍLIDE MACULOSA EXANTEMÁTICA (ROSEOLA SIFILÍTICA).

Aunque la Historia Clínica y la LÁMINA no parecen plantear dudas, se puede establecer el diagnóstico diferencial:

I) De la lesión primaria frente a:

- Herpes genital (cultivo de virus, campo oscuro).
- Ulcera traumática (anamnesis, campo oscuro).
- Chancro blando (demostración del agente causal. Autoinoculación).
- Eritroplasia (histología).
- Fisura anal (inspección proctológica, anamnesis, campo oscuro).
- Tuberculosis ulcerosa de mucosas (a diferencia de la lesión primaria es muy dolorosa; demostración del agente causal).

II) De lúes II frente a:

- Sarampión.
- Exantema gripal.
- Exantema medicantoso
- Liquen ruber plano.
- Parapsoriasis.
- Rosácea.
- Tubercúlides.

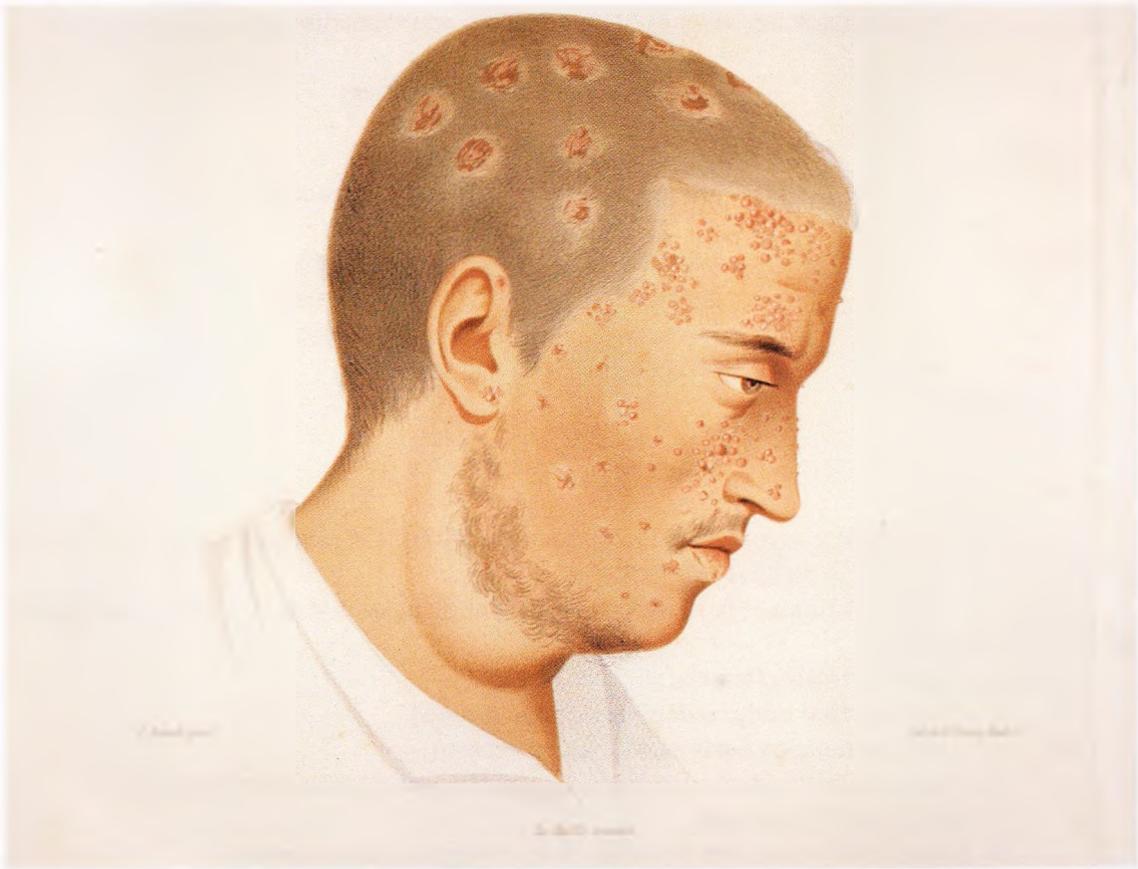


LÁMINA XXI

TÍTULO: **SIFÍLIDE PAPULOSA GENERALIZADA (LIQUEN SIFILÍTICO)**
Corresponde a la LÁMINA III DEL GRUPO DE DERMATOSIS SIFILÍTICAS

AUTOR DE LA LÁMINA: J. Acevedo pintó

TÉCNICA: Acuarela y Litografía (Teo. Rufflé cromolitografió). Lit. de A. Foruny. Madrid

DESCRIPCIÓN DE LA LÁMINA:

Se observan lesiones en cara y en cuero cabelludo. Estas lesiones tienen aspecto de múltiples pápulas en frente, mejillas y nariz; además presenta varias placas alopécicas en el cuero cabelludo de fondo eritematoso.

La técnica de la acuarela empleada para esta LÁMINA utiliza tonos que varían del blanco al marrón, pasando por el rojo de las lesiones.

HISTORIA CLÍNICA DE LA LÁMINA:

OLAVIDE recoge el caso que vió el 2 de Octubre de 1866.

“Joven de 26 años de edad, (I.S.), madrileño, soltero, que ocupó la cama número 1 de la Sala de Santa Bárbara. El paciente refería que en Mayo del mismo año contrajo en la Habana dos chancros a los lados del frenillo, del que siguió tratamiento y fue dado de alta. El 24 de Septiembre, siendo tratado en el Hospital Militar de una fractura de clavícula, le empezaron a salir unos “granitos” pequeños en antebrazo con cierto prurito. En los días sucesivos esta erupción se extendió a frente, cara, piernas y tronco, cubriéndole todo el cuerpo.- Estas lesiones siempre estaban aisladas una de otras; en la frente y cara eran lesiones de color rojo cobrizo, y en su ápice

una pequeña vesícula, lactinosa, en forma de pequeñas escamas. Los ganglios submaxilares derechos muy infartados, pero indolentes. Presentaba también una escoriación redondeada en el pilar derecho del velo del paladar, no dolorosa. Había dolores nocturnos muy fuertes en hombros y en muslos”.

Tratamiento:

“Cocimiento de leños usual.- Mistura de yoduro mercúrico, media onza mañana y noche (un grano de yoduro mercúrico, una dracma de yoduro potásico y cinco onzas de agua).- Baños de sublimado (media onza para el agua del baño) en días alternos.- Bálsamo tranquilo al sitio de los dolores.- A los veinte días del tratamiento, la mayor parte de las pápulas habían desaparecido por resolución y ligera descamación; el bubón cervical, que tuvo en los primeros días un rápido y enorme desarrollo, decreció notablemente con la unturas de unguento mercurial, pero sin estar completamente curado, se empeñó el enfermo en tomar el alta, que fue preciso darle por su mala conducta en la enfermería”.

COMENTARIO:

LÁMINA bien dibujada, reproduciendo con exactitud la lesión de SIFÍLIDE PAPULOSA GENERALIZADA.

La Historia Clínica y la LÁMINA pueden plantear dudas, por lo que se podría establecer el diagnóstico diferencial de dicho paciente con los procesos ya mencionados en la LÁMINA XX.

Aunque el tratamiento fue eficaz para los medios que se disponían en la 1866, actualmente trataríamos este proceso con los mismos fármacos y pautas descritas en la LÁMINA XX.

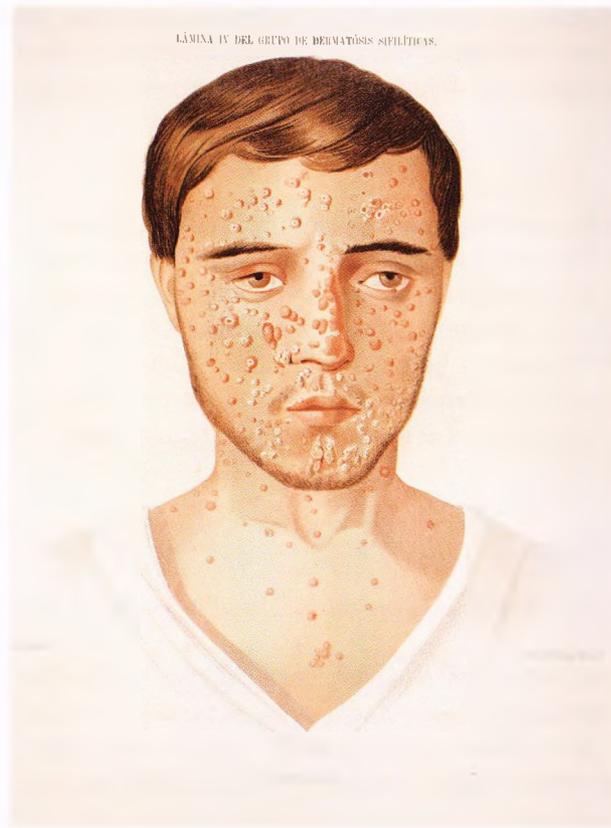


LÁMINA XXII

TÍTULO: **SIFÍLIDE ACNÉICA GENERALIZADA Y EXANTEMÁTICA. (ACNÉ SIFILÍTICO)**

Corresponde a la LÁMINA IV DEL GRUPO DE DERMATOSIS SIFILÍTICAS

AUTOR DE LA LÁMINA: J. Acevedo pintó

TÉCNICA: Acuarela y Litografía (Teo. Rufflé cromolitografió). Lit. de A. Foruny. Madrid

DESCRIPCIÓN DE LA LÁMINA:

Se observan lesiones en cara, cuello y región mediotorácica, dichas lesiones tienen aspecto de pápulas, algunas de ellas cubiertas por escamas o costras.

La técnica de la acuarela empleada para esta LÁMINA utiliza tonos que varían del blanco al marrón, pasando por el rojo de las lesiones.

HISTORIA CLÍNICA DE LA LÁMINA:

OLAVIDE nos presenta en esta LÁMINA el caso que vió el 9 de Mayo de 1869.

“Albañil, (M.F.), de 22 años de edad, natural de Madrid, soltero, y gran bebedor. Ocupó la cama número 18 de la Sala de San Matías. El paciente refería que en Enero de 1869, padeció una úlcera sifilítica y un bubón supurado que desaparecieron hacia los tres meses. A mediados de Abril se le presentaron unas úlceras en la gargante y fiebre, así como una erupción papulosa rojo-oscura que le cubría todo el cuerpo, no pruriginosa ni dolorosa.

A la exploración presentaba en la parte posterior de la faringe, en el lado izquierdo, dos úlceras grandes y redondeadas, rodeadas de halo inflamatorio. Era dificultosa la deglución y el habla”.

Tratamiento:

“Sopa.- Cocimiento de leños sudoríficos para bebida usual.- Mistura de yoduro potásico-mercúrico, media onza mañana y noche.- Baño general templado con media onza de sublimado corrosivo en días alternos.- Untura a las pápulas de la cara con la pomada de protoyoduro hidrágico (medio escrúpulo por onza.- Toque a las úlceras de la garganta, suspendiendo por consiguiente la cauterización, que se substituyó por el gargarismo yodo-yodurado de Ricord.- A los quince días era ya muy notable la mejoría en la erupción de la cara, y en el cuerpo había casi desaparecido. Se suspendieron los baños de sublimado.- A los veintidos días hubo que suspender la untura y la disolución yodo-mercúrico para combatir el ptialismo que empezaba.- Colutorio aluminoso.- A los veintiocho días se marchó en muy buen estado (7 de Junio de 1869, sin que nos fuera posible detenerle más tiempo en la enfermería”.

COMENTARIO:

LÁMINA bien dibujada, reproduciendo con gran exactitud las lesiones de «SIFÍLIDE ACNÉICA GENERALIZADA Y EXANTEMÁTICA (ACNÉ SIFILÍTICO)».

Se puede establecer el diagnóstico diferencial de dicho paciente con los procesos mencionados en la LÁMINA XX.

Aunque el tratamiento fue eficaz para los medios de que se disponía en 1869, actualmente trataríamos este proceso con las pautas descritas en la LÁMINA XX.



LÁMINA XXIII

TÍTULO: **CHANCRO SIFILÍTICO LABIAL O CEFALÍTICO (ACCIDENTES SECUNDARIOS, SIFÍLIDE, PLACAS, ETC.)**

Corresponde a la LÁMINA IX DEL GRUPO DE DERMATOSIS SIFILÍTICAS

AUTOR DE LA LÁMINA: J. Acevedo pintó y cromolitografió

TÉCNICA: Acuarela y Litografía. Lit. de J.M. Mateu, Valverde nº 24

DESCRIPCIÓN DE LA LÁMINA:

Se observan múltiples lesiones papulosas en frente y mejillas, de color rojizo. Además se observa en el labio superior, una pequeña ulceración rojo-amarillenta.

La técnica de la acuarela empleada para esta LÁMINA utiliza tonos que varían del blanco al marrón, pasando por el rojo.

HISTORIA CLÍNICA DE LA LÁMINA:

OLAVIDE recoge de forma magistral el caso que vió el 9 de Julio de 1873.

“Prostituta, (Claudia A.), de 20 años de edad, natural de Gascueña (provincia de Cuenca), que ocupó la cama número 44 de la Sala 10ª (San José), de temperamento sanguíneo, con buena salud habitual. La paciente refería que a principio de Junio notó una pequeña ulceración en la parte media del labio superior, no dolorosa, rodeada de cierta dureza; en un primer momento, lo

atribuyó al uso en común de cubiertos y vasos con otras compañeras, pero tras un interrogatorio posterior, confiesa haber tenido relaciones orales con un enfermo de sífilis.

La ulceración fue creciendo, se hizo dolorosa, sangraba al menor contacto. A la exploración había adenopatías inguinales, y eran mucho más considerables en tamaño las adenopatías en región cervical posterior y submaxilar (tamaño de una nuez pequeña).

La ulceración del labio superior era redondeada, con fondo blanquecino, bordes elevados e indurados, que sangraban con facilidad.

En la frente y mejillas aparecían eminencias rojas, pequeñas y circunscritas, sin prurito ni dolor, con ligera descamación.

En los pilares anteriores del velo del paladar había superficies erosivas recubiertas, en parte, por una capa blanquecina; la amígdala y partes subyacentes se encontraban eritematosas y tumefactas. Había malestar general y accesos febriles”.

Tratamiento:

“Disolución de sublimado, 15 gramos por la mañana; cura al labio con la pomada de protoyoduro de mercurio (un gramo por onza de manteca), gargarismos antisifilítico (agua de cebada y licor de Vanswieten)”. El día 12 se aumenta la disolución mercúrica otros 15 gramos.- Con este tratamiento se le dió el alta, volviendo a ingresar el 30 de Octubre de 1.873 por una placa mucosa en el velo del paladar, y un chancro simple en la horquilla. Se le trató con Mistura de Yoduro potásico-mercúrico y disolución de nitrato de plata”.

COMENTARIO:

El tratamiento actual de esta enfermedad sería el ya señalado en la LÁMINA XX.

LÁMINA bien dibujada, reproduciendo con gran exactitud las lesiones de CHANCRO SIFILÍTICO LABIAL O CEFÁLICO.

La paciente presenta un cuadro muy típico de Chancro sifilítico labial, acompañado de sífilides papulosas en la cara. En esta paciente podrían plantearse los diagnósticos diferenciales mencionados en la LÁMINA XX, a propósito de las manifestaciones primarias y secundarias de la Sífilis.

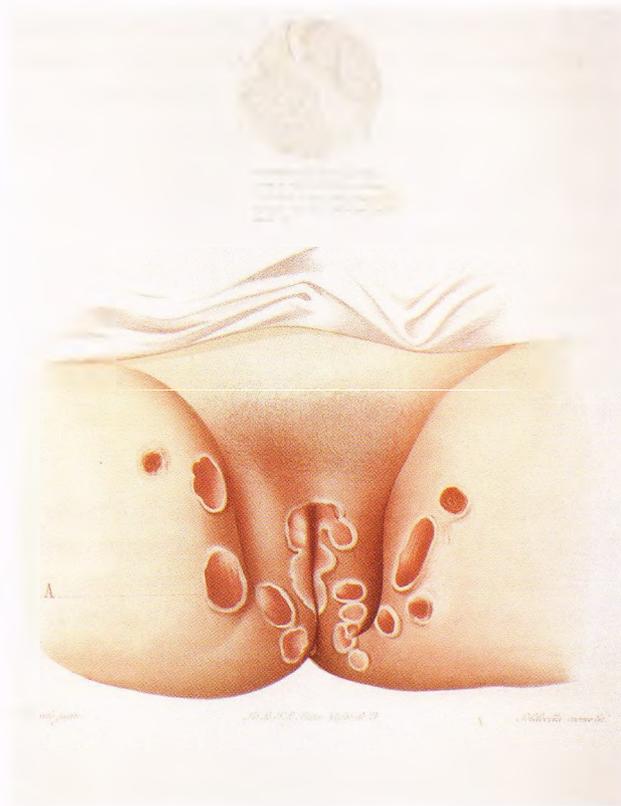


LÁMINA XXIV

TÍTULO: CHANCROS SIFILÍTICOS MÚLTIPLES SIFÍLIDE PAPULOSA EXANTEMÁTICA OBSERVADA A LOS TRES MESES DE LA PRESENTACIÓN DE LOS CHANCROS. ESTUDIO MICROSCÓPICO DE UN CHANCRE EXTIRPADO CON ESTE OBJETO

Corresponde a las LÁMINAS X Y XI DEL GRUPO DE DERMATOSIS SIFILÍTICAS

AUTOR DE LA LÁMINA: J. Acevedo pintó

TÉCNICA: Acuarela y Litografía (Soldevilla cromolitografió). Lit. de J.M. Mateu, Valverde nº24

DESCRIPCIÓN DE LA LÁMINA:

Se observan varias placas ulceradas en la cara interna de muslos y labios mayores, llegando a los márgenes del ano.

También se observa “el corte transversal de uno de los chancros, formado de tejido embrionario, sembrado de células de grasa y micrococcus. Se ven además filamentos vegetales”.

La técnica de la acuarela empleada para esta LÁMINA utiliza tonos que varían del blanco al marrón, pasando por el rojo.

HISTORIA CLÍNICA DE LA LÁMINA:

OLAVIDE nos presenta el caso que vió el 15 de Octubre de 1871.

“Lavandera, (Josefa R.) de 30 años de edad, Natural de Pola de Siero (provincia de Oviedo), soltera, de temperamento nervioso, que ocupó la cama número 17 de la Sala del Rosario del Hospital de San Juan de Dios.

La paciente atribuye sus lesiones a haber tenido relaciones sexuales.

En la exploración se aprecian Adenopatías inguinales y úlceras en la región interna de muslos y grandes labios, éstas úlceras eran elevadas sobre la piel, simétricas, de coloración roja, no dolorosas, y todas ellas enrojecieron sesiblemente el papel tornasol. La mucosa de la uretra excretaba moco-pus”.

Tratamiento:

“Reposo absoluto.- Electuario anti-blenorrágico, 18 gramos, para tomar en dos dosis, mañana y tarde.

El electuario anti-blenorrágico se compone de:

- Bálsamo de copaiba 32 grs.
 - Polvos de cubeba 64 grs.
 - Esencia de yerbabuena 2 grs.
- Mézclese y hágase s.a.

Agua destilada, 200 grs. Extracto de Saturno, 2 grs. Sulfato de Zinc, 1 gr. Mézclese para inyecciones a la uretra tres veces al día. Cura triple a los chancros, con planchuelas mojadas en agua natural.

Posteriormente se la cambió el tratamiento a dos inyecciones hipodérmicas diarias en la espalda, inyectando en cada una 1 gr. de la disolución de cloruro mercúrico. Continuar curando los chancros con planchuelas mojadas en agua.

Posteriormente la enferma refiere molestias en el ano que aumentan al defecar, apreciándose en el examen la existencia a este nivel de placas mucosas, por lo que se incluye en el tratamiento compresas mojadas de colirio verde en estas placas mucosas.

Todas las lesiones van mejorando, dando lugar a cicatrices que se van tratando con ligeros toques de nitrato ácido de mercurio en diferentes días.

Al poco tiempo la enferma pide el alta, el 12 de Mayo de 1872, saliendo del hospital sin ninguna manifestación morbosa, habiéndose desaparecido incluso las deformidades cicatriciales”.

COMENTARIO:

Aunque el tratamiento fue eficaz para los medios con los que se disponían en 1872, actualmente trataríamos este proceso con las pautas terapéuticas señaladas en la LÁMINA XX.

LÁMINA bien dibujada, reproduciendo con gran exactitud las lesiones de CHANCROS SIFILÍTICOS MÚLTIPLES Y SIFÍLIDE PAPULOSA EXANTEMÁTICA.

Se puede establecer el diagnóstico diferencial de dicha paciente con:

- Chancro blando.
- Úlcera de Lipschütz.

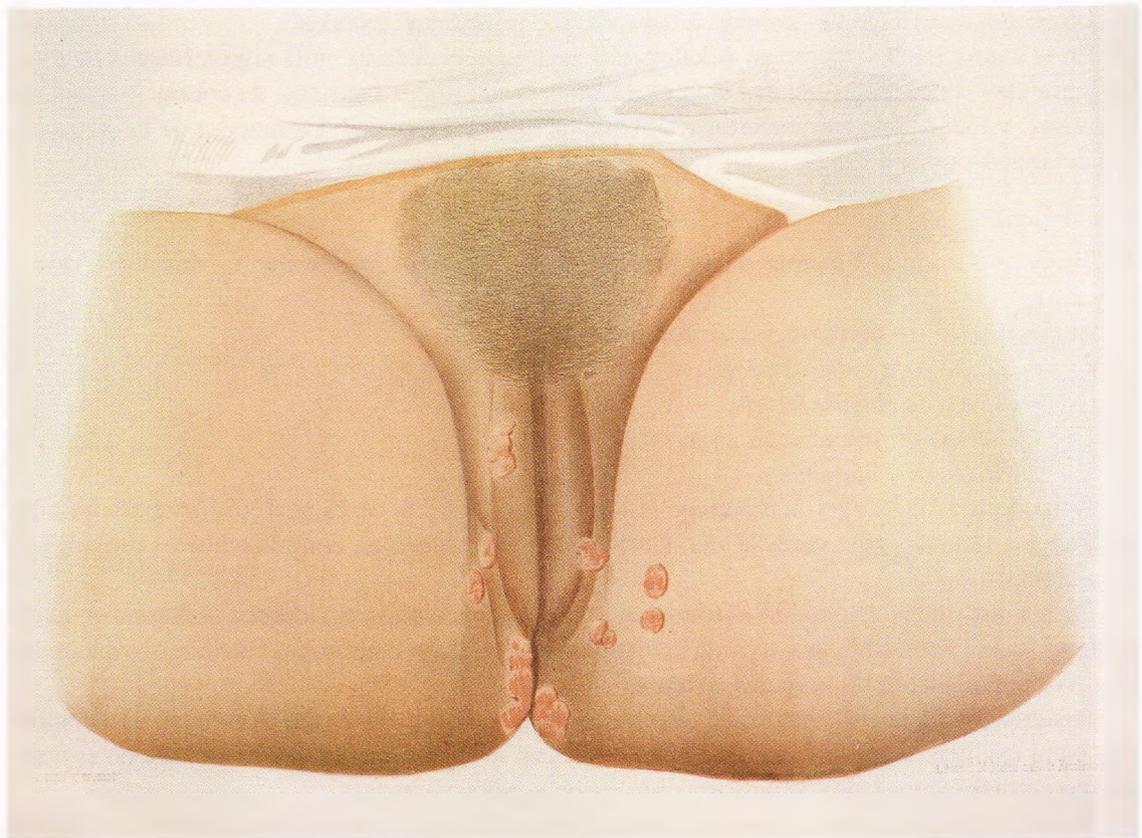


LÁMINA XXV

TÍTULO: **SIFÍLIDE AGUDA MUCOSA: PLACAS MUCOSAS**

Corresponde a la LÁMINA XII DEL GRUPO DE DERMATOSIS SIFILÍTICAS

AUTOR DE LA LÁMINA: J. Aceveda pintó y cromolitografió

TÉCNICA: Acuarela y Litografía. Lit. de J.M. Mateu, Recoletos nº 4

DESCRIPCIÓN DE LA LÁMINA:

En la LÁMINA se observan varias placas úlcero-vegetantes en cara interna de muslos y labios mayores, llegando a los márgenes del ano.

La técnica de la acuarela empleada utiliza tonos que varían del blanco al marrón, pasando por el rojizo de las lesiones.

HISTORIA CLÍNICA DE LA LÁMINA:

OLAVIDE presenta de forma magistral el caso que vió el 28 de Junio de 1874.

“Prostituta, de 18 años de edad, (C.P.), natural de Azuero (Guadalajara), soltera, de salud habitual buena, que ocupó la cama número 37 de la Sala 2ª del Hospital de San Juan de Dios.

La paciente, un año antes de su entrada en el hospital, tuvo blenorragia uretrovaginal, que a los pocos días se le presentó numerosas vegetaciones que invadieron los órganos genitales externos, y un bubón monoganglionar en la ingle derecha, inflamatorio, que supuró abundantemente; más tarde aparecieron placas mucosas en faringe y una erupción en parte superior de tronco y cara, cuya sintomatología recuerda a una Sifilide papulosa.

Su estado general está alterado, piel y mucosas descoloridas, con gran debilidad, y fatiga al menor movimiento.

En genitales se observan cicatrices sinuosas en pequeños labios, y otra ancha blanquecina en la fosa navicular; las lesiones ulcerosas se encuentran en la cara externa de los grandes labios y márgenes del ano, de contorno redondeados, color oscuro y todas ellas supurando. En la piel circundante hay un ligero edema con sensación de tensión y escozor”.

Tratamiento:

“Por la mañana toque a las placas con nitrato argéntico fundido y aplicación después a las mismas de planchuelas impregnadas en colirio verde; uso al interior del yoduro mercurioso y trudácio en píldoras de 50 mgrs., poniendo 25 de cada cosa, administrando una primero, dos después para mañana y tarde, y tres últimamente, dos de ellas por la tarde y una por la mañana, continuando en esta proporción durante algún tiempo. El día 21 de Julio estaba perfectamente curada”.

COMENTARIO:

Aunque el tratamiento fue eficaz para los medios que se tenían en 1874, actualmente trataríamos este proceso con las mismas pautas terapéuticas señaladas en la LÁMINA XX.

LÁMINA bien dibujada, reproduciendo con gran exactitud las lesiones de SIFÍLIDE AGUDA MUCOSA.

Se puede establecer el diagnóstico diferencial de dicho paciente con:

- Chancro blando.
- Condilomas planos (etiología sifilítica).
- Condilomas acuminados (papovavirus).

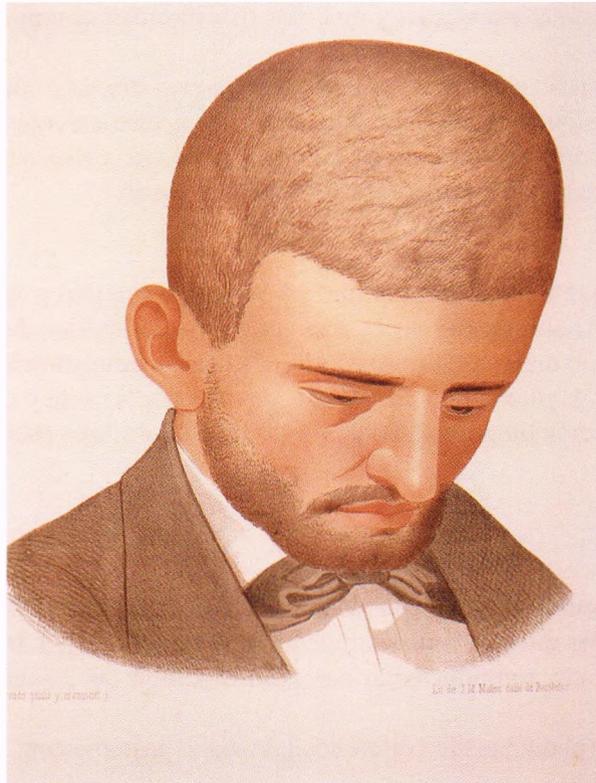


LÁMINA XXVI

TÍTULO: **ALOPECIA SIFILÍTICA; SIFÍLIDE CRÓNICA O CIRCUNSCRITA COINCIDENTE**

Corresponde a la LÁMINA I DEL GRUPO DE DERMATOSIS SIFILÍTICAS

AUTOR DE LA LÁMINA: J. Acevedo pintó y cromolitografió

TÉCNICA: Acuarela y litografía. Lit. de J.M. Mateu, Recoletos nº 4

DESCRIPCIÓN DE LA LÁMINA:

Se observa una Alopecia difusa en cuero cabelludo.

La técnica de la acuarela empleada utiliza tonos que varían del blanco al marrón, pasando por el sonrosado de la cara. LÁMINA bien dibujada, presentando buena combinación de colores.

HISTORIA CLÍNICA DE LA LÁMINA:

“Estudiante de medicina, (N.N.), natural de Madrid, de 20 años de edad, de temperamento nervioso y de buena salud habitual.

Refirió el paciente haber padecido durante un año todo tipo de enfermedades venéreas; actualmente presenta pérdida de pelo en pocos días. Este pelo ha pasado de ser fuerte, abundante, y lustroso a ser débil y escaso, aclarándose por igual en toda la extensión del cuero cabelludo y dejando zonas desprovistas de pelos, aunque no de un modo absoluto.

Tratamiento:

Para su proceso venéreo refiere el enfermo, haber hecho uso de fumigaciones mercuriales, y después del yoduro potásico, con lo que se curó de las manifestaciones sifilíticas. Se cortó el poco pelo que le quedaba al rape, y a mediados de Mayo comenzaba a renacer con el mismo vigor de antes, volviendo poco a poco a poblarse de nuevo la piel del cráneo, presentando su aspecto normal.

COMENTARIO:

Actualmente el tratamiento sería con las mismas pautas terapéuticas mencionadas en la LÁMINA XX.

La LÁMINA reproduce con exactitud la lesión de ALOPECIA SIFILÍTICA.

