



VIII CONGRESO NACIONAL
DE
HISTORIA DE LA MEDICINA

MURCIA-CARTAGENA, 18-21 Diciembre 1986

LIBRO DE ACTAS

V O L U M E N I

MEDICINA EN LA ESPAÑA CONTEMPORANEA

EDICION PREPARADA POR MANUEL VALERA,
M^a AMPARO EGEA Y M^a DOLORES BLAZQUEZ

MURCIA 1988



VIII CONGRESO NACIONAL

DE

HISTORIA DE LA MEDICINA

MURCIA-CARTAGENA, 18-21 Diciembre 1986

LIBRO DE ACTAS

V O L U M E N I

MEDICINA EN LA ESPAÑA CONTEMPORANEA

EDICION PREPARADA POR MANUEL VALERA,
M^a AMPARO EGEA Y M^a DOLORES BLAZQUEZ

MURCIA 1988

COMITE DE HONOR

Exmo. Sr. D. Carlos Collado Mena
Presidente Comunidad Autónoma de Murcia

Exmo. Sr. D. Antonio Soler Andrés
Rector Magnífico de la Universidad de Murcia

Ilmo. Sr. D. Manuel Tera Bueno
Presidente Asamblea Regional

Exmo. Sr. D. Eduardo Ferrera Kétterer
Delegado del Gobierno en la Comunidad Autónoma

Ilmo. Sr. D. Antonio Bódalo Santoyo
Alcalde de Murcia

Exmo. Sr. D. Eduardo Vila Corpas
Capitán General de la Zona Marítima del Mediterráneo

Exmo. Sr. D. Esteban Egea Fernández
Consejero de Cultura y Educación

Ilmo. Sr. D. Juan Martínez Simón
Alcalde de Cartagena

Ilmo. Sr. D. Salvador Ripoll Marín
Presidente Colegio de Médicos

Ilmo. Sr. D. Manuel Serrano Martínez
Presidente Real Academia de Medicina y Cirugía

Ilmo. Sr. D. Juan Aguilar-Amat Bañón
Presidente Colegio Oficial de Farmacéuticos

Ilmo. Sr. D. Antonio Capel Riera
Presidente Colegio Oficial de Ayudantes Técnicos Sanitarios

COMISION ORGANIZADORA

D. Pedro Marset Campos
D. Manuel Valera Candel
D. Fernando de San Eustaquio Tudanca
D. Carlos Ferrandiz Araujo
D. José Jesús Guillén Pérez
D. José María Morales Meseguer
D. Demetrio Barcia Salorio
D. Francisco Carles Egea
D. Carlos López Fernández
Dña. María Dolores Blázquez Quijada
D. José Miguel Sáez Gómez
Dña. Adelaida González Gómez
D. Oscar Asencio Rodríguez
D. José María Gil Gil
Dña. María Amparo Egea Valera
D. Jesús del Rio García
Dña. Fuensanta Aliaga Matas
Dña. María Dolores García Ruiperez

PATROCINAN:

Universidad de Murcia
Vicerrectorado de Extensión Universitaria
Comunidad Autónoma
Presidencia
Consejería de Cultura y Educación
Dirección Regional de Universidad e Investigación
Consejería de Industria, Turismo y Comercio
Dirección Regional de Turismo

COLABORAN:

Ayuntamiento de Murcia
Ayuntamiento de Cartagena
Caja de Ahorros de Alicante y Murcia
Cajamurcia

PROGRAMA CIENTIFICO

Jueves 18

CONFERENCIA INAUGURAL por el Dr. D. José María López Piñero.

Viernes 19

CONFERENCIA: **Medicina en la España Contemporánea** por el Dr. D. Juan Luis Carrillo Martos.

COMUNICACIONES

MESA REDONDA: **Anatomía del Renacimiento** con la participación de: Dr. D. Juan José Barcia Goyanes, Dr. D. Pedro Laín Entralgo y Dr. D. Antonio Hermosilla Molina.

MESA REDONDA: **Medicina en la Guerra Civil Española** con la participación de: Dr. D. Pedro Marset Campos, Dr. D. Diego Pérez Espejo, Dr. D. Francisco Bujosa Homar y Dr. D. Juan Ramón Soler Segón.

COMUNICACIONES

MESA REDONDA: **Homenaje a Don Santiago Ramón y Cajal** con la participación de: Dr. D. Agustín Albarracín Teulón, Dr. D. Emilio Balaguer, Dra. Dña. Enriqueta Lewy y Dr. D. Pedro Laín Entralgo.

Sabado 20

CONFERENCIA: **Medicina, Ciencia y Técnica en la Región de Murcia** por el Dr. D. Pedro Marset Campos.

COMUNICACIONES

VISITA AL HOSPITAL DE LA CARIDAD.

DESCUBRIMIENTO DE PLACA CONMEMORATIVA A MEDICOS CARTAGENEROS.

MESA REDONDA: **Homenaje al Doctor Don Luis Valenciano Gayá** con la participación de: Dr. Demetrio Barcia Salorio, Dr. D. Francisco Carles Egea, Dr. D. Francisco Martínez Pardo y Dr. D. Jose María Morales Meseguer.

CONFERENCIA DE CLAUSURA por el Dr. D. Pedro Laín Entralgo.

E D I T A:

DPTO. HISTORIA DE LA MEDICINA (UNIVERSIDAD DE MURCIA)

Con el patrocinio de:

Presidencia de la Comunidad Autónoma de Murcia

Dirección Regional de Universidad e Investigación

Dirección Regional de Cultura

Cajamurcia

Secretariado de Publicaciones de la Universidad de Murcia

**I. MEDICINA EN LA ESPAÑA
CONTEMPORANEA**

ASPECTOS EVOLUCIONISTAS EN LOS ORIGENES DE LAS NEUROCIENCIAS EN ESPAÑA

Navarro, Jorge

Cátedra de Historia de la Medicina. Universidad de Valencia.

En los primeros decenios del siglo XIX hombres como Lamarck o Bichat, partiendo de una concepción dinámica de la vida (como un conjunto de funciones resistiendo para sobrevivir), propiciaron el nacimiento de la moderna biología, quedando atrás la concepción fijista e inmutable de los naturalistas dieciochescos, tachados alguno de cierto "transformismo restringido" (Linneo, Buffon).

Tema unificador en botánica y zoología, enlazando las disciplinas especiales de clasificación, paleontología, anatomía comparada, embriología y ecología en la presentación común de la historia real de la vida en la Tierra, la teoría de la evolución supuso un nuevo contexto biológico para la investigación tanto fisiológica como psicológica, pero a lo largo de la primera mitad del siglo subsistió oscilante y dividida: mecanicismo y vitalismo enfrentados ante el problema de las estructuras y de las funciones, discontinuidad y continuidad sobre el problema de la sucesión de las formas, preformación y epigénesis sobre el problema del desarrollo del ser, atomicidad y totalidad sobre el problema de la individualidad.

Estos primeros evolucionistas aplicaron el principio de continuidad a la mente y el cerebro, pero fallaron al trascender las categorías de función heredadas de la psicología filosófica, no produciéndose una integración coherente de la evolución y el estudio del hombre hasta que las implicaciones del principio evolucionista de continuidad y los conceptos de función, adaptación y utilidad fueron consistentemente opuestos al legado del dualismo cartesiano y asumidos por la psicología asociacionista de Spencer y Head, en la que vieron la ciencia biológica de la evolución.

Evolución y neurología sólo alcanzarían conjunciones plenamente enriquecedoras con las obras de Hughlings Jackson, -al elaborar, aplicando los principios de Spencer, una concepción jerarquizada e integradora del funcionamiento del sistema nervioso- y de Ramón y Cajal -al aplicar al estudio

de la histología del sistema nervioso la idea neurogenética de que lo menos diferenciado morfológicamente sería anterior filogenéticamente a lo más diferenciado—. Pero las neurociencias tuvieron su origen en un periodo muy anterior, dejándose sentir sus influencias también en España (1801-1868); fueron éstas aisladas pero relevantes, a través de la psicofisiología (sensualista o frenológica), de los estudios comparados en anatomía y fisiología, y de patología (1).

LA PSICOFISIOLOGIA

Una de las más intrincadas ideas en la historia del sistema nervioso fué el cambiante contexto para la psicología y la fisiología, desde un acercamiento primariamente filosófico dentro del sistema estático de la "gran cadena de los seres" a un acercamiento biológico basado en la dinámica del cambio evolutivo.

El sensualismo psicofísico de P.J.G. Cabanis (2) (1757-1808) puso en evidencia el obstáculo creado por Locke y Condillac al querer explicar la vida psíquica sólo por el análisis de las sensaciones externas. Materialista a ultranza, como La Mettrie y Diderot procedía de convicciones vitalistas profundamente arraigadas; próximo a un idealismo monista, el universo sería para Cabanis una unidad material con actividad espontánea e interna en cada una de sus partes, que se transformaría mediante una fuerza única universal en sustancia viviente (desde la simple sensación a las "afinidades eléctricas", el "instinto de las plantas" y, finalmente, la compleja sensibilidad nerviosa de los animales). Con Lamarck, debe ser situado entre los precursores del transformismo, reflejando ambas análogas ideas: la influencia del medio exterior, la herencia de los caracteres adquiridos, el efecto lento y progresivo de los hábitos. Cabanis rechazó la noción empirista de la "tabula rasa" y subrayó la de instinto.

El plan de sus Rapports du physique et du moral de l'Homme (1805) fué analizar la historia fisiológica de las sensaciones, es decir, la influencia de las edades, sexos, temperamentos, enfermedades, regímenes y climas sobre la formación de las ideas y de las afecciones "morales" (psicológicas), así como trazar unas consideraciones sobre la vida animal, el instinto, la simpatía, el sueño y el delirio, la influencia o reacción de lo "moral" sobre lo físico y, finalmente, el temperamento adquirido. El objetivo fué

llenar las lagunas que separaban las observaciones de la fisiología de los resultados del análisis filosófico, manifestando en su parte más importante -las memorias 12ª y 13ª- que a diferencias y modificaciones de órganos corresponderían constantemente diferencias y modificaciones en las ideas y las pasiones. Las impresiones recibidas por las partes sensibles serían igualmente la fuente de todas las ideas y de todos los movimientos vitales. Dichas impresiones vendrían unas del exterior y otras del interior, comprendiendo estas sensaciones internas las determinaciones que se manifestarían en el niño y en los jóvenes animales al momento de su nacimiento (producto de las sensaciones percibidas durante la vida fetal) y las pasiones que se manifestasen enseguida sobre sus fisionomías, las que se poseerían con el desarrollo de los órganos de la generación, y el instinto (en su sentido etimológico de "impulso interior", superior en las especies donde fuese menos enturbiado por el razonamiento).

En la base de su pensamiento subyacía la idea de que la organización física del pensamiento vendría definida por el mecanismo de la sensación extendida al principio de la sensibilidad, es decir, a la influencia del sistema cerebral sobre los demás órganos. Hay que pensar que en el siglo XIX, bajo la influencia de experimentadores y de filósofos, la "sensibilidad" devino la propiedad general y fundamental controlada por el sistema nervioso, y la influencia de la noción de "irritabilidad", dominante en el XVIII, desapareció casi completamente de la literatura científica. Cabanis afirmó su primacía cuando Bichat confundió "contractilidad" e "irritabilidad", Buffon matizó la noción de "sentir" en animales y vegetales, Lamarck defendió la primacía de la irritabilidad y Flourens -muy criticado por Cuvier- la hizo equivalente de la conducción nerviosa, en un sentido similar a la "nervomotilidad" de Dutrochet -utilidad por Darwin-.

Para Cabanis la sensación sería el carácter principal de la vida, y vivir significaría sentir ("Je sens donc je suis", afirmó reescribiendo el "cogito" cartesiano). Evolutivamente, la irritabilidad habría determinado una línea de demarcación insuperable entre los animales y los vegetales: un sistema nervioso aparecería en los insectos (tercer grado de organización) representando la estructura indispensable subyacente a la sensibilidad, que conduciría a la conciencia, al "yo" o sentimiento interior y al a génesis de las ideas.

De modo excepcional el pensamiento de Cabanis fué introducido en España a través de dos extensos artículos incluidos en 1807 en el Diccionario de Medicina y Cirugía de Antonio Ballano (3), una de las fuentes más relevantes de la primera mitad de la centuria, referidos a las "sensaciones" y a los "sentidos" y firmados por Bartolomé José Gallardo.

Gallardo puntualiza una a una las principales tesis de Cabanis: la primacía de las sensaciones, su organización cerebral, la importancia de las sensaciones internas -referidas sobre todo al periodo fetal y a las predisposiciones adquiridas durante el progreso de "animalización"- el "irresistible poder instinto" -y el rechazo de la noción de la "tabla rasa"-, así como una referencia a la "ley general del equilibrio de los sistemas orgánicos", que armonizaría los sistemas "sensitivo" y "racional". No entramos en la detallada descripción que realiza de las facultades intelectuales y morales, y de los sentidos.

El sensualismo, desarrollado y difundido años más tarde desde Salamanca, regresó a posturas menos radicales (Locke, Condillac, Destut de Tracy) e incorporó nuevas inflexiones más espiritualistas (Maine de Biran). Los posteriores estudios psicofisiológicos (Jiménez Serrano, Peset y Vidal o Nieto Serrano)(4) asumieron una actitud antiorganicista, pero manteniendo las nociones de instinto y sensaciones internas si bien con ciertos matices de tono cartesiano.

La psicología funcional apoyó, al igual que la teoría de la evolución, el análisis específico de la mente en sus funciones, facultades, capacidades y propensiones por los primeros frenologistas en el siglo XIX(5). Si la visión estática de la naturaleza fué la mayor generalización de la biología hasta ser reemplazada por la teoría de la evolución, la posición de F.J.Gall (1758-1828) al anticipar la visión adaptativa o funcional de la psicología, desarrollada durante la segunda mitad de la centuria, fué, en contraste con los viejos elementos de la psicología epistemológica de la tradición lockeana, pre-evolucionista.

En Sur les fonctions du cerveau (1822-1825) Gall, mediante el estudio empírico de la localización cerebral y el intento de determinar la clase de funciones que aclarasen el pensamiento y la conducta de los hombres y los animales en su medio natural, quiso especificar las relaciones intrínsecas entre los organismos y su entorno a través del cerebro. Agnóstico

ante el problema filosófico cuerpo-mente, pensó haber descubierto el método para demostrar la correlación de las facultades innatas con áreas cerebrales identificables, según su tesis de que "el cerebro es el órgano de la mente" frente a la inadecuada apelación a las especulativas facultades de imaginación, razón y memoria para explicar las diferencias entre especies en la naturaleza y en hombres y animales individuales en sus respectivas sociedades, el recurso al principio analógico del método comparado para subrayar cuanto tienen de común hombres y animales. Y si aceptó el concepto prevaleciente de una estática "cadena de seres" sin embargo, al extender dicho método al hombre se adhirió a la gradación continua más firmemente que quienes habían colocado un abismo entre hombres y animales. Su método de las mutilaciones naturales de los cerebros de los animales para localizar las funciones cerebrales le permitió afirmar la adición escalonada de órganos y facultades en la "cadena de seres", llegando a precisar de entre las 27 facultades fundamentales 9 comunes en hombres y animales.

Comparada con el sensualismo psicofisiológico la frenología tuvo amplia aceptación en nuestro país, fundamentalmente en el segundo cuarto de siglo, culminando con la apasionada divulgación por parte de Mariano Cubí.

Junto a una serie de libros y folletos expositivos de la doctrina ya a partir de 1806, destacaron las contribuciones de Manuel Hurtado de Mendoza (1820-1823), Francisco Javier Laso de la Vega (1821) y Enrique Ataíde (1848) (5), los dos primeros subrayando el carácter innato de las disposiciones psicológicas e intelectuales, su corrección por la educación y la dependencia de la organización en su desarrollo, y el último añadiendo el criterio comparado y evolucionista: la condición material de dichas facultades, exclusivamente cerebrales, a través de los diferentes grados de la escala zoológica.

Hacia mediados de siglo los partidarios de Gall fueron poco a poco desvaneciéndose, eclipsados por los nuevos seguidores de Flourens y atacados por una reacción espiritualista que calificaría la doctrina frenológica de "fatalista", amén de anticatólica y antisocial.

LA ANATOMIA Y LA FISIOLOGIA COMPARADAS

Los estudios comparados sobre el sistema nervioso surgieron

a lo largo de la primera mitad del XIX, aprovechando los hechos conocidos durante el periodo ilustrado hacia la consecución de formulaciones generales. Su elaboración y sistematización tuvo como escenario principal a Francia y como figuras más relevantes a los naturalistas Lamarck, Geoffroy Saint-Hilaire, Lacépède y Cuvier -titulares del Museum d'Histoire naturelle-, y a los fisiólogos Bichat, Magendie y Flourens (7).

L. Lamarck, pese a ser el primero en elaborar una teoría positiva de la evolución de los seres vivos y principal formulador del transformismo, inspiró gran desconfianza entre sus contemporáneos. Tuvieron éxito, en cambio, las obras de G. Cuvier y E. Geoffroy Saint-Hilaire, cuyas principales teorías o generalizaciones fueron, respectivamente, el principio de correlación de las partes orgánicas y la ley de subordinación de los caracteres anatómicos en función de las condiciones de existencia (de donde dedujo su teoría de los "tipos zoológicos", estructuración de los animales en cuatro grupos principales, cada uno según un "plan fundamental" morfológico peculiar), por Cuvier, y el principio de conexión analógica, la teoría de la unidad de composición y la ley del equilibrio de los órganos. Para Cuvier el sistema nervioso sería el fundamento de todo animal, su carácter primario de organización, asegurando la homogeneidad de cada ramificación evolutiva.

X. Bichat supeditó su vitalismo a la noción de organización, elaborando una jerarquía estructural que conducía de la simplicidad de los tejidos a la complejidad de los órganos, siendo cada animal una colección de órganos variados donde cada uno cumpliría una función y contribuiría a mantener el todo. Desde la experimentación animal, los fisiólogos F. Magendie y M.J.P. Flourens, también contribuyeron al nuevo contexto evolucionista al estudiar y demostrar la conexión fisiológica que podía tener el cerebro en general o con algunas de sus partes, afianzando el puente entre la tradición lockeana, la psicología asociacionista y la psicofisiología sensorio-motora.

En Alemania, principal escenario de las investigaciones morfológicas y fisiológicas durante la segunda mitad de la centuria, la filosofía-natural schellingiana había repercutido también, de forma compleja y pintoresca, en los estudios comparados, destacando Kiemeyer, joven maestro de Cuvier, Oken y Carus. L. Oken fué quien mejor desarrolló, en su género,

los supuestos de la "naturphilosophie", elaborando una cosmogonía acorde con la evolución sometida a las leyes de la polaridad y la simetría desde lo inorgánico a lo espiritual.

La transición de esta desenfrenada especulación a la versión positiva de los estudios comparados la posibilitaron J.F. Meckel y sus leyes de "multiplicidad" y de "unidad", especie de compromiso entre las teorías de Cuvier y de Geoffroy-, Muller y von Baer. De todo este complejo panorama saldría una de las contribuciones teóricas más significativas: la "ley biogenética fundamental", que Meckel tan sólo elaboró en su forma más sobria.

En España, apreciamos la influencia de Bichat en una de las obras fisiológicas más importantes del momento, los Elementos de fisiología especial y humana (1830) de Juan Mosácula, en la que al referirse al sistema nervioso recoge la idea vitalista de una evolución en dos niveles, vegetativo y sensitivo, si bien no define la sensibilidad y la movilidad como propiedades específicas (como Legallois, Cuvier, Magendie y Flourens) y utiliza la noción de simpatía como función sinérgica: acusa igualmente influencia del sensualismo psicofisiológico (consideración de sensaciones internas, variables en cada individuo; influencia modificadora de éstas por parte de la voluntad y la educación) y de la frenología (pluralidad de los órganos cerebrales). Analiza también las teorías acerca del desarrollo embrionario, manifestándose escéptico ante el preformacionismo y la epigénesis.

La preocupación por conocer la función real de cada una de las partes del sistema nervioso fué máxima en torno al sistema nervioso autónomo, destacando un artículo traducido de Cuvier (1823) sobre la función y origen de los nervios y ganglios en el conjunto sensorio-motor, y una extensa memoria original de L. Colodrón (1840, 1850) sobre el sistema nervioso gangliónico, donde se defiende su unidad con el "eje cerebro-espinal" (del que recibiría el principio excitador). Se rechaza la idea de Reil y Bichat sobre la independencia entre las funciones nutritivas y de relación, y se considera (1850) a partir de Meckel y Johnston a los ganglios como nudos o ligaduras entre nervios, cerebro y órgano (5).

Dos acercamientos al sistema nervioso hechos estrictamente desde los estudios comparados fueron los de Chinchilla (1841) (9) y Casaña (1857) (10). El primero, siguiendo a Reil, Spalanzani y Cuvier analiza

el modo de obrar el sistema nervioso en la cadena zoológica, partiendo de la conocida diferenciación entre funciones vegetativas y animales y adaptando los cuatro grupos definidos por Cuvier: 1) el hombre y los animales que se le asemejan por la posesión de un sistema nervioso cerebroespinal, 2) sin sistema nervioso: sólo una serie de masas medulares del sistema gangliónico, 3) con largos cordones a lo largo del vientre, 4) con sistema nervioso muy sencillo, confundiéndose la escala animal con la vegetal. La anatomía comparada diferenciaría así dos sistemas distintos, el cerebroespinal y el gangliónico (o conjunto de "cerebros" anastomosados), coexistiendo en relación inversa dada la primacía en el primero de las acciones voluntarias y en el segundo de las instintivas.

El artículo de Juan Casaña lleva por título "Breves apuntes acerca de la anatomía comparada del sistema nervioso" (1857), y es sin duda uno de los más interesantes. Conocedor de los naturalistas franceses, prefirió Casaña la orientación de los alemanes, girando el tema central en torno a una clasificación ideal de la escala zoológica en función del sistema nervioso, utilizando una peculiar reelaboración de las de Oken y Cuvier. tras decidirse por una ordenación desde lo inferior a lo superior y no a la inversa (aunque reconoce que "ambas maneras de proceder tienen su fundamento"): 1) los zoofitos o "primer rudimento de animalización" -extendiéndose largamente sobre la organización de su "aparato sensitivo", cuyo extraordinario desarrollo se basa en la preexistencia de los elementos que luego aparecerán en los animales superiores, según la noción de Oken de una "masa nervea" originaria, especie de "polaridad" desarrollada en el seno de la "materia animal"; la "animalidad" sería pues una manifestación de las propiedades que dicha materia animal "encerraba dentro de sí", y expresada mediante el movimiento, única diferencia que separaría al animal de la planta-.

En el ascenso paulatino de la escala animal (fitozoos, moluscos, cefalópodos, articulados, entomozoos, crustaceos, arácnidos, miriápodos e insectos, entre los invertebrados; peces, anfibios -reptiles, de Cuvier- y aves -aquí queda inconclusa la exposición-, entre los vertebrados), el sistema nervioso de estar "profusamente esparciado entre la masa de sustancia" se iría agrupando "constituyendo un verdadero sistema aislado del

resto de la organización en su mayor parte si bien con íntimas relaciones coexistiendo una tendencia a "dividirse en dos partes principales" (de la "vida animal" para las sensaciones y movimientos con el entorno y de la "vida orgánica" para la acción nutritiva), según una "marcha análoga" constante desde la organización más sencilla a los animales superiores. La división fundamental de la escala animal en invertebrados y vertebrados radicaría en la existencia de un "neuroesqueleto" en los últimos : estructura protectora de la citada "sustancia nervea", más resistente cuanto más centralizada, si bien Casaña la considera artificial ya que "ningún órgano aparece de repente en un grado de desarrollo considerable, sino que siempre se manifiesta rudimentaria y luego va sucesivamente desenvolviéndose" (según los supuestos especulativos de los seguidores de Schelling, Carus y Oken).

Una última referencia la hallamos en el artículo traducido de Simpson (1865) titulado "Sobre la existencia en el cuerpo humano de órganos desprovistos de nervios, linfáticos ó capilares" (11), estudio comparado que establece una analogía entre el cordón umbilical y la porción fetal placentaria de algunos zoofitos (el grado más inferior de la escala animal) con la especie humana.

LA TERATOLOGIA

Al iniciarse el siglo XIX, la orientación epigenética, inclinada hacia los aspectos dinámicos de la naturaleza y cuyos partidarios habían apostado por el transformismo y el espontaneísmo, había ya quebrantado la base del concepto preformacionista del desarrollo embrionario, defensor del fijismo y del antiespontaneísmo. La herencia del siglo XVIII atañía a la investigación del huevo de los mamíferos (los "sistemas de los huevos"), la comprensión de las etapas iniciales de la embriogénesis, y la preocupación de los naturalistas ilustrados por "l'échelle d'être", la Gran Cadena del Ser. Y uno de los grandes temas de moda de la Europa expansionista y curiosa fué el de las hibridaciones y los monstruos (12).

Existe un antes (repleto de fábulas y disputas) y un después (el nacimiento de la teratología como ciencia) en torno a Etienne Geoffroy Saint-Hilaire y su hijo Isidore, quienes estudiaron la morfología (comparada, sistemática y experimental) de las "monstruosidades" (también referidas como "anomalías", "malformaciones" o simplemente "monstruos"). Si la explica-

ción más fabulada fué la de Paré sobre una cabeza hallada en un huevo de gallina que habría devorado la simiente de un hombre, la "querella de los monstruos" más famosa fué la que surgió entre 1724 y 1743 -y de la que se hizo eco Maupertuis para elaborar sus críticas- en el seno de la Academia Real de Ciencias de París entre "assidentalistas" (Lemery" y "originalistas" (Winslow), en contra y a favor, respectivamente, de la intervención divina.

La ley fundamental de la teratología, impregnada del transformismo y formulada por E. Geoffroy en 1821, definió el fenómeno como "retraso en el desarrollo" -hoy hablaríamos de "paro de desarrollo"-, por una causa mecánica (recogiendo la tesis "accidentalista"), susceptible de repetición (y no fenómenos extraordinarios y caprichosos). La obra de Geoffroy recogió el impacto de la idea filosófico-natural de unidad de plan sobre la embriología, originando el supuesto de que todos los seres vivientes estarían formados de acuerdo con un plan, guía para las homologías. Su interés por la experimentación teratológica fué el de evidenciar la insuficiencia del preformacionismo, demostrando la producción artificial de anormalidades, y el de apoyar la idea de que el desarrollo monstruoso podía producir transformaciones evolutivas, representando ciertas anormalidades por interrupción en el desarrollo de animales superiores estadios de organización estables en los animales inferiores. Geoffroy clasificó las malformaciones, subrayando la organización monstruosa, sus tipos y su sometimiento a las mismas leyes, rigurosamente determinadas, que regulan las series animales.

Incorporada la teratología a la metodología experimental, C. Dareste hizo la primera descripción de una nueva especie, el "onfalocéfalo" (cabeza en el ombligo). Si la teratología surgió de la mano de los neolamarckianos (las especies admitidas se remontarían a estados patológicos que se habrían hecho hereditarios), la embriología causal y experimental lo habría hecho por la escuela "mutacionista" (subrayando el carácter discontinuo de la evolución).

La información sobre el tema surgida en la España decimonónica la podemos diferenciar en una serie de definiciones y ordenaciones en los principales diccionarios médicos, y de conjunto de diversas descripciones relatadas a través del periodismo médico.

Respecto a los diccionarios, Ballano (1807) (13), en el artículo "monstruos", recoge la clasificación de Buffon en tres clases: "por exceso".

"por defecto" y "por desorden"; respecto a las causas, sigue a Malebranche (poder de imaginación de la madre sobre el feto) y a Maupertuis (posiciones agitadas). Hurtado de Mendoza (1820) (14), en el artículo "acéfalo", rechaza la hipótesis tradicional que explicaría los monstruos acéfalos por una "hidropesía del cerebro" (Morgagni, Haller, Sandifort) propugnando la de una "hernia cerebral", acorde con las ideas de Gall de que la ausencia de partes del cerebro no entraría en contradicción con la presencia de nervios, concebidos por la mayoría como meras prolongaciones del encéfalo. Y Moscosa (1821) (15), al definir la "monstruosidad", lo hace como todo vicio de conformación genética, y frente a las diversas teorías y ordenaciones utiliza la de Geoffroy para los acéfalos, con 14 géneros (coccicéfalos, cryptocéfalos, anencéfalos, cistencéfalos, odencéfalos, notencéfalos, hemienocéfalos, rinencéfalos, estoencéfalos, triencéfalos, esfenencéfalos, diodonocéfalos e niperencéfalos): y diferencia el acéfalo "completo" del "incompleto", refutando, como Hurtado, la teoría de la hidropesía como causa de disolución o reabsorción encefálica, apelando a la "prueba evidente" del hallazgo de nervios, elementos de prolongación cerebral.

Respecto al periodismo médico, las primeras noticias sobre la cuestión de los monstruos aparecieron en las Décadas Médico-Quirúrgicas, primer periódico médico español del siglo XIX y el mayor órgano propagandístico del brusismo, correspondiendo, por tanto, a las primeras descripciones de un acéfalo, con trasposición de vísceras (B. González Guerra, 1822) (16); un feto bicéfalo (W. Hutchinson, 1822) (17) y un anencéfalo (F. Delgado y J. Soriano, 1828) (18); todos ellos presentados como rarezas. El primero de todos afirma su causa orgánica, síntesis de una organización primitiva defectuosa (Gall) y de un accidente (Chaussier).

El final de este fructífero pero breve periodo liberal debió esperar prácticamente tres decenios -y un naciente liberalismo- para retomar la cuestión. Aún surgieron cuatro referencias. En "Microcefalia" (Baillarger, 1856) (19) se establece una correlación entre la suspensión del desarrollo de la inteligencia y la osificación prematura, elaborándose una clasificación de los huesos craneales. En "Descripción de un monstruo bicéfalo del orden de los ruminantes. Consideraciones sobre el dualismo orgánico" (A. Martínez y Molina, 1857) (20) se ofrece un interesante estudio comparado en base al hallazgo de un monstruo compuesto por dos ovejas con un sólo tronco

y cinco extremidades, "colocado en el mismo tipo y clase que el hombre", y que confirmaría el dualismo orgánico propugnado por Serres en base a las leyes de la simetría, formación centrípeta y conjunción de órganos: al ser la fusión centrípeta lo próximo a la línea media tendería a desaparecer y lo distante a mantenerse independiente (según el modelo de dos individuos soldados lateralmente); la patología también lo confirmaría, ya que existen parálisis hemilaterales, disarmonía de acción de los hemisferios cerebrales, etc.; asimismo, no se perjudicaría el "dogma psicológico de la unidad del alma racional". En "Parto preternatural de un feto acéfalo, presentación de cara" (L. Carrasco, (1863) (21)) se describe la falta total de la bóveda craneal y sus membranas, apareciendo flotante la masa cerebral; se indican las medidas, longitud y peso del feto: el texto se centra en la evolución de la madre, explicándose la imposibilidad de supervivencia del feto por la falta de desarrollo óseo y por las "malas condiciones orgánicas" del cerebro. Y por último, en "De la atelencefalia" (Gintrac, 1864) (22) se resume una memoria presentada a l'Académie des Sciences de París en la que se agruparon las "lesiones congénitas que resultan de una formación insuficiente, oncompleta o irregular al aparato encéfalo-raquídeo", vicios primitivos de organización también conocidos como "atrofias", "agenesias" o "atelas" -denominación que prefiere el autor-; se distinguen 8 tipos de atelias: meníngea, cerebral anterior, cerebelosa, mesocéfálica y raquídia- reuniendo el estudio original 85 observaciones (de Andral, Coles, Shaw, Calmeil, Deschamps, Reil y otros); la atelencefalia sería consecuencia de una especie de flegmasia cerebral que condicionaría las partes vecinas, afectando al desarrollo de la inteligencia como principal traba, además de una parálisis muscular como síntoma más frecuente, y epilepsia y convulsiones como resultados más usuales.

Con la serie de trabajos generales sobre la teratología iniciados por Ezequiel Martín de Pedro entre 1867 y 1868, principal introductor de la mentalidad fisiopatológica en España y de una orientación semiológica dinámica y evolutiva, esta ciencia superó definitivamente el nivel de colección de curiosidades y pudo ofrecer teorías explicativas basadas en las leyes del desarrollo orgánico. A partir de 1868, las neurociencias entraron en un proceso de especialización e institucionalización, pero las bases para una sólida cohesión entre evolucionismo y neurología ya habrían sido

precisadas.

NOTAS.

1. Sobre evolucionismo en la obra de H. Jackson, véase López Piñero J.M. (1973), John Hughlings Jackson (1835-1911). Evolucionismo y neurología. Madrid, Moneda y Crédito. Sobre el evolucionismo en Cajal el darwinismo en España, véase Glick, Th. (1982), Darwin en España. Barcelona, Península. Y sobre las neurociencias en España, Navarro J. (1986), Los orígenes de las neurociencias en España. Valencia tesis doctoral.
2. Sobre la obra de Cabanis, véase Staum, M.S. (1980), Cabanis. Enlightenment and Medical Philosophy in the French Revolution. New Jersey, Princeton University Press. Y sobre evolucionismo y fisiología Schiller, J. (1980), Physiologie et classification. París, Maloine.
3. Obra en 7 vols. publicada en Madrid, Impr. Real, entre 1805-1807, Cf. pp. 64-77 y 93-100, v.7º.
4. A. Jiménez Serrano (1864), "Sentidos", El Genio Quirúrgico, 691-693; J.B. Peset y Vidal (1867-1870), "Estudios psicológicos", El Siglo Médico, 14, 87-88, 625-628, 673-676; 15, 433-435, 482-483, 497-500, 541-552; M. Nieto Serrano (1868), "Consecuencias de considerar los fenómenos psicológicos como producidos por la organización cerebral" El Siglo Médico, 15, 563-565.
5. Sobre evolucionismo y frenología, véase R.M. Young (1970), Mind, Brain and Adaptation in the Nineteenth Century. Oxford, Clarendon Press, y H. Hecaen; G. Lanteri-Laura (1977), Evolution des connaissances et des doctrines sur les localisations cérébrales, Descleé de Brouwer.
6. M. Hurtado de Mendoza (1820-1823), Suplemento al diccionario de Medicina del Profesor D. Antonio Ballano, Madrid, Imp. Brugada, 4 vols. artículos "craneología" (1820, v.1, pp. 317), "frenología" (1821 v.2 p. 228) y "organología" (1823, v.3, pp. 148-193); F.J. Laso de la Vega (1821), "anatomía y fisiología del sistema nervioso (...)" por F.J. Gall, París, 1818, 4 vols.". Periódico de la Sociedad Médico Quirúrgica de Cádiz, 3, 75; E. Ataide (1845), "Frenología. Ensayo sobre las principales cuestiones de la frenología", La Gaceta Médica 100-101.
7. Sobre los estudios comparados en la primera mitad del XIX, véase J.M. López Piñero (1973), "La anatomía comparada evolucionista y su penetración en la ciencia del cuerpo humano", Historia Universal de la Medicina (dir. P. Laín Entralgo), v.6, pp.29-35.
8. Cuvier (1823), "De los nervios y sus ganglios", Diario General de Ciencias Médicas; L. Colodron (1840), Estracto de una memoria sobre

el sistema nervioso gangliónico", Boletín de Medicina, Cirugía y Farmacia, 24, 185-187; 25, 193-194; y "Memoria fisiológico-patológica acerca del sistema gangliónico", La Gaceta Médica, 6, 131-133, 139-142, 146-147, 155-157.

9. A. Chinchilla (1841), "Consideraciones sobre el sistema nervioso", Boletín del Inst. Médico Valenciano, 5, 6-7.

10. J. Casaña (1857). "Breves apuntes acerca de la anatomía comparada del sistema nervioso", La España Médica, 2, 292, 301, 307, 316, 324, 332 y 372.

11. El Pabellón Médico, 5, 137-139.

12. Sobre embriología y teratología, véase Ch. W. Bodemer (1973), "La embriología durante el romanticismo", Historia Universal de la Medicina (dir. P. Laín), v.5, pp. 193-201.

13. A. Ballano (1807), Diccionario de Medicina y Cirugía, v.5, pp. 406-411.

14. M. Hurtado de Mendoza de Mendoza (1820), Suplemento, v.1, pp. 47-49.

15. L. Boscasa (1824), Diccionario de Ciencias Médicas, v.25, p.222.

16. B. González Guerra (1822), "Descripción de un acéfalo, complicado con una trasposición de varias vísceras torácicas y abdominales", Décadas Médico-Quirúrgicas, 5, 61-71.

17. W. Hutchinson (1822), "Descripcion de un feto bicéfalo; por el Dr. M.I. Jackson", Décadas Médico-Quirúrgicas, 5, 205-207.

18. F. Delgado; L. Soriano (1828), "Observaciones de un feto sin cerebro, cerebelo, médula oblongada Ec.", Décadas Médico-Quirúrgicas, 18, 67-68.

19. El Siglo Médico, 3, 252.

20. El Siglo Médico, 4, 67-68.

21. El Genio Quirúrgico, 710-711, 726.

22. El Siglo Médico, 11, 555.

23. E. Martín de Pedro (1867-1868), "Teratología", El Siglo Médico, 14, 822-824; 115, 147-150, 166-168, 554-556, 571-573, 598-601, 613-616.

Navarro, Jorge

Cátedra Historia de la Medicina. Universidad de Valencia.

Entre 1801 y 1868 una serie de supuestos y actitudes doctrinales dieron configuración en nuestro país a las ciencias del sistema nervioso. Por un lado, desde los saberes básicos -la anatomía (macroscopía, microscopía y comparada) y la fisiología (experimental y psicológica)- evolucionando desde un vitalismo hacia formulaciones analítico-experimentales; por otro, desde la patología y la clínica, en torno a la mentalidad anatomoclínica de la escuela francesa -a la que se deben sumar los eslabones de transición desde la medicina ilustrada y las posiciones heterodotas más próximas a la posterior mentalidad fisiopatológica, como la brillante y aparatosa doctrina del brusismo-.

Periodo anormal sesgado por la Guerra de la Independencia y el ominoso absolutismo interrumpiendo etapas de ilustración y de liberalismo, la aportación original fue escasa aunque no exenta de interés, comprendiendo la mayor parte de la información neurocientífica su penetración desde el extranjero en España. Sumándose a la preocupación general por elevar la medicina al rango de ciencia ¹, existió un manifiesto interés por elaborar un coherente, preciso y útil lenguaje científico. En base a ello, de un estudio de conjunto sobre las neurociencias ² realizado recientemente de entre los principales diccionarios médicos de la época ³ -como los originales de Antonio BOSCA (1805-1807) y Manuel HURTADO DE MENDOZA (1820-1823) y los traducidos de Lorenzo BOSCA (1822-1827) y de P. FABRE (1842-1846)- una serie de monografías y casi un millar de artículos de revista, se ha estructurado el lenguaje natural sobre el sistema nervioso mediante un lenguaje de indización construido de acuerdo con los métodos de la semántica documental, confeccionando un thesaurus con 464 descriptores ordenados alfabéticamente y por genéricos y específicos, y una representación gráfica de dichas relaciones semánticas. De todo este extenso material presentamos ahora una primera y breve síntesis del vocabulario neurológico usado en nuestro país en un periodo clave para entender su posterior evolución y normalización.

respecto a la terminología anatómica del sistema nervioso 4. El siglo XIX heredó un legado tremendamente pobre, derivado de los tres substantivos griegos "enképhalos", "myelós" y "neûrón" -que latinizados quedaron en "cerebrum", "medulla" y "nervus"-, designando confusamente la totalidad del contenido craneal, las médulas óseas y espinal, y el conjunto de ligamentos, tendones y nervios, respectivamente. En España se hizo uso de otras variantes como "celebro" (Montana) y "sesos" (Valverde) o "espina medular" (Porrás), por médula espinal.

