

## Pericia médica y Arte: la otra mirada

*Alejandro Font de Mora Turón\**

Vicepresidente primero de las Cortes Valencianas

La Medicina es la ciencia que está más cerca del hombre. Ningún avatar sociopolítico que haya modificado su organización o su práctica ha podido alterar esta verdad esencial. En el esfuerzo experiencial que el médico debe hacer para aproximarse al hombre, objeto de su quehacer y vocación, se ve necesariamente impelido a intentar un conocimiento holístico de la condición humana, esto es: al humanismo.

Y al humanismo médico le debe interesar, sin duda alguna, la actividad creadora a través del Arte, que es el genuino certificado de origen de la Humanidad. En efecto, nuestra especie alcanza su definitiva condición de humana cuando un antepasado nuestro, en el lóbrego interior de una cueva, siente el impulso de la creación y delinea en la pared rocosa, a la dudosa luz de una fogata, la silueta de su propia mano [Fig. 1-179], mano que, guiada por un cerebro ya plenamente desarrollado en el que asienta el espíritu, se apropia creadoramente del mundo y lo representa en imágenes: bisontes, cérvidos, mamuts [Fig. 2-180], como en Lascaux o Altamira, o incluyéndose a sí mismo y a sus congéneres en dinámicas escenas de caza [Fig. 3-181] -primeras interpretaciones geniales de la pintura del movimiento- de los abrigos rocosos de la cuenca mediterránea española, como en la Valltorta.

Nace el Arte y la humanidad del hombre se despliega incontenible. Por eso, el médico humanista se siente interesado en las manifestaciones artísticas de toda índole. Modificando interesadamente la frase de Terencio podríamos decir “Médico soy y nada de lo humano estimo extraño”.

Por otra parte, la compleja –y completa- formación del médico, a la vez “Tekné” y “Ars”, le prepara para la aprehensión de todas las facetas de la realidad. El médico, especialmente –pero no solo- el clínico, ha de tener aguzados los sentidos, porque es con las herramientas de los sentidos como se construye el edificio del diagnóstico, edificio en el que habita la curación (cuando ésta es posible). Sin diagnóstico, digámoslo así, dejamos la curación a la intemperie.

Cierto es que hoy en día aparatos sofisticados sustituyen a los sentidos (o los amplifican), pero entiendo que sigue siendo esencial el entrenamiento de los mismos para una adecuada formación médica.

Con motivo del tema que nos ocupa, y de otros relacionados, he cotejado libros de las tres generaciones sucesivas de médicos de mi familia, observando con desazón que, a medida que ha ido creciendo el arsenal exploratorio, las descripciones de las enfermedades se han ido empobreciendo de matices y detalles. Craso error, creo, porque es verdad que con un arco más moderno podremos dar mejor en el blanco, pero no debemos olvidar jamás que es el ojo, entrenado, el que apunta.

Y así debe estar, y está, el ojo del médico: entrenado. A través de su entrenamiento el médico, como hicieron Adán y Eva, ha comido el fruto del árbol de la Ciencia del Bien y del Mal, y como a ellos les sucedió, sus ojos se han abierto irreversiblemente a una nueva realidad de conocimiento que es imposible soslayar. La Ciencia –en este caso del Bien- expulsa al médico del improbable paraíso de la ignorancia y lo expone para siempre al desasosiego cierto del conocimiento. En definitiva, la pericia del Médico lo ha dotado de “otra mirada”. Y de esto precisamente vamos a tratar: vamos a hacer un breve recorrido por la pintura con los ojos de médico para tratar de ver lo que con la mirada profana no se ve.

No vamos, aunque sería muy interesante, a ocuparnos de la iconografía artística de la actividad médica, bien clínica como en esta muy conocida obra de **Picasso** “**Ciencia y caridad**” [Fig. 4-196], bien quirúrgica como en esta imagen del castellonense **Vicente Castell**: “**Laparotomía**” [Fig. 5-188] o bien necrósica como en esta melodramática obra titulada “**Y tenía corazón**” del valenciano **Simonet Lombardo** [Fig. 6-170].

Vamos a dar un paso más allá y vamos “con ojo clínico” (según la popular expresión) a ejercer de médico ante la obra de arte y a intentar “diagnosticar” a partir de las imágenes que los pintores nos ofrecen. Y lo haremos siguiendo el principio clásico que los médicos forenses aplican en sus pericias, esto es “dando lo cierto como cierto y lo dudoso como dudoso”.

[Fig. 7-86] Comenzaremos por el grupo de enfermedades que quizá haya tenido más relevancia en la Historia de la pintura tanto por la frecuencia de su representación, como por la calidad de sus autores: ***el déficit de talla o enanismo*** (en su denominación clásica).

En efecto, siguiendo una tradición medieval, los llamados enanos, junto a los bufones y los “monstruos” (es decir aquellos que presentaban anomalías muy llamativas) formaban parte de las Cortes de todos los países; así como también, por un fenómeno de emulación, de las casas de los nobles más conspicuos.

Aunque se trataba de un fenómeno generalizado, hay que reconocer que en la corte de los Austrias españoles, esta práctica adquirió una singular importancia. Sea para aliviar la rigidez de la etiqueta borgoñona impuesta por Carlos I, sea como buscado contraste para realzar su majestad (lo que en términos artísticos denominaríamos “contraste simultáneo”) los monarcas habsbúrgicos se rodearon de este tipo de pacientes y –siquiera marginalmente- los introdujeron en sus vidas: los citaban en sus cartas, los incluían en sus testamentos, se los “regalaban” unos a otros y, por supuesto, los hacían retratar por los pintores de cámara más eminentes, como es el caso Velázquez, a través de cuya obra han alcanzado sus imágenes renombre universal. Pero no nos engañemos: para repugnancia de nuestra actual sensibilidad eran para sus dueños “gentes de placer” o “sabandijas de Palacio”.

La figura que observan es quizá, según Manuela Mena (monstruos, enanos y bufones, pag. 62) el primero o uno de los primeros retratos de enanos. Fechado hacia 1585 ilustra dos aspectos: la tipología patológica más frecuente –se trata indudablemente de un caso de acondroplasia- y, en segundo lugar, la presencia de estos enanos en las casas nobles, puesto que la joven acompañada del enano es D<sup>a</sup> Juana de Mendoza, Duquesa de Béjar. El autor, Alonso Sánchez Coello, era nacido en Benifairó de les Valls (Valencia) aunque de origen portugués, y fue pintor de corte de Felipe III.