Se puede establecer el diagnóstico diferencial de dicho paciente con:

- Otros procesos que cursen con Alopecia, fundamentalmente con la Alopecia Areata. A favor de este proceso, está la existencia de pelos peládicos (pelos más anchos en su porción distal. Pelos en signo de diéresis).
- Asociación de afectación de las uñas (uñas manchadas, onicodistrofia y leuconiquia).

La confirmación diagnóstica fundamental de la Alopecia Sifilítica se haría con las pruebas sifilíticas serológicas mencionadas en la LÁMINA XX.

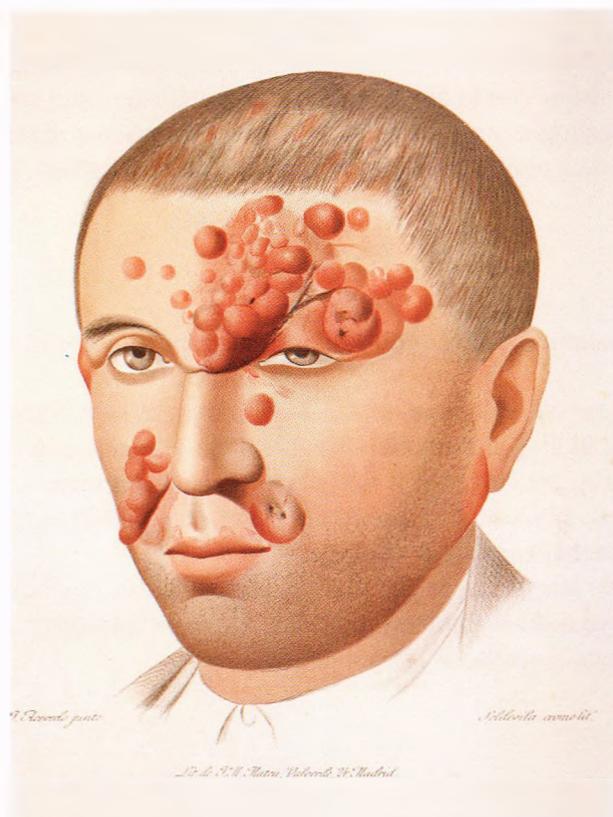


LÁMINA XXVII

TÍTULO: SIFÍLIDE TUBERCULOSA CIRCUNSCRITA

Corresponde a la LÁMINA XVIII DEL GRUPO DE DERMATOSIS SIFILÍTICAS

AUTOR DE LA LÁMINA: J. Acevedo pintó

TÉCNICA: Acuarela y Litografía (Soldevilla cromolitografió).

Lit. de J.M. Mateu, Valverde nº 24. Madrid

DESCRIPCIÓN DE LA LÁMINA:

Se observan lesiones tumorales diseminadas por el cuero cabelludo, frente y mejillas; dichas lesiones presentan una coloración rojiza.

La técnica de la acuarela empleada utiliza tonos que varían del blanco al marrón, pasando por el rojo. Excelente dibujo, con magnífica combinación de colores.

HISTORIA CLÍNICA DE LA LÁMINA:

OLAVIDE recoge de forma magistral y minuciosa el caso que vio el 22 de Enero de 1870.

“Zapatero, (J.P.R.), de 39 años de edad, natural de Cercedilla (Badajoz), casado, que ocupó la cama número 2 de la Sala de Santa Bárbara, y con buena salud habitual.

El paciente había padecido anteriormente blenorragias y chancros sifilíticos; en 1868 empezó a salirle en mejilla izquierda unas tumoraciones de color cobrizo intenso, blandos, no dolorosos ni pruriginosos. A la exploración presentaba en el pecho, vientre, brazos y antebrazos gran-

des cicatrices blancas, deprimidas y redondeadas. Cicatrices extensas en el velo del paladar, adenopatías inguinales y cervicales.

En la cara presentaba tumoraciones rojas, redondeadas, agrupadas entre sí, así como en la frente y en el surco nasolabial derecho, y aislada en la mejilla, así como en la comisura labial derecha. Las tumoraciones eran indoloras, no pruriginosas, de tamaño variable (desde un guisante hasta una avellana gruesa), estando algunas ulceradas y recubiertas de una costra oscura”.

Tratamiento:

“Mistura de yoduro potásico mercúrico (una onza en dos dosis, mañana y tarde).- Untura de la erupción con la pomada de protoyoduro corrosivo”. A los veintitres días del tratamiento las tumoraciones habían disminuido de tamaño y en su lugar quedaban manchas del mismo color cobrizo. El enfermo dejó el tratamiento y pidió el alta médica”.

COMENTARIO:

LÁMINA bien dibujada, reproduciendo con gran exactitud las lesiones de SIFÍLIDE TUBERCULOSA CIRCUNSCRITA.

La Historia Clínica y la LÁMINA plantean dudas respecto al diagnóstico: en primer lugar la aparición de dos chancros simétricos a los lados del frenillo y otro aparecido por autoinoculación, van a favor de un chancro blando. El diagnóstico se confirmaría por la demostración del *Estreptobacilo de Ducrey-Unna*, cultivo positivo, prueba de autoinoculación y, eventualmente, microscopía electrónica y PCR.

Actualmente su tratamiento sería con: Cotrimoxazol, Sulfamidas, Estreptomina, Eritromicina, Aminoglucósidos (por ejemplo), Gentamicina, Kanamicina).

La aparición de tubérculos en la cara podría plantear el diagnóstico diferencial con un Lupus vulgar de la cara, en este caso el tratamiento más eficaz es la Hidracida del ácido isonicotínico (dosis: 8 mgrs. (6-10 mgrs.) por Kg.). Debe administrarse hasta varios meses después de la curación clínica total. Pueden researse los focos pequeños de Lupus. En ciertos casos (¡muy raros!) de fracaso de las Hidracidas se puede intentar combinar otros Tuberculostáticos (Estreptomina, PAS, Tiosemicarbazona, Rifampicina). Es conveniente el tratamiento complementario con Calciferón, tratamiento climatológico y lámpara de Kromeyer. En casos mutilantes, son necesarias operaciones de cirugía plástica e incluso prótesis. El carcinoma sobre Lupus debe ser reseado o sometido a Radioterapia. También ha dado buen resultado la crioterapia.



LÁMINA XXVIII

TÍTULO: **PIAN FUNGOSO**

Corresponde a la LÁMINA XXII DEL GRUPO DE DERMATOSIS SIFILÍTICAS-EXÓTICAS

AUTOR DE LA LÁMINA: LÁMINA tomada de la obra de Alibert

TÉCNICA: Acuarela y Litografía (Soldevila cromolitografió). Lit. de J.M. Mateu, Valverde nº24

DESCRIPCIÓN DE LA LÁMINA:

Se observan pequeños tubérculos de tinte parduzco que se localizan en diferentes puntos de la cara, ceja izquierda, mejilla derecha, nariz, labio superior y barba.

Se utilizan tonos que varían del blanco al marrón, pasando por el rojo-amarillento de las lesiones. Magnífico dibujo con una excelente combinación de colores.

HISTORIA CLÍNICA DE LA LÁMINA:

OLAVIDE reproduce un enfermo llamado Lucas, que era jardinero, y que fue tomada del libro del Dr. Alibert (París, Francia), que corresponde a la enfermedad descrita en el tratado "Description des maladies de la peau" (Descripción de las enfermedades de la piel), página 157, París, (1806).

COMENTARIO:

Corresponde a la afección descrita por Alibert con el nombre de "Micosis Fungoide". Actualmente dicha afección se considera como un Linfoma de células T.

El tratamiento actual de esta enfermedad se basa en:

—Puvaterapia.

—Quimioterapia local: • Merclotamina.
 • Carmustina.

—Radioterapia:

- Electroterapia corporal total (técnica de CARL GEORG SCHIRREN) (tele-radioterapia con un total de 30-35 Gy).
- Radioterapia convencional: eficaz como tratamiento paliativo en el estadio tumoral.

—Quimioterapia sistemática: han sido propuestos diversos protocolos, el más utilizado es: Ciclofosfamida - Adriamicina - Oncovina -

—Otros tratamientos:

- Retinoides: solos o asociados a la Puvaterapia (REPUVA).
- Interferón alfa: resultados interesantes.
- Fotoquimioterapia extracorporal (FOTOFÉRESIS).



HERPÉTIDE PAPULOSA (LIQUEN HERPÉTICO SUBAGUDO DE BRAZOS Y PIERNAS).

OBSERVACION. V. Rodríguez, de 40 años de edad, casado, vendedor ambulante, de temperamento sanguíneo, constitución regular, hijo de padres rudos, y de buena salud habitual. A pesar de su afición a las bebidas alcohólicas, ingresó en el Hospital el día 6 de Mayo de 1869, ocupando el número 2 de la Sala de San Carlos.—Ha padecido a los 14 años las viruelas, y después sobrevino erupción herpética con las alteraciones simétricas, y de los 36 a los 38 años varias afecciones venéreas (sífilis y gonorrea), que se curaron en poco tiempo y sin tratamiento especial.—A los 23 años y a consecuencia de escenas en la bebida, tuvo la primera manifestación de la enfermedad actual, que consistió en un Eczema papuloso herpético limitado a la flexura de sus miembros superiores, diseminado por todo el cuerpo. Después que algunas semanas pasó y disminuyó, que la erupción más papulosa irritable, a los dos meses desapareció; pero el mal se ha reproducido varias veces en las piernas en mayor o menor grado, que no se generalizó y limitado casi siempre a las piernas. A los 30 años, la enfermedad más torpe y ha producido más molestias.—Al entrar en la enfermería llevaba ya un mes de enfermedad a causa de su erupción cutánea. Había empezado esta en el brazo, pero como una piñonera horrible en las piernas empezó en la mañana de mañana siguiente. Desde el día 6 de Mayo empezó a manifestarse en las piernas.

ingrá que se exhibieron de una costilla saguinalenta, análoga a la que se observa en el pringio, y dispersas como se expresan solamente en la flexura de la erupción era simétrica, ocupando igual espacio en los dos brazos, y la piñonera continúa que en la noche, tolerable por el día, insufrible por la noche. Hasta el grado de un prurito insufrible el sueño, se mitigaba con el frío y se exacerbaba con el calor á con la más ligera fricción. Todas las noches se repiten las erupciones.

Plan curativo. Baños de cobada nasal. Pulvisca de arseniato amoníaco y extracto de salicila; cada pillosa tiene $\frac{1}{10}$ de grano, y se 2 miligramos de cada uno], para tomar una por la mañana y otra por la noche, aumentando cada dos días una por día. Baños de cobada á la noche por el día. Lavatorio por la noche á la misma con el agua vegeto-mineral. Baños generales templados en días alternos. A los ocho de mayo tratamos de la erupción, y la erupción que quedaba con salicila amoníaco. Se usaron los siguientes baños, y hasta el día 21 de Mayo en que terminó el enfermo, después de experimentar el uso de las pillosas arseníales, en más el y otro en, hasta la primera vez que se usó el se observó.

LÁMINA XXIX

TÍTULO: HERPÉTIDE PAPULOSA (LIQUEN HERPÉTICO SUBAGUDO DE BRAZOS Y PIERNAS)

Corresponde a la LÁMINA I DEL GRUPO DE DERMATOSIS HERPÉTICAS

AUTOR DE LA LÁMINA: J. Acevedo pintó

TÉCNICA: Acuarela y Litografía (Soldevilla cromolitografió). Lit. de J.M. Mateu, Valverde nº24

DESCRIPCIÓN DE LA LÁMINA:

Se observan múltiples lesiones papulares de color rojizo, algunas cubiertas de pequeñas costras por lesiones de rascado. Se localizan en la flexura del codo derecho.

Utiliza tonos que varían del blanco al marrón, pasando por el sonrosado de algunas de las lesiones.

HISTORIA CLÍNICA DE LA LÁMINA:

OLAVIDE nos presenta, de forma magistral, el caso que vió el 6 de Mayo de 1869.

“Vendedor ambulante, (V. Rodríguez), de 40 años de edad, casado. Ocupó la cama número 2 de la Sala de San Carlos.

El paciente refirió haber padecido anteriormente varios accidentes venéreos. A la exploración clínica presentaba, en ambas flexuras de miembros superiores, lesiones papulares pequeñas, rojas y puntiagudas, rotas algunas en su vértice por el rascado, y cubiertas por una costra sanguinolenta.

La erupción era simétrica, el prurito continuo e insufrible por la noche; aumentaba con el calor y disminuía con el frío”.

Tratamiento:

“Tisana de cebada usual. Píldoras de arseniato amónico y extracto de acónito (cada píldora tienen 1/24 de grano, o sea 2 mgrs. de cada cosa), para tomar una por la mañana y otra por la noche, aumentando cada dos días una por dosis. Polvos de almidón a la erupción por el día. Lavatorio por la noche a la misma con el agua vegeto-mineral. Baños generales templados en días alternos. Se le dió el alta el 21 de Mayo, tras haber curado toda la sintomatología, recomendándole al enfermo el uso de las píldoras arsenicales un mes sí y otro no, hasta que fuese necesario”.

COMENTARIO:

La Historia Clínica y la LÁMINA plantean dudas diagnósticas:

En primer lugar, el hecho de que se trate de una erupción papulosa de antebrazos, con intenso prurito, iría a favor de un Liquen plano (Liquen ruber plano); en este caso las pápulas son poligonales, como parece apreciarse en la ilustración de la LÁMINA.

El diagnóstico se confirmaría con la Histología de la lesión, y con la presencia en la mucosa bucal de estrías blanquecinas formando una red; en este caso trataríamos este proceso con:

I) Tratamientos locales:

- Corticoterapia local simple u oclusiva (ésta última en casos de Liquen hipertrófico).

II) Tratamientos generales:

- Antihistamínicos y sedantes nerviosos.
- Corticoterapia general.

Si fracasan estos tratamientos: Retinoides, por ejemplo ETRETINATO (1 mgr. por Kg. de peso y día).

III) Tratamientos asociados:

- Psicoterapia.
- Curas termales.

El hecho de aparecer lesiones estacionales localizadas en flexura de codos y piernas, puede hacer pensar que estamos ante una Dermatitis Atópica; y en este caso el tratamiento sería:

- Colaboración perfecta médico-paciente, con información completa a los familiares sobre las causas que mejoran y la evolución favorable de la Dermatitis.
- Higiene: están encaminadas a suprimir todo contacto con los alérgenos desencadenantes, y luchar sistemáticamente contra la xerosis cutánea.
- Sucesión de los alérgenos desencadenantes:
 - Evitar las lejías, lavar la ropa blanca con jabón neutro no biodegradable.
 - usar ropa de algodón, evitando la lana.
 - Suprimir los suavizantes para la ropa blanca y los detergentes perfumados.
- Cuidado de la piel:
 - Higiene con jabones suaves de tipo vegetal o jabón graso.
 - Aplicación de excipiente graso en el rostro, leches corporales en el cuerpo, a base de urea, o de ácido láctico.
- Tratamiento local: como para todo eczema se asocian:
 - Un tratamiento antiséptico sistemático, debido a la frecuencia de infecciones por estafilococos.
 - Tratamiento antiinflamatorio y antipruriginoso, esencialmente a base de corticoides débiles: Hidrocortisona, en el rostro y corticoides más potentes en el cuerpo. Posología: de una o dos aplicaciones al día, que se van disminuyendo a medida que van desapareciendo las lesiones.

—Tratamiento general:

- Antihistamínicos por vía general, clásicos o de segunda generación, activos para romper el círculo vicioso, prurito-escoriaciones cutáneas y sobreinfección. Se dan en cura discontinua para evitar el enlentecimiento cerebral (disminución de la memoria), y todo riesgo de fotosensibilización de la Fenotiacina.
- Antibioterapia general:
 - a) Antiestafilocócica.
 - b) Macrólidos: Eritromicina. Debe ser prescrita sistemáticamente desde que existan signos patentes de infección: lesiones costrosas infectadas, leucocitosis.
 - c) La puvaterapia puede dar buenos resultados.
 - d) Medicación desensibilizantes:
 - d-1) no específica: Histaglobine de una o tres ampollas intramusculares, tres veces por semana y durante 4 a 6 semanas.
 - d-2) específica: desensibilización clásica
 - e) inyección de gammaglobulinas con anticuerpos pasivos de antiácaros, pólenes, bacterias, virus, hongos y parásitos: (una ampolla de 5 ml. intramuscular dos veces por semana durante tres semanas).
 - f) No se omitirá jamás:
 - a) prescripción de neurosedativos y tranquilizantes.
 - b) psicoterapia de apoyo.
 - c) curas termales.

—Vacunaciones:

- Deben administrarse normalmente.



LÁMINA XXX

TÍTULO: **IMPÉTIGO SUBAGUDO HERPÉTICO. (HERPÉTIDE PUSTULOSA DE LA CABEZA Y DE LA CARA)**

Corresponde a la LÁMINA II DEL GRUPO DE DERMATOSIS HERPÉTICAS

TÉCNICA: Acuarela y Litografía

DESCRIPCIÓN DE LA LÁMINA:

Se observan grandes lesiones costrosas en cuero cabelludo, frente, cejas, mejillas, nariz, y pabellón auricular derecho; entre las costras se observan múltiples grietas. Dichas lesiones costrosas son de coloración amarillo-verdosas.

Utiliza tonos que varían del blanco al marrón, pasando por el amarillo-verdoso, propio de las lesiones.

HISTORIA CLÍNICA DE LA LÁMINA:

OLAVIDE describe, de forma magistral, el caso que vió el 21 de Noviembre de 1867.

“Costurera, (I.D.), de 26 años de edad, soltera, natural de Carmona (Sevilla), y que ocupó la cama número 20 de la Sala de San Juan de Mata.

La paciente refiere que hacia tres años se le presentó en la oreja izquierda y parte posterior de la cabeza, unos “granitos” pequeños llenos de pus y con gran prurito, produciéndose lesiones de rascado y dando lugar a la formación de costras amarillentas. La erupción fue extendiéndose

por la frente y la piel del cráneo; el prurito era irresistible sobre todo por las noches y con el calor. También presentaba diarrea”.

Tratamiento:

“Ración y media de arroz.- Agua gomosa para bebida usual.- Arseniato férrico, un grano; arseniato amónico, medio grano: mézclese y háganse doce píldoras para tomar una mañana y tarde, aumentando cada dos días una en dosis, hasta tomar en las 24 horas las doce, y siguiendo con este número mes y medio.- Lavatorio a la cabeza con cocimiento de salvado. Untura después con la pomada de brea pura y cataplasma de harina de arroz encima.- A los ocho días se suspendió ésta, por no existir ya costras y haber cedido mucho la inflamación”, el 24 de Diciembre se le dió el alta recomendándole que continuara el mismo tratamiento durante dos meses. A final de Enero de 1868 estaba completamente curada”.

COMENTARIO:

LÁMINA bien dibujada, reproduciendo con gran exactitud las lesiones de IMPÉTIGO SUBAGUDO HERPÉTICO (HERPÉTIDE PUSTULOSA DE LA CABEZA Y DE LA CARA).

Plantea el diagnóstico fundamental de un IMPÉTIGO CONTAGIOSO, o bien de un ECZEMA IMPETIGINIZADO.

La terminología que utiliza OLAVIDE (IMPÉTIGO SUBAGUDO HERPÉTICO), está actualmente en desuso, utilizándose en la actualidad IMPÉTIGO CONTAGIOSO.

La palabra “granito”, aunque no es aceptable científicamente bajo un punto de vista dermatológico, debe aceptarse (colocándola entre comillas) ya que es el término que empleó la paciente cuando se le hizo la Historia Clínica.

En este caso el tratamiento sería el mismo que el señalado en la LÁMINA XII para el IMPÉTIGO.

Si se tratara de un ECZEMA IMPETIGINIZADO habría que tratar, en primer lugar, el Impétigo y a continuación, el Eczema. En este caso el tratamiento sería el ya mencionado en la LÁMINA XII.



LÁMINA XXXI

TÍTULO: **HERPÉTIDE PUSTULOSA (MENTAGRA HERPÉTICA)**

Corresponde a la LÁMINA III DEL GRUPO DE DERMATOSIS HERPÉTICAS

AUTOR DE LA LÁMINA: J. Acevedo pintó

TÉCNICA: Acuarela y Litografía (R. Soldevila cromolitografió).

Lit. de J.M. Mateu, Valverde nº 24

DESCRIPCIÓN DE LA LÁMINA:

Lesión costrosa en mentón, de color amarillo-verdoso sobre una superficie roja.

Utiliza tonos que varían del blanco al marrón, pasando por el amarillo-verdoso de las lesiones, sobre fondo rojo oscuro.

HISTORIA CLÍNICA DE LA LÁMINA:

OLAVIDE presenta, de forma magistral, el caso que vió el 12 de Marzo de 1869.

“Herrero, (M.V.), de 23 años de edad, natural de Madrid, soltero, que ocupó la cama número 7 de la Sala de Santa Bárbara, con buena salud habitual.

El paciente refería que el año anterior padeció una erupción pustulosa en ambas mejillas que desaparecieron sin tratamiento. A final de Febrero de éste año, siente en la barba una sensación dolorosa y pruriginosa: la piel de esta zona estaba eritematosa, tersa, y reluciente. Sobre esta superficie roja comenzaron a salir lesiones vésico-pustulosas que estaban atravesadas por un pelo;

estas lesiones, posteriormente, se rompían formando costras amarillentas, que eran gruesas, húmedas, mezcladas con pelos. Viendo uno de estos pelos al microscopio la única alteración que se apreciaba era un abultamiento del bulbo. Al quitar el pelo fue muy doloroso sangrando por el poro”.

Tratamiento:

“Un purgante salino en días alternos.- Agua de cebada cremorizada para bebida usual; cataplasma de harina de arroz a las costras de la barba, remudada cuatro veces al día”. A los cuatro días de este tratamiento se procedió a la depilación de todos los pelos enfermos, y se empezaron a dar las píldoras antiherpéticas (arseniato amónico y extracto de acónito; un gramo de cada producto, en veinticuatro píldoras), para tomar una por la mañana y otra por la noche. El día 25 vuelve a aparecer toda la erupción por lo que se depila nuevamente y se aumentan las dosis de píldoras antiherpéticas (10 por la mañana y 10 por la noche).

En Mayo el enfermo estaba totalmente curado, y se le dió de alta el día 2 de Junio”.

COMENTARIO:

LÁMINA bien dibujada, reproduciendo con gran exactitud, las lesiones de herpetide pustulosa. El término MENTAGRA HERPÉTICA no se utiliza en la actualidad.

La Historia Clínica y la LÁMINA plantean dudas, pudiéndose establecer el diagnóstico diferencial con:

- Herpes simple.
- Herpes simple impetiginizado.

Si se tratara de un Herpes simple, las pautas terapéuticas serían las ya mencionadas en la LÁMINA XI.

Si se tratara de un Herpes simple impetiginizado, las pautas terapéuticas serían las ya mencionadas en la LÁMINA XII.

LAMINA IV DEL GRUPO DE DERMATOSIS HERPETICAS.



HERPÉTIDE PUSTULOSA (IMPÉTIGO SPARSA HERPÉTICO).

BSERVACION. A. B., jornalero, de 50 años de edad, alcarreño, viudo, de temperamento nervioso y buena salud habitual, ocupó la cama número 5 de la sala de San Carlos el 1.º de Marzo de 1869. Ha padecido varias veces catarros y dolores lumbosacales, pero ninguna erupción cutánea, a pesar de las plagas de la infancia. Estuvo en la cama el 29 del mes de Febrero, cuando le empezaron a salir unos granitos pequeños en las piernas, que se llevaron prontamente de peso, sin dar lugar á dolor. Sobre el otro sistema que pican, más intenso con el calor y durante la noche, en días siguientes fueron aumentando y generalizándose los granos, por lo que se decidió á entrar en el hospital. Cuando lo vimos, parecía un caso en el período de supuración, pero sin fétor, sin fenómenos generales de ninguna clase, y con la cara, cuello y parte superior del pecho bastante limpia, que ocupaba ya todo lo restante del cuerpo. Contaba más en plétoras rosáceas, del tamaño de una lenteja, sin aroja inflamatoria y llenas de un pus blanco lechoso; se notaba una muy considerable en las piernas, á pesar de lo cual estaban completamente distintas y separadas una de otra por la piel pálida y en sus condiciones normales al parecer. En las muñecas y en el vientre se tenían un desarrollo tan completo, vívidos, que otras muchas porciones de la planta que sobre ellas se formó después. En la axilla y parte superior de la cintura, se vio en la lámina de

cuatro láminas-emulsióneas y grana, debidas á las urtic del enfermo, que no pudo menos de rascarse, rompiendo las plétoras de otros sitios. No hubo ni trémulo de las demás funciones.

Plan curativo. *Recepción.*— Un purgante salino en días alternos; púlvos de almidón á la recepción. A los cuatro días empezaron á secarse las plétoras de las piernas formando costras pequeñas, pastigadas, muy secas y adherentes, aparecieron algunas manchas en el pecho, que no llegaron á ser verdaderas plétoras; la picazón era muy ligera y soportable, pero se conservaba siempre por la noche; el mismo día se habían secado también algunas plétoras de las muñecas y en otros pocos quedaban otras en evolución. Se suspendió el purgante y se le dispensaron las plétoras del mismo sistema y extracto de acetato (cada una tiene $\frac{1}{2}$ de grano de acetato estearato) para tomar dos por la mañana y dos por la tarde, asegurando cada día una porción de costra con la punta de la lengua y las costras gruesas de la axilla. En los días siguientes hasta fin de Marzo, fueron secándose lentamente las plétoras del cuerpo, hicieron algunas costras que se llenaron, y crecieron las costras, sin dejar cicatrizar, pudiendo alta el enfermo el 3 de Abril de 1869. Se le recomendó que cuidara muy mucho durante el curso de la enfermedad.

LÁMINA XXXII

TÍTULO: HERPÉTIDE PUSTULOSA (IMPÉTIGO SPARSA HERPÉTICO)

Corresponde a la LÁMINA IV DEL GRUPO DE DERMATOSIS HERPÉTICAS

AUTOR DE LA LÁMINA: J. Acevedo pintó

TÉCNICA: Acuarela y Litografía (Soldevila cromolitografió).

Lit. de J.M. Mateu, Valverde nº 24. Madrid

DESCRIPCIÓN DE LA LÁMINA:

Se observan múltiples lesiones pustulosas, algunas de ellas sobre una reacción inflamatoria, localizadas en cara interna de miembro inferior derecho.

Utiliza tonos que varían del blanco al marrón, pasando por el rojo de la reacción inflamatoria.

HISTORIA CLÍNICA DE LA LÁMINA:

El Dr. OLAVIDE presenta magistralmente el caso que vió el 1 de Marzo de 1869.

“Jornalero, (A.B.), de 50 años de edad, alcarreño, viudo, de buena salud habitual, que ocupó la cama número 5 de la Sala de San Carlos.

El paciente refirió que un mes antes de acudir al hospital, le salieron unos “granitos” pequeños en las piernas, muy pruriginosos, sobre todo durante la noche y con el calor.

Eran lesiones de aspecto pustuloso, redondeadas, del tamaño de una lenteja, se localizaban en miembros inferiores y vientre. Además presentaba lesiones de rascado”.

Tratamiento:

“Un purgante salino en días alternos: polvos de almidón a la erupción. A los ocho días se suspendió el purgante y se le administró píldoras de arseniato amónico y extracto de acónito (cada uno tiene 1/25 de grano de estas sustancias), para tomar dos por la mañana y dos por la tarde, aumentando cada dos días una por dosis: untura con la pomada de brea a las costras gruesas de la rodilla. Se le dió el alta el 3 de Abril de 1869, se le recomendó que siguiera durante algún tiempo con las píldoras arsenicales”.

COMENTARIO:

LÁMINA bien dibujada, reproduciendo con gran exactitud las lesiones de HERPÉTIDE PUSTOLOSOSA.

La Historia Clínica y la LÁMINA plantean dudas, el diagnóstico diferencial de dicho paciente lo haríamos con:

- Herpes Zóster Impetiginizado: caso de que la lesión fuera hasta la raíz del miembro inferior, siguiendo la distribución metamérica correspondiente.
- Eczema Impetiginizado.

Actualmente trataríamos este proceso:

- Herpes Zóster, con las mismas pautas terapéuticas indicadas en la LÁMINA XI.
- Impétigo, con las mismas pautas terapéuticas señaladas en la LÁMINA XII.
- Eczema, con las mismas pautas terapéuticas mencionadas en la LÁMINA XII.

En la actualidad el término Impétigo Sparsa Herpético, que utilizó OLAVIDE, no se emplea.



LÁMINA XXXIII

TÍTULO: **HERPÉTIDE ESCAMOSA. (PITIRIASIS ROSADA)**

Corresponde a la LÁMINA V DEL GRUPO DE DERMATOSIS HERPÉTICAS

AUTOR DE LA LÁMINA: J. Acevedo pintó

TÉCNICA: Acuarela y Litografía (Soldevila cromolitografió). Lit. de J.M. Mateu, Valverde nº24

DESCRIPCIÓN DE LA LÁMINA:

“Lesión costrosa blanquecina localizada en frente y cuero cabelludo.

La técnica de la acuarela utiliza tonos que varían del blanco al marrón, pasando por una coloración sonrosada del fondo de las costras.

HISTORIA CLÍNICA DE LA LÁMINA:

El Dr. OLAVIDE recoge, de forma magistral, el caso que vió el 20 de Mayo de 1869.

“Sastra, (Josefa S.), de 18 años de edad, soltera, madrileña, que ocupó la ca, a número 17 de la Sala de San Antonio del Hospital de San Juan de Dios.

La paciente refería que empezó con un prurito en toda la cabeza, con enrojecimiento del cuero cabelludo. A los dos días apareció una descamación furfurácea abundante en cuero cabelludo que se extendía hacia las sienes y parte superior de la frente. Dichas escamas eran pequeñas y blancas, adherentes por un borde al cuero cabelludo y libre por los demás, que se desprendían fácilmente al menor frotamiento”.

