

## ENSAYO BIOLÓGICO SOBRE EL ARCHIDUQUE LUIS SALVADOR

*José María Sevilla Marcos*

Reiteradas veces he debido testimoniar mi gratitud, como lo hago ahora, al Excelentísimo Sr. D. Román Piña Homs, Presidente, y a los demás Miembros de la “Reial Acadèmia Mallorquina d’Estudis Genealògics, Heràldics i Històrics”, a la cual tengo el alto honor de pertenecer como “Miembro Correspondiente”, y al Excelentísimo Sr. D. José Alfonso Ballesteros, Presidente, y demás Académicos de la admirada “Reial Acadèmia de Medicina de les Illes Balears”.

La ocasión que me brindan ambas Instituciones de exponer la biopatografía de este singular personaje, el Archiduque Luis Salvador, me obliga por la categoría científica de las dos Academias, a la más estricta objetividad, recurriendo al método del ensayo literario, como lo hizo el inolvidable Gregorio Marañón<sup>1</sup>, respecto al estudio biológico del Rey Enrique IV de Castilla.

Luis Salvador de Habsburgo-Lorena y Borbón-Dos Sicilias, ha sido un personaje clave en el conocimiento de las Islas Baleares, tanto para los baleáricos como para los foráneos interesados por este archipiélago y, cuando este año se cumple el noventa aniversario de su muerte, todavía está presente, en la memoria de muchos de los habitantes de estas islas, la huella que dejó en ellas.

Hijo de Leopoldo II de Habsburgo y María Antonietta de Borbón, Grandes Duques de Toscana, nació en Florencia el 4 de agosto de 1847 y murió en Brandeis, a 24 Km. de Praga, el 12 de octubre de 1915.

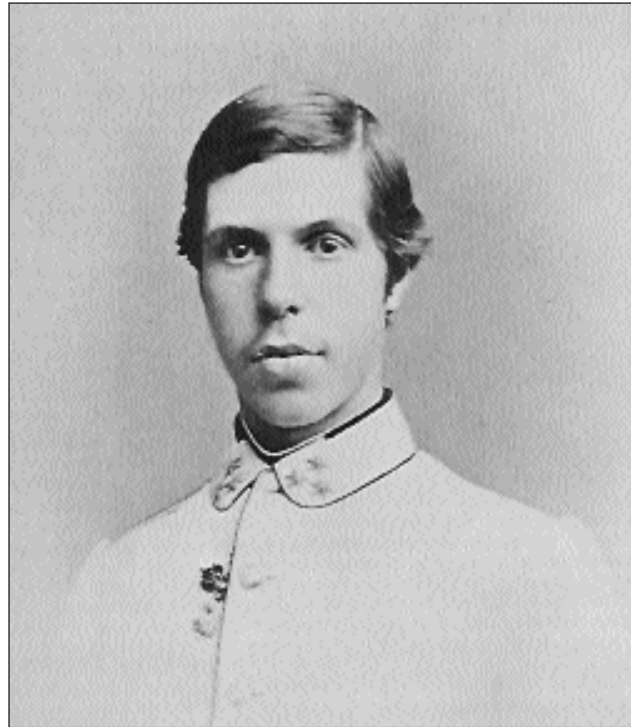
Su biografía es muy conocida, pero lo más destacado para los mallorquines fue la adquisición de numerosos predios de Valldemossa y de Deià, para que la gente pudiera apreciar la franja de montaña y costa más bella entre las más bellas, como él la llamó.

Por otro lado la publicación de una enciclopedia sobre las Baleares<sup>2</sup>, con la

---

<sup>1</sup> MARAÑÓN, G. *Ensayo biológico sobre Enrique IV de Castilla y su tiempo*. Ed. Espasa Calpe, S.A. Madrid 1998 (15 edición)

<sup>2</sup> HABSBURG, L.S. *Die Balearen in Wort und Bild Geschildert*. Ed. Brockhaus. Leipzig. 1869-1884.



colaboración de numerosos intelectuales y artistas de las respectivas islas, fue el precio que pagó por tanto amor que sintió por ellas.

Su obra no se circunscribió al área española (incluyendo las islas Columbretes de Castellón y la de Alborán de Almería), sino que el conjunto de obras sobre el Mediterráneo central y oriental abarcan más del 65 % de su obra total, y se le puede considerar como uno de los geógrafos más importantes del Mediterráneo, del final del siglo XIX y principios del XX.