[Fig. 8-160] Esta otra imagen demuestra la ubicuidad de los enanos en las cortes europeas, aquí en la de Mantua, acompañando a la familia Gonzaga.

[Fig. 9-22] ***La acondroplasia***, que es la más frecuente de un grupo de enfermedades denominadas “Osteocondrodisplasias”, era lo que también padecía Don Sebastián de Morra, pintado por Velázquez, con sus rasgos característicos: Macrocefalia, frente abombada, nariz en silla de montar. micromelia y rizomelia, es decir, miembros inferiores y superiores muy cortos (con tórax y genitales de tamaño normal), mano en tridente –aquí no visible-, es decir, con dedos cortos y de igual longitud y otras deformidades en las extremidades, la más frecuente el “genu varo” o “piernas de caballista”. Barceló afirma que las características faciales de la acromegalia confieren a estos pacientes un “aire de familia”.

Esta constante presencia de alteraciones craneofaciales debe hacer dudar del diagnóstico de acondroplasia en pacientes con cráneo y cara normales. Es el caso del **“Retrato de Enano” de Van der Hamen** [Fig. 10-84] y del velazqueño Don Diego de Acedo, llamado **“El Primo”** [Fig. 11-17].

En estos casos habría que pensar en otras formas de osteocondrodisplasias que cursan con normalidad craneofacial, como la hipoacondroplasia, la displasia mesomélica, la pseudoacondroplasia, o bien en otros trastornos como el Raquitismo Renal Vitamina D resistente o Raquitismo hipofosfatémico.

La inteligencia en este grupo de enfermedades es normal, lo mismo que la función sexual. Don Diego de Acedo, a quien contemplan, nos sirve de ejemplo de ambas cosas: en cuanto a la inteligencia porque esta persona no ejercía de bufón sino de funcionario, de hecho trabajaba en la oficina de la estampilla real (o sea de la firma facsimilar del Rey), y respecto a la función sexual, porque está documentado el episodio de celos de otro funcionario de Palacio, Don Marcos de Encinilla, quien asesinó a su propia mujer, sospechando que había sido seducida por Don Diego de Acedo.

[Fig. 12-35]. No sucede lo mismo con el nivel de inteligencia –esta vez disminuido- de otro tipo de pacientes, también de baja talla, que ejercían de bufones y que en ocasiones se confunden con los acondroplásicos. Es el caso de los afectos de ***hipotiroidismo congénito o neonatal (cretinismo)***, bien por agenesia o hipogenesia tiroidea (que es lo más frecuente), o bien por trastornos en la hormonogénesis relacionados con el manejo del yodo por el tiroides, así como también por déficit de yodo en la madre (como sucedía en algunas regiones de España, como Galicia y Extremadura –Las Hurdes-).

En estos casos se producía lo que aquí contemplan en esta obra de **Velázquez “El niño de Vallecas”** (Pedro Lezcano, en realidad vasco): Déficit de inteligencia –bien perceptible aquí por la maestría expresiva del genio sevillano– talla corta, deformidades esqueléticas (como el “genu varo” y la “tibia vara”) y craneofaciales (macrocefalia braquicéfala, facies tosca, pelo seco y grueso, y macroglosia (aquí no visible)). No es el “niño de Vallecas” un acondroplásico, como afirma por ejemplo Jerónimo de Moragas -porque sus brazos son largos y los dedos de las manos también- y tampoco me parece un síndrome de Down (mongolismo) como opina Dequeker. La parálisis facial que algunos creen ver me parece más bien un gesto de mueca con el que Velázquez quiere acentuar aun más, si cabe, la manifiesta anormalidad del paciente.

Tampoco puede ser acondroplásica como señalan diversos autores la más notoria de los enanos velazqueños –notoriedad que le presta el estar incluida en la obra cumbre: “**Las Meninas**”- [Fig. 13-26] nos referimos a **Mari-Bárbola** una paciente de origen alemán con talla baja que, aparte del enanismo presenta facies tosca, frente abombada, nariz ensillada, prognatismo acusado y una expresión de escasa inteligencia. Obsérvese sin embargo la longitud de sus brazos: el derecho, que está extendido, alcanza casi hasta medio muslo, cuando en la acondroplasia ni con los dedos extendidos se suele alcanzar la espina iliaca anterosuperior. Además los dedos, bien visibles en la mano izquierda, son largos y bien formados. Por ello, algunos autores piensan que podría tratarse de un caso de cretinismo. En concreto Jerónimo de Moragas dice de Maribárbola que “sufría un cretinismo con oligofrema poco profunda, acompañada de presunción y genio chistoso”. No concuerda con este diagnóstico, sin embargo, el pelo largo, fino, ondulado y brillante que pinta Velázquez. El abombamiento craneal, la nariz ensillada, la facies de “vieja”, la talla baja por enfermedad crónica, junto al déficit de inteligencia, pueden hacer pensar en una ***sífilis congénita***, muy frecuente en la época.

Junto a estas modalidades, vistas hasta ahora, de déficit de talla de carácter “disarmónico” (con desproporción y deformidades obvias), encontramos representación de otro tipo de enanismos que podríamos llamar “armónicos” porque excepción hecha de la baja estatura no existen otras anomalías visibles: Se trata de los **enanismos hipofisarios**, habitualmente producidos por tumores hipofisarios (siendo el craneofaringioma el más frecuente), aunque pueden también ser idiopáticos (déficits aislados de GH)

Así, en esta misma obra, Velázquez retrata, junto a Maribárbola, a **Nicolasillo Pertusato**, cuya edad en el momento de ser aquí retratado (año 1656) se discute, pero en todo caso sería mayor de 13 años (algunos le atribuyen hasta 30), con lo que su talla resulta claramente patológica, sobre todo cuando la comparamos con la princesa Margarita, figura central de la obra que tenía a la sazón tan solo cinco años de edad.

La armonía entre las distintas partes del cuerpo hace que los afectos de enanismo hipopituitario para ser identificados como tales enanos hayan de ser representados junto a otro ser de dimensiones normales.

Así lo hacen [Fig. 14-91] **Rodrigo de Villandrando** y **Gaspard de Crayer**. El primero retrata al enano “**Soplillo**” junto a un joven Felipe IV y el segundo [Fig. 15-183] a otro enano no identificado junto al mismo monarca.