Tratamiento:

“Untura y paños de glicerina a la cabeza por la noche: lavatorio de cocimiento de salvado por el día: un purgante salino, y al día siguiente las píldoras antiherpéticas (arseniato de hierro y extracto de acónito, de cada cosa un grano en doce píldoras), para tomar una por la mañana y otra por la tarde, aumentando una por dosis cada dos días”. A los quince días se suspendió el tratamiento y se sustituyó por: cataplasma de harina de arroz en la lesión y lavatorio con agua de salvado en la cabeza. En sinapismos bajos, agua de cebada cremorizada para bebida usual. Se le volvió a dar las píldoras arsenicales y la glicerina como tópico. El 1 de Septiembre se le dió el alta y se le aconsejó que siguiera durante un mes tomando las píldoras arsenicales”.

COMENTARIO:

LÁMINA bien dibujada, reproduciendo con gran exactitud las lesiones que señala la Historia Clínica.

Tanto ésta última como la LÁMINA plantean los siguientes diagnósticos diferenciales:

- Micosis con abundante descamación (demostración del hongo).
- Dermatitis seborreica (examinar fenómenos psoriásicos, histología, radiología del esqueleto de la mano, curso clínico).
- Otras dermatitis descamativas, por histología y los correspondientes fenómenos.
- Lúes II (serología).

El diagnóstico de psoriasis se apoya fundamentalmente en:

- fenómenos psoriásicos,
- valoración del cuadro total,
- diagnóstico ungueal,
- radiología (eventualmente serología reumática),
- histología.

En el caso de un psoriasis, su tratamiento sería:

- Combatir la descamación (queratolíticos: preparados salicílicos).
- Antipsoriásicos en sentido estricto (PUVA). Tratamiento cutáneo externo: calcipotriol, ditranol, pomadas corticosteroides.
- Tratamiento ulterior particularmente importante. Medidas terapéuticas en los intervalos asintomáticos: baños de sol, fricciones con alquitrán incoloro.

1. Tipo crónico.-estacionario. Descamación de los focos durante 1-2 días, baño de limpieza. Focos en el cuerpo: vaselina salicílica al 3-5%.

Focos en la cabeza: vaselina salicílica al 3-5%. Luego tratamiento con ditranol. Combatir la irritación con crema o loción con Corticoides.

2. Tipo eruptivo-exantemático. Combatir el brote con pomada de esteroides, vendaje oclusivo aplicando debajo solución de triamcinolona (por ejemplo, acetónido de triamcinolona).

Más tarde tratamiento de mediana intensidad con Ditranol. Baños de alquitrán. Partes intertriginosas: aplicación de solución de Castellani.

3. Tipo exudativo. Al principio compresas húmedas y tinturas, luego loción de esteroides. Finalmente cremas o pomadas de esteroides.

4. Eritrodermia psoriásica. Como en 2 y 3. Además, retinoides.

5. Focos psoriásicos aislados. Inyección sublesional de suspensiones cristalinas de corticoides. Por lo demás, como 1 y 2.

6. Psoriasis ungueal. Eventualmene inyección focal de suspensión cristalina de esteroides (después de anestesiar). Otras medidas: tintura de acetónido de triamcinolona; vendaje oclusivo con crema de esteroides.

7. Tratamiento con PUVA.: irradiación con rayos ultravioleta de onda larga (UV-A). En un 65-95% de psoriásicos tratados pueden obtenerse buenos resultados. Las ventajas de este tratamiento son:

- el bajo coste,
- la facilidad de la técnica, y
- en la mayoría de los casos, el poderse realizar ambulatoriamente.

8. También han dado buen resultado otras formas de tratamiento por medio de la luz, por ejemplo, radiación con ultravioletas B o la combinación de UVB más aplicación de brea.

9. Artropatía psoriásica: aquí son necesarias a menudo más medidas terapéuticas simultáneas, por ejemplo (de acuerdo con W.P. Herrmann): Indometacina

- eliminación sistemática de todos los focos;
- fenilbutazona (temporalmente, sólo en dolores muy fuertes);
- prednisona;
- calor y otras medidas físicas (masajes, baños, ejercicios de rehabilitación, baños de Iodos, etc.).

10.- En los casos graves de psoriasis se puede administrar etretinato teniendo en cuenta las precauciones que deben tenerse con dichos retinoides (controles analíticos antes y durante el tratamiento; no administrar a embarazadas ni a mujeres con posibilidad de embarazo, etc.).

En los últimos años ha dado buen resultado la Ciclosporina A en casos de psoriasis grave.

En el caso de una Dermatitis seborreica, su tratamiento sería:

Externo. Cabeza. Lavado como en la Seborrea. Zonas húmedas: solución de violeta de genciana al 1%. Zonas secas: crema de corticoides, eventualmente con vioformo. Descamación: pomada de azufre y ácido salicílico en cuero cabelludo. Si la inflamación es considerable: corticoides en forma de tintura o crema.

Cara, cuerpo. Como en la Seborrea. Zonas húmedas: solución de violeta de genciana al 1%. Zonas secas: crema de corticoides, eventualmente con vioformo.

Baños. Azufre; avena, salvado de trigo.



PSORIASIS GUTATA HERPÉTICO GENERALIZADO. — (HERPÉTIDE ESCAMOSA DISEMINADA.)

OBSERVACION. Juan G., natural de Cibeña, provincia de Toledo, de 54 años de edad, estado, jornalero, de temperamento sanguíneo y bien constituido, ingresó en el Hospital el 9 de Enero de 1869, ocupando la cama número 17 de la sala de San Matías. Ha padecido las enfermedades de la infancia, algunas febriles intermitentes y frecuentes catarros. El principio de la enfermedad actual data del año 1841, en el cual, hacia 28 años, en cuya época, se cuenta conocida, le apareció una erupción disseminada por todo el cuerpo, y consistió en un principio por pequeñas manchas rojas como las pústulas de pólea, que se elevaban poco a poco en forma de pápulas y se cubrían de una escama blanca, adherida y muy brillante. Precedió al brote de estas manchas una época general, caracterizada por un estado de debilidad y un estado de inactividad. Al mes empezaron a desprenderse las escamas, y sin regular indicación alguna quedó completamente limpio de ellas. En el año de 1845 volvió a presentarse con alguna mayor intensidad, especialmente en los codos y en las rodillas para el caso de una nueva disposición también espontánea, en la que se prolongó hasta el año de 1847, en el cual vino a cesar definitivamente con un paréntesis bastante generalizado. Se le prescribió el plan general antipsorético y las curas con la pomada de hena pura, y al cabo de ocho días, volvió el enfermo que se había limpiado mucho, erigiéndose cuando y asistiendo a trabajar para mantener a su familia, se empezó en sentir el alza, que hubo profusión de dadas contra todos cuantos dadas, y a pesar de cuantas reclusioniones. A fines de Diciembre de 1848 empezó por cuenta vez el brote de la erupción escamosa, cubriéndose primero los codos y las rodillas de manchas grandes, elevadas y resacas, acompañadas de picazón sostenida, y extendiéndose después por todo el cuerpo, ya bajo la forma de puntos, ya bajo la de manchas o placas de diferentes tamaños. Se cubrieron de escamas amarillentas y brillantes, y viendo el enfermo las progresas que hacía el mal, se decidió a volver

a este establecimiento. El día de su entrada las placas escamosas cubrían casi la totalidad de su cuerpo habiendo algunas comas en la espalda y en los brazos, que tenían más de 25 centímetros de diámetro las de los codos y rodillas eran semejantes, del diámetro de un dedo próximamente, y las que ocupaban el resto del cuerpo, parecían a gotas de agua o a una cubeta de alfiler. Todas ellas eran gruesas, elevadas, blancas y tan brillantes en su superficie, que daban al enfermo un aspecto particular, cuando se le miraba desde los rayos del sol. Las erupciones se halla precedida la piel dura y callosa de sus manos, y había erupción en la del suero una herida, y un infarto escorbútic. Las funciones generales se ejecutaron con regularidad, y el enfermo solo sentía la molestia ligera de algunas picazón sostenida, y el estado natural opuesto a las sensaciones y excreciones cutáneas por el espasmo escamoso que le sufría.

Plan curativo. Hicieron—Dadas a la erupción con el acido de nitrato en muchos alternas, y todas las mañanas con la pomada de hena: todo general templada tres días con cura y nada del quínto sulfuro de potasio; púlsese de $\frac{1}{4}$ de arseniato de potasio para limpiar una mancha y todo, remediando todos los días una por día hasta que llegue a diez. Las curas, que en la mayoría de las erupciones se dirigen en el acido de nitrato, y de la hena, se despidieron en ésta totalmente, rayando a veces con el acido de nitrato de otros, y a las 12 días, en el día de Enero, se suprimió el enfermo, como tenía de costumbre, en abandonar la enfermedad para marcharse a trabajar, se hizo una curación con un par de onzas de agua, por lo antes, los púlsese de arseniato de hierro.

LÁMINA XXXIV

TÍTULO: PSORIASIS GUTATA HERPÉTICO GENERALIZADO.- (HERPÉTIDE ESCAMOSA DISEMINADA)

Corresponde a la LÁMINA VI DEL GRUPO DE DERMATOSIS HERPÉTICAS
 TÉCNICA: Acuarela y Litografía

DESCRIPCIÓN DE LA LÁMINA:

“Se observan múltiples lesiones eritemato-escamosas en codo, antebrazo y dorso de mano izquierda, donde existe además una gran ulceración; dichas lesiones tienen una coloración blanco-amarillenta, con base eritematosa, presentando la ulceración un color rojizo. Utiliza tonos que varían del blanco al marrón, pasando por el rojizo de la ulceración.

HISTORIA CLÍNICA DE LA LÁMINA:

OLAVIDE describe magistralmente el caso que vio el 9 de Enero de 1869. “Jornalero, (Juan G.), de 54 años de edad, natural de Cibeña (provincia de Toledo), ocupando la cama número 17 de la Sala de San Matías. El paciente refería que hace 28 años padeció una erupción disseminada por todo el cuerpo formada por pequeñas manchas rojas, que se elevaban poco a poco en forma de pápulas y se cubrían de una escama blanca, adherida y muy brillante. Al mes se desprendieron las escamas y desaparecieron estas lesiones sin ningún tratamiento. En 1845 aparecieron de nuevo estas lesiones localizadas en codos y rodillas, pero desaparecieron también espontáneamente.

En 1867 fue tratado de un psoriasis generalizada con antiherpético y untura de pomada de brea pura.

A finales de Diciembre de 1868, comienza otra vez la erupción escamosa, cubriendo primero los codos y las rodillas, extendiéndose después por todo el cuerpo; había algunas enormes en la espalda y en los muslos; la de los codos y la de las rodillas eran numulares, y las que cubrían el resto del cuerpo eran en forma de gota o de cabeza de alfiler. Todas ellas eran gruesas, elevadas, blancas y brillantes. En escroto presentaba una induración y un infarto considerable. El enfermo presentaba prurito, sobre todo nocturno”.

Tratamiento:

“Untura a la erupción con aceite de enebro en noches alternas, y todas las mañanas con pomada de brea: baño general templado tres días con onza y media del quinti-sulfuro de potasio: píldoras de 1/12 de arseniato férrico para tomar una por la mañana y otra por la tarde, aumentando todos los días una por dosis hasta que llegue a diez. A los quince días se le da de alta al enfermo, aconsejándole que tome las píldoras de arseniato de hierro durante un par de meses”.

COMENTARIO:

LÁMINA bien dibujada, reproduciendo con gran exactitud las lesiones de PSORIASIS GUTATA.

Aunque la Historia Clínica y la LÁMINA no parecen plantear dudas, se puede establecer el diagnóstico diferencial de dicho paciente con los procesos contemplados en la LÁMINA XXXIII.

Eficacia del tratamiento, consiguiendo en veinte días su curación.

La nomenclatura utilizada por OLAVIDE (Psoriasis gutata herpético, o herpétide escamosa) no se utiliza en la actualidad.

Aunque el tratamiento fue eficaz para los medios que se disponían en la segunda mitad del s. XIX, actualmente trataríamos este proceso con las mismas pautas terapéuticas señaladas en la LÁMINA XXXIII.



LÁMINA XXXV

TÍTULO: **HERPÉTIDE VESICULOSA (HERPES HERPÉTICO)**

Corresponde a la LÁMINA II DEL GRUPO DE DERMATOSIS HERPÉTICAS

AUTOR DE LA LÁMINA: J. Acevedo pintó y cromolitografió

TÉCNICA: Acuarela y Litografía. Lit. de J.M. Mateu, Recoletos n.º4

DESCRIPCIÓN DE LA LÁMINA:

Se observan dos placas localizadas en cara interna de piernas, constituidas por múltiples vesículas.

Utiliza tonos que varían del blanco al marrón, pasando por el sonrosado de ambas piernas.

HISTORIA CLÍNICA DE LA LÁMINA:

El Dr. OLAVIDE recoge el caso que vió el 24 de Mayo de 1874.

“Sirvienta, (M.A.) de 25 años de edad, asturiana, de buena salud habitual. Ocupó la cama número 16 de la Sala 13ª del Hospital de San Juan de Dios.

La paciente refería que hacía ocho meses, le aparecieron en ambos antebrazos y poco después en el tercio inferior de ambas piernas, numerosos y pequeños “granitos”, formando placas simétricas que presentaban gran prurito. Estas lesiones tenían un crecimiento excéntrico. Las vesicúliticas estaban llenas de una serosidad, aisladas entre sí, y situadas sobre una piel eritematosa. Había algunas costras blancuzco-amarillentas, formadas por la rotura de algunas vesículas”.

Tratamiento:

“Quince gramos de sulfato de magnesio disuelto en cantidad suficiente de agua, para tomar por la mañana en días alternos; baño general templado, con almidón; untura a las placas con el glicerolado de almidón; suspendida la sal de magnesio, después de haberla administrado cinco veces, se le trató con una píldora diaria y después dos, de las denominadas antiherpéticas del número 1 (arseniato de hierro y extracto de acónito, 50 mgrs.: h.s.a. píldoras iguales número 12. Suspendidos los baños la dispusieron los polvos de almidón, continuando con el tratamiento anterior. A finales de Junio se suspendieron también las píldoras, volviendo a hacer uso de nuevo, por tres días, del sulfato de magnesio.

El día 11 de Julio se le dió de alta”.

COMENTARIO:

LÁMINA bien dibujada, reproduciendo con gran exactitud las lesiones de Herpes.

Aunque la Historia Clínica y la LÁMINA no parecen plantear dudas, se puede establecer el diagnóstico diferencial de dicho paciente con:

- Tiña corporis.
- Dermatitis numular.

En la actualidad el término HERPÉTIDE VESICULOSA (Herpes Herpético), que utilizó OLAVI-DE, está en desuso.

Aunque el tratamiento fue eficaz para los medios que se disponían en la segunda mitad del s. XIX, actualmente trataríamos este proceso de la siguiente forma:

—En caso de una TIÑA CORPORIS su tratamiento sería:

- a) Local.- Antimicóticos.
- b) Interno.- Griseofulvina, Ketoconazol, Itraconazol, Terbenafina, etc.

—En caso de una DERMATITIS NUMULAR su tratamiento sería:

- a) Local.- Colorantes, preparados con vioformo, luego pomadas que combinen Antibióticos y Corticoides.
- b) Interno.- Saneamiento de focos, Antibióticos de amplio espectro, eventualmente añadiendo Corticoides (sólo al principio).

Tratamiento posterior. Jabones ácidos, cuidados de la piel con Eucerina a pH 5, baños potásicos, lámpara de cuarzo.



LÁMINA XXXVI

TÍTULO: ECZEMA CRÓNICO HERPÉTICO DE AMBOS ANTEBRAZOS Y PIERNAS. (HERPÉTIDE VESICULOSA EN DECLINACIÓN)

Corresponde a la LÁMINA V DEL GRUPO DE DERMATOSIS HERPÉTICAS

AUTOR DE LA LÁMINA: J. Acevedo pintó

TÉCNICA: Acuarela y Litografía (Soldevila cromolitografió). Lit. de J.M. Mateu, Valverde nº24

DESCRIPCIÓN DE LA LÁMINA:

Se observan en ambos antebrazos y codos lesiones vesiculosas escoriadas por el rascado, con formación de costras, de fondo eritematoso.

Utiliza tonos que varían del blanco al marrón, pasando por el sonrosado del fondo de las lesiones.

HISTORIA CLÍNICA DE LA LÁMINA:

El Dr. OLAVIDE describe el caso que vió el 4 de Noviembre de 1866.

“Albañil, (J.G), de 49 años de edad, viudo, natural de un pueblo de Castilla la Vieja, que ocupó el número 16 de la Sala de Santa Bárbara.

El paciente refirió, que en Agosto le empezaron a salir unos pequeños “granitos” en pierna derecha, pruriginosos, y que luego se convertían en vesículas de líquido claro, que se rompían con el rascado y que daban lugar a la formación de pequeñas costras blanco-amarillentas. Estas

mismas lesiones aparecieron en la otra pierna, y en la cara externa de ambos antebrazos. La piel sobre la que descansan las vesículas y costras, era más áspera y más dura, y al flexionar el brazo daba lugar a pliegues anormales”.

Tratamiento:

“Polvos de almidón a la erupción.- Píldoras antiherpéticas del número 1, una por la mañana y otra por la noche, aumentando cada dos días una por dosis hasta que llegue a tomar doce en las 24 horas, siguiendo 15 días una por dosis hasta que llegue a tomar doce en las 24 horas, siguiendo 15 días con este número y suspendiendo después el remedio. (Fórmula de estas píldoras: arseniato de hierro y extracto de acónito, de cada cosa 1 gramo: -esencia de trementina, cantidad suficiente para hacer doce píldoras). A primeros de Diciembre volvió a purgarse con sulfato de magnesio, se suspendieron los polvos de almidón, y se repitieron las píldoras continuando con ellas indefinidamente, se le puso untura por la noche a la parte anterior de las piernas, con la pomada de brea y glicerina, e irrigación por el día a los brazos con la disolución de ácido fénico (ácido fénico, un dracma, alcohol a 33°, una onza; agua destilada, dos onzas; introdúzcase en la bomba del pulverizador de Sales-Girón para dirigir la lluvia al sitio enfermo. A los doce días las costras cayeron, dejando en su lugar pequeñas manchas. El doce de Enero de 1867 tomó el alta el enfermo”.

COMENTARIO:

LÁMINA bien dibujada reproduciendo con gran exactitud las lesiones de ECZEMA CRÓNICO.

Se puede establecer el diagnóstico diferencial de este paciente con:

- Dermatitis herpetiforme de Duhring.
- Neurodermitis (Liquen simple de Vidal).

Aunque el tratamiento fue eficaz para los medios de que se disponía en la segunda mitad del s. XIX, actualmente trataríamos este proceso de la siguiente forma:

—En caso de una Dermatitis herpetiforme de Duhring su tratamiento sería:

Local.

- Loción de tumenol al 1 por 100.
- Crema y pomada de corticosteroides.
- Interno.

—Sulfapirimidina: 0, 5-1, 0 g al día: dosis de mantenimiento.

—Diaminodifenilsulfona: por lo general, dosis de mantenimiento de 50-100 mg diarios; evitar la formación de metahemoglobina.

—Sulfametoxipiridazina, 1/2-1 tableta al día.

—En ausencia de respuesta a las sulfonas, dar corticosteroides (mantenimiento mucho más pequeñas que en el pénfigo vulgar).

—En caso de placas de Neurodermitis su tratamiento sería con:

- a) Antipruriginosos, sedantes.
- b) Corticoides locales (pomadas, vendajes oclusivos, inyecciones locales)—alquitrán.

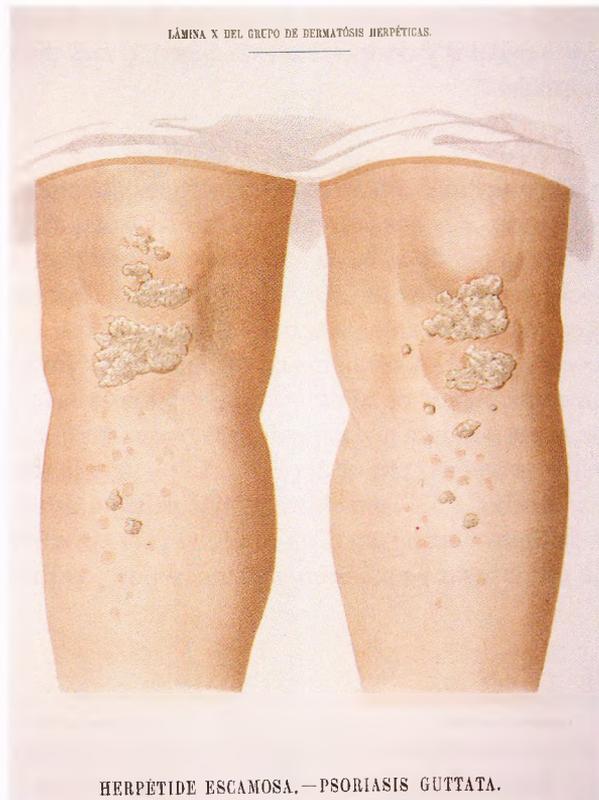


LÁMINA XXXVII

TÍTULO: **HERPÉTIDE ESCAMOSA.- PSORIASIS GUTTATA**

Corresponde a la LÁMINA X DEL GRUPO DE DERMATOSIS HERPÉTICAS

AUTOR DE LA LÁMINA: J. Acevedo pintó y cromolitografió

TÉCNICA: Acuarela y Litografía. Lit. de J.M. Mateu, Recoletos nº 4

DESCRIPCIÓN DE LA LÁMINA:

Se observan placas eritemato-escamosas en ambas rodillas y lesiones eritemato.escamosas en gota en ambas piernas.

Utiliza tonos que varían del blanco al marrón, pasando por costras verdosas y rojas de las placas en gota.

HISTORIA CLÍNICA DE LA LÁMINA:

El Dr. OLAVIDE presenta el caso que vió el 10 de Junio de 1874.

“Bailarina, (I.B.), de 18 años de edad, soltera, natural de Madrid, y que ocupó la cama número 14 de la Sala 12ª del Hospital de San Juan de Dios.

La paciente refirió que hacía cuatro años, tras haberse bañado en el río, le aparecieron en los codos y al poco tiempo en las rodillas, unas lesiones elevadas y rojas que al poco tiempo se cubrieron de escamas duras, blanquecinas y brillantes, acompañadas de un fuerte prurito. Durante el invierno las lesiones desaparecieron, aunque el picor persistía; en el verano reaparecieron de

nuevo, la erupción, siempre simétrica, en piernas y antebrazos. Son lesiones elevadas, rosadas, cubiertas por escamas blanquecinas de base eritematosa.

Tratamiento:

“Dos píldoras antiherpéticas del número 1 (arseniato ferroso y extracto de acónito, de cada cosa 50 mg, esencia de trementina, cantidad suficiente para hacer 12 píldoras), una por la mañana y otra por la tarde, aumentando en días alternos; untura a las escamas con la mezcla a partes iguales de aceite de enebro y aceite de almendras dulces; baño general templado con 60 gramos de quinti-sulfuro potásico todos los días: el día 27 la enferma estaba curada y fue dada de alta”.

COMENTARIO:

LÁMINA bien dibujada, reproduciendo con gran exactitud las lesiones de psoriasis.

La Historia Clínica y la LÁMINA plantean los diagnósticos diferenciales con los procesos mencionados en la LÁMINA XXXIII.

La nomenclatura de Herpétide Escamosa está en desuso. Eficacia del tratamiento consiguiendo, en diecisiete días su curación.

Aunque el tratamiento fue eficaz para los medios de los que se disponían en la segunda mitad del s. XIX, actualmente trataríamos este proceso con las mismas pautas terapéuticas indicadas en la LÁMINA XXXIII.



LÁMINA XXXVIII

TÍTULO: **HERPÉTIDE PUPULOSA.- LIQUEN CRÓNICO HERPÉTICO**

Corresponde a la LÁMINA XIII DEL GRUPO DE DERMATOSIS HERPÉTICAS

AUTOR DE LA LÁMINA: J. Acevedo pintó y cromolitografió

TÉCNICA: Acuarela y Litografía. Lit. de J.M. Mateu, Recoletos nº 4

DESCRIPCIÓN DE LA LÁMINA:

Se observa una placa de lesiones papulares cubiertas por numerosas escamas blanquecinas, localizadas en la parte inferior de la pierna y dorso de pie derecho.

Utiliza tonos que varían del blanco al marrón, pasando por el rojo de las lesiones papulosas.

HISTORIA CLÍNICA DE LA LÁMINA:

OLAVIDE nos presenta el caso que vió el 4 de Junio de 1876.

“Portero, (T.L.), de 62 años de edad, natural de Itüero, casado, nervioso, y de buena salud habitual.

El paciente refirió que hacía unos doce años, experimentó un ligero prurito en el tercio inferior de ambas piernas, y posteriormente le aparecieron pequeñas elevaciones rojas, que le picaban. Desde algunos meses atrás comenzó a tener los mismos síntomas en el dorso de las manos acentuándose más el picor, especialmente, en verano. Al entrar en el hospital, presentaba en la cara anterior y tercio inferior de ambas piernas, extendiéndose hacia el dorso de los pies, múlti-

ples pápulas rojas, algunas del tamaño de una lenteja y aisladas unas de otras, cubiertas por pequeñas escamas blanquecinas, redondeadas, con intenso prurito. En las manos presentaba una lesión idéntica”.

Tratamiento:

“Cuatro píldoras antiherpéticas del número 1 para tomar en dos dosis, aumentando una cada tercer día, hasta tomar 12 de igual modo: unturas a la erupción con la pomada de subnitrate de bismuto (3 gramos de éste por 30 id. de manteca). El día 4 de Junio, se suspendieron las píldoras y se dispuso una nueva untura (diaria) con la mezcla de 6 gramos de subnitrate de bismuto y 60 idem de pomada de brea y glicerina. El 17 del mismo mes, dimos de alta al enfermo a fin de que hiciera uso de las aguas minero-medicinales de Trillo. Al final de darse las aguas, le administramos de nuevo las píldoras y una untura diaria con laudano de Sydenham. A finales de Agosto se le dió el alta”.

COMENTARIO:

Se puede establecer el diagnóstico diferencial de dicho paciente con:

- Neurodermitis (Liquen simple de Vidal).
- Tiña pedis.

La nomenclatura de herpétide papulosa está actualmente en desuso.

Actualmente trataríamos este proceso de la siguiente manera:

- En caso de una placa de Neurodermitis seguiremos las pautas indicadas en la LÁMINA XXXVI.
- En caso de Tiña pedis su tratamiento sería con: baños de pies con permanganato potásico y trifenilmetano. Una vez disminuidos los síntomas inflamatorios, aplicar pomadas y pastas antimicóticas. En casos severos y diseminados dar antimicóticos por vía interna.

Profilaxis. Tratamiento posterior con soluciones y polvos antimicóticos (tolnaftato, nystatina, etc.). Después de los baños, pulverizar los pies con aerosoles antimicóticos. Desinfección de zapatos y medias.

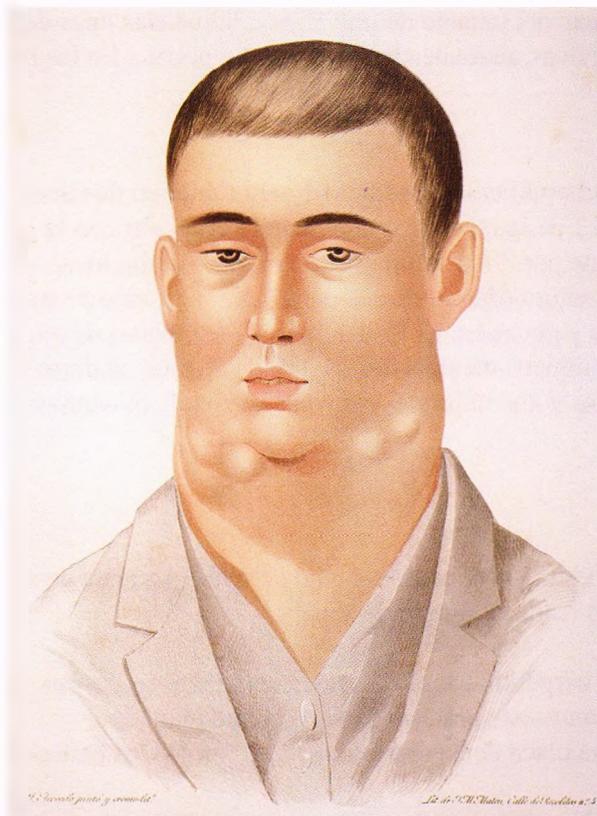


LÁMINA XXXIX

TÍTULO: **ESCRÓFULA GLANDULAR Y VISCERAL**

Corresponde a la LÁMINA XIV DEL GRUPO DE DERMATOSIS ESCROFULOSAS

AUTOR DE LA LÁMINA: J. Acevedo pintó y cromolitografió

TÉCNICA: Acuarela y Litografía. Lit. de J.M. Mateu, Recoletos nº 4

DESCRIPCIÓN DE LA LÁMINA:

Se observan varias tumoraciones en región anterior y laterales del cuello, junto con un abultamiento del mismo.

La técnica de la acuarela empleada para esta LÁMINA utiliza tonos que varían del blanco al marrón, pasando por el sonrosado de la cara.

HISTORIA CLÍNICA DE LA LÁMINA:

OLAVIDE recoge de forma magistral el caso que vió el 12 de Octubre de 1875.

“Zapatero, (L.M.), de 20 años de edad, natural de Madrid, y que ocupó la cama número 6 de la Sala 7ª del Hospital de San Juan de Dios.

El paciente refirió que tuvo catarros frecuentes y siempre ha sido débil y de digestiones pesadas. En Enero de 1875 padeció una blenorragia que curó con tratamiento; pocos días después empezó a notar dolor en la región esternal con tos y expectoración sanguinolenta, con fiebre vespertina. Fue tratado también de estas alteraciones.

En el mes de Mayo, empezaron a aparecerle lesiones abultadas en el cuello, que progresaban lentamente, hasta llegar a dificultarle la deglución y la respiración. La tos se hizo más frecuente, la expectoración sanguinolenta y la fatiga más acentuada, repitiéndose los accesos de fiebre por las tardes.

Llamaba la atención a la exploración, la piel descolorida, ligeramente húmeda, y algo fresca, del paciente. La cara era indiferente, mirada triste y sin expresión. cabeza pequeña con alopecia, formando contraste con el cuello, que estaba enormemente abultado. Vientre distendido.