Su dominio de numerosas lenguas, el conocimiento extraordinario de la historia y las ciencias naturales y su gran capacidad artística plasmada en innumerables dibujos, le permitieron realizar un Corpus geográfico de más de 90 libros, imposible de igualar por una sola persona.

Invirtió poderosos recursos económicos para el estudio de aquellos enclaves geográficos que no habían sido explorados suficientemente en su tiempo, gozando de una amplísima movilidad, durante 40 años, la mayor parte con sus barcos Nixe I y Nixe II.

El que se acerca a la totalidad de su obra se asombra, por la extensión, el enorme acopio de datos y por las profusas descripciones y láminas, que dan testimonio de haber pisado cada palmo de suelo, bien en las cumbres de las montañas, en los valles o desiertos, o también circundado la costa de cada isla o litoral estudiado.

Uno se pregunta: ¿Qué impulso vital debió tener este hombre en su juventud y en su madurez...? Y, si decayó su capacidad en las postrimerías de su vida, ¿cómo pudo seguir con su apasionada tarea, arrastrando una penosa salud durante sus últimos años?

...

Esta es la cuestión de esta noche... Empecemos por el final.

La muerte de Luis Salvador se produjo a las dos y media de la tarde, del 12 de octubre de 1915, según un telegrama que llegó a la redacción de la agencia "Neuen Freien Presse".

Por la noche se practicó la necropsia cuyo informe transcribo a continuación, obtenido de la traducción publicada el año 1991, por la historiadora austríaca Helga Schwendinger, para su magnífica tesis doctoral defendida en la Universidad de Viena<sup>3</sup>.

*<< El embalsamamiento fue llevado a cabo por los abajo firmantes en la noche del 12 al 13 de octubre de 1915, junto con sus ayudantes y en presencia del médico de cabecera Dr. Sarsck de Altbunzlau.*

*Al término de la operación se redactó el siguiente protocolo.*

*Edad 68 años, longitud del cuerpo 1,84, constitución ósea fuerte, cabeza grande, cabello gris entrecano, barba cerrada blanca rala, rostro abultado, cuello*

<sup>3</sup> SCHWENDINGER, H. *El Archiduque Luis Salvador de Austria*. Ed. Miguel Font. Palma de Mallorca. 1991. P. 247-248

corto grueso, caja torácica ancha, vientre caído exageradamente. Ambas extremidades inferiores fuertemente abultadas: perímetro del muslo 66 cm., debajo de la rodilla 58, en el tercio inferior de la pierna 42 cm., medidas parecidas en ambas partes. La piel de la parte anterior de ambas piernas presenta diversas alteraciones: observamos focos de abscesos crónicos, en parte cicatrizados y en parte, sobre todo en la derecha, conteniendo pus en el interior, así como pústulas, pequeñas y grandes, llenas de líquido purulento o sanguinolento. Toda la región de los abscesos cicatrizados o abiertos se diferencia destacadamente. La epidermis es áspera, tuberosa, cenicienta, parecida a la corteza de un árbol. En el tercio superior de la pierna las protuberancias de la piel son ligeramente curvadas, mientras en la parte inferior son cada vez más delgadas, más puntiagudas, tomando forma papilar, sobre todo las de la piel que cubre como de una capa regular de cerdas la parte dorsal de los pies. En la planta del pie la epidermis debajo de los dedos gordos de ambos lados está veteada, presentando áreas coloreadas de rojo y húmedas en toda la planta. Hay que hacer notar que esta hiperplasia por elefantiasis inflamatoria cubre toda la circunferencia de la pierna hasta el arranque de las uñas, en la parte izquierda empieza bajo la rótula, mientras en la derecha cubre los dos tercios inferiores; también en la derecha observamos por encima del músculo del peroné una extensión veteada de una extensión como de la palma de la mano. Por lo demás el tejido epidérmico está lívido, en torno a las tetillas se hallan algunas pigmentaciones de un gris oscuro a modo de laminillas formando círculos.

De los órganos internos fueron sometidos a observación pulmones, corazón, riñones, hígado, bazo, vasos sanguíneos, órganos de digestión y de orina: Los pulmones son grandes, abultados, a la derecha por delante y por detrás unidos a la pleura por tejidos de unión; capaces para contener el aire, solo el de la derecha hipóstasis en el lóbulo inferior. El corazón está muy aumentado, más a la izquierda que a la derecha, en la izquierda fuerte hipertrofia muscular. La aorta, así como la mayoría de las arterias de los órganos y periféricas, está fuertemente alterada por ateromas. Hígado, riñones, bazo son grandes y confirman que se presentó hemostasis. El tracto digestivo y el aparato urinario sin modificaciones.