No todos los enanos eran bufones (hemos comentado el caso de Don Diego de Acedo, también podríamos añadir el retratado por Van der Hamen con uniforme militar) y tampoco, obviamente, todos los bufones eran enanos. Aquí mostramos [Fig. 16-184] al bufón “**Perejón**” representado por el flamenco Anthonis Mohr, conocido en España como **Antonio Moro**, pintor de la corte de Felipe II, al que en un inventario de la época se describe como “el loco del conde de Benavente”. Como en este caso, en otros muchos los bufones solían padecer algún tipo de trastorno psiquiátrico. Además aquí observamos o creemos observar los estigmas de una ***hemiplejia derecha***: comisura bucal levemente caída, hombro ligeramente descendido, flexión de la muñeca y pronación del antebrazo y la mano y una cierta actitud espástica en la pierna derecha.

[Fig. 17-102] **Agostino Carracci**, en una obra para la corte de Parma, nos ilustra perfectamente sobre la diversa tipología de aquellas tristemente denominadas “sabandijas de Palacio” de las cortes del Barroco: aquí tenemos a “**Arrigo el Velloso, Pedro el loco, y Amón el enano**”; es decir, un enano acondroplásico, un bufón –el loco- y la tercera categoría que brevemente anotaremos la de los “monstruos” aquí representados por “**Arrigo el velloso**”. (Es preciso remarcar con qué se acompaña a estos personajes: perros, monos, aves exóticas, que con su presencia subrayan el triste papel de estos infortunados en aquella sociedad: servir de entretenimiento, ser “gentes de placer”)

“Arrigo” padecía una ***Hipertrichosis lanuginosa o síndrome de Ambras***, enfermedad de carácter hereditario, que ha dado otros ejemplos bien conocidos en la Historia de la patología en el Arte, como la familia Gonzáles, de origen canario, que viajó de corte en corte para asombro y solaz de los cortesanos. Aquí se representa a una hija de esta familia, **Antonietta Gonzalez**” [Fig. 18-185], obra de **Lavinia Fontana** y otra paciente en la actualidad, de 6 años edad [Fig. 19-195]. Esta es una enfermedad extraordinariamente rara, hereditaria (aunque puede haber casos esporádicos) que se trasmite con carácter Autosómico Dominante y que se llama también, por razones obvias, “Síndrome del hombre lobo” o “Dog face syndrome” (síndrome de “la cara de perro”)

Hipertrichosis asimismo, pero de diferente etiología es la de “**Brígida del Río**” [Fig. 20-92] y aparece aquí retratada por el cartujo **Juan Sánchez Cotán** (más conocido y apreciado por sus excelsos bodegones). Esta paciente sufría un hiperandrogenismo con el ***hirsutismo*** que observan (es decir aparición de pelo en zonas hormonalmente determinadas), hiperandrogenismo cuyas causas más comunes son las disfunciones ováricas o suprarrenales, tumorales o no.

Brígida vivió muchos años (incluso está documentada y citada por Mena (monstruos, enanos y bufones, pag. 68) su presencia en Valencia donde recibió un donativo del Patriarca Juan de Ribera) y donde existe un retrato de esta mujer de autor desconocido, lo que parece descartar un tumor y favorece el diagnóstico de **Hiperplasia suprarrenal congénita**. Similar patología debía padecer la más famosa, artísticamente hablando, de las mujeres barbudas [Fig. 21-24] **Magdalena Ventura** retratada por el setabense **José de Ribera**, el “Españoleto” junto a su marido e hijo: observen la frondosa barba, la recesión frontal del cabello, el vello corporal y el aspecto viriloide acusado. Anotemos de paso el hecho, apuntado por diversos autores, que muchos de estos casos se hacía pintar también con un vago propósito científico: el de ilustrar las diferentes anomalías de la naturaleza. A algún autor le ha parecido ser éste un caso de prolactinoma y aunque la hipertrofia mamaria y la lactogenesis son evidentes, la fertilidad apunta en contra de este diagnóstico pues la prolactina, como se sabe, inhibe la ovulación.

Pero “**la Monstrua**” por antonomasia es la que ustedes observan, sea vestida [Fig. 22-85] o desnuda [Fig. 23-85bis] pues así –la Monstrua- se titulan estas obras del pintor de corte de Carlos II, **Juan Carreño de Miranda**, quien por orden del rey pintó a esta, Eugenia Martínez de Vallejo, natural de Bárcena (en Burgos) a la edad de 6 años, con una más que evidente obesidad (70 kilogramos de peso). Su diagnóstico ha sido discutido por diversos autores. Como recuerda Álvarez Lopera “En 1945 Gregorio Marañón hizo notar que esta niña representaba el primer caso conocido del síndrome hipercortical”. Marino Gómez Santos cita la opinión de Rico Avello: “Parece responder a una distrofia neurohipofisaria tipo Frölich con electividad en la localización grasa ... es un síndrome adiposo-genital”. Personalmente, y sintiendo discrepar de tan ilustres opinantes, yo no veo en modo alguno la “electividad” de la localización grasa (es decir, la obesidad facio-troncular), sino que es obvia la *obesidad mórbida infantil*, por lo que mi maestro Pedro Betancor modifica la opinión de Marañón en el sentido de que más bien que parecer el primer caso de síndrome hipercortical conocido podría ser el primer caso conocido de **hipoleptinemia**. Porque, efectivamente, se han detectado varias familias con obesidad mórbida de comienzo precoz en la infancia, debida a mutaciones que inactivan la leptinas o su receptor. Como es sabido la leptina ( de “leptos”: delgado) es una hormona producida en los adipocitos por la expresión del gen “ob” y es la que regula el balance energético del organismo actuando en el hipotálamo a través de un complejo mecanismo con la participación de mediadores de carácter hormonal y enzimático.

Como cruel paradoja de la Historia, la dinastía que coleccionaba tales “monstruos” acabó con un rey que bien pudiera ser considerado entre ellos. [Fig. 24-111] Aquí, en efecto, tenemos a Carlos II retratado por Carreño, y a pesar de su benévolo tratamiento pictórico, no dejan de ser evidentes el cráneo con abombamiento frontoparietal, la intensa palidez, el acusado prognatismo habsbúrgico llevado aquí al extremo y la deformidad de las extremidades, en este caso un “*genu recurvatum*” y posiblemente también varo, la mirada melancólica y vacía y la mano apoyada en la mesa con la excusa de sujetar un sombrero. Años más tarde, le vuelve a retratar [Fig. 25-115] y a pesar del boato del uniforme de Gran Maestre de la Orden del Toison de Oro, siguen siendo evidentes los signos patológicos.