Las tumoraciones del cuello, localizadas en regiones submaxilares y parotídeas tenían el tamaño de pequeñas nueces, y otro como pequeñas naranjas; todos ellos indolores y cubiertos por piel de coloración y aspecto normal. A la palpación eran consistencia blanda, adheridos a planos profundos y superficiales. Se pensó que los de menor tamaño eran adenopatías escrofulosas de toda la pléyade ganglionar de esta región, y los de mayor tamaño correspondían a una hipertrofia exagerada de las glándulas salivares del cuello”.

Tratamiento:

“Ración con vino.- 30 gramos de aceite de hígado de bacalao, para tomar 15 por la mañana y 15 por la tarde; embrocación a los infartos del cuello con la tintura alcohólica de yodo.

En la tarde de su ingreso se le redujo el alimento a media ración sin vino, y dispusimos un gramo de sulfato de quinina en porción, para tomar por cuartas partes en cada 24 horas, habiéndose suspendido el aceite de hígado de bacalao.

El 20 de Octubre se suspendió el sulfato de quinina (había desaparecido la fiebre).- Aceite de hígado de bacalao, 15 gramos, para tomar por la mañana; continúa la embrocación al cuello con la tintura alcohólica de yodo.

El día 29 se le dió el alta”.

COMENTARIO:

LÁMINA bien dibujada, reproduciendo con gran exactitud las lesiones descritas en la Historia Clínica. Esta, y la LÁMINA plantean dudas. Se puede establecer el diagnóstico diferencial de dicho paciente con:

1) Tuberculosis cutis colliquativa (escrofuloderma): se trata de una forma de Tuberculosis subcutánea, que a menudo tiene su punto de partida en una Linfadenitis tuberculosa.

2) Enfermedad de Hodgkin, descartaríamos este proceso, debido a la buena evolución del paciente.

Aunque el tratamiento fue eficaz para los medios que se disponían en la segunda mitad del s. XIX, actualmente trataríamos este proceso de la siguiente manera:

En el caso de una Tuberculosis cutis colliquativa (escrofuloderma), diagnóstico que nos parece más razonable, su tratamiento consistiría:

a) Tuberculostáticos.

b) Tratamiento climático y tónicos reconstituyentes.

c) Extirpar las lesiones completamente, si es posible antes de la fistulización.

En el caso de un Linfoma de Hodgkin su tratamiento consistiría:

—Local: pomadas de Corticosteroides, Radioterapia y baños de alquitrán y salvados.

—Interno: Corticosteroides y Citostáticos, así como Cloropromacina y Antihistamínicos contra el prurito.

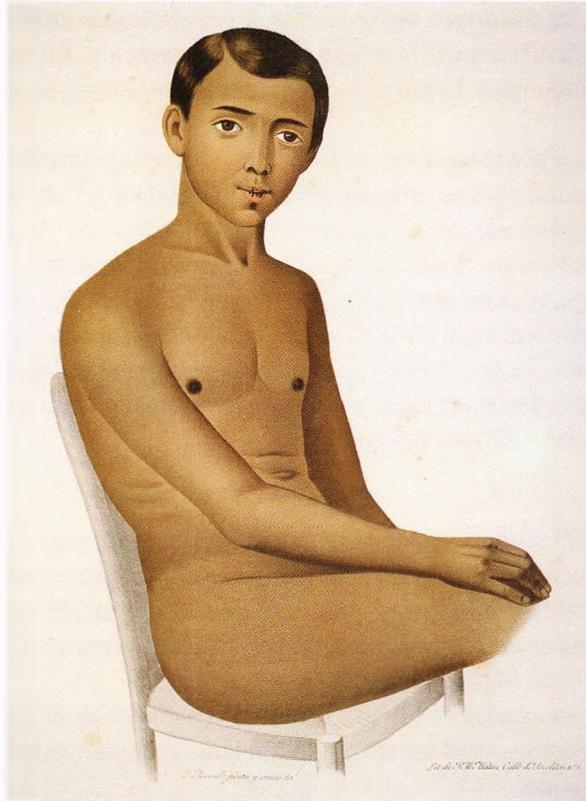


LÁMINA XL

TÍTULO: MELANODERMIA. (ENFERMEDAD BRONCEADA O ENFERMEDAD DE ADDISON)

Corresponde a la LÁMINA I DEL GRUPO DE ESCROFULIDES PIGMENTARIAS

AUTOR DE LA LÁMINA: J. Acevedo pintó y cromolitografió

TÉCNICA: Acuarela y Litografía. Lit. de J.M. Mateu. Recoletos nº 4

DESCRIPCIÓN DE LA LÁMINA:

“Paciente con una coloración marrón-verdoso, hasta negro, generalizada por todo el cuerpo propia de la enfermedad”.

La técnica de la acuarela empleada utiliza tonos que varían del blanco al marrón, pasando por el verdoso oscuro.

HISTORIA CLÍNICA DE LA LÁMINA:

OLAVIDE nos presenta magistralmente, el caso que vió en verano de 1874.

Relata la Historia de este paciente de la siguiente forma:

“Una mañana en la consulta del Hospital Clínico-hidrológico de Carlos III en Trillo, se presentó un joven de corta edad, con una coloración morena, casi verdosa, hasta negruzca, demandaba nuestros auxilios y el uso de nuestros manantiales, buscaba un remedio a sus dolores de la articulación coxo-femoral izquierda, que se encontraba deforme y anquilosada casi por completo.

Al reconocer la articulación, presentaba una grave coxalgia, con luxación espontánea, destrucción de los medios de unión articular y un notable acortamiento del miembro inferior. Se observaban también cicatrices hondas e irregulares, recordando profundos trayectos fistulosos. El paciente estaba anémico, casi caquético, su fisonomía apagada, su actividad nutritiva estaba deprimida con un abatimiento físico y moral, pensábamos que nos hallábamos delante de un paciente altamente escrofuloso.

Se quejaba de dolores en la cadera, ingle y muslo, que se irradiaban al vientre; calificamos este fenómeno de manifestación reumática hiperestésica, de un tipo altamente escrofuloso.

El paciente refirió que hace año y medio, empezó a notarse ligeros vahidos y extraños desvanecimientos, unas veces con náuseas y con vómitos, otras con dolor y graves molestias gástricas; refería una debilidad y un abatimiento tan extraño, tan considerable y tan profundo, que le dejaba sin fuerzas y sin aptitud posible para dedicarse a ninguna clase de trabajo, ni físico ni moral. El paciente empezó a notar que su piel se teñía de un color moreno-verdoso hasta negro, formando fajas o cintas, que se iban convirtiendo en manchas negras, extendiéndose por toda la superficie cutánea, dando al enfermo el aspecto de raza mulata o negra. Las fajas o cintas empezaron por la región posterior del cuello, extendiéndose hacia las orejas, pasando rápidamente a la cara y regiones anteriores, las manos y partes descubiertas, excepto las uñas; los brazos, hombros y regiones anteriores del pecho y vientre, el mamelón, el pene y el escroto, y por fin las extremidades abdominales, quedando teñido de negro-bronceado todo su cuerpo. Se ennegrecieron sus bordes gingivales, la parte interna de los carrillos, la mucosa bucal y la de los órganos genitales. La esclerótica presentaba su coloración normal.

Antes de presentar esta coloración anormal, el paciente se quejaba de un dolor gravativo, lento y profundo en las regiones epigástrica, mesogástrica y en los hipocondrios, sobre todo en el derecho, con irradiaciones como gastrálgicas, a la espalda, cintura, pecho y regiones renales; aumento de presión con sensación de angustia y notable desfallecimiento. Apetito regular; las digestiones lentas y laboriosas. Tiene gran propensión a constiparse, y a padecer frecuentes catáros, algunos de ellos febriles, y con tos violenta y molesta sin gran expectoración.- Orina de coloración normal.- Buen sueño de ordinario, integridad y agudeza en sus facultades intelectuales.

Hablando con su madre que le acompañaba; pudimos averiguar que el padre del niño había sido sifilítico, años antes de la concepción de éste; que la madre había sido contagiada por su marido en dicha época y bastante tiempo antes del nacimiento de su hijo, curándose de esta afección, que había resisitido por mucho tiempo, con los baños de Carratraca. Atribuía la enfermedad de su hijo a un susto violento que éste había experimentado días antes de aparecer las primeras manchas.

El curso de la afección ha sido lento, pero progresivo.- Tenaces e insistentes los trastornos gástricos, desconsoladora y angustiosa la pérdida de fuerzas, la sensación de debilidad general y de abatimiento físico y moral.

A la exploración actual encontramos los siguientes datos:

Piel teñida en toda su extensión, de color moreno-oscuro bronceado, brillante a veces, irizado, por los cambios de luz y la diferencia de intensidad de las tintas. Matiz negro en el mamelón, y en los labios, y sobre en el escroto y en el pene; hasta las uñas: sólo las escleróticas permanecen blancas. La expresión de su fisonomía es triste, y su mirada tiene un sello de apagamiento especial, pero conserva la dulzura de sus sentimientos y facciones, que son bellísimas: sólo cuando el movimiento le molesta o los dolores le mortifican expresa la amargura y el sufrimiento. El estado de nutrición es regular, sus fuerzas escasísimas, el menor movimiento le molesta y le fatiga, su deseo orgánico en la inacción, pero su cerebro y su voluntad le hacen moverse y dedicarse a sus habituales ocupaciones, haciendo algún recado y aprendiendo su música y su pintura. Se cansa, se extenua, le falta la vida para moverse, y mal de su grado ha de estarse quieto. El podría decir también: "el espíritu es fuerte, pero la carne es flaca".

La sensibilidad al tacto, a la temperatura y al dolor, es íntegra en todas las regiones exploradas: sufre bien el agua fría, la acción del frío en invierno exaspera sus dolores y su debilidad; su- da muy poco.

La articulación coxo-femoral sigue anquilosada, conservando sus antiguas cicatrices.

Aparato digestivo.- Labios de color moreno negruzco, que aparecen lívido-negros, dadas las condiciones de finura y transparencia de la mucosa. Lengua con franjas negruzcas en sus bordes, correspondiendo a igual coloración y forma en la parte interna de los carrillos; en lo demás normal casi siempre: alguna vez ligeramente saburrosa cuando se gradúan los trastornos gástricos y digestivos. Apetito normal; como el enfermo con gusto, sin voracidad: digestiones lentas. Dolores epigástricos frecuentes, molestos, profundos, irradiándose a los costados, cintura y lomos, semejando a una intensa gastralgia, de la cual se distinguen, en que no se calman a la presión, no irradian directamente de delante a atrás, y van seguidos y precedidos de una sensación de angustia, desfallecimiento, debilidad y malestar. Estreñimiento ordinario, frecuente diarrea; alguna vez alternan la diarrea y el estreñimiento.

Aparato circulatorio y respiratorio.- Pulso pequeño, frecuencia, blando y frecuente aún en estado de reposo. Con el movimiento mayor frecuencia, palpitations y cansancio muy notables. Ruido de fuelle anormal a la auscultación y percusión del centro circulatorio.

Mayor sonoridad en los vértices de ambos pulmones, con aumento del timbre respiratorio normal, sobre todo en la espiración en dichas regiones.

Sistema nervioso.- Debilidad y abatimiento notable, apatía física, tristeza, torpeza intelectual, tendencia al sueño, cansancio general.

En sangre hay una ligera leucocitosis”.

Tratamiento:

“Medicación clorurado-sódica y ferruginosa, y balneoterapia hidromineral de Trillo”.

COMENTARIO:

LÁMINA bien dibujada, reproduciendo con exactitud la lesión de MELANODERMIA. (ENFERMEDAD BRONCEADA O ENFERMEDAD DE ADDISON).

Aunque la Historia Clínica y la LÁMINA no parecen plantear dudas, se puede establecer el diagnóstico diferencial de dicho paciente con:

- Discromias por aumento de melanina, por ejemplo, Melanodermia difusa medicamentosa o por enfermedades internas.
- Discromias no debidas a melanina, por ejemplo, la Hemosiderosis (hemocromatosis): depósito de hemosiderina y melanina que da lugar a un bronceamiento generalizado (diabetes bronceada), o bien a una Argirosis (bronceado gris negruzco generalizado por depósitos de plata).

El tratamiento de este paciente es difícil; en el caso de una Argiria, los depósitos de plata en la piel suelen permanecer bastante tiempo.

En el caso de la Enfermedad de Addison debe remitirse a Medicina Interna para su estudio y tratamiento.



LÁMINA XLI

TÍTULO: ELEFANTIASIS DE LOS GRIEGOS,

(LEPRA TUBERCULOSA Y MACULOSA ANESTÉSICA = TSARATH)

Corresponde a la LÁMINA II DEL GRUPO DE DERMATOSIS LEPROSAS

AUTOR DE LA LÁMINA: J. Acevedo pintó

TÉCNICA: Acuarela y Litografía (Soldevila cromolitografió).

Lit. de J.M. Mateu, Valverde nº 24. Madrid

DESCRIPCIÓN DE LA LÁMINA:

Lesiones tumorales o tubérculos verrugosos en cara (mejillas, nariz y barba), de coloración variable, desde el pálido, sonrosado y otros violáceos. También se aprecia una mancha violácea en pabellón auricular izquierdo.

Igualmente, en parte inferior de pierna y dorso de pie derecho, existe una coloración pardo-negrusca con múltiples ulceraciones de pequeño tamaño; y en la raíz del primer metatarsiano, una ampolla llena de un líquido sanguinolento.

La técnica de la acuarela utiliza tonos que varían desde el blanco al marrón, pasando por el pálido sonrosado, violáceo, pardo-negrusco y rojizo.

HISTORIA CLÍNICA DE LA LÁMINA:

OLAVIDE recoge, de forma magistral, el caso que vió el 28 de Octubre de 1866.

“Costurera, (P.P), de 19 años de edad, asturiana, soltera, de buena salud habitual, que ocupó las camas números 14 de la Sala de San Antonio, y 14 y 26 de la Sala de San Juan de Mata.

La paciente refirió que, a consecuencia de bañarse en el mar, se le retiró bruscamente (desde entonces no le apareció); con fiebre, dolor intenso en vientre e hinchazón de miembros inferiores. Esta sintomatología fue cediendo y se substituyó por unas manchas amoratadas extensas extensas en piernas y en cara. Dichas manchas eran insensibles en casi toda su extensión. Al mes siguiente en ellas fueron creciendo pequeños tumorcitos duros en la base, que eran de tamaño variable (de un guisante o una nuez), unos pálidos, otros sonrosados y otros violáceos.

Las manchas se extendieron y propagaron a todo el cuerpo; algunas eran ampollas, otras costrosas, otras agrietadas, y todas de coloración pardo-negruczas. Se originaron úlceras en brazos, antebrazos y piernas.

A la exploración, la enferma presentaba un pelo áspero y sin brillo, cejas sin pelo y con elevaciones (tubérculos subcutáneos); orejas deformes (mayor tamaño de su lóbulo), muy duras y violáceas. Las lesiones cutáneas eran completamente insensibles. En la base de la lengua y en los pilares y bóveda del paladar existían algunos tubérculos o tumoraciones iguales a los de la cara.

La voz de la enferma era muy apagada y presentaba una ligera dificultad a la respiración”.

Tratamiento:

“Ración con vino.- Jarabe de berros, dos onzas; yodo puro, un grano; mézclese para tomar en dos dosis, mañana y noche, aumentando progresivamente la dosis de yodo (1/3 de grano de cada cuatro días); cura a las úlceras con la pomada de yodo. Untura con la misma a los tubérculos. Aplicación de las corrientes eléctricas de inducción a todos los puntos anestesiados, sean úlceras o manchas. Corrientes continua en los tubérculos de la cara, previamente atravesados con una aguja sujeta a la extremidad de uno de los reóforos”. A los ocho días de este tratamiento se le puso citrato de hierro en las comidas (dos granos mañana y noche).

“En Enero se le presentó una inflamación dérmica supuratoria en todos los puntos enfermos de la cara. Haciendo punciones múltiples con una aguja, se fue eliminando el pus infiltrado en las mallas del tejido leproso, y la cara. En Febrero por encontrarse mejor la enferma se suspende el tratamiento anterior, y se substituye por once baños generales calientes con onza y media de quini-sulfuro potásico. En Marzo empieza nuevamente a perder la sensibilidad de los puntos enfermos. Aplicaciones eléctricas; se añade a la fórmula del jarabe con yodo la disolución arsenical de FOWLER, dos gotas, aumentando.

En Abril empiezan a aparecer torpeza en los movimientos y deformidades en los pies (tenos, hinchados, dolorosos, de color negro cubiertos de ampollas llenas de un líquido sanguinolento. Fiebre alta, y afonía completa. Se le administró dieta y agua de naranja. La tumefacción y la coloración negra fue extendiéndose por ambas piernas hasta las ingles, brazos y cara, espalda y partes laterales del pecho, dejando sólo libre la parte anterior del tronco. Por toda la superficie negra se repartían ampollas de pénfigo hemorrágico, que se trata con disolución de percloruro de hierro. Catorce años duró este estado. Luego fue cediendo la coloración, cesó la fiebre, se cicatrizaron las úlceras y se le aconsejó los baños de Caldas, sin gran mejoría”.

COMENTARIO: (16)

LÁMINA bien dibujada, reproduciendo con gran exactitud las lesiones de LEPRO TUBERCULOSA Y MACULOSA ANESTÉSICA.

El diagnóstico de la Lepra es fácil en las formas lepra tuberculoide, lepra lepromatosa y lepra dimorfa, pero difícil en las formas de lepra indiferenciada y en las fases de iniciación.

El diagnóstico se basa en la procedencia del enfermo (zona endémica) y con la clínica, y se confirma con los trastornos de la sensibilidad, engrosamiento de los nervios periféricos, hallazgos del m. leprae, el estudio histológico, la prueba de la histamina y la de la pilocarpina.

Para el diagnóstico clínico-histopatológico, nos basaremos en la Clínica e Histopatología dada por R. MILBRADT (1977) (17).

Lepra lepromatosa:

Clínica.- Simetría, focos numerosos: máculas (delimitación imprecisa). Alopecia, pápulas, nódulos e infiltrados (leproma). Localización preferente: cejas, lóbulos de las orejas, escroto, mucosa del tracto respiratorio superior (lengua, nariz, faringe). Diseminación hematológica: ganglios linfáticos, hígado, bazo, testículos.

Mutilación del cartílago nasal, de las manos y de los pies. Iridociclitis y ptosis de los párpados superiores, anestias y parestias, alteraciones de la sudoración.

Histopatología.- Piel: zona subepidérmica no afectada. Infiltrado intenso compuesto de plasmocitos y células linfoides e histiocitarias que después de fagocitar los bacilos de lepra se transforman en células de Virchow con citoplasma espumoso.

Lepra tuberculoide:

Clínica.- Asimetría, focos aislados muy limitados, hipopigmentados o eritematosos. Máculas, pápulas o placas. Alteraciones de la sensibilidad y secreción sudoral. Engrosamiento de los nervios periféricos. Parálisis y trastornos tróficos. No afectación de órganos internos.

Histopatología.- Piel: infiltrado tuberculoide con células epitelioides y discreto infiltrado linfocitario que puede penetrar en la epidermis. No hay presencia de bacilos. Nervios: invasión y destrucción de los nervios en el subcutis.

Lepra indiferenciada:

Clínica.- Máculas (hipocromías y eritema bien delimitados). Sensibilidad y secreción sudoral alterados (test a la pilocarpina positivo).

Histopatología.- Infiltrados inflamatorios inespecíficos. Predominio de linfocitos, histiocitos y plasmocitos, células epitelioides, neutrófilos y eosinófilos. Infiltrado predominante perivascular y perifolicular.

Lepra dimorfa:

Clínica.- Tendencia a la simetría: máculas, pápulas, nódulos y placas ordenadas en anillo o en banda. Lesiones de superficie brillante y culentea.

Histopatología.- Piel: estructura lepromatosa y tuberculoide. Presencia de bacilos (posible).

Para diagnosticar las diferentes formas de Lepra nos basaremos en su Clínica:

Lepra indeterminada:

Máculas hipocrómicas, eritemato-hipocrómicas o eritematopigmentarias. Alteraciones de la sensibilidad.

Las lesiones hipocrómicas son las más precoces (edad infantil), y se localizan sobre todo en la cara, región deltoidea, tórax y nalgas. Son de tamaño variable. El borde de estas máculas no está tan bien delimitado como en el vitíligo.

Las lesiones eritemato-hipocrómicas son de forma y localización similar a las precedentes. Hay alteraciones de la sensibilidad (anestesia).

Lepra lepromatosa:

Forma muy polimorfa: máculas, infiltrados, nódulos (lepromas), ulceraciones, alopecias, lesiones tróficas y episodios reaccionales.

Máculas. Eritematosas, a veces roseoliformes, eritematopigmentarias e hipocrómicas. Tienen un borde difuso y se localizan sobre todo en cara, tronco, brazos y muslos.

Infiltraciones. Pueden constituir la única lesión de la lepra lepromatosa. Otras veces coexisten con nódulos y máculas. Se localizan sobre todo en la cara y nuca, siendo el pabellón de la oreja el más afectado. En los infiltrados avanzados hay alopecia total de las cejas y pérdida de las pestañas.

Nódulos (lepromas). Son las lesiones más típicas. Se trata de lesiones circunscritas que hacen relieve sobre la piel y dejan cicatriz. Se localizan sobre todo en la cara y miembros. En la cara, la localización preferentemente superciliar, frontal, malar, maxilar y nasal, le da un aspecto que por recordar a los leones recibe el nombre de "facies leonina". También puede haber lepromas en el cuero cabelludo. TERENCIO (18) los encuentra en más del 19% de los casos. Otras lo-

calizaciones de los lepromas son: bóveda del paladar y lengua. El tamaño de los lepromas varía desde una cabeza de alfiler a un huevo de paloma. La evolución del leproma es variable, curando en algunos casos y ulcerándose en otros. Su reabsorción da lugar a lesiones atróficas.

Ulceraciones. Pueden ser específicas y por trastornos tróficos y vasculares. Se localizan sobre todo en miembros inferiores.

Un tipo de úlcera especial lo constituye el mal perforante plantar, que se localiza, sobre todo, en el primer metatarsiano, borde externo del pie, talón o incluso en zona dorsal del pie, ocasionado por microtraumas de repetición.

Alopecias. Es típica la alopecia de las cejas, que comienza por la cola de éstas. Puede afectar las pestañas, axilas y tórax. También se afectan la barba y regiones preauricular, temporal, frontoparietal, occipital y la nuca.

Lesiones tróficas. Aparecen en enfermos avanzados. Pueden consistir en ulceraciones, fisuras, acrocianosis, etc.

Lesiones ungueales. Se suelen ver sobre todo en pacientes de lepra lepromatosa avanzados. Consisten en onixis, perionixis y onicogriposis. En casos de lesiones neurales avanzadas puede haber onicolisis.

Leprorreacciones. La más frecuente es el eritema nodoso. Aparecen sobre todo en extremidades. Pueden confluir y formar placas.

Eritema exudativo multiforme. Es otra forma de leprorracción. Se caracteriza por la aparición de lesiones ampollosas en diana o escarapela. Se localiza sobre todo en la cara, cuello, brazos y muslos.

Fenómeno de Lucio. Se trata de un eritema necrosante que se ve con frecuencia en Méjico. Comienza en forma de manchas múltiples eritematosas y dolorosas que se necrosan en el centro.

Reacciones erisipelatoides. Son inespecíficas. Se trata de brotes de erisipela en los pacientes de lepra lepromatosa que tienen una inmunidad alterada y múltiples puertas de entrada para los gérmenes piógenos (úlceras, fisuras).

Lepra tuberculoide:

La clínica varía si se trata de lepra tuberculoide quiescente o lepra tuberculoide reactiva.

Lepra tuberculoide quiescente. Aparecen fundamentalmente lesiones maculares y nodulares.

Máculas. Son las lesiones más frecuentes. A su vez se subdividen en: figuradas y atípicas.

Las máculas figuradas se caracterizan por un borde externo bien delimitado, papuloso, elevado, descamativo, con una zona central de coloración más clara, hipocrómica o atrófica. El borde puede ser discontinuo y presentar formas diversas. La lesión crece por su borde externo, que toma un tono violáceo. Se localizan sobre todo en cara, tronco, antebrazos, palmas, plantas y nalgas.

Máculas atípicas. Mas raras que las anteriores. Son lesiones acrómicas, eritematosas y eritemato-hipocrómicas similares a las de la lepra indeterminada. Se localizan sobre todo en espalda y nalgas.

Lesiones nodulares. Aparecen en los niños, evolucionando hacia la curación sin dejar cicatriz. Tienen un tamaño desde 2mm a varios centímetros. Parecen lesiones similares a las del lupus tuberculoso. Se diferencian de ellas en que a la vitropresión no dan el aspecto típico de Jalea de manzana. Por otra parte, el signo del estilete es positivo en las lesiones tuberculosas y negativo en las leprosas. Se localizan sobre todo en brazos, antebrazos y caderas.

Lepra tuberculoide reactiva. Cuando el equilibrio inmunológico se altera, la lepra tuberculoide da lugar a agudización de las lesiones antes descritas, con manifestaciones generales. Existen varios grados según que la alteración del equilibrio inmunológico sea mayor o menor. Los grados van desde un simple aumento de la coloración de las máculas, continuando el Mitsuda positivo (reacción leprótica tuberculoide), a un viraje del Mitsuda (que se negativiza) y aparición de bacilos (LT reaccional).

Lepra intermediaria (dimorfa, borderline):

En este grupo se incluyen las formas atípicas e inestables que no encajan bien en las formas LL y LT y ofrecen características de ambos grupos. La mayoría parecen corresponder a formas de transición entre LT reaccionales y LL. Por ello en este grupo podemos ver pacientes con máculas, infiltrados y pequeños nódulos. Manifestaciones nerviosas de la lepra.

En mayor o menor grado, están presentes en todos los enfermos de lepra. Los nervios periféricos se afectan preferentemente. Los más afectados son el facial, el cubital, el mediano y los ciático-poplíteos (interno y externo).

Las alteraciones neurales no son específicas de ninguna forma concreta de lepra. Aunque pueden estar presentes en todas ellas, son más frecuentes en la lepra tuberculoide.

Los nervios afectados están engrosados y en ellos se puede encontrar el m. leprae. Pueden calcificarse.

Estas afectaciones nerviosas dan lugar a trastornos sensitivos, motores y tróficos.

Los trastornos sensitivos consisten en parestesias (hormigueo, sensación de miembro dormido), dolores neurálgicos, alteraciones de la sensibilidad (primero se altera la sensibilidad térmica, en segundo lugar la dolorosa y finalmente la táctil).

La sensibilidad táctil se explora mediante una torunda de algodón, la dolorosa con una aguja y la térmica con tubos de agua caliente y fría. La sensibilidad profunda se explora con un diapason (palestesia) y con un juego de pesas (barognosia).

La prueba de la histamina revela una ausencia de la segunda respuesta de la triple reacción de LEWIS, lo que indica una falta de integridad de la vía nerviosa (falta el eritema secundario o reflejo que aparece normalmente a los 50 segundos de la inyección intradérmica a la histamina).

Los trastornos motores son menos frecuentes que los anteriores. Los dividiremos según afecten al miembro superior o al inferior.

Miembro superior

Parálisis cubital. Es la más frecuente. Se instaura lenta y progresivamente. El primer movimiento dificultado suele ser la aproximación y separación lateral de los dedos por afectación de los interóseos. También la región hipotenar se afecta pronto, disminuyendo la masa muscular (el borde externo convexo se hace más rectilíneo) y produciéndose una flexión de la articulación metacarpo-falángica del 4º y 5º dedo. Parálisis del mediano. Alteraciones similares al cubital, pero ahora con los dedos segundo y tercero.

La afectación de este nervio suele ser posterior o simultánea a la del cubital.

La afectación del nervio radial es muy rara.

Miembro inferior

Las afectaciones de los ciático-poplíteos dan lugar a alteraciones en la forma y posición del pie (aplanamiento de la bóveda plantar, pie cavo). Trastornos tróficos. Se dan sobre todo en los miembros inferiores, y consisten en piel seca, xerósica y hasta ictiosiforme, hiperpigmentación, lesiones esclerodermiformes, fisuras, panadizos, onicopatías, ulceraciones y alopecias.

En los enfermos avanzados el trastorno trófico más frecuente es el mal perforante plantar.

Leprorreacciones,

Se denomina como tal a periodos agudos que aparecen en el curso, habitualmente crónico, de la lepra, debidos a una pérdida del equilibrio entre el m. leprae y el huésped.

El equilibrio entre el m. leprae y el huésped puede romperse por varios factores: enfermedades intercurrentes, gestación, parto, stress, insuficiencia suprarrenal, sulfonas, etc.

Clínica.- Antes o durante la aparición de las lesiones cutáneas suele haber síntomas generales tales como astenia, algias musculares, anorexia, fiebre, vómitos. La fiebre es uno de los síntomas más constantes, y oscila de 37,5 a 41°C.

Los síntomas cutáneos más frecuentes son: eritema nodoso, eritema polimorfo y eritema necrotizans.

También hay lesiones neurales que dan lugar a dolor espontáneo, sobre todo por la noche, pudiéndose palpar los nervios debido a su hipertrofia.

Otros síntomas:

Osteoarticulares. Dolores óseos tibiales y maleolares. Adenopatías (sobre todo cervicales, axilares e inguinales).

Síntomas oculares. Irido-ciclitis.

Síntomas viscerales. Hepatomegalia (aumento de transaminasas).

Alteraciones sanguíneas. El citado aumento de transaminasas, aumento de la velocidad de sedimentación, hipergammaglobulinemia, aumento de la globulina alfa-2.

En ocasiones aparecen orquiepididimitis agudas dolorosas.

Si no se tratan, las leprorreacciones suelen durar dos o cuatro semanas. Los brotes son más frecuentes en primavera y en otoño. En algunas mujeres aparecen en cada periodo menstrual.

Las leprorreacciones son más frecuentes en los pacientes jóvenes con lepra lepromatosa.

Otras localizaciones específicas de la lepra.

Además de las lesiones descritas hasta ahora, existen otras que asientan fundamentalmente en articulaciones óseas, ojo, ovario, testículo, suprarrenales, páncreas, tiroides, hipófisis, aparato digestivo, sistema cardiovascular, aparato respiratorio, riñón, bazo, hígado, nariz, oído.