Diagnóstico anatómico – patológico: arteriosclerosis universal. Hipertrofia cardíaca izquierda. Úlcera crural crónica parcialmente cicatrizada. Supuración diseminada en la úlcera derecha. Elefantiasis papilar crural bilateral en el dorso de los pies.

Hofrat Prof. Dr. J. Hlava  
Miembro de “Herrenhaus” de Austria >>

A continuación vamos a desmenuzar cada uno de los elementos de que consta este informe, sin detenernos excesivamente en los procesos más conocidos, descritos por sus biógrafos.

## Elefantiasis y afecciones de la piel

El nombre de la afección viene del aspecto parecido de las extremidades inferiores de los pacientes a las patas de los elefantes, debido al grosor y dureza de la piel y del tejido celular subcutáneo, por obstrucción linfática, pero también por reacciones inflamatorias celular y fibrosa del tejido conjuntivo.

Se pueden apreciar los siguientes hechos en el texto de la necropsia:

- Las manifestaciones dermoepiteliales y de tejidos profundos, que exigieron lenta evolución, en concordancia con los biógrafos, los cuales citaron esta dolencia de sus piernas de bastantes años de duración.
- La superposición de infecciones sobreañadidas; de heridas infectadas e, incluso, de la herida quirúrgica consecuencia de la operación del día 10-10-1915, mencionada por Schwendinger<sup>4</sup>, en su citada Tesis.
- Los fenómenos post mortem. Las livideces cadavéricas violáceas, aunque, algunas de color rojo por la acción del aire fresco y húmedo.

En cuanto a la patogenia de la elefantiasis padecida por Luis Salvador, seguramente se produjo por obstrucción de los vasos linfáticos de las extremidades inferiores. Pero cuando se suscitan las dudas es respecto a la etiología, ya que el síndrome clínico elefantiasis puede estar ocasionado por diversas causas.

1) Pudo ser la parasitosis por los gusanos nematodos denominados filarias<sup>5</sup>. De ellos existen ocho especies patógenas para los seres humanos, siendo las más importantes por su frecuencia y gravedad las denominadas:

- Wuchereria bancrofti (la más frecuente)
- Brugia malayi
- Onchocerca volvulus
- Y Loa loa

Estos parásitos, que actualmente infestan a 140 millones de personas en todo el mundo, se transmiten por especies concretas de mosquitos (Culex, Anopheles, Aedes, etc.), u otros artrópodos (tábanos, jejenes, etc.). Dado que el Archiduque recorrió zonas endémicas de forma reiterada, pudo ser contagiado por los vectores mencionados.

2) Otra causa que pudo originar su elefantiasis fue la infección bacteriana (denominada *Elefantiasis Nostras*<sup>6</sup>). Es el caso de las producidas por gérmenes de nuestro ambiente: estreptococos, estafilococos, etc.

3) La sífilis, cuando no se trataba al principio, podía ocasionar elefantiasis, en su etapa terciaria, después de muchos años de padecerla. Se manifestaba en forma

<sup>4</sup> SCHWENDINGER, H. *Ibíd.* P. 51

<sup>5</sup> HARRISON. *Principios de Medicina Interna*. Ed. McGraw-Hill – Interamericana de España, S.A.U. Madrid .1998. P. 1389.

<sup>6</sup> EBSTEIN, W. y SCHWALBE, J. *Tratado de Medicina Clínica y Terapéutica*. Rd. José Espasa. Barcelona. 1889.

de sífilides tuberosas y ulcerosas de la piel que luego se complicaban con procesos purulentos, combinándose con hiperplasias del tejido conjuntivo y dando lugar a los estados elefantíacos, uni o bilaterales.

En los años finales del siglo XIX<sup>7</sup>, el diagnóstico de la sífilis se hacía clínicamente, sin saber cual era el agente causal. Correspondió al zoólogo Fritz Schaudinn y al dermatólogo Erich Hoffmann el mérito de haber descubierto su agente causal: el *Treponema pallidum*, en 1905. En 1906, se desarrollaron por primera vez las serorreacciones de la sífilis por Wassermann, Neisser y Bruck, y entre 1909 y 1910, se introdujo el Salvarsán por Paul Ehrlich, como tratamiento de elección de la sífilis<sup>8</sup>.