Nuestro diagnóstico aquí sería el de ***Raquitismo***, ***Anemia*** (tal vez de origen palúdico) y un más que posible ***déficit intelectual***, siquiera de carácter leve. La historia (nuestra particular forma de anamnesis en estos casos) nos confirma que “a los tres años no se le han cerrado los huesos del cráneo”, en los primeros años de su reinado un aya menina le sujetaba con unos cordones para que no perdiera el equilibrio, que sufría convulsiones, desarreglos gástricos y fiebres periódicas (calificadas de “tercianas” por los médicos de la época). Por tanto era sin duda raquítico (por el retraso en el cierre de las fontanelas y las deformidades en cráneo y extremidades) y palúdico (por los accesos febriles) e incluso epiléptico, si los accesos convulsivos no se relacionasen con las crisis febriles. De su deficiencia intelectual da fe la “anamnesis histórica”: pese a tener los mejores preceptores (y a una privilegiada ratio profesor/alumno, si me permiten la ironía) a los 9 años no sabía ni leer ni escribir. A finales de 1700 entró en un cuadro febril delirante y falleció pese al “tratamiento” consistente en “cantáridas en los pies y pichones recién muertos en la cabeza y entrañas de carnero recién extraídas sobre el estómago y a flor de piel”. Así el 1 de Noviembre de 1700 se puso triste fin a la dinastía y, a una decadente época de la Historia de España.

Dejemos esta espuria utilización del mal ajeno en las cortes para uso pretendidamente placentero, no sin antes recordar que en nuestra época persisten vestigios de estas actitudes y para ilustrar esta afirmación sirva la imagen de **Picasso** [Fig. 26-99] “**La nana**”, que nos recuerda que estos pacientes se han exhibido o aun se exhiben en espectáculos circenses o taurinos, lo que nos enseña que ninguna época histórica puede tirar la primera piedra y que lo que hoy consideramos como comportamientos normales pueden ser rechazados en épocas venideras.



Hemos hablado de déficit de talla, pues bien, en el otro extremo de la patología de la estatura, es decir en su exceso, está ***gigantismo***, aquí representado [Fig. 27-186] por “**Gilles**” el gigante obra de **Watteau** ya en el periodo Rococó. La talla anormalmente elevada puede ser constitucional o no patológica, o por el contrario patológica, casi siempre debida a un adenoma hipofisario con secreción excesiva de hormona del crecimiento. Si la aparición del tumor es previa al cierre epifisario el resultado es el gigantismo (talla excesiva sin deformidades), si posterior, la acromegalia, donde se observan ensanchamiento craneal, deformidad facial, prognatismo, diastemas dentarios, macroglosia, visceromegalia, manos y pies grandes, de aspecto tosco. Gilles sería un caso intermedio tiene exceso de talla, no ha desarrollado la facies acromegalia, pero sí las manos y pies acromegaloides.

Anteriormente hemos visto casos extremos de exceso de vello hipertrichosis e hirsutismo. Les muestro ahora dos casos evidentes pero menos extremos y pertenecientes a otras épocas.

Aquí está, [Fig. 28-122], retratada por el valenciano **Vicente López Portaña**, la “**Señora de Delicado de Imaz**” con su ***hirsutismo*** (bigote, cejas pobladas con tendencia a la sinofridia, sugerencia de vello en las patillas, recesión frontal del cabello) y ciertamente rasgos viriloides, que demuestra dos cosas que Vicente López era un retratista con excepcionales cualidades (no en vano Goya lo escogió para su propio retrato) y que el vello facial en la mujer no siempre ha tenido el rechazo social que tiene en la actualidad. Al menos en la época final del reinado de Fernando VII – identificable por el peinado “a las tres potencias” típico de entonces- no se rechazaba, pues de lo contrario el retrato hubiera sido muy otro. En un prodigio de penetración psicológica, que debemos a la maestría de Vicente López la Sra. de Delicado nos mira desde el pasado con tranquila serenidad, no turbada por su peculiaridad hormonal.

Algo de reivindicativo hay en la mirada del otro caso de *hirsutismo* [Fig. 29-4]: el de **Frida Kahlo**. Sinofridia, patillas, bigote y una insinuación de vello pectoral, tienen aquí una representación desafiante en la que fue compañera del gran muralista mexicano Diego Rivera que se retrata a sí misma apuntando su tumultuosa personalidad.

El hirsutismo puede tener un origen constitucional, racial, sin significado patológico o deberse a enfermedades ováricas (la más frecuente el ovario poliquístico) o suprarrenales (el síndrome adrenogenital por hiperplasia o tumor suprarrenal). En los casos más graves hay también virilización: calvicie temporal, hipertrofia del clítoris, cambios en la voz, atrofia mamaria, etc.). El caso de Frida Kahlo podría ser el de un

hirsutismo constitucional y el de la Señora de Delicado –presenta además una discreta *obesidad* responde a una **ovario poliúístico o enfermedad de STEIN-LÖWENTHAL** que asocia hirsutismo, obesidad y alteraciones menstruales.

Cambiando de registro patológico [Fig. 30-12] esta imagen de una joven pálida con un matiz verdoso, profundas ojeras y expresión triste nos enseña como las modas cambian con las épocas, así frente al bronceado cutáneo que apetece la juventud actual, hasta prácticamente bien entrado el pasado siglo XX la belleza y la distinción femeninas se asociaban a la palidez: el “cutis alabastrino” cantado por los poetas. Cuando esta preferencia se extremaba y se buscaba obtener la palidez con comportamientos dietéticos aberrantes y ello se combinaba con la falta de ejercicio físico, el uso de corsés opresivos y la represión sexual propia de épocas de moral rígida, podía aparecer la *clorosis* que creemos padecía la joven de la imagen, obra de **Francesco Ubertini** llamado **il Bachiacca**, un discípulo de Perugino. Esta clorosis era un tipo de anemia ferropénica hoy desaparecido pero repetidamente citado en la literatura médica. Era el “morbus virginicus” hipocrático, la “febris amatoria” que Denecke diagnosticaba en “adolescentes láguidas, gastroptósicas y encorsetadas”.

[Fig. 31-59] En este otro caso, el de “**Suzanna Beckford**”, exquisito retrato obra de Sir **Joshua Reynolds** se nos muestra la distinción y la elegancia, pero también la melancolía, la palidez ojerosa, y ese matiz verdoso, clorótico (de donde el nombre de la enfermedad) que quizás llevó al pintor, con su sabiduría cromática, a entonar en verde toda esta obra.