Lesiones osteoarticulares. Pueden ser por acción directa del bacilo, neurotróficas y por infección secundaria. Consisten en osteoclasias (geodas) y periostitis.

Lesiones oculares. Consisten en lesiones conjuntivales, lesiones esclerales: queratitis e iridociclitis. Lesiones corneales: queratitis intersticial. Lesiones de iris y cuerpo ciliar: iridociclitis. Lesiones del nervio óptico.

Lesiones ováricas. Se han descrito nódulos y bacilos de Hansen en ovarios, aunque no es una de las localizaciones electivas de m. leprae.

Lesiones testiculares. Tanto el testículo como el epidídimo son localizaciones muy frecuentes de la lepra lepromatosa. Los lepromas testiculares dan lugar a orquiepididimitis crónica. Todo ello conduce a una ginecomastia bilateral, muy acentuada en algunos casos.

Lesiones suprarrenales. Consisten en degeneración amiloide. Se han encontrado niveles altos de ACTH y baja excreción urinaria de 17-hidroxycorticosteroides.

Lesiones pancreáticas. Puede existir infiltración intersticial del páncreas con bacilos de Hansen incorporados.

Lesiones de tiroides. A veces se ha visto hipertiroidismo, pero no parece ser una lesión específica. El enfermo lepromatoso es más bien mixedematoso.

Lesiones hipofisarias. Se han visto infiltraciones de la duramadre que rodea la hipófisis, y también se han visto bacilos de Hansen en la hipófisis. En algún caso se ha visto acromegalia.

Lesiones del aparato digestivo. Se han encontrado lepromas en el esófago y bacilos en el intestino. Lesiones cardiovasculares. Se han descrito endocarditis y periarteritis.

Lesiones pulmonares. Pueden verse nódulos peribronquíticos y bronconeumónicos con m. leprae.

Lesiones renales. Es frecuente la afectación renal crónica con albuminuria, que puede estar relacionada con la amiloidosis que conduce a la insuficiencia renal.

Lesiones del bazo. Existen lesiones específicas, inespecíficas y degenerativas. Es frecuente la amiloidosis esplénica con depósito de sustancia amiloide en las paredes de los vasos del bazo.

Lesiones hepáticas. También, como en el bazo, pueden ser específicas, inespecíficas y degenerativas.

Las inespecíficas se deben a una reacción antígeno-anticuerpo a nivel del sistema retículo-endotelial.

La lesión degenerativa fundamental es la amiloidosis.

La afectación hepática conduce a una hepatomegalia.

Lesiones nasales. En la piel, presencia de nódulos que se pueden ulcerar y que pueden conducir a cicatrices y deformidades. En la mucosa, existencia de una coriza crónica que afecta a la zona de Kiesselbach, dando lugar a epistaxis. También hay reducción del calibre de las fosas nasales y perforación del tabique nasal en las lesiones nodulares e infiltrativas. Estas lesiones pueden dar lugar a la destrucción de toda la pirámide cartilaginosa, e incluso de la pirámide ósea. Lesiones del oído. En el oído medio existen otopatías inespecíficas, y en el oído interno se han descrito lesiones específicas del 8º par craneal.

Pruebas biológicas (analítica).

Se debe hacer siempre un análisis de orina. La albuminuria indica el inicio de una lesión renal.

Existe también un aumento de la velocidad de sedimentación, y en el proteinograma hay disminución de la albúmina y aumento de las globulinas alfa -2 y gamma.

La anemia es habitual.

Las reacciones serológicas clásicas (no treponémicas) de la sífilis, como la reacción de WASSERMANN, pueden ser positivas en la lepra, sobre todo en la lepra lepromatosa.

La urea en sangre está aumentada, oscilando entre 0,6 g. en las fases iniciales y alcanzando hasta 2 g. o más en las fases finales.

El diagnóstico bacteriológico suele hacerse en el exudado del moco nasal o en sangre periférica mediante frotis coloreados, con la técnica para bacilos ácido-alcohol resistentes.

La obtención de muestra de moco nasal se hace con asa de platino o con tapón de algodón.

La obtención de muestra de sangre periférica suele hacerse con el procedimiento denominado de "la gota gruesa" (puncionar el dedo, desinfectar con éter, desprejar la primera gota de sangre y recoger la siguiente, deshemoglobinizarse con solución de RUGE y, a continuación, aplicar la técnica para bacilos ácido-alcohol resistentes).

Prueba de la histamina.

PIERINI empleó por vez primera esta prueba en el diagnóstico de la lepra. Consiste en depositar una gota de histamina en la zona de piel a explorar y pinchar la piel a través de dicha gota. En condiciones normales aparece la triple reacción de LEWIS:

1. Aparición a los 15 segundos de un eritema de unos 15 mm (eritema por vasodilatación).
2. Aparición de un eritema de unos 8 cm al cabo de 1 a 3 minutos (eritema resultado de un reflejo axónico).
3. Aparición de una roncha a los 4 minutos, que dura unos 5 a 10 minutos.

En las zonas anestésicas no se produce la reacción segunda (eritema reflejo), que sí se produce en las zonas con sensibilidad normal.

En la siringomielia, donde la anestesia es de origen central y no periférico, la triple reacción de LEWIS se produce como en la piel normal.

Prueba de la pilocarpina.

Pone de manifiesto una alteración muy precoz de la lepra: los trastornos sudorales que conducen a una anhidrosis en las zonas anestésicas.

Para llevarla a cabo se pincela con tintura de yodo la zona de piel que se vaya a explorar, se inyecta dicha zona con 0,2 ml de una solución de clorhidrato de pilocarpina al 1%, y a continuación se espolvorea con almidón. En las zonas sin anestesia habrá sudoración, y la mezcla del sudor con el yodo y el almidón da un tono azul violáceo.

En las zonas anestésicas no se produce sudoración, y por tanto habrá el tono azulado de la reacción a la pilocarpina en condiciones normales.

Aunque la Historia Clínica y la LÁMINA no parecen plantear dudas, se puede establecer el diagnóstico diferencial de dicho paciente con:

Lesiones hipocrómicas:

- Pitiriasis versicolor (presencia del hongo, signo de la viruta o la uñada)
- Pitiriasis alba (no hay trastornos de la sensibilidad)
- Nevus anémicos (son congénitos)
- Vitíligo (no hay alteraciones de la sensibilidad)
- Leucodermia-sifilítica (sensibilidad normal)
- Mofea (sensibilidad normal)

Lesiones eritematosas: pueden plantear el diagnóstico diferencial con varias dermatosis, pero sobre todo con la roseola sifilítica, ya que la serología luética puede ser, en ambos procesos, positiva. En caso de duda se debe hacer la batería de pruebas señaladas en el diagnóstico.

El resto de las dermatosis con lesiones eritematosas (Pitiriasis Rosada de Gibert, Lupus eritematoso, Toxicodermias, etc.) tienen una sensibilidad normal.

Aunque el tratamiento fue eficaz para los medios que se disponían en la segunda mitad del s. XIX, actualmente trataríamos este proceso con:

Diamino-difenil sulfona (Dadfs) (sulfona madre). Dosis: 25 grs. el primer mes, 50 mgrs. el segundo, 75 mgrs. el tercero y 100 mgrs. el cuarto. Esta dosis se hará diariamente.

Hay que tener en cuenta que las Sulfonas provocan anemia y posible methemoglobinemia (cianosis).

También puede darse leprorreacciones durante el tratamiento con Sulfonas. Con las Sulfonas se negativiza la bacteriología en moco nasal, siendo más tardía la negativización en la piel (de 5 a 10 años en los lepromatosos medianamente avanzados).

Clofazimina (Lampren). Con 300 mgr/día, durante un año, los pacientes resistentes a la Dadfs mejora, tanto bajo un punto de vista clínico como histopatológico y bacteriológico.

Leprorreacciones. Hasta el momento actual, el tratamiento más eficaz es la Talidomida a dosis inicial de 300 a 400 mgr/día, descendiendo en 15 días a 50 mgr/día. Esta medicación no hay que administrarla a mujeres embarazadas por las mutilaciones fetales que provoca.

Rehabilitación.

Corrección de deformidades. Fisioterapia, cirugía reparadora.

Servicios de readaptación profesional. Talleres, colonias, centros de formación profesional.

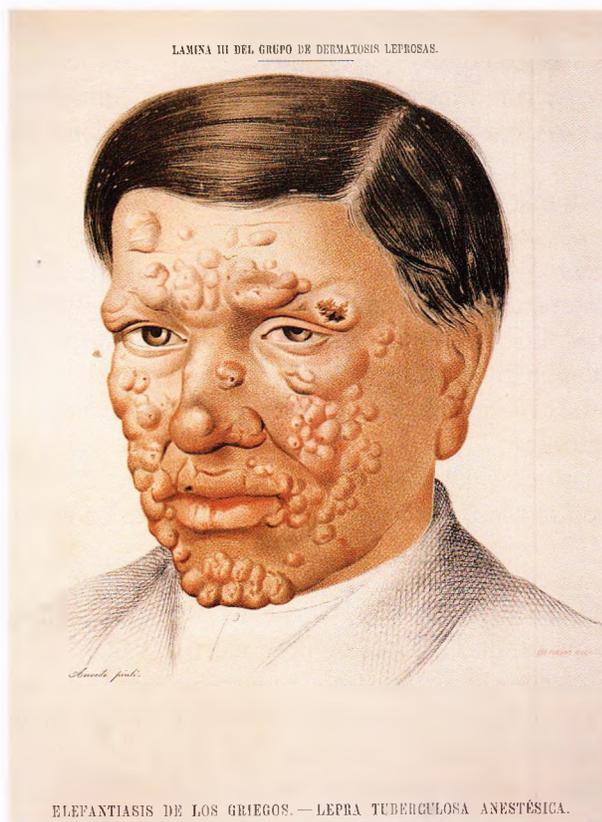


LÁMINA XLII

TÍTULO: **ELEFANTIASIS DE LOS GRIEGOS.- LEPROA TUBERCULOSA ANESTÉSICA. TSARATH DE LA CARA, MIEMBROS, ESCLERÓTICA, Y VELO PALATINO**

Corresponde a la LÁMINA III DEL GRUPO DE DERMATOSIS LEPROSAS

AUTOR DE LA LÁMINA: J. Acevedo pintó

TÉCNICA: Acuarela y Litografía. Lit. Foruny. Madrid

DESCRIPCIÓN DE LA LÁMINA:

Se observan múltiples tubérculos pequeños en toda la cara, ligera alopecia difusa en cuero cabelludo; además se observa discreto enrojecimiento del ojo izquierdo, con pequeñas costras negruzcas en ceja izquierda.

La técnica de la acuarela empleada para esta LÁMINA utiliza tonos que varían del blanco al marrón, pasando al sonrosado del fondo de las lesiones.

HISTORIA CLÍNICA DE LA LÁMINA:

El Dr. OLAVIDE recoge, de forma magistral, el caso que vio el 8 de Noviembre de 1867.

“Carpintero, (J.P), de 27 años de edad, natural de Alicante, soltero, que ocupó el número 14 de la Sala de Santa Bárbara.

El paciente refirió que hacía seis o siete años notó un acorchamiento de las piernas, así como unas pequeñas manchas violáceas, de forma irregular, que al cabo de unos meses se ulceraban y

se cubrían de costras negruzcas que, al mes, cicatrizaban espontáneamente para reproducirse o aparecer en otros puntos al poco tiempo.

Las manchas se extendieron a las manos y se fueron transformando en pequeños tumores (del tamaño de un garbanzo), que supuraban dejando costras, no dolorosas ni pruriginosas e insensibles.

En otoño después de tomar los baños sulfurosos de Archena, le aparecieron en toda la cara, numerosos tubérculos que se resolvieron pronto. Más tarde sobrevino un nuevo brote, más violento, acompañado de fiebre y de una especie de infarto erisipelatoso en toda la cabeza, que dió lugar a una alopecia pasajera, quedándole numerosos tubérculos en barba, carrillos y frente, que eran indoloros, insensibles. Los tubérculos invadieron la faringe hasta hacer desaparecer la úvula; la voz era casi imperceptible; la visión empezó a disminuir en el ojo izquierdo. Su estado general era débil. Insensibilidad completa, no sólo de la piel de los puntos enfermos, sino de toda la piel de los miembros inferiores.

Pérdida completa del olfato y del gusto.

Toda la piel del tronco se conservaba fina, sensible y, al parecer, normal.

Tratamiento:

“Ración con vino.- Jarabe de berros, una onza; yodo puro, un grano: mézclese para dos dosis que irá duplicando cada quince días; aplicación de la electricidad a las piernas y muslos (no llegó a emplearse, y en su lugar se le dispuso una untura con la pomada de yodo). Se escindieron todos los tubérculos de la barba, tocando la herida resultante con el nitrato ácido de mercurio y curando, después de caída la escara, con la pomada de yodo”.

El día 28 de Noviembre el enfermo empezó a quejarse de grandes dolores en el lado izquierdo del cuello, presentado abultamientos de las regiones submaxilares así como de las glándulas y ganglios de estas regiones. Fiebre. Se le trató por el profesor de guardia con sangría de ocho onzas. A la mañana siguiente presentaba gran dificultad a la respiración, se le trató con dieciocho sanguijuelas en las regiones submaxilares, por la noche murió el enfermo por parada respiratoria”.

“Autopsia. Inyección de la piamadre, congestión pulmonar graduada. Infarto y congestión enorme del bazo y del hígado. Epiglotis y cuerdas vocales destruidas por los tubérculos, que avanzaban por la mucosa laringo-traqueal hasta la bifurcación. Glándulas submaxilares enormes, con una prolongación del grueso de media pulgada por dos de largo, colocada entre el esternomastoideo y el paquete vasculonervioso del cuello, al que comprimía en toda su extensión”.

COMENTARIO:

LÁMINA bien dibujada, reproduciendo con gran exactitud las lesiones descritas en la Historia Clínica.

Aunque la Anamnesis y la LÁMINA no parecen plantear dudas, se puede establecer el diagnóstico diferencial de dicho paciente con los procesos contemplados en la LÁMINA XLI.

Actualmetne trataríamos este proceso con las mismas pautas terapéuticas mencionadas en la LÁMINA XLI.

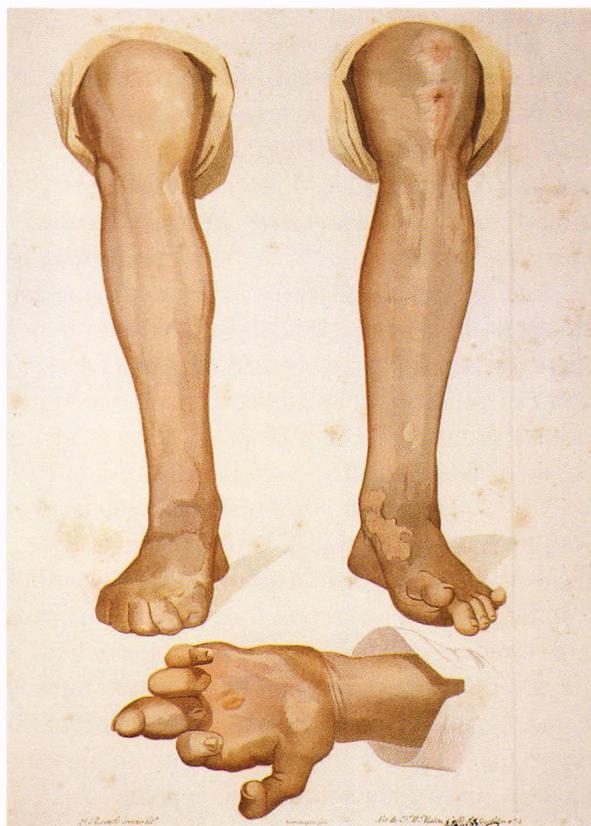


LÁMINA XLIII

TÍTULO: **LEPRA ANESTÉSICA.- TERCER PERÍODO**

Corresponde a la LÁMINA V y VI DEL GRUPO DE DERMATOSIS LEPROSAS

AUTOR DE LA LÁMINA: Barrecheguren pintó

TÉCNICA: Acuarela y Litografía (J. Acevedo cromolitografió).

Lit. de J.M. Mateu, Recoletos nº 4

DESCRIPCIÓN DE LA LÁMINA:

Se observa flexión de los dedos de la mano izquierda excepto el dedo medio, que se presenta en extensión con una pequeña ulceración en la base de la cara ventral.

En la pierna derecha, se aprecia igualmente lesión cicatricial. En la rodilla izquierda, observamos además dos lesiones cicatriciales. En pie derecho, mancha blanquecina en su parte interna y otras dos sobre los dedos segundo y tercero, apareciendo el dedo gordo como un muñón. Los dedos del pie derecho, sin uñas.

El dedo gordo del pie izquierdo está en hiperextensión, y más grueso y largo que lo normal. Los tres siguientes aparecen normales en su forma, pero con un volumen menor; el pequeño también está en extensión y reducido en volumen.

La técnica de la acuarela empleada utiliza tonos que varían del blanco al marrón, pasando por el sonrosado de las lesiones.

HISTORIA CLÍNICA DE LA LÁMINA:

“Mendigo (Agustín M. H.), de 50 años de edad, natural y residente en Motril (Granada), viudo. Anteriormente fue jornalero, de constitución regular, e ingresó el 8 de Noviembre de 1875, ocupando la cama número 4 de la Sala de San Pablo”.

“El paciente refirió que es poco aficionado al alcohol, consisitiendo su alimentación en verduras, pescados y pan de maíz, rara vez tocino, carnes frescas y saladas.

En 1852, yendo descalzo por el campo, se clavó una espina gruesa en la parte anterior de la planta del pie derecho, produciéndose una úlcera y violenta inflamación, que, extediéndose al dedo gordo, le produjo la caída de la segunda falange, quedando la deformidad consiguiente. Hace unos diez años observó que el meñique de la mano derecha empezó a doblarse sobre la primera falange, disminuyendo su volumen: al año, el dedo anular de la misma mano pasó por las mismas fases que el anterior. Pasados cinco años (a los 46 de su edad), apareció sobre la segunda falange del dedo medio de la mano derecha, en su parte dorsal, una vejiga blanca del tamaño de una lenteja, que se abrió a los tres o cuatro días quedando una úlcera rosada, superficial primero, después profunda hasta excavar el hueso, dolorosa, con poco pus.

A los siete u ocho días de aparecer la ampolla antedicha, le salieron otras dos sobre la rodilla izquierda, del tamaño de un medio duro, quedando al descubierto, a consecuencia de la rotura de dichas ampollas, dos úlceras rosadas, irregulares, profundas, sin descubrir el hueso, pero sí los tendones sin destruirlos; segregaban bastante pus de olor fétido, y se complicaron con fagedenismo.

En 1872, se acostó bueno una noche, y a la mañana siguiente encontró la palma y dorso de la mano izquierda hecha una vejiga, de la que tiró y salió como un guante todo el epidermis, quedando el dermis al descubierto con su color natural y poco dolor.

A la exploración, el paciente presento, una piel de color sucio terroso, seca y llena de manchas y cicatrices.

Cráneo.- Normal en la bóveda, con cabellos escasos, sobre todo en su parte media, en la extensión de los parietales y con una calva pequeña redondeada en el centro; las sienas lisas, sin manchas y deprimidas; frente ancha y orejas delgadas. Cara enjuta, con ojos hundidos, nariz normal, labios delgados, comisura izquierda retraída, boca torcida e inclinada algo abajo y a la izquierda, sin manchas y con barbas.

Tronco.- Su forma es normal, con manchas en la espalda, y hacia la región escapular derecha, tiene cuatro del tamaño de una peseta a medio duro, blancas, deprimidas.

Extremidades superiores.- El codo derecho presenta una cicatriz resultante de una ampolla supurada. En el dedo meñique existen la primera y segunda falanges, y sólo queda un vestigio de la tercera de diámetro muy reducido, rodeada de partes blandas y con una pequeña uña. Se observa flexión de la segunda falange sobre la primera, e inmovilidad de la articulación de ambas; en dedo anular existen las mismas lesiones que en el anterior. La tercera falange es pequeña, conserva la uña, y está en flexión no muy forzada sobre la segunda; en el índice existe un ligero vestigio de uña, y una tensión forzada de la tercera falange sobre la segunda y de ésta sobre la primera.

Las deformidades de los dedos de esta mano son las siguientes: meñique en zig-zag, o sea con la tercera falange en extensión muy forzada sobre la segunda, y ésta en flexión sobre la primera; el volumen de la tercera y segunda falange disminuido notablemente con relación al de la primera que es normal; el anular tienen un volumen normal y sus dos últimas falanges están en flexión sobre la primera y carece de uña; el dedo medio está en extensión por efecto de la rotura de los flexores; el índice, algo abultado en la primera y segunda falange, pero disminuido en la tercera, está en flexión, no muy forzada, excepto en la articulación metacarpo-falángica que es normal como las demás de la misma clase, el pulgar sólo presenta la disminución de volumen de su segunda falange y la falta de uña.

En el codo derecho y en los dedos de ambas manos existe adherencia de la piel a las articulaciones.

Extremidades inferiores.- En pierna derecha presenta una cicatriz consecutiva a una quemadura muy superficial y sin retracciones; otras dos en la rodilla izquierda, adherencia de la piel a esta articulación.

El pie derecho tiene en su lado interno una mancha blanca del tamaño de un duro. Otras dos sobre los dedos segundo y tercero, y otra pequeña bajo el maleolo externo, todas del mismo color. El dedo grueso presenta un pequeño muñón como si hubiera sido amputado; el segundo sin uña y con una costrita sobre él; el tercero, cuarto y quinto, anchos y deprimidos.

El dedo gordo del pie izquierdo está en extensión forzada, y más grueso y largo que lo normal; los tres siguientes normales en su forma, pero de un volumen menor, y el pequeño también en extensión y reducido en volumen.

La sensibilidad de la piel está disminuida, casi abolida sobre las manchas, y abolida del todo en las manos, muñecas, pies y tobillos, donde nada siente si no comprimimos fuertemente. En las mucosas nasal y bucal, normal; pero disminuida en la palpebral.

El tacto se encuentra disminuido en toda la piel, sobre todo en la de las manos y pies. En los pies también está muy disminuido, necesitando pisar con fuerza para sentir el suelo; y aún así dice que parece que pisa en blando.

Ojos y sus anejos.- El pelo de las cejas es escaso por su lado externo; las pestañas también están disminuidas en número y especialmente las inferiores en su mitad interna. Los cartílagos tarsos superiores han desaparecido, y los inferiores están atrofiados, lo mismo que el músculo orbicular de los párpados, dando un ligero ectropion inferior con estancamiento de lágrimas y epífora; la imposibilidad de la elevación del párpado inferior, cuando quiere verificarla el enfermo; un descenso del superior menor que el normal, y el no poder cerrar los párpados cuando lo desea; por último, el tener que elevar el globo del ojo para ocultar la pupila detrás del párpado superior siempre que quiere evitar la acción de la luz directa. Los ángulos externos de ambos ojos ocupan un nivel más bajo que el normal; las carándulas lagrimales están hipertrofiadas, y las escleróticas y conjuntivas inyectadas y poco sensibles.

La córnea del ojo derecho está algo deslustrada, y de la parte inferior interna del limbo pupilar nace un tumor que tapa casi toda la abertura en su grado normal de dilación. Este tumor está formado por la reunión de dos o tres que representan entre todos el tamaño de un grano de mijo, con abolladuras, amarillento, en continuidad con el iris evidentemente y sin que parezca tener relación alguna con el cristalino ni cápsula. Con el oftalmoscopio se notaron las lesiones siguientes: papila atrofiada, con contornos señalados e irregulares; los vasos disminuidos del tamaño, tanto que no se pueden diferenciar las arterias de las venas, y el fondo de la papila es blanco del todo.

En el ojo izquierdo existe opacidad en la mitad inferior de la córnea, y vasitos periféricos que avanzan dos milímetros hacia esta membrana, y una catarata, al parecer posterior, que impide el examen más allá de ella.

La visión está disminuida en el ojo izquierdo hasta el punto de no conocer nuestro enfermo a una persona a los tres o cuatro metros de distancia, y mucho más en el derecho, en que apenas distingue qué dedo se le enseña, poniendo la mano a 25 centímetros de su ojo.

El olfato está disminuido, lo mismo el sentido del gusto, pero no están abolidos.

Atrofia muscular, sobre todo de los miembros, de la cara y los pectorales.

Pérdida completa de los movimientos de las articulaciones de las falanges de los dedos de las manos, y las metacarpo-falángicas funcionan con dificultad, así como todas las de los brazos que, si bien ejecutan todos sus movimientos, lo hacen irregularmente. Los dedos, a pesar de estar retraídos, pueden estirarse algo tirando de ellos, pero vuelven al momento a su anterior estado.

Los dedos de los pies están inmóviles.

Mueve con bastante regularidad la pierna izquierda, aunque algo entorpecida, pero eleva la derecha bruscamente, la sienta con fuerza, y dirige la punta del pie hacia afuera, produciendo un desequilibrio.

La inteligencia del enfermo, no es normal; sus contestaciones vagas y pocas veces acordes, sus constantes contradicciones y su poca memoria nos indican una alteración notable.

El sueño tampoco es fisiológico, duerme poco y aún así le despierta el más ligero ruido, pero no es perturbado por ensueños.

El apetito está aumentado.

El pulso es duro, pequeño y lento (60 pulsaciones por minuto).

La respiración está en armonía con el pulso; los movimientos inspiratorios son pequeños y regulares, contándose de 14 a 16 por minuto.

Las letras labiales las pronuncia con dificultad, siendo ésta también grande cuando se propone llenar la boca de aire hasta inflarla y, al conseguirlo parcialmente, presentan mucha simetría todos los músculos de la cara, inclinándose hacia la izquierda y abajo, fenómeno que aparece también cuando se ríe el enfermo.

Secreciones.- Sudor abundante al más ligero ejercicio.

Orina en poca cantidad y rojiza; se aprecia una ligera cantidad de fosfatos por el molibdato amónico.

Existe constantemente un lagrimeo consecutivo a la hipersecreción, y también producido por la desviación de los puntos lagrimales, debida a la retracción del orbicular.

La temperatura en la axila ha sido de 36, 2 y 37, 2 grados centígrados a las cuatro de la tarde de los días 13 y 14 de ese mes.

Siempre ha estado disminuido el apetito genésico del enfermo. Hasta la edad de 23 años, en que se casó, y después de los 43 en que quedó viudo, dice que no ha cohabitado”.

Tratamiento:

“Higiénico, planchuelas untadas de cerato para las úlceras del dedo medio de la mano izquierda, todo lo demás consistió en buena alimentación”.

COMENTARIO:

LÁMINA bien dibujada, reproduciendo con exactitud las lesiones de LEPRO ANESTÉSICA.

La descripción de la Historia Clínica de este enfermo, es verdaderamente magistral. OLAVI-DE, hace una explicación pormenorizada de la anamnesis y de la exploración que difícilmente podría superarse en el momento actual, dada la minuciosidad de detalles del interrogatorio y la excelente toma de los datos de la exploración.

Aunque la Historia Clínica y la LÁMINA no parecen plantear dudas, se puede establecer el diagnóstico diferencial de dicho paciente con los procesos contemplados en la LÁMINA XLI.

Actualmente trataríamos este proceso con las mismas pautas terapéuticas señaladas en la LÁMINA XLI.

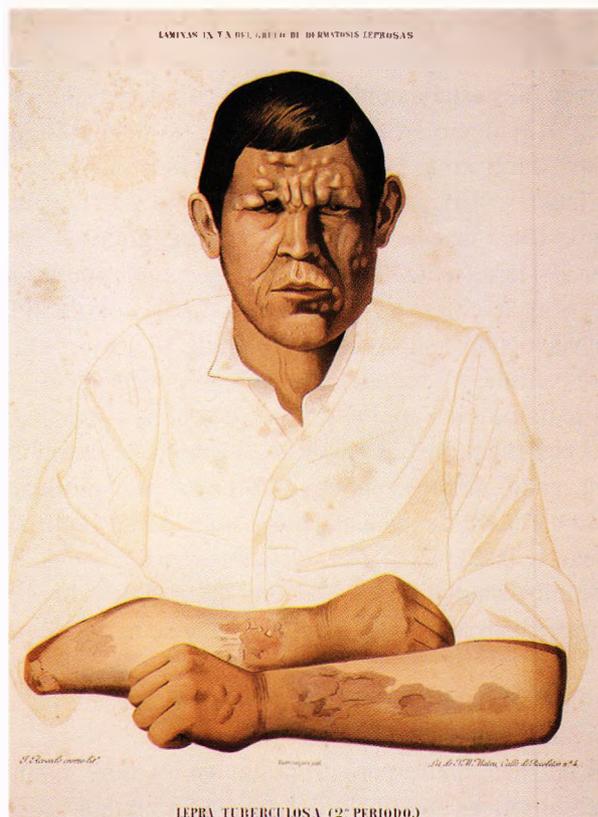


LÁMINA XLIV

TÍTULO: LEPRA TUBERCULOSA (SEGUNDO PERÍODO)

Corresponde a las LÁMINAS IX Y X DEL GRUPO DE DERMATOSIS LEPROSAS

AUTOR DE LA LÁMINA: Barrecheguren pintó

TÉCNICA: Acuarela y Litografía (J. Acevedo cromolitografió).

Lit. de J.M. Mateu, Recoletos nº 4

DESCRIPCIÓN DE LA LÁMINA:

Se observa, en codo derecho, un tubérculo aumentado de tamaño; y múltiples nodulares en frente, mejillas y carrillos. En ambos antebrazos se observan lesiones maculosas.

Además, placas de alopecia en cola de ambas cejas; lesiones nodulares en dorso de ambas manos y, en el mentón, presenta pequeños nódulos.

La técnica de la acuarela empleada utiliza tonos que varían del blanco al marrón.

HISTORIA CLÍNICA DE LA LÁMINA: (RESUMEN)

“Zapatero (José F. T.), natural de Cabra (provincia de Córdoba), de 24 años de edad, constitución regular, aficionado a los placeres venéreos y a las bebidas alcohólicas, ingresando en el Hospital de San Lázaro en Febrero de 1875. Ocupó la cama número 1 de la Sala de San Lázaro.