De manera que, si Luis Salvador hubiera padecido esta enfermedad, hubiera podido acudir a estos recursos, ya que estamos hablando de fechas contemporáneas a él, aunque ya tardías de su vida.

Pero antes del Salvarsán existían armas terapéuticas muy eficaces, éstas fueron los llamados “específicos”<sup>9</sup>. (Todavía en la actualidad hay farmacias con letreos antiguos que anuncian los “específicos”). Éstos eran los antisifilíticos, que en el siglo XIX consistían en preparados de mercurio y yodo, Producían importantes efectos secundarios, pero curaban a los enfermos. Los preparados yodados (soluciones acuosas de yoduros alcalinos: yoduro potásico, yoduro sódico, yoduro amónico, etc.), estuvieron especialmente indicados en las manifestaciones de la sífilis terciaria y, abortaban el desarrollo de la enfermedad, sobre todo para no llegar a producir tal grado de manifestaciones como la elefantiasis.

Los médicos de la época hacían con los “específicos”, diagnósticos *ex juvantibus*, es decir probaban con aquellos medicamentos y, si se curaban los enfermos, ratificaban que eran sífilíticos. Así se diagnosticaba diferencialmente la sífilis de la lepra, por ejemplo. Solo se curaban los afectos de sífilis y los que seguían enfermos se les aplicaban otros tratamientos, pero habiéndose descartado entonces la sífilis.

4) Otra causa, como algún tipo de tumor del sistema linfático<sup>10</sup>, es poco probable que se desarrollara en Luis Salvador, ya que la documentación existente no habla en su favor.

De todo lo expuesto anteriormente pienso que es posible que la elefantiasis del Archiduque se debiera a alguna especie de filaria complicada con infección bacteriana y no producida por sífilis.

### Afecciones respiratorias.

En la autopsia aparecen:

- Un fenómeno cadavérico, el descrito así:  
“Solo el (pulmón) de la derecha (presenta) hipóstasis en el lóbulo inferior”.
- Y las huellas de procesos respiratorios padecidos.

<sup>7</sup> EBSTEIN, W. y SCHWALBE, J. *Ibidem*. P. 884

<sup>8</sup> [http://www.bvs.sld.cu/revistas/hie/vol42\\_2\\_04/hig08204.htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/hie/vol42_2_04/hig08204.htm)

<sup>9</sup> EBSTEIN, W. y SCHWALBE, J. *Ibidem*. P. 914-938

<sup>10</sup> MARAÑÓN, G. *Manual de Diagnóstico Etiológico*. Ed. Espasa-Calpe. Madrid. 1974. P. 63

Por sus biógrafos sabemos que desde niño sufría procesos respiratorios<sup>11</sup> con frecuencia y que, ya mayor, no dejaba fumar en su presencia a sus más cercanos colaboradores, porque le molestaba el humo del tabaco. Esta exigencia era notoria para su secretario, Antonio Vives, que era un fumador empedernido.

Podemos concluir, pues, que padecía, al menos, irritabilidad nasal o bronquial de adulto, quizás con reacción broncoespástica en algunas ocasiones y que padeció diversos procesos inflamatorios que afectaron a pulmón y pleura derechos, dando lugar a sínfisis pleuropulmonar. La apnea del sueño que apareció al final de su vida, perteneció a otra entidad nosológica que expondré más adelante.

### Enfermedad cardiovascular.

Desconozco si sufrió además hipertensión arterial, pero no dudo en afirmar que la ateromatosis circulatoria generalizada fue uno de los factores causales de su sufrimiento crónico y de su muerte.

Y ahora llego a lo que quiero destacar con más relevancia:

### El padecimiento de otra enfermedad desconocida.

Desconocida, o no vislumbrada, por los médicos de su tiempo ni por sus biógrafos.

Está descrita en el informe del embalsamamiento. El texto dice:

“*Constitución ósea fuerte, cabeza grande, ... rostro abultado, cuello corto grueso, caja torácica ancha, vientre caído exageradamente. Ambas extremidades inferiores fuertemente abultadas: perímetro del muslo 66 cm., debajo de la rodilla 58, ...medidas parecidas en ambas partes*”.

Y de otros párrafos del informe, escojo:

“*De los órganos internos fueron sometidos a observación pulmones, corazón, riñones, hígado, bazo,...*” “*Los pulmones son grandes, abultados,. El corazón está muy aumentado, más a la izquierda que a la derecha, en la izquierda fuerte hipertrofia muscular... “Hígado, riñones, bazo son grandes...”*”.