Las primeras referencias neuroanatómicas del siglo XIX fueron las del diccionario de Ballano, describiéndose las voces "cabeza", "cráneo", "cerebelo", "cerebro" (1806), "médula espinal", "duramadre", "nervios" y "píamadre" (1807). "cabeza" asumiría la definición vaga que arrastrara inicialmente "enképhalos" de lugar de ubicación de la totalidad del contenido craneal, su estructura ósea sería el cráneo; este término quedó rechazado posteriormente, y así vemos como no aparece en los diccionarios de Hurtado y de Boscasa y solo en el traducido de Fabre, en 1843, pero para referirse estrictamente a las "enfermedades de la cabeza". "Cerebelo" apareció únicamente en este diccionario, refiriéndose solo a su carácter anatómico y definiéndolo como un apéndice del cerebro de idéntico funcionamiento -aún no se han producido las revolucionarias investigaciones sobre el cerebelo de Flourens (1822) y Magendie (1825)-. "Cerebro" viene definido como masa que ocupa la cavidad craneal, cubierta por las envolturas "duramáter" y "píamáter", y compuesta del cerebro propiamente dicho, el cerebelo y la "médula oblongada" (bulbo raquídeo); estructuralmente, comprendería dos sustancias distintas, la exterior, "cenicienta" o cortical, y la interior, "blanca" o medular. A la médula "espinal" se la diferencia de la "oblongada" solo como la parte que queda fuera del cráneo, y de ella se originarían los nervios y vasos "espinales". Al hablar de las membranas envolventes, diferenciadas en externa e interna, no se hace mención a la aracnoides, y dado su pertenencia al aparato nervioso se le asignan pequeños vasos y nervios. Un último término es el de "neurología" 5, que de una etimología que lo define como ciencia del sistema nervioso adoptará posteriormente un sentido clínico y que aquí es referido exclusivamente a la anatomía nerviosa.

Al diccionario de Ballano se añadió, tras el lapso de la guerra y durante el período liberal un Suplemento, dirigido por M. Hurtado de Mendoza, ferviente defensor del brusismo. Dado el carácter del mismo, no se repiten los términos arriba mencionados o se les da un sentido complementario (como

al referir "cerebro" a la anatomía patológica o "cráneo" a la fisiología. Destaca la inclusión de nuevos términos -como "neurilema" o "raquídeo"- y, sobre todo, la incorporación de la terminología derivada de la doctrina frenológica de Gall: "craneología", "craneoscopia" (1820) y "organología" (1823), en todos ellos con una doble referencia a la anatomía y fisiología.

Por estas fechas se publicó el diccionario traducido por Boscasa, de menor interés y recogiendo también aislados términos como "cráneo" y "craneoscopia" (1821). Un último diccionario relevante fue el traducido de Fabre, del que destacamos la única inclusión del término "encefalo" (1843), si bien estrictamente referido a sus enfermedades.

De forma sucinta, esta visión de la terminología anatómica del sistema nervioso quedaría complementada con la mención de aquellos términos procedentes del periodismo médico -del que sólo citaremos el año de aparición y el autor al que va asociado-. Desde la anatomía macroscópica, "gran simpático" (Hisael, 1827), "frénico" (Lusackha, 1854) o "líquido cefalo-raquídeo" (Judeá, 1864); desde la anatomía microscópica, "pequeños nervios periféricos" (Kunhe, 1861) y "placa terminal" (Krause, 1863) para la sinapsis neuromuscular, la mención de los "corpúsculos de Paccini" (Dourget, 1860), de los "nervi nervorum" (Sappey, 1868) y de redes "capilares" nerviosas (Koudanovsky, 1865) al aplicar el modelo vascular a la neuroanatomía, y de "células solidarias" (Duchenne, 1865) para expresar la polaridad de las células nerviosas; y desde la anatomía comparada, el uso de expresiones como "aparato nervioso" (6) y "elemento nervioso" o "neuroesqueleto" (Casaña, 1857), como palabras-clave para expresar las peculiaridades y diferencias en el desarrollo de los animales superiores (incluida la especie humana) y la estructura ósea que protegería dicho sistema diferenciador.

Respecto a la terminología fisiológica del sistema nervioso, hay que volver de nuevo a los diccionarios citados. Ballane incluyó los siguientes: "electricidad" (1807), identificando, según las doctrinas imperantes, "fluido eléctrico" y "fluido nervioso"; "galvinismo" (1807), propiedad excitadora sobre nervios y músculos; "imaginación" (1807) -que junto con los de "alma" (1805), "sensaciones" y "sentidos" (1807) se hacía eco de las doctrinas psicofisiológicas sensualistas- "irritación" (1807), expresión propia de la doctrina de la irritabilidad (Haller) modificada recientemente por Bichat; "movimiento" (1807), explicado también según la doctrina de

La Irritabilidad halleriana y el vitalismo de Stahl, van Helmoth y Baglivi; "sensaciones" y "sentidos" (1807) -firmados ambos por Bartolomé José Gallardo- recogen la primera recepción en nuestro país del sensualismo psicofísico y materialista elaborado por Cabanis; mencionar nuevamente el término "nervios" (1807), al que el autor dio una doble acepción anatómica y fisiológica. En Hurtado encontramos: "contractilidad" (1820), término usado en el sentido usado por Bichat y Chaussier (equivalente al de "irritabilidad" pero con una doble acepción, orgánica y animal, en lugar del concepto monista de Glisson), diferenciándose a su vez entre "sensibilidad", "caloricidad" y "movilidad"; "contra-estímulo" (1820), término referente a la doctrina de Rasori, modificación de la de Brown; "exaltación" (1823), sinónimo de sobre-irritación cerebral, dentro de más estricto brusismo; y "voluntario" (1823), sinónimo de influencia nerviosa cerebral, y diferenciable de "involuntario", indemne a la voluntad pero estimulable por acción "simpática". Restan los términos "craneología" (1820) y "organología" (1823) ya expuestos entre la terminología anatómica, y los referentes a la doctrina brusista, como "irritación", "sobreirritación", "simpatía" y "doctrina fisiológica-patológica de las irritaciones", que analizaremos más abajo al tratar de la patología. Dentro de esta clara visión organicista de la fisiología nerviosa, Boscasa recogió, sin mayor relevancia, los términos "frenología" (1823) y "sensibilidad" (1826), y en la traducción del diccionario de Fabre hallamos el de "contradicción" (1843).

Nuevos e importantes términos referidos a la fisiología nerviosa aparecieron entre el periodismo médico, como los de "ganglios" (Cuvier, 1823) y "sistema ganglioso" (Chinchilla, 1841), el de acción "suspensiva" o inhibidora (Rosenthal, 1861), y sobre todo, los precisados por uno de los campos de mayor interés: el sistema nervioso autónomo ("gangliónico" según Bichat, "vegetativo" según Reil y "autónomo" según Langley): "gran simpático" (Tiedeman, 1827), "sistema nervioso gangliónico" (Colodrón, 1840), "neumogástrico" (Rosenthal, 1861), "centro génico-espinal" (Budge, 1861), "nervios vasomotes" (Schiff, 1863) o "nervio deprimente de la circulación" (Cyon, 1868). Desde la electrofisiología, y en torno a la cuestión de la identidad de la acción nerviosa, se utilizaron términos como los de "fluido eléctrico", "fluido nervioso" (D' Ecueillé, 1834), "corriente muscular"

(keynault, 1854), "poder electromotor secundario" (Matteucci, 1860) o "electricidad dinámica" (o "tercer fluido") (Lacy, 1868). Por último, desde la incipiente psicofisiología, y mediatizada en parte por la doctrina sensualista, tendríamos un conjunto de conocidos términos pero asociados de modo original y con significados muy distintos: "impresión", "percepción", "sensación", "yo" (potencia activa cerebral), "instinto" (o "sistema instintivo" frente al "sistema racional"), "imaginación" (potencia introactiva del cerebro), "facultades intelectuales" ("ideas", "memoria", "imaginación", "entusiasmo", "atención", "abstacción", "comparación", "reflexión", "entendimiento" y "voluntad"), "facultades morales" ("placer", "dolor", "felicidad", "deseo", "necesidad", "hábito" o "costumbre", "virtud" y "vicio"), "conciencia" o "alma" (Gallardo, 1807).

La patología y la clínica del sistema nervioso quedó centrada en torno a la configuración de la mentalidad anatomoclínica de la escuela parisina (siendo sus pilares conceptuales la atribución de un carácter fundamental a la lesión anatómica y la primacía semiológica del signo físico); en ella hay que incluir una de sus orientaciones más heterodoxas y tempranamente influyentes, el brusismo. A todo ello hay que agregar la herencia dieciochesca que fueron los sistemas nosológicos, algunos de ellos de auténtica transición hacia la mentalidad citada. Así, desde una serie de ordenaciones según el modo histórico-natural de clasificación a una orientación anatómica y localizatoria, las enfermedades neurológicas fueron hallando su identidad más coherente, disponiéndose finalmente en torno a cuatro grandes grupos bien diferenciados anatómicamente: enfermedades del encéfalo, de la médula espinal, de los nervios periféricos y de los músculos. Con ello se eliminaría gran parte del lenguaje equívoco del XVIII y se daría entrada a nuevos términos, como la utilización de un lenguaje expresable cuantitativamente o el un claro ascenso de los epónimos.

Los sistemas nosológicos más aceptados en España fueron los de Sauvages (1760), Cullen (1769) y Pinel (1798) -este último, artífice de la transición hacia la mentalidad anatomoclínica: incorporado en nuestro país por Felix Miquel(8), máximo representante de la transición de la medicina ilustrada a la anatomoclínica-. En los diccionarios analizados, Ballanc sigue a Sauvages, Boscasa a Pinel y Fabre se muestra ecléctico ante los tres sistemas: Hurtado introdujo como principal brusista, la ordenación

de Broussais, situándose por tanto próximo también a los supuestos de los clínicos de París. Respecto a las enfermedades del sistema nervioso, veamos su ordenación y modificaciones, lo cual nos ayudará a entender la terminología que se empleó fundamentalmente en los primeros decenios del XIX.

En el sistema de Sauvages encontramos los siguientes géneros: "frenesí" ("phrenitis") y "parafrénitis", entre las flegmasias membranosas; "cefalitis", en las flegmasias parenquimatosas. La clase "espasmos" se subdivide en "tónicos" y "clónicos", y ambos en "parciales" (tónicos: "estrabismo", "trismo", "contracturas" y "calambres"; clónicos: "convulsión" y "temblor") y "generales" (tónicos: "tétano" y "catalepsia"; clónicos: "eclampsia", "epilepsia", "histerismo", "baile de S. Vito" y "beriberi"). Entre las debiliidades, los siguientes órdenes: "disenterias" (con los géneros "anartria", "ageusia" y "anestresia"), "anepitimias", "discinesias" ("mudez", "afonía", "parálisis", "hemiplegia" y "paraplegia"), "liposiquias" ("astenia", "lipotimia", "síncipe" y "asfixia") y "comata" ("catalepsia", "éxtasis", "tifomanía", "letargo", "catáfora", "caro" y "apoplegia"). Entre los "dolores", los "vagos" ("estupor") y los propios de cada sistema (cabeza: "cefalalgia", "cefalea", "hemicranea", "oftalmía", "otalgia" y "odontalgia"; externos: "cranialgia" y "ciática"). Entre las "vesanias", las "morosidades" ("tarantismo" e "hidrofobia") y la "anómala amnesia". Entre los flujos, interesan los de la sangre y las hemorragias. Y entre las caquexias, en las de consunción ("tabes" y "atrofia"), hidropesías parciales ("hidrocéfalo", "fisocéfalo" e "hidrorraquisitis"), protuberancias ("raquisitis", "cáncer") y enfermedades cutáneas ("sífilis").

El sistema de Cullen introdujo sustanciales modificaciones: reducción de diez clases a cuatro (tres generales y una de afecciones locales), las "neurosis como nueva clase que regroupa la mayoría de las enfermedades del sistema nervioso. Entre las primeras se mantendrían las caquexias, como pirexias se engloban flegmasias y hemorragias, como "neurosis" y las "afecciones soporosas", las "adinamias", las "afecciones convulsivas" y las "vesanias", y entre las locales, las "disestesias" (o alteraciones de las sensaciones) y las "discinesias" (o alteraciones de los movimientos).

Pinel, al intentar una ordenación según la estructura anatómica de las lesiones, separaría las calenturas de las pirexias de Cullen, reintroduciría como clase las flegmasias de Sauvages -siendo el mejor logro de

su intento, dividiéndolas, según su sede, en tegumentos, membranas mucosas serosas ("frenesí") o fibrosas, glándulas, músculos y parénquimas ("cefalitis")-, mantendría la independencia de las hemorragias y las "neurosis", e introduciría en una última clase las "lesiones orgánicas", intento fallido de una ordenación anatomoclínica. Sin embargo, queda patente la diferencia que hizo entre enfermedades nerviosas funcionales (neurosis: "neurosis de los sentidos", "neurosis de las funciones cerebrales" -afecciones comatosas y vesanias- y "neurosis de la locomoción y de la voz") y lesiones orgánicas del cerebro. Entre las fiebre incluye las "meningogástricas", las "adenomeningeas". Sistema, en definitiva, transitorio que mantuvo los errores de los sistemas anteriores que apuntó hacia las novedosas introducciones de los anatomoclínicos, quienes, al propugnar una sucinta ordenación por órganos lesionados, iniciaron la obsolescencia y desaparición de estas nosotaxias deciochescas.

El brusismo cubrió una etapa importante en la transición hacia los supuestos anatomoclínicos y la incorporación de una patología y clínica del sistema nervioso comprensivas. El supuesto anatómico y localizador quedaría identificado con la "gastroenteritis" o lesión inflamatoria primaria que simpáticamente difundida a través del sistema nervioso actuaría sobre el resto del organismo. La nueva terminología (el término "irritación" como eje, acepción más amplia y sustitutiva del de "irritabilidad" de Haller y Glisson, y "sobreirritación" y "ab-irritación" como prescripción de los de "estenia" y "astenia" de Brown) quedó supeditada a una nueva ordenación menos confusa que las nosotaxias sintomatológicas: 1) sobreirritaciones sanguíneas (flegmasias: "aracnoiditis", entre las serosas, "cefalitis" entre las parenquimatosas; hemorragias: "apoplejias" entre las parenquimatosas), 2) sobreirritaciones nerviosas o "neurosis" ("cerebrales", "de los sentidos", "del sistema muscular" y "del aparato de la voz"); 3) abirritaciones ("atrofia", "hidropesía", "parálisis", y entre las de la circulación, "aneurisma", "hidropesías" y "tumores").

Manuel Hurtado de Mendoza, principal difusor del brusismo en España, recogió tanto en su revista Décadas Médico-quirúrgicas (1821-1828) como en el suplemento al diccionario de Ballano y en su obra Vocabulario Médico Quirúrgico (1840), toda la terminología brusista, incluyendo la referida al sistema nervioso, como la reformulación, en esta última obra, del

término "nervioso". usado en patología sin una referencia expresa a un humor morbozo o a una lesión orgánica, originando expresiones falaces como "fiebre nerviosa", "síntoma nervioso", "enfermedad nerviosa" o "neurosis".

También se dieron a conocer en nuestro país, mediante puntuales traducciones, obras de clínicos que transitaban del brusismo a supuestos más estrictamente anatomoclínicos, como Roche y Lallemand.

En los Nuevos Elementos de Patología Médico-Quirúrgica (1836) de L.C. Roche encontramos toda una terminología orientada anatomopatológicamente pero ordenada según principios brusistas: irritaciones y astesis. Y respecto a las enfermedades del sistema nervioso, tenemos: 1) entre las irritaciones inflamatorias, las "inflamaciones del sistema nervioso" (según afectación de cerebro, cerebelo, médula espinal o cordones nerviosos, "cerebritis" -frente a las anteriores "Calentura maligna, atáxica, intermitente, perniciosa", "cefalitis" o "encefalitis"-, "cerebelitis" -frente a "priapismo" o "calentura maligna"-, "myelitis" -frente a "pleuritis dorsal", "raquialgia" o "espinitis"- y "neuritis" -frente a "irritaciones de los cordones nerviosos"), 2) entre las irritaciones hemorrágicas, las "hemorragias del sistema nervioso" o "apoplejías" (con Rochoux, "apoplejía cerebral", "apoplejía cerebelosa" y "apoplejía espinal", rechazando los anteriores "golpe de sangre", "congestión cerebral", "calentura apoplética" o "hemencéfalo"), 3) entre las irritaciones nerviosas o "neurosis", las "neurosis del sistema nervioso" (adjudicándoles una "lesión no perceptible" y agrupándolas según las tres principales funciones nerviosas, movimiento -"calambres", convulsiones"...-, sensación -"hiperacusia", "priapismo"...-, e inteligencia / -"sonambulismo", delirio"...- 5) y entre las astenias, las "astenias nerviosas" (también según las alteraciones del movimiento -"afonía"...-, las sensaciones -"amaurosis", "hemeralopia"...- y de la inteligencia -"idiotismo"...-

C.F. Lallemand, a través de sus Investigaciones anatómico-fisiológicas sobre el encéfalo y sus dependencias (1824-1826), reunió un conjunto de historias clínicas ordenadas desde la anatomía patológica, de las lesiones más simples a las más complicadas, rechazando toda expresión que no hiciera referencia a la estructura anatómica de la lesión; así, sólo reconoce en el sistema nervioso "congestiones" ("sin derrame" o "con derrame de sangre" las antiguas "apoplejías"- e "inflamaciones del cerebro" o "reblandecimien-

tos" (con sólo "inyección vascular", "infiltración", "derrame vascular", o con "supuración" y hasta "absceso").

La paulatina aplicación de los supuestos anatomoclínicos a las enfermedades neurológicas disipó la ambigüedad de todas las ordenaciones anteriores dando cuerpo a afecciones hasta entonces disgregadas (apoplejías, neuralgias) o agrupándolas sistemáticamente según unidades anatómicamente bien diferenciadas (tabes dorsal, paraplejía cerebral espástica...); por otra parte, la alteración funcional fué concebida con un criterio puramente cuantitativo, originando un esquema terminológico de prefijos: "a" (abolición de la función localizada: "a-fasia"), "hipo" (disminución patológica de la actividad funcional: "hipo-tonía"), "hiper" (exaltación patológica de dicha actividad: "hiper-reflexia"), "dis" (alteración no cómodamente referible a las tres anteriores: "dis-cinesia"). En los últimos decenios del siglo una orientación más fisiopatológica introdujo en la neurología una deliberada biologización, como en la obra de J.H. Jackson y de sus continuadores Gowers, Wilson, Head y Monakow, incorporando nuevas expresiones (como "niveles de desarrollo, etc.) que darían mayor flexibilidad a los rígidos términos anatomoclínicos. Asimismo, fueron los neurólogos, o mejor "neurointernistas", pioneros de la investigación psicogenética -que culminaría en la obra de Freud sobre el psicoanálisis-, sobresaliendo ya en 1822 de entre las afecciones mentales una bien caracterizada en sus signos clínicos y en su sustrato anatómico, la "parálisis general progresiva o de los enojados" o "perimeningo-encefalitis difusa"; en los años sesenta Morel introdujo la noción de "degeneración", abusando al englobar como "enfermedades mentales hereditarias" al grupo de las psicosis, auxiliando a la tendencia somaticista en el establecimiento de inequívocos signos físicos en las enfermedades mentales; y en Bélgica, vehículo de comunicación entre Alemania y Francia, Guislain creó para la psiquiatría expresiones como "phrenopatías" (enfermedades mentales, en general), "frenalgia" (melancolía), "hiperfrenia" (manía) o "afrenia" (demencia) -tendencia que pese a ser tachada de "mitomanía cerebral" siguió desarrollándose, introduciendo nuevas expresiones como "psicosis primaria" (Snell, 1865), "psicosis externa" (Kraepelin) o "síndrome" (Kaklbaum, 1865), tendencia que quedaría frenada al intentar definir afecciones como "neurastenia" o "histeria", consideradas como "neurosis", "funcionales" o "sine materia" y que reivindicaban para sí una naturaleza estrictamente psicológi-

Entre la profusa información circulante en España en el citado periodo sobre las afecciones neurológicas, dos fueron las que mayor interés centraron: la "apoplegia" y la "neuralgia". En ambas veremos, sucintamente, como evolucionaron sus respectivos conceptos en aras de una definición positiva de las mismas, si bien dichos términos estaban destinados -dada su original etimología puramente semiológica y anatomopatológica- a desaparecer.

El término apoplejía (apoplético) -del gr. "apoplexia" de "anoplessein", herir- mantuvo de Hipócrates a Boerhaave una acepción meramente sintomática (conjunto de síntomas expresión de la abolición de la conciencia, el movimiento y la sensibilidad tras un ataque súbito), y sólo con el nacimiento de la anatomía patológica en el siglo XVII, y gracias a Wepfer y Willis, la "apoplexia" inició una nueva y definitiva búsqueda de sí misma que culminaría, en el XIX, con su equiparación o sinonimia de la hemorragia cerebral. En la España del XIX, el término "apoplegia" fué entendido primero como "debilidad" (Ballano, según Sauvages) o "neurosis de la sensibilidad" (Miquel o Boscasa, siguiendo a Pinel), siendo frecuentemente confundido con ciertas "parálisis súbitas", epilepsias o meningitis. Fué Hurtado (1820) el primero en denunciar tal confusión y solicitar su identificación con la "hemorragia del cerebro" -utilizando el término de "apoplegia sanguínea", frente a una "apoplegia nerviosa"(9) o sin alteración de la sustancia cerebral; en este sentido de diferenciar como principal la "sanguínea" y de excluir "otras", Boscasa recoge el término "parapoplegia" o apoplejía falsa-; décadas después, Fabre (1842) utilizaría como buen anatomoclínico la expresión "derrame sanguíneo".

El término "neuralgia" (de "neuro" y el gr., "algos", dolor), hasta ser relacionado por Cotugno (1764) con la ciática ("ischias") agrupaba confusamente trastornos como la gota, el reumatismo y gran parte de enfermedades dolorosas; Chaussier (1826) dio una primera enumeración metódica y detallada. Valleix (1840) su descripción más exacta -como afecciones dolorosas de los cordones nerviosos- y Romberg (1843) asignaría el término genérico de "hiperestesias". En España, primero se usaron los términos "dolores" (Sauvages) o "espasmos" (Cullen), siguiendo a Pinel (Miquel) "dolores" ya como "neurosis de la locomoción", y Hurtado (1823) el de "neuralgia", según Chaussier. José Benito Lentijo y Mateo Martínez Ramos (1821)(10) sumarían

una nueva variedad, la "neuralgia cérvico-suboccipital" a las de Chaussier, autor al que se vino utilizando, junto con Valle (Fabre) para definir y ordenar las neuralgias. La importante traducción de la obra monográfica de Van Lair (1867) (11) añadiría a las "neuralgias del sistema encéfaloraquídeo" de Valleix las "neuralgias centrales idipáticas", las "visceralgias periféricas" y ciertas "neuralgias sintomáticas", todas ellas variedades recién descritas.

Por último, una breve mención a la terminología aplicada al sistema nervioso desde la terapéutica y la cirugía. La primera, centrada en torno a una actitud simplificadora que dió auge a nuevos medicamentos "específicos" (Ballano: "antálgicos", "antiepilépticos", "antiespasmódicos", "antiparalíticos", "calmantes", "sedantes", "cefálicos", "hipnóticos", "narcóticos" y "nervinos"), junto a nuevos principios activos, la hidroterapia, la electroterapia y el tratamiento "moral" (psicológico). La segunda, sepeñada a las ordenaciones generales de la patología y de la clínica, si bien usándose expresiones como "heridas de la cabeza" o sinónimas (12); no obstante tuvo mayor importancia la centrada en torno a las técnicas operatorias, fundamentalmente la "trepanación", no exenta de polémica, como "trépano", "cefalotomía", "cefalotribo" o "cefalotripsia".

NOTAS.

1. Sólo en el siglo XVIII aparece cierta firmeza lingüística y protección oficial de la lengua española, con la fundación de la Real Academia Española y la edición de los primeros textos normativos (Diccionario de Autoridades, 1726-1739; Orthografía, 1741, Gramática, 1771), perdurando sus reglas hasta 1931. El panorama lingüístico era percibido muy confuso, y doctrinas hasta entonces tenidas por ciertas e incomprometibles de serlo; todo fué sometido, siguiendo las enseñanzas cartesianas a un examen sistemático o a una revisión profunda. El influjo renovador de la filosofía "more parisiensi" hizo cuña en reglas y preceptos gramaticales y retóricos tomados de manuales y de formularios e incluso los que igualmente se creía que estaba encerrada toda la ciencia. Con el objeto no sólo de catalogar o de codificar los usos lingüísticos buscándose entre la cultura romance y la latina los denominadores comunes para asegurar la dignidad de las nuevas lenguas y mostrar su exuberante riqueza. Teoría y didáctica se aunaron en el deseo de rigor y la búsqueda de simplicidad. El neoclásico orientó su admiración

ción hacia el mundo francés, originando un torrente de galicismos en el vocabulario castellano, surgiendo una actitud defensiva, purista, y más tarde un conjunto de neologismos tras la asimilación de las ciencias positivas -no entramos en los cambios de las grafías, muy apreciable en el período estudiado-.

Dentro del interés por renovar el lenguaje médico podemos asombrarnos ante las palabras que uno de los diccionarios importantes de la época, el Vocabulario Médico-Quirúrgico (1840) de Manuel Hurtado de Mendoza: "superar los obstáculos anejos á la mudanza del lenguaje científico, el cual tiene sus revoluciones como el lenguaje ó idioma vulgar".

2. NAVARRO, J. (1986). Los orígenes de las neurociencias en España. Valencia. Tesis doctoral.

3. El primer diccionario médico original publicado en España durante el siglo XIX fué el Diccionario de Medicina y Cirugía (1805-1807) de Antonio BALLANO, completado con un Suplemento (1820-1823) por M. HURTADO DE MENDOZA. Ambos fueron las fuentes no periodísticas más novedosas y relevantes de la primera mitad de la centuria; colaboraron en el primera Jaime Bonells, Ignacio Lacaba, Bartolomé José Gallardo, F.A. Cea, M. Lagasca y Tomás García Suelto, discípulos de Severo López; y en el segundo, García Suelto y Martínez Caballero, siendo su ideología médica principalmente brusista.

Un tercer diccionario de esta época fué la traducción por Lorenzo BOCASSA del Dictionnaire des Sciences Médicales, editado por Panckoucke, con el título Diccionario de Ciencias Médicas (1821-1827). Y un último diccionario médico relevante fué otra traducción, del Dictionnaire des dictionnaires por P. Fabre, con el título Diccionario de los diccionarios médicos publicados en Europa, por M. Jiménez.

4. Sobre la historia del lenguaje anatómico, véase la definitiva Onomatología Anatómica Nova (1978-1986) de J.J. Barcia Goyanes. Univ. de Valencia.

5. El término "neurología" lo creó Th. Willis (1622-1675), así como los de "reflejo", "psicología" y "anatomía comparada".

6. La expresión "aparato nervioso" ("appareil nerveux") la introdujo Cruveilhier en preferencia a la de "système nerveux" de Bichat.

7. Nosologia methodica (1760) de F. Boissier de Sauvages, comprendiendo 10 clases: 1. Vicios, 2. Calenturas, 3. Flegmasias, 4. Espasmos, 5. Anhelaciones, 6. Debilidades, 7. Dolores, 8. Vesánias, 9. Flujos, 10. Caquexias. Sinopsis nosologiae methodicae (1769) de W. Cullen, con 4 clases: 1. Pyrexiae, 2. Neuroses, 3. Cachexiae, 4. Locales. Nosographiae philosophique (1789) de Ph. Pinel, con 5 clases: 1. Calenturas, 2. Flegmasias, 3. Hemorragias, 4. Neurosis, 5. Lesiones orgánicas.

8.- El Compendio de Medicina Práctica (1811, 1820) de F. Miquel (citado

por su discípulo A. Sanz) lo situó como un avanzado de la transición hacia la mentalidad anatomoclínica. Véase NAVARRO, J. (1952). Félix Miquel i Micó (1754-1826) y la transición de la medicina ilustrada a la anatomoclínica en la Universidad de Valencia. Tesis de licenciatura

9. A través del periodismo médico español se gestó cierta polémica en torno a la realidad de la "apoplegia nerviosa", culminando en 1863, período de cierta reacción contra el materialismo y la tendencia organicista, con la creación de un premio por la Academia de Medicina de Barcelona sobre el tema "Existe la apoplegia nerviosa ó una enfermedad cuyos síntomas se confundan con los de la apoplegia sanguínea ó hemorragia cerebral?. En caso afirmativo espóngase sus causas, diagnóstico diferencial, pronóstico y tratamiento": tendencioso título que dió por ganador a un defensor de dicha variedad (J.R. Atienza) -quien no sólo se alejó de los supuestos anatomclínicos sino que falicitó su defensa con un impertinente "aviso á los materialistas"

10. Benito Lentijo, J.; Martínez Ramos, M. (1821) Observación de una nueva especie de neuralgia, denominada cérico-suboccipital. Décadas médico-quirúrgicas, 3, 145-169.

11. Lair, C. Van (1867). Las neuralgias, sus formas y su tratamiento. (trad. de F. Borrell). Madrid, Imp. Española.

12. Fabre (1842) identificó el término "neurocirugía" como "lesiones traumáticas de la cabeza", refiriendo las lesiones no traumáticas o "estrictamente" cerebrales a los términos "cráneo", "dura-madre" y "encéfalo". Hasta finales del siglo XIX, se habló más de una cirugía "craneal" que verdaderamente "cerebral".

NOTA SOBRE LA INTRODUCCION DE LA FISIOLOGIA GENERAL EN ESPAÑA

Barona Vilar, José L.

Departamento de Historia de la Ciencia. Universitat de València.

Durante las décadas centrales del siglo XIX, las novedades conceptuales que experimentaron las ciencias biológicas —especialmente la plena formulación de la teoría celular y la revolución aportada por el evolucionismo darwinista—, confluyeron en el terreno de fisiología en una doctrina general acerca de los fenómenos de la vida estudiados desde una perspectiva global y común a todas las especie y "reinos de la naturaleza" que recibió el nombre de fisiología general. La elaboración teórica llevada a cabo por Claude Bernard, sobre todo a partir de los conceptos de medio interno, o de su definición del determinismo biológico (1) y la mentalidad científico-natural que propició el estudio de los fenómenos biológicos desde la perspectiva de su reducción a transformaciones energéticas y materiales, fueron algunos de los pilares fundamentales de esta nueva elaboración teórica, cuya máxima ambición era crear una teoría científica de la vida.

En el caso de la medicina española, el estudio de las publicaciones consagradas a esta nueva disciplina lleva a distinguir dos etapas fundamentales: la primera de ellas coincide con el final de los años setenta, en que aparecen las primera publicaciones monográficas destinadas a exponer sistemáticamente los conceptos propios de la fisiología general, que generalmente fueron obra de personas vinculadas a instituciones extraacadémicas o al menos ajenas a la docencia universitaria de la fisiología, y que formaban parte de una movimiento renovador que se desarrolló en nuestro país a lo largo de la década de 1870 y principios de 1880. La segunda etapa se refiere a la segunda mitad de los años 1880 y principios de 1890 y se caracteriza por la plena incorporación de los conceptos de la fisiología general al mundo académico universitario; coincide también con la definitiva implantación de la experimentación de laboratorio como instrumento básico para el cultivo profesional de la fisiología (2).

1ª. PRIMERAS INFLUENCIAS DE LA TEORÍA CELULAR EN LOS CONCEPTOS FISIOLÓGICOS. LA OBRA DE JUAN MAGAZ DURANTE LOS AÑOS SETENTA. '1

La obra fisiológica de Juan Magaz (1822-1902) es el prototipo más característico de la fisiología universitaria española de su tiempo (3). Anclado en una visión claramente teorizante y al margen de la investigación de laboratorio, Magaz fué capaz de elaborar una síntesis meritoria de los conocimientos fisiológicos de su tiempo, en una etapa en que la fisiología española había recuperado en gran medida sus conexiones informativas con el exterior gracias a la excelente labor de difusión científica llevada a cabo por el periodismo médico que floreció con fuerza a partir de los años cincuenta (4). Catedrático de renombre dentro del mundo académico español -en absoluto dentro del panorama científico internacional-, Magaz publicó en 1869 un Tratado elemental de fisiología humana, que alcanzó cuatro ediciones entre 1869 y 1885, le valió a su autor el Premio Doctor Rubio de la Real Academia de Medicina y una medalla de oro de la Exposición Universal de Barcelona, por lo que desde 1880 fué declarado libro de texto oficial y, por consiguiente, jugó un papel importante en la formación fisiológica de los estudiantes de medicina, como con resignación hace notar Pío Baroja al rememorar su etapa de estudiante (5).

Por todo ello, la obra de Magaz constituye un exponente claro de la posición de la "fisiología oficial" frente a las novedades que se venían gestando en el exterior: la primera parte de su obra, consagrada a los fundamentos teóricos de la fisiología, resulta especialmente explícita, según afirma, la organización de la vida "se debe a "un conjunto de fuerzas físicas, de fuerzas químicas y de otras fuerzas diferentes, a las que llamamos orgánicas o vitales, y de consiguiente lo que somos, lo que sentimos, lo que pensamos, depende de la materia de que estamos constituidos y de las actividades a que está sujeta, entre las que se encuentra nuestra alma" (6). Estas fuerzas vitales poseen, en su opinión, las mismas características que las fuerzas físicas y, al igual que ellas, no sufren alteraciones con los cambios orgánicos. Este punto de vista general le lleva a sostener la idea de que el fisiólogo debe renunciar a los conocimientos exactos (7) y plantearse el estudio de las funciones orgánicas con la misma mentalidad que el físico estudia los fenómenos de la materia inanimada. El contraste

que se desprende de sus opiniones no encuentra su solución, como cabía esperar, mediante una perspectiva reduccionista de los fenómenos biológicos, sino mediante un claro dualismo característico del mecanicismo esperitualista, que le permite por un lado aceptar los postulados de la ciencia experimental como método de trabajo, y al propio tiempo echar mano de una interpretación animista de las funciones orgánicas. Este hecho queda de manifiesto, por ejemplo, al hablar de los fenómenos racionales, a los que atribuye el concurso de una fuerza superior, el alma, que actuaría sobre la excitabilidad de las estructuras anatómicas cerebrales, con carácter diferente de la fuerza vital, puesto que se trata de una "sustancia inmaterial unida al cuerpo humano... que dirige los actos del cuerpo por medio de las propiedades de que por su influencia están dotados los órganos y tejidos". (8)

Magaz incorpora la noción de célula como elemento morfológico fundamental, cuyo origen atribuye a la "influencia de fuerzas vitales", pero se suma a quienes en su tiempo cuestionaron la teoría celular como núcleo de las ciencias biológicas: declara sus dudas frente al virchowiano omnis cellula e cellula y se muestra partidario de la existencia más bien de la existencia de un blastema primitivo o líquido formador, más acorde con su visión animista del desarrollo. Nos encontramos, pues, frente al inicio de una posible fisiología celular, que todavía no puede ver la luz de modo claro debido a los obstáculos epistemológicos propios de una fisiología anterior a la sistematización teórica elaborada por Claude Bernard (9).

2ª. LA INTRODUCCION DE LA FISIOLOGIA GENERAL A TRAVES DEL MOVIMIENTO RENOVADOR DE CARACTER POSITIVISTA.

La labor de renovación de la fisiología española fué iniciada a raíz del triunfo del movimiento revolucionario de 1868, que permitió la creación de instituciones libres, al margen del sistema académico oficial, al amparo de la promulgada libertad de cátedra. Este contexto social puso en primer plano la actividad de un grupo numeroso de médicos de mentalidad progresista, influidos claramente por el optimismo positivista de finales del siglo XIX, abiertamente enfrentados con la decadencia del orden institucional vigente y en comunicación con los núcleos más representativos de la corriente experimentalista europea. No obstante, en el caso de la fisiología el inicio de esta tarea de renovación -centrada principalmente en la

defensa de la investigación de laboratorio, frente al predominio casi exclusivo de la "doctrina" en la fisiología oficial- no tuvo como representantes a las grandes figuras de la medicina española en la época; sucedió, por el contrario, que muchos de los integrantes de este núcleo renovador dieron a luz obras significativas para la historia de la fisiología en nuestro país, pero vieron frustradas sus aspiraciones de incorporarse a la docencia universitaria, sobre todo tras la práctica liquidación de las instituciones libres durante la Restauración Monárquica (10). En el seno de este grupo renovador se fraguó la publicación de las primeras obras de fisiología general publicadas en nuestro país.

La primera obra sistemática de fisiología general publicada en España fueron las Lecciones de fisiología general (1879) del sevillano José Moreno Fernández (1825-1900), que desempeñó el puesto de catedrático de fisiología en la Escuela Libre de Medicina de Sevilla desde su fundación en 1868 y siguió siéndolo en la Facultad de Medicina de Sevilla, tras producirse su integración en 1875 (11). la defensa del trabajo experimental en fisiología fué una de las principales batallas que libró Moreno en su intento de modernizar la enseñanza y el cultivo de la disciplina en España. Por eso es por lo que elaboró en primer término una obra dogmática de fisiología general, como marco necesario de referencia para la investigación, al establecer en ella las relaciones del hombre con su entorno, sus características morfológicas, o las leyes generales que rigen los fenómenos de la vida y su relación con el resto de los seres vivos. En este sentido, la fisiología se constituye como "...ciencia que estudia la realización armónica de los hechos espontáneos que, durante un periodo de tiempo limitado, suceden en los cuerpos organizados: es, en una palabra, la que se propone estudiar la expresión dinámica de los organismos." (12)

Su obra está marcada por dos rasgos fundamentales: la defensa del método experimental y una visión vitalista del funcionamiento orgánico. Su defensa del vitalismo le llevó a entablar agrias polémicas con algunos de los representantes más radicales de las tesis materialistas en fisiología, como la que mantuvo con Carlos maría Cortezo en 1876, a raíz de dos comunicaciones presentadas por Moreno al Congreso Médico Andaluz, celebrado aquel mismo años, y de la que se hizo eco El Siglo Médico (13).

En la lección quinta, destinada de modo genérico al estudio

de las semejanzas y correlaciones entre los cuerpos de la naturaleza, se enfrenta con las doctrinas evolucionistas y expresa su radical desacuerdo con la "concepción materialista" que se deriva del evolucionismo, de modo que niega cualquier tipo de evolución en la tradicional escala biológica desde la clasificación fija del reino animal elaborada por Cuvier. Ello le lleva, de la misma forma, a rechazar la ley biogenética fundamental formulada por Ernst Haeckel:

"La teoría de Darwin es hoy motivo de grandes aplausos y de grandes censuras. Muchos naturalistas la ensaizan al infinito, por más que para nosotros sea inaceptable: he aquí nuestro razonamiento.

Comenzamos por sentar, como incontestables, estas verdades: 1º entre uno y otro eslabón de la escala hay diferencias bien marcadas, 2º un ser inferior no llega a ser superior por perfección sucesiva 3º la mezcla de razas o especies distintas no da seres superiores a los de que proceden...

...Bajo este concepto podemos asentar una porción de principios que la experiencia ha comprobado, y que importa conocer, para apreciar debidamente la organización humana. Hemos dicho que la gradación de perfectibilidad se da principalmente en la función, no tanto en la forma orgánica; y esta enseñanza, que nos ha demostrado la embriología, es de la mayor importancia para los estudios fisiológicos.

Revélase en los organismos esta gran ley: hay función antes que se dibuje el órgano determinado para ella. En los primeros grados de la escala, como en los primeros tiempos del embrión, hay sensibilidad y movimiento, y digestión y respiración, aún sin órganos especiales ..." (14).

En consecuencia, cabe afirmar que la obra de Moreno expresa un claro conflicto entre la abundancia de esquemas tradicionales y la modernidad de sus planteamientos con respecto a la investigación fisiológica.