El paciente refirió que un día del mes de Agosto de 1872 recibió un palo en la cabeza, que le produjo una herida extensa a nivel de la sutura biparietal. Le hicieron una sangría en el Hospital

de su pueblo, quedándose atontado, fenómeno que no sabe si atribuirlo al palo o a la sangría; le administraron refrescos de limón y planchuelas de cerato para la herida; pero el atontamiento siguió unos días. A los quince días estaba completamente curado de su herida.

En el verano de 1873, le apareció en el codo derecho un tubérculo, que fue aumentando en volumen, varios "granillos" duros en la frente, del tamaño de una cabeza de alfiler, superficiales y de color leonado, confluentes, lisos, que le picaban mucho y él rascaba, uniéndose unos con otros. Esto coincidió con la caída de cejas. Igualmente notó "granitos" iguales a los de la frente en las mejillas y carrillos. Posteriormente le salieron otros iguales en las caras anterior e interna de los muslos, quedando libre la externa y posterior. A finales de Otoño, le aparecieron en las piernas y pies unas manchas leonadas, dolorosas, brillantes, secas y confluentes, de diámetro variable, entre cuatro y siete centímetro, redondeadas y desprovistas de escamas.

Al principio de 1874 le empezó a supurar el tubérculo del codo derecho, siendo dicho tubérculo de color rojo vinoso, dérmico, profundo y duro. Tiene tres centímetros en el eje paralelo al miembro y dos en el transversal. Al principio era doloroso y en el momento del ingreso indolente. Ha segregado una gran cantidad de pus amarillo y loable, mezclado con sangre, que fluía en abundancia. Posteriormente se ha cubierto de una costra amarillo rojiza, gruesa, frágil y espoliable. Hacía diez meses que entró en dicho Hospital, con dolores de cabeza internos localizados en región superciliar, que empezaban a las cuatro de la tarde y se le quitaban a las diez de la mañana del día siguiente.

El sueño era intranquilo y turbado por ensueños eróticos o pesadillas; cuando esto no le ocurría, se pasaba la noche dando vueltas en la cama.

En Junio de 1875 tuvo disnea, notó ligera dificultad en los movimientos de deglución, dolor en la lengua y manchas equimóticas en el velo del paladar, amígdalas y pared posterior de la faringe: la disnea ha aumentado, ahogándose por la noche, refiriendo el enfermo sensación como si le apretaran el cuello con una cuerda. Desde entonces le duele el pecho cuando fuma, no puede acostarse en decúbito dorsal, porque siente grande fatiga y dificultad para respirar. En Agosto notó el enfermo un olor en el aire espirado, que compara al del esparto podrido, picor en parte inferior de la región occipital, que cuando se rasca, le escocía mucho, dolor continuo en la tercera molar derecha, que se exagera por la noche; dolor fuerte en las extremidades inferiores y en plantas de los pies. La vista disminuida por la noche, con lagrimeo y ligero dolor en los ojos, pero de día ve perfectamente y sin dolor en los mismos.

El paciente refería que, antes de la enfermedad, tenía deseos eróticos frecuentes, que hoy conserva; y si no se entrega a ellos es "porque carece de recursos y de salida".

A la exploración, presenta tubérculos dérmicos superficiales o dérmicos profundos; la piel de color leonado oscuro, brillante y seca, con poca elasticidad y aumentada en grosor.

En el cráneo, tiene todo el pelo; en la frente existe un gran número de tubérculos dérmicos profundos, cuyo diámetro varía, desde el de una cabeza de alfiler hasta el de media peseta, brillantes, de color leonado, de superficie lisa, duros, confluentes, irregulares y con pequeñas ramificaciones capilares.

En la oreja izquierda, presenta un aumento de coloración y un tubérculo subcutáneo duro, del tamaño de una lenteja, situado en la porción superior del hélix.

En la oreja derecha, otro tubérculo dérmico profundo.

La cara está aumentada de tamaño, llena de eminencias y depresiones; su piel es brillante, seca, leonada y poco elástica. La fisonomía es de viejo. No tiene barba ni la ha tenido.

En la mejilla izquierda existen tubérculos dérmicos profundos de forma irregular, duros y surcados de capilares, de tamaño, entre el de un garbanzo y el de una avellana grande; presenta en ella una cicatriz —por un tubérculo que se rascó— blanca y deprimida, del tamaño de una lenteja pequeña, y adherente a los tejidos profundos. En la derecha presenta tubérculos dérmicos profundos y algunos superficiales revestidos de una piel de color leonado.

En el carrillo izquierdo existen cuatro tubérculos dérmicos profundos, similares a los anteriores. En el derecho se ven seis tubérculos, de los cuales uno es dérmico superficial, del tamaño de una peseta, duro, irregular, brillante y de superficie lisa.

En las alas de la nariz presenta tubérculos dérmicos profundos, abundando más en la raíz brillante y seca, de superficie lisa y de tamaño variable, entre el de una lenteja y el de una avellana. Los huesos propios están dolorosos pues, comprimiendo en sitios donde hay tubérculos, el enfermo acusa dolor.

El labio superior está muy abultado, presenta tubérculos subcutáneos en todo él y, especialmente, en el borde libre.

En el labio inferior existen tubérculos dérmicos profundos, iguales a los del labio superior pero de menor tamaño. En las comisuras hay otros subcutáneos, del tamaño de una cabeza de alfiler. Los que hay en la barba son dérmicos, profundos y numerosos, estando los de mayor tamaño situados en las partes laterales.

En el cuello presenta en la parte media de la región suprahioidica, tubérculos profundos en número de seis.

Extremidades superiores: En el brazo izquierdo subsisten manchas de color rojo vinoso, escamas, y endurecimiento por debajo de ellas debido a tubérculos subcutáneos reunidos, que se extienden por los dos tercios inferiores, y especialmente por sus caras externa y posterior. En las caras posterior e interna del antebrazo se ven otras manchas irregulares de color vinoso existiendo, debajo de ellas, tubérculos subcutáneos de forma irregular, duros y de tamaño variable, entre medio y un duro. En la muñeca presenta cuatro tubérculos subcutáneos iguales que los otros cuyo tamaño varía entre un real y una peseta. En la cara dorsal de la mano presenta seis subcutáneos iguales a los anteriores, cuyo tamaño varía entre el de una avellana y el de un haba, estando implantados debajo de manchas de color leonado. Tubérculo subcutáneo en la cara interna de la falange del dedo meñique.

En el brazo derecho presenta manchas que tienen por debajo tubérculos subcutáneos reunidos, cuyas lesiones son parecidas a las del izquierdo. En el codo derecho presenta un tubérculo que hace dos años se ulceró y en la actualidad arroja poco pus en ocasiones, bien porque se le caiga la costra o por un golpe en el sitio, también arroja gran cantidad de sangre presentando en el momento de la exploración una costra amarillo-rojiza, frágil y susceptible de esfoliación.

En el antebrazo del mismo lado se observan tubérculos subcutáneos cubiertos de manchas de color vinoso, en número de seis a siete, iguales a los anteriores y de ellos, dos están situados en el tercio inferior de la cara anterior y los demás, en las caras posterior e interna.

En la muñeca hay cinco como las anteriores. En la región dorsal de la mano existen nueve subcutáneos y de éstos, algunos se hallan colocados en los espacios intermetacarpianos.

Extremidades inferiores: en el muslo izquierdo presentan manchas vinosas y redondeadas en todas las regiones, especialmente en la cara anterior; debajo de éstas hay tubérculos subcutáneos duros y extensos, de los cuales unos son redondeados y otros son aplastados, de diámetro tan grande como el de la palma de la mano, duros e irregulares, reunidos en grandes masas, e indolentes. En la cara posterior se hallan también en número bastante crecido, reunidos y con los mismos caracteres.

En la rodilla presenta otro tubérculo subcutáneo, duro de iguales propiedades, del tamaño de un haba, y cubierto de una piel vinosa que está revesida de escamas de psoriasis.

En los dos tercios inferiores de la cara externa de la pierna izquierda hay manchas vinosas y debajo, tubérculos subcutáneos análogos a los del muslo. Lo mismo se observa en el tercio inferior de la anterior interna y posterior.

En el pie existen manchas situadas en la cara dorsal, en el borde interno y en la región plantar; su número asciende a seis, que cubren a unos tubérculos subcutáneos como los mencionados.

En el miembro derecho se observan las mismas lesiones que en el izquierdo, colocadas simétricamente con relación a las de éste.

Aparato digestivo: en bóveda palatina, se ven manchas equimóticas sobre tubérculos mucosos, irregulares y poco dolorosos. La cara superior de la lengua, de color rojo intenso, presenta grietas poco profundas y tubérculos mucosos en los dos tercios posteriores que son dolorosos. En los pilares, amígdalas y pared posterior de la faringe, presenta también estos tubérculos. El paciente presentaba dificultad a la deglución.

Aparato circulatorio: adenopatías inguinales superficiales.

Aparato respiratorio: presentaba disnea mecánica, fetidez en aire espirado, voz poco intensa.

Secreciones: suda mucho por pecho y axila; la saliva estaba algo aumentada.

Sensibilidad general: disminuida en algunos puntos y exaltada en otros.

Ojos y anejos: faltan las cejas, párpados tumefactos (especialmente los superiores, con tubérculos de tamaño entre una cabeza de alfiler y una lenteja). Las pestañas faltan en la parte media, ligera inyección en la porción interna de la esclerótica del ojo izquierdo, con tumefacción ligera de color amarillo, que se aproxima mucho a la córnea. En el ojo derecho aparecen las mismas lesiones que en el izquierdo.

Ve bien durante el día, pero no por la noche, que apenas distingue los objetos, a la vez siente escozor y lagrimeo.

Dolor frecuente de oídos, que aumentan por la noche.

Los músculos están adelgazados.

Las fuerzas se hallan disminuidas considerablemente.

Inteligencia normal.

Aparato genital: tiene pocos pelos en pubis”.

Tratamiento:

“Farmacológico ninguno. Alimentación: sopas con vinagre por la mañana, arroz y garbanzos al mediodía y una tajada de carne por la noche”.

COMENTARIO:

La interpretación diagnóstica de la LÁMINA plantea la duda siguiente:

Las lesiones de la cara son muy nodulares, con una alopecia casi total de ambas cejas, lo que sugiere el diagnóstico de LEPRO LEPROMATOSA.

Sin embargo las lesiones de ambos antebrazos si serían compatibles con una LEPRO TUBERCULOIDE.

Por lo tanto, habría que hacer pruebas diagnósticas y pronósticas (histopatología, prueba de la pilocarpina, reacción de Mitsuda, etc.), con el fin de precisar el diagnóstico exacto de este paciente.

En todo caso, el diagnóstico diferencial se establecería con los procesos contemplados en la LÁMINA XLI.

Actualmente trataríamos este proceso con las pautas terapéuticas señaladas en la LÁMINA XLI.

Esta HISTORIA CLÍNICA fue realizada por D. Antonio CUENDRE GONZÁLEZ y D. Juan ROSADO FERNÁNDEZ y supervisada por el prof. Dr. D. Benito HERNANDO, catedrático de la Universidad de Granada. El paciente procedía del Hospital de Leprosos de Granada.

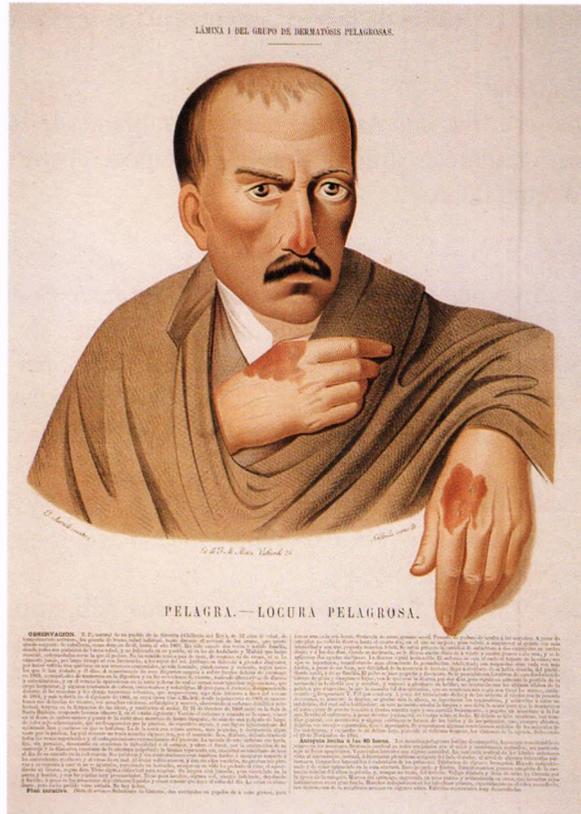


LÁMINA XLV

TÍTULO: PELAGRA.- LOCURA PELAGROSA

Corresponde a la LÁMINA I DEL GRUPO DE DERMATOSIS PELAGROSAS

AUTOR DE LA LÁMINA: J. Acevedo pintó

TÉCNICA: Acuarela y Litografía (Soldevila cromolitografió). Lit. de J.M. Mateu, Valverde nº24

DESCRIPCIÓN DE LA LÁMINA:

Se observan tres lesiones maculares localizadas, una en la punta de la nariz, y las otras dos en ambos dorsos de ambas manos. La coloración de estas máculas eran rojas achocolatadas.

Utiliza tonos que varían del blanco al marrón, pasando por las lesiones maculares rojas achocolatadas.

HISTORIA CLÍNICA DE LA LÁMINA: (RESUMEN)

OLAVIDE describe el caso que vió el 26 de Octubre de 1866.

“(T.P.) de 52 años de edad, natural de un pueblo de la Alcarria que ocupó la cama número 2 de la Sala de Santa Bárbara.

El paciente atribuía su enfermedad a grandes disgustos, por haber sufrido tres quiebras en sus intereses comerciales.

A la exploración, observamos que las manchas del dorso de ambas manos y punta de nariz (de color roja achocolatada), eran de superficie áspera, no desaparecían a la presión y con ligero

agrietamiento de la epidermis. La lesión de la nariz era más clara, más pequeña y, a la presión, se borraba un poco.

El resto de la piel era normal.

La mirada del paciente era fija, denotando estupor (semblante de loco). Sus palabras eran tardías e inseguras. Padecía de mareos, dificultad al respirar, poco apetito, numerosas deposiciones líquidas y serosas. No tenía fiebre”.

Tratamiento:

“Dieta de arroz.- Subnitrato de bismuto, dos escrúpulos en papeles de ocho granos, para tomar uno cada seis horas. Sustancia de arroz gomosa usual. Pomada de yoduro de azufre a las manchas. A pesar de este plan no cedió la diarrea hasta el cuarto día, pero volvió a reaparecer al quinto día con mayor intensidad, y una pequeña reacción febril. Se le aumentó a cuatro dosis de subnitrato de 24 granos cada una, y se le aplicaron dos ayudas amiláceas. La diarrea siguió inalterable.

Se la prescribieron lavativas de una disolución de nitrato de plata y sinapismo bajos, con lo que cesó la diarrea por dos días, luego volvió a aumentar y su estado general cada vez era más débil, falleciendo el 29 de Noviembre 1866.”

“Autopsia hecha a las 49 horas. Las manchas pelagrosas habían desaparecido. Inyección considerable de sangre en las meninges. Sustancia cerebral en todos sus puntos con el color y consistencia normales, sin punteado rojo ni focos apopléticos. Ventriculos laterales con alguna serosidad. La sustancia cortical de los lóbulos anteriores vista al microscopio, normal. Adherencias pleuríticas antiguas del lado derecho, al nivel de algunos tubérculos pulmonares. Congestión hipostática o cadavérica de los pulmones. Dilatación de algunos bronquios. Hígado congestionado y de color apizarrado en la cara cóncava. Bazo pequeño y friable. Transformación grasosa completa de la sustancia tubular del riñón izquierdo, y, aunque no tanto, del derecho. Vejiga dilatada y llena de orina ya alterada por la época de la autopsia. Mucosa del estómago engrosada en unos puntos y reblandecida en otros, con manchas rojas inflamatorias en su gran fondo. Manchas inflamatorias en los intestinos gruesos, especialmente en el colon ascendente, con destrucción de la membrana mucosa en algunos sitios. Válvulas conniventes muy desarrolladas”.

COMENTARIO:

LÁMINA bien dibujada, reproduciendo con exactitud la lesión de PELAGRA.

Aunque la Historia Clínica y la LÁMINA no parecen plantar dudas, se puede establecer el diagnóstico diferencial de dicho paciente con:

- Porfiria cutánea tarda.
- Porfiria variegata.
- Toxicodermias medicamentosas.
- En los niños puede plantearse el diagnóstico diferencial con Kwashiorkor.

Actualmente esta enfermedad la trataríamos con: Acido nicotínico y complejo vitamínico B.

apreciable, sin embargo en el dorso de las manos el eritema se extendía hasta la parte inferior de los antebrazos, de superficie seca y agrietada, y de coloración achocolatada”.

Tratamiento:

“Una píldora de medio grano de yoduro de azufre mañana y tarde.- Enema miláceo doble.- Pomada de calomelanos (dracma por onza) para untura a las manos. El día 8 de Diciembre de 1867 las lesiones de la piel habían regresado y el enfermo pide el alta, conservando el mismo estado intelectual y la misma vacilación al andar que el día de su ingreso).

COMENTARIO:

LÁMINA bien dibujada, reproduciendo con exactitud la lesión de ERITEMA PELAGROSO.

Se puede establecer el diagnóstico diferencial de dicho paciente con los procesos mencionados en la LÁMINA XLV.

Aunque el tratamiento fue eficaz para los medios que se disponían en la segunda mitad del s. XIX, actualmente trataríamos este proceso con las mismas pautas terapéuticas señaladas en la LÁMINA XLV.

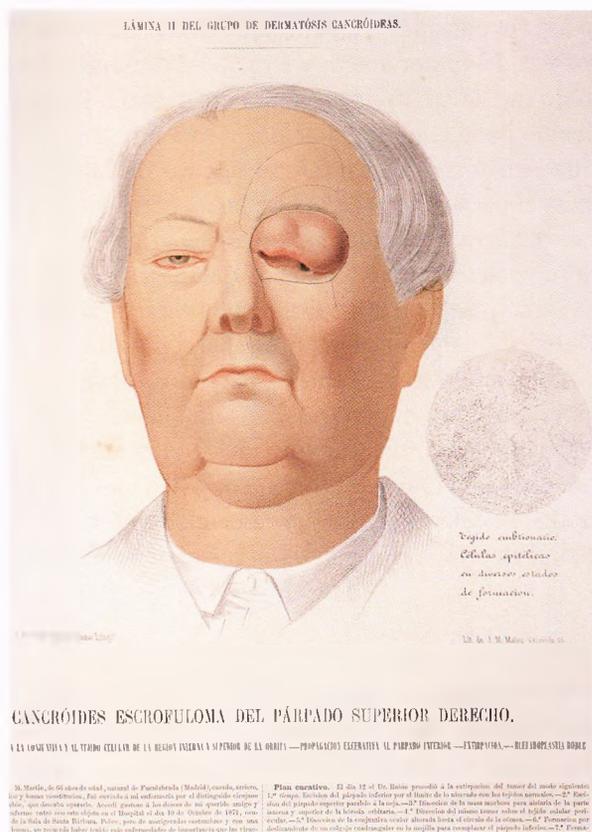


LÁMINA XLVII

TÍTULO: CANCROIDES ESCROFULOMA DEL PÁRPADO SUPERIOR DERECHO

Corresponde a la LÁMINA II DEL GRUPO DE DERMATOSIS CANCROÍDEAS

AUTOR DE LA LÁMINA: J. Acevedo pintó y cromolitografió

TÉCNICA: Acuarela y Litografía. Lit. de J.M. Mateu, Valverde nº 24

DESCRIPCIÓN DE LA LÁMINA:

Tumoración ovalada en párpado superior del ojo izquierdo, con abolladuras en su superficie. Dicho párpado presenta una coloración roja.

El párpado inferior de dicho ojo izquierdo está ulcerado.

También se observa en la LÁMINA un corte del tumor visto al microscopio, advirtiéndose células embrionarias, y células epiteliales en diversos estados de formación.

Utiliza tonos que varían del blanco al marrón, pasando por el rojo de la lesión cutánea.

HISTORIA CLÍNICA DE LA LÁMINA:

El Dr. OLAVIDE nos presenta de forma magistral el caso que vió el 10 de Octubre de 1871.

“Arriero, (M.Martin), de 66 años de edad, natural de Fuenlabrada (Madrid), casado, de buena constitución, que ocupó la cama número 19 de la Sala de Santa Bárbara.

El paciente refirió que, en el verano de 1870, presentaba un pequeño tumorcito en el centro del párpado superior izquierdo y delante del cartílago tarso. Este tumor era duro y redondeado.

Meses después de ver su lesión, consultó a un cirujano, que le hizo una incisión en el tumor y le aplicó una pomada catterética. El tumor crecía y empezó a presentar dolores lancinantes. El enfermo consultó al Dr. Rubio que le envió a la referida enfermería. El día de entrada hasta el surco óculo-palpebral, inyección de la conjuntiva ocular y adherencia de la palpebral al borde inferior de la córnea, opacidad en forma de círculo alrededor de la misma, más marcado en su segmento superior. Además el párpado estaba vuelto hacia fuera y hacia arriba.

En el ojo izquierdo, se observaba también un tumor en el párpado superior, de forma ovalada, con abolladuras en su superficie, duro e indolente, del tamaño de media nuez y algo movable. La piel del párpado estaba algo roja y un poco tirante por el crecimiento de la lesión; el borde libre estaba ulcerado, y el tumor llegaba hasta el ángulo interno del ojo, extendiéndose a la conjuntiva óculo-palpebral. Al levantar con fuerza los párpados, observaron al globo ocular hacia fuera y abajo, realizando la visión por el pequeño espacio que media entre los dos párpados. En la parte interna se observaba una masa roja, fungosa, desigual y hundida, que se extendía hasta el ángulo interno, y había adherencia a la pared orbitaria de este lado. El párpado inferior estaba casi destruido y algo ulcerado. El estado general era bueno; se observaron algunos infartos ganglionares pequeños, rodadizos en la región lateral derecha del cuello, y por detrás del extremo mastoideo”.

Tratamiento:

“El día 12 el Dr. Rubio procedió a la extirpación del tumor del modo siguiente:

- 1º. Escisión del párpado inferior por el límite de lo ulcerado con los tejidos normales.
- 2º. Escisión del párpado superior paralelo a la ceja.
- 3º. Disección de la masa morbosa para aislarla de la parte interna y superior de la bóveda orbitaria.
- 4º. Disección del mismo tumor sobre el tejido celular periocular.
- 5º. Disección de la conjuntiva ocular alterada hasta el círculo de la córnea.
- 6º. Formación por deslizamiento de un colgajo cuadrangular en la mejilla para reemplazar el párpado inferior.
- 7º. Formación de un colgajo en la piel de la frente, limitado por una incisión oblicua, que partiendo de la eminencia superciliar, ascendía hacia fuera en la extensión de 0,07 m., y otra curva que, comenzando en la arruga cilio-nasal, se dirigía curvamente para buscar descendiendo luego, el extremo superior y externo de la incisión primera, limitando entre los dos un segmento imperfecto de círculo, de 0,05 m. en su mayor altura.

8º. Incisión de la raíz de la ceja para injertar en ella el pedículo del colgajo descrito.

9º. Sutura del borde superior de este colgajo a la incisión del injerto y al borde cruento de la escisión de por debajo de la ceja. Sutura del colgajo infra-orbitario. Se le curó con planchuelas empapadas en agua fría, se le aplicó un vendaje monóculo, se le puso en cama dejándole a dieta; al día siguiente seguía bien, la reacción febril consecutiva a la operación era muy moderada, se le aconsejó guardase la mayor quietud, se le curó y siguió a dieta.- Día 15. Está muy bien, no hay nada de fiebre, toma ya caldos.- Día 18. Ración. Se le levanta la cura, alguna sutura se desprende, la cicatrización por primera intención avanza rápidamente en todas las suturas de la frente, de la que se sacó el colgajo para la formación del párpado superior; la superficie cruenta que de esto ha resultado se encuentra roja y cubierta de mamelones carnosos; lo mismo se halla la pérdida de sustancia que se encuentra en la mejilla.- Día 24. Se quitan las suturas que restan por hallarse casi desprendidas, la cicatrización completa en todos los puntos menos en las dos superficies de la frente y mejillas antes mencionadas.- Día 28. La cicatrización es completa, quedando en la región frontal una superficie ya muy pequeña, habiéndose cicatrizado la mejilla. Se le da el alta, quedando convenido con el Dr. Rubio para curarse en casa de este distinguido cirujano.

El aspecto de la parte en este momento es el siguiente: el párpado superior artificial está elevado con muy poco movimiento, no hay pestañas en ninguno de los dos párpados, el inferior le

cubre bien el segmento inferior, la visión es buena, la ceja no existe, se ha conservado el ojo, del que se sirve el sujeto perfectamente, pues está íntegro.

COMENTARIO:

LÁMINA bien dibujada, reproduciendo con exactitud la lesión cutánea descrita por OLAVIDE. Aunque la Historia Clínica y la LÁMINA no parecen plantear dudas, se puede establecer el diagnóstico diferencial de dicho paciente con los procesos contemplados en la LÁMINA XLVIII. Magistral descripción de la Historia Clínica. Eficacia del tratamiento, consiguiendo su curación en dieciocho días.



LÁMINA XLVIII

TÍTULO: EPITELIOMA DEL LÓBULO DE LA OREJA

Corresponde a la LÁMINA III DEL GRUPO DE DERMATOSIS CANCROIDEAS

AUTOR DE LA LÁMINA: J. Acevedo pintó y cromolitografió

TÉCNICA: Acuarela y Litografía. Lit. de J.M. Mateu, Recoletos nº 4

DESCRIPCIÓN DE LA LÁMINA:

Se observa una pequeña tumoración de color rojiza en la parte media del lóbulo de la oreja izquierda.

Utiliza tonos que varían del blanco al marrón, pasando por el rojo de la lesión cutánea.

HISTORIA CLÍNICA DE LA LÁMINA:

OLAVIDE nos presenta, el caso que vió el 17 de Mayo de 1875.

“Labrador, (N.N.) de 71 años de edad, natural de Alcázar de San Juan (Ciudad Real), de salud habitual buena, que ocupó la cama numero 8 de la Sala 7ª, del Hospital de San Juan de Dios.

El paciente presentaba, en la parte media del lóbulo de la oreja izquierda, una pequeña tumoración del volumen de un cañamón, rojo, saliente, redondeado y duro, que no le molestaba. El paciente acudió a nuestra enfermería a tratarse una afección herpética y pudimos observar que el tumorcito era el tubérculo inicial de un epiteloma.

Al cabo de unos meses comenzó a sentir en la lesión un ligero prurito y, de vez en cuando, algunos pinchazos fuertes. Posteriormente el tumor se ulceró, más tarde el lóbulo de la oreja desapareció en su totalidad; la ulceración iba ganando terreno era desigual y sinuosa en su superficie, rojo-oscura en unos puntos, amarillenta y sucia en otros, segrega un pus seroso y fétido, sangra con facilidad, y era asiento de fuertes y repetidos pinchazos”.

Tratamiento:

“Loción y cura triple con el linimento óleo-calcáreo fénico”. Este tópico se empleó durante dos meses; mejoró y disminuyó la supuración, la úlcera se estacionó, no hizo progresos, desapareció los dolores y molestias.

Al no permitir el tratamiento curativo o escisión de toda la ulceración, se le dió el alta a mediados del mes de Agosto notablemente aliviado, recomendándole que continuara el mismo tratamiento.

COMENTARIO:

LÁMINA bien dibujada, reproduciendo con exactitud la lesión cutánea de EPITELIOMA DEL LÓBULO DE LA OREJA.

Aunque la Historia Clínica y la LÁMINA no parecen plantear dudas, se puede establecer el diagnóstico diferencial de dicho paciente con: Tumores ulcerativos de otro tipo (Sarcomas, Queratoacantomas, Reticulosis), Gomas sifilíticas (serología).

Actualmente trataríamos esta lesión mediante:

- Excisión total con margen suficiente de tejido sano.
- Radioterapia blanda con dosis total de 7.500 a 8.000 r, en dosis fraccionadas de 500 r.
El área irradiada debe ser suficientemente grande.
- Control post-tratamiento durante 5 años, con intervalos regulares de 3 a 6 meses.

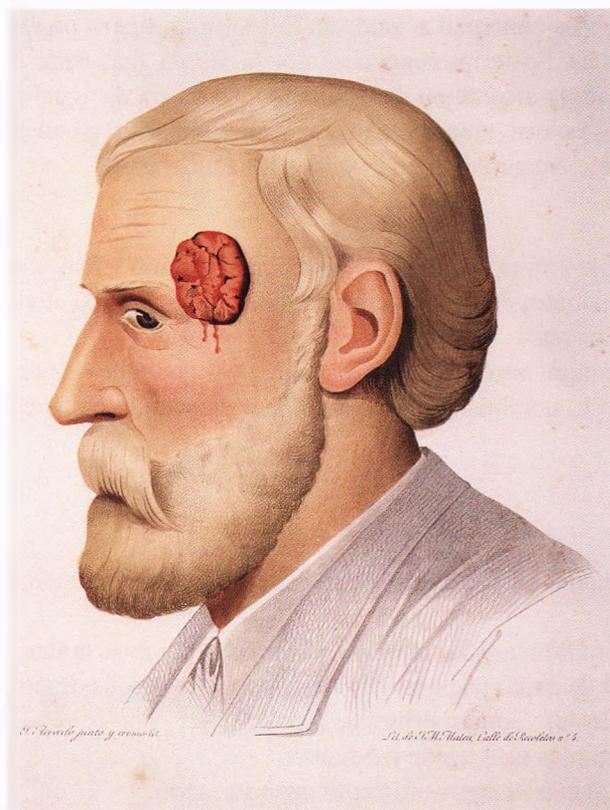


LÁMINA XLIX

TÍTULO: PSEUDO CANCROIDE

Corresponde a la LÁMINA IV DEL GRUPO DE DERMATOSIS CANCROIDEAS

AUTOR DE LA LÁMINA: J. Acevedo pintó y cromolitografió

TÉCNICA: Acuarela y Litografía. Lit. de J.M. de Mateu, Recoletos nº 4

DESCRIPCIÓN DE LA LÁMINA:

Se observa, en la parte anterior de la región temporal izquierda, una úlcera excrecente algo fungosa de aspecto sanguinolenta.