Si observamos las fotografías de su persona, puedo describir los siguientes rasgos:

- Cabeza grande<sup>12</sup>
- Aumento de los arcos superciliares
- Nariz gruesa, ancha
- Labios gruesos
- Abultamiento de los pómulos
- Gran desarrollo del maxilar inferior (prognatismo).

Con estos datos ya podemos hacer el diagnóstico.

<sup>11</sup> MARCH CENCILLO, J. *El Archiduque*. Ed. José J. De Olañeta. Palma de Mallorca. 1995. P. 29

<sup>12</sup> FONT OBRADOR, B. *Miramar, el Archiduque y los Mallorquines*. Ed. Miguel Font. Palma de Mallorca. 1993. P. 93



Gregorio Marañón en su famosa obra: “Diagnóstico Etiológico<sup>13</sup>”, reeditada muchas veces, hizo la siguiente descripción de esta afección:

*“La cabeza, en esta enfermedad, aumenta de tamaño en su totalidad, sobre todo en su diámetro anteroposterior, por el aumento de los senos frontales, por la hipertrofia de la pared craneal, por el gran desarrollo del inion y por el espesamiento del cuero cabelludo. A veces, la primera alteración que experimenta un enfermo inicial es que le queda pequeño el sombrero. Pero aún más típicas son las deformaciones de la cara: la acentuación de los rasgos fisonómicos y, sobre todo, el gran desarrollo del maxilar inferior, con prognatismo y separación de los dientes. En total, el esqueleto de la cara predomina sobre el craneano, dando a la cabeza del enfermo un aspecto antropoide, tan típico que basta para el diagnóstico”.*

¿Cuál es esta enfermedad?

Los médicos que están aquí presentes ya saben cuál es.

Se trata de la **Acromegalia**<sup>14</sup>.

Fue descrita, por primera vez, por Pierre Marie<sup>15</sup>, discípulo de Charcot y profesor de anatomía patológica de la Universidad de París<sup>16</sup>, y él ya creyó que la enfermedad era consecuencia del aumento de tamaño de la hipófisis.

A partir de la publicación por Pierre Marie en la Revue de Médecin, en 1886, bajo el título de “Deux cas d’acromégalie”, su conocimiento se extendió por muchos ambientes científicos y clínicos de finales del siglo XIX, y se empezaron a diagnosticar multitud de casos.

Pero el Archiduque Luis Salvador no debió conocer el origen de su dolencia, porque su gran amigo y consejero, el Dr. Carlo de Marchesetti<sup>17</sup> la confundió con la obesidad, prescribiéndole dietas hipocalóricas. En cualquier caso en su época no existía tratamiento alguno y, aunque la evolución hubiera podido ser lenta, como lo fue en el caso de Luis Salvador, el pronóstico siempre resultaba infausto, porque acertaba la expectativa de vida de los pacientes.

La importancia de esta enfermedad, entonces y ahora, para la persona que la padece, es que condiciona profundamente su actitud frente a la vida. Su biografía depende de la enfermedad, porque su personalidad en buena parte es su propia enfermedad. Y es que –se sabe ahora–, la acromegalia es una enfermedad genética.

Una enfermedad de expresión endocrina<sup>18</sup>, generalmente de lenta evolución, que produce exceso de hormona del crecimiento (GH, acrónimo de Growth Hormone, en inglés) o somatotrofina, y que se manifiesta cuando el enfermo ya no

<sup>13</sup> MARAÑÓN, G. *Ibidem*. P. 436.

<sup>14</sup> akron = extremo; megas = grande.

<sup>15</sup> EBSTEIN, W. y SCHWALBE, J. *Ibidem*. P. 19.

<sup>16</sup> ENCICLOPEDIA ESPASA. Tomo 33. P. 102.

<sup>17</sup> MADER, B. *Annales 14/’98.. Annali di Studi istriani e mediterranei 14/’98*. (ISSN 1408 – 5348). P.158

<sup>18</sup> HARRISON. *Ibidem*. P.2250-2254

puede crecer más, después de la pubertad. El crecimiento obedece a la acción anabolizante de la mencionada hormona en múltiples tejidos blandos y en los huesos, a través de otras hormonas denominadas las somatomedinas (IGF-1, acrónimo de Insulin-like growth factor – 1, en inglés , y otras).