Un años después de publicarse la obra de Moreno Fernández, vió la luz el Tratado elemental de fisiología humana (1880) de Balbino Quesada Agius (15), figura relacionada con el grupo del Instituto Biológico de Madrid, institución extraoficial fundada por Rafael Martínez Molina. Quesada se dedicó durante una tiempo a la docencia de la fisiología en la Universidad

de Granada como profesor auxiliar, pero cesó en el cargo el 26 de septiembre de 1875, un años después de haber tomado posesión coincidiendo con la represión ideológica impuesta por el ministerio de Orovio, que afectó entre otros a los defensores del darwinismo y provocó la salida de la universidad de numerosos profesores. Cuando en julio de 1877 se presentó a las oposiciones para la Cátedra de Granada, la plaza le fue concedida a Carlos Maria Cortezo, lo cual frustró definitivamente sus expectativas de dedicación profesional al cultivo de la fisiología en el marco de la universidad (16). La obra de Quesada supone un avance importante para la incorporación a nuestro país de algunos de los esquemas generales más importantes de la biología del momento. Nos centraremos en tres aspectos significativos: su perspectiva teórica, la incorporación de la nueva fisiología celular y su actitud frente al darwinismo.

A lo largo de la obra, es evidente la coincidencia de Quesada con los planteamientos teóricos de Wilhelm Wundt, uno de los introductores más tempranos de las tesis evolucionistas en las ciencias fisiológicas; si a ello añadimos su defensa en la "experimentación analítica" tal y como había sido formulada por Claude Bernard, podemos imaginar fácilmente el sustrato teórico de su obra. La fisiología general se ocupa de los "fenómenos de la vida, comunes a los vegetales y animales, sus leyes y sus condiciones..." (17), lo cual, planteado desde una perspectiva antivitalista y claramente materialista, le lleva a establecer la igualdad del comportamiento químico entre la materia inorgánica y la viviente, cuyas diferencias serían cuestión exclusivamente de mayor o menor complejidad.

Al plantearse el estudio del funcionamiento de la materia organizada surge de inmediato la necesidad de establecer la unidad morfo-funcional que sirve de base a su organización; a este respecto afirma: "Se ha discutido, y se discute todavía, cuál será esta forma primitiva y vitalmente atómica de los organismo; pero, al presente, se considera como tal a la célula por casi todos los fisiólogos alemanes e ingleses, y no pocos de Francia". (18) En su opinión, el argumento central en favor de la célula radica en la capacidad de explicar mediante ella las funciones comunes a todos los seres vivos, y especialmente la "armonía de las partes" en base a la integración funcional de los elementos celulares. De ahí que la elaboración de

una fisiología general adquiere en Quesada un sentido plenamente moderno, puesto que su obra constituye, en último extremo, el primer intento realizado en nuestro país de sistematización de la fisiología celular.

Por lo que se refiere al origen de la materia viva, rechaza la especulación infundada que sustenta doctrinas como la panspermia, el origen único de la vida, o se eternidad y afirma taxativamente que "las materias orgánicas y los cuerpos vivos han sido producidos por los elementos y la materia inorgánica, bajo la influencia de las causas generales" (19), punto de vista que le lleva a negar la influencia de cualquier tipo de causa externa en su origen. En cuanto a la evolución de la materia viva, Quesada toma partido por la idea de la transformación sucesiva de las especies y señala cuatro cuestiones en su opinión innegables: 1ª que el medio ambiente influye sobre los seres vivos y les obliga a un mecanismo de adaptación; 2ª que las variaciones orgánicas consecutivas se transmiten por la herencia; 3ª que la selección natural surge como consecuencia de la necesidad de adaptación al medio, y 4ª que existe una lucha por la vida, en la que desaparecen las especies más débiles o menos adaptadas al medio. Esta declaración de Quesada constituye, sin duda, uno de los primeros testimonios académicos de la asimilación del evolucionismo darwinista en España.

Juan Aguilar y Lara es otro de los personajes que tuvo una vinculación académica ocasional con la fisiología, y sin embargo, ha dejado testimonio evidente de su contribución a la renovación de los saberes fisiológicos en nuestro país. Simple ayudante para las clases prácticas de fisiología en la Universidad de Valencia, acabó finalmente por dedicarse a la cirugía en estrecha relación con el grupo renovador que introdujo la medicina de laboratorio en Valencia a finales del siglo XIX. Aguilar publicó en 1882 unos Cuadros sinóptico-descriptivos de fisiología humana, destinados fundamentalmente a la docencia universitaria de la disciplina, en los que se refleja la asimilación del pensamiento de Claude Bernard y la aceptación exclusiva del Método experimental como fundamento de la fisiología:

"La fisiología estudia los fenómenos de la vida, no la esencia de la vida, porque este es un secreto que nunca alcanzará el fisiólogo, como el químico de la naturaleza de la afinidad, ni el físico la esencia de la gravedad o de la atracción. La esencia de la vida, como afirma el

inmortal Cl. Bernard, pertenece a la categoría de las causas primeras, y por lo tanto es absolutamente inasequible a la humana inteligencia." (20) Desde la perspectiva de un positivismo cercano al empirismo, Aguilar rechaza cualquier doctrina -materialista o vitalista-, como planteamiento estéril y extracientífico sobre la "esencia" de la vida. "Sigamos las huellas de los inmortales fisiólogos Magendie y Claudio Bernard: observemos y experimentemos; y tomando por base la observación y experimentación de nuestros maestros, y los hechos confirmados por nuestra personal experiencia, fundemos el inmenso edificio de la ciencia, que entonces será sólido porque descansará sobre indestructibles bases" (21), afirma en otro lugar de la obra.

Su oposición al materialismo y al vitalismo fisiológicos toma como punto de apoyo una idea de la vida basada en el concepto de medio interno, tal y como fuera formulado por Cl. Bernard: la vida resulta del conflicto entre el medio exterior y el medio interno del organismo, "representado interiormente por el plasma sanguíneo que rodea por todas partes al elemento anatómico." (22) En ese medio es donde se producen los procesos físicos y químicos que tiene lugar de modo específico en la materia viva, y el estudio de los mismos en su especificidad es lo que brinda autonomía a los conocimientos fisiológicos.

En suma, el análisis de la obra de los autores vinculados al movimiento renovador de la medicina española que se desarrolló a partir del Periodo Revolucionario, pone de manifiesto la paulatina introducción de la fisiología general en nuestro país, en unos casos desde la perspectiva del vitalismo tradicional, en otros desde una óptica radicalmente materialista y, finalmente, desde un positivismo que intentaba hacer tabla rasa de las estériles discusiones filosóficas sobre la vida apoyándose principalmente en la fisiología experimental tal y como había sido concebida por Claude Bernard. Esta mentalidad científica es la que finalmente se implantó de manera definitiva en el mundo académico español de finales de siglo.

3ª. FISILOGIA GENERAL Y EXPERIMENTACION EN LA FISILOGIA ACADEMICA DE FINALES DE SIGLO.

A partir de mediado de los años ochenta, los textos generales de fisiología publicados por autores relacionados con el mundo académico,

incorporan ya los cambios conceptuales que se habían ido introduciendo en el seno de la fisiología durante la década anterior (23). No obstante, la puesta al día de los conocimientos no se tradujo de inmediato en una incorporación amplia de nuestro país a la investigación de laboratorio y a la práctica de vivisecciones como fundamento experimental del progreso en los conocimientos. Sin duda, esta ausencia de investigación original a lo largo de los años 1880 estuvo determinada por la falta de medios técnicos adecuados en las instituciones oficiales. Es a partir de los años noventa cuando comenzó en España una verdadera investigación de laboratorio en el terreno de la fisiología -consecuencia de la revolución conceptual de la década de los setenta y ochenta- que tendría una brillante tradición en las primeras décadas de nuestro siglo. Vamos a ejemplificar estas afirmaciones comentando brevemente las obras de dos autores representativos de la fisiología universitaria española en cada una de estas décadas.

Federico Gutiérrez Jiménez fue catedrático de fisiología de la Universidad de Granada entre 1879 y 1919, puesto al que accedió tras la renuncia de Carlos María Cortezo al poco tiempo de obtener la plaza en las oposiciones de 1877, y tras una breve estancia de José Godoy Rico. Durante la segunda mitad de la década de los ochenta publicó en años sucesivos dos obras de fisiología general correspondientes a sus enseñanzas en la Cátedra granadina. Sus Elementos de fisiología general (1887), redactados en un tono sencillo y didáctico adecuado para el estudiante de medicina, reflejan la asimilación de los principales esquemas teóricos de la nueva biología. Así, afirma con respecto a la célula: "es un hecho admitido por la generalidad de los fisiólogos, que sólo la materia organizada, viva, engendra materia organizada y viva: omne vivum ex ovo, omnis cellula é cellula." (24) y señala su importancia para explicar los mecanismo de integración orgánica y la unidad de los individuos. A la minuciosa exposición de los elementos celulares sigue una exposición sistemática de sus funciones nutritivas, de relación y reproductoras, que da paso a una tercera parte dedicada a la fisiología general de los tejidos constituidos por diferenciación celular y de los organismos compuestos. En la parte final de la obra se ocupa del origen de los seres vivos, y comienza por rechazar la generación espontánea apoyándose en la experiencias de Louis Pasteur y en la teoría celular, para, a continuación refutar, de modo solapado, los supuestos

generales del darwinismo: "Las influencias del medio, en que se desarrollan los organismos, hay que admitirlas también, como parte, no pequeña, en estos fenómenos de desenvolvimiento; pero, es indudable que, por sí solas, no pueden ser suficientes para la explicación de los mismos. Pueril sería, si no revelara un desconocimiento completo de la fisiología, el negar las modificaciones que el medio puede ejercer en el organismo que se desarrolla, como en el que ya está desenvuelto. Pudiéramos citar mil ejemplos que comprobasen esto que afirmamos; pero nos bastará con nombrar la palabra adaptación, cuyo alcance es bien conocido, para comprender toda la influencia que el medio ejercer sobre los organismo." (25) He aquí toda la mención que en la obra de Cutiérrez se hace al evolucionismo.

La plena incorporación de España a la investigación fisiológica de laboratorio y a la comunidad internacional tuvo lugar en los años noventa y especialmente a través de la figura del malagueño José Gómez Ocaña (26), catedrático de fisiología primero en Cádiz (1886-1894) y definitivamente en Madrid. En 1895 publicó una monografía sobre la fisiología del tiroides, que incluye sus propios trabajos sobre el tema, y un años después apareció su Fisiología humana teórica y experimental (1896) que alcanzó cinco ediciones en dos décadas. Fué también autor de numerosos trabajos publicados en revistas médicas de la época (27) y en anales y boletines de algunas de las asociaciones científicas de las que era miembro. Fué el primer representante español en los Congresos Internacionales de Fisiología, de cuyo comité organizador formó parte en las reuniones de Heidelberg (1907), Viena (1910) y Groninga (1913) donde tomó contacto con las primeras figuras de la fisiología internacional (Pavlov, Richet, etc...). Su apoyo constante en los experimentos de laboratorio convierte sus monografías y compendios en algo más que meros resúmenes didácticos de exposición de los saberes, dándoles el tono propio de las revisiones experimentales. Sus Nuevas investigaciones sobre el tiroides (1895) constituyen uno de los primeros acercamientos sistemáticos al estudio del funcionamiento de las glándulas de secreción interna.

A pesar de que sus trabajos no alcanzaron resultados espectaculares para el progreso de las ciencias fisiológicas, resultan destacables sus contribuciones al estudio de la localización de los centros ópticos en la corteza cerebral, sus experiencias sobre el funcionamiento de los

nervios vagos o sobre el metabolismo iónico.

En suma, la obra de Gómez de Ocaña es la consecuencia de la superación de varias décadas de estéril debate teórico y del esfuerzo colectivo de puesta al día de los conocimientos fisiológicos durante la década de los años ochenta. Con él se inicia una etapa nueva: la de llevar la discusión fisiológica al laboratorio.

NOTAS.

1. Sobre este punto, véanse los excelentes trabajos de G. Canguilhem y especialmente sus Etudes d'Histoire et de Philosophie des Science, París, (1970) donde lleva a cabo un debate sobre el desarrollo de la biología durante el siglo XIX y en particular en torno al significado teórico de la fisiología general. Cf. también mi introducción a las Lecciones de Patología experimental de Claude Bernard, Madrid, Alfaguara (en prensa).

2. Un mayor desarrollo de este punto en Barona, J.L. El cultivo de la fisiología humana en las instituciones españolas del siglo XIX, Asclepio, 37, (1985), 183-204. Y en Barona, J.L. La Escuela Libre de Medicina de Sevilla y el comienzo de la mentalidad experimental en la fisiología española del siglo XIX, San Sebastián, Actas del III Congreso de la Sociedad Española de Historia de las Ciencias, (1984).

3. Cf. Bayona, J.L. (1985), op. cit., pp. 183-190.

4. Un estudio exhaustivo de este extremo en mi tesis doctoral (inédita) La fisiología humana en la sociedad española del siglo XIX, Valencia, 1983.

5. Me refiero a la mención explícita que en sentido irónico dedica a los catedráticos de medicina de Madrid y en particular a Juan Magaz, en su novela El árbol de la ciencia.

6. J. Magaz y Jaime, Tratado elemental de la fisiología humana, Madrid, 1871, vol.I, pp. 17-18.

7. Aquí Magaz recoge literalmente las ideas que Cl. Bernard expresara en su Introducción al estudio de la medicina experimental, que fué traducida de inmediato en nuestro país.

8. Magaz (1871), op. cit., vol.I, p. 46.

9. Este mismo caso puede observarse en algunos otros autores españoles de la misma época, pero, no obstante, deberá ser confirmado mediante investigaciones posteriores.

10. Cf. Barona, J.L. (1953), op. cit., pp. 103-104.

11. Breve mención de la vida y de la obra de Moreno Fernández:
Barona, J.L. "Moreno Fernández, José" en: Enciclopedia de Historia de la
Ciencia Moderna en España, 2 vols., Barcelona, Porrua, S.A., 1969.
Se analiza la obra de Moreno Barona, J.L. (1954), op. cit.

12. Moreno Fernández, J. Lecciones de fisiología general, Sevilla, 1970,
p. 10.

13. El Siglo Médico, 24, (1870), pp. 204-205.

14. Moreno, J. (1870), pp. 100-101.

15. Un análisis detenido de la vida y de la obra de Balbino Quesada
en: Barona, J.L. Vida y materia en el "Tratado elemental de fisiología
general" (1880) de Balbino Quesada y Agius (1843-1904), Panamá,
3, (1953), 173-195.

16. Barona, J.L. (1953), op. cit., pp. 174-175.

17. Quesada y Agius, B. Tratado elemental de fisiología general,
Madrid, 1880, p. 22.

18. *Ibid.*, p. 27.

19. *Ibid.*, p. 312.

20. Aguilar y Lara, J. Cuadros sinóptico-descriptivos de fisiología
humana, Valencia, (1882), p. V.

21. *Ibid.*, p. VI.

22. *Ibid.*, p. VI.

23. Sobre este punto, véase, Barona, J.L. La fisiología humana en la
sociedad española del siglo XIX, Valencia, 1953, Tesis doctoral.

24. Gutiérrez Jiménez, F. Elementos de fisiología general, Granada, 1887,
p. 37.

25. *Ibid.*, p. 300.

26. La figura de Gómez de Ocaña y significación para la historia
de la medicina española requieren un análisis detenido, que no se
ha realizado desde el trabajo de Ruiz de Galarreta, A. José Gómez
Ocaña. Su vida y su obra. Arch. Iber. Hist. Med. y Antr. Med., 10,
379-406.

27 Cf. mi tesis doctoral, antes citada.

BARTOLOME JOSE GAILLARD (1776-1852) Y LOS ORIGENES DE LA PSICOLOGIA FISIOLÓGICA EN ESPAÑA

Navarro, Jorge

Cátedra de Historia de la Medicina. Universidad de Valencia.

INTRODUCCION

Durante el periodo que medió entre 1801 y 1868 se produjo en España, en el contexto de una anormal inserción de la ciencia dentro de nuestra sociedad, la introducción y difusión de un conjunto de saberes y prácticas en torno al sistema nervioso, constituyendo los orígenes de las neurociencias en España: continuados por un más amplio y normalizado proceso de institucionalización y especialización que culminó, en los últimos años del siglo XIX y principios del XX, en la aparición de grandes neurocientíficos de reconocido prestigio internacional (Ramón y Cajal en neurohistología, Lafora en neuropatología, Barraquer Roviralta en neurología clínica), generadores, a su vez, de nuevas y alentadoras escuelas.

En ese primer proceso de génesis, la psicología, surgida de una fisiología renovada (la pura observación y el ensayo experimental como metódico atenimiento positivista a los hechos) y de una serie de influyentes corrientes filosóficas nacidas con la revolución francesa, combinó, dentro de una clara tendencia organicista -y, en menor grado, localizatoria-, una serie de doctrinas, entre las que destacaron la frenología y, heredera suya, la doctrina de las localizaciones cerebrales. Sin embargo, un estudio sistemático del tema ha puesto de relieve desconocidas e importantes influencias, así como la contribución de figuras de transición injustamente ignoradas desde un enfoque tradicional ávido tan solo de "grandes figuras". Este es el caso del sensualismo psicofísico, importante corriente psicofisiológica tempranamente divulgada en España por Bartolomé J. Gallardo, autor parcialmente conocido por sus radicales críticas al absolutismo y por su labor como bibliógrafo de rarezas y curiosidades.

BIO-BIBLIOGRAFIA DE GALLARDO

Bartolomé José Gallardo y Blanco nació en Campanario (Badajoz) el 13 de agosto de 1776. Realizó en Salamanca los estudios de teología (que no finalizó) y de medicina (llegando a bachiller aunque sin realizar la reválida). En 1805 se trasladó a Madrid, siendo catedrático por oposición de lengua francesa. En las Cortes de Cádiz fué oficial mayor del Diario de Sesiones y, después, bibliotecario.

Pronto a su fama de gramático y filólogo purista unió la de radical heterodoxo, escribiendo junto a versos "ligeros, pero de buen sabor castellano" duras críticas, satíricas y mordaces a obras reaccionarias y absolutistas -disfrazando multitud de veces bajo anagramas y seudónimos-.

Gallardo fue encerrado temporalmente, en 1811, en el castillo de Santa Catalina de Cádiz, a instancias de las propias Cortes y con motivo de su insaciable mordacidad. Tras el regreso de Fernando VII, emigró, en 1814, a Londres donde intentó publicar un periódico con el título de "Gabinete de Curiosidades", que fracasó por la oposición de Puigblanch y otros emigrados españoles. Restablecida la Constitución, regresó en 1820, siendo bibliotecario de las Cortes y protagonizando una viva polémica con el clérigo afrancesado Miñano, considerada entonces "la primera victoria del espíritu irreligioso en España". En 1821 participó en la formación de la sociedad secreta de los comuneros. Tuvo que expatriarse de nuevo en 1823, perdiendo muchas de sus notas al seguir la retirada de los constitucionales, si bien volvió clandestinamente a España. Pasó los diez años de gobierno absolutista en las cárceles de Sevilla, siendo desterrado finalmente a Castro del Rio, donde se dedicó a reconstruir su archivo y a ultimar algunos trabajos que tenían preparados. En 1834 recobró por segunda vez su empleo de bibliotecario de las Cortes y en 1837 fue elegido diputado. Políticamente se fue oscureciendo cada vez más -aunque aún protagonizó algún que otro escándalo, esta vez parlamentario-, a la vez que aumentó su riqueza bibliográfica. A raíz de una disputa empeoró su salud, sorprendiéndole la muerte, en 1852, en una posada de Alcoy. Según una necrológica, "murió impíamente",

como había vivido".

Un primer acercamiento a Gallardo lo tenemos en COMENGE (1914), curiosamente como figura menor de la medicina española. En la década de los cincuenta, dos libros, los de PALAU (1953) y MENDEZ PELAYO (1956), contribuyeron a difundir la imagen de gran bibliógrafo y heterodoso que ha definido hasta ahora a Gallardo. En el primero, se le catalogan treinta y dos obras, sin ninguna referencia a su labor médica; en el segundo, se hace por primera vez referencia a sus traducciones médicas si bien aludiendo exclusivamente a la "extraordinaria pulcritud de lengua".

En su extensa labor literaria y bibliográfica destaca su Diccionario crítico burlesco del que se titula "Diccionario razonado manual. Para inteligencia de ciertos escritores que por equivocación han nacido en España". Guerra declaró a todo monigote. Y pues sobran justissimas razones, Palo habrá de los pies hasta el cogote (1811, firmado como Jorge Pitillas), contestación a la obra de ese título del canónigo Ayala atacando a las Cortes que le valió popularidad extraordinaria así como no pocas censuras y el encierro citado en Santa Catalina. Su labor bibliográfica fue reunida, a su muerte, y aumentada por Zarco del Valle y Sancho Rayón, formando el Ensayo de una biblioteca española de libros raros y curiosos (1863-1889), premiada por la Biblioteca Nacional y calificada como "el más rico e insigne trabajo bibliográfico de nuestros días".

Su labor médica comprende dos importantes traducciones y la citada divulgación de la doctrina sensualista, así como una "polémica científica y literaria" (1808) en torno a la figura de José Severo López.

LA APORTACION DE GALLARDO A LA MEDICINA

El interés de Gallardo por la medicina fue temprano quedando vinculado a una primera etapa de su formación (entre 1800 y 1807). En un artículo sobre su obra aparecido en 1850 se confirma este dato: "las obras meritorias de Gallardo para la medicina, han sido anteriores a la revolución".

La primera incursión en la bibliografía médica la realizó

GALLARDO (1800) con la traducción española del Art de prolonger la vie et de conserver la santé (1786), de J.B. Pressavin, médico revolucionario que participó en el Conseil des Cinq-Cents y conocido además de por sus estudios sobre higiene, por sus tratados sobre enfermedades nerviosas y venéreas. Gallardo la consideró la obra más metódica y cabal de cuantas habían salido a la luz por entonces, siendo un claro exponente del espíritu ambientalista y renovador que existió en aquellos años.

Poco después, GALLARDO (1803) tradujo el Dicours sur les rapports de la médecine avec les sciences physiques et morales (1799 de J.L. Alibert, fundador, con el apoyo de Pinel, Bichat, Portal y Fourcroy, de la Société médicale d'emulation, y una personalidad que sacrificó todo en su ideal del método natural en la patología, tomando como base de su divisiones la naturaleza y las causas de las diversas afecciones cutáneas. Gallardo presentó esta obra como "pieza maestra de filosofía, erudicción y buen gusto", acompañándola de un prólogo y unas notas. En el primero, hace elogios de Bacon, Locke y d'Alembert, así como una defensa de la ideología, que para Gallardo "no dará un paso, si no se apoya en la Fisiología", aludiendo expresamente a Cabanis. Precisamente el siguiente trabajo de Gallardo, y el más importante, llevaría el sello influyente de los ideólogos, y muy específicamente de Cabanis.

Pierre-Jean-Georges Cabanis (1757-1808), doctorado en medicina en 1784, fue introducido por Turgot, un año después, en el salón de Mme. Helvétius -rica filántropa de Auteuil y viuda del autor de De l'Esprit-, que había reunido, en torno a Condillac, a Diderot, d'Alembert, Voltaire, Franklin, Turgot, Marmontel, Buffon, d'Holbach, Condorcet, Beccaria, Adam Smith, Grim, Jefferson y otros: así como al menos brillante grupo de los idéologues, los más destacados intelectuales franceses de la segunda mitad del siglo XVIII entre los que Cabanis y Destutt de Tracy fueron sus principales sistematizadores, y contando además con Daunou, La Romiguière, Volney y Garat, primero, y Fouriel, Guinguené, Richerand y Andrieux, posteriormente. Este "grupo de Auteuil" quedó eclipsado por la sombra de la Revolución y la popularidad de Napoleón: fueron, no obstante, los herederos

del pensamiento enciclopedista, suministrando Cabanis los datos fisiológicos útiles para comprobar y corregir los fundamentos del sensualismo condillaquiano.

Durante la Ilustración toda la filosofía francesa, incluido Cabanis, uno de los pensadores más injustamente desconocidos, se combinó con la política, dentro de un espíritu de renovación que buscó más claridad, más sencillez y, sobre todo, procuró centrar los temas del pensamiento en torno a la naturaleza humana como fenómeno desligado de la creación, enfatizándose los problemas concernientes al hombre y su felicidad. La reorganización hospitalaria pareció encontrar en la salud pública y la pedagogía médica sus fundamentos. En síntesis, para Cabanis la nueva medicina debía estar constituida por el método de análisis condillaquiano, dándose la máxima importancia a la observación de colecciones completas del mayor y más diverso número de historias clínicas, posteriormente comparadas, en las escuelas clínicas agregadas a los hospitales. A su vez, manifestó, consecuencia lógica de lo anterior, su repulsa de los sistemas o principios apriorísticos.

Para Cabanis, quien extremó las ideas sensualistas de Condillac hacia una manifiesto materialismo, existirían cuatro tipos de análisis: 1) descriptivo, examinando el tamaño del cuerpo, la configuración, la forma y la relación de las partes; 2) de descomposición y recomposición, similar al aplicado por Lavoisier y Bichat a la química y a la histología, respectivamente; 3) histórico, o genético, de los procesos naturales; 4) deductivo, de las ideas recibidas del exterior más que de los objetos mismos. Cabanis, propuso ingenuamente, un plan de reorganización, reclasificación y verificación, en pocas décadas, de todo el conocimiento humano.

En sus Rapports du physique et du moral de l'homme (1805), su obra fundamental, se esforzó por elaborar una ciencia unificada del hombre que mostrara su naturaleza explicando fisiológicamente los fenómenos "morales", entiéndase psicológicos. Fue un materialista que, como La Mettrie o Diderot, procedía de convicciones vitalistas profundamente arraigadas. Próximo a un idealismo monista,

el universo sería para Cabanis una unidad material con actividad espontánea e interna en cada una de sus partes que se transformaría, mediante una fuerza única universal, en sustancia viviente (desde la simple sensación a las "afinidades eléctricas", el "instinto de las plantas" y, finalmente, la compleja sensibilidad nerviosa de los animales). Para Cabanis el acto de sensibilidad sería más complejo de lo que había supuesto Condillac, que negaba las operaciones del instinto. Identificó, así, el "homo interior" sydenhamiano -mecanismo invisible edificado con las sutiles y móviles partes espirituosas del organismo, opuesto, según el esquema cartesiano a un "homo exterior", mecanismo visible compuesto de las partes sólidas- al cerebro y al conjunto de influencias que actuarían sobre los órganos, la edad, el temperamento, el clima, la dieta, las enfermedades y el sexo. Se preocupó en diferenciar las operaciones de la inteligencia de las orgánicas, superando la ambigüedad entre el "yo" inteligente y el "yo" orgánico. Sus estudios sobre las sensaciones internas como función de la actividad cerebral (cenestesia) y sus observaciones de que la mayoría de las veces éstas serían inconscientes y corresponderían a impulsos vitales -el cerebro segregaría pensamiento como el hígado bilis-, pusieron en evidencia el obstáculo creado por Locke y Condillac al querer explicar la vida psíquica sólo por el análisis de las sensaciones externas.

Con Lamarck, debe ser situado entre los precursores del transformismo. Ambos reflejaron ideas análogas: la influencia del medio exterior, la herencia de las caracteres adquiridos, el efecto lento y progresivo de los hábitos; ambos se sirvieron de las nociones de irritabilidad y sensibilidad para explicar las operaciones de la máquina animal -partiendo de Haller pero haciendo un uso diferente.

Cabanis hizo de la sensibilidad el carácter principal de la vida, pues vivir significaría sentir ("je sens donc je suis", afirmó reescribiendo el "cogito" cartesiano). Tal interpretación fue adoptada por Richerand, autor del tratado de fisiología más conocido, admitiendo que la materia viva estaría obligatoria y originalmente marcada por la facultad de ser sensible, sensibilidad

no se traduciría por las contracciones musculares. La misma subordinación de la contractilidad fue la que establecieron Bichat y Virey. Evolutivamente, la irritabilidad determinaría una línea de demarcación insuperable entre los reinos animal y vegetal. Un sistema nervioso aparecería en los insectos (tercer grado de organización) representando la estructura indispensable subyacente a la sensibilidad. Dicha aparición tendría otra consecuencia importante: haría posible el "sentimiento interior", la conciencia de existir, el poder de responder a excitaciones interiores. Ello abría la vía a la psicología fisiológica.

Este sensualismo condillaquiano transformado por Cabanis tuvo, además, una enorme influencia sobre el pensamiento médico: en la nosologías de Barthéz y de Pinel, en algunos de los elaboradores de los supuestos anatomoclínicos (Bichat, Corvisat) y en las concepciones neurofisiológicas de Broussais y Bouillaud, fundamentalmente. Todos ellos fueron psicosomatólogos "avant la lettre".

La primera expresión en España de las ideas sensualistas de Cabanis la posibilitó, como ya hemos apuntado, Gallardo en 1807. Supuso, asimismo, el primer esbozo, dentro de una novedosa corriente antropológica, de una visión sintética del hombre como realidad "intelectual" (racional) y "moral" (psicológica), entendida desde la fisiología. Se trata de los artículos "sensaciones" (GALLARDO; 1807 a) y "sentidos" (GALLARDO; 1807 b) del Diccionario de Medicina y Cirugía o Biblioteca Manual Médico-Práctica (1805-1807), el primer gran diccionario español de medicina, realizado por Antonio Ballano en colaboración con Tomás García Suelto y el propio Gallardo. Todos ellos, discípulos y seguidores de José Severo López.

Gallardo va a describir las sensaciones estrictamente desde la fisiología. En primer lugar, critica y rechaza la "manía de buscar causas misteriosas a los fenómenos de la naturaleza", lo cual ha supuesto, a su juicio, un enorme retraso en los progresos de los conocimientos humanos. La "ciencia de las ideas -añade-, no ha sido más que una indigesta mole de tal cual verdad mezclada con un cúmulo de quiméricas abstracciones y suposiciones gratuitas". Sin embargo -continúa-, los talentos superiores de Locke, Condillac

y Cabanis, "cimentando la Ideología sobre su única e invariable base: el conocimiento del cuerpo humano", habrían posibilitado no sólo que la anatomía se hubiese perfeccionado con la apertura de cadáveres (según el método anatomopatológico), sino que nadie dudase ya de que las sensaciones serían la fuente de todos nuestros conocimientos.

Pero, plantea Gallardo: ¿qué son las sensaciones, y cómo se producen?. El hombre -responde-, "se halla de tal manera organizado, que mediaante los nervios, los cuales naciendo del cerebro se esparcen y entretejen con maravillosos y exquisitos artificios por todas las partes del cuerpo humano, recibe de los objetos diferentes impresiones, que transmitidas al cerebro, que es el punto central, consituyen la sensación". La operación de sentir es dividida en dos tiempos, de acción y de reacción. En el primero, los nervios llevarían la "impresión o primer aviso" desde sus extremidades al centro cerebral o sensorio común, "piedra de toque en que se ha de ver la armonía de las partes afectadas con el todo"; en el segundo, complementario del primero, el cerebro produciría su reacción. Este conjunto permitiría que el hombre entablase y mantuviese una correspondencia más o menos diercta con todos los agentes de la naturaleza, dependiendo su armonía o disarmonía de que ningún obstáculo entorpeciese o interceptase la comunicación de los nervios con el cerebro, ni que alterase al último, lo cual explicaría afecciones erróneamente atribuidas a otros órganos y sólo discernibles mediante autopsia.

La comprensión de este proceso se vería limitada por los escasos conocimientos neuroanatómicos y neurofisiológicos de entonces. Así, al explicar el fenómeno de comunicación nerviosa no vió más elección que la de elegir entre las hipótesis de las vibraciones transmitidas por cuerdas tensas, y la del fluido sutil, que consideró más válida; frente a la primera, existirían argumentos anatómicos convincentes de que la fibra nerviosa sería la más blanda, la menos elástica y, por tanto, la más inepta para tales vibraciones; la segunda hipótesis quedaría corroborada por los conocimientos sobre la electricidad (identificación del fluido nervioso con el eléctrico).

Gallardo apunta dos tipos de sensaciones: "externas" o causadas por los objetos en la superficie exterior del cuerpo

... se identifica a los "ideologistas" con los que únicamente reconocían este tipo de sensaciones-, e "internas" o que por medio de las extremidades nerviosas terminarían en la vísceras y partes interiores -tal como enunciara Cabanis, y que los "filósofos analíticos", negándoles el título de sensaciones, calificaron de "impresiones"- . Estas últimas serían las primeras en ser experimentadas por el hombre, "tal vez las únicas que el animal prueba en el vientre de su madre", confirmando así la idea de que para su conservación necesitaría el feto del uso de los órganos externos; para sus desarrollo, en cambio, requeriría el ser humano "concentrarse en sí mismo, y, por decirlo así, no sentirse sino a sí propio (...) refiriéndolo todo al yo, que es el punto céntrico del hombre físico y moral".

Para entender, pues, las "determinaciones instintivas", apetitos y repugnancias" manifiestos al nacer, se deberían estudiar las predisposiciones adquiridas por los órganos fetales durante el progreso de "animalización" y no, como los ideólogos (grupo del que excluye a Cabanis), refiriéndolo todo a meros actos reflejos. Dicho "irresistible poder instinto" lo prueba Gallardo por medio de múltiples observaciones, algunas del propio Cabanis. El cerebro del recién nacido no será la "tabla rasa" de la "escuela de Locke" (los supuestos de Condillac y sus seguidores); el "instinto", conjunto formado por el sistema de apetitos y demás afecciones internas, debería entenderse atendiendo a su análisis etimológico, en el sentido de "dentro". "punzamiento", expresión acertada que significaría "estímulo interior, o lo que es lo mismo, conjunto de excitaciones causadas por un estímulo interno".

La anterior división en sensaciones internas y externas reduciría a dos las fuentes del conocimiento: el "sistema instintivo" y el "sistema racional", que según la "ley general del equilibrio de los sistemas orgánicos" (aquí sigue a Geoffroy Saint-Hilaire), no predominaría el uno sino a costa del otro. Así, el instinto será más vivo en el salvaje que en el hombre culto, y más en los animales que en la especie humana. Igualmente, explicaría diversos fenómenos mentales, como la contraposición entre alma y sentido, "aquella batalla interior que solemos sentir de la razón que manda, y la carne que

se rebela".

Volviendo a la operación de sentir y al funcionamiento cerebral, Gallardo muestra al cerebro no como un órgano meramente pasivo, sino "dotado de una potencia activa, que se substraе a las leyes de la más exquisita mecánica", produciendo "en sí y por sí mismo" (la idea "secretoria" de Cabanis) impresiones análogas a las recibidas por los nervios, formando sobre éstos, mediante la correspondiente reacción, una serie indefinida de sensaciones, "a veces más vivas que las que le presta el influjo de la acción nerviosa". La imaginación, por ejemplo, no sería sino el resultado de la "fuerza exagerativa" propia de la "potencia introactiva" del cerebro.

De las diferentes propiedades observadas en el sistema sensitivo resultarían la totalidad de las operaciones o facultades del alma. Los ideólogos diferenciaban dos órdenes capitales: las facultades intelectuales y las facultades morales.

Las facultades intelectuales comprenderían, en primer lugar, las "ideas" o imágenes de los objetos comunicados al sensorio por las sensaciones. Además de esta "facultad de recibir impresiones", estaría la de reproducirlas, "aún cuando el objeto no esté presente", o memoria -su falta obligaría a vivir en una "infancia eterna"-. La memoria, combinando "con novedad" las ideas ya existentes, formaría la imaginación -a la cual le sería inherente una exquisita sensibilidad así como una "superabundancia de reacción para combinarlas de mil y mil modos distintos", que constituiría el ingenio-. En su más alto grado la imaginación originaría el entusiasmo, "especie de furor que nos transporta a un mundo ideal, y a veces raya en verdadera locura". La memoria se fortalecería a través de la atención, "facultad por la que entre multitud de impresiones que nos afectan a un mismo tiempo, sentimos una como exclusivamente fijándonos en ella, como si las demás no existiesen"; fenómeno del que se tendría seguridad al transportarlo a la conciencia, conciencia del objeto, de nuestras sensaciones, percibir, "sentir que sentimos".

La facultad por la que separaríamos mentalmente de los objetos sus "cualidades", se llamaría abstracción. "acaso distintiva de la especie humana". Su principal instrumento serían las lenguas

confirmándose así la existencia puramente nominal de "múltiples de objetos que nos atormentan" en nuestros cerebros.

Complementos de la atención serían la comparación y la reflexión. Mediante la primera nos fijaríamos en las diversas sensaciones producidas por un objeto hasta formar una idea completa del mismo; al comparar dos ideas conjuntamente resultaría el juicio, otro complemento de las operaciones intelectuales. Existirían otras muchas, que en su conjunto conformarían el entendimiento, "por cuyo medio sentimos la correspondencia o contrariedad que tienen con nuestra naturaleza ciertas sensaciones, y los objetos que las producen". Rememorarlas, buscarlas o evitarlas será función de la voluntad, nexo que "comprende debajo de sí el sistema de las facultades morales". La relación entre facultades intelectuales y morales se comprendería al analizar la noción de "simple sensación", a la cual se reducirían todas las operaciones mentales, "pues a la verdad juzgar no es otra cosa que sentir, querer es sentir; todo es sentir".

El placer y el dolor, como facultades morales, serían los efectos producidos por las sensaciones, conformes o contrarios, respectivamente, a nuestra naturaleza -confundidos a menudo ya que la prolongación del uno degenera en el otro-. la felicidad, pues, sería la resultante, en el equilibrio de ambos, de un predominio de los placeres sobre los dolores. Placer entendido como deseo (idea de todo objeto de condición necesaria que juzgamos produciría placer), necesidad (suma de apetitos y deseos habituales de cuya satisfacción dependería nuestra conservación y felicidad). La pasión sería la definición del acto de desear poseer lo agradable y de rechazar lo desagradable, siendo las principales el amor y el odio -toda pasión extremada resultaría nociva-.

Tanto las acciones morales como las físicas obedecerían a una proporcionada reacción que repetida configuraría el hábito o costumbre -al fisiólogo competiría su conservación física y al moralista conformarla a la felicidad y al orden moral-; el hábito se llama virtud si el deseo que lo reitera es dirigido hacia el logro de la felicidad, y vicio si es contrario a ella.

Las facultades morales, no menos que las intelectuales,

se efectuaría a través del sistema nervioso mediante el mecanismo de las sensaciones. Se elaboraría así una "escalera gradual de operaciones", desde la simple sensación a la más compleja, siendo el método correcto de comprensión el explicar las leyes complicadas y sublimes que gobiernan la materia más sutilmente organizada partiendo de las leyes sencillas que gobiernan la materia bruta.

En el artículo sobre los sentidos, Gallardo traza las generalidades de las cinco especies de órganos sensoriales, correspondientes a las cinco especies de impresiones que recibimos. La particular función de cada uno se debería a la peculiar distribución o textura de sus nervios. Los correspondientes al órgano óptico darían la sensación de claridad, oscuridad y color; los del aparato auditivo, la de sonido; los de la membrana pituitaria, las de olor; los de la lengua y paladar, la de sabor; y los repartidos por toda la superficie corporal, la del tacto.

Es precisamente el tacto el sentido primeramente estudiado, por ser el primero que surge y el último que desaparece, así como fundamento de los demás. La doctrina sensualista obligaría, obviamente, a considerar a este órgano, como hace Gallardo, como "el sentido por excelencia, el sentido general", distribuido por todo el cuerpo obraría a modo de "centinelas que le avisan de la presencia de los objetos para que reciba o se substraiga á su benéfica ó maléfica influencia". Sería el más social (predominando en la mano), el más seguro, el menos ilusorio, por comprender con mayor autoridad la propiedad de la extensión.

Habla del gusto en segundo lugar, por su gran semejanza con el tacto (sus sensaciones serían "táctiles" pero más desmenuzables y solubles, permitiendo la variación de los sabores, susceptibles no obstante de otra más científica, "fundada en caracteres distintivos y constantes"). Acercaría más que ningún otro sentido al hombre a su estado natural.

Viene a continuación el olfato, por poseer sensaciones no muy diferentes de las del gusto -"el gusto es como una prolongación del olfato"; en cambio sería prácticamente imposible una clasificación de los olores (como intentaron Linneo, Lorry y Fourcroy). El olfato

se relacionaría también con los órganos de la generación (el aroma como poderoso estímulo para el amor y la sensualidad, peculiaridades en cada individuo de cada especie).