Utiliza tonos que varían del blanco al marrón, pasando por el color rojizo de la lesión cutánea.

HISTORIA CLÍNICA DE LA LÁMINA:

“Varón, (Manuel G.), de 72 años de edad. Dicho paciente refirió que hacía 5 años, observó en la parte anterior de la región temporal izquierda una pequeña escrescencia, y se rascaba por el picor. Con el tiempo aumentó de tamaño.

A la exploración, se observó una úlcera excrecente algo fungosa, sangrante, semejante a la que adoptan las verrugas blandas en su desarrollo”.

Tratamiento:

“Escisión de los tejidos afectados y parte de tejidos sanos; en la extirpación fue herida la rama anterior de la temporal superficial y, ligándola, se contuvo la hemorragia, cicatrizando la herida por segunda intención a los veinticuatro días”.

COMENTARIO:

Actualmente trataríamos esta lesión cutánea de la siguiente manera:

—En caso de un Epitelioma Espinocelular, sería el ya indicado en la LÁMINA XLVIII.

—En caso de un Epitelioma Basocelular, se haría el siguiente tratamiento:

Excisión total (en formas extensas, reparación con cirugía plástica con injerto dermo-epidérmico, o plastias por deslizamiento), o bien radioterapia a dosis blandas: 6000 r en total (12x500 r).

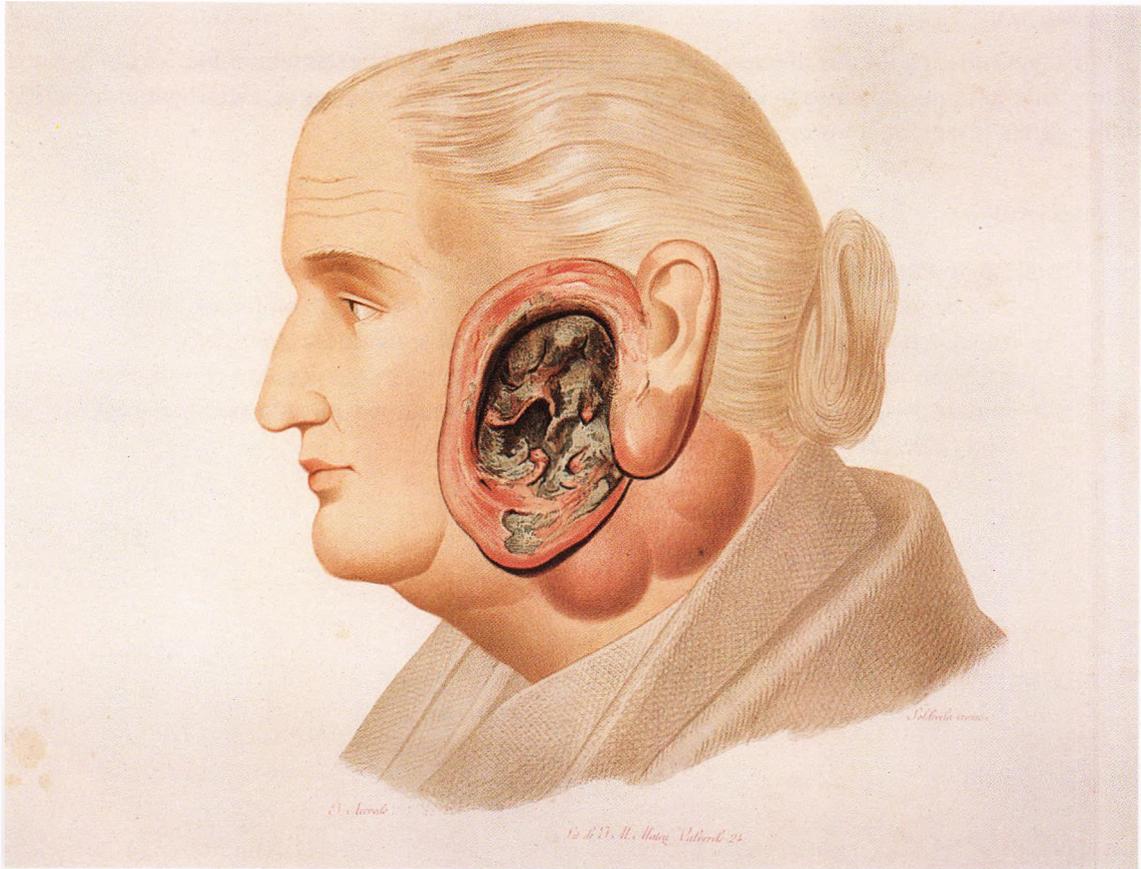


LÁMINA L

TÍTULO: CÁNCER CUTÁNEO ULCERADO (TUMOR CANCEROSO CEREBRIFORME DE LOS GÁNGLIOS PRÓXIMOS)

Corresponde a la LÁMINA I DEL GRUPO DE DERMATOSIS CANCEROSAS

AUTOR DE LA LÁMINA: J. Acevedo pintó

TÉCNICA: Acuarela y Litografía (Soldevila cromolitografió). Lit. de J.M. Mateu, Valverde n°24

DESCRIPCIÓN DE LA LÁMINA:

Se observa una tumoración ulcerada de coloración rojiza, presentando el fondo de la ulceración un color verde-negruczo como gangrenoso, en región preauricular izquierda, extendiéndose al cuello. El lóbulo de la oreja presentaba una coloración violácea.

Utiliza tonos que varían del blanco al marrón, pasando por rojo y verde-negruczo del fondo ulcerativo.

HISTORIA CLÍNICA DE LA LÁMINA:

OLAVIDE recoge el caso que vió el 1 de Marzo de 1867.

“Mujer (M.A.), de 77 años de edad, viuda, valenciana, de buena salud habitual, y que ocupó el número 12 de la Sala de San Juan de Mata.

La paciente refirió que en el verano de 1866 le apareció en la mejilla izquierda un tumorcito, del tamaño de un guisante, no doloroso, y adherido a la piel. Fue aumentando de tamaño, y el color de la piel que lo cubría se hizo más intenso; ya era duro y doloroso, y se abrió eliminando un líquido sanguino-purulento y después flujo salival. Esta lesión ulcerada confluía en forma fisto-

sa. Los bordes de la úlcera se extendían a la región temporal del cuello; eran duros, anchos, elevados y sanguinolentos. Su centro anfractuoso y lleno de un putrúlagos verdoso, negruzco, compuesto de pus y sangre.

El lóbulo de la oreja izquierda estaba abultado, duro y violáceo. Presentaba adenopatías cervicales, que llegaban a constituir un ‘tumor abollonado’ blando en el centro de color rojo-violáceo, que era doloroso”.

Tratamiento:

“Leches.- Puchero de gallina.- Extracto de cicuta, dos granos; extracto tebaico, un grano. Háganse dos píldoras para tomar una por la mañana y otra por la noche. Inyecciones con la disolución de ácido fénico (media dracma por onza de alcohol y libra de agua), y cura con cerato opiado. La úlcera fue creciendo con rapidez, destruyó el lóbulo de la oreja, se extendió al tumor cerebriforme posterior, llegando hasta dejar al descubierto los vasos yugulares y la bifurcación de la carótida; la mandíbula inferior se inmovilizó, no dejando a la enferma alimentarse más que con líquidos. La superior se abultó enormemente, obligando al ojo y a la comisura labial a torcerse; sobrevino fiebre lenta, síntomas de caquexia cancerosa, dolores terribles, mareos, el delirio, la postración y la muerte, acaecida el 25 de Mayo y de una manera tan inesperada como instantánea, por la hemorragia a que dió lugar la destrucción de los vasos yugulares.- No pudo hacerse autopsia, por reclamar el cuerpo los parientes”.

COMENTARIO:

LÁMINA bien dibujada, reproduciendo con exactitud la lesión de CÁNCER CUTÁNEO ULCERADO.

Aunque la Historia Clínica y la LÁMINA no parecen plantear dudas, se puede establecer el diagnóstico diferencial con los tumores contemplados en la LÁMINA XLIX.

Actualmente trataríamos este proceso con las mismas pautas terapéuticas mencionadas en la LÁMINA XLIX.

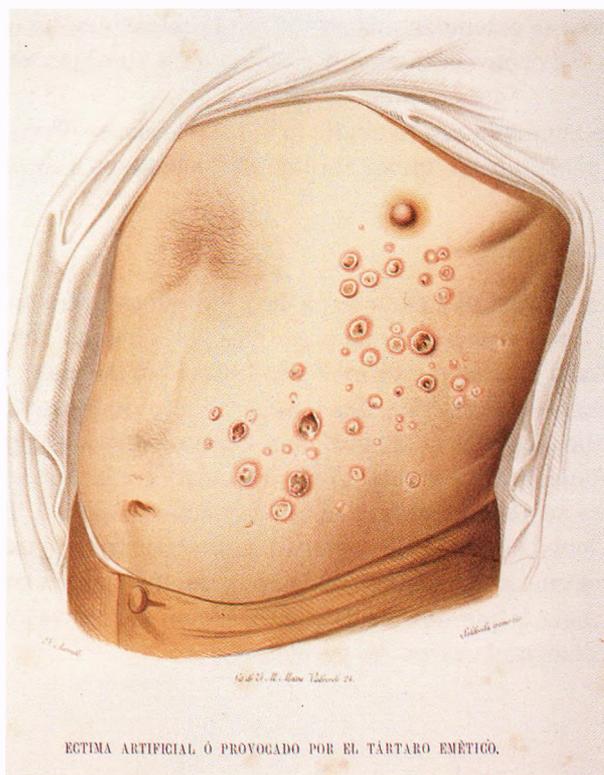


LÁMINA LI

TÍTULO: **ECTIMA ARTIFICIAL O PROVOCADO POR EL TARTARO EMÉTICO**
 Corresponde a la LÁMINA I DEL GRUPO DE DERMATOSIS ARTIFICIALES DIRECTAS

AUTOR DE LA LÁMINA: J. Acevedo pintó

TÉCNICA: Acuarela y Litografía (Soldevila cromolitografió). Lit. de J.M. Mateu, Valverde nº24

DESCRIPCIÓN DE LA LÁMINA:

Se observan múltiples lesiones pustulosas, rodeadas por una areola roja; algunas están cubiertas por una costra negruzca. Dichas lesiones están localizadas en la región lateral izquierda del pecho e hipocondrio del mismo lado.

Utiliza tonos que varían del blanco al marrón, pasando por el rojo y coloración negruzca de las costras.

HISTORIA CLÍNICA DE LA LÁMINA:

OLAVIDE presenta el caso que vió el 18 de Noviembre de 1867.

“Carretero, (M.), natural de Almagro, de 37 años de edad, soltero, jornalero, de temperamento nervioso y constitución débil. Entró en el hospital en la Sala de Santa Bárbara, número 14.

A la exploración, el paciente presentaba, en la región lateral izquierda del pecho y en el hipocondrio del mismo lado, manchitas diseminadas, acompañadas de tensión y de picazón ligera; posteriormente pasaron a se pústulas muy dolorosas, que fueron lentamente creciendo por su cir-

conferencia. Al décimo día, las pústulas eran anchas, grandes, elevadas, cubiertas de una costra negruzca en toda su extensión; otras más pequeñas, con la costra más reducida y hundida en el pus, que parecía rodearlas de un anillo blanco; y otras, en fin, muy reducidas de tamaño como vesiculosas; pero todas rodeadas de su areola roja, inflamada y causando al enfermo dolores bastante fuertes”.

Tratamiento:

“Paños de manteca fresca.- Los ‘granos’ que estaban en su completo desarrollo empezaron a disminuir de tamaño, perdiendo lentamente su areola inflamatoria y eliminando la costra, que fue sustituida por otra más tenue. Al cabo de ocho días (dieciocho de la aparición de las manchas) habían desaparecido, dejando por reliquia una cicatriz maculosa roja y algo profunda. Los ‘granos’, cuya evolución no era completa, siguieron creciendo y terminaron ocho días después de los primeros, dejando análogos señales, que todavía pasados dos meses continúan”.

COMENTARIO:

LÁMINA bien dibujada, reproduciendo con exactitud la lesión cutánea de ECTIMA ARTIFICIAL O PROVOCADO POR EL TARTARO EMÉTICO.

Aunque la Historia Clínica y la LÁMINA no parecen plantear dudas, se puede establecer el diagnóstico diferencial con:

- Patomimia.
- Ulceración traumática.
- Piodermitis fagedénica.

Actualmente trataríamos este proceso con:

- Antibióticos internos y externos.
- Tratar la enfermedad básica.

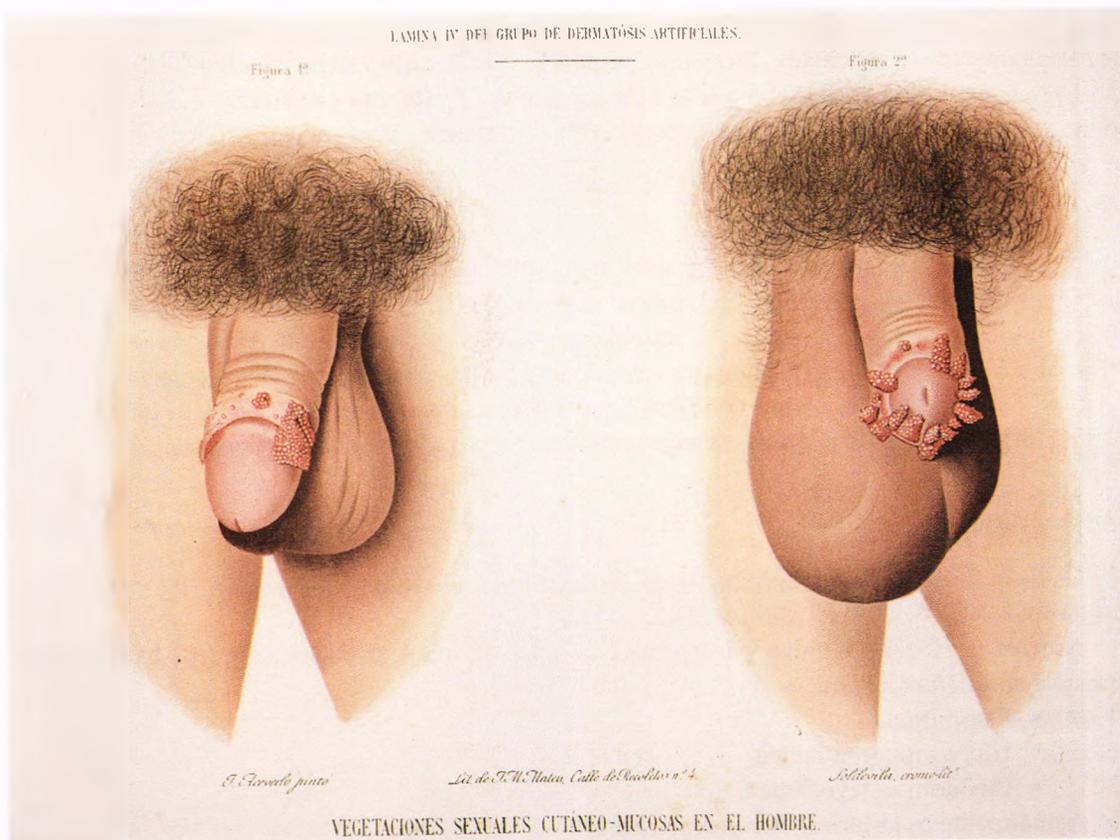


LÁMINA LII

TÍTULO: VEGETACIONES SEXUALES CUTÁNEO-MUCOSAS EN EL HOMBRE

Corresponde a la LÁMINA IV DEL GRUPO DE DERMATOSIS ARTIFICIALES

AUTOR DE LA LÁMINA: J. Acevedo pintó

TÉCNICA: Acuarela y Litografía (Soldevilla cromolitografió). Lit. de J.M. Mateu, Recoletos nº 4

DESCRIPCIÓN DE LA LÁMINA:

En la LÁMINA se observan dos figuras. En la figura 1ª se observan múltiples verrugas de coloración roja intensa, en las partes laterales de la corona del balano y en la mucosa prepucial.

En la figura 2ª se observan múltiples verrugas en el borde libre del prepucio. Además hay inflamación del testículo derecho.

Utiliza tonos que varían del blanco al marrón, pasando por el rojizo de las lesiones cutáneas.

HISTORIA CLÍNICA DE LA LÁMINA:

FIGURA 1ª

“Labrador, (M.V.), natural de un pueblecito de la provincia de Lugo, de 28 años de edad, soltero, que ingresó en el Hospital el 11 de Noviembre de 1867, ocupando la cama número 23 de la Sala de la Misericordia.

El paciente refirió que tuvo relaciones con una prostituta, que a los ocho días de las mismas notó que presentaba “verrugas” en el balano. Cuando ingresó en el Hospital tenía varias vegetaciones en forma de pequeñas coliflores, de color rojo algo intenso, situadas en las partes laterales de la corona del balano y en la mucosa prepucial”.

“El tratamiento se redujo a la escisión con una tijera curva por el plano, la aplicación inmediata de planchuelas de hilas empapadas en una disolución de percloruro de hierro (una dracma en 3 onzas de agua destilada), y más tarde (el día 23), curas con una disolución de sulfato de cobre (3 granos por onza de agua destilada) a beneficio de cuyos medios el enfermo fue dado de alta, completamente curado, el día 29 del mismo mes”.

FIGURA 2ª

“Joven, (N.R.), de 34 años de edad, soltero, natural de Rollán (Salamanca), que ingresó en el Hospital de San Juan de Dios y ocupó la cama número 16 de la Sala de la Misericordia (hoy Sala 3ª), el 27 de Abril de 1867.

El paciente refirió que hacía ocho meses, a consecuencia de haber tenido relaciones sexuales con una prostituta, le aparecieron quince días después, unas “verrugas pequeñas” en el borde libre del prepucio que fueron multiplicándose hasta ocuparle por completo. Al mes le apareció una blenorragia uretral. Se le inflamó el testículo derecho y aumentaron de volumen las vegetaciones; entonces se puso en manos de un curandero, y no adelantando nada en un mes, decidió ir al Hospital.

A la exploración presentaba gran número de vegetaciones húmedas y blandas, formando grupos arracimados situados, con cierta simetría, en la mucosa prepucial, que ocupaban toda la circunferencia del borde del prepucio. El testículo derecho estaba aumentado de volumen y dolorido al tacto, duro, de superficie ligeramente abollada o desigual. Presentaba además blenorragia uretral.

“Tratamiento: media ración; inyección a la uretra con agua vegeto-mineral; paños empapados en cocimiento emoliente al escroto; una píldora de 2 granos de calomelanos y medio para tomar por la noche. El día 28, después de sacada la LÁMINA, se prescribió una mezcla a partes iguales de percloruro de hierro, alambre calcinado y sabina en polvo para espolvorear las vegetaciones. El día 2 de Mayo empezaron a caer las vegetaciones; el volumen del testículo empezaba a disminuir y a rebajar todos los síntomas. El día 5 habían caído todas las vegetaciones. El día 12 se presentó el ptialismo; se suspendió el uso de las píldoras; se prescribió un enjuagatorio aluminoso y dracma y media de clorato de potasa en 4 onzas de agua destilada para dos dosis, mañana y tarde. El 14, a consecuencia de haberse levantado el enfermo y andado por la Sala, se recrudeció la orquitis y fue preciso aplicar diez y ocho sanguijuelas al nivel del cordón espermático, con lo cual cedió bastante la inflamación. El 24 de Junio, curada la blenorragia, no quedando el menor vestigio de las vegetaciones aunque todavía infartado el testículo, pidió el enfermo el alta”.

COMENTARIO:

LÁMINA bien dibujada reproduciendo con exactitud la lesión cutánea de CONDILOMAS ACUMINADOS.

Aunque la Historia Clínica y la LÁMINA no plantean dudas, se puede establecer el diagnóstico diferencial: sobre todo con los condilomas sifilíticos floridos (lúes II) por medio de serología y demostración de espiroquetas. Los condilomas acuminados se asocian en ocasiones a los condilomas sifilíticos. También hay que diferenciarlos a veces de los epitelomas espinocelulares, del linfogranuloma inguinal y del pénfigo vegetante (por histología).

En la actualidad se observan degeneraciones malignas de los condilomas acuminados, aunque con menos frecuencia que en tiempos pasados. Únicamente en casos de larga permanencia, y sobre todo coexistiendo con una fimosis y sucesivas irritaciones (maceración, destrucción purulenta, infección bacteriana secundaria), pueden producirse malignizaciones. Pero antes de que ello ocurra, en el caso de una fimosis, condilomas acuminados altamente proliferativos provocarán la rotura, hacia fuera, del prepucio (a veces en varias zonas y de tal forma que en los lugares

de perforación el glande queda expuesto): condiloma acuminado destructivo tipo Buschke y Löwenstein.

Actualmente este proceso se trataría de la siguiente manera:

Formas pequeñas: toques con solución de podofilino (15-25%)

Formas mayores: extirpación con electrocauterio y curetaje. A continuación, siempre tratamiento con sustancias secantes (v.g., subgalato de bismuto) y eliminación de las posibles causas de la afección (gonococia, flujo por levaduras, flúor albus, fimosis, sífilis, oxiuriasis). ¡Jamás radioterapia!

Medidas profilácticas:

La relación con una sola persona es la mejor protección.

- Después de las relaciones sexuales: lavar con jabones ácidos; desinfectar los genitales con soluciones antisépticas. Las mujeres pueden utilizar tabletas vaginales antisépticas.
- Eventualmente baño de asiento con permanganato potásico o irrigación vaginal con solución de permanganato potásico.

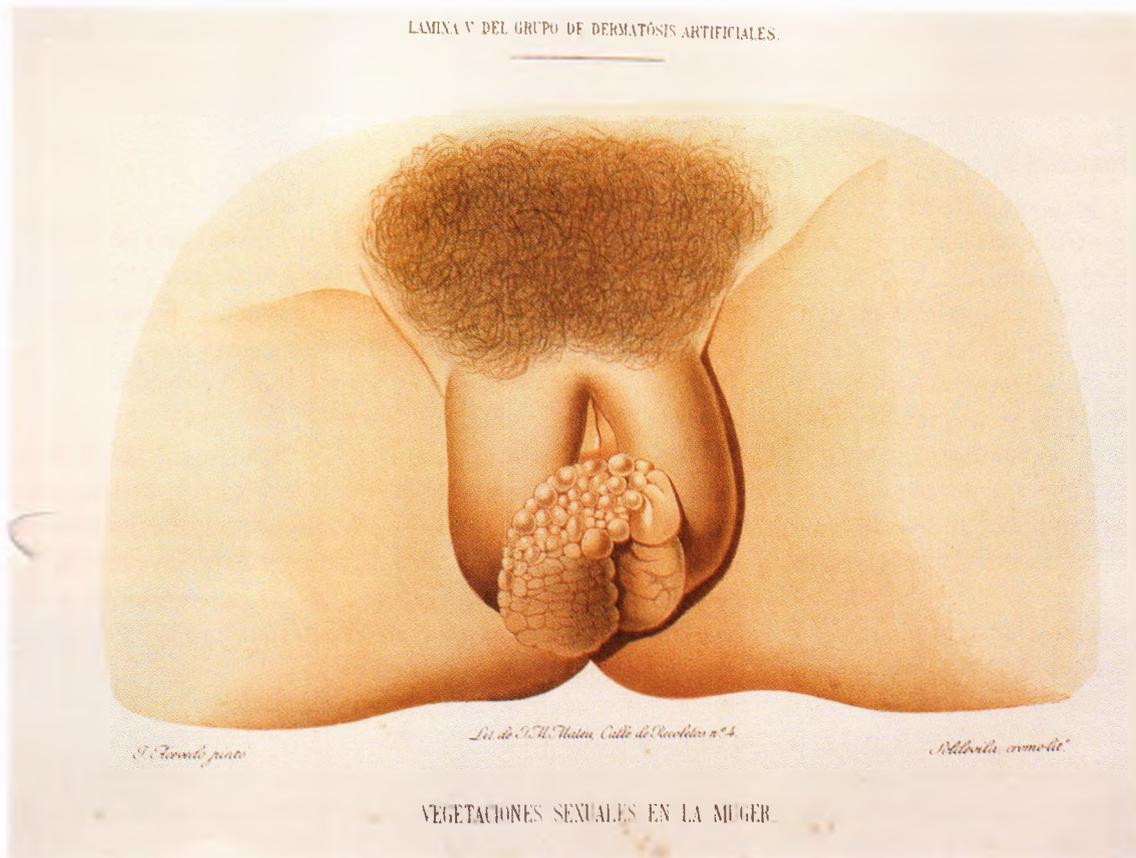


LÁMINA LIII

TÍTULO: VEGETACIONES SEXUALES EN LA MUJER

Corresponde a la LÁMINA V DEL GRUPO DE DERMATOSIS ARTIFICIALES

AUTOR DE LA LÁMINA: J. Acevedo pintó

TÉCNICA: Acuarela y Litografía (Soldevila cromolitografió). Lit. de J.M. Mateu, Recoletos nº 4

DESCRIPCIÓN DE LA LÁMINA:

Se observa una gran masa vegetante localizada desde la comisura anterior de la vulva hasta la región perineal; notándose así mismo gran aumento de tamaño de los labios mayores.

Utiliza tonos que varían del blanco al marrón.

HISTORIA CLÍNICA DE LA LÁMINA:

“Mujer, llamada María M., de 40 años de edad, natural de Valencia y de regular constitución, que ingresó en el Hospital el 23 de Diciembre de 1866, ocupando la cama número 4 de la Sala de San Juan de Dios.

La paciente refirió que, a los días siguientes de haber realizado el acto sexual con su marido, notó ardor al orinar y flujo, desapareciéndole la regla, creyendo que estaba embarazada.

Al término del embarazo, dió a luz un niño que presentaba oftalmia purulenta.

A los quince o veinte días del parto, se notó la enferma unos “granos” en la entrada de la vagina, y unos días más tarde, los notó también en labios mayores. Estos fueron aumentando de volumen y uniéndose los unos con los otros, apareciendo como una masa vegetante.

A la exploración, la masa vegetante estaba adherida por muchos puntos a grandes y pequeños labios, impidiendo incluso que penetrase el dedo explorador en la vagina. Los labios mayores estaban completamente hipertrofiados, y no era posible descubrir el meato urinario”.

Tratamiento:

Se procedió a la extirpación de las vegetaciones el 17 de Enero de 1867.

“Colocada del modo conveniente, procedimos a dividir por medio del bisturí una por una las diversas adherencias o bridas; hecho esto pudimos ya con más facilidad hacer que penetrase el dedo por el conducto vaginal, por el que a unos tres centímetros de su entrada se podía apreciar ya una especie de tallo adherido a la cara posterior de dicho conducto y que se prolongaba, estrechándose, hasta el labio posterior del hocico de Tenca, el cual se encontraba mucho más bajo que el ordinario; continuamos incidiendo las adherencias del referido tallo, llegando hasta el punto de su implantación; llegado este momento de la operación, aplicamos varias erinas en la masa vegetante, para que dos ayudantes le dieran la dirección conveniente e hicieran algunas tracciones con lo que nos fuera más fácil verificar la escisión, lo que conseguimos no sin algún trabajo; seguidamente después de haber dirigido una corriente de agua valiéndonos de un inyector, colocamos un especulum de madera, y aplicamos un cauterio actual al sitio que correspondía a la implantación del tallo que habíamos extirpado; pusimos a dieta a la enferma, con agua de limón para bebida usual, y chorros de agua natural a los órganos genitales.

Día 23. Aplicamos el espéculum, la herida determinada por la escisión del tallo vegetante se encuentra en bastante buen estado, su fondo algo sucio, la mucosa vaginal algún tanto excitada; examinada la uretra, presenta los caracteres de una blenorrea, los sitios correspondientes a los órganos genitales externos en que existían las adherencias de que ya hemos hablado se encontraban bastante bien, vegetaciones en los pequeños y grandes labios. Ración, doce bolos de copaiba compuesto para tomar seis por la mañana y seis por la tarde, inyección a la uretra con una solución de sulfato zíncico, dos veces por día, inyección a la uretra con una solución de sulfato zíncico, dos veces por día, inyección a la vagina con agua natural, cura a la ulceración con disolución de nitrato argéntico cristalizado, rellenar la vagina con planchuelas de hilas mojadas en agua a fin de aislar sus paredes, chorros de agua natural a los órganos genitales externos, cura con planchuelas empapadas en colirio verde a todas las exulceraciones de estos sitios.

Día 26. Se suspende el tratamiento por haberse presentado la menstruación.

Día 4 de Febrero. Se vuelve a establecer el tratamiento que suspendimos.

Día 8. La herida del labio posterior del hocico de Tenca casi cicatrizada; en uno de esos bordes se observa una pequeña placa vegetante que da sangre con bastante facilidad; la mucosa vaginal en su estado natural; la mucosa uretral segrega todavía una pequeña cantidad de moco-pus; las exulceraciones en los órganos genitales externos ya mencionados, han desaparecido en gran parte. La única modificación que hicimos en el tratamiento fue el tocar por nosotros mismos con un pincel empapado en una disolución de ácido crómico, la placa vegetante de la que acabamos de hablar.

Día 12. Queda reducido el tratamiento a cura doble a la úlcera del labio posterior del cuello uterino con una disolución de nitrato argéntico.

Día 18. Damos de alta a la enferma”.

“Los bolos de copaiba se componen de:

Bálsamo de copaiba 10 grs.

Extracto seco de ratania 3 grs.

Esencia de sásafra 500 mgrs.

Magnesia calcinada c.s.

H.s.a. 40 bolos”.

COMENTARIO:

LÁMINA bien dibujada, reproduciendo con exactitud las lesiones de CONDILOMAS ACUMINADOS.

Aunque la Historia Clínica y la LÁMINA no parecen plantear dudas, se puede establecer el diagnóstico diferencial con los procesos contemplados en la LÁMINA LII.

Actualmente trataríamos este proceso con las mismas pautas terapéuticas mencionadas en la LÁMINA LII.