La búsqueda de la palidez a toda costa condujo a hábitos extravagantes como la *bucarofagia*, bien estudiada por Natacha Seseña o sea a comer el barro de los búcaros que ya vimos en los cuadros de la duquesa de Béjar con su enano y en las Meninas y que vemos ahora en estos magistrales bodegones de **Zurbarán** [Fig.32-83] y **Van der Hamen** [Fig. 33-89]. Eran muy apreciados estos barros rojizos procedentes de ciertas zonas de Extremadura y de México, porque refrescaban y aromatizaban el agua y algunas jóvenes los utilizaban para anemizarse ingiriéndolos pulverizados ya que, al parecer, interferían la absorción de hierro. El exceso de esta práctica se reputó de vicio y llevó incluso a la intervención de la Inquisición. En España Pedro Pons dice haber diagnosticado *clorosis* hasta los años 40 del pasado siglo.

[Fig. 34-38].Una Anemia también aunque de distinta etiología presenta este “Baccino Malatto” o “**Joven Baco enfermo**” que se reputa autorretrato de **Michelangelo Merisi**, llamado **Caravaggio**. Obsérvese que este autor, un auténtico genio del Barroco, retrata con precisión la palidez de la piel, pero también de las

mucosas conjuntival y labial, incluso parece adivinarse la palidez subungueal. Una reciente y bien documentada biografía de este pintor obra de Andrew Graham-Dixon, precisa que el cuadro se realizó a la salida de un ingreso hospitalario. La causa de la anemia algunos la atribuyen a una caída de caballo y otros, a mi parecer con más acierto, a una infección, probablemente un ***paludismo***, frecuente en la Roma de la época por la proximidad de las “Paludes” pontinas o lagunas pontinas, que hasta su desecación en época de Mussolini provocaron en la población romana brotes recurrentes de paludismo como el que habría afectado al pintor y al que también apunta el leve tinte ictérico (ictericia flavínica) propio de los episodios de hemólisis.

[Fig. 35-47].Pálida también, sobre todo en comparación con su marido, aparece esta dama en esta obra de **Marinus van Reyerswaele** titulada “**El cambista y su mujer**” pero si observamos con atención, la palidez aquí tiene otra causa: la fidelidad del pintor a su modelo y, excelente técnica, habitual por otra parte en la escuela flamenca, le lleva a representar en el cuello de la mujer unas tumefacciones redondeadas y múltiples que corresponden, sin duda a adenopatías laterocervicales: ganglios aumentados de tamaño que nos deben hacer sospechar como probable diagnóstico un ***linfoma*** o, alternativamente una ***Escrófula o Tuberculosis Ganglionar***. Otros autores como Dequeker coinciden también en esta impresión diagnóstica.

También el mismo autor y otros que han estudiado esta imagen [Fig. 36-33].que es otra obra de **Caravaggio** titulada “**Cupido dormido**” coinciden en diagnosticar que nos hallamos ante una ***Artritis reumatoide juvenil o Enfermedad de Still***, donde son bien patentes la sinovitis de la muñeca izquierda y probablemente de las rodillas que aparecen globulosas y que, como las caderas, se encuentran semiflexionadas, en posición antálgica. El abdomen se presenta globuloso por la hepatoesplenomegalia. Por otra parte, la mandíbula inferior retraída e hipoplásica que aquí también se aprecia es consecuencia de la afectación temporomandibular recurrente.

El Barroco es, desde luego, por su descarnado realismo, fuente de imágenes con patología, pero, en realidad la podemos observar en cualquier época siempre que exista representación de la realidad visible.

Hagamos un repaso rápido: en el *Quattrocento* trabajó el **Maestro de Moulins** [Fig. 37-163].autor de este “**Nacimiento de Cristo con el donante Cardenal-Arzbispo Jean Rolin**” del que d’Espezel y Fosca dicen: “se observa una pasión por la verdad que hace de este pintor un notable retratista”, y en verdad que lo es pues nos hace ver la ***Miastenia gravis*** que debía padecer el Cardenal Rolin (que no he visto

recogida antes), pues son evidentes la ptosis palpebral (con el fruncimiento de la frente que intenta corregirla) y la fatigabilidad muscular patente en la posición más cómoda de los antebrazos que los del resto de personajes representados. Todo ello debido a este proceso de origen autoinmune con agresión por anticuerpos a los receptores post-sinápticos de la acetilcolina que altera gravemente la transmisión del impulso nervioso a la musculatura.

También quattrocentistas son **Jean Fouquet** (Tours 1420-1480) y **Piero di Cósimo** (Florencia 1462-1521), el primero en su retrato de “**Guillaume Jouvenal des Ursins**” [Fig. 38-162]. nos retrata con minuciosidad una oreja con *tofos* (nódulos o papulas amarillentas) que también aparecen en los dedos (como aquí en las articulaciones interfalángicas distales). Nos hallamos, por tanto, ante una **gota crónica tofácea**, por el trastorno en el metabolismo del ácido úrico.

Por su parte **Piero di Cósimo** retrata a “**Francesco Giamberti**” [Fig.39-10], un cortesano de los Médicis florentinos, con lo que creemos con Martí Vilalta que es una **Arteritis de la temporal, arteritis de células gigantes o enfermedad de Horton**, una enfermedad inflamatoria crónica que suele acompañarse de *Polimialgia Reumática* y que puede conllevar pérdida de la visión. En la imagen Piero di Cósimo nos presenta las ramas de la arteria temporal protruyentes y engrosadas con un entorno pseudocicatrizial por la inflamación crónica y dos rasgos muy característicos debidos al compromiso de irrigación en el territorio dependiente de la temporal: la ceja “decolada”, es decir, sin pelo en sus 2/3 externos, y la ausencia de pelo en la zona temporomandibular (zona de la patilla).

Podría parecer que en el pleno o alto Renacimiento (primer tercio del siglo XVI) con su pasión por la belleza y el canon clásico, no encontraríamos representación de enfermedad que es sinónimo de imperfección y defecto. Pero no hay tal: en el más exquisito y refinado de los renacentistas Rafael Sanzio de Urbino la realidad también se impone, como el “retrato de **Tommaso Inghirami** (llamado “**Fedra**” **Inghirami**, por su actuación en dicho papel en una ópera de la época) donde representa lo que ve: [Fig. 40-45] un **estrabismo divergente** con la evidente alteración estética que supone.

Ya en el Siglo XVIII, en la transición al Rococó **Miguel Jacinto Meléndez** (padre de Luis Egidio Meléndez y causa de su infortunio por su pelea en la Real Academia de San Fernando) retrata a la esposa de Felipe V, la reina Isabel de Farnesio, con lo que parece ser un **nevus facial** [Fig. 41-90] y digo parece ser porque en esta otra imagen, de la misma mano [Fig. 42-145] ha desaparecido. ¿Cambio de opinión de la modelo

sobre una lesión realmente existente que hizo eliminar al pintor? ¿Desaparición de una lesión facticia, un “grain de beauté” de moda en la época?.