El aire, vehículo de los olores, lo sería también de los sonidos. Ambos, olfato y oído, no percibirían correctamente la fuente de las sensaciones que les llegan de no ser por el auxilio de la experiencia y de los demás sentidos. Sin embargo, del oído dependería la correcta reproducción de las palabras o de la música, lenguaje universal de mágico embeleso, sublime y de espirituales efectos al que la medicina ha sacado grandes ventajas usándolo como remedio físico-moral, es decir, como psicoterapia.

La vista, el último sentido descrito, sería el que mayor número de materiales presta a la imaginación, dándonos las ideas más vivas de los objetos (debido a su construcción orgánica y a la mayor cantidad de elementos sensitivos). Por tanto las ideas por él recibidas serían las más permanentes, las que con más presteza saltarían a la memoria. Atributos que pueden enriquecerse gracias a la confección de objetos, como el telescopio, que aumentarían considerablemente la potencia visual. Sus mayores vicios orgánicos serían la miopía, la presbicia y el estrabismo.

Finaliza Gallardo su exposición arremetiendo contra aquellos "metafísicos cabilosos" (Malebranche, Leibniz, Berkeley) cuyas "bizarrias de ingenio" habrían sido dirigidas contra la doctrina sensualista. tachándola de errónea e ilusoria, llegando incluso afirmaciones como la de "no ser este mundo visible más que un mero espectáculo de fantasmagoría" (Berkeley). Contra ellos, Gallardo aconseja el uso discreto de los sentidos, "instrumento único y seguro de todos nuestros conocimientos", dándonos testimonio de nuestra propia existencia y de los cuerpos que nos rodean.

La última referencia que de Gallardo tenemos en el ámbito médico data de 1808, al promover una "polémica científica y literaria" -expresión que parece exagerada- con motivo del injusto elogio que García Suelto hizo del maestro de ambos, Severo López. El interés radica sin embargo, en los comentarios que de ella se hicieron muchos años después (MARTÍNEZ, I.; 1850), y en la valoración que de la labor

de Gallardo, incluida la medicina, se concluyó. Se señalaba, así, que fué desde el principio de sus estudios apasionadísimo de la medicina, estudiando a los médicos para fortalecer sus principios filosóficos, y se le reconocen entre sus predilectos a Bichat ("á quien llamo el Bacon de la medicina"), Cabanis ("de quien se hace lengua") y Broussais ("cuya obra de la irritación y la locura le entusiasma"). Los principales renovadores de la medicina decimonónica y máximos defensores de una visión radicalmente materialista del cuerpo humano, supuesto básico para elevar la medicina al rango de ciencia.

LA EVOLUCION DEL SENSUALISMO PSICOFISIOLOGICO EN ESPAÑA

El foco de desarrollo y difusión del sensualismo estuvo ubicado en Salamanca, en la llamada "escuela iluminista", adquiriendo su mayor énfasis durante el trienio liberal. Sus miembros trataron de utilizar el sensualismo epistemológico como base teórica para reafirmar una conciencia nacional que sirviese a la unidad espiritual del pueblo español frente a los impulsos disgregadores del pasado y a las nuevas fuerzas desatadas en el exterior.

Importándose obras de Condillac, Destutt de Tracy y Cabanis, no se trató tanto de crear una ciencia como de divulgarla, a fin de posibilitar una labor pedagógica orientada a la felicidad pública y a la utilidad general. Así, se elaboró un Informe de la Universidad de Salamanca sobre el Plan de Estudios (Salamanca, 1820), que incluía en la reorganización del Colegio de Filosofía las materias de Matemáticas, Fisiología, Lógica y Moral. En cuanto a la fisiología, apodada "Antropología" o "verdadera Metafísica", "la única y verdaderamente útil", comprendería el examen analítico de las facultades del alma, la parte física del origen de ella y su descubrimiento, mostrando su esencial dependencia y maravillosa conexión con el cuerpo. Se desterrarían todas las "teorías inútiles sobre el ser abstracto y sus propiedades", estudiándose preferentemente a Condillac, Bonnet y Cabanis.

Sin embargo, desde una mentalidad católica se trató de cohonestar el sensualismo con un pensamiento de raíz escolástica.

como en los Elementos de Filosofía Moral (1820), de Miguel Martel, que incluía unas "Prenociones fisiológicas sobre el alma del hombre y la existencia de Dios".

El sensualismo epistemológico, como doctrina empírica y unitaria, se llevó también a la política (Lecciones de derecho público constitucional, 1821, de Ramón de Salas), propugnándose el fundamento de la "ciencia social" como ciencia experimental, fruto directo de la observación de los hechos. Y a la moral (Sistema de la ciencia social, 1820, de Toribio Núñez), impeliéndose a descubrir los fundamentos de las ciencias morales y políticas mediante la aplicación a su estudio de los instrumentos de las ciencias naturales -comparándose al moralista con el médico se concebía una "fisiología moral", "una patología de la legislación", una "nosología moral" y una "clínica política"- . Junto a los sensualistas figuraban Beccaria y Bentham entre los autores preferidos. Otros españoles, como Muñoz Capilla, intentaron compatibilizar la doctrina agustiniana de la iluminación con el sensualismo, tendencia que fué ganando adeptos entre los "moralistas", mientras que los "físicos" se orientaron hacia el escepticismo de Cousin o el espiritualismo de Biran.

Entre los llamados "médicos filosóficos" las doctrinas de Condillac y la Ideología de Destutt de Tracy provocaron en nuestro país, a principios del XIX, un conjunto de pobres imitaciones, tales como la Ideología de la práctica (1816) de Reinoso o los Elementos de verdadera lógica (1821) de Justo García. El influjo experimental psicológico fué particularmente visible en una serie de métodos que, por su tendencia a la especulación y su independencia de pensamiento, continuaron la lúcida tradición iniciada en el Renacimiento.

En tal ambiente se inspiró Antonio Hernández Morejón, publicando en 1821 una Ideología clínica de los fundamentos filosóficos para la enseñanza de la Medicina y la Cirujía (incompleta), considerada plagio de la de Fabard y emulación de la de Tracy. Pondera el buen ejercicio médico en relación a cada uno de los sentidos externos y describe las operaciones del entendimiento propias de dicho acto -sin suscribir, en cambio, la transformación de sensaciones en ideas, de Condillac-, aplicándolas, a su vez, a todo el proceso clínico

(diagnóstico, etiología, nosología, indicación, farmacología y pronóstico).

Otro exponente se halla en la Filosofía de la Legislación natural fundada en la Antropología o en el conocimiento de la naturaleza del hombre (1838), de Fabra y Soldevilla, franco sensualista y utilitario que acusó enormemente la influencia de Condillac, Helvetius y Gall.

Esta orientación "antropológico-fisiológica" finalizaría con el Ensayo de Antropología (1844) de Varela de Montes, obra que propuso la creación de una fisiología aplicada imbuida de nociones filosóficas y sociales. Esta tendencia de la fisiología a salir de su propio ámbito -y debido a la falta de preparación psicológica de muchos de sus cultivadores-, degeneró en una especie de epidemia de menor cuantía, más bien una moda, plagada de obrillas pseudocientíficas sobre una malentendida "fisiología aplicada".

Dentro de esta corriente, aunque más tardía, se situaría el Curso de psicología y Lógica de Monlau, obra en la que se despegó de los métodos de Condillac y Tracy reflejando ya la terminología de Cousin y armonizando un neto espiritualismo con un sagar análisis fisiológico; y la obra de Letamendi, enemigo de toda forma de materialismo y positivismo y que propugnó una visión integral antropológica de la medicina, de la ciencia natural y de la filosofía, sintonizando en su epistemología el espiritualismo humano de Pascal y las influencias del sensualismo escocés, en particular de Hamilton. Podríamos mencionar también, aunque más colateralmente, la orientación frenológica de Cubí y Soler.

Uno de los pensadores románticos que se propuso superar radicalmente al sensualismo, dominante en el pensamiento francés, fué F.-P. G. Maine de Biran (1766-1824), quien adoptando un sesgo muy original ha podido ser calificado como el creador de la primera teoría francesa del inconsciente. Biran introdujo unos caminos metodológicos nuevos: la observación interior y el procedimiento sintético. Para él no se trataría de buscar elementos cuyas combinaciones, imitadas de la mecánica, explicaran la vida mental, al modo de Hume; ni de

construir el conjunto de pensamiento partiendo de una abstracción, la sensación, como hiciera Condillac; ni de remontarse de las influencias física y orgánicas a las variaciones del carácter, como Cabanis; ni tampoco de propugar una entidad metafísica, el alma, para explicar con ella la naturaleza del espíritu. Biran rechazó tanto la hipótesis mecanicista como la animista, y se adhirió a la tesis del vitalismo. Alejado del sensualismo, restauró el punto de vista psicológico de la interioridad, rehabilitó la noción metafísica de causa y rechazó la relatividad del conocimiento hasta el agnosticismo, confiriéndole a su pensamiento un sentido evidentemente espiritualista que no sólo influyó sobre la escuela ecléctica de Victor Cousin sino que volvería a brillar al surgir la reacción contra el positivismo.

Frente a las sensaciones, que caracterizaban la tendencia a la resistencia y a la pasividad, Biran propuso un "yo" en plena actividad, fruto del "esfuerzo" (como sinónimo de voluntad, en el sentido que le daría Schopenhauer). su teoría de la sensibilidad introdujo el original estado de "afección simple" -nueva versión de la fuerza vital dual de la realidad humana: vida sensitiva frente a vida activa o reflexión, ideas "generales" abstractas de las sensaciones frente a las ideas "fundamentales", fruto del espíritu, fenómenos frente a concepciones.

Esta orientación prevaleció entre los psicólogos de mediados de la centuria, por su gran comodidad ecléctica. Espiritualistas, quedaron a mitad de camino, ligado como estaba su pensamiento psicológico originario a los determinismos materialistas de la época, y cuya elucidación había sido el empeño, radical y aislado, de Cabanis.

En España, nuevos estudios sobre los sentidos y sobre fenómenos psicofisiológicos no surgieron hasta medianos los años setenta. Fruto de un escepticismo hacia posturas netamente materialistas, dominó la búsqueda de una vía intermedia caracterizada por la propuesta de una fuerza espiritual activa (al modo biraniano) o inmaterial y la sustitución forzada de la mentalidad sensualista por la racionalista cartesiana, más ambigua y menos comprometida.

Una nueva referencia en el periodismo médico español a los sentidos fué la de GONZÁLEZ CRESPO (1858). Descripción de éstos

desde la "anatomía fisiológica" y según los supuestos básicos del sensualismo psicofísico. Algo más crítico aparece un trabajo de JIMÉNEZ SERRANO (1864), en donde, partiendo de una concepción sensualista de la psique, se rechaza la noción de "tábula rasa", se asigna al cerebro la idea de una actividad independiente del exterior, y se sitúa al instinto como la principal fuerza generatriz del comportamiento. Se defiende la existencia de "un alma, un principio de vida, de inteligencia y de acción anterior a nuestras sensaciones; nosotros -concluye- no somos máquinas de sensaciones; y nuestro cerebro posee la fuerza de crear ideas nuevas, siendo activo por sí mismo, porque podemos inventar o imaginar objetos desconocidos".

Pocos años después apareció el más importante estudio sobre psicología humana desde Gallardo. Se trata de los "estudios psicológicos" de Juan Bautista PESET Y VIDAL (1867-1870), extracto de su Patología psicológica (1859), guardado en forma de manuscrito. Claramente anatomoclínico aunque muy influido por Broussais en su obra de internista, como psiquiatra Peset quedó anclado en una mentalidad anterior a la introducción sistemática de los métodos morfológicos en el estudio de las enfermedades mentales, introducción que en España ejemplifica Gliné y Partagás. Apoyado en un unicismo en los terrenos fisiológico y psicológico, intentó hallar en la psicología su fundamento sólido, que no pudo desarrollar hasta sus últimas consecuencias. En dichos estudios se hace patente su desengaño de los supuestos anatomoclínicos y de los recursos psicológicos, especialmente la doctrina sensualista, "tan extraviada y tortuosa senda". Propone una vía media entre los que explicarían todo de un modo palpable mediante fuerzas físicas y materiales, y los que sólo admitirían misterios declarando francamente su impotencia en la búsqueda de un principio espiritual.

Exagera intencionadamente dicha polarización para situar más convincentemente su proposición: el hombre no sería solamente materia, sino una tríada compuesta de materia, vida y alma. Existirían, pues, más allá de la reducción del pensamiento al estrecho círculo de la percepción sensible, hechos físicos y psicológicos o "cerebros interiores y puramente psíquicos". La psicología sería entendida

por Peset como la observación concienzuda de tales hechos, entre ellos los propios del instinto.

Peset se ha estado refiriendo a la introspección, entonces en boga, propuesta por la escuela ecléctica (Maine de Biran, Cousin). El estudio sobre el instinto, tan relevante en la obra de Cabanis, está sirviendo ahora, dentro de una clara postura antisensualista y espiritualista -acorde con unos momentos menos revolucionarios y de restauración-, como pieza clave de discusión. El instinto es definido como "estímulo interior", "fuerza primitiva y propia" que agrupa tanto los deseos de la vida psicología como las necesidades de la vida fisiológica. Pero Peset le niega origen material o sede conocida -refutando la doctrina frenológica-, y lo sitúa anterior al hábito. Niega, en suma, ser "organicista puro, ni cosa que lo parezca". La razón, último aspecto estudiado, ya no aparece como una facultad concreta del alma, sino como ejercicio cabal, integrado, armónico de todas las facultades intelectuales.

Los últimos estudios que cierran este periodo genético de la psicología fisiológica, centrada en la asimilación de las doctrinas sensualistas, son de M. NIETO SERRANO (1868) y versan sobre las "consecuencia de considerar los fenómenos psicológicos como producidos por la organización cerebral". Con argumentos muy similares a los de Peset, refuta materialismos y espiritualismos en defensa de la noción de "una actividad interior que interviene decididamente en las determinaciones voluntarias, en los juicios, en las representaciones ideales y pasionales, y hasta en las sensaciones". Partiendo de la cuestión del asiento de la locura, llega a la conclusión de que no siendo ésta ni fruto de desórdenes de la estructura cerebral ni resultado- de falsas sensaciones, tal cuestión sería menos de localización que de causalidad, "porque los fenómenos psicológicos no tienen propiamente asiento, sino causas puesto que no figuran en el espacio, sino en el tiempo". El hombre, viene a afirmar, es libre y posible porque cumple un proceso viviente, representa un todo, un microcosmos. El lado mecánico sería sólo un aspecto de la vida, "inconcebible sin la vida misma".

NOTAS.

1. Para mejor entender la conexión existente entre las doctrinas de la sensibilidad de finales del siglo XIX, las sensualistas de la primera mitad del siglo XIX y las ideas evolucionistas de dicho siglo, incluimos un sucinto estudio de la evolución de los conceptos de "sensibilidad" y de "sensación".

Ya para Aristóteles lo característico del animal fue la sensación, si bien le dió una concepción demasiado amplia -cuestión que mucho más tarde replantearon Claude Bernard y Virchow-. De la sensibilidad dependería siempre la motilidad. Este criterio definitorio a la hora de separar las escalas animal y vegetal dominó la fisiología hasta el siglo XVIII. Durante el XVII tales nociones recibieron una nueva orientación al ser integradas en una teoría general de las propiedades fundamentales de la materia viva. Para F. Glisson, la "irritabilidad" sería una propiedad general de la materia, sólo activa por la acción de estímulos inherentes a la materia, la irritabilidad excluiría cualquier fuerza metafísica exterior -como el vitalismo-, aportando un supuesto plénamente desarrollado a través de la fisiología experimental decimonónica. "Sensibilidad" y "motilidad" quedarían englobadas en una unidad anatómica (la fibra) y tres facultades interrelacionadas (percepción, deseo y motilidad) -determinantes de tres estados, natural, sensitivo y voluntario, según la distancia aristotélica de las tres manifestaciones de la vida: orgánica, sensitiva y racional-.

Durante el siglo XIX, y bajo la influencia de experimentadores y filósofos, la sensibilidad devino al propiedad general fundamental controlada por el sistema nervioso, y el término de "irritabilidad" desapareció casi completamente de la literatura científica -Bref. Haller y Bichat confundieron "contractilidad" e "irritabilidad", y Legallois y Cabanis reemplazaron "irritabilidad" por "sensibilidad", sede de la propiedad vital de todos los tejidos vivos; Fleurens le atribuyó la conducción nerviosa, al modo de la "nervomotilidad" de Dutrochet y la "nervilidad" de Lewes y Vulpian; el concepto de "excitabilidad" de Brown y Broussais aumentó aún más la confusión-. Sólo la disociación experimental de los elementos sensitivo y motor llevada a cabo por Bernard permitió elaborar una definición -desprovista de metafísica y no limitada a los cuerpos organizados- convincente de la "irritabilidad": sería el agente activo de la adaptación entre el organismo y el entorno (simple ausencia de órganos especializados, contractilidad del tejido muscular en presencia de un sistema nervioso simple, sensibilidad consciente -"sensibilidad"- en presencia de un sistema nervioso plenamente organizado; la "contractilidad" y la "sensibilidad" representarían dos grados de la "irritabilidad", evolucionada de lo simple a lo complejo).

Fisiología y zoología fueron terreno común de estudio a principios del XIX. Para Lamarck sólo la distinción fisiológica entre la "irritabilidad" y "sensibilidad" clarificaría los animales según su aparición evolutiva. Para Cabanis -influido por Bordeu-, la "sensibilidad" tendría primacía sobre la irritabilidad, argumento que explicaría la conciencia, el "yo" y la génesis de las ideas (el hombre como

final de la escala evolutiva; psicología y fisiología animal establecieron vínculos que, más tarde, Destutt de Tracy englobaría al relacionar "ideología" y zoología. Cuvier, en cambio, al volver a la vieja distinción entre funciones vegetativas y animales -ya utilizada por Buffon- llegó a formulaciones incompatibles con la fisiología.

Sólo C. Bernard, al diferenciar "propiedad" (cualidad simple e indivisible) y "función" (producto de la acción de estructuras complejas), relacionó de forma unívoca "excitación", "irritabilidad" y "sensibilidad", la estructura protoplasma-célula-tejido-órgano, organismos vegetal-animal y entorno exterior-interior, según un monismo estructural fisiológico. Todas las manifestaciones estarían integradas en un todo fenomenológico que se detendría en el umbral de la psicología.

En síntesis, la cuestión central fué si la excitación debía ser "sentida" para que se diera la reacción. Haller, Lamarck y Dutrochet respondieron; Bordeu, Le Cat y los ideólogos, positivamente; y sólo C. Bernard, al integrar tales nociones estructuralmente, volvió sin sentido la cuestión.

El sensualismo fué una doctrina epistemológica según la cual todos los conocimientos dentdrían su último fundamenro en los sentidos, y específicamente en las "sensaciones". Desarrollada entre los siglos XVII y XIX, tuvo John Locke su primer gran formulador. Desterrando la teoría de las ideas innatas, sostenida por el racionalismo continental de la época, revitalizó la concepción empirista de la mente como "tabula rasa". El número de análisis era la génesis de las ideas. Los objetos exteriores actuarían sobre nuestros sentidos en cuanto causas. Las "impresiones" así introducidas en los órganos de los sentidos se transmitirían al cerebro originando "ideas de sensación". Igualmente, la "percepción" de ciertas operaciones mentales propias llevaría a la formación de "ideas de reflexión". Ambos tipos de ideas derivadas directamente de la experiencia compondrían el grupo de las "ideas simples", frente al de las "ideas complejas", obtenidas mediante la actividad del espíritu.

La obra de Locke encontró una acogida muy favorable por parte de los escritores ilustrados, fundamentalmente en Etienne B. de Condillac. Este redujo el origen dual de las ideas ("sensaciones" y "reflexión") a una sola fuente: la "sensación" ("la reflexión no es en principio más que la sensación misma"). Por supuesto, el conocimiento se efectuaría siempre a partir de "ideas", pero éstas no serían sino el nombre dado a las "sensaciones", consideradas como representación de los objetos sensibles, es decir, como "imágenes". Además, Condillac derivó de la sola sensación, como representación, las llamadas "facultades intelectuales", eliminando así el último reducto del innatismo en beneficio de una permanente actividad referida en última instancia al sistema de necesidades inherentes a la propia naturaleza.

La influencia del sensualismo condillaquiano sobre los pensamientos filosófico y médico fué considerable. O más explícitamente, su "método analítico". Haciendo del sensualismo un nombre del materialismo y un precedente del positivismo, los ideólogos, por una parte, lo aproximaron a las ciencias naturales (y Cabanis lo identificó a la fisiología); Barthez lo aplicó a la nosología, y Bichat y Laennec

al método anatomoclínico.

BIBLIOGRAFIA.

1. FUENTES.

CABANIS, P.J.G. (1805). Rapports du physique et du moral de l'homme. París.

CABANIS, P.J.G. (1816). El grado de certidumbre de la medicina. Madrid, Repullés.

CONDILLAC, E.B. (1975). Lógica. Extracto razonado del Tratado de las sensaciones. Buenos Aires, Aguilar.

GALLARDO, B.J. (1800). Prólogo y traducción del Arte de conservar la salud y prolongar la vida, ó tratado de higiene, de Pressavin. Madrid.

GALLARDO, B.J. (1803). Prólogo y traducción del Discurso sobre la conexión de la medicina con las ciencias físicas y morales; ó sobre los deberes, calidades y conocimientos del médico: escrito en francés por J.L. Alibert, secretario general de la Sociedad de Medicina de Emulación de París. Salamanca, Tóxar.

GALLARDO, J.B. (1807a). "Sensaciones". En BALLANO, A. (1805-1807), Diccionario de Medicina y Cirugía o Biblioteca Manual Médico-Quirúrgica. Madrid, Martínez Dávila, V. VII, pp. 64-77.

GALLARDO, J.B. (1807b). "Sentidos". En BALLANO, A. (1805-1807). Diccionario de Medicina y Cirugía o Biblioteca Manual Médico-Quirúrgica. Madrid, Martínez Dávila, V. VII, pp. 93-100.

GONZALEZ CRESPO, M.J. (1858). Sentidos del hombre. La España Médica, 3, 196-197.

JIMENEZ SERRANO, A. (1864). Sentidos. El Genio Quirúrgico, 196-197.

LOCKE, J. (1980). Ensayo sobre el entendimiento humano. Madrid, Editora Nacional, 2 vols.

MARTINEZ, I. (1850).

NIETO SERRANO, M. (1868). Consecuencias de considerar los fenómenos psicológicos como producidos por la organización cerebral. El Siglo Médico, 15, 563-565.

PESET Y VIDAL, J.B. (1867-1870). Estudios psicológicos. El Siglo Médico, 14, 87-88, 625-628, 673-676; 15, 433-435, 481-483, 497-500, 549-552.

2. BIBLIOGRAFIA CRITICA.

ABELLAN, J.L. (1984). "El sensismo epistemológico: reaparición de la Escuela Salmantina durante el trienio liberal". Historia crítica del pensamiento español. Madrid, Espasa-Calpe, vol. IV, pp. 181-203.

ACKERKNECHT, E.H. (1967). Medicine at the Paris Hospital (1794-1848). Baltimore, The John Hopkins Press.

CANGUILHEM, G. (1981). Idéologie et Racionalité dans l'histoire des sciences de la vie. París, Libr. Phil. J. Vrin. 2e éd.

CANGUILHEM, G. (1970). "Cabanis. Pierre-Jean-Georges". En: GUILLESPIE, Ch.C. (ed.) Dictionary of Scientific Biography. New York, Ch. Scribner's sons, v. III, pp. 1-3.

CANIVEZ, A. (1979). "Los ideólogos". En BELAVAL, I. (dir.). La filosofía en el siglo XIX. Madrid, Siglo XXI, pp. 131-158.

CARRERAS Y ARTAU, T. (1952). Estudios sobre médicos-filósofos españoles del siglo XIX. Barcelona, CSIC, pp. 35-50.

COMENGE, L. (1914). La Medicina en el siglo XIX. Apuntes para la historia de la cultura médica en España. Barcelona, Espasa.

DURAND, G.L.H. (1939). Cabanis. Sa vie. Son oeuvre médicale. París, Jouvre.

FOUCAULT, M. (1978). El nacimiento de la clínica. México, Siglo XXI, 4ª ed.

GUYENOT, E. (1956). Las ciencias de la vida en los siglos XVII y XVIII. El concepto de la evolución. México, UTEHA, pp. 351-364.

HAIG, E. (1984). "Medicine and Ideology: the methodology and epistemology of the sensationalism". Xavier Bichat and the medical theory of the eighteenth century. London, Wellcome Inst. Hist. Med., pp. 66-86.

HILLEMANT, C. (1931). Cabanis, Médecin, philosophe, littérateur?. Le Progrès Médical, 44, 1.861-1.870.

LABROUSSE (1903). Cabanis. París, thèse.

LAIN ENTRALGO, P. (1948). Sensualism and vitalism in Bichat's "Anatomie Générale", J. Histo. Méd., 3, 47-64.

LOPEZ PIÑERO, J.M.; GARCIA BALLESTER, L.; FAUS SEVILLA, P. (1964). Medicina y sociedad en la España del siglo XIX. Madrid, Sociedad de Estudios y Publicaciones.

MENENDEZ PELAYO, M. (1956). Historia de los heterodoxos españoles. Madrid, B.A.C., pp. 800-815.

NAVARRO, J. (1986). Los orígenes de las neurociencias en España. Valencia, tesis doctoral.

PALAU Y FULCET, A. (1953). Manual del librero hispanoamericano. Barcelona, Lib. Palau, v. 6, pp. 32-34.

ROSEN, G. (1946). The philosophy of ideology and the emergence of modern medicine in France. Bull. Hist. Med., 20, 328-339.

STAUM, M.S. (1974). Cabanis and the science of man. J. Hist. Behav. Sci., 10, 135-143.

STAUM, M.S. (1980). Cabanis. Enlightenment and Medical Philosophy in the French Revolution. Princeton University Press., 2 vols.

SCHILLER, J. (1980). Physiologie et classification. Relations historiques. París, Maloine.

TEMKIN, O. (1946). Materialism in French and German Philosophy of the early nineteenth century. Bull. Hist. Med., 20, 322-327.

VIDA Y OBRA DE JUAN BAUTISTA PERALES Y JUST

Livianos Aldana, L; Magraner Gil, A.
Centro Sanitario Municipal. Valencia.

Hijo del médico valenciano Juan Bautista PERALES y MARTI(1) y de la también valenciana Teresa JUST y FABREGAT, nace en la provincia de Valencia, probablemente en Villanueva de Castellón (2).

Parte de la infancia la pasa en Vélez Rubio al haberse mudado el padre allí (3); cuando cuenta 10 años de edad se traslada al Instituto de Lorca (Murcia) donde estudia Filosofía durante el trienio 1833-1836 (4), acudiendo posteriormente a la Universidad de Granada durante el curso 1836-1837 para finalizar dichos estudios.

Nada sabemos de las razones que lo impulsan a volver a Valencia pero en 1837 lo encontramos en la Facultad de Medicina de dicha ciudad iniciando sus estudios, los cuales simultanea con un curso de Botánica (5). Con fecha de 23 de julio de 1841 es examinado para el gradoas de Bachiller en Medicina y con la de 28 de julio de 1843 para el de Licenciado, logrando en ambos casos la calificación de "nemine discrepante" (6).

El 27 de julio de 1843 contrae matrimonio con Dña. Francisca GUTIERREZ TESTOR (7) trasladándose a Vélez Rubio el matrimonio; aunque no conocemos la finalidad suponemos que fué con la de ejercer en el pueblo de su niñez (8). En cualquier caso, dos años más tarde, en 1845 reaparece en Valencia impartiendo clases de Medicina en una academia (9).

En el año 1847 se asocia al Instituto Médico Valenciano primero como Socio Corresponsal y luego como Socio Residente (10).

En octubre de 1848 ocurre un hecho de vital importancia para nosotros: es propuesto para el cargo de Médico Director de Enajenados, cargo que ocupará de forma revolucionaria. Vive en el departamento, lleva un exacto control clínico y administrativo de los pacientes, renueva de forma absoluta la asistencia, etc... y lo que es más importante, deja constancia de su labor como médico en una colección inesti-

mable de historias clínicas (11).

En este mismo año ve la luz su Manual Histórico de la Medicina en General, que será utilizado como libro de texto en los cursos de doctorado (12) y también es elegido redactor del Instituto Médico de Valencia (13). Estas actividades no le impiden proseguir con su formación puesto que en el años 1850, el día 10 de julio se licencia en Cirujía por la Universidad de Valencia (14).

Continuando con su labor como redactor del Boletín del Instituto Médico Valenciano, en la sesión del 3 de diciembre de 1851 es elegido Director de Redacción mereciendo una carta de apremio por parte de dicha institución (15).

Sin embargo, cuando la vida de nuestro autor parece haber tomado un camino floreciente, decide en el mes de Mayo de 1853 abandonar el puesto de dirección de dementes con una cierta precipitación (16). Difícil momento para abandonar el puesto cuando contaba a su cargo amén de esposa y dos hijos, dos hermanas solteras, su madre y dos sirvientes entradas en años (17). La razón que se nos ofrece no es otra que el anuncio que se había hecho en el mes de mayo de ese mismo año de la convocatoria de oposiciones para proveer plazas de Médicos de Balnearios (18). Las ganancias monetarias a poco que se piense son obvias (19).

El 10 de noviembre de 1853 comienzan los ejercicios de oposición y como consecuencia de los cuales queda igualado J.B. PERALES en el primer puesto junto a otros tres opositores (20). Por Real Orden de febrero de 1854, le es adjudicada la plaza de Médico Director de los Baños de Alhama de Granada de la que toma posesión el 29 de marzo y con ello comienza otro periodo radicalmente distinto en la vida de nuestro autor (21).

Fuera de la temporada oficial del Balneario, reside en Granada y en dicha ciudad mantiene una populosa consulta (22). Apenas llegado publica una Memoria de Hidrología Médica, referente a los baños de su dirección (23). Es ésta la obra típica de un médico que recién llegado a una ciudad necesita darse a conocer. Sin embargo, otra obra suya sobre los referidos baños conocerá tres ediciones sucesivas (23).

Nunca mostró PERALES interés por volver a Valencia, lo que hubiera podido hacer ya que con los años fué ocupando mejores puestos en el escalafón de Médicos de Balnearios (24). Sí que siguió ligado sentimentalmente a Vélez Rubio puesto que todas las Navidades acudía en galera con su mujer e hijos a reunirse con la familia que allí vivía (25).

El mismo día en que cumplía los 60 años, el 10 de mayo de 1884, muere en Alhama de Granada a consecuencia de gastrorragias (26). Sobre su muerte, el "Defensor de Granada" da la siguiente noticia:

"E.P.D. Ha fallecido en Alhama el ilustrado médico director de aquel balneario, D. Juan Perales, persona muy estimada y merecedoramente estimada en esta capital" (27).

No puede decirse que hubieran grandes titulares sobre su defunción en la prensa médica (28). Si su muerte fué noticia, lo fué por la forma escandalosa en que su plaza fué cubierta ya que se nombró un sustituto de forma apresurada, antes de dar tierra a su cadáver (29).

NOTAS.

1. Registro Civil de Casados nº 356. Del padre de J.B. PERALES sólo hemos podido localizar el expediente de Bachiller de Medicina.

2. Para una exposición razonada de su origen véase: L. LIVIANOS (1895) p. 141.

3. DIAZ PERALES, M.C. (1983). No hemos podido comprobar por otras vías este particular.

4. Expediente académico de J.B. PERALES.

5. Ibidem. Las censuras recibidas, según constan en dicho expediente, son de "notablemente aprovechado" en los dos primeros cursos y en el cuarto y de sobresaliente en el tercero.

6. Ibidem.

7. Hija de Manuel GUTIERREZ, hacendado segoviano aunque afincado en Valencia y, de Carlota TESTOR, natural de Valencia.

8. Registro Civil de Casados.

9. MARTINEZ REGUERA, L. (1829-97).

10. Ingresó en el 2º semestre como socio corresponsal. Relación de socios del Instituto Médico Valenciano.
11. PERALES, J.B. (1849-51).
12. MARTINEZ REGUERA, L. (1892-97).
13. Sesión del 22 de diciembre de 1848. Bol. Inst. Méd. Val., 2, (1849), p. 418.
14. Expediente académico de J.B. PERALES y JUST.
15. Sesión del 3 de diciembre de 1851. Bol. Inst. Méd. Val., 4, (1852), p. 3.
16. PERALES, J.B. (1849-51). Véase también Libro de Actas de la Junta del Hospital General. Sesión del 4 de mayo de 1853.
17. Padrón Municipal año 1843.
18. MARTINEZ REGUERA, L. (1892-98), p. 639.
19. Cf. LIVIANOS ALDAN, L. (1985), pp. 145-146.
20. Al haber sido realizados en distintos lugares y juzgados por diferentes tribunales los ejercicios de dicha oposición resultaron bastante problemáticos. Cf. L. MARTINEZ REGUERA (1892-98), p. 639.
21. Bol. Inst. Méd. Val., 5, p. 51.
22. El Defensor de Granada (1884).
23. PERALES, J.B. (1860, 1869 y 1881).
24. Ministerio (1884).
25. DIAZ PERALES, M.C. (1983).
26. Acta de Defunción... El acta aparece firmada el 11 de mayo de 1884, lo que ha inducido a errores sobre la fecha de su muerte.
27. El Defensor de Granada. 12 de mayo de 1884.
28. De hecho no hay mención de su muerte en las siguientes revistas: Crónica Médica, Boletín del Instituto Médico Valenciano, Revista de Medicina y Cirugía Práctica, Gaceta Médica de Granada, Gaceta Médica Catalana, Gaceta de los hospitales, Revista de Hidrología Médica entre otras, del año correspondiente.
29. Apenas muerto resucitado (1884). Para la plaza de Baños de Alhama (1884).

BIBLIOGRAFIA.

- .- Acta de defunción de J.B. PERALES Y CHUST. Registro Civil de Alhama de Granada.
- .- Apenas muerto, resucitado. (1884). El Siglo Médico, 31, 336.
- .- BOIX, V. (1849). Manual del viajero y guía de los forasteros en Valencia por D. Vicente Boix. Valencia. Imp. José Rius, 359 pp.
- .- BARBERA, F. (1906). El Drl Arturo Perales y Gutiérrez. Necrológicas. Rev. Val. Cienc. Med., 8, 189-191.
- .- CASADO TORREBLANCA, M. (1906). Necrológica del Dr. D. Arturo Perales y Gutiérrez. Gaceta Méd. de Granada, 157-58.
- .- DIAZ PERALES, M.C. (1983). Comunicación personal.
- .- Dotación del Médico Director del Departamento de Dementes. (1849). A.D.P.V. Sección D, subsección 2ª. Legajo 1º.
- .- Expediente académico de J.B. PERALES Y JUSTO sobre el grado de Bachiller en Medicina, Archivo de la Universidad de Valencia. Expediente 115/224. (1841).
- .- Expediente académico de J.B. PERALES Y JUSTO sobre el grado de Licenciado en Medicina. Archivo de la Universidad de Valencia. Expediente 115/274. (1843).
- .- Libro de Actas de la Junta Administrativa del Hospital General. (1852-56). A.D.P.V. IV-3/64.
- .- Libro en que constan los bautizados en esta parroquia. Archivo Parroquial de Vélez Rubio.
- .- Libro de contadurías de los socios del Instituto Médico de Valencia desde Enero de 1856. Valencia, Ms., (1843). Biblioteca del Colegio de Médico de Valencia.
- .- Libro de registro del Instituto Médico Valenciano. Valencia, Ms. (1843). Biblioteca del Colegio de Médicos de Valencia.
- .- Libro de relación de socios del Instituto Médico Valenciano desde su fundación. Valencia, Ms., (1841). Biblioteca del Colegio de Médicos de Valencia.
- .- LIVIANOS, L. (1985). Teoría y práctica psiquiátrica en Valencia a mediados del S. XIX. Valencia. Tesis Doctoral. 1.106 pp.
- LOPEZ PINERO, J.M. (1977-1985). Comunicaciones personales del autor.
- MARTINEZ REGUERA, L. (1892-1897). Bibliografía Hidrológico-Médica

Española. 3 vols. Madrid. M. Tello.

.- Ministerio de la Gobernación. Dirección General de Beneficencia y Sanidad. Circular del 26 de marzo de 1884. Estado de las temporadas en que están abiertos los Establecimientos balnearios, clasificación hidrológica, temperatura y altitud, nombre de los médicos-directores, residencia fuera de la temporada oficial, número que ocupan en el escalafón y concurrencia de enfermos según las últimas memorias presentadas y datos administrativos por la comisión de Anuncio y estadística de Baños. El Siglo Médico, 31, 252-245. Crónica Médica, VII, 471-77.

.- Ministerio de la Gobernación. Dirección General de Beneficencia y Sanidad. Circular 28 de enero de 1885. Crónica Médica, VIII, pp. 318-9.

.- NECROLOGICA (1906). Muerte de un catedrático: Arturo Perales y Guetierrez. El Siglo Médico, 53, 239-240.

.- Padrón Municipal años 1880-1885. Archivo Histórico Municipal de Valencia. Sección 1ª-A. Clase 1ª. Subclase B.

.- Padrón Municipal años 1875-1880. Archivo Histórico Municipal de Valencia. Sección 1ª-A. Clase 1ª. Subclase B.

.- Padrón Municipal. Barrio 4º. Distrito Cuartel de San Vicente. Hospital General, año 1849. Archivo Histórico Municipal de Valencia. Sección 12-A. Clase 1ª. Subclase B.

.- Padrón Municipal. Barrio 4º. Distrito Cuartel de San Vicente. Hospital General, año 1850. Archivo Histórico Municipal de Valencia. Sección 1ª-A. Clase 1ª. Subclase B.

.- Padrón Municipal. Barrio 4º. Distrito Cuartel de San Vicente. Hospital General, año 1851. Archivo Histórico Municipal de Valencia. Sección 1ª-A. Clase 1ª. Subclase B.

.- Padrón Municipal. Barrio 4º. Distrito Cuartel de San Vicente. Hospital General, año 1852. Archivo Histórico Municipal de Valencia. Sección 12-A. Clase 12. Subclase B.

.- Padrón Municipal. Barrio 4º. Distrito Cuartel de San Vicente. Hospital General, año 1853. Archivo Histórico Municipal de Valencia. Sección 1ª-A. Clase 1ª. Subclase B.

.- PALAU Y DULCET, A. (1948-1984). Manual del Librero Hispano Americano. Barcelona, Palau (Oxford, The Delphin Book, 28 vols. más 4 de índices).

.- Para la plaza de Baños de Alhama de Granada. (1884). La Clínica, VIII, p. 191.

.- PERALES, J.B. (1848). Manual histórico de la Medicina en General. Valencia, Cobreizos, 2 vol. 400 p/471 pp.

.- PERALES, J.B. (1849-51). Libro de Enajenados existentes en 1º de enero del año 1849 y de los entrantes, salientes y difuntos desde esta fecha hasta el día 31 de diciembre de 1851. A.D.P.V., Arxiu de l'hospital, III-I/19.

.- PERALES, J.B. (1849). Dementes. Mujeres. A.D.P.V. Arxiu de l'hospital, III-1/20.

.- PERALES, J.B. (1851). Memoria teórico-práctica acerca de las enajenaciones mentales. Bol. Inst. Méd. Val., III, 366-74, 379-84, 401-21 y 423-29.

.- PERALES, J.B. (1852a). Aviso para los socios y suscriptores de este periódico. Bol. Inst. Méd. Val., IV, 1-2.

.- PERALES, J.B. (1852b). El director de redacción a sus consocios. Bol. Inst. Méd. Val., 4, 33-34.

.- PERALES, J.B. (1852c). Enajenación mental por embriaguez. Bol. Inst. Méd. Val., IV, 70-74.

.- PERALES, J.B. (1852d). "Caso de Melitón Pausa". A.D.P.V., Sección D, subsección 11, Legajo 3.

.- Real Orden circular del 2 de febrero de 1846. A.D.P.V. Arxiu de l'hospital. Sección 3ª. Dementes. Legajo 1.

.- Registro Civil de Casados dentro de la jurisdicción de esta ciudad en el año 1843. Archivo Histórico Municipal de Valencia.

.- REY GONZALEZ, A. (1978-85). Comunicaciones personales del autor.