Cuando las epífisis de los huesos largos están cerradas ya no se puede crecer más longitudinalmente. Esto ocurre normalmente después de la pubertad. Pero cuando la unión o metáfisis, entre las extremidades de los huesos largos o epífisis y sus diáfisis, están abiertas y hay exceso de la hormona del crecimiento, se produce el gigantismo.

En el caso de nuestro Archiduque las metáfisis estaban cerradas, pero su hipófisis, u otros tejidos secretores, siguieron fabricando demasiada hormona del crecimiento, al obedecer órdenes de su programa genético. No creció longitudinalmente, sino en anchura. No fue obeso y, por tanto, no aumentó tanto su depósito de grasa en el panículo adiposo, porque la obesidad anula la liberación de la hormona del crecimiento, sino que sufrió engrosamiento de diferentes tejidos blandos y de los huesos.

Esta enfermedad se desarrolla en una predisposición constitucional<sup>19</sup>, apareciendo los rasgos faciales precozmente:

- La nariz, las orejas, los labios y las mejillas se engruesan, así como los pies y las manos. Por eso la fisonomía es tosca y las partes extremas bastas.
- Se producen hiperóstosis del cráneo en general<sup>20</sup>, es decir, crecimiento exagerado, alargándose el diámetro anteroposterior, y en la cara se prolonga el maxilar inferior (prognatismo de los Habsburgos), y se neumatizan más las regiones frontal y malar. Los senos frontales y maxilares se dilatan, por eso se transforma la voz, que resulta resonante y cavernosa y, además, baja de tono por la hipertrofia laríngea.
- Crecimiento de la dermis y del tejido celular subcutáneo, conjuntivo y cartilaginoso.
- Oscurecimiento de la piel y crecimiento del vello, dando a los hombres aspecto más viril.
- Con el paso del tiempo las glándulas sebáceas y sudoríparas de la piel incrementan su secreción, produciendo mal olor y, al tacto, una sensación húmeda y grasienta.
- Crecimiento a lo ancho de los huesos (periostosis) y de las inserciones músculo-tendinosas en los huesos.
- Agrandamiento o hinchazón de manos y pies, por crecimiento mixto de partes blandas y óseas.
- Los huesos de la parrilla costal se engruesan y alargan, resultando una caja torácica de notable robustez.

<sup>19</sup> MARAÑÓN, G. *Ibidem*. P. 437.

<sup>20</sup> SCHINZ, H.R.; BAENSCH, W.E.; FRIEDL, E.; UEHLINGER, E. *Röntgen – Diagnóstico. Ed. Salvat. Barcelona 1954. II. P. 1128 - 1134.*

- Se desarrollan en combinaciones diversas: osteoporosis, ósteoesclerosis y artrosis, en columna vertebral, dando cifosis; en huesos de las manos, agrandamiento de las epífisis, etc.
- Aparecen alteraciones cartilagosas, por lo que se produce afectación de múltiples articulaciones, con manifestaciones dolorosas.
- Los músculos se hipertrofian, cuya potencia se prolonga varios años, pero evolucionando hacia la hipotrofia y el debilitamiento muscular con el paso del tiempo.
- Los órganos internos, como el pulmón, corazón, hígado, riñones, bazo, etc. sufren un crecimiento lento, pero progresivo, aumentando el volumen de la persona de forma ostentosa.
- Llama la atención, en casos avanzados la fatigabilidad y la apnea obstructiva del sueño que es causa importante de somnolencia.

Es frecuente, además, que se presenten repercusiones hormonales en otras áreas:

- Galactorrea.
- Impotencia sexual<sup>21 22 23 24 25 26</sup> y esterilidad por disminución de las gonadotropinas.

O repercusiones psicológicas, independiente de la capacidad sexual:

- Disminución del apetito sexual.
- En algunos otros casos, lo contrario: aumento del apetito sexual<sup>27</sup>.

Otras repercusiones que con bastante probabilidad no se dieron en el Archiduque, fueron:

- Diabetes (El Dr. Marchesetti le hizo practicar análisis de orina, no hallándole glucosuria<sup>28</sup>).
- Ni síntomas de hipertiroidismo.
- Ni tampoco de hipercorticalismo.

La acromegalia del Archiduque no fue debida a tumor grande de la hipófisis, porque no se produjeron compresiones mecánicas de órganos vecinos. Por eso no tuvo:

<sup>21</sup> ENCICLOPEDIA ESPASA. Tomo 2. P. 469-471.

<sup>22</sup> HARRISON. *Ibidem*. P. 2251.

<sup>23</sup> MARAÑÓN, G. *Ibidem*. P. 437.