En los inicios del Siglo XIX floreció de forma efímera el Neoclasicismo pictórico de la mano de Jacques Louis David, uno de cuyos escasos alumnos españoles fue el alicantino **José Aparicio e Inglada** que en este cuadro [Fig. 43-81] “**El hambre en Madrid**” recoge el edema de la inedia crónica, el edema de hambre, causado por la hipoproteinemia de la ***desnutrición crónica***, la cual al disminuir la presión oncótica de la sangre favorece la extravasación de fluidos. Este pintor y este cuadro, ambos hoy casi en el olvido, causaron sensación en el reinado de Fernando VII y la obra, en su versión grabado, se utilizó como arma propagandística del último rey absoluto español.

Todas las épocas, todos los estilos: siempre la capacidad de observación del artista pone a prueba la agudeza diagnóstica del médico.

Los tardogóticos **Rodrigo y Francisco de Osona** en su obra “**Cristo ante Pilatos**”, nos presentan un ***rinoscleroma*** [Fig. 44-149], el renacentista alemán **Lucas Cranach** (en “**La Virgen y el Niño con un racimo de uvas**” [Fig. 45-152]) una ***hidrocefalia*** (para la que debió tomar como modelo a su propio hijo que padecía este trastorno producido por una obstrucción en la circulación del líquido cefalorraquídeo o por su falta de absorción).

**Pedro Machuca** en la transición hacia el Renacimiento nos hace ver [Fig. 46-148] un caso de ***Parotiditis Epidémica*** o “Paperas” (“**Descendimiento de la Cruz**”), con el peculiar vendaje para sujetar las cataplasmas entonces utilizadas.

Otra vez **Velázquez** en el que se supone retrato de su suegro el también pintor Pacheco [Fig. 47-112], nos muestra lo que podría ser un ***tofo gotoso*** en el hélix auricular, que es su localización típica. Y asimismo, en el retrato del “**Fraile Trinitario calzado Fray Simón de Rojas**” [Fig. 48-106], confesor de la esposa de Felipe III con una lesión frontal congénita según crónicas, que sus múltiples admiradores de la época atribuían a una cox del diablo, pero que podría tratarse de una ***lesión melánica*** o bien un ***angioma***.

El vasco **Anselmo Guinea**, ya en el siglo XIX, retrató a esta joven con lo que parece ser una ***cuperosis*** [Fig. 49-101] con las finas telangiectasias características en región malar, nariz y nudillos.

Ya en el siglo XX **Lucian Freud** (nieto del fundador del psicoanálisis) en esta “**Muchacha con rosas**” plasma un evidente exoftalmos que si se presentara con temblor, taquicardia, palpitaciones y pelo fino y seco (como aquí parece) abonaría el diagnóstico de hipertiroidismo [Fig. 50-2].

**George Grosz** por su parte, en la Alemania de entreguerras, en su descarnado “**Retrato del poeta Max Hermann-Neisse**” [Fig. 51-1] (1925), nos lo muestra con su cabeza abombada y su deformidad cifoescoliótica (estigmas de un probable raquitismo) y, de paso, apunta una cianosis labial y unas discretas acropaquias (uñas en “vidrio de reloj”) que nos hablan de un enfisema pulmonar secundario a la deformidad torácica (enfisema toracígeno).

Vemos trastornos pintados afectando a todas las clases sociales: desde esta “**Celestina**” de **Picasso** [Fig. 52-120] con la opacidad corneal consecuencia de un traumatismo o queratitis grave o los niños pobres como los representados por **Ribera** [Fig. 53-34] con una parálisis cerebral con hemiplegia derecha por parálisis cerebral (“**El niño cojo**” o “**el mendigo**”) o por **Sorolla** [Fig.54-50] con diversos ejemplos de la misma enfermedad (“**Triste herencia**”), hasta, los más ilustres personajes, como el ideólogo de la Restauración alfonsina “**Antonio Cánovas del Castillo**” [Fig.55-113] aquí retratado por **Ricardo de Madrazo y Garreta** evidenciándose el estrabismo convergente que padecía (aunque aquí se ha tratado de disimular con el escorzo <sup>3</sup>/<sub>4</sub>).

Y tampoco se recatan los artistas de reflejar la realidad en sus propios familiares. Aquí tienen a “**Daphne Spencer**” [Fig. 56-3] a quien retrató su tío **Stanley Spencer** con la ptosis palpebral izquierda, una sugerencia de cicatrices palpebrales y un globo ocular que la maestría del pintor nos revela como falta de vida, de brillo, y efectivamente así es porque se trataba de una prótesis ocular, un ojo artificial que fue preciso implantar tras un trauma ocular grave.

En ocasiones parece que la representación de alguna enfermedad tenga un propósito irónico, véase por ejemplo este “**Narciso**”, de **Jan Cossiers** [Fig. 57-11] que se contempla satisfecho de su apostura en el reflejo del agua, pero al mismo tiempo exhibe unos pies deformados por un Hallux Valgus bilateral (los vulgares y conocidos “juanetes”).

En otras, la imagen pictórica puede plantear algún enigma. De la mano del genial **Goya** y en un discreto segundo plano de su obra “**La familia de Carlos IV**” [Fig. 58-30] vemos a la hermana del Rey, la infanta M<sup>a</sup> Teresa de Borbón ¿Qué es esa mancha

enorme sobre su sien? ¿Acaso un nevus gigante, un angioma? Es un parche terapéutico utilizado en la época como tratamiento de la cefalea. Doña María Josefa era jaquecosa y de pésimo carácter –“un agraz” decía que era su cuñada, la Reina M<sup>a</sup> Luisa de Parma-.

Sabido esto, si examinamos otra obra de Goya, “La Duquesa de Alba” [Fig. 59-117] parece apreciarse una imagen similar sobre su sien derecha. ¿Sufría la Duquesa jaquecas? Podría ser; de hecho la jaqueca o migraña es la causa más frecuente de cefalea recurrente y puede afectar casi al 20% de las mujeres a lo largo de su vida y parece ser que, según algún testimonio, en los Alba ha sido frecuente. Por otra parte ¿quería Goya, al mostrarnos esta imagen, exhibir su intimidad con la Duquesa? No he visto esta imagen de presunto parche comentado en la literatura artística sobre la obra goyesca a la que he podido acceder. Sí se ha comentado, y mucho, el célebre “Solo Goya” que aparece escrito en el suelo a los pies de la Duquesa y que ésta señala con el dedo. ¿Jaquecosa o no? Solo Goya, efectivamente, “Solo Goya” lo sabía.