LA RENOVACION DE LA ASISTENCIA PSIQUIATRICA DE J. B. PERALES Y JUST
EN EL DEPARTAMENTO DE ENAJENADOS DEL HOSPITAL GENERAL DE VALENCIA.

Livianos Aldana, L.; Magraner Gil, A.
Centro Sanitario Municipal. Valencia.

En el Departamento de Enajenados del Hospital General de Valencia hay constancia de la existencia de médicos durante el S. XVIII (1) y obviamente durante el S. XIX (2). Ahora bien. ¿Qué tipo de actividad médica había en el seno del Departamento de Enajenados?. Centrémonos en la primera mitad del S. XIX, la época inmediatamente anterior a J.B. PERALES.

En esta época el Manicomio estaba dominado por una figura singular; el Padre de Locos (y su reflejo femenino, la Madre de Locas en el Departamento de mujeres). El puesto, vitalicio, era deseado, celosamente guardado y, en algunos casos, heredado (3). No era para menos, pues el titular de esa plaza se le ofrecía la posibilidad de jugar con las cuentas de abastecimiento del Departamento de Enajenados y, desgraciadamente ésto ocurría (4). Esta figura tenebrosa poseía indudablemente un poder superior al del Médico Director, interfiriendo en sus atribuciones e imposibilitándolo ciertamente para el ejercicio cabal de sus atribuciones.

Con estos condicionantes no puede resultar extraño que la figura del médico quedara reducida a una sombra de sí mismo, eclipsada por el poder administrativo. la usurpación de funciones llegaba a tal extremo que el Padre de Locos decidía sobre las altas y bajas de los pacientes, aplicaba sistemas represivos severos o castigos físicos, con o sin la autorización del médico director.

En cualquier caso, y para responder a la pregunta de si hubo actividad clínica (en un sentido específico) debemos decir que no hemos encontrado constancia de la misma durante nuestras pesquisas. A lo largo de la primera mitad del S. XIX no hay ninguna historia clínica de enajenados fuera de las que nos legara J.B. PERALES.

Desconocemos totalmente los avatares que llevan a J.B.

PERALES a ocupar la Dirección de los enajenados. En cualquier caso, con él la asistencia prestada en el Departamento experimenta un giro absoluto que la lleva a parangonarse con la prestada en el resto de Europa. Veamoslos detenidamente.

El momento en el que J.B. PERALES efectúa su entrada en el Manicomio de Valencia es uno muy especial: soplan aires de reforma. Unos años antes, en 1846, Javier de BURGO remite una circular pidiendo que se inspecciones los manicomios para combatir la desidia que en los mismos existe. Poco tiempo más tarde, Pedro María RUBIO se convierte en motor de esos aires informando a la realeza del estado de los establecimientos. La Ley de Beneficiencia surge en el años 1849, a poco de hacerse cargo nuestro autor del Departamento de Enajenados. En éste se promulga un reglamento, en 1845, que no tuvo vigencia y otro nuevo en 1850. Esta coyuntura -favorable a la reforma- la aprovechará PERALES para introducir su voluntad.

Por lo que nos dice en el Libro de Enajenados, asistía con regularidad al manicomio desde mediados de 1848 (5), sin embargo, no se hace cargo del mismo en tanto que Médico Director hasta el 15 de septiembre de 1848 (6). Al año, la Junta Directiva del Hospital de Valencia pide que se le aumente el sueldo con un informe muy esclarecedor. Pese a la extensión del mismo, conviene no suprimir ningún párrfo:

"Uno de los departamentos del Hospital General que más han llamado la atención de su Junta Directiva y en el cual ha hecho sentir más el resultado de su celo y sus esfuerzos, ha sido el Departamento de Dementes. Al encargarse la actual Junta Directiva de la administración y gobierno del Hospital, todo lo que encontró bueno fué el reglamento que no tenía la menor observancia mientras que, de hecho, en el régimen del establecimiento dominaban malísimos hábitos; los grillos, los cepos, las jaulas y los golpes eran el sistema disciplinario y de represión que en él existía. Propúsose desde luego la Junta Directiva una serie de reformas y, para mejor plantearlas, suprimió interinamente la plaza del Médico Director, destituyendo después al llamado Padre de Locos. La experiencia le hizo conocer que nada había más perjudicial y

funesto para el buen régimen de la Casa de Locos, que el que con el nombre de Padre de Locos, viviese y tuviese naturalmente en ella influencia preponderante una persona ignorante y lega, dispuesta a usar de los medios violentos para la represión de los locos como los más cómodos y fáciles para ella; en su consecuencia la Junta Directiva buscó al aventajado joven y profesor de medicina Don Juan Perales, y le encargó, con el nombre del Director de las funciones de Padre de Locos y Director. Señalose por entonces su plaza a la escasa Dotación de doce reales diarios, teniendo en consideración los apuros del Hospital, y esperando ver el éxito de esta nueva combinación, para aumentar el sueldo al Director. Por fortuna los resultados han correspondido a las esperanzas de la Junta, y ésta ha visto con la mayor satisfacción secundados esfuerzos por el celo y conocida inteligencia del actual Director D. Juan Perales: a las jaulas, cepos, grillos y malos tratamientos se han sustituido los sillones, camisas de fuerza y los métodos de represión más humanos del Extranjero: el orden y la disciplina más admirable reinan en este importante departamento, y la Junta Directiva se envanece con la idea de presentar el Departamento de locos como el establecimiento mejor montado de España. La Casa de Locas, donde la estrechez y malas circunstancias no había sido dado hasta el día de introducir las grandes mejoras y reformas del departamento de locos, ha sido ensachada considerablemente, merced a las obras emprendidas por la Junta y próximas a su conclusión; y hoy el régimen, la dirección y el estado de la Casa de Locas es tan bueno y satisfactorio como el del departamento de dementes; empero todas estas mejoras y reformas suponen no sólo el celo y la inteligencia de la parte del actual Director del Departamento, sino que exige un aumento de diligencia y de trabajo, que la Junta ha considerado justo recompensar. Movida de estas consideraciones y teniendo presente por una parte el estado desahogado del Hospital, y por otra parte, suprimida la plaza de Padre de Locos, resulta todavía una economía o ahorro, procedente del sueldo que antes se daba a éstos, la Junta ha acordado señalar al actual Director D. Juan Perales la dotación anual de seis

mil reales, y que antes de su ejecución se someta este acuerdo a la aprobación superior de V.I. En consecuencia, como presidente de la Junta Directiva, tengo el honor de remitir a V.I. la presente comunicación, y ruego a su notoria ilustración se sirva aprobar la donación anual designada por la Junta Directiva del Hospital General a la plaza de Director del Departamento de Enajenados". (7).

En unos años PERALES ha cambiado totalmente la asistencia prestada en el Departamento de su Dirección. La triste y vergonzosa imagen que de los manicomios nos deja ESPINOS IBORRA, o en concreto del de Valencia A. CALVE (8) desaparece como por encanto dejando paso, en estos elogios que hace la Junta a una situación radicalmente nueva y desconocida hasta entonces. Frente a la desidia y el ejercicio arbitrario del poder podemos decir que la psiquiatría, de la mano de J.B. PERALES ha entrado plenamente en el Departamento de Dementes del Hospital General de Valencia.

Desgraciadamente este cambio no será eterno, sufriendo J.B. PERALES un proceso de "desencanto" que hemos mostrado en otra parte (9), al cabo del cual renunciaría a su puesto para pasar a dirigir el Balneario de Alhama de Granada.

¿Qué es lo que quedará de la reforma emprendida por PERALES?. Muy poco por no decir nada. Faltos de estudios exhaustivos sobre el manicomio de Valencia en el segunda mitad del S. XIX, veamos las opiniones de dos visitantes del mismo, -pasadas tras décadas- tras la dimisión de PERALES. El primero de ellos es E.C. SEGUIN (10) que realizó un pergrinaje por los manicomios españoles y expuso sus impresiones en el Primer Certamen Frenopático Español, su conclusión sobre el de Valencia no puede ser más desmoralizadora: "...constituye ahora una mancha sobre el hermoso nombre de España y una muestra sobreviviente de la crueldad de la Edad Media en el seno del Humanitarismo moderno. Debería reformarse de manera radical e inmediata" (11). Dos años más tarde la visita J.M. ESCUDER (12) que, impresionado por lo que ve, concluye con una frase lapidaria: "Aquello en vez de ser un aparato de curación era el cementerio de la razón destruída" (13).

Hemos rastreado hasta la fecha de la muerte de J.B. PERALES la existencia de historias clínicas en el Departamento de Enajenados y no hemos encontrado muestra alguna de las mismas. Así pues PERALES es el único médico que a lo largo de casi un siglo deja constancia de su labor como clínico actuando como tal. Con él el manicomio conoce un "quinquenio de oro", pero ante el déficit institucional endémico en la España de esos años, la labor emprendida desaparece con el ejecutante.

NOTAS

1. CISCAR, C. (1983).
2. CALVE, A. (1971).
3. Ibidem.
4. Ibidem.
5. PERALES, J.B. (1849-51). Fols. 104v, 132v, 168v y 199v.
6. Ibidem. Fol. 205v.
7. Dotación del Médico Director.
8. Cf. ESPINOSA IBORRA, J. (1966), CALVE, S. (1971).
9. Cf. LIVIANOS ALDANA, L. (1985) pp. 286-298.
10. Eduard Constance SEGUIN, alienista de origen francés afincado en Estados Unidos. Era hijo del famoso Eduard Onésimo SEGUIN (1812-1880), pedagogo y médico.
11. SEGUIN, E.C. (1884).
12. Jose María ESCUDER, alienista valenciano.
13. ESCUDER, J.M. (1896), p. 728a.

BIBLIOGRAFIA.

ALBARRACIN TEULON, A. (1973). La situación médica en España durante el siglo XIX. Cuad. Hist. Med. Esp., 12, 15-80.

ALVAREZ-URIA, F. (1983). Criminales y locos. Medicina mental y Orden social en la España del siglo XIX. Barcelona, Tusquets, 364 p.

Ausencia del director facultativo de Dementes Sr. BERNARDINO DUVOS (1860)
A.D.P.V. Sección D, Subsección 3, Legajo 5.

BALAGUER PERIGUEL, E. (1964). Las ideas psiquiátricas en la Valencia del siglo XIX. Tesis de Licenciatura. Valencia, 1964.

CALVE PEREZ, A. (1971). El manicomio de Valencia en la primera mitad del siglo XIX. Contribución al estudio de sus fuentes documentales. Tesis de Licenciatura. Valencia, 105 pp.

El Director facultativo del Departamento de Enajenados del Hospital General se queja de que no se le consulta cuando salen los dementes del establecimiento. (1863). A.D.P.V., Sección D, Subsección 3, Legajo 5.

Dotación del Médico Director del Departamento de Dementes. (1849)
A.D.P.V. Sección D, Subsección 2ª, Legajo 1º.

DUVOS, B. (1850-52). Sección: Remitidos. Bol. Inst. Méd. Val., 3, 396-397.

ESCUDER, J.M. (1896). El primer manicomio. El Siglo Médico, 43, 725-29.

ESPINOSA IBORRA, J. (1966). La asistencia psiquiátrica en la España del Siglo XIX. Valencia, Cátedra e Instituto de Historia de la Medicina.

Libro de Actas de la Junta Administrativa del Hospital General. (1852-56). A.D.P.V. IV-3/64.

LIVIANOS, L. (1985). Teoría y práctica psiquiátrica en Valencia a mediados del S. XIX. Valencia. Tesis doctoral. 1.106 pp.

LOPEZ PIÑERO, J.M. (1981). La Medicina en la Historia. Madrid, Salvat, 64 pp.

Oficio del director facultativo del Departamento de Dementes del Hospital de Valencia al Jefe político de la provincia. (19/IV/64).
A.D.P.V., Sección D, Subsección 3, Legajo 6.

OYUELOS PEREZ, R. (1985). Legislación de Medicina. Estudio del derecho vigente (administrativo, civil, penal y procesal), y Jurisprudencia del Tribunal Supremo referentes a la Facultad de Medicina. Madrid. Imp. Ricardo Rojas, 1.390 pp.

PERALES, J.B. (1849-51). Libro de Enajenados existentes en 1º de enero del año 1849 y de los entrantes, salientes y difuntos desde esta fecha hasta el 31 de diciembre de 1851. A.D.P.V., Arxiu de l'hospital, III-1/19.

PERALES, J.B. (1849). Dementes. Mujeres. A.D.P.V., Arxiu de l'hospital, III-1/20.

PERALES, J.B. (1851). Memoria teórico-práctica acerca de las enajenaciones mentales. Bol. Inst. Méd. Val., III, 366-74, 379-84, 401-21 y 423-29.

PERALES, J.B. (1852). Enajenación mental por embriaguez. Bol. Ins. Méd. Val., IV, 70-74.

PERALES, J.B. (1852). "Caso del Melitón Pausa". A.D.P.V., Sección D, Subsección II. Legajo 3.

Real Orden circular del 2 de febrero de 1846. A.D.P.V., Arxiu de l'hospital. Sección 3ª Dementes. Legajo 1.

REY GONZALEZ, A. (1978-85). Comunicaciones personales del autor.

SEGUIN, E.C. (1884). Apuntes sobre los manicomios españoles. En 1º Certamen Frenopático Español. Barcelona. Tip. La Academia, 429-468 pp.

VILLARGOITIA, J.R. (1840a). De los medios de mejorar en España la suerte de los enajenados. Madrid. M. Pita, 50 pp.

LAS PRIMERAS TESIS DOCTORALES ANESTESIOLOGICAS EN LA FACULTAD DE MEDICINA DE CADIZ EN EL SIGLO XIX.

Márquez Espinós, C.; Herrera Rodríguez, F.

Cátedra de Historia de la Medicina. Facultad de Medicina de Cádiz.

Tras la Revolución que se produce en nuestro país en el años 1868, el ministro de Fomento Ruiz Zorrilla, va a generar una legislación que va a posibilitar que en todas las Universidades se pueda obtener el grado de Doctor (1). Fruto de estas disposiciones, es el que en nuestra búsqueda archivística de los expedientes de alumnos del pasado siglo de la Facultad gaditana, fundada en 1844 (2), hayamos encontrado un considerable número de tesis doctorales manuscritas (3), entre las cuales existen cinco que estudian el uso de los medios anestésicos en la práctica de los partos, así como tenemos constancia de otra que fué redactada con el objeto de obtener el premio extraordinario del citado grado, pero que desgraciadamente no se encuentra en el interior de su expediente.

Pensamos que realizar un estudio crítico de estos textos doctorales anestesiológicos, puede resultar interesante, debido a la escasez de noticias existentes sobre tesis específicas de esta especialidad, que como es sabido tuvo su desarrollo a partir de los años centrales del siglo XIX.

Franco, Ginestá y Martínón, en un artículo sobre las primeras tesis doctorales anestesiológicas en lengua castellana (4), rebatieron al profesor Felipe Nalda su afirmación de que probablemente el doctor Saturnino Fauré Gómez, fuera el autor de la primera tesis doctoral en nuestro país sobre anestésicos (5); aportando estos autores noticias sobre la tesis de Luis Pérez Serrano, leída el 13 de abril de 1901, sobre anestesia espinal o raquídea con la cocaína; y de la tesis de José Blasco Reta, que versó sobre anestesia mixta por la escopolamina-morfina y cloroformo, que fué defendida en 1907.

Posteriormente, Cahisa Mur y Hervás Puyal dan conocimiento de una tesis doctoral sobre Anestesia clorofórmica, cuyo autor fué

Plácido Álvarez-Buylla y Santin (1826-1887), médico asturiano; cuyo texto, según estos autores, desgraciadamente no ha sido hallado, así como tampoco la fecha de su defensa, situándola aproximadamente "en la década 1850-1860" (6). Con respecto a esta tesis, quisiéramos comentar que dado que el doctorado en ese momento se realizaba en Madrid, según obligaba la legislación vigente (7), probablemente pueda ser localizada, en el interior del expediente académico para el citado grado, de este médico asturiano, en el Archivo Histórico Nacional; lugar donde se conserva un volumen considerable de estos documentos.

En este repaso de las noticias de tesis doctorales anestesiológicas, no podemos dejar de comentar que el texto argentino para el doctorado más antiguo, que haya versado sobre analgesia y anestesia en el parto, fué publicado en 1868 por Ricardo Gutiérrez (8).

Antes de comenzar los comentarios de las tesis doctorales manuscritas, sobre anestesia en los partos, que hemos localizado en el Archivo de la Facultad de Medicina de Cádiz, queremos dar noticia de un texto también confeccionado para el doctorado, que fué impreso en Madrid, en el año 1862, y cuyo autor fué Laureano García Camisón, del que no poseemos datos biográficos, y cuyo título fué Hasta dónde es prudente llevar la acción del cloroformo en las operaciones quirúrgicas? (9) (véanse fig. 1 y 2). Lo que nos muestra la existencia de tesis doctorales anestesiológicas impresas en el siglo XIX.

En lo que respecta a Cádiz, ya hemos insistido en que los textos doctorales hallados son manuscritos y creemos que lo que procede, antes de que abordemos el estudio crítico de las mismas, es que hagamos un esbozo de la biografía académica de sus autores, extraídas de sus respectivos expedientes de estudios, y que fueron Quintín Meynet y Ribes; José Sánchez Ortiz, cuya memoria para optar al premio extraordinario del grado de doctor, es la que ya hemos comentado que no se encuentra en su expediente; Marcelino Picardo y Benítez; Lorenzo Barrios Rendón; Manuel Benjumeda y Toscano; y Marcelino Domínguez y Carmona. Los tres primeros la defendieron en 1869; los dos siguientes en 1870; y, por fin, el último lo hizo en

874. Curiosamente la tesis de Marcelino Domínguez y Carmona fué defendida el 30 de septiembre de 1874, y junto con otras que se leyeron en ese mismo día, constituyen las últimas tesis que se defendieron en la Facultad de Medicina de Cádiz en el pasado siglo, según permitía la mencionada legislación de Ruiz Zorrilla, ya que a partir del siguiente curso académico se produjo de nuevo la centralización en Madrid de los estudios del doctorado (10).

Quintín Meynet y ribes (11) nace en Cádiz, el 21 de diciembre de 1831. Se gradúa de Bachiller en Filosofía, los días 15 y 17 de julio de 1848. Ingresa en primer año de carrera en la Facultad de Cádiz, en el curso 1849-50. Obtiene el grado de Bachiller en Medicina y Cirujía, el 7 de junio de 1854, siendo "aprobado por unanimidad". La licenciatura la consigue dos años más tarde, al examinarse los días 9, 10 y 11 de junio de 1856. Se doctora a los "treinta y ocho años, el 23 de septiembre de 1869, con la calificación de Aprobado, con una tesis titulada Del uso de los medios anestésicos en la práctica de los partos (véase fig. 3). Bantug apunta que el primer catedrático de Patología Quirúrgica de la Facultad de Medicina de Filipina fué "Quintín Maynet", en el curso 1874-75 (12), así que probablemente este autor se está refiriendo al doctorando que biografamos (13).

José Sánchez Ortiz (14) nace en Medina Sidonia (Cádiz), el 6 de julio de 1840. Comienza sus estudios de Medicina en Cádiz, en el año 1861-62. En septiembre de 1869 aprueba las asignaturas del doctorado, y el día 22 del mismo mes presenta una tesis doctoral titulada Naturaleza de la Fiebre Tifoidea, que obtiene la calificación de Aprobado. Seis días más tarde, el 28 de septiembre, se presenta al premio extraordinario del grado de doctor, con el tema Indicación de los Anestésicos en la práctica de los partos (véase fig. 4), resultando Aprobado.

Marcelino Picardo y Benítez (15) nace en Cádiz, en c. 1830. Se graduó de Licenciado en Medicina y Cirujía en nuestra Facultad, sufriendo los exámenes los días 12, 13 y 14 de junio de 1856. El 30 de septiembre de 1869, presenta su memoria para el doctorado titulada Del uso de los medios anestésicos en la práctica de los partos (véase

fig. 5). Recibiendo la calificación de Aprobado.

Lorenzo Barrios Rendón (16) nace en Cádiz, el 1.º de noviembre de 1845. Comienza primer año de carrera en Cádiz, en el curso de 1861-62. El 17 de junio de 1865, con la calificación de Sobresaliente, obtiene el grado de Bachiller en Medicina y Cirugía; y, el 12 y 14 de junio de 1867, el grado de Licenciado. Fué alumno internopensionado por oposición. El 27 de junio de 1870, presentó una tesis para el doctorado titulada Del uso de los anestésicos en la práctica de los partos (véase fig. 6), con la que obtuvo la calificación de Aprobado.

Manuel Benjumeda y Fernández, y nieto de José Benjumeda -primer decano de la Facultad de Medicina de Cádiz-. Se graduó de Bachiller en Artes en el Instituto de Cádiz, el 22 de junio de 1864. Ingresó en primer año en la Facultad de Medicina en el curso 1865-66. El 11 de junio de 1869 obtiene con Sobresaliente, el grado de Bachiller en Medicina y Cirugía. El 20 y 21 de junio de 1870 aprobó los exámenes del grado de Licenciado. Y dos meses más tarde, el 29 de septiembre, presentó su tesis para el doctorado titulada Del uso de los medios anestésicos en la práctica de los partos (véase fig. 7), que fué aprobada por unanimidad. Manuel Benjumeda y Toscano obtuvo los premios extraordinarios de la licenciatura y el doctorado.

Marcelo Domínguez Carmona (18) nace en Moguer (Huelva), en c. 1847. Verificó los ejercicios para el bachillerato en Artes, los días 19 y 22 de junio de 1869. Ingresó en la Facultad de Cádiz, en el curso de 1868-69. Obteniendo la licenciatura, los días 25 y 26 de junio de 1873; encontrándose como miembros de su tribunal Cayetano del Toro, Pascual Hontañón y E. Moresco. El 30 de septiembre de 1874, obtiene la calificación de Sobresaliente, tras defender su tesis doctoral ante un tribunal presidido por Federico Benjumeda -catedrático de la Facultad gaditana-, y que llevó por título Del uso de los anestésicos en la práctica de los partos (véase fig. 8). Por último, añadir que consiguió los Premios Ordinarios de Disección y de Anatomía Quirúrgica.

Una vez expuestas de manera esquemática las biografías, pasemos ya sin más dilación al análisis crítico de los textos doctorales

de estos autores, comenzando por los apuntes históricos que realizan algunos de ellos sobre la anestesia en general. Así Benjumeda y Toscano, el cual confiesa sentir especial predilección por la Obstetricia, transcribe las desanimadas y pesimistas palabras de Velpeau: "Evitar el dolor de las operaciones es una quimera abandonada en la actualidad; instrumento cortante y dolor, son dos palabras que se acompañan siempre en el pensamiento del enfermo y cuya asociación debe admitirse por necesidad". Apostilla el doctorando gaditano que tan sólo siete años después de escribirse estas líneas, en 1846; Jackson y Morton ponían la primera piedra dando a conocer al mundo científico las propiedades anestésicas del éter, y que pocos meses después de empleada esta sustancia Simpson, catedrático de la Escuela de Edimburgo, anunció un nuevo y preciso anestésico el "clorformo ó percloruro de formilo". Sin embargo, Marcelino Picardo Benítez, resalta el error general que atribuye solamente a Jackson el descubrimiento de la anestesia. Es por ello que cita nombres, en señal de reconocimiento, como el de Teodorico que en el siglo trece recomendaba para atenuar o abolir el dolor en las operaciones quirúrgicas, "adormecer al enfermo colocándole en la nariz una esponja impregnada de opio, beleño, mandrágora, estramorio. &c."

Después de estas palabras generales sobre los primeros pasos del éter y el cloroformo, es preciso comentar que el uso de los medios anestésicos en la práctica de los partos comienza poco después de su introducción en la clínica quirúrgica. Simpson usa por vez primera el éter en Obstetricia el 17 de enero de 1847, aunque parece ser que no quedó satisfecho con el uso de este anestésico debido, especialmente a su olor (19). Dubois, en Francia, comunica su uso por primera vez un mes más tarde y, en Estados Unidos, lo usó Nathan Cooley Keep, de Boston, el día 7 de abril de 1847, indicando sus satisfactorios resultados siete días después (20). En lo que respecta al cloroformo, y como ya se ha señalado, fué introducido en la clínica por Simpson, precisamente porque no estaba satisfecho con los resultados obtenidos con el éter. En Estados Unidos será usado por primera vez por Augustus Kinley Gardner, en Nueva York, para un parto normal, el 2 de febrero de 1848 (21).

antes de seguir con nuestro estudio, debemos dejar constancia que nuestros cinco doctorandos optan de manera clara por el cloroformo frente al éter. Así Quintín Meynet afirma: "Entre el éter y el cloroformo preferimos á este porque su olor y sabor son agradables, se volatiliza ó inflama menos que el éter, se mezcla mejor con el aire, son muy pocas las personas refractarias á su acción, con menor cantidad de tiempo y de líquido se consigue la anestesia, y por último, rehace su síncope, con más facilidad".

En cuanto a la forma de aplicar el cloroformo como medio anestésico, Marcelo Domínguez Carmona, dice que varios son los aparatos inventados que se emplean con este objeto, "pero del modo que más se usa y con mejor éxito es el seguido en esta Escuela, que consiste en derramar sobre una esponja ó hilas informes puestas dentro de una compresa, un dracma del preparado que se ha de usar, aplicarlo á la nariz, procurando que vaya mezclado con aires...". J.B. Charlier en su tesis presentada a la Facultad de Medicina de Bruselas titulada Del empleo de los anestésicos durante el parto, aconseja que en lugar de usar aparatos para la inhalación de los vapores anestésicos, es preferible tomar un pañuelo plegado en muchos dobleces, sobre el cual se vierten de 30 a 40 gotas del agente, poniéndolo a corta distancia de la nariz y de la boca para dejar libre acceso al aire; también hace hincapié en que no debe rozar estas partes, ya que ocasionaría "un vivo escozor y alguna vez una verdadera vexicación" (22).

Entrando de lleno en las opiniones de estos médicos sobre cuándo deben estar indicados los medios anestésicos en la práctica de los partos, podemos señalar que Picardo sostiene su convicción de que los medios anestésicos sólo deben ser usados en las graves operaciones de Obstetricia, "cuando no sean necesarios los esfuerzos de la naturaleza"; siendo su opinión adversa a su utilización en el parto natural. Benjumeda y Toscano señala que donde cumplen su más preciosa indicación los anestésicos, es en "la mayor parte de los casos de distocia", y dentro de este apartado en los que más conviene, según su opinión, son en los siguientes: Cuando el temperamento nervioso de la mujer pueda ser causa de convulsiones; cuando el cuello del útero impida la terminación natural del parto, ya sea

de contracción espasmódica o por rigidez; en los casos en que hay excesiva sensibilidad "de las partes externas y de la vagina"; cuando hay algún impedimento por parte de la vagina, ya sean tumores o estreñeces; cuando el periné y anillo vulvar oponen una gran resistencia en los últimos momentos del parto o en los vicios de conformación de las partes óseas; en las "presentaciones y posiciones viciosas"; siempre que haya que recurrir a cualquier operación desde la simple introducción de la mano "para desprender una parte fetal ó extraer la placenta, hasta la aplicación del forceps cefalotribo y operación cesárea"; y, por último, considera Benjumeda que siempre que cualquier accidente detenga la marcha de un parto, ocasionando excesivos dolores, el tocólogo está en la obligación de aconsejar "el empleo de tan útil medio". Meynet y Domínguez Carmona opinan que debe ser completa la anestesia cuando se trate de "la sinficiotomía ó la operación cesárea". Y Barrios Rendón la indica en las mujeres atacadas de eclampsia.

Algunos profesionales gaditanos de la segunda mitad del siglo XIX, mantuvieron diferentes posturas. Así Cayetano del Toro y Quartiellers (23) en su Programa de un curso teórico-práctico de Obstetricia, establece las siguientes indicaciones, que por su clara sistematización transcribimos (24):

"1º. Parto eutócico. Sensibilidad exagerada de la mujer. Longitud excesiva del trabajo. Presencia de los dolores llamados le riñones.

"2º Parto distócico. Rigidez y contractura del cuello uterino. Irregularidad en las contracciones. Graves temores de eclampsia ó existencia de ésta ó de cualquiera otra clase de convulsiones.

"3º. Operaciones tocológicas. Versión. Aplicación del forceps ó del cefalotribo. Embriotomía. Operación cesárea y sinfisiotomía".

Pascual Montañón y Cabeza, otro importante médico gaditano (25), en el artículo III de su Reseña histórico crítica de algunos descubrimientos y adelantos de las ciencias médicas en sus últimos tiempos (26), opina que "el cloroformo no tiene objeto y aún puede

causar perjuicios en los partos naturales: con respecto a los dichos nos dice: "una extracción de placenta, una versión, la aplicación del forceps cuando la cabeza está ya en el estrecho inferior, por operaciones que por su brevedad no creo hagan precisas las inhalaciones clorofórmicas. Pero si por desgracia hemos de llevar el forceps al estrecho superior, ó practicar la embriotomía, la sinfisiotomía ó la operación de cesárea, las circunstancias han variado por completo: la mujer se halla entonces casi en las mismas condiciones que si fuese á sufrir otra operación cualquiera. Estos son los casos en que juzgo aplicable al cloroformo; pero aun ellos, entiéndase bien, que no lo acepto en tésis general, sino que creo debe antes consultarse detenidamente la susceptibilidad especial en que se halla colocada la mujer durante la complicada función del parto".

Asimismo, y ahondando en la diversidad de opiniones de los médicos gaditanos, tenemos que destacar una totalmente negativa al uso de la anestesia en los partos, la de José Cordon Pérez, sobrino político del que fuera autor del primer manual de Anatomía Patológica publicado en España, Manuel José de Porto, cuya cuarta edición el propio Cordon se encargaría de preparar (27). Pues bien Cordon y Pérez, en 1859, plantea la siguiente cuestión: "¿Y que diremos de esa peregrina idea británica, de aplicar la asfixia anestésica á la práctica de los partos naturales?" (28). Pregunta que sintetiza perfectamente su oposición al uso de los anestésicos en esta especialidad.

A pesar de todo, el uso de los anestésicos en Obstetricia se incluye como parte de la enseñanza de esta asignatura durante el curso 1877 a 1878, que impartió el catedrático de la Facultad de Medicina de Cádiz, don Rafael Marenco Gualter (29).

En cuanto a las contraindicaciones de los medios anestésicos en los partos, tenemos que Benjumeda y Toscano señala a las afecciones irritativas de las vías respiratorias, las afecciones del corazón y la predisposición al síncope; Barrios Rendón añade a estas contraindicaciones la disposición a las congestiones cerebrales y el estado cloranémico. Así como Domínguez Carmona y Quintín Meynet van a contraindicar estos medios anestésicos en el parto natural, en la eclampsia

-recuérdese que Barrios y Cayetano del Toro la consideran una indicación- y en las hemorragias uterinas. Ya se ha señalado más arriba que Picardo Benítez sólo indicaba la anestesia en los casos graves de operaciones de Obstetricia. Como se ve no existe una unanimidad entre estos médicos que aspiraban al doctorado en la Facultad gaditana. J.B. Charlier, en la monografía anteriormente citada, establece un listado de contraindicaciones, entre las que destaca: La replección del estómago; las afecciones del corazón, pulmón y grandes vasos; la extenuación considerable de la mujer; las grandes pérdidas de sangre; las afecciones cerebrales inflamatorias y las orgánicas de la médula; la embriaguez y el alcoholismo crónico; cuando las primeras inhalaciones del agente anestésico vayan seguidas de fenómenos alarmantes, y cuando la mujer rehuse formalmente someterse a sus efectos (30).

Respecto al momento adecuado para administrar las inhalaciones clorofórmicas, Manuel Benjumeda resalta que no se pueden dar durante todo el tiempo que dura un parto y sus dolores; dolores que sistematiza en tres tipos: "precursores, dilatantes, y espulsivos"; señalando que es durante el período de dilatación cuando está más indicado el uso de anestésicos, pero que no hay que sostener la anestesia durante todo el tiempo que dure éste ni llevarla a un alto grado, "basta sólo para cumplir el objeto propuesto que la paciente aspire en un sencillo aparato hecho con un papel ó pañuelo en forma de cucurucho como dos ó tres dragma de cloroformo, é ir sosteniendo á la muger en un grado de insensibilidad conveniente que debe variar segun las circunstancias...".

En 1879, Juan de Burgos y Requejo, médico establecido en Cádiz, presentó al Congreso Regional de Ciencias Médicas una comunicación titulada ¿Deben administrarse los anestésicos en Obstetricia? ¿Qué circunstancias tendremos presentes en su uso? (31) En ella dice que la cantidad de cloroformo a utilizar debe ser la necesaria para llegar al primer grado de anestesia del cual no es conveniente pasar, ya que nos expondríamos "a que cesen algunas de las fuerzas que contribuyen al parto ó todas á la vez".

Otros dos rasgos de interés que apunta Benjumeda, son que el cloroformo tiene la desventaja de "ser un medicamento bastante caro para estar al alcance de todas las fortunas..."; y que el tema de la aplicación de los anestésicos en Obstetricia es una cuestión muy "olvidada entre nosotros". De todas formas creemos que con esta Comunicación rescatamos algunas opiniones sobre este particular de médicos gaditanos, que fueron muy activos e importantes en el ejercicio de su profesión; nos estamos refiriendo a los ya mencionados Cayetano del Toro y Pascual de Hontañón. No podemos terminar estas líneas sin recordar la figura del catedrático de la Facultad de Medicina de Cádiz Juan Ceballos, que según sus propias palabras en La cirugía en 1874, quizás fuera el primero en aplicar el cloroformo en España, en 1848 (32). A este respecto, el oftalmólogo e historiador de su especialidad Rodolfo del Castillo, nos dice en La Andalucía Médica, que el profesor Juan Ceballos y Gómez "fué el primero que en Cádiz y aun en España introdujo las aplicaciones anestésicas con el eter y el cloroformo, sin haber tenido un caso desgraciado" (33). De lo que no cabe duda es que Juan Ceballos fué un gran defensor del uso de los anestésicos en las intervenciones quirúrgicas.

Y por último volvemos a reseñar la escasez de noticias y estudios sobre tesis doctorales anestesiológicas, campo en el que creemos que hay que seguir trabajando para intentar ir cubriendo los grandes vacíos que hoy día posee la historia de esta especialidad en nuestro país.

NOTAS BIBLIOGRAFICAS

(1) Decreto 21 de octubre de 1868. "Colección Legislativa". Impr. del Ministerio de Gracia y Justicia. Madrid, 1868. Tomo C. Pp. 416-424. Decreto 25 de octubre de 1868, que de una nueva organización a la segunda enseñanza y a las Facultades de Filosofía y Letras, Ciencias, Farmacia, Medicina, Derecho y Teología. "Colección Legislativa". Impr. del Ministerio de Gracia y Justicia. Madrid, 1868. Tomo C. Pp. 453-520. Véanse los arts. 39 y 67.

(2) Real Orden de 17 de julio de 1844, aprobando el establecimiento de una facultad de ciencias médicas en Cádiz. "Colección Legislativa". Imprenta Nacional. Madrid, 1845. Tomo XXXIII. Artículo único. Pp.35-37.

(3) HERRERA RODRIGUEZ, Francisco: Grados de doctor y tesis doctorales en la Facultad de Medicina de Cádiz en el siglo XIX. Tesis de Licenciatura. Facultad de Medicina de Cádiz, 1984.

(4) FRANCO GRANDE, A.; GINESTA GALAN, F.; MARTINEZ SANCHEZ, J.M.: Primeras tesis doctorales sobre Anestesia en lengua castellana. "Rev. Esp. Anest. y Reanim.". Tomo XVII (1980), 4. Pp. 357-361.

(5) NALDA FELIPE, M.A.: In memoriam de un anestesiadador español. SATURNINO FAURE GOMEZ. "Rev. Esp. Anest. y Reanim." XXVI (1979), 2. Pp. 111-119.

(6) CAHISA MUR, M.; HERVAS PUYAL, C.: Una aportación a la Historia de las primeras tesis doctorales sobre anestesia en lengua castellana. "Rev. Esp. Anest. y Reanim." 30 (1983), 1. p. 37.

(7) HERRERA RODRIGUEZ, F.: Op. cit., pp. 13-17.

(8) BAEZ, Juan José: Comentarios sobre la primera tesis argentina del doctorado acerca de analgesia y anestesia en el parto. "Arch. Ibeoram. de Hist. de la Med." II (MCML), 1. pp. 229-240.

(9) GARCIA CAMISON, Laureano: Hasta dónde es prudente llevar la acción del cloroformo en las operaciones quirúrgicas?. Discurso leído ante el claustro de la Universidad Central por el licenciado en la Facultad de Medicina y Cirugía don _____, en el acto solemne de recibir la investidura de doctor en la expresada facultad. Madrid, 1862. 19 pp.

(10) HERRERA RODRIGUEZ, F.: Op. cit., pp. 19 y 150-51.

(11) Expediente académico de Quintín Meynet y Ribes. Leg. XCII, exp.1. Arch. Fac. Med. Cádiz.

(12) BANTUG, José P.: Bosquejo histórico de la Medicina Hispano-Filipina. Ed. Cultura hispánica. Madrid, 1852. pp. 176-177.

(13) JIMENEZ DUQUE, Enrique C. y HERRERA RODRIGUEZ, Francisco: Estudiantes hispanoamericanos y filipinos en la Facultad de Medicina de Cádiz de 1844 a 1877. Comunicación a las II Jornadas de Historia de la Medicina hispanoamericana. Cádiz, 26 y 27 de mayo de 1986. En prensa.

(14) Expediente académico de José Sánchez Ortiz. Leg. II, exp. 16. Arch. Fac. Med. Cádiz.

(15) Expediente académico de Marcelino Picardo y Benítez. Leg. XCII, exp. 2. Arch. Fac. Med. Cádiz.

(16) Expediente académico de Lorenzo Barrios Rendón. Leg. II, exp.9, Arch. Fac. Med. Cádiz.

- (17) Expediente académico de Manuel Benjumeda y Toscano. Leg. VIII, exp. 3, Arch. Fac. Med. Cádiz.
- (18) Expediente académico de Marcelon Domínguez Carmona. Leg. XXII, exp. 6. Arch. Fac. Med. Cádiz.
- (19) FRANCO GRANDE, A.: Los primeros días de la Anestesia Etérea. "Rev. Esp. Anest. Reanim.". XXI (1974), 2. pp. 207-215.
- (20) IBIDEM, Loc. cit.
- (21) FRANCO GRANDE, A.: Los primeros días de la Anestesia clorofórmica. "Rev. Esp. Anest. y Reanim.". XXIV (1977), 3. pp. 214-222.
- (22) CHARLIER, J.B.: Del empleo de los anestésicos durante el parto. Tesis presentada a la Facultad de Medicina de Bruselas por el doctor____, cirujano de la Maternidad y traducida por don Manuel Martínez Espinosa. Licenciado en Medicina y Cirugía. Obra publicada por "La Correspondencia Médica". Madrid. Establecimiento tipográfico de Gregorio Juste. Pizarro, 15, bajo. 1880. p. 49.
- (23) Sobre la personalidad polifacética de don Cayetano del Toro, Cf.: OROZCO ACUAVIVA, Antonio: El Doctor don Cayetano del Toro y Quartiellers. "Arch. Iberoam. de Hist. de la Med. y Antrop. Med.". XIV, MCMLXII, pp. 261-285; OROZCO ACUAVIVA, A.: Cayetano del Toro, ateneísta. "An. R. Ac. Med. y Cir. Cádiz". XVIII (1982), 2. pp. 123-128; MUÑOZ FERRER, Fernando: La obra obstetro-ginecológica, de D. Cayetano del Toro. An. Real. Ac. Med. y Cir. Cádiz". XVIII (1982), 2. pp. 99-108; BANDA Y VARGAS, Antonio de la: Don Cayetano del Toro, académico de Bellas Artes. An. Real. Ac. Med. y Cir. Cádiz". XVIII (1982), 2. pp. 109-115; PETTENGHI ESTRADA, José: Cayetano del Toro, hispanoamericano. "An. Real. Ac. Med. y Cir. Cádiz". XVIII (1982), 2. pp. 117-121.
- (24) TORO Y QUARTILLIERS, Cayetano del: Programa de un curso teórico-práctico de Obstetricia y Enfermedades de las mujeres y de los niños. Cádiz: 1874. Tip. La Mercantil, de D.J.R. y Rodríguez. Sacramento, 32. p. 425.
- (25) CABRERA AFONSO, Juan-Rafael: La obra venerológica del profesor Pascual de Hontañón. "An. Real. Ac. Med. y Cir. Cádiz". XXII (1985), 1. pp. 76-84.
- (26) HONTAÑÓN Y CABEZA, Pascual: Reseña histórica crítica de algunos descubrimientos y adelantos de las ciencias médicas en estos últimos tiempos. "Revista Médica". II (1857), 45. pp. 169-171.
- (27) TENORIO MARTIN, Manuel: Biografía de Manuel José de Porto y Cepillo. "An. Real. Ac. Med. y Cir. Cádiz". XVIII (1982), 2. p. 62.
- (28) CORDON Y PEREZ, José: Reflexiones acerca de los resultados de los

agentes anestésicos. Ms. de 73 pp. (205 x 135 mm.), fechado en la población de San Carlos el 4 de dic. de 1859", estando las páginas 1, 2, 4, 72 y 73 blanca. Arch. Real Ac. de Med. y Cir. de Cádiz.