<sup>24</sup> WILLIAMS, R.H. *Tratado de Endocrinología*. Ed. Salvat. Barcelona. 1963. P. 55.

<sup>25</sup> <http://www.niddk.nih.gov/health/endo/pubs/acro/acro.htm>.

<sup>26</sup> [http://www.ninds.nih.gov/disorders/pituitary\\_tumors/pituitary\\_tumors.htm](http://www.ninds.nih.gov/disorders/pituitary_tumors/pituitary_tumors.htm).

<sup>27</sup> GARDNER, L.I. *Enfermedades genéticas y endocrinas de la infancia*. Ed. Salvat. Barcelona. 1971. P. 165.

<sup>28</sup> MADER, B. *Ibidem*. P. 158.

- Cefalalgias.
- Perturbaciones visuales por afectación del quiasma óptico como hemianopsia bitemporal, que hace a los pacientes sentir el estrechamiento de los campos visuales a ambos lados externos.
- Parálisis de nervios craneales.
- Ni tampoco convulsiones.

Es interesante constatar de donde procede el exceso de hormona del crecimiento en los acromegálicos.

Puede ser debido a adenomas o tumores benignos originados por expansiones clonales de las células de la hipófisis anterior.

Pero estos adenomas pueden segregar no solo hormona del crecimiento, sino además otras hormonas, dando lugar a una variedad de cuadros clínicos diversos.

Así puede haber adenomas somatotropos, que ocasionan la acromegalia sola, o combinada con la galactorrea, como en el caso del Archiduque.

Entre un 70 a 80 % son macroadenomas, es decir más de 10 mm de diámetro, y el resto son microadenomas o hiperplasia secretante, sin repercusión en órganos vecinos por expansión mecánica.

También se puede producir, en ausencia de tumor hipofisario, una secreción en exceso de otra hormona hipotalámica, precursora de la somatotrofina, que se denomina “hormona liberadora de la hormona del crecimiento” (GHRH, que es el acrónimo de “growth hormone releasing hormone”, en inglés).

Otra posibilidad es el déficit de otra hormona, “somatostatina”, frenadora de la acción de la hormona del crecimiento, que en su carencia permite que trabaje exageradamente la hormona que hace agrandar la persona.

El Archiduque Luis Salvador debió padecer o un microadenoma de la hipófisis o bien un exceso de GHRH con repercusión lactotropa.

Las recientes investigaciones del **genoma humano y genética molecular**<sup>29 30 31</sup> aportan que la acromegalia está producida por una delección de la región 11q13 del cromosoma 11, por activación de mutaciones en el gen GNAS1 (bien en forma de adenoma hipofisario o de hiperplasia del tejido secretor del eje hipotálamo - hipófisis).

Por tanto es una enfermedad de origen genético, estando marcado el horizonte clínico del paciente, en nuestro caso del Archiduque Luis Salvador, desde el momento de su concepción.

El acromegálico ya está estigmatizado al nacer, porque lleva una peculiar alteración de un determinado gen. Puede suceder que no se manifieste su acción a lo largo de toda su vida y, por tanto, no se exprese completamente en su cuerpo, en su fenotipo. Sería una forma silente.

<sup>29</sup> HARRISON. *Ibidem*. P. 2252.

<sup>30</sup> ARGENTE, J y SOTOS, J.F. *Hipercrecimientos*. *Pediatría Integral* (Revista de la Asociación Española de Pediatría). VII-6 (agosto – septiembre 2003). P. 415.

<sup>31</sup> OMIM (Online Mendelian Inheritance in Man). John Hopkins Hospital. *Acromegaly*. Consulta por Internet día 16-01-2005.

Pero en el caso de nuestro Archiduque no sucedió así, porque apareció muy llamativa su fisonomía desde la infancia, y de joven tuvo muy marcados los rasgos de la enfermedad. Cuando se manifestó de forma muy clara fue hacia los 40 años, llegando a tener, a los 60 años, una figura grotesca.

A la vista de estos hechos, creo modestamente que se hace preciso reconstruir su biografía. Porque a partir de ahora podremos entender algunos aspectos psicopsicológicos que resultaron incomprensibles o, cuando menos, sorprendentes en su época.

Trazando varios ejes de su personalidad deberán ser revisados:

- La curva del rendimiento de su vida: su hiperactividad en la juventud y madurez, cayendo su energía, al final de su vida.
- Su vida de sentimientos y emociones.
- Su comportamiento social.
- Sus hábitos y costumbres.