Ante nuestra perplejidad sonrío este niño: el “**Joven riendo**” de Frans Hals [Fig. 60-13] y al hacerlo nos muestra una dentadura amarillenta y sin lustre propia de una hipoplasia o aplasia del esmalte dental.

En ocasiones a través de la obra pictórica es posible trazar la historia natural de un proceso patológico, por ejemplo el alcoholismo. Lo que empieza con euforia y desinhibición en el [Fig. 61-9] “**Alegre violinista**” de Gerrit van Honthorst (nótese la caries dental y el desaseo de las uñas), sigue con una incoordinación motora patente en el “**Silenio Ebrío**” de van Dyck [Fig. 62-72] (también con una evidente obesidad) y con irritación gástrica que provoca el vómito [Fig. 63-174] de este personaje de “**El Rey Bebe**” de Jacob Jordaens, continúa con la fase de depresión del SNC con estupor o coma; el estupor soñoliento de la mujer de “**Los borrachos**” de Jan Steen [Fig.64-97] (Repárese en el acierto del autor que representa el varón aún en la fase de excitación, con lo que, sin saberlo, apunta al hecho de la mayor sensibilidad al alcohol del sexo femenino). Con la cronicidad pueden aparecer alteraciones psiquiátricas, como la depresión [Fig.65-52] de magistral expresividad en “**El Ajenjo**” de Edgard Degàs. Finalmente la reiterada agresión sobre el hígado conduce a la cirrosis hepática [Fig. 66-18] certeramente pintada por nuestro paisano Ribera en su “**Sileno Ebrío**” donde hay que señalar la ascitis (“vientre de batracio”), la ginecomastia y la pérdida de vello corporal y pubiano (por el inadecuado metabolismo de los estrógenos).

Otras veces la observación en serie es condición “sine qua non” para este diagnóstico a través del Arte. En este sentido decirles que siempre me intrigó la repetida presencia de escenas de baño y aseo en la obra de **Pierre Bonnard**. Es verdad que la escuela de los “Nabis”, en la que formaba, tenía una especial predilección por las escenas de interior. Pero aun así la reiteración temática resultaba sospechosa, vean si no las imágenes [Fig. 67-57], Fig.68-57a], Fig. 69-57b], Fig. 70-57c], Fig. 71-57d]. Reparen, además, en que la modelo es siempre la misma. A la vista de ello pensé en la posible existencia de un **trastorno obsesivo compulsivo con manía de limpieza corporal o “Ablutomanía”** (de “ablutere”:lavarse). Tras indagar, puede comprobar que la modelo era la propia esposa del pintor y que, efectivamente, padecía este trastorno. El artista hizo simplemente de la necesidad virtud.

El *alcoholismo*, como conducta adictiva, y el *trastorno obsesivo-compulsivo* pertenecen al ámbito de la Psiquiatría. Dentro de él están también las **psicosis** que en su evolución pueden presentar graves trastornos de conducta como la **autoagresión** por ejemplo la [Fig.72-87], observable en esta obra de **Bartolomeo Passerotti “El comedor de brazo”** que se automutila con expresión indiferente, como ajena al daño que se inflige, o en este autorretrato, [Fig. 73-129], tan conocido de **Van Gogh** tras la autoamputación del pabellón auricular izquierdo (y digo izquierdo, puesto que al ser autorretrato es una imagen especular).

**El delirio sistematizado del paranoico** es el objeto de esta obra de **Théodore Géricault** [Fig. 74-132], el pintor romántico francés –el conocido autor de la “**Balsa de la Medusa**”, quien dedicó una serie de obras a la enfermedad mental sobre pacientes de la Salpêtrière. Aquí se observa el delirio o manía de la Orden Militar.

La *enfermedad mental* tiene a menudo antecedentes familiares: vemos aquí [Fig. 75-133], la obra titulada “**La demencia de Isabel de Portugal**” (1855), del catalán **Peregrí Clavé** (que fue director de la Real Academia de BB AA de San Carlos, pero de Méjico). Y en esta otra imagen [Fig. 76-134], vemos a la nieta de la anterior, D<sup>a</sup> Juana de Castilla (Juana “La loca”), hija de Isabel la Católica, en una excelente obra de **Lorenzo Vallés**, titulada “**La demencia de Doña Juana de Castilla**” (1866). De modo que Isabel la Católica tuvo madre e hija enfermas mentales, la primera, Isabel de Portugal, probablemente una **psicosis esquizofrénica** con graves trastornos de conducta por los que hubo que ser recluida en la villa de Arévalo, y la segunda, Doña Juana, sufría una **Psicosis paranoide** con una idea delirante sistematizada, que en la imagen también se refleja en su gesto, al creer a su marido Felipe el Hermoso dormido que no muerto y fue recluida en el Alcázar de Segovia.



Cuando las enfermedades son muy graves, frecuentes, o de gran trascendencia social suelen estar bien representadas en la Historia de la Pintura. Este es el caso de las ***enfermedades infecciosas***. Así sucede, por ejemplo, con la ***lepra***, la infección de mayor raigambre histórica, extensa y repetidamente citada en la Biblia, reflejada aquí [Fig. 77-171], en la obra de **Manuel Niklaus “Madre Ana, San Jacobo y San Roque”** donde aparece un caso en fase avanzada de ***Lepra Lepromatosa***, variante de mayor gravedad con amputación de dedos, afectación facial (facies leonina), neuropatía periférica, úlceras en MMII etc.

*La Peste* ha constituido otro de los terrores de la humanidad y se simboliza aquí en la efigie del patrón de los apestados, **San Roque**, [Fig.78-5], quien se señala un bubón (un ganglio afectado) lesión tan característica que apellida a la enfermedad: *Peste “Bubónica”*. Es una obra de **Francisco Ribalta** del Museo de San Pío V.