(29) MARENCO Y CUALTER, Rafael: Programa de Obstetricia. Enfermedades especiales de la Mujer y los Niños. Cádiz. Impr. de la Revista Médica, de Federico Joly, Ceballos (antes Bomba), nº1. 1878. p. 2.

(30) CHARLIER, J.B.: Op. cit., pp. 43-44.

(31) BURGOS Y REQUEJO, Juan de: ¿Deben administrarse los anestésicos en Obstetricia? ¿Qué circunstancia tendremos presentes en su uso?. "Actas de las sesiones del Congreso Regional de Ciencias Médicas, celebrado en Cádiz, en los días 10, 11, 12, 13 y 14 de agosto". Cádiz. Casa editorial, Establecimiento tipográfico y taller de encuadernación de D. F. de P. Jordán, Enrique de las Marinas, 5, 1880. pp. 781-788.

(32) CEBALLOS, Juan: La Cirugía en 1874. Discurso pronunciado en la Universidad literaria de Sevilla en la solemne apertura del curso académico de 1874 a 1875, por el doctor _____, catedrático de Término, de Medicina operatoria. Cádiz. Imprenta de la Revista Médica, de D. Federico Joly, calle de la Bomba, número 1. 1874. p. 10.

(33) CASTILLO, R. del: Apuntes biográficos del Excmo. Sr. Don Juan. Ceballos y Gómez. "La Andalucía Médica". I (1876), 1. pp. 27-31.

DISCURSO

LEIDO

ANTE EL CLÁUSTRO DE LA UNIVERSIDAD CENTRAL.

POR EL LICENCIADO

EN LA FACULTAD DE MEDICINA Y CIRUGIA

D. LAUREANO GARCIA CAMISON.

EN EL AÑO 1862

de recibir la investidura de doctor en la expresada facultad

MADRID.
IMPRENTA DE CRISTOBAL GONZALEZ,
SAN VICENTE ALTA, NUMERO 11.
1862



55

TEMA NÚMERO 32.

Hasta dónde es prudente llevar la acción del cloroformo en las operaciones quirúrgicas?

Tema.

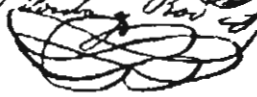
n.º 33.

*Del uso de los medios anestésicos
en la práctica de los partos.*

Presentado

por
el Ldo. Dn Quintino Méndez.

Reunidos en este día a las dos de la tarde, los señores anotados al margen, reunidos y por ante p.º Jovann el Tribunal de oposicio-
p.º el premio extraordinario de Doctos, y se-
presente el Sr. D. José Santiago Ortiz, como
opositor, quien leyó una memoria sobre las
indicaciones de la Universidad en la práctica de
los puntos, punto designado por el Tribunal
y dado al opoitor con la antelación que
prescribe el Reglamento. Terminada la lectura
de la memoria, y leídas las reglas precedentes,
el jurado procedió a votar, resultando
aprobado el escrito, y concedido el premio
extraordinario al señor Sr. D. José Santiago
Ortiz. Yoory Setiembre 25 de 1869.
Manuel de los Rios, Francisco del P. Medina



Rafael Manera

Pascual Montañez

José M. Villalón

Fernando n.º 33.

Del uso de los medios quirúrgicos
en la práctica de los partos.

"Del uso de los anestésicos
en la práctica de los partos"

Señores:

Antes de tratar de la
aplicación de dichos me-
dicamentos a la práctica
especial de los partos, antes
de formular sus indicacio-
nes y contraindicaciones,
trataré ligeramente de su
acción fisiológica, para apo-
yandome en ella, deducir
las reglas que deben re-
gular su administración.

Tema nº 33

Del uso de los medios instrumentales
en la práctica de los pastos.

11 B27.

Del uso de los medios antiguos en la praxis
de los partos.

Excmo. Sr.

Efecto de mi insuficiencia, me veo en
la necesidad de implorar vuestra benévola
consideración de que por tan variadas circun-
stancias necesito que no dando me dispensar
pues solo con ella podré cumplir con la ta-
rea que me he impuesto eligiendo el li-
bro indicado. Si no lo creyera así ja-
más hubiera cogido la pluma para con-
fesar mi inutilidad en tan difícil en-
presa.

Atentado con tan delicada atención
me resolví a exponer algunas ideas respecto
al tema en cuestión.

Cuando las instituciones médicas

LA APORTACION DE "EL TELEGRAFO MEDICO" (1847-1850) A LA ANESTESIOLOGIA DECIMONONICA ESPAÑOLA.

Márquez Espinós, C.

Cátedra de Historia de la Medicina. Facultad de Medicina de Cádiz.

El tema de la iniciación histórica de la anestesia quirúrgica española no está suficientemente estudiado, por cuanto las investigaciones han quedado fijadas, casi exclusivamente, en las grandes figuras de la introducción de la Anestesia en España, por lo que la Historia de la Anestesiología española tiene aún muchas páginas desconocidas que el estudio reiterado de sus fuentes nos puede ir descubriendo.

Con este objeto, en los diferentes estudios que realizamos actualmente para ampliar el conocimiento de la Anestesiología decimonónica española, nos hemos detenido en la aportación de "El Telégrafo Médico", periódico catalán cuyo primer número vio la luz en Barcelona, en enero de 1847, correspondiendo a junio de 1850 el último número que hemos manejado.

Méndez Alvaro (1) señala que este periódico estaba redactado por una sociedad de médicos, cirujanos y farmacéuticos, bajo la dirección de Miguel Pons y Guimerá.

Con respecto al director de "El Telégrafo Médico", recordemos algunos datos de su biografía tomados de Calbet y Corbella (2).

Miguel Pons y Guimerá, hizo sus primeros estudios, un curso de Matemáticas y otro de Botánica, además de estudiar Química y Dibujo, en Barcelon, obteniendo el grado de Bachiller en Filosofía el años 1839. Posteriormente, inicia sus estudios de Medicina, graduándose en Bachiller en Cirujía, en 1844, y Licenciado en Medicina en 1846. Fundó varias revistas médicas, fué traductor y autor de algunas obras literarias y médicas. Falleció en La Habana. el año 1870, víctima de la epidemia de cólera contra la que había ido a luchar.

Una de las revistas médicas que fundó fué "El Telégrafo Médico", formando cada número un cuaderno de 32 páginas "en 8º francés, con su correspondiente cubierta de color" (3). La suscripción de

este periódico se realizaba en enero o julio de cada año, en la calle Tapinería nº 41 de Barcelona o en Madrid en la Agencia Médica, calle de la Sartén nº 3 y en la redacción de "El Regenerador", calle de San Miguel nº 14. El precio de la suscripción en España era de 40 reales al año o de 20 reales por medio año. Los suscriptores por anualidades recibían gratis al final de cada una un Atlas de Anatomía Patológica (4).

El "Boletín de Medicina, Cirujía y Farmacia" (5) indica que "en sus columnas hallarán compilados los profesores españoles lo más interesante de la ciencia" y lo recomienda "por contar relaciones con la mayoría de las autoridades médicas, de Europa, como Andral, Bayard, Berard, Bouchardat, Broussais (hijo), Devergié, Dubois, etc., etc."

En lo que respecta a la aportación anestesiológica de "El Telégrafo Médico", refleja, en primer lugar, los inicios de una preocupación específica por suprimir el dolor durante las intervenciones quirúrgicas, en consonancia con lo que ocurre en el resto de la prensa médica de la época (6), y, por otro lado, el nacimiento de la Anestesiología que aunque de reciente creación como especialidad en nuestro país (7), evidentemente se introdujo en España en las mismas fechas que lo hizo en el resto del mundo.

Hemos vaciado los artículos y referencias, originales o traducidas, sobre anestesia de este periódico médico catalán, cuya relación nominal consta en el apéndice.

Se han obtenido un total de 32 artículos y referencias sobre Anestesiología, lo que supone el 7,56% del total de la producción global del periódico teniendo en cuenta que el número total de artículos publicados fué de 423. En la Tabla I recogemos la distribución cronológica anual, absoluta y relativa, de las referencias anestesiológicas. También recogemos de forma pormenorizada la producción anual, absoluta y relativa, de los artículos anestesiológicos de origen español y extranjero.

Como muestra la Tabla I se produce un descenso progresivo en el número de artículos publicados desde que se comienza a editar el periódico hasta la desaparición del mismo. Por otra parte, no

nos puede extrañar este descenso progresivo ya que la aparición del periódico se produce al mismo año que comienza el uso de los anestésicos generales inhalatorios en la práctica quirúrgica en nuestro país.

De los 32 artículos recogidos, 10 (31,25%) son originales de autores españoles mientras que el resto, 22 artículos (68,75%), son artículos de origen extranjero.

En lo que respecta al uso del éter como anestésico general inhalatorio, "El Telégrafo Médico" publica el primer artículo el mes de enero de 1847 (8). Se trata de una reseña de un artículo publicado en el "Morning Chronicle" de Londres, el 11 de enero de 1847, que también apareció publicado en la "Revista de Ciencias Médicas" de Cádiz, el 30 de enero de 1847 (9).

Posteriormente, sus páginas recogerán las primeras aplicaciones del éter como anestésico realizadas en España por Diego de Argumosa y Obregón (1792-1865), en Madrid (10), y por Antonio Mendoza Rueda (1811-1872), en Barcelona (11).

También se recogen las páginas de "El Telégrafo Médico" los experimentos realizados por Gerdy con las inhalaciones de éter sulfúrico y expuestos en la Academia de Ciencias de París, en la sesión del 29 de enero de 1847 (12) y que también aparecería en la "Revista de Ciencias Médicas" gaditana del 28 de febrero de 1847 (13). En marzo de este año, las páginas de "El Telégrafo Médico" recogen los experimentos realizados en la Academia Quirúrgica Matritense (14) publicados en los "Anales de Cirujía" de donde los reseña la "Revista de Ciencias Médicas" de Cádiz, del 20 de abril de 1847 (15).

Otras aplicaciones del éter sulfúrico no podían faltar; así en junio de 1847 dedica un espacio al uso del éter como anestésico por vía rectal (16); en julio del mismo año, se ocupa de la aplicación del mismo en el tratamiento de la meningitis cerebro-espinal (17) y, por último, en agosto de 1849, trata del uso del éter como anestésico local (18).

La noticia del uso del cloroformo como anestésico general inhalatorio llega a España a través de la prensa médica del momento, al contrario de lo que ocurrió con el éter. Vitoria (19), López Piñero y Bujosa (20) afirman que las primeras noticias sobre el uso del

cloroformo en la prensa médica española aparecieron durante el mes de diciembre de 1847, pero como hemos tenido ocasión de comprobar, el 30 de noviembre de 1847, la "Revista de Ciencias Médicas", de Cádiz, publica Nuevo agente para procurar la insensibilidad. El cloromo (21), con lo que junto a "El Telégrafo Médico" que también publica dos referencias sobre el nuevo agente anestésico este mismo mes (22), se convierten, posiblemente, en la primeras revistas médicas que informan a los profesionales médicos españoles sobre el nuevo agente anestésico.

Entre los diversos artículos que dedica "El Telégrafo Médico" al conocimiento del cloroformo señalemos el de Antonio Casares (1812-1888) (23) que se encargó de preparar esta sustancia en Santiago de Compostela lo que permitió al profesor González Olivares emplearlo con éxito en esta ciudad (24).

El instrumental anestesiológico para la aplicación de estos agentes anestésicos inhalatorios también queda recogido en la páginas de "El Telégrafo Médico". Miguel Ponso y Guimerá publica la descripción de dos aparatos inventados por Charriere. Uno para la aplicación de las inhalaciones etéreas (25), en febrero de 1847, y otro para la aplicación de las inhalaciones clorofórmicas (26), en enero de 1848. Ambos tipos de aparatos son clasificados por Bouisson (27) en la categoría de los "inhaladores mecánicos". En este tipo de aparatos se mezclan los vapores de los anestésicos con el aire ambiente durante la inspiración dando lugar a su característica fundamental, producir una "inhalación lenta" (28), en contraposición a los "inhaladores sacciformes", que utilizan una vejiga animal y una cánula metálica, que tienen como característica básica producir una "inhalación rápida" ya que durante la inspiración no se produce mezcla del vapor anestésico con el aire ambiente (29).

La convocatoria del primer premio español de tema anestesiológico no pasa desapercibido en "El Telégrafo Médico". Aparece publicada en marzo de 1874 (30). Como sabemos lo convocó la Academia de Esculapio de Madrid, con el tema: "¿En los procedimientos operatorios tiene más desventajas que utilidades la acción del éter sulfúrcio?".

El jurado que adjudicó los premios propuestos por la Academia estuvo compuesto por el "Esm. Sr. D. Juan Francisco Sánchez, doctores D. Dionisio Solís, D. Bartolomé Obrador, D. José María López, D. Vicente Asuero, D. Tomás Corral, D. Mariano Ortega y D. Ildefonso Martínez" (31). Con respecto a José María López, recordar que era natural de Chiclana (Cádiz), había sido catedrático de Física y Química de la Facultad de Medicina de Cádiz y entre sus discípulos figura uno muy insigne, D. Federico Rubio y Galí (32), "primero en utilizar de manera sistemática el éter y el cloroformo en las intervenciones quirúrgicas, empleando dosis y técnicas aprendidas en Inglaterra" (33).

La medalla de plata, objeto del premio, la ganó Basilio San Martín con una memoria basada en 53 observaciones propias (34).

"El Telégrafo Médico" también publica la convocatoria de otro premio anestesiológico. Lo convocó la Academia de Medicina y Cirujía de Barcelona, el año 1849, para dar cumplimiento a la disposición testamentaria de D. Francisco Salvá y Campillo, con el tema: "En qué circunstancias se halla indicado y contraindicado el uso de la cloroforma". El premio consistió en una medalla de oro del peso de una onza y el título de socio corresponsal (35).

El sulfito de carbono, el aldehído, el sulfuro de carbono, etc., son otras sustancias que se intentaron introducir como anestésicos generales inhalatorios, aunque tuvieron una vida efímera, pero de las que también se ocupa adecuadamente "El Telégrafo Médico" (36).

Aunque la aportación de "El Telégrafo Médico" a la Anestesiología decimonónica española es modesta en cuanto a la cantidad, no podemos decir lo mismo en cuanto de la calidad ya que sirvió de vehículo para que los profesionales médicos españoles recibieran las noticias más importantes sobre el tema en cuanto se produjeron por lo que nos parece adecuado finalizar este trabajo siguiendo a Miguel Pons y Guimerá (37) cuando nos dice que "El Telégrafo Médico" fué "el primero que en España ha hablado del poder anestésico del éter y de la cloroforma".

APENDICE

Relación de los artículos de tema anestesiológico publicados en "El Telégrafo Médico" durante los años 1847 a 1850.

Art. 13. Inhalación del éter para producir la insensibilidad en los individuos que tienen que sujetarse a alguna operación quirúrgica, por el Sr. FERGUSON. "El Telég. Méd.". I: 21-23, (enero, 1847).

Art. 28. Del uso de los varios aparatos para la inhalación etérea.- Descripción del de Charriere, por el Sr. PONS Y GUIMERA. "El Telég. Méd.". I: 51-51, (febrero, 1847).

Art. 29. Consideraciones sobre la inhalación del éter sulfúrico, por el Sr. PONS Y GUIMERA. "El Telég. Méd.". I: 52-54, (febrero, 1847).

Art. 30. Experimentos hechos en la Facultad de Medicina de Madrid, con las inspiraciones del éter, por el Sr. ARGUMOSA. "El Telég. Méd.". I: 54-56, (febrero, 1847).

Art. 31. Efectos de la inhalación del éter en un caso de amputación de la pierna, practicada en el hospital de Santa Cruz de Barcelona, por el Sr. MENDOZA (D. Antonio). "El Telég. Méd.". I: 56-59, (febrero, 1847).

Art. 32. Experimentos sobre los efectos inmediatos de la inhalación del éter en las operaciones quirúrgicas, practicadas en la Facultad de Barcelona, por el Sr. CASTELLS (D. José).- Oposición en la Academia de las Ciencias de París a la idea del Sr. Jackson, por el Sr. MANGEN-DIE. "El Telég. Méd.". I: 59-60, (febrero, 1847).

Art. 44. Experimentos hechos en si mismo con la inhalación del éter sulfúrico, por el Sr. GERDY. "El Telég. Méd.". I: 77-80, (marzo, 1847).

Art. . Uso del éter en vapor por el recto para producir la insensibilidad, por el Sr. PIROGOFF. "El Telég. Méd.". I: 172-173, (junio, 1847).

Art. 77. Uso de las inspiraciones etéreas en el tratamiento de la meningitis cerebro-espal, por el Sr. BESSERON. "El Telég. Méd.". I: 193-194, (julio, 1847).

Art. 139. Composición y preparación de la clorforma, por el Sr. SOUBEIRAN. "El Telég. Méd.". I: 343-344, (noviembre, 1847).

Art. 140. Cloroforma.- Nuevo medio para producir la insensibilidad en las personas que tienen que sujetarse a alguna operación quirúrgica, y en las parturientas, por el Sr. SIMPSON, (de Edimburgo). "El Telég. Méd.". I: 344-350, (noviembre, 1847).

Art. 145. Amputación del muslo, inspiración de los vapores clorofórmicos, insensibilidad completa, por el Sr. JOBERT (de Lamballe). "El Telég. Méd.". I: 368-370, (diciembre, 1847).

Art. 148. Experimentos hechos con la cloroforma y preparación de esta sustancia, por el Sr. CASARES (D. Antonio). "El Telég. Méd.". II: 7-9, (enero, 1848).

Art. 155. Efectos fisiológicos de la cloroforma, comunicados a la Academia de las Ciencias de París, por los SS. GERDY, AMUSSAT y SEDILLOT. "El Telég. Méd.". II: 26-28, (enero, 1848).

Art. 156. De los aparatos para la inhalación de la cloroforma.- Descripción del presentado a la Academia de Medicina, de París, por el Sr. CHARRIERE. "El Telég. Méd.". II: 28-29, (enero, 1848).

Art. 158. De las ventajas e inconvenientes que presenta el uso de la cloroforma, por el Sr. SEDILLOT. "El Telég. Méd.". II: 33-34, (febrero, 1848).

Art. 166. Sulfito de carbono: nuevo agente anestésico, por el Sr. HAROLD THAULOW. "El Telég. Méd.". II: 58, (febrero, 1848).

Art. 170. Casos de cloroformización en dos sujetos de diversa edad y temperamento, que soportaron, sin dar muestra de sufrimiento, extensas cauterizaciones, por los SS. MAÑAS y CIRUELOS. "El Telég. Méd.". II: 65-68, (marzo, 1848).

Art. 173. Modo de reconocer la pureza de la cloroforma, por el Sr. MIALHE.- Opinión emitida por el Sr. H. GAY. "El Telég. Méd.". II: 84-85, (marzo, 1848).

Art. 185. Uso del aldehyde como agente anestésico, y preparación de esta sustancia, por el Sr. POGGIALE. "El Telég. Méd." II: 118, (abril, 1848).

Art. 187. Nuevo medio propuesto para reconocer la pureza de la cloroforma, por el Sr. CATTELL. "El Telég. Méd.". II: 120, (abril, 1848).

Art. 255. Preparación del sulfuro de carbono, por el Sr. CHANDELON. "El Telég. Méd.". II: 346-348, (noviembre, 1848).

Art. 265. Medio de conservar la cloroforma y de purificarla en caso de descomposición, por el Sr. MORSON. "El Telég. Méd.". II: 368, (diciembre, 1848).

Art. 269. Amputación del muslo en su tercio superior mediante el uso de la cloroforma, seguida de éxito feliz, por el Sr. CARRERA, (D. José). "El Telég. Méd.". III: 10-11, (enero, 1849).

Art. 292. Uso de la cloroforma, con éxito feliz, en un caso de amputación de la pierna en su tercio inferior, por el Sr. VERGER (D. Damián). "El Telég. Méd.". III: 65-66, (marzo, 1849).

Art. 307. Prescripción de la morfina y su acetato contra los malos efectos de la cloroforma, por el Sr. BERRATI. "El Telég. Méd.". III: 117, (abril, 1849).

Art. 399. Modo de desvanecer los dolores que siguen a las operaciones quirúrgicas, mediante la eterización directa o local, por el Sr. J. ROUX. "El Telég. Méd.". III: 243-244, (agosto, 1849).

Art. 356. Uso del clórico de gas oleificante y del nafta artificial como nuevos agentes anestésicos, por los Srs. NUNELY (de Leeds) y SIMPSON (de Edimburgo). "El Telég. Méd.". III: 282, (septiembre, 1849).

Art. 366. Proposición sentada sobre las inhalaciones clorofórmicas, por el SEÑOR ROBERT. "El Telég. Méd.". III: 320, (octubre, 1849).

Art. 373. Consideraciones farmacológicas y terapéuticas sobre la cloroforma, por los Sres. SOUBEIRAN y MIALHE. "El Telég. Méd.". III: 359-364, (diciembre, 1849).

Art. 392. Fístula de ano doble, operada por medio de la cloroforma. Aparición de una estensa erisipela traumática después de la dilatación de un seno, combatida localmente con feliz éxito por la harina de trigo en abundancia, por el Sr. SANTANA Y VILLANUEVA. "El Telég. Méd.". IV: 41-48, (enero, 1850).

NOTAS BIBLIOGRÁFICAS

(1) MENDEZ ALVARO, Francisco. Historia del periodismo médico y farmacéutico en España. Edic. de Juan Riera. Acta Histórico-Médica Vallisoletana VIII. Valladolid, 1978. p. 7.

(2) CALBET I CAMARASA, Joseph; CORBELLÀ I CORBELLÀ, Jacint. Diccionari Biogràfic de metges catalans. Barcelona, 1982. Vol. II. p. 213.

(3) MENDEZ ALVARO, Francisco. Loc. cit.

(4) Boletín bibliográfico. "Boletín de Medicina, Cirugía y Farmacia". Periódico Oficial de la Sociedad Médica General de Socorros Mutuos. II, 74: 194, (1847).

(5) Ibidem. Loc. cit.

- (6) Para encontrar datos sobre Anestesiología en la prensa médica del siglo XIX, Cf.: GARCIA DEL REAL, Eduardo. Centenario del descubrimiento de la anestesia quirúrgica. Papel desempeñado por los médicos españoles. "Medicamenta". V, 98: 178-182, (1946). BALBOA TROITEIRO, J.M^a. 1847. Comienza la Anestesia en Santiago de Compostela. "Rev. Esp. Anest. Reanim." XVIII, 3: 329-332, (1971). FRANCO GRANDE, A. Los primeros días de la Anestesia etérea. "Rev. Esp. Anest. y Reanim." XXI, 2: 207-215, (1974). IDEM. Los primeros días de la Anestesia Clorofórmica. "Rev. Esp. Anest. Reanim." XXIV, 3: 214-222, (1977). FRANCO GRANDE, A.; MASIDE MEDINA, J.; GINESTA GALAN, V. Primeros aparatos para la Anestesia etérea. "Rev. Esp. Anest. Reanim." XXV, 5: 445-462, (1978). FRANCO GRANDE, A. Pioneros de la Anestesia etérea por vía rectal. "Rev. Esp. Anest. Reanim." XXV, 2: 114-116, (1978). VICTORIA, Manuel. Introducción de la Anestesia Científica en España. Los médicos y su contribución. "Gac. Méd. Bilbao". 78, 9: 531-561, (1981). LOPEZ PINERO, Jose María; BUJOSA, Frances. Clásicos españoles de la Anestesiología. Cuadernos valencianos de Historia de la Medicina y de la Ciencia, XXII. Valencia, 1981. MARQUEZ ESPINOS, C.; OROZCO ACUAVIVA, A. La Anestesia en "La Crónica de los Hospitales" (1849-1850) de Antonio de Gracia. "Bol. Inf. Excm. Col. Of. Méd. Prov. Cádiz". 5: 5-9, (1984). MARQUEZ ESPINOS, Carlos. Una aportación cubana a la Anestesiología gaditana de finales del siglo XIX. Actas II Jornadas de Historia de la Medicina Hispanoamericana. Cádiz, 1986 (en prensa).
- (7) FRANCO GRANDE, A. Evolución histórica de la Anestesiología como especialidad médica. "Rev. Esp. Anes. Reanim." XXIII, 1: 1-12, (1976). p. 9.
- (8) "El Telégrafo Médico". I: 21-23, (1847).
- (9) Insensibilidad de los pacientes en las operaciones quirúrgicas, producidas por la aspiración del éter. "Revista de Ciencias Médicas". III, 106: 23-24, (1847).
- (10) "El Telégrafo Médico". I: 54-56, (1847).
- (11) "El Telégrafo Médico". I: 56-59, (1847).
- (12) "El Telégrafo Médico". I: 77-80, (1847).
- (13) L.F. Acción del éter en las operaciones quirúrgicas. "Revista de Ciencias Médicas". III, 111: 46-48, (1847).
- (14) "El Telégrafo Médico". I: 80-82, (1847).
- (15) De las cualidades del éter sulfúrico y método proferible de inspirarle para adormecer la sensibilidad. "Revista de Ciencias Médicas". III, 116: 82-84, (1847).
- (16) "El Telégrafo Médico". I: 172-173, (1847).

- (17) "El Telégrafo Médico". I: 193-194, (1847).
- (18) "El Telégrafo Médico". III: 243-244, (1847).
- (19) Op. cit. p. 552.
- (20) Op. cit. p. 28.
- (21) "Revista de Ciencias Médicas". III, 138: 257-260, (1847).
- (22) "El Telégrafo Médico". I: 343-344 y 344-350, (1847).
- (23) "El Telégrafo Médico". II: 7-9, (1848).
- (24) Cf.: GONZALEZ OLIVARES, José. Inhalación de cloroformo. "Boletín de Medicina, Cirugía y Farmacia". III, 105: 6, (1848).
- (25) "El Telégrafo Médico". I: 51-52, (1847).
- (26) "El Telégrafo Médico". II: 28-29, (1848).
- (27) BOUISSON, E.F. Traité Théorique et pratique de la Méthode Anesthésique appliquée a la Chirurgie et aux différentes branches de l'art de Guérir. París, chez J.B. Baillière, Libraire de L'Académie Nationale de Médecine, Rue Hautefeuille 19, ci devant rue de l'école de Médecine, 17. 1880. pp. 104-123.
- (28) Ibidem. p. 126.
- (29) Ibidem. pp. 123-129.
- (30) Premios propuestos para el año 1847. Academia de Esculapio. "El Telégrafo Médico". I: 91, (1847).
- (31) Academia de Esculapio. "El Telégrafo Médico". I: 279-280, (1847).
- (32) RUBIO Y GALI, Federico. Mis Maestros y mi educación. Tebas. Madrid, 1977, pp. 234-253.
- (33) DURAN SACRISTAN, Hipólito. Influencia quirúrgica del doctor Rubio. En: INSTITUTO DE ESPAÑA. Sesión de apertura del curso académico 1977-78. Madrid, 1978. p. 28.
- (34) GARCIA DEL REAL, Eduardo. Op. cit. p. 181.
- (35) Sociedades Científicas. Premios propuestos para el año 1849. Academia de Medicina y Cirugía de Barcelona. "El Telégrafo Médico". III: 18, (1849).
- (36) "El Telégrafo Médico". II: 58, 118 y 346-348, (1848); III: 282, (1849).
- (37) PONS Y GUIMERA, M. Introducción "El Telégrafo Médico". II: 1-2, (1848), p. 1.

TABLA I

DISTRIBUCION CRONOLOGICA ANUAL DE LOS ARTICULOS SOBRE ANESTESIOLOGIA
PUBLICADOS EN "EL TELEGRAFO MEDICO"

<u>Año</u>	<u>Espanoles</u>		<u>Extranjeros</u>		<u>Total</u>	<u>%</u>
	<u>Nº</u>	<u>%</u>	<u>Nº</u>	<u>%</u>		
1847	5	38,46	8	61,54	13	40,62
1848	2	18,18	9	81,81	11	34,47
1849	2	28,57	5	71,43	7	21,87
1850	1	100,00	0	0,00	1	3,12
Total	10	31,25	22	68,75	32	100,00

FUENTE: "El Telégrafo Médico". Años 1847-1850.

LOS MEDICAMENTOS DEL "SYNOPSIS FORMULARUM" DE LOS NOSOCOMIOS DE CATALUNYA EN LA "GUERRA DEL FRANCES".

Dra. Carmona Cornet, A.(*) ; Dra. Sallés Verdaguer, F.(**); Dra. Figuerola Pujol, I.(*) ; Lda. Escudero Mendo, A.(*) ; Sr. Peiro Mir, M.(***)

(*) Departamento de Historia de la Farmacia y Legislación Farmacéutica de la Facultad de Farmacia de la Universidad Central de Barcelona (España).

(**) Departamento de Paleografía y Diplomática de la Facultad de Geografía e Historia de la Universidad Central de Barcelona (España).

(***) Informático.

INTRODUCCION

El trabajo que presentamos, forma parte de la nueva línea de investigación iniciada por un equipo interdisciplinario formado por investigadores procedentes de las Facultades de Farmacia y de Historia de la Universidad de Barcelona.

La línea de trabajo inspirada en la desarrollada por Opsomer-Halleux (1) está encaminada principalmente a considerar la evolución sufrida por las recetas médicas a través del estudio computarizado de este tipo de documentación existentes en diversas fuentes históricas.

La investigación se realizará considerando de primordial importancia estudiar la evolución de la materia médica y de la tecnología farmacéutica contenidas en las colecciones de recetas depositadas en bibliotecas y archivos de Catalunya y Baleares.

El análisis informático de cada una de las recetas, se realizará considerando tanto el aspecto cualitativo como el cuantitativo de la preparación, entendiendo por cualitativo la identificación exacta de cada uno de los componentes de la fórmula, y por cuantitativo la cantidad en que estos componentes intervienen en ella.

Las modificaciones cualitativas y cuantitativas sufridas por una misma composición galénica lo largo del tiempo, así como

la forma farmacéutica en que se presenta, estuvieron condicionadas por el precio de los componentes que la integran.

Nos ha parecido pues indispensable complementar nuestro trabajo con un necesario enfoque económico. Para ello, y dentro de lo posible, proporcionaremos al ordenador los precios de los medicamentos contenidos en las recetas, obtenidos de las tarifas oficiales o no de la época.

Estudiaremos en forma paralela la tecnología farmacéutica aplicada en la confección de cada una de las preparaciones galénicas, como medida indicativa válida de la evolución de las ciencias farmacéuticas.

La primera colección de recetas estudiadas, es el formulario que lleva por nombre "Synopsis Formularum ad usum Nosocimiorum huiusce Cataloniae exercitus, in lucem edita a primariis eiusdem Medico et Chirurgo" (2), afirmado por F. Sanponts (3) y A. de San Germán (4), respectivamente médico y cirujano del ejército formado en Catalunya durante la "guerra del francés".

METODOLOGIA PROPUESTA

La Metodología seguida para realizar este proyecto arranca con la transcripción paleográfica de la receta, conservando en cada caso las particularidades que pudieran tener en la sintaxis o en la morfología.

Tras este primer paso se obtiene la receta escrita en el idioma original, habitualmente en Latín. De este texto se procede a realizar un estudio de las recetas, documentándolas con textos de su época siempre que ello sea posible, para conexionar la totalidad de los términos que en ellas aparecen con el entorno de la Medicina de la época.

Como siguiente paso en el estudio se procede a la traducción al castellano. De este texto se introducirá en el ordenador los elementos que componen la receta (simples, formas farmacéuticas, cantidades, unidades, operaciones galénicas, e indicaciones terapéuticas si existen). De esta forma podemos formalizar un texto lo suficiente para que se pueda realizar un análisis informático del mismo.

El análisis informático de las recetas así introducidas en una base de datos está diseñado de forma que podamos obtener los siguientes resultados:

- a) Análisis cualitativo: Consiste en una estadística de los elementos que la componen. Cada vez que nos encontremos con una forma farmacéutica que se encuentre como componente de otra determinada se buscará en la Base su composición para poder llegar a la composición real a partir de los simples. En un principio y a falta de introducir al sistema la totalidad de las preparaciones galénicas se considerarán éstas como si fueran simples (a efectos puramente estadísticos). Cada uno de los simples existentes en la base estarán identificados por su origen a uno de los reinos de la naturaleza (Animal, Vegetal, o Mineral) y a partir de estos datos se podrá dar un porcentaje para cada receta o grupo de recetas de cada grupo de materia médica.
- b) Análisis cuantitativo: Consistente en una estadística de los simples atendiendo a la cantidad en que estos se encuentran en la receta. Para ello se reducirán todas las medidas de las fórmulas a gramos por dosis. En la mayoría de casos como las dosis se establecen en un margen se considerará la dosis media de la receta.
- c) Así mismo cada simple en función de sus efectos y de los demás componentes de la fórmula será reconocido como principio activo o excipiente y se podrá realizar un análisis de semejanza de fórmulas por su coincidencia en mayor o menor grado en los principios activos. así como un estudio de la evolución al ver los cambios que sufren los componentes. Estos cambios se relacionarán entre otros puntos con el precio de los componentes en las distintas épocas.

Con estos datos se irá alimentando una Base de Datos que nos proporcionará una fuente de reconocimiento de recetas, bien sea por su nombre o por sus componentes. Así podremos comprobar la semejanza o no de los preparados que a lo largo de la Historia nos aparecen con idéntico nombre y localizar por su composición aquellos preparados que se desconoce su nombre.

También se espera que al aumentar la Base de Datos se

podrá realizar estudios sobre la utilización de los simples a lo largo de la Historia. A través del nombre se relacionaran las distintas enfermedades para las que se utilizaba y viceversa.

DESCRIPCION DEL SYNOPSIS

El Synopsis Formularum es un opúsculo impreso de 145 x 200 mm, carece de portada y consta de doce páginas numeradas del cual se conservan muy pocos ejemplares, concretamente el único que conocemos se encuentra depositado en el Archivo de la Corona de Aragón. Es una recopilación de preparaciones galénicas destinadas, al parecer a asegurar una cierta uniformidad en la terapéutica de urgencia aplicada en los hospitales de campaña de Catalunya por médicos, muchos de los cuales carecían de preparación facultativa adecuada, según expresaban los autores del opúsculo en diversas comunicaciones dirigidas a la superioridad.

Siguiendo los estatutos de mayo de 1784 que obligaba a la redacción de formularios de Medicina y Cirugía para uso del ejército, Sanponts y San Germán recopilaron este conjunto de preparaciones galénicas que presentamos.

San Germán como Cirujano Mayor y Sanponts como Protomedico dieron a la luz el "Synopsis Formularum" y un recetario de dietética para uso de los hospitales. El recetario de alimentos se dará a conocer en un trabajo posterior.

El recetario de medicamentos "Synopsis Formularum" consta de ochenta y cinco formas galénicas (Ver índice en apendiz. A). Estas han sido transcritas, resolviendo todas las abreviaturas que presenta el texto, así como se ha realizado también la traducción de cada una de ellas al castellano. La longitud de dichas traducciones hace inviable darlas en esta comunicación, pero se darán a conocer en una próxima ocasión.

COMENTARIOS

Las recetas no son originales de estos médicos, ya que se encuentran en obras anteriores a la época en que fué escrito este

formulario. Se encuentran influencias de la Palestra de Felix Palacios, y de la Farmacopea Matritensis de 1762. o de la Farmacopea Hispana de 1803.

Las fórmulas no están copiadas directamente sino que han evolucionado, en general en la dirección de abaratar el precio, o de sustituir los simples que eran difíciles de conseguir. Así se elimina el aguardiente de la decocción blanca de la Matritensis, el azúcar blanco de la emulsión común de la Farmacopea Hispana; por otro lado es de destacar que algunas de las fórmulas del Synopsis no coinciden por composición con sus homónimas de las obras de referencia citadas lo cual puede llevar a confusiones en el estudio de las recetas.

El mayor número de recetas de este formulario están destinadas al tratamiento de enfermedades gastrointestinales; encontramos así estomacales, vomitivos, digestivos, purgantes, antidiarréicos, antieméticos, entre otras.

Le siguen en número decreciente, las composiciones antiveneréas o para el tratamiento del "glande excoriado" o de la "úlceras de glande". Entre estas recetas se encuentran la "decocción antisifilítica de tallo", la píldora antiveneréa mundificante. . .etc.

Encontramos también composiciones para tratar heridas, quemaduras y úlceras tales como la "cataplasma contra la gangrena", la "decocción vulneraria".

El Synopsis Formularum no olvida las recetas de colirios para las afecciones oculares, como el "colirio para la úlcera callosa de córnea"; los gargarismos, colutorios y polvos dentríficos así como composiciones para las cefaleas y dolores tales como la "poción narcótica", el "linimento para el dolor" o el "enema para el dolor".

Las preparaciones galénicas del Synopsis Formularum están siempre encabezadas por su nombre, que incluye una indicación de la forma en que se presenta. Nosotros hemos seguido el criterio de mantener estos nombres y clasificarlos asumiendo que estos nombres fueran formas farmacéuticas; este punto en concreto no es siempre cierto pero por el contexto del Synopsis creemos que esta pauta es, o al menos era, bastante acertada. Hay 24 tipos distintos de ter-

y a continuación damos los nombres con las veces en que aparecen, así como el porcentaje que eso representa respecto al total de las recetas que aparecen en el formulario (85 Recetas).

Nombre	Número	%	Nombre	Número	%
Aguas	01	01	Linimentos	05	06
Cataplasmas	06	07	Loüch	01	01
Colirios	04	05	Mixturas	01	01
Colutorios	03	04	Mundificante	01	01
Decocciones	17	20	Píldoras	04	05
Digestivas	03	04	Pociones	08	09
Electuarios	02	02	Polvos	02	02
Emulsiones	02	02	Soluciones	02	02
Enemas	04	05	Supositorios	02	02
Gargarismos	03	04	Tisanas	04	05
Infusiones	02	02	Ungüentos	02	02
Inyecciones	05	06	Vomitivos	01	01

Las recetas del Synopsis han sido sometidas a un tratamiento estadístico para valorar si los simples que utilizaban en su mayoría eran de origen mineral, vegetal o animal. También creemos necesario saber si partían siempre de drogas o ya de preparaciones básicas. Los resultados pormenorizados de este tratamiento se encuentra en apéndice B.

Hemos clasificado las preparaciones incluidas en el "Synopsis Formularum" aplicando el criterio del estado físico de la preparación galénica sin tener en cuenta las formas farmacéuticas ya que estas han ido evolucionando con el tiempo. Preferimos pues simplificar considerando tan sólo tres clases de preparaciones magistrales: las que se presentan en estado sólido, las líquidas y las semisólidas. Damos ahora un listado con la clasificación así como el porcentaje de su aparición en el Synopsis.