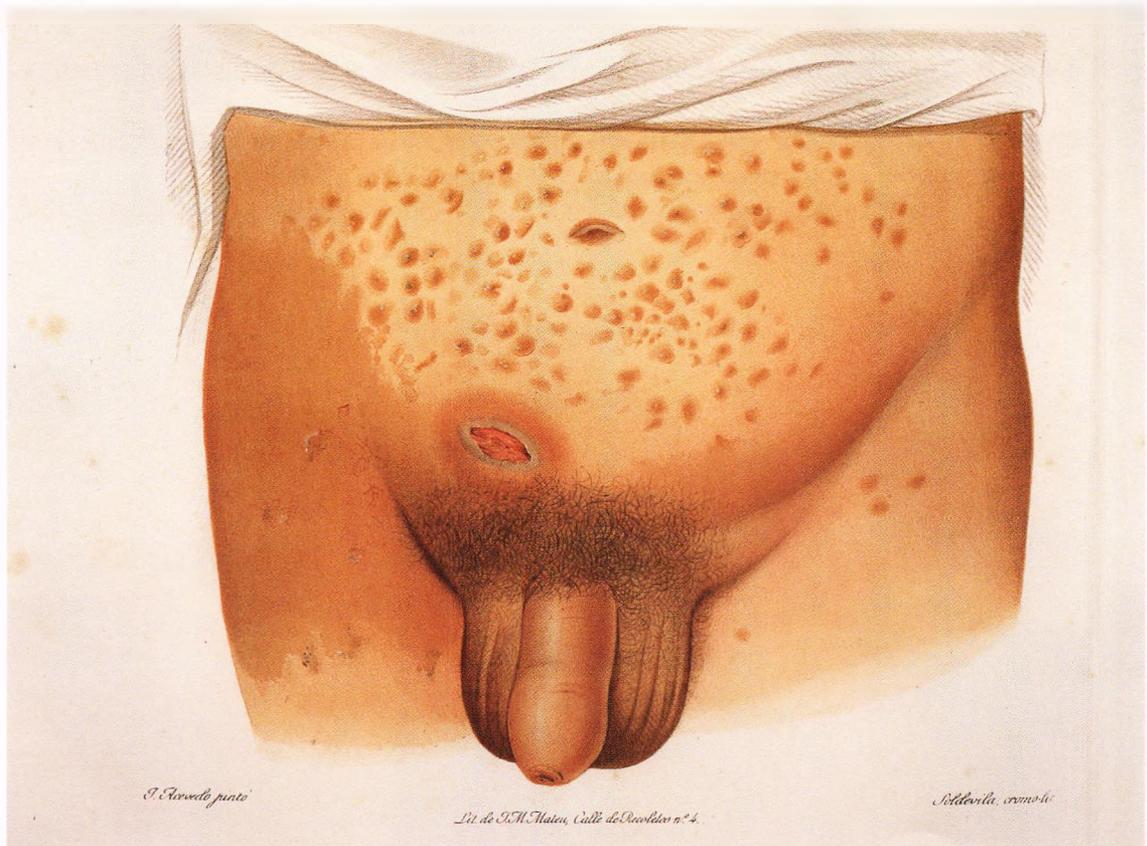


LÁMINA LIV

TÍTULO: CHANCRE ESPECÍFICO DEL PREPUCIO QUE DIÓ LUGAR A OTRO ANÁLOGO EN EL LADO DERECHO DE LA REGIÓN SUPRAPUBIANA. (SIFÍLIDE POLIMORFA)

Corresponde a la LÁMINA VI DEL GRUPO DE DERMATOSIS ARTIFICIALES

AUTOR DE LA LÁMINA: J. Acevedo pintó

TÉCNICA: Acuarela y Litografía (Soldevila cromolitografió). Lit. de J.M. Mateu, Recoletos n° 4

DESCRIPCIÓN DE LA LÁMINA:

Se observa inflamación del prepucio, una ulceración ovalada en región suprapubiana derecha, pápula-pústulas y placas escamosas en región abdominal.

La técnica de la acuarela empleada para esta LÁMINA utiliza tonos que varían del blanco al marrón, pasando por el rojo de la ulceración.

HISTORIA CLÍNICA DE LA LÁMINA:

“Jornalero, (S.G.), de 42 años de edad, natural de Riesgo (León), de buena constitución, que ingresó en el hospital el 23 de Enero de 1870. Ocupó la cama número 15 de la Sala 5ª.

El paciente refirió tener una “purgación”; a los pocos días notó unas pequeñas úlceras en la mucosa prepucial, y posteriormente observó manchas y “granos” por todo el cuerpo.

A la exploración, el paciente presentaba infarto inflamatorio del prepucio, úlcera ovalada en región suprapubiana derecha. En la parte superior y anterior, o interna, del muslo derecho se ob-

serva una extensa mancha eritematosa. En toda la superficie corporal presentaba una erupción representada por pápulas, pústulas y placas escamosas, pensándose en una sífilide polimorfa”.

Tratamiento:

“Uso interno de las píldoras de protoyoduro de mercurio y tridacio de medio grano, para tomar dos al día; 2 gramos de yoduro potásico en disolución para tomar a diferentes horas, y el cocimiento de leños, 500 gramos, para tomar en dos veces caliente.

El tratamiento total se redujo a baños generales templados con salvado, untura con la pomada de brea y glicerina y cura a las úlceras con la disolución de sulfato de cobre (6 granos por onza de agua destilada). Con este tratamiento siguió hasta el día 18 de Febrero en que se suspendió la cura de las úlceras por hallarse completamente cicatrizadas. Siguió con el tratamiento interno hasta el 9 de Marzo del mismo año, en que apareció como una conjuntivitis óculo-palpebral que obligó a suspender el uso de yoduro, y fue combatida con los medios ordinarios. El 31 del mismo mes salió con alta, curado el enfermo, aunque conservando, como era natural, las manchas o señales de la erupción”.

COMENTARIO:

LÁMINA bien dibujada, reproduciendo con exactitud la lesión de CHANCRO ESPECÍFICO DEL PREPUCIO.

La Historia Clínica y la LÁMINA no plantean dudas, tratándose de un chancro blando.

Actualmente se debe tratar el proceso, si es posible, antes de que se produzca el bubón. Son eficaces las Sulfamidas y algunos antibióticos (Tetraciclina, Cloromicetina, Eritromicina, Estreptomina: diariamente 1.5 a 2 gramos durante 8-10 días). Para no ocultar una sífilis simultánea, deben administrarse preparados, con Sulfamidas y Estreptomina, que no sean treponemidas.

De 6 a 8 semanas después de finalizado el tratamiento, debe practicarse un control serológico de seguridad (igual que se hace en la gonococia).

Como las demás enfermedades venéreas, el chancro blanco es una afección de declaración obligatoria.

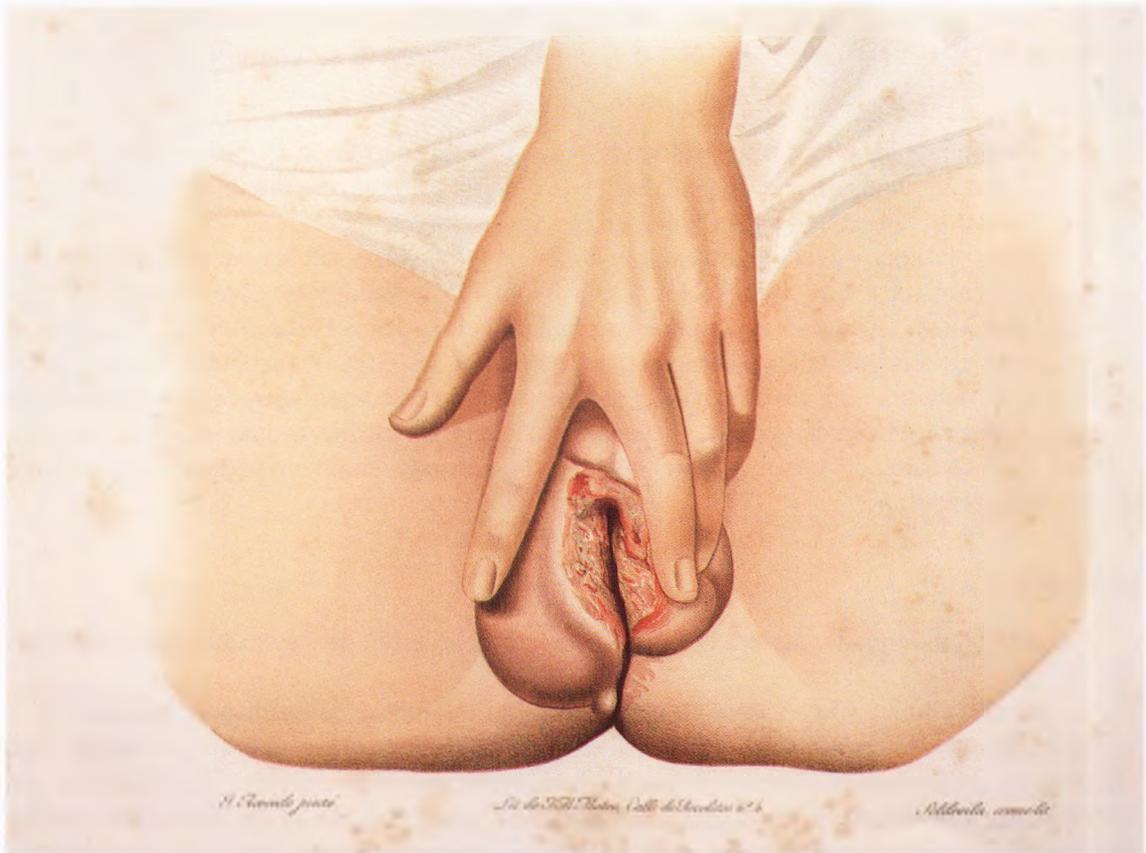


LÁMINA LV

TÍTULO: CHANCROS BLANDOS EN EL ANILLO VAGINAL

Corresponde a la LÁMINA VII DEL GRUPO DE DERMATOSIS ARTIFICIALES

AUTOR DE LA LÁMINA: J. Acevedo pintó

TÉCNICA: Acuarela y Litografía (Soldevila cromolitografió). Lit. de J.M. Mateu, Recoletos nº 4

DESCRIPCIÓN DE LA LÁMINA:

Se observan múltiples chancros rojo-verdosos en el anillo vaginal.

La técnica de la acuarela empleada utiliza tonos que varían del blanco al marrón, pasando por el rojo-verdoso de la lesión cutánea.

HISTORIA CLÍNICA DE LA LÁMINA:

“Sirvienta, (M.M.) de 20 años de edad, natural de Paladiña (provincia de León), soltera, de constitución regular, que ingresó en el Hospital de San Juan de Dios el 6 de Octubre de 1867. Ocupó la cama número 13 de la Sala del Rosario.

La paciente refirió que, cuatro días antes de su ingreso, había cohabitado con un paisano suyo, con quién había tenido relaciones sitiendo posteriormente ardor en sus órganos genitales, que fue aumentando, y que incluso eliminaba una secreción sanguinopurulenta. A la exploración, observamos siete chancros blandos en el anillo vaginal.

Tratamiento:

“Chorros de agua natural al anillo vaginal, cura al mismo dos veces al día, con planchuelas y mecha empapada en colirio verde. La paciente salió curada del hospital a los veinticinco días de su ingreso.”

COMENTARIO:

LÁMINA bien dibujada, reproduciendo con exactitud las lesiones de CHANCROS BLANDOS EN EL ANILLO VAGINAL.

Actualmente trataríamos este proceso con las pautas terapéuticas indicadas en la LÁMINA LIV.



LÁMINA LVI

TÍTULO: **ERITEMA PROVOCADO POR EL FRÍO. (SABAÑONES)**

Corresponde a la LÁMINA XVI DEL GRUPO DE DERMATOSIS ARTIFICIALES

AUTOR DE LA LÁMINA: J. Acevedo pintó y cromolitografió

TÉCNICA: Acuarela y Litografía. Lit. de J.M. Mateu, Recoletos nº 4

DESCRIPCIÓN DE LA LÁMINA:

Se observa un fuerte eritema, con aumento de volumen, de la parte media de los dedos (nudillos), detectándose además una ulceración superficial, alargada, desigual y roja en el dedo medio de mano izquierda.

Utiliza tonos que varían del blanco al marrón, pasando por tonos rojos del eritema y de la ulceración.

HISTORIA CLÍNICA DE LA LÁMINA:

OLAVIDE describe el caso que vió el 9 de Diciembre de 1875.

“Dependiente de comercio, robusto, de buena salud y constitución fuerte, que venía sufriendo de un fuerte picor, insoportable por la tarde y por la noche, acompañado de escozor, y que notó que aumentaba con el calor. A los dos o tres días se presentó el eritema en el dorso de la mano izquierda, con aumento de volumen en la parte media de los dedos (nudillos).

Debido al fuerte picor, el enfermo intentaba aliviarse mediante el rascado y frotaciones, produciéndose una pequeña ulceración en el dorso del dedo medio, que sangraba con facilidad y era muy dolorosa.

Tratamiento:

“Loción y paños por la noche al sitio afecto con la mistura de aceite esencial de trementina y alcohol alcanforado (a partes iguales)”.

Al cabo de ocho días la lesión había desaparecido, recomendándole al paciente fricciones con alcohol alcanforado todas las mañanas.

COMENTARIO:

LÁMINA bien dibujada, reproduciendo con exactitud el ERITEMA PERNIO (SABAÑONES).

Aunque la Historia Clínica y la LÁMINA no parecen plantear dudas, se puede establecer el diagnóstico diferencial de dicho paciente con:

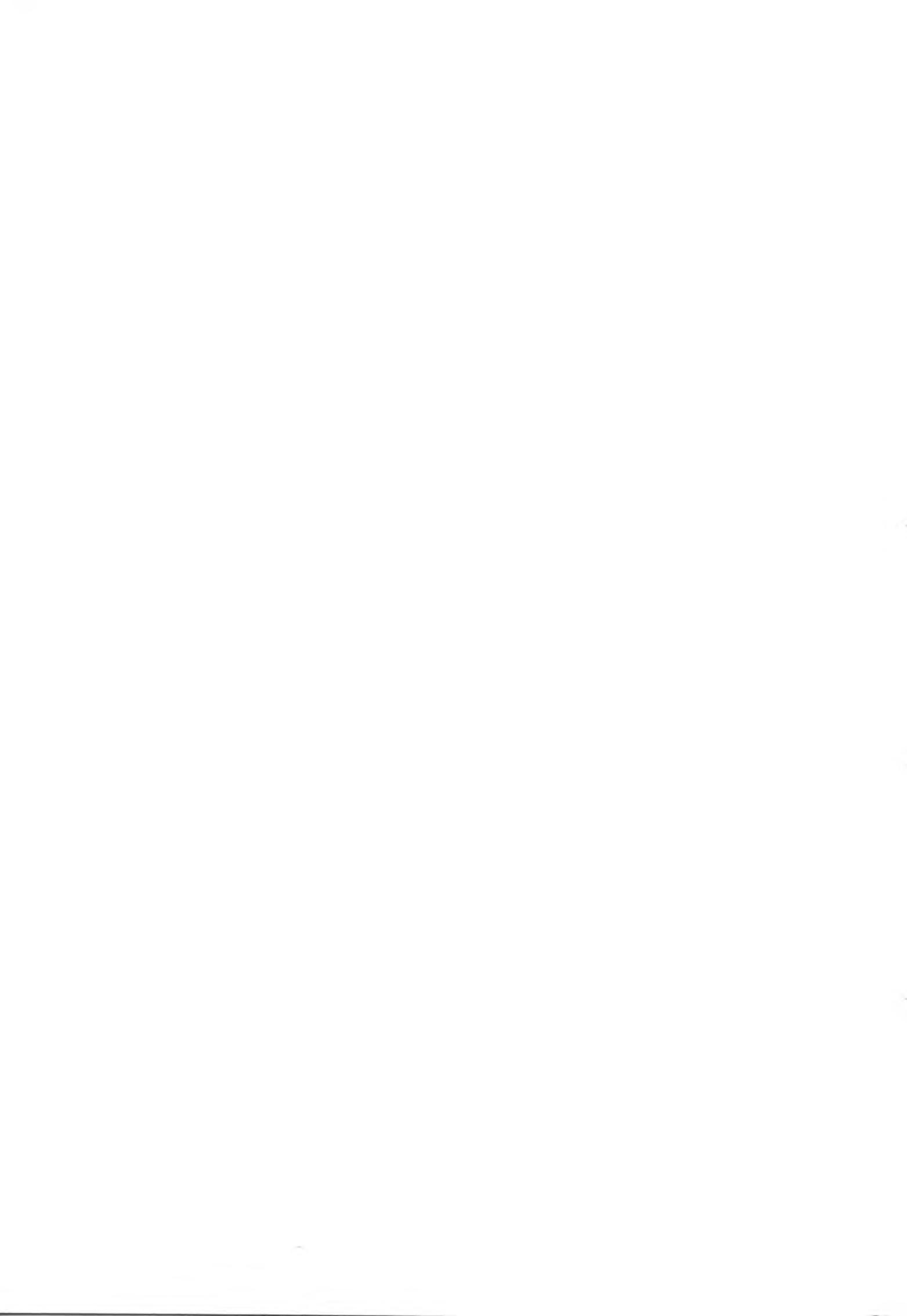
- Lupus eritematoso forma pernia: en este caso existiría una banda fluorescente en la inmunofluorescencia directa, con depósito de IgG, IgM, IgA y fracción C3 y C4 del complemento.
- Sarcoidosis. Histopatología típica y, en algunos casos, reacción de Kveim positiva, hay además hipergammaglobulinemia, déficit de la inmunidad retardada, con test tuberculínicos negativos, y también hipercalcemia, a veces asociada a una hipercalcúria, con riesgo de nefrocalcinosis.
- Síndrome de Raynaud: se desencadena poniendo las manos en contacto con agua fría o con agua y cubitos de hielo.

Aunque el tratamiento fue eficaz para los medios de que se disponía en la segunda mitad del s. XIX, actualmente trataríamos este proceso:

- General: Evitar el frío; ropa de abrigo.
- Local: baños, rubefacientes, pomadas de Corticosteroides, vendajes con ictiol.
- Interno: Medicamentos activadores del riego sanguíneo.

BIBLIOGRAFÍA

1. ÁLVAREZ SIERRA, J. 1934: *Médicos madrileños famosos. Biografía y bibliografía de médicos ilustres nacidos en Madrid y su provincia*. Tall.graf.Bolaños y Aguilar, S.L. Madrid, 153-155.
2. OLAVIDE Y LANDAZABAL, J.E. 1859: "Lipoma submuscular en la espalda", *La España médica* tomo 4, 51-52
3. OLAVIDE Y LANDAZABAL, J.E. 1872: "Sobre el examen microscópico del vapor atmosférico de la enfermería del Dr. Martín de Pedro en el Hospital General". *El siglo médico* tomo 19, 404-407, 418-21, 435-37.
4. CASTELO: Citado por García del Real (5).
5. GARCÍA DEL REAL, E. 1901: *Historia de la Medicina en España*. Editorial Reus. Madrid.
6. PULIDO Y FERNÁNDEZ, A. 1883: *De la medicina y los médicos*. Lib.de P.Aguilar. Valencia.
7. GÓMEZ ORBANEJA, J. 1985: "Historia de la Dermatología en Madrid en el siglo XIX y primer tercio del XX". En: *Aspectos históricos de la Dermatología M-Q y Venereología Española*. CALAP Y RODRÍGUEZ MURILLO. ISDIN. Barcelona. 163-169.
8. OLAVIDE Y LANDAZABAL, J.E. 1878: *De la sarna y su tratamiento*. Madrid. R.Labajos.
9. OLAVIDE Y LANDAZABAL, J.E. 1878: *De las enfermedades cutáneas producidas por vegetales parásitos. Su descripción y su tratamiento*. Madrid. Tip.del Hospicio.
10. OLAVIDE Y LANDAZABAL, J.E. 1880: *Lecciones sobre la pelagra*. Madrid. T.Fortanet.
11. OLAVIDE Y LANDAZABAL, J.E. 1881: *Del reumatismo y de las dermatosis reumáticas*. Madrid, Oficina Tipografica del Hospicio.
12. OLAVIDE Y LANDAZABAL, J.E. 1873: *Del modo de administración y aplicación del ácido fénico*. Madrid. Imprenta de la Biblioteca de Instrucción y Recreo.
13. OLAVIDE Y LANDAZABAL, J.E. 1859: *¿Hay puntos de semejanza entre el dogmatismo y el metodismo?* Real sitio del Pardo.
14. CRESPO, P. 1966: "Un museo entre paréntesis". *ABC* (14.12.1966) PAG. 87.
15. PADRÓN LLEÓ, J.J. 1990: *Contribución al estudio de José Eugenio de Olvide y su obra*. Tesis Doctoral. Universidad de Cadiz.
16. NASEMANN, TH.; SAUERBREY, W.; CALAP, J. 1986: *Enfermedades cutáneas e infecciones venéreas*. Editorial AC. Madrid.
17. MILBRADT, R.: Citado en 16.
18. TERCENIO DE LAS AGUAS, J.: Citado en 16.
19. OLAVIDE, J.E. 1873: *Atlas de la Clínica Iconográfica de enfermedades de la piel o dermatosis*. Imprenta T. Fortanet. Madrid.

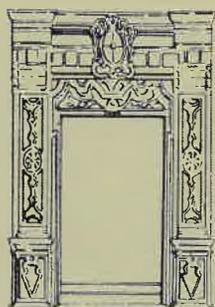


ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	9
Referencias	10
BIOGRAFÍA	11
COMENTARIOS DE 56 LÁMINAS DEL ATLAS DE LA CLÍNICA ICONOGRÁFICA DE ENFERMEDADES DE LA PIEL DE D JOSÉ EUGENIO DE OLAVIDE Y LANDAZABAL	19
LÁMINA I: SARNA.-ACARUS MACHO Y ACARUS HEMBRA	21
LÁMINA II: SARNA PUSTULO-AMPOLOSA	23
LÁMINA III: TIÑA FAVOSA (TIPO)	25
LÁMINA IV: TIÑA FAVOSA URGEOLAR O LUPINOSA (EN A), Y MONTICULOSA O SQUARROSA (EN B)	27
LÁMINA V: TIÑA O HERPES TONSURANTE (SEGUNDO PERIODO)	29
LÁMINA VI: TIÑA PELADA O PELONA, ACROMATOSA, DE LA CABEZA, BARBA Y MUSLO. (PRURIGO DECALVANS).....	31
LÁMINA VII: PYTIRIASIS VERSICOLOR.....	33
LÁMINA VIII: DISCROMÍA (VITILIGO DE LA CABEZA)	35
LÁMINA IX: QUISTE CUTANEO SEBACEO	37
LÁMINA X: ERISPELA AGUDA O PSEUDO-EXANTEMÁTICA.....	39
LÁMINA XI: HERPES-ZONA PSEUDO-EXANTEMÁTICO (REGIÓN SACRO-GLÚTEO-INGUINAL)	41
LÁMINA XII: ECZEMA IMPETIGINOSO AGUDO O PSEUDO-EXANTEMÁTICO GENERALIZADO	43
LÁMINA XIII: URTICARIA AGUDA EN DECLINACIÓN.....	46
LÁMINA XIV: PÉNFIGO AGUDO PSEUDO-EXANTEMÁTICO	49
LÁMINA XV: ANTRAX	53
LÁMINA XVI: FORÚNCULO.....	55
LÁMINA XVII: ERITEMA PAPULOSO AGUDO URTICADO	57
LÁMINA XVIII: VARICELA.....	59
LÁMINA XIX: PÚRPURA HEMORRÁGICA	61
LÁMINA XX: SIFÍLIDE MACULOSA EXANTEMÁTICA (ROSEOLA SIFILÍTICA)	64
LÁMINA XXI: SIFÍLIDE PAPULOSA GENERALIZADA (LIQUEN SIFILÍTICO).....	68
LÁMINA XXII: SIFÍLIDE ACNÉICA GENERALIZADA Y EXANTEMÁTICA. (ACNÉ SIFILÍTICO)	70
LÁMINA XXIII: CHANCRÓ SIFILÍTICO LABIAL O CEFALÍTICO (ACCIDENTES SECUNDARIOS, SIFÍLIDE, PLACAS, ETC.)	72
LÁMINA XXIV: CHANCROS SIFILÍTICOS MÚLTIPLES SIFÍLIDE PAPULOSA EXANTEMÁTICA OBSER- VADA A LOS TRES MESES DE LA PRESENTACIÓN DE LOS CHANCROS. ESTUDIO MICROS- CÓPICO DE UN CHANCRÓ EXTIRPADO CON ESTE OBJETO	74
LÁMINA XXV: SIFÍLIDE AGUDA MUCOSA: PLACAS	76
LÁMINA XXVI: ALOPECIA SIFILÍTICA; SIFÍLIDE CRÓNICA O CIRCUNSCRITA COINCIDENTE	78
LÁMINA XXVII: SIFÍLIDE TUBERCULOSA CIRCUNSCRITA	80
LÁMINA XXVIII: PIAN FUNGOSO	82
LÁMINA XXIX: HERPÉTIDE PAPULOSA (LIQUEN HERPÉTICO SUBAGUDO DE BRAZOS Y PIERNAS)....	84
LÁMINA XXX: IMPÉTIGO SUBAGUDO HERPÉTICO. (HERPÉTIDE PUSTULOSA DE LA CABEZA Y DE LA CARA).....	87
LÁMINA XXXI: HERPÉTIDE PUSTULOSA (MENTAGRA HERPÉTICA)	89
LÁMINA XXXII: HERPÉTIDE PUSTULOSA (IMPÉTIGO SPARSA HERPÉTICO)	91
LÁMINA XXXIII: HERPÉTIDE ESCAMOSA. (PITIRIASIS ROSADA).....	93
LÁMINA XXXIV: PSORIASIS GUTATA HERPÉTICO GENERALIZADO. (HERPÉTIDE ESCAMOSA DISEMINADA).....	96
LÁMINA XXXV: HERPÉTIDE VESICULOSA (HERPES HERPÉTICO)	98
LÁMINA XXXVI: ECZEMA CRÓNICO HERPÉTICO DE AMBOS ANTEBRAZOS Y PIERNAS. (HERPÉTIDE VESICULOSA EN DECLINACIÓN)	100
LÁMINA XXXVII: HERPÉTIDE ESCAMOSA. PSORIASIS GUTTATA.....	102

LÁMINA XXXVIII: HERPÉTIDE PUPULOSA. LIQUEN CRÓNICO HERPÉTICO	104
LÁMINA XXXIX: ESCRÓFULA GLANDULAR Y VISCERAL	106
LÁMINA XL: MELANODERMIA. (ENFERMEDAD BRONCEADA O ENFERMEDAD DE ADDISON)	108
LÁMINA XLI: ELEFANTIASIS DE LOS GRIEGOS, (LEPRA TUBERCULOSA Y MACULOSA ANESTÉSICA = TSARATH).....	111
LÁMINA XLII: ELEFANTIASIS DE LOS GRIEGOS.- LEPRA TUBERCULOSA ANESTÉSICA. TSARATH DE LA CARA. MIEMBROS. EXCLERÓTICA, Y VELO PALATINO	119
LÁMINA XLIII: LEPRA ANESTÉSICA.- TERCER PERÍODO	121
LÁMINA XLIV: LEPRA TUBERCULOSA (SEGUNDO PERÍODO)	125
LÁMINA XLV: PELAGRA.- LOCURA PELAGROSA	129
LÁMINA XLVI: ERITEMA PELAGROSO (PRIMERA INVASIÓN DE LA PELAGRA).....	131
LÁMINA XLVII: CANCROIDES ESCROFULOMA DEL PARPADO SUPERIOR DERECHO	133
LÁMINA XLVIII: EPITELIOMA DEL LÓBULO DE LA OREJA.....	136
LÁMINA XLIX: PSEUDO CANCROIDE	138
LÁMINA L: CÁNCER CUTÁNEO ULCERADO (TUMOR CANCEROSO CEREBRIFORME DE LOS GÁNGLIOS PRÓXIMOS)	140
LÁMINA LI: ECTIMA ARTIFICIAL O PROVOCADO POR EL TARTARO EMÉTICO.....	142
LÁMINA LII: VEGETACIONES SEXUALES CUTÁNEO-MUCOSAS EN EL HOMBRE.....	144
LÁMINA LIII: VEGETACIONES SEXUALES EN LA MUJER	147
LÁMINA LIV: CHANCRO ESPECÍFICO DEL PREPUCIO QUE DIÓ LUGAR A OTRO ANÁLOGO EN EL LADO DERECHO DE LA REGIÓN SUPRAPUBIANA. (SIFÍLIDE POLIMORFA).....	150
LÁMINA LV: CHANCROS BLANDOS EN EL ANILLO VAGINAL	152
LÁMINA LVI: ERITEMA PROVOCADO POR EL FRÍO. (SABAÑONES).....	154

Este interesante estudio sobre la vida y obra de José Eugenio de Olavide y Landazábal, uno de los dermatólogos españoles más reputados del siglo XIX, autor del *Atlas de la Clínica Iconográfica de Enfermedades de la Piel o Dermatosis* (1873), entre otras obras, permite a los autores realizar un pormenorizado análisis comparativo entre los tratamientos decimonónicos y los actuales con los que la dermatología ha enfrentado y enfrenta, las enfermedades de la piel. La revisión cuidadosa de la vida y la obra de José Eugenio de Olavide supone profundizar en el conocimiento de esta rama de la medicina y en el de los hombres que la han hecho posible.



SERVICIO DE PUBLICACIONES
UNIVERSIDAD DE CADIZ
1996

RO DE LA DERMAT
GÍA ESPAÑOLA JOSÉ
ENIO DE OLAVIDE
MAESTRO DE LA I
ATOLOGÍA ESPAÑOL
A JOSÉ EUGENIO D
OLAVIDE UN MAES
DE LA DERMATOL
GÍA ESPAÑOLA JOSÉ
ENIO DE OLAVIDE
MAESTRO DE LA I
ATOLOGÍA ESPAÑOL
A JOSÉ EUGENIO D
OLAVIDE UN MAES