Otra de las infecciones epidémicas es la ***Fiebre amarilla***, [Fig.79-58], producida por la picadura del mosquito *Aedes Aegypti* que trasmite un flavivirus, el cual en los casos graves produce una insuficiencia multiorgánica con necrosis hepatocelular e ictericia (aquí sería una ictericia rubínica, de afectación hepática). La ictericia da nombre a la enfermedad: Fiebre “amarilla”. La obra **“La epidemia de España” o “La Fiebre amarilla en Valencia”** es del alicantino **José Aparicio e Inglada**, que ya mencionamos con anterioridad y se encuentra en la Academia Nacional de Medicina de Paris

En esta imagen, [Fig. 80-74], observamos las secuelas cutáneas de la ***Viruela***, hoy afortunadamente erradicada gracias a la vacunoterapia iniciada por Jenner a finales del siglo XVIII (1798). Vemos las cicatrices de las múltiples lesiones vesículo-pustulosas diseminadas, en la cara y manos de este holandés, perfectamente plasmadas por el sintético pero preciso pincel de **Frans Hals**, (quizá, tras Velázquez, uno de los más notables innovadores de la técnica pictórica en el siglo XVII).

La ***Tuberculosis*** [Fig. 81-194] tuvo una notoria repercusión social, con reflejo en las manifestaciones artísticas del Romanticismo, aquí observamos a **“María Sorolla”** en un sanatorio de Guadarrama, perfectamente abrigada, respirando el aire puro e hipotéticamente sanador de la alta montaña. Los sanatorios antituberculosis fueron – como refleja el de Davos en “La montaña mágica” de Thomas Mann-, instituciones de trascendencia social, como lo fueron los lazaretos para leprosos en otra época.

A la tuberculosis se la llamó “tisis” que significa “consunción” por la emaciación que producía en los pacientes, como por ejemplo aquí en el “**Retrato del pintor Eduardo Rosales**”, obra de su amigo **Federico de Madrazo** [Fig. 82-21]. Rosales fallecería a poco de finalizada esta obra por la tisis que sufría y que refleja su rostro delgado de afilada nariz. Liebermeister hablaba de “hábito tísico”. [Fig. 83-48] aquí, por ejemplo, en esta obra de **Cezanne “Jeune fille au piano”** con su constitución asténica, tórax aplanado y chapetas malares (el diagnóstico diferencial, en este caso, habríamos de hacerlo con la estenosis mitral).

*La sífilis* vista a quien en su variedad de *sífilis congénita* en “**Herencia**” de **Eduard Munch** [Fig. 84-109] dónde el pintor fija su atención en el hijo de una sifilítica, con algunos de los signos de afectación congénita precoz: en concreto, el exantema macular y la hidrocefalia, el mal estado general, y curiosamente el aspecto de viejo característico que se insinúa.

Frente a los cuadros infecciosos graves otras infecciones [Fig.85-135], mejor en este caso “parasitaciones”, banales pero frecuentes y molestas y con gran incidencia en la vida diaria, han sido muy representados. Vemos la *pediculosis capitis* o infestación por piojos en esta “**la despiojadora**” de **Gerard Ter Borch** [Fig. 86-178] o en “**Hombre viejo dormido y la niña**” [Fig.87-195] de **Michael Sweerts** donde es la niña quien alivia al viejo hombre dormido, tal vez un mendigo y también la obra de **Murillo “Cuatro figuras en un escalón”** [Fig. 88-119] donde aparte del niño piojoso al que la anciana pretende liberar de algunos parásitos vemos que ésta padece *presbicia* y que usa lentes correctoras (lo que nos demuestra su extendido uso ya en el siglo XVII, incluso entre las clases populares, como es el caso). De paso, en la joven algunos creen observar un *tic facial* en su lado derecho de la cara y otros una *parálisis facial periférica* en su lado izquierdo. Como ven, también en la enfermedad pintada cabe la discrepancia diagnóstica, como en la vida misma.

Acabaremos con dos casos bien diferentes adscribibles al dominio de la **Medicina Legal**.

El primero [Fig. 89-28] es la obra de **Orrente** del Museo San Pío V, el bien estudiado por el profesor Garín LLombart “**La muerte de Santiago el Menor**”. En nuestro informe del caso deberíamos hacer constar la lesión: un *traumatismo craneal* grave, abierto, con salida de masa encefálica, afectación de la base craneal, con otorragia y epistaxis. Esta tipología lesional requiere una actuación con un instrumento contundente (aquí una barra de batanero, en manos de otro personaje) y además la reiteración de la acción agresiva contundente. Esta reiteración de la

agresión con el objeto de causar más daño o dolor es el ensañamiento y la ausencia de posibilidades de defensa de la víctima –no vemos por ejemplo ninguna arma defensiva– es la alevosía. Ambas, junto con el precio, recompensa o promesa, son las circunstancias previstas en el artículo 139 del Código Penal para que un homicidio sea considerado un **asesinato** y por tanto tenga mayor penalización, como sería este caso.

Por último, esta obra de **Gianbattista Tiepolo** nos confronta con una problemática muy de actualidad. Es **“La muerte de Jacinto”** [Fig. 90-158], es decir la **muerte súbita** de una persona joven durante la práctica del deporte aquí alguna forma de pelota con raqueta, ya que ambos elementos figuran a los pies del cadáver, si bien ello puede ser una licencia del artista, ya que según las “Metamorfosis” de Ovidio, este héroe mitológico, venerado en Esparta, murió durante la práctica de lanzamiento de disco en competición con el dios Apolo con quien sostenía una relación amorosa. La autopsia en estos casos es preceptiva (artículo 343 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal). Según los autores entre el 1/150.000 y 1/250.000 jóvenes deportistas sin enfermedad conocida desarrollan algún tipo de disfunción cardíaca (habitualmente fibrilación ventricular) con resultado de muerte. Algunas causas son macroscópicamente diagnosticables, por ejemplo una miocardiopatía hipertrófica obstructiva previamente no conocida, o un traumatismo cardíaco en el curso de la competición, o la rotura de la pared aórtica en un Síndrome de Marfan, o anomalías en las arterias coronarias o válvulas cardíacas. Otros responden a alteraciones en la activación eléctrica cardíaca (síndrome de Wolff-Parkinson-White, Síndrome QT largo, Síndrome de Brugada) y requieren estudios microscópicos sofisticados.

Pendientes pues del diagnóstico etiológico de la muerte de Jacinto, finalizamos esta conferencia no sin antes proceder a su capítulo más importante (“last but not least”) que es el **CAPÍTULO DE AGRADECIMIENTOS**:

A la Academia

**“Un examen en la Facultad de Medicina de Paris”** [Fig. 91-187] de **Henri de Toulouse-Lautrec**

A mis profesores y maestros

**“La visita Médica”** [Fig. 92-176] de **Luis Jiménez Aranda**

A mi familia

**“Paralítico o frutos de buena educación”** [Fig. 93-94] de Jean-Baptiste Creuze

Al público asistentes

**“El sermón soporífero”** [Fig. 94-177] de Fernando Cabrera Cantó