SOLIDAS:	Píldoras	Polvos	Supositorios,
	Cataplasmas		
SEMISOLIDAS:	Ungüento		

LIQUIDAS:	Emulsión,	Electuario,	Loöch
	Linimento,	Inyección,	Enema,
	Tisana,	Colirio,	Gargarismo,
	Digestivo,	Colutorio,	Infusión,
	Solución,	Lavativa,	Mixtura,
	Vomitivo,	Aguas,	Decocciones,
	Pociones		

RESUMEN DE FORMULAS POR SU ESTADO FISICO

Sólidas	14	16.47 %
Semisólidas	02	02.35 %
Líquidas	69	81.17 %

Sometidas las recetas al estudio informático los resultados obtenidos han sido los expuestos en el siguiente cuadro.

ANÁLISIS CUALITATIVO DE LAS FORMULAS

	Mineral.	Vegetal.	Animal.	Formas F
Sólidas	09 20.00%	23 51.11%	03 06.67%	10 22.22%
Semisólidas	02 22.22%	04 44.44%	02 22.22%	01 11.11%
Líquidas	55 22.92%	121 50.42%	10 04.17%	54 22.50%

COMPONENTES VEGETALES

50 %	148 Menc.
51 %	89 Comp.

COMPONENTES ANIMALES

05 %	15 Menc.
02 %	8 Comp.

COMPONENTES MINERALES

21 %	66 Menc.
14 %	24 Comp.

PREPARACIONES GALÉNICAS

23 %	65 Menc.
30 %	52 Comp.

** TOTAL ** MENCIONES = 297 COMPONENTES = 173

CONCLUSIONES.

Algunas de las fórmulas contenidas en el synopsis son modificaciones de las que se encuentran en los textos con reconocido prestigio. Los cambios que han sufrido, en general, están encaminados a abaratar el costo de los medicamentos.

Es una terapéutica de guerra, en la fórmula sólo queda aquello que se consideraba imprescindible, desde el punto de vista terapéutico de la época, suprimiéndose los elementos tales como los edulcorantes, etc.

Es una terapéutica anticuada de claro matiz vegetal, aunque ya están presentes los elementos minerales, y los animales en muy pequeña cantidad.

BIBLIOGRAFIA.

(01) Alvarez Sierra, J. "Historia de la Cirugía Española". Madrid. 1961.

(02) Carmona i Cornet, A.M. "De l'Apotecari al Farmaceuti. Els Farmaceutics Catalans del segle XVIII i XIX". Barcelona. 1983.

(03) Chambonnet, F. "Fainces Pharmaceutiques de la Region Lyonnaise".

(04) "Diccionari Biogràfic de Metges Catalans". ADDENDA.

(05) Farmacopea Hispana. 3ª Edición. Madrid. 1803.

(06) Farmacopea Matritensis. 2ª Edición. Madrid. 1762.

(07) Lemery, N. "Dictionnaire Universel des Drogues Simples". París. Impreso en Veuve D'houry 1748.

(08) Lemery, N. "Pharmacopée Universelle". 4ª Edición. París 1748.

(09) Loeches, Joannes de. "Tyrocinium Pharmaceuticum Theorico-Practicum" Barcelona. 1751.

(10) Monserrat, S. "Medicina Militar a través de los siglos". Madrid. 1946.

(11) Palacios, F. "Palestra pharmaceutica chymico-galenica". Editado por Herederos de la Viuda de Juan García Infanzón. 1706 y 1773.

(12) Roldán, R. "La Farmacia Militar española en el siglo XVIII". Madrid. 1925.

(13) Sinues Ruiz, A. "La Farmacia Militar en Catalunya durante la guerra de la Independencia", Barcelona. 1959.

(14) Soler y Batlle. "Medicamenta". Barcelona. Editorial Labor. 1921.

(15) Santpons, F. y San Germán, A. "Synopsis Formularum ad usum Nosocomiorum huiusce Catalonie Exercitus, in lucem edita a primariis inisdem Medico et Chirurgo". Impreso 12 páginas. Archivo de la Corono de Aragón. Barcelona.

NOTAS.

(1) Opsomer-Halleux, "Antiguas Recetas Médicas y el Computador", Pharm. History, Número 23, 1981.

(2) Sinopsis de fórmulas para uso de los Hospitales y del ejército de Cataluña, editada por los jefes médico y cirujano de este.

(3) Francisco Santpons i Roca nació en 1756 en Barcelona, hijo de médico, comenzó los estudios de Filosofía en la Universidad de Cervera, en donde se graduó en Artes en 1773. Fué Bachiller en Medicina en el año 1778, licenciándose el año 1779 y se doctoró en Huesca, ampliando conocimientos en París al año siguiente.

(4) Antonio San Germán nació en Molins de Rey en 1775. Hizo sus estudios en el Real Colegio de Cirugía de Barcelona en los años 1775 y 1780. Se licenció en Medicina en 1799.

APENDICE A

Indice Alfabético de las fórmulas contenidas en el Synopsis con mención de la página del original

Nombre	Pag.
Agua angelica solutiva.....	6
Cataplasma contra la gangrena.....	8
Cataplasma de cebolla.....	8
Cataplasma emoliente.....	8
Cataplasma fortificante.....	8
Cataplasma resolutivo.....	8
Cataplasma saturnina.....	8
Colirio de vitriolo para la agitación.....	11
Colirio para quitar las manchas oculares.....	11
Colirio para úlcera callosa de cornea.....	11
Colirio para úlceras.....	11
Colutorio antiescorbútico.....	12
Colutorio antiputrido.....	12
Colutorio astrigente de vino.....	11
Decocción alexifarmaca.....	1
Decocción alexifarmaca quinada.....	1
Decocción amarga.....	2
Decocción aperitiva.....	2
Decocción astrigente.....	3
Decocción bequica. (para hacer).....	1
Decocción blanca.....	1
Decocción cefálica.....	3
Decocción de arroz.....	3
Decocción de quina.....	3
Decocción de tamariz común.....	7
Decocción de tamariz con mana.....	7
Decocción emoliente.....	2
Decocción purgante.....	2
Decocción sifilítica de tallo. (de sasafra).....	3
Decocción vulneraria.....	2

Decocción de zarzaparrilla.....	2
Digestivo animador.....	10
Digestivo antipútrido.....	10
Digestivo común.....	9
Electuario antifebril. (dos preparaciones).....	4
Emulsión común.....	3
Emulsión común. (una segunda preparación).....	4
Enema común.....	4
Enema con antimonio.....	4
Enema estimulante.....	4
Enema para calmar el dolor.....	4
Gargarismo emoliente.....	5
Gargarismo mundificante (dos preparaciones).....	5
Infusión de manzanilla.....	3
Infusión fría de ruibarbo.....	5
Inyección astrigente.....	11
Inyección indolora para la blenorragia.....	11
Inyección para glándex excoxiado.....	11
Inyección para úlceras de glándex.....	11
Inyección saturnina.....	11
Linimento común.....	7
Linimento de alcanforero volátil.....	7
Linimento de saponaria.....	7
Linimento para calmar el dolor.....	8
Linimento para los nervios.....	7
Loöch común.....	7
Mixtura antiemética.....	5
Mundificante de Helenio.....	5
Píldora antiespasmódica.....	0
Píldora antiespasmódica almizclada.....	0
Píldora antivenérea mundificante.....	0
Píldora antivenérea simple.....	0
Poción antivenerea.....	0
Poción cardíaca.....	0
Poción cardíaco-febrífugo.....	0

Poción con antimonio.....	7
Poción con ruibarbo.....	5
Poción febrigo purgante.....	5
Poción narcótica.....	5
Poción solutiva.....	6
Polvos antifebril solubles.....	4
Polvos dentríficos.....	12
Solución de mana.....	6
Solución de mana con sal.....	6
Supositorio común.....	8
Supositorio irritante. (purgante).....	8
Tisana bequica.....	6
Tisana común.....	6
Tisana de ruibarbo.....	6
Tisana regia.....	6
Ungüento para quemaduras.....	10
Ungüento para la sarna.....	10
Vomitivo de hipecacuana simple.....	7

APENDICE B

Aguas	1	1 %
Mineral	2	50 %
Vegetal	1	25 %
Formas	1	25 %
Cataplasma	6	7 %
Mineral	3	14 %
Vegetal	15	71 %
Formas	3	14 %
Colirios	4	5 %
Mineral	5	33 %
Vegetal	8	53 %
Formas	2	13 %

Colutorios	3	4 %	
Mineral	4	24 %	
Vegetal	9	53 %	
Animal	2	12 %	
Formas	2	12 %	
Decocciones	17	20 %	
Mineral	19	25 %	
Vegetal	55	74 %	
Animal	1	1 %	
Digestivos	3	4 %	
Mineral	1	13 %	
Vegetal	2	25 %	
Formas	5	63 %	
Electuarios	2	2 %	
Mineral	2	29 %	
Vegetal	2	29 %	
Formas	3	43 %	
Emulsiones	2	2 %	
Mineral	2	20 %	
Vegetal	6	60 %	
Formas	2	20 %	
Enemas	4	5 %	
Mineral	3	18 %	
Vegetal	8	47 %	
Animal	4	24 %	
Formas	2	12 %	
Gargarismos	3	4 %	
Vegetal	3	38 %	
Formas	5	63 %	
Infusiones	2	2 %	
Mineral	2	50 %	
Vegetal	1	25 %	
Formas	1	25 %	

Inyecciones	5	6 %
Mineral	4	31 %
Vegetal	5	38 %
Formas	4	31 %
Linimentos	5	6 %
Mineral	1	7 %
Vegetal	8	57 %
Animal	3	21 %
Formas	2	14 %
Loüch	1	1 %
Vegetal	2	67 %
Formas	1	33 %
Mixturas	1	1 %
Vegetal	1	33 %
Formas	2	67 %
Mundificante	1	1 %
Formas	2	100 %
Píldoras	4	5 %
Vegetal	5	50 %
Animal	1	10 %
Formas	4	40 %
Pociones	8	9 %
Mineral	4	14 %
Vegetal	7	25 %
Animal	1	4 %
Formas	16	57 %
Polvos	2	2 %
Mineral	4	50 %
Vegetal	3	37,5%
Formas	1	12,5%
Soluciones	2	2 %
Mineral	1	20 %
Formas	4	80 %

Supositorios	2	2	%
	Mineral	2	33,3%
	Animal	2	33,3%
	Formas	2	33,3%
Tisanas	4	5	%
	Mineral	5	38 %
	Vegetal	8	62 %
Ungüentos	2	2	%
	Mineral	2	22 %
	Vegetal	4	44 %
	Animal	2	22 %
	Formas	1	11 %
Vomitivos	1	1	%
	Vegetal	2	100 %

¿J. BALCELLS, ANTECESOR DE R. KOCH?. (O HISTORIA DE UN DESCUBRIMIENTO CIENTIFICO EN EL SENO DE LA SOCIEDAD CATALANA DE MEDIADOS DEL SIGLO XIX)

Riera Tuebols, S.

Dpto. Historia contemporánea. Eac. Geogr. Hª. Barcelona.

LOS PROTAGONISTAS:

Los protagonistas principales del episodio que vamos a relatar y comentar son dos: Antonio Mendoza y Rueda, médico, natural de Málaga, y Joaquim Balcells i Pascual, catalán y doctor en Farmacia.

El primero, Antonio Mendoza (1811-1872) (1) tomó parte como médico militar en la primera guerra carlista viviendo de manera activa las campañas de Navarra, Euskadi y Cataluña, donde fijó su residencia una vez acabada la contienda. Llegó a ser catedrático de Anatomía de la Facultad de Medicina de Barcelona (2) y, en el parecer de muchos, un profesional de mentalidad progresiva debido, en parte, a diversas estancias que realizó en el extranjero -un hecho favorecido por el dominio que poseía de diversas lenguas- las cuales le proporcionaron un acervo de conocimientos poco común en la época. Mendoza, además de ferviente partidario del uso de las técnicas de laboratorio en el ejercicio de la profesión, fué un ferviente defensor, y difusor, de las teorías histopatológicas de Ch. Robin y de R. Virchow, introductor del análisis habitual de sangre y orina y, al mismo tiempo, uno de los primeros en usar la anestesia por inhalación en el estado español (3). Publicó una excelente obra, Estudios clínicos de cirugía, y fué el promotor de "El compilador Médico", una de las publicaciones médicas más prestigiosas del momento.

Nuestro hombre, de vitalidad desbordante, era sin embargo de carácter difícil, un hecho que provocaba choques violentos cuando se enfrentaba a opiniones que no compartía. Como que poner de manifiesto este carácter, hasta cierto punto belicoso, puede tener interés para comprender el asunto que nos ocupará, relataremos a continua-

ción algunos de los choques que sostuvo con miembros de la Academia de Medicina de Barcelona de la cual, además de miembro, llegó a ser vicepresidente.

Quizás sea necesario recordar antes que la susodicha Academia arrastraba, a mediados del siglo XIX, una vida lánguida recordando, eso sí, tiempos pasados de cierto esplendor; la actividad de sus miembros se limitaba a exacerbar la retórica empleada en los discursos iniciales de los cursos académicos y en los dictámenes que la autoridades le pedían de vez en cuando.

Ya con motivo del discurso de que el Dr. J. Gil pronunció en la sesión inaugural del curso 1853-54 sobre el tema de la prostitución, el Dr. Mendoza, que había entrado a formar parte de la Academia el 16 de septiembre de 1854 (4), fué uno de los académicos que se consideró ofendido por el contenido de la exposición: después de manifestar que el discurso era contrario "a lo que dictan la razón, la experiencia y el progreso de la higiene privada y pública, ofensiva a los altos fines de la misma religión y hasta discorde del espíritu de caridad universal del propio evangelio", (5) pedía a la Academia que interviniese cerca del Dr. Gil con la finalidad de "reparar el agravio hecho á la autoridad de la provincia criticando (al criticar) sus sabias disposiciones encaminadas a minorar los males inseparables de la inevitable Prostitución". (6) Un grupo de académicos pidió también una rectificación de la polémica comunicación, y si bien la Academia se desentendió, al menos oficialmente, del asunto, se establecieron sin embargo de manera oficiosa contactos con el Dr. Gil el cual se negó, con firmeza, a cualquier rectificación.

Hubo juicio, más el demandado no compareció ante el juez prefiriendo pagar una multa de 20 reales. El Dr. Mendoza quiso entonces enterrar el asunto asegurando a este fin que el Dr. Gil había rectificado, hecho que dió motivos a éste para asegurar a su vez que ni lo había hecho ni pensaba hacerlo. La tempestad que había conmovido a la hasta entonces dormida institución amainó sin embargo por el buen hacer del Dr. Pi y Molist. (7)

Después de un período de relativa calma que coincidió

con el alejamiento de la institución por parte del Dr. Mendoza, parece ser que por motivos personales, nuestro hombre volvió a la Academia el año 1864, de la cual fué elegido vicepresidente al año siguiente. Este hecho provocó la reacción de algunos académicos, concretamente J. de Letamendi y B. Armendariz, que dejaron de asistir a las reuniones después de sostener serios altercados con el incómodo Dr. Mendoza. Éste, ante la situación, les requirió, así como a los doctores J. Gil y C. de Silóniz que tampoco acudían regularmente, a que "manifestasen y definiesen por escrito su posición en la Academia". El secretario, a la sazón P. Roqué y Pagani (1822-1880), (8) se negó a firmar las comunicaciones y llevó la cuestión al pleno. La enemistad que se manifiesta con motivo de este asunto fué agudizándose progresivamente hasta llegar al enfrentamiento violento: con motivo de una carta enviada al gobernador por Mendoza respondiendo a unas consultas realizadas sobre la epidemia de cólera de 1866, Roqué i Pagani manifestó que él no se hacía solidario de la comunicación dirigida al gobernador por el vicepresidente y añadió que no podía continuar ocupando el cargo de secretario ni el sillón de la Academia que le correspondía mientras el Dr. Mendoza estuviese al frente de la institución. La Junta del 27 de octubre de 1866, convocada con el fin de arreglar la situación, no consiguió más que empeorarla: en plena discusión Roqué abandonó la sala pero se quedó escuchando detrás de la puerta y cuando oyó que Mendoza hablaba de él interrumpió la reunión con exaltación manifiesta (9).

Ante el cariz que tomaba el asunto intervinieron el gobernador, el Ministerio de Gobernación e incluso se abrió un expediente. Mientras tanto fueron nombrados vicepresidente y secretario F. Juanich y R. Torrent respectivamente. Finalmente, la corporación, a propuesta del Dr. J. Rull, se dirigió a la superioridad en tono conciliador exponiendo "que las disidencias ocurridas entre el Vicepresidente y el Secretario debían reputarse como hijas de un esquisito (sic) celo de servicio de la Corporación, del mejor desempeño de los asuntos que a la misma incumbían, y de la defensa que sostuvieron de los derechos que a su entender condecía a cada uno de ellos el Reglamento,

y que de consiguiente acordaba la Corporación que el incidente ocurrido no les inhabilitaba en manera alguna para seguir desempeñando sus respectivos cargos". (10) El Ministerio contestó (25 de enero de 1867) disponiendo que el asunto "quedara zanjado y terminado ya que la causa fué un excesivo celo y que ambos (se refiere obviamente a Mendoza y Roqué) habían cesado en sus cargos", puesto que se había llegado el término final reglamentario que contemplaban ambos susodichos cargos, añadiendo que "S.M. deseaba que no se repitieran jamás acontecimientos análogos..". (11) De hecho, podemos asegurar que en las Actas dejamos de encontrar a partir de este momento los nombres de Mendoza y Roqué entre los cargos directivos. Por lo que se refiere a la Presidencia -de hecho el año 1867 la Vicepresidencia pasa a Presidencia automáticamente- la ocuparán hasta la muerte de Mendoza J. Gil (1867-1868) y J. Magaz (1869-70 y 1871-72).

A. Mendoza tenía que ser un hombre de fortuna considerable si atendemos a las donaciones que hizo a la Academia y que ésta recibió con complacencia. Impulsivo, parecía disfrutar con las situaciones y tensiones que provocaba en el seno de la institución constituyendo sin embargo, a pesar de no estar siempre clara la intención de su proceder, un verdadero revulsivo para la Academia de Medicina barcelonesa del XIX, de tal forma que puede asegurarse que una vez desaparecido la atonía volvió a apoderarse de la institución. Resumiendo, médico de fama merecida, era hombre excéntrico e incluso algo pintoresco.(12)

El otro personaje de esta historia, el principal, es Joaquim Balcells i Pascual (1807-1879). (13) Nacido en Sant Martí de Provençals, se graduó bachiller en filosofía en el Colegio de San Victorino el año 1822, alcanzando la licenciatura y el doctorado diez años más tarde. Cursó además las materias de física y química en el Real Colegio de Farmacia de San Fernando de Madrid y matemáticas, taquigrafía e italiano en las Escuelas que la Junta de Comercio mantenía en la ciudad condal.

En enero de 1830 fué nombrado catedrático de física de la Universidad de Cervera donde permaneció hasta el final del curso 1836-37. De nuevo en Barcelona, y en calidad de cesante por falta de plaza similar a la suya, impartió la física experimental en el

seno de la Junta de Comercio. Cuando en 1851 se creó la Escuela Industrial Barcelonesa fué nombrado profesor de física, asignatura que siguió impartiendo al convertirse en Escuela de Ingenieros Industriales poco más tarde. Informado favorablemente por Pere Vieta y Gibert, Balcells fué admitido en la Real Academia de Ciencias el 30 de marzo de 1833. (14) Un mes después tomaba posesión como académico con la lectura de la Memoria sobre las varias clases de vapor que en el día se conocen manifestando físicamente los experimentos que se repiten en Francia e Inglaterra para suplir en los barcos de vapor de ruedas de paletas con el aire atmosférico (sic). (15)

J. Balcells presentó numerosos trabajos en la institución académica a la que pertenecía, a más de la ya citada memoria. Así: Observaciones acerca de la revivificación de la plata por medio del jabón (24/II/1848); (16) Memoria explicando algunas de las grandes reformas que la física y la química han obrado y otras que están preparadas para el mejor fomento y progreso de la agricultura y estudio de los pozos artesanos (9/XI/1848) en la que en una primera parte enumera las mejoras que ha representado para la agricultura el hecho de considerar el nuevo método analítico de los terrenos, la propiedad acabada de descubrir del sulfato de cobre para combatir el llamado hizón de los trigos, el método de preservar la fruta evitando el contacto directo con el aire y la forma de defender los árboles frutales de las hormigas. A continuación trata de los métodos seguidos en Inglaterra y Francia con la finalidad de obtener abono a base de huesos, sangre, guano y otros residuos orgánicos, siempre bajo el punto de vista de que un abono es tanto mejor cuánto más nitrógeno y fosfatos contenga. En último término hace referencia a los pozos artesianos y demuestra la posibilidad de encontrar agua ascendente en todos los terrenos excepto en aquellos que él llama de levantamiento y volcánicos. (17) También es autor de un Elogio histórico de D. Juan de Zafont y de Ferrer, Abad benedictino de San Pablo del Campo de Barcelona. Catedrático de filosofía en la Universidad literaria de Barcelona, socio de varias Academias nacionales y extranjeras, Comendador de Isabel la Católica (18) leída el 22 de marzo de 1849, y finalmente de una Memoria sobre las propiedades eléctricas del

del vapor de agua (5/XII/1850). (19)

Otros trabajos suyos son: una Memoria química-farmacéutica sobre el valerianato de zinc leída en la Sociedad Filomática de Barcelona el 7 de septiembre de 1845, Lhytologia meteórica publicada por F. Granells en Barcelona el año 1854 (en francés, inglés y castellano), obra escrita con motivo de los meteoritos caídos en Nules (Plana baixa) y Vilabella del Camp (Alt Camp) en 1815 y en la que expone los resultados de los análisis químicos realizados.

Además, Balcells investigó sobre el cólera y los resultados fueron comunicados a la Academia de Medicina de Barcelona. Sin embargo éste es el tema que constituye el núcleo de nuestro trabajo.

EL NUCLEO DE LA CUESTION:

Durante la epidemia de cólera que azotó Barcelona el verano de 1854, (20) J. Balcells realizó determinadas experiencias de las que extrajo conclusiones muy concretas. Unas y otras se publicaron en "El Restaurador Farmacéutico" y en "El Porvenir Médico" el mes de octubre del mismo año, es decir de 1854.

Concretamente, en la primera de las revistas citadas (21), el 20 de octubre aparece un artículo titulado "Observaciones microscópicas sobre los miasmas coléricos por el doctor D. Joaquín Balcells y Pascual", en el que el autor, después de dejar constancia de que estaba enterado de la existencia de opiniones que aseguraban poder atribuir "la naturaleza patológica del cólera-morbo asiático de la acción de animálculos (sic) infusorios microscópicos", explica los experimentos que ha llevado a término con motivo de la epidemia los cuales "elevan á la categoría de evidencias lo que no pasaba de meras opiniones controvertibles", y al mismo tiempo explicita que tales experimentos dejan bien claro "el concepto que se merecen las baladronadas de los hannemanianos". (22)

A continuación pasa a explicar cinco observaciones concretas. La primera, realizada a finales de agosto, consistió en colocar un vaso con una onza de agua pura -sin especificar sin embargo qué entendía por agua pura- en la cabecera de la cama de un infestado. Tres días más tarde podía contemplarse un pósito blanquinoso. Al

observar una gota de agua del vaso en el microscopio, contempló "centenares de vibriones dotados de una movilidad asombrosa: su movimiento anguloso como el rayo, su figura análoga á la del oniscus asellus con dos apéndices ó bolsas simétricas en la parte inferior del abdómen, que sospecho sean dos embriones gemiparos, en cuyo caso arguyen una terrible fuerza de propagación". Del experimento en cuestión Balcells sacó dos consecuencias: que la transmisión del cólera tiene lugar por el aire y que el agente, según sus mismas palabras, es una "procreación animalcular microscópica", asegurando asimismo que el susodicho experimento elevaba a la "categoría de teorema lo que hasta ahora no pasaba de opinión problemática". (23)

Días más tarde, el 9 de septiembre, llevó a cabo un nuevo experimento: colocó de nuevo un vaso con agua, de manera similar como lo había hecho en la primera experiencia, pero esta vez en una sala de coléricos del Hospital provisional de Belén. Pasados tres días había aparecido el pósito blanquinosos, ahora más consistente; observada, con sus ayudantes, una gota al microscopio "quedamos admirados al ver la indefinida variedad de infusorios tanto en magnitud como en figura". Balcells identificó tres tipos diferentes: coccinella, niscus y termes. Por curiosa, transcribimos la observación final de esta experiencia: "A pesar de ser tan distintas las variedades de estos tres tipos no se observaba que se devorasen los unos á los otros como sucede con los infusorios procreados por las sustancias alimenticias; es probable que su instinto está limitado á nutrirse de los fluidos segregados en las cavidades de los animales mayores".

24) Es preciso remarcar la buena estructuración del artículo que permite aprovechar una lógica exposición de los hechos para construir una teoría coherente con ellos.

En una tercera observación verifica, quizá algo sorprendido, que, a pesar de aislar el vaso, al cabo de un mes los vibriones no sólo siguen vivos sino que su número ha aumentado.

El día 9 de octubre efectúa una nueva experiencia: comprueba la acción del azufre, del arsénico y del mercurio sobre los vibriones coléricos. Empezó atacando una gota saturada de oniscus con una disolución de sulfuro cálcico: los efectos se manifestaron con solo acercar

la disolución a la gota; cuando se produjo el contacto la muerte de los vibriones fué general y total. Después empleó un arsenito y si bien los microorganismos también murieron, el efecto, según el autor, no fué tan espectacular. Finalmente, empleando el sublimado corrosivo -el cloruro mercuríco- "tardaron los infusorios tres segundos en estinguir (sic) su movimiento convulsivo". Concluye: "Estos resultados me inducen á creer que el azufre, tan inocente respecto á la naturaleza humana, es más activo anticolérico que los preparados de arsénico y de mercurio". (25)

Después de una quinta observación no relacionada directamente con los vibriones coléricos y de explicitar que podían hacerse numerosas pruebas ya cambiando los agentes terapéuticos, ya el tipo de vibriones, nuestro hombre, acuciado por el dramatismo de la cruda realidad de una epidemia como fué la de 1854, se dedicó a redactar como final del artículo diez bases en las que expone las medidas profilácticas y terapéuticas a seguir según su parecer.

Balcells en sus conclusiones empieza por distinguir el agente externo (los vibriones) del interno el cual consiste "en la mayor o menor cantidad de fluidos en fermentación amoniacal que tiene cada individuo... y que le constituye en una predisposición muy contingente de llamar y multiplicar indefinidamente los antedichos animalculos". (26)

A continuación, después de insistir en que aquéllos que no tengan en su interior fluidos en fermentación amoniacal, o bien que hayan defendido su organismo con sustancias repelentes de la invasión externa no pueden caer enfermos, afirma que los que presentan tendencias a enfermar son los débiles, los que llevan una vida sedentaria y/o "los que con comidas indigestas o con pasiones violentas trastornan su salud".

En la séptima base razona, como consecuencia de las experiencias realizadas, que la transmisión de microorganismos tiene lugar a través del aire; y si bien, expone, los susodichos vibriones atacan primero los pulmones, "en la mayor parte de los casos especialmente si los atacados cargan su estómago con alimentos indigestos (sic) la invasión animalcular pasa rápidamente de la cavidad vital á la

natural y de ambas al último reducto de la vida que es el encéfalo...". (27) A través de este mecanismo se explican, dice el autor, los vómitos y la diarrea que pueden acabar con la vida del individuo.

Y llegamos ya a la profilaxis y la terapéutica.

Por lo que hace a la primera, a más de acentuar las medidas higiénicas, conviene frotar la piel, siempre según Balcells, al menos una vez al día con un trapo impregnado de sulfuro cálcico y agua sedativa a partes iguales; también, beber diariamente "un vaso de limonada sulfúrica" con nueve gotas de ácido sulfúrico diluido. En cuanto a la evacuación, necesaria, de los fluidos en fermentación amoniacal, "lo mejor es tomar una vez a la semana una papeleta de dos dracmas de sobre-tartrato de potasa y un escrúpulo de la flor de azufre". (28)

Respecto a la terapéutica, es preciso, dice, eliminar los fluidos en fermentación a base de dosis adecuadas de polvos de ipecacuana. A continuación, deben atacarse los vibriones con "píldoras sulfúreas de Etiope mineral y magisterio de azufre, tomados á cortos intervalos en compañía de las infusiones theiformes"; (29), asimismo "enemas de laudanados". fricciones con ron amoniacal, emulsiones con bálsamos del Perú... Nunca, sin embargo, aconseja, deben usarse sustancias venenosas ni alcohólicas.

En último término, para evitar que la epidemia persista o rebrote, es preciso hacer fumigaciones como la que el autor explica: "Para un aposento de unos treinta metros cúbicos de capacidad se mezclan en una cazuela onza y media de polvos de azufre otro tanto de nitro con una dracma del oropimente; se hace la deflagración con una ascua; se desprende un abundante humo espeso deletereo que se deja coobar (sic) por nueve horas en el aposento cerrado para que tenga el tiempo suficiente de desempeñar su acción desinfectante". (30)

Acaba el artículo, casi de manera profética, expresando el deseo de ser escuchado: "Además la lección de este sistema bi-elemental para el cólera es muy probable que sea una lección general para las demás enfermedades epidémicas. ¡Ojalá que mis amados profesores Bofill, Guardiola, Font y Carbonell se hubiesen podido aprovechar de las saludables verdades que encierra esta lección que no hubieran

sido víctimas de la epidemia de Barcelona y ojala que todas las ciudades de España que hayan participado del azote aprovechen esa tosca lección especialmente sobre la desinfección para que no vuelva á retoñar la epidemia en la primavera, que lo dudo mucho atendida la historia de lo pasado".

No transcribimos el artículo publicado a "El Porvenir Médico" (31) el mes de octubre del mismo 1854, por ser idéntico al que acabamos de comentar.

Dos semanas más tarde, concretamente el 16 de noviembre, Pere Roqué i Pagani, miembro de la Academia de la Medicina desde el año 1851, deba noticia de las experiencias de J. Balcells en la sesión ordinaria de la institución.

Cabe decir que el doctor Roqué había sido profesor de química aplicada en la Junta de Comercio de la ciudad condal y al mismo tiempo en la Facultad de Farmacia. Con Balcells tenía una cierta amistad, posiblemente de su coincidencia como profesores en la Junta, que explicaría el interés de Roqué por los trabajos de su compañero, aparte claro está de los motivos puramente profesionales.

En la sesión ordinaria de la Academia de Medicina de Barcelona del 16 de noviembre de 1854, (32) después de tratar diversos casos sobre enfermedades que se habían presentado en la ciudad durante las últimas semanas, entre las cuales cabe constatar aún un caso de cólera, y según consta en el acta, el doctor Roqué i Pagani tomó la palabra para explicar los experimentos que llevó a cabo J. Balcells durante la epidemia: "En un vaso puso una onza de agua y colocó el vaso en una rinconera que había en la alcoba de un colérico. A los pocos días reconoció por medio del microscopio haberse desarrollado en el agua unos vibriones de forma particular. Llevado el vaso y la misma agua a una de las salas de coléricos del hospital de Belén, después de algunos días se observó mediante el microscopio, que en la espresada (sic) agua se había aumentado prodigiosamente el número de los vibriones, de los cuales había tres diferentes especies, caracterizadas cada una de ellas por su configuración particular y singularidad de sus movimientos. Presentaban de particular estos vibriones la circunstancia de no devorarse los unos a los otros como se observa en los

que se desarrollan á consecuencia de la putrefacción de las sustancias (sic) orgánicas en el seno de un líquido.

"Tocados dichos vibriones con una disolución de sulfuro cálcico mueren subitamente y la muerte es gradual y sucesivamente menos pronta con las disoluciones arsenicales y la del sublimado corrosivo.

"De manera que el azufre del cual puede el hombre tomar dosis un poco crecidas sin experimentar (sic) mutaciones en su salud, es un tósigo violento para los animálculos generadores del cólera.

"Para preservarse del cólera morbo asiático se necesita tener bien limpias las vías digestivas y al propio tiempo impregnar el cuerpo de azufre: basta para ello tomar una vez por semana unas dos dracmas de cremor de tartaro con un escrúpulo de flor de azufre y todos los días hacer fricciones por el cuerpo con una franela impregnada de una mezcla de agua sedativa y sulfuro de calcio". (33)

Un resumen concreto y bien resumido de lo que en sus artículos había expuesto J. Balcells.

A continuación, se produjo una discusión y entró en escena el doctor Mendoza. Leamos sin embargo el párrafo correspondiente del acta redactada por el secretario J.R. Campaner: "Suscitose en seguida una ligera discusión sobre estos experimentos (sic) y el Dr. Mendoza manifestó que no los creía suficientemente concluyentes pues para que los fuesen se debería demostrar que el agua destilada puesta a la cabecera del camal de otros enfermos o en sitios en que el aire pueda estar impregnado de otros efluvios morbosos no produce semejantes vibriones y se afirmó en lo que otras veces ha manifestado, esto es, que la causa del cólera-morbo asiático permanece todavía desconocida". (34)

A continuación consta en el acta: "Enseguida el Sr. Mendoza leyó una estensa (sic) reseña de un pólipo vaginal escindido con feliz éxito y curación pronta, que la Academia oyó con mucha atención y gusto, mereciendo el autor de este interesante trabajo que el Sr. Vicepresidente le diera las más espresivas (sic) gracias". (35)

Si ha leído con atención lo anteriormente relatado, el

lector puede darse cuenta de que la discusión fué cortada por la intervención del Dr. Mendoza: las experiencias no habian sido bien realizadas y por lo tanto no probaban nada en absoluto. Sin embargo, Mendoza, que no se interesa por el tema, no propone repetirlas; se limita a rechazarlas. Por otra parte excluye, al decir que nadie hasta el momento había descubierto la causa del cólera, que alguien sea el primero. Mendoza, un médico progresista, manifiesta en este asunto una actitud propia del conservadurismo científico. ¿Deberá creerse que por su viajes y lecturas concedía importancia a todo lo que era foráneo en detrimento de lo autóctono? ¿O quizá su comportamiento trasluce un orgullo, un querer ser el primero en todo, que le impulsaría a rechazar los méritos ajenos?. Quizá haya de todo un poco.

Por otra parte es olvidado remarcar que el resto de académicos, pocos por cierto en aquella sesión, no representan ningún papel, ni principal ni secundario. Es más, cuando Mendoza se convierte en protagonista de la reunión y explica la extirpación de un pólipo, es escuchado "con mucha atención y gusto", recibiendo al mismo tiempo "las más espresivas gracias". La atención y la admiración las centra Mendoza: de Roqué i Pagani y de los vibriones de Balcells ya no se acuerda nadie.

FINAL Y CONCLUSIONES:

No obstante, Roqué i Pagani, cuya enemistad posterior con Mendoza ya conocemos por haberla relatado al principio, la cual es muy posible que en parte tuviera su origen en esta célebre sesión académica, había expuesto con concreción y corrección las experiencias realizadas con intuición científica por Balcells. ¿Qué había sucedido pues para que no le fuera reconocido el mérito a que se hacía acreedor?.

Ciertamente, una pregunta de difícil contestación. Cabe sin embargo intentarlo. En primer lugar debe reconocerse que Balcells no realizó una verdadera investigación por falta, especialmente, de método científico. Por lo que hace a esta cuestión Mendoza es coherente pues hubiera sido imprescindible analizar previamente el

agua, comprobada y definida su procedencia, repetido los experimentos en locales sin enfermos, con enfermos de cólera y con otros... Todo esto es cierto; no obstante el engreído Dr. Mendoza no toma los resultados, ni la idea, como punto de partida para seguir la investigación tal como podía y debía esperarse de un profesional que había aceptado y practicado la práctica anestésica, no sin oposición y contratiempos, cuando aún era un incógnica. Y no sólo no prosigue la investigación (o anima a hacerlo) sino que la rechaza adoptando una actitud que más arriba hemos calificado de conservadora, ¿es pues el Dr. Mendoza, el médico orgulloso, creído de su saber, colérico a veces, estudioso y siempre luchador a quien hay que culpar? (36)

Un último aspecto de la cuestión que nos ocupa merece también ser considerado: la actitud de los académicos que olvidan con rapidez a los vibriones, al cólera y al Dr. Balcells y muestran de manera explícita su satisfacción por la comunicación del médico y cirujano Dr. Mendoza.

Creemos que es aquí donde puede encontrarse la solución del enigma y la contestación de la primera pregunta: ¿por qué las observaciones de Balcells fueron olvidadas con tanta rapidez?, ¿por qué nadie siguió el camino que, aunque tímidamente, había apuntado el polifacético farmacéutico?.

No hay que buscar culpables. En todo caso si existen son difícilmente individualizables. La ocasión pasó, como tantas otras, porque la comunidad científica en cuyo seno se descubría el nuevo sendero, y por lo tanto la sociedad de la que formaba parte esta comunidad, no estaba preparada -no era la adecuada- ni para explorarlo ni para hacer suyos los descubrimientos que pudieran seguir.

No debe olvidarse que los años centrales del siglo XIX representan para la ciencia española una época de decadencia caracterizada por la uniformidad y el centralismo. A pesar de los esfuerzos que se habían realizado en la segunda mitad del siglo XVIII, un retraso científico real -que no excluye obviamente la aparición de algunas figuras relevantes-, caracteriza un siglo, el XIX, por otra parte saturado de pronunciamientos y vaivenes políticos -con progresistas

que no eran más que moderados y moderados que rozaban el reaccionarismo-; con predominio de una mentalidad poco abierta por no decir cerrada; con una Hacienda en bancarrota; con un sistema educativo inadecuado e insuficiente; empleadas las voluntades en la lucha por la industrialización la cual sólo iniciaría el vuelo en algunos lugares concretos y ello aún sin realizarse nunca totalmente y olvidando que el progreso económico y tecnológico no puede realizarse sin un desarrollo paralelo de la enseñanza, del saber científico y de la investigación científico-tecnológica. todo ello inmerso en un contexto de relaciones mutuas y de influencias recíprocas que, desequilibradas y mal asentadas, no podían impulsar de ningún modo ala comunidad científica a emprender nuevos caminos. Realmente, ni a vislumbrarlos. Deberían transcurrir aún algunos años para que se iniciara una recuperación.

Volviendo al año 1854 es interesante recordar que casos parecidos al de Balcells se dieron en Italia (F. Paccini) y en Portugal (Costa Simoes y Macedo Pino), (37) mas quedaron también sepultados pues las condiciones sociales, culturales y científicas eran parecidas a las del caso catalán de mediados del XIX. En cambio, años más tarde, e una Europa central convencida de que progreso equivalía a industrialización y conocimiento científico. sería Koch a quien correspondería el mérito del descubrimiento reconocido del vibrio cholerae.

Sin embargo, no puede negarse que Joaquim Balcells fué un elemento característico en la sucesión de figuras, acontecimientos y situaciones que llevarían finalmente al descubrimiento efectivo de la causa generadora del cólera y, en último término, a la vacuna preventiva. Empero, nuestro hombre vivió en un momento en el que su esfuerzo e intuición científicos no fueron entendidos; mas aún, fueron ignorados.

Joaquim Balcells, un producto de la época, no insistió De cualquier manera era en vano: aceptó, consciente o inconscientemente. esto es difícil saberlo, el momento histórico que le toco vivir. Y su actividad fué diluyéndose en el seno de una sociedad que no entendía ni de innovaciones ni de descubrimientos.

NOTAS.

1. Sobre Antonio de Mendoza y Rueda; Roquer y Torrens, J., Bosquejo necrológico del Dr. D. Antonio Mendoza y Rueda, leído en la Academia de Medicina y Cirugía de Barcelona en sesión pública extraordinaria celebrada al efecto del día 20 de noviembre de 1872, Establecimiento tipográfico de Jaime Jepús Roviralta, Barcelona 1873. También: Calbet, J.M. i Corbella, J., Diccionari Biogràfic de Metges Catalans, 3 vol., III Congrés d'Historia de la Medicina Catalana/ Lleida 1981, Fundació Vives Casajuana amb la col.laboració del Seminari Mata de la Universitat de Barcelona, Barcelona 1981-1983, concretament vol. II (F-Q); López Piñero, J.M. y otros Diccionario histórico de la ciencia moderna en España, 2 vol., Ediciones Península, Barcelona 1983 (vol. II).