Un hombre con gran sensibilidad artística y finura de espíritu, como lo demostró en sus escritos descriptivos y poéticos, y en sus centenares de dibujos tan bellos, de personas y de paisajes, tuvo que ser siempre consciente de que su imagen corporal, cuando menos, no fue agraciada, ya desde la infancia, y que en la madurez provocaba el alejamiento.

A los doce años de edad, cuando él con toda su familia, fueron expulsados de Florencia, una mujer del pueblo le ofendió diciendo: "...parece un mono...", como nos cuenta Gaspar Sabater<sup>32</sup>, en su excelente biografía.

Su apartamiento de la vida de sociedad, su carencia de relaciones amorosas con damas de alcurnia, nos tienen que hacer ver que sus éxitos no pudieron estar en los salones de los palacios, ni en los bailes de la Corte Imperial.

Su vida fue itinerante: ¿Huyendo de sí mismo, quizás?. ¿Buscando la belleza en lo auténtico de las personas, en la Naturaleza o en las otras culturas?

Pocos le manifestaron su verdadero afecto. Solo los que en su proximidad le aceptaron tal y como él fue.

¿Cuánto hubo de simulación en su vida erótica para disimular sus carencias?.

De lejos muchos se consideraron sus amigos. Su correspondencia fue enorme, pero de cerca pocos fueron capaces de servirle y de apreciarle verdaderamente.

Salvo su preceptor, el Barón Eugenio Sforza, que le quiso como a un hijo, y cuya nobleza fue más de corazón que de linaje, fueron gentes de estratos sociales modestos, de Bohemia, de Palma, de Deià, de Valldemossa, de Venecia, de Viena, de Alejandría,... Fueron sólo ellos los que siempre estuvieron a su lado.

Ellos le sirvieron y le amaron, y porque era consciente de la repulsiva condición física de su cuerpo, por eso él los enalteció, con gratitud sin límites.

<sup>32</sup> SABATER, G. *Mallorca en la vida del Archiduque*. Ed. Cort. Palma de Mallorca. 1985. P. 14 (nota al pie).

## EPISTOLARIO MALLORQUÍN DE ALVARO D'ORS

*José Orlandis Rovira*

### 1. - Los epistolarios como fuente histórica

El título con que se encabeza este ensayo –“Epistolario mallorquín de Alvaro D’Ors”–, merece que se le dedique un breve comentario introductorio. Las palabras en sí mismas no parece que requieran mayor aclaración: se trata de una colección de cartas eso significa “epistolario”–, enviadas por D’Ors a un corresponsal suyo en Mallorca, con quien mantuvo una relación escrita más o menos regular. Las cartas fueron dirigidas todas ellas a Palma de ahí el apelativo “mallorquín”, aunque no todas ellas –ya se verá– versen sobre temas específicamente mallorquines. Todo esto queda claro: pero sí puede resultar conveniente resaltar el valor de los epistolarios como fuente histórica –quizá en trance de extinción, porque se escriben menos cartas–, especialmente adecuada para aproximarnos a la vida real de individuos y sociedades en un determinado momento histórico.

A título de ejemplo, podrían recordarse algunos Epistolarios procedentes de la Antigüedad Tardía, una época en la que he prestado particular atención. Centenares de cartas integran el Epistolario del papa Gregorio Magno que, editadas, llenan dos grandes volúmenes de los *Monumenta Germaniae Historica*. Varias de esas cartas reflejan el estado de ánimo del gran Pontífice, y por una de ellas fechada en agosto de 599 y dirigida a su viejo amigo Leandro de Sevilla, sabemos que tanto éste como el papa Gregorio sufrían las molestias de la *podagra*, la gota. Otro Epistolario algo posterior, menos voluminoso pero también importante, el de san Braulio, revela que, hacia el año 640, el pergamino –*membrana*– era muy escaso en Zaragoza y el santo Obispo no podía mandárselo a un presbítero a quien encargaba determinado trabajo, aunque le enviaba el dinero para poder adquirirlo donde lo encontrase. Pocos años antes, para consolar a una señora, Apicela, que acababa de enviudar, el Obispo, con una carta, le mandó un códice que contenía la historia de Judit y la de Tobías. A otras dos señoras –Hoyos y Eutrocia–, que lloraban por un mismo difunto –esposo de la una e hijo de la otra–, Braulio las reprendía por su llanto sin medida, porque su dolor rayaba ya en la desesperación.