2. Catedrático de Anatomía Descriptiva y General (1844), quedó exento al año siguiente por haberse suprimido la asignatura del plan de estudios; sin embargo, en 1846 se incorporó de nuevo a la Facultad de Medicina como titular de Anatomía Quirúrgica; Roquer, op. cit., p. 42.

3. Recordemos que después de haberse empleado gas anestésico en algunas extracciones dentarias, W.T. Green Morton (1819-1869) extirpó un tumor localizado en el cuello del paciente empleando para éllo éter. Sería sin embargo R. Liston (1794-1847) quien se llevaría la fama de pionera por el hecho de operar sistemáticamente con anestesia general producida por la inhalación del éter. (La primera operación, una amputación de la pierna a la altura del muslo, tenía lugar el 21 de diciembre de 1846. A partir de este momento la anestesia se extendería con rapidez). Según Calbet y Corbella la primera operación con anestesia en Cataluña fué realizada por Josep Castells y Comas el mes de enero de 1847 con un perro que compró precisamente para tal fin, al cual efectuó una ligadura de las arterias branquial, femoral y carótida; Calbet y Corbella, op. cit., vol. I, p. 130. M. Carreras y S. Monserrat atribuyen las primeras experiencias con animales a los doctores Castells, Silóniz y Vidal conjuntamente; Monserrat, S. y Carreras, M. Historia de la Real Academia de Medicina de Barcelona, 1954, p. 88. (La operación, efectuada a un perro, fué comunicada a la Academia por el Doctor Castells el día 1 de febrero de 1847; Libro de Actas de las sesiones ordinarias, 1845-1855 (7º), p. 116, Archivo de la Academia de Medicina de Barcelona).

Un mes más tarde, el doctor Mendoza relata a los miembros de la Academia (junta del 1 de marzo de 1847) el resultado de la operación que había realizado usando éter como anestésico; se trataba de la amputación de una pierna a una mujer que murió 18 horas después de la operación por una mala administración del éter: "La enferma tardó más de tres horas en salir completamente del estado de perturbación en cuyo más profundo grado había permanecido desde el principio de la operación, de la cual ninguna percepción había tenido; pero a los vestigios que todavía conservaba de la congestión cerebral se agregaron síntomas intensas de inflamación laringo-traqueal, y un estado de colapso y perfrigeración a que sucumbió diez y ocho después de la operación". El doctor Mendoza aprovechaba la ocasión

para insistir en la prudencia de la administración de la substancia anestesiante y expresaba el deseo de que este resultado inesperado "no retragara de adoptar las inspiraciones de ether para casos análogos", siempre, repetía, que se tomasen "las precauciones que dicta la prudencia". Libro de Actas de las sesiones ordinarias 1845-1855 (7º), p. 121, Archivo de la Academia de Medicina de Barcelona (de ahora en adelante A.A.M.B.).

4. En el Libro de Actas de las sesiones ordinarias, enero 1842 a mayo 1845, (6º), A.A.M.B., concretamente en la sesión del 16 de septiembre de 1844 se explicita que a los catedráticos de la Facultad de Ciencias Médicas recientemente nombrados que fueren académicos, -entre los cuales, A. Mendoza-, "se les comunicará que son socios natos de nuestra Academia, conforme á una Real Orden espedita meses atrás; los cuatro primeros (se refiere a Antonio Mendoza, Pedro Terrada, Josef Romagosa y Josef Lorenzo Pérez) pertenecen a la clase de numerarios y el quinto (Juan Josef Anzizu) a la de corresponsales, por ser aquellos de la sección médico-quirúrgica y este de la farmacia". El nombre de Mendoza aparece por primera vez como miembro asistente a la Junta en la del 4 de noviembre de 1844, según consta en el mismo Libro de Actas, enero de 1842 a mayo 1845 (6º).

5. Proposición de Mendoza leída en la sesión del 15 de enero de 1853, Libro de Actas de sesiones ordinarias 1845-1855, (7º), pp. 396-399, A.A.M.B.

6. Cf. Libro de Actas de sesiones ordinarias 1845-1855, (7º), pp. 396-399, sesión del 15/I/1853, A.A.M.B.

7. Sesiones del 15 de febrero, 1 de marzo y 15 de abril de 1853, Libro de Actas de sesiones ordinarias 1845-1855, (7º), pp. 404-405, 409-412, 418-420 respectivamente, A.A.M.B. Citado en Carreras y Monserrat, op. cit., p. 92.

8. Sobre P. Roqué i Pagani, véase: Elías de Molins, Diccionario biográfico y bibliográfico de escritores catalanes del siglo XIX, Barcelona, Imprenta de Fidel Giró, 1889, vol. II; Calbet y Corbella, op. cit., vol. 3º (R-Z).

9. Carreras y Monserrat, op. cit. p. 96. Libro de Actas Extraordinarias 3º (1845-1869), sesión del 27 de octubre de 1866, año 1866, pp. 29 a 43, A.A.M.B.

10. Carreras y Monserrat, op. cit., p. 96.

11. A.A.M.B., legajo 49, nº 10.

12. Esta excentricidad y pintoresquismo se manifiestan en algunos de los regalos que hizo a la institución; así, por ejemplo, una bala de revolver extraída del cráneo de un alférez que "se suicidó después de haber almorzado un plato de salchichas en viernes" (citado en: Carreras y Monserrat, op. cit., p. 99).

13. Sobre J. Balcells i Pascual: Elías de Molins, po. cit., vol. I; López Piñero, J.M., op. cit., vol. I; Roldán y Guerrero, R., Diccionario biográfico y bibliográfico de autores farmacéuticos españoles, 4 vol., Gráficas Valera, Madrid 1958, concretamente en el vol. I, número 216. También, Nómina de la Real Academia de Ciencias y Artes de Barcelona de 1908-1909, pp. 86 a 92, Biblioteca de la Academia de Ciencias y Artes de Barcelona.

14. Expediente de Joaquim Balcells en el Archivo de la Academia de Ciencias y Artes de Barcelona (de ahora en adelante A.A.C.A.B.).

15. A.A.C.A.B., caja nº 21/ Física.

16. A.A.C.A.B., caja nº 23/ Química.

17. De esta memoria se publicó un extracto en el "Diario de Barcelona" del 9 de noviembre de 1848, p. 5.534.

18. A.A.C.A.B., expediente de Juan Zafont.

19. A.A.C.A.B., caja nº 24/ Física.

20. Luis Comenge fija en 102.511 los muertos en la epidemia de cólera de 1833-1835 en España, cifra sin duda inferior a la real debido a la falta de información exhaustiva. La epidemia que empezó en Vigo el año 1853 y que azotó Barcelona al año siguiente provocó, en todo el estado, un número de defunciones casi el doble del de la inferior. El nuevo rebrote de 1865 causó 236.744 víctimas y la pandemia de 1885, de gran virulencia en Valencia como es sabido donde murieron 33.609 personas, dió lugar a que el doctor Ferran probase su discutida vacuna. La Medicina en siglo XIX, José Espada editor, Barcelona s/f, pp. 198 a 203 y 521 a 537 para las epidemias de 1833-1835, 1853-1856 y 1865; Nadal, J., G.E.C., voz cólera para la de 1885.

21. "El Restaurador Farmacéutico", Año 10, nº 30 (31 de octubre de 1854), pp. 122-123, Seminari d'Història de la Farmàcia, Facultat de Farmàcia, Universitat de Barcelona.

22. *Ibid.*, p. 122.

23. *Ibid.*

24. *Ibid.*

25. *Ibid.*

26. *Ibid.*, base 3ª, p. 122.

27. *Ibid.*, base 7ª.

28. Ibíd., base 8ª, p. 123.

29. Ibíd., base 9ª.

30. Ibíd., base 10ª.

31. "El Porvenir Médico", nº 115, octubre de 1854, pp. 262-263, Departamento de Historia de la Medicina de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valencia. (Los dos artículos en cuestión aparecidos en "El Porvenir" y en "El Restaurador" están firmados por J. Balcells con fecha del 19 de octubre de 1854).

32. Sesión ordinaria del 16 de noviembre de 1854 en el Libro de sesiones ordinarias 1845-1855, (7ª), p. 514, A.A.M.B.

33. Ibíd.

34. Ibíd.

35. Ibíd.

36. La única respuesta razonablemente crítica que merecieron los escritos de Balcells fué la de J. Serrano aparecida el día 30 de noviembre del mismo año 1854 también en las páginas de "El Porvenir Médico", (F. Aguilar Bultó, "El Descubrimiento del vibrión colérico por Joaquim Pascual (1854)" en Actas del I Congreso Español de Historia de la Medicina, Madrid-Toledo, 15-17 de abril de 1963, pp. 289 a 292.

37. Aguilar, op. cit., p. 290.

LA EPIDEMIA DE COLERA MORBO EN LA CIUDAD DE ORIHUELA. ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS Y ESTADISTICOS.

Valoria Martínez, A.

Hospital General. Orihuela (Alicante).

INTRODUCCION.

Resulta obvio que la forma más espectacular de manifestación social de la enfermedad lo constituyan las epidemias y singularmente las coléricas, debido quizás a ese carácter explosivo, con cifras altas de invididos y muertos en corto espacio de tiempo, desapareciendo su morbilidad en los intervalos; forma substancialmente distinta de aquellas enfermedades endemoepidémicas que, aunque con brotes, mantuvo su lugar permanente durante dilatados periodos.

MATERIAL Y METODO.

Para la realización del estudio epidemiológico que se puede desprender de esta peste hemos ido a recoger los datos en las tras parroquias que existían en Orihuela en aquel entonces.

El Registro Civil comenzó a funciones hacia 1871 por lo que, lógicamente, no podemos acudir a él para la obtención de datos comparativos con los recogidos en las Parroquias.

Otras fuentes de datos las encontraríamos en los Boletines nº 2 al 8 de la Junta de Sanidad de Orihuela (J.S.O.) existentes en el Archivo Municipal de Orihuela (A.M.O.) e insertos en Legajo nº 1244, no muy fidedignos a tenor del número de óbitos que ofrecen (bastante inferiores a los recogidos en las Archivos Parroquiales). Por otro lado encontramos noticias de los estragos sufridos por la ciudad de Orihuela en "Orihuela Contemporánea" de Vilar, J.S., que cita el periódico Eco del Comercio de los días 13 y 17 de junio de 1834. Al parecer las fuentes del periódico también serían los Boletines de la J.S.O..

Por tanto utilizaremos los datos obtenidos de las tres parroquias existentes por aquel entonces en la ciudad:

- Archivo de la Sta. Iglesia Catedral, Parroquia de El Salvador, Libro de Mortuorios nº 17 y 18.
- Archivo de la Parroquia de las S.S. V.V. y M.M. Justa y Rufina, Libro de Bautizados, Desposados y Finados de los años 1832, 1833 y 1834, signatura 80.
- Archivo de la Parroquia de Santiago, Libro de Mortuorios de 1825 al 1841, signatura nº 88 en el Catálogo de dicho archivo, de Sánchez Portas, J..

Los datos obtenidos vienen resumidos en las tablas y gráficas que se adjuntan.

RESULTADOS.

Comienzo.-

- Primer caso registrado: Mujer, viuda, apellidada Montesinos. recibió los Stos. Oleos. 18 de junio de 1834.
- Declaración oficial de la Epidemia: 18 de junio de 1834.
- Final oficial de la Epidemia: 4 de septiembre de 1834.
- Duración oficial de la Epidemia: 78 días.

Población.-

Vilar, J.B. en su libro "Orihuela contemporánea" ofrece el dato fechado en 18 de mayo de 1834 de que al partido judicial de Orihuela le corresponden 16 pueblos, 6362 vecinos y 25590 habitantes.

En el Legajo nº 2169 "Padrón de Vecinos de la ciudad, huerta y campo. 1837-1855", del A.M.O. da, tres años después de la Epidemia de Cólera que nos ocupa, un número total de habitantes para la ciudad, huerta y campo de Orihuela muy próximo al ofrecido por VILAR. Sin embargo hemos de destacar que aquí se detalla el número de habitantes para el casco de la ciudad, 8746, dato que utilizaremos aproximativamente para la realización de un estudio comparativo entre la tasa de mortalidad para el número total de habitantes y para la población de la ciudad propiamente dicha.

Mortalidad.-

El número de fallecidos en los 78 días de duración de

la Epidemia, para las tres parroquias asciende a 544.

A estos 544 hemos de restarles el número de los que solían fallecer en este mismo período estival pero en otros años. Para ello hemos calculado la media aritmética de los fallecidos en estas mismas fechas en los dos años anteriores y posteriores al que nos ocupa. Así tendremos que:

Parroquia de El Salvador (Catedral): $381 - 49 = 332$

Parroquia de Stas. Justa y Rufina : $102 - 21 = 81$

Parroquia de Santiago : $61 - 12 = 49$

Calcularemos la Tasa de Mortalidad para 25.590 y 8.746 habitantes:

$$\text{Tasa de Mortalidad} = \frac{462 \times 1000}{25590} = 18,0\%$$

$$\text{Tasa de Mortalidad} = \frac{462 \times 1000}{8746} = 52,8\%$$

Las cifras de las Tasas de Mortalidad contrastan con las obtenidas para Murcia en la misma epidemia (80% según estudios de Marset y 10% si nos circunscribimos al trabajo de Ayala, J.A.).

Letalidad.-

Sólo poseemos datos de invadidos para un período de tiempo que comprende desde el día 18 de junio hasta el 18 de agosto. Nos atenemos para ello a los datos facilitados por los Boletines de la Junta de Sanidad. Tendremos, pues, que la letalidad se distribuiría del siguiente modo:

$$\text{Tasa de Letalidad} = \frac{\text{Nº de Muertos} \times 1000}{\text{Nº de Invadidos}}$$

a) desde el 18 de junio hasta el 8 de julio:

$$\text{Tasa de Letalidad} = \frac{340 \times 1000}{532} = 639,09\%$$

b) desde el día 8 hasta el 14 de julio:

$$\text{Tasa de Letalidad} = \frac{87 \times 1000}{134} = 649,2 \%$$

c) desde el día 15 hasta el 21 de julio:

$$\text{Tasa de Letalidad} = \frac{49 \times 1000}{59} = 830,5 \%$$

d) desde el día 22 de julio hasta el 28 del mismo mes:

$$\text{Tasa de Letalidad} = \frac{17 \times 1000}{36} = 485,7 \%$$

e) desde el 29 de julio hasta el 4 de agosto:

$$\text{Tasa de Letalidad} = \frac{15 \times 1000}{7} = 2142,8 \%$$

f) desde el 12 hasta el 18 de agosto:

$$\text{Tasa de Letalidad} = \frac{14 \times 1000}{9} = 1555,5 \%$$

Así como hemos visto que las tasas de mortalidad difieren bastante de las calculadas para otras zonas de la vega del Segur debemos resaltar que para la letalidad las cifras son coincidentes con el resto de Europa (Smith, F.B., The People's Health).

CONCLUSIONES.

En el presente trabajo consideramos como datos más destacados los siguientes:

- 1º) El número de óbitos producidos por la Epidemia de Cólera Morbo en la Ciudad de Orihuela durante el período comprendido entre el 18 de junio y el 4 de septiembre de 1834 fué de 462, aproximadamente.
- 2º) La Tasa de Mortalidad calculada es de 18,09 %, ostensiblemente menor a la de Murcia (80 %). En ello podría influir:
 - a) la riada sufrida por Murcia en los últimos días de la Epidemia;
 - b) la duración menor de la Epidemia en Orihuela, con el consiguiente descenso de la incidencia;
 - c) la gran emigración sufrida por la ciudad de Orihuela, y
 - d) las precauciones tomadas por la J.S.O. en función de la información recibida desde la Junta de Sanidad de Murcia.
- 3º) La Tasa de Mortalidad por cada 1000 habitantes oscilaría entre 18,09 y 52,93.

42) El mayor número de obitos aparece entre aquellas personas cuyo estado civil es el de casado, el 51,5% hombres.

50) El 78,1% de los fallecidos viudos eran mujeres. Murieron significativamente más solteros en junio que en el resto de los meses.

Julio fué el mes donde más se descuidó la inscripción en el registro parroquial del estado civil del fallecido.

69) La edad de los fallecidos rara vez consta en los archivos parroquiales, salvo en la Parroquia de Santiago, en la que sólo no consta la edad en el 1,4% de los fallecidos.

De todos los casos consignados, un 31,5% del total, el 77,24% corresponde a párvulos.

79) Los Santos Oleos se impartieron con mayor profusión en la Parroquia de la Catedral, recibiendo el 79,1% de sus fallecidos. Se repartieron más durante el mes de junio (84,6%). Los casados fueron ungidos en un 96,7% de los casos, el 53,9% del total.

BIBLIOGRAFIA

Ayala, J.A. Aspectos sociales de la epidemia de cólera de 1834 en Murcia; en Torres Fontes, J. De Historia Médica Murciana. II. Las epidemias. Edit.: Academia Alfonso X El Sabio. Murcia, 1981.

Brines Blasco, J. "La epidemia de cólera de 1834 en la ciudad de Valencia". en Estudios dedicados a Juan Peset Alexandre. Valencia, 1982.

Madoz, P. Diccionario geográfico-estadístico-histórico de Alicante Castellón y Valencia. Valencia, 1982.

Marset, P. Aspectos sanitarios de Murcia en los siglos XVIII y XIX. Una aproximación. Edit.: Instituto Jerónimo Zurita (C.S.I.C.); en Cuadernos de Historia, tirada aparte del tomo X (1983).

Pérez Moreda, V. Las crisis de mortalidad en la España interior (siglos XVI-XX). Madrid, 1980.

Smith, F.B. The People's Health. 1830-1910. Edit.: Croom Helm. Londres, 1979.

Vilar, J.B. Orihuela Contemporánea. Edit.: CAAM. Murcia, 1982.

TABLA 72 I

Relación entre el nº de muertos de cada parroquia y los meses en que se produjeron los óbitos.

MES	PARROQUIA							
	CATEDRAL		STA. JUSTA		SANTIAGO		TOTAL	
	Tot.	%	Tot.	%	Tot.	%	Tot.	%
MAYO	10	2'4	4	3'6	3	4'3	17	2'8
JUNIO	188	45'2	35	31'3	18	25'7	241	40'3
JULIO	170	40'9	57	50'9	31	52'9	254	44'1
AGOSTO	33	7'9	13	11'5	7	10'0	53	8'9
SEPTIEMBRE	15	3'6	4	2'7	5	5'1	23	3'6
TOTAL	416	100	112	100	70	100	596	100

$$\chi^2 = 16.715$$

$$p < 0.0332$$

Se observa un notable incremento de la morbilidad entre los meses de Junio y Julio.

Para estos mismos meses el mayor y menor porcentaje de óbitos aparece en la misma parroquia: Santiago, con un 52'9% para el mes de julio y un 25'7% para junio, respectivamente.

TABLA Nº II
=====

Relación entre el número de muertos por parroquia y el estado civil de los mismos.

E. CIVIL	PARROQUIA							
	CATEDRAL		STA. JÚSTA		SANTIAGO		TOTAL	
	Tot.	%	Tot.	%	Tot.	%	Tot.	%
SOLTEROS	32	7'7	10	8'9	3	4'3	45	7'5
CASADOS	151	36'4	56	50'0	34	48'6	241	40'4
VIUDOS	66	15'9	4	3'6	3	4'3	73	12'2
NO CONSTA	166	40'0	42	37'5	30	42'9	238	39'9
TOTAL	415	100	112	100	70	100	597	100

$$\chi^2 = 22.034 \quad p < 0.0012$$

En la parroquia de Sta. Jústta es donde se observa un mayor porcentaje de muertos cuyo estado civil es el de casado: 50'0%. También es en esta misma parroquia donde el número de viudos fallecidos es menor: 3'6%.

Uno de los fallecidos es sacerdote, por lo que no se hace constancia de su muerte en esta tabla. Pertenece a la parroquia de la Catedral.

TABLA Nº III

Número de casos, por parroquia, en los que se hace constar la causa de muerte.

CAUSA DE MUERTE	PARROQUIA							
	CATEDRAL		STA. JUSTA		SANTIAGO		TOTAL	
	Tot.	%	Tot.	%	Tot.	%	Tot.	%
COLERA	100	24'2	0	0'0	0	0'0	100	16'9
NO CONSTA	313	75'8	110	100'0	70	100'0	493	83'1
TOTAL	413	100	110	100	70	100	593	100

Observamos que sólo se registra la causa de muerte en la parroquia de la Catedral, en un total de 100 casos.

Para esta tabla se han des-rciado las causas de muerte traumática o por ahogamiento, que suman un total de cinco.

$$\chi^2 = 52.424 \quad p < 0.0000$$

TABLA NRV

Relación entre el número de fallecidos en cada parroquia con el número que de éstos recibieron los Santos Oleos.

OLEOS	PARROQUIA							
	CATEDRAL		STA. JUSTA		SANTIAGO		TOTAL	
	Tot.	%	Tot.	%	Tot.	%	Tot.	%
RECIBIO	329	79'1	61	54'5	43	61'4	433	72'4
NO RECIBIO	3	0'7	5	4'5	1	1'4	9	1'5
NO CONSTA	84	20'2	46	41'1	26	37'1	156	26'1
TOTAL	416	100	112	100	70	100	598	100

$$\chi^2 = 35.387 \quad p < 0.0000$$

Hemos de hacer constar que es la parroquia de Sta. Justa donde menos se imparten los Santos Oleos (54'5%) y también donde más se deja de reseñar este hecho (41'1%).

TABLA Nº IV

Relación entre los óbitos habidos en cada parroquia y la edad que consta para cada uno de ellos.

EDAD	PARROQUIA							
	CATEDRAL		STA. JUSTA		SANTIAGO		TOTAL	
	Tot.	%	Tot.	%	Tot.	%	Tot.	%
NO CONSTA	337	81'0	71	63'4	1	1'4	409	68'4
NIÑOS	79	19'0	40	35'7	27	38'6	146	24'4
ADULTOS	0	0'0	1	0'9	27	38'6	28	4'7
ANCIANOS	0	0'0	0	0'0	15	21'4	15	2'5
TOTAL	416	100	112	100	70	100	538	100

$$\chi^2 = 380.356 \quad p < 0.0000$$

Se ha de reseñar que es en la parroquia de Santiago donde más se cuida la inscripción de la edad del muerto, no constando ésta en tan sólo el 1'4%, para el total de la parroquia.

TABLA Nº VI

Relación entre el número de óbitos producidos entre los meses de Mayo y Septiembre con el estado civil de los fallecidos.

E. CIVIL	MES											
	MAYO		JUNIO		JULIO		AGOSTO		SEPTIEMBRE		TOTAL	
	Tot. %		Tot. %		Tot. %		Tot. %		Tot. %		Tot. %	
SOLTEROS	0	0	35	14'5	8	3'0	1	1'9	1	4'3	45	7'5
CASADOS	5	29'4	115	47'7	101	38'4	15	28'3	5	21'7	241	40'4
VIUDOS	2	11'8	35	14'5	30	11'4	3	5'7	3	13'0	73	12'2
NO CONSTA	10	58'0	55	23'2	124	47'1	34	64'2	14	60'9	238	39'9
TOTAL	17	100	241	100	263	100	53	100	23	100	597	100

$$\chi^2 = 69.563 \quad p < 0.0000$$

Según la tabla, observamos que:

- el mayor número de óbitos aparece entre los casados.
- durante el mes de Junio los fallecidos son en su mayoría solteros.
- el número de fallecidos cuyo estado civil es el de casado disminuye significativamente durante el mes de Septiembre (21'7%).
- es durante el mes de Agosto cuando más se descuida la inscripción del estado civil en los registros parroquiales (64'2%).

TABLA N° VII

Correlación entre el número de fallecidos entre los meses de Mayo y Septiembre y la recepción o no por éstos de los Santos Oleos.

OLEOS	MES											
	MAYO		JUNIO		JULIO		AGOSTO		SEPTIEMBRE		TOTAL	
	Tot. %		Tot. %		Tot. %		Tot. %		Tot. %		Tot. %	
RECIBIO	7	41'2	204	84'6	186	70'5	21	39'6	15	65'2	433	72'4
NO RECIBIO	1	5'9	3	1'2	3	1'1	1	1'9	1	4'3	9	1'5
NO CONSTA	9	52'9	34	14'1	75	28'4	31	58'5	7	30'4	156	25'1
TOTAL	17	100	241	100	264	100	53	100	23	100	598	100

$$\chi^2 = 59.246 \quad p < 0.0000$$

Los óleos fueron más distribuidos durante el mes de Junio (84'6%) y durante la epidemia fueron ungidos el 72'4% de los fallecidos.

Fue en el mes de Agosto cuando más se descuidó el registro de este hecho (58'5%).

TABLA Nº VIII

Relación entre el sexo y el estado civil de los fallecidos.

E. CIVIL	SEXO					
	HOMBRE		MUJER		TOTAL	
	Tot.	%	Tot.	%	Tot.	%
SOLTEROS	22	7'8	23	7'3	45	7'5
CASADOS	124	43'8	117	37'3	241	40'4
VIUDOS	15	5'7	57	18'2	73	12'2
NO CONSTA	121	42'6	117	37'3	238	39'9
TOTAL	283	100	314	100	597	100

$$\chi^2 = 21.769$$

$$p < 0.0001$$

Destacaremos una diferencia significativa existente entre el número de viudas y viudos fallecidos durante la epidemia: 13'2% de viudas frente a un 5'7% de viudos.

TABLA Nº IX

Correlación entre la causa de muerte y el estado civil de los fallecidos.

CAUSA DE MUERTE	E. CIVIL									
	SOLTEROS		CASADOS		VIUDOS		NO CONSTA		TOTAL	
	Tot.	%	Tot.	%	Tot.	%	Tot.	%	Tot.	%
COLERA	29	65'9	44	18'3	17	23'3	10	4'3	100	16'9
NO CONSTA	15	34'1	196	81'7	56	76'7	225	95'7	492	83'1
TOTAL	44	100	240	100	73	100	235	100	592	100

$$\chi^2 = 104.518 \quad p < 0.0000$$

La causa de muerte "Cólera" aparece con mayor profusión en los fallecidos cuyo estado civil era el de soltero (65'9%).

TABLA Nº X
=====

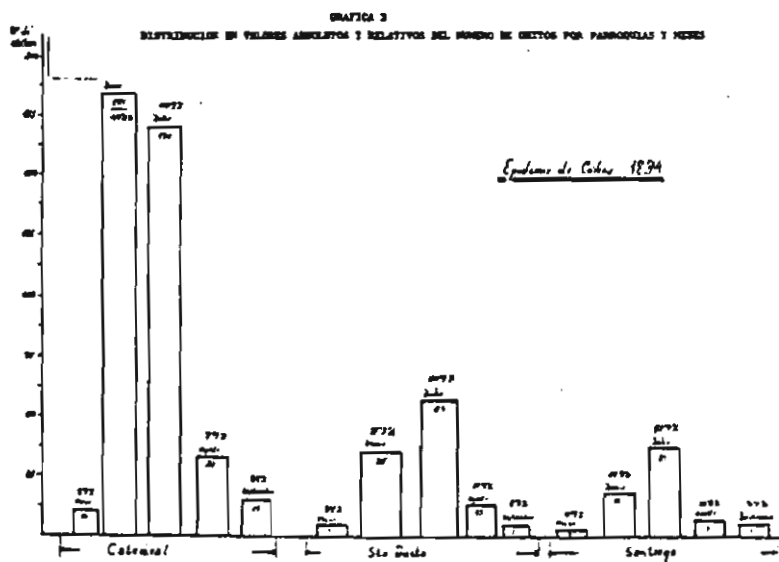
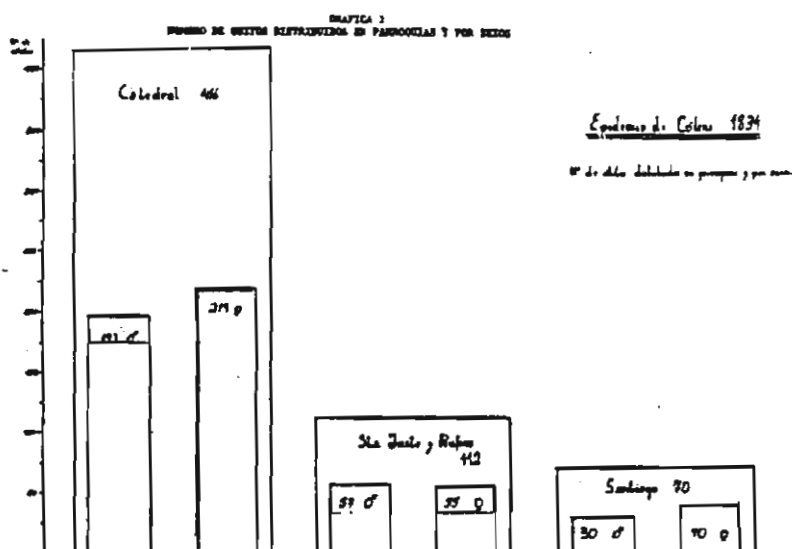
Relación entre el estado civil de los fallecidos y la recepción o no por parte de éstos de los Santos Oleos.

OLEOS	E. CIVIL									
	SOLTEROS		CASADOS		VIUDOS		NO CONSTA		TOTAL	
	Tot.	%	Tot.	%	Tot.	%	Tot.	%	Tot.	%
RECIBIO	40	88'9	233	96'7	70	95'9	89	37'4	432	72'4
NO RECIBIO	2	4'4	5	2'1	0	0'0	2	0'8	9	1'5
NO CONSTA	3	6'7	3	1'2	3	4'1	147	61'8	156	25'1
TOTAL	45	100	241	100	73	100	238	100	597	100

$$\chi^2 = 264.929 \quad p < 0.0000$$

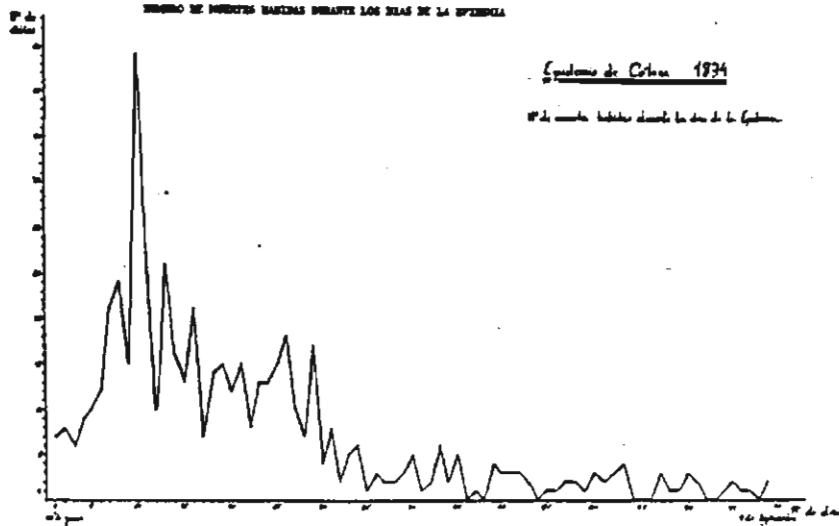
La mayoría de los fallecidos casados, el 96'7%, recibió los Santos Oleos.

En el 61'8% de los fallecidos no consta ni su estado civil ni si recibió o no los Santos Oleos.



GRÁFICA 3

MOVIMIENTO DE FUENTES MARINAS DURANTE LOS SEÍAS DE LA EFRENCIA



LA EPIDEMIA DE CÓLERA MORBO DE 1834 EN LA CIUDAD DE ORIHUELA. APECTOS SANITARIOS Y CONSECUENCIAS SOCIO-ECONÓMICO- RELIGIOSAS.

Valoria Martínez. A.

Hospital General. Orihuela (Alicante).

INTRODUCCION

El tema de mortalidad epidémica es fundamental en el estudio de cualquier sociedad. El análisis del agente etiológico y sus manifestaciones nos ayudan a conocer las diferentes etapas por las que ha pasado el saber científico-médico llegando así a una mayor comprensión de la situación socio-sanitaria actual.

Estudios anteriores al realizado y que de alguna manera quedan conectados con éste son los de Ayala y cols., de las distintas epidemias de Cólera Morbo habidas en la región murciana durante el siglo XIX; el de Pérez-Mateo Regadera, sobre le epidemia que asoló Alicante y su provincia en 1855, y el de Badenes Martín que trata sobre la tercera gran oleada de Cólera Morba (C.M.) que tuvo lugar en 1885 y en la que se resalta la labor de Ferrán y se realiza el estudio epidemiológico para Castelón y su provincia.

En nuestro trabajo trataríamos de ampliar los estudios que se han hecho sobre los estragos que realizó el Cólera Morbo a lo largo del siglo pasado en el litoral levantino español.

MATERIAL Y METODO.-

Para alcanzar a conocer como "encajó" la sociedad oriolana, en sus distintos estamentos y aspectos, la Epidemia que nos ocupa, hemos realizado la recogida de datos en fichas, agrupadas por temas, entresacadas de distintas fuentes.

El material fundamental lo encontramos en el Archivo Municipal de Orihuela, donde se encuentran dos Legajos que recogen las vicisitudes de la Junta de Sanidad nombrada al efecto, ateniéndose a la Real Ordenanza de 27 de marzo de 1834. Así pues tendríamos:

- Archivos:

* A.M.O., Legajo nº 1243.

* A.M.O., Legajo nº 1244.

- Fuentes impresas:

* Boletines nums. 2, 3, 4, 5, 6, 7 y 8 de la Junta de Sanidad de Orihuela, impresos entre el 10 de julio y el 22 de agosto de 1834.

* Bandos de la Junta de Sanidad de Orihuela.

* Bandos de la Junta de Sanidad de Murcia.

RESULTADOS.-

El comienzo de la epidemia resultó ser bastante insidioso, con titubeos y recelo por parte de los facultativos a reconocer la existencia de enfermos de cólera.

Ya el 12 de junio de 1834, D. José Soler pone en conocimiento del Ayuntamiento, las noticias que le han llegado sobre la posible infectación de la ciudad de Murcia por personas que provenían de Puerto Lumbreras e inmediaciones.

El Ayuntamiento apercibió a los médicos para que informaran sobre la existencia de Cólera en alguno de sus pacientes bajo multa de 20 ducados.

El 18 de junio, ante la sospecha de fallecimiento por C.M. se ordenó la autopsia del finado, tras cuyo informe la Junta de Sanidad de Orihuela ofició al Sr. Gobernador Civil de la Provincia y a la Junta Superior de Valencia, la declaración del C.M. en la ciudad.

MEDIDAS TOMADAS. CORDÓN SANITARIO.-

Ateniéndose a la circular de la Excm. Junta Superior de Sanidad de Valencia del 26 de noviembre de 1833, se establecen las Juntas Parroquiales, oficiándose a sus Párrocos Presidentes para que las reúna con celeridad e informen sobre las ausencias legítimas con el fin de que sean renovadas.

Se acuerda también el establecimiento de apostaderos en las distintas entradas de la ciudad, con el fin de controlar los accesos y salidas de la misma.

A consecuencia de la deserción de individuos de la Junta de Sanidad de Orihuela, así como de las distintas Juntas Parroquiales y en general de la salida masiva de las clases pudientes, se acuerda oficiar al Sr. Gobernador Civil para que tome medidas a fin de asegurar la asistencia a la ciudad, reservándose el establecimiento de multas u otras penalizaciones.

El Cordón Sanitario de la Ciudad quedó al mando del Teniente Coronel D. Antonio Marzo, según Oficio fechado el 22 de junio de 1834. El comandante del Cordón editó un bando sentando las bases que lo regirían, indicando días de mercado, medidas higiénico-sanitarias y prohibiendo la especulación al congelar los precios de los alimentos. La línea divisoria de la ciudad y provincia de Murcia quedó al mando de D. León Sánchez. Asimismo la Junta de Sanidad de Orihuela aprobó el presupuesto del cierre de Portillos de la ciudad por un costo total de 2.160 reales de vellón y la elección de diputados para la custodia de los mismos.

MEDIDAS ECONÓMICAS.-

El Ayuntamiento debe afrontar una serie de gastos que no tenía presupuestados. Por ello solicitó una moratoria del pago de las contribuciones al Intendente de Valencia, así como el devengo de la administración de cautivos y huérfanos ante el apercibimiento del Juez Privativo del ramo de Amortización, Sr. D. Antonio González Moreno, llegándose a elevar una súplica a S. M. la Reine Gobernadora para obtener algún alivio en el pago de las Reales Contribuciones y Subsidio de Comercio.

El Ayuntamiento inició la recaudación de fondos desviando 16.000 reales de vellón que había recaudado procedentes de la Universidad y los Toros. Además abrió una suscripción popular con la que en principio pensaba cubrir gastos pero dada la gran emigración de gentes pudientes, las ayudas económicas voluntarias fueron sustituidas

por la recaudación de donativos forzosos que en algún caso supuso la iniciación de contenciosos por parte de los particulares o de sus administradores.

Es de hacer notar el esfuerzo realizado por algunos monasterios y conventos de la ciudad que dotaron de raciones de alimento a los pobres de solemnidad en sus circunscripciones.

Pero la epidemia, además de la alimentación, tuvo otros gastos como fueron, el traslado de enfermos o cadáveres desde las casas hasta el Hospital, (oscilando entre 2 y 8 reales de vellón, dependiendo de la distancia y calidad del tipo de transporte), la estancia del enfermo en el Hospital (que ascendía a 13 reales) o los gastos de enterramiento (1 peseta).

Sobre los honorarios percibidos por los médicos, sabemos que uno de ellos, D. Mariano Fernández, no estuvo nada conforme con lo que cobró, según consta en una carta del mismo archivada como Oficio nº 200 en el Legajo 1244 del A.M.O.. Según esta misiva le fueron asignados 40 reales de vellón diarios y una recompensa de 400 reales, que considera insuficiente dado que su asignación diaria era comparable a las visitas que realizaba en Alicante, (de donde él se había desplazado) y "donde no exponía su existencia".

OTROS PUEBLOS DE LA ZONA.-

El cordón sanitario actuó desde su inicio con firmeza, lo que dió lugar a que el abastecimiento de nieve sufriera sus rigores incrementándose los gastos de la misma.

La Junta de Sanidad de Benejúzar solicitó el abastecimiento de nieve y harina a la de Orihuela, ya que estos artículos les han sido privados por Almoradí, al rescindir de forma unilateral el contrato de compra-venta que tenían concertado entre sí.

El Ayuntamiento y Junta de Sanidad de Callosa de Segura se quejaron del perjuicio que sobre la villa está provocando el cerco de Orihuela, ya que no se permite a los panaderos a acceder a los molinos para recoger la harina.

EL ORDEN PÚBLICO.-

Se dictaron normas para evitar los abusos en el reparto de raciones y medicamentos a los pobres y enfermos más acreditados de la ciudad.

Durante el proceso de Epidemia, la ciudad fué vigilada en sus puertas y portillos por celadores designados por la Junta de Sanidad con el fin de evitar el tránsito de personas y enseres que pudieran ser sospechosos de enfermedad.

En este sentido la parte más voluminosa en el Legajo nº 1244 del A.M.O. está dedicada a un incidente entre la Junta de Sanidad del Barrio de San Miguel de Salinas y las familias de los emigrados en la ciudad, pues la Junta consideraba legal la ocupación que estas familias habían hecho de las casas de campo de los alrededores de la barriada, teniendo lugar incluso conatos de agresión hacia las mismas. Además se debe añadir que el registro de entradas y salidas de fondos en las arcas de dicha Junta era algo turbio pues los gastos que la Epidemia originaba en la zona, eran excesivos para el número de enfermos y de habitantes registrados, haciéndoselo así saber la Junta de Sanidad de Orihuela al Sr. Cura Párroco y al Alcalde pedáneo.

ACONTECIMIENTOS RELIGIOSOS.-

El día 20 de junio tuvo lugar la primera procesión general efectuada en la ciudad bajo la advocación de Ntra. Sra. de Monserrate, con la asistencia del Ayuntamiento y gremios.

Desde la fecha citada hasta el día 17 de julio se organizaron distintas preces, teniendo lugar en esa última fecha una procesión solemne que recorrió prácticamente la ciudad portando distintas imágenes, presentando tanto las autoridades civiles como eclesiásticas, con el Obispo al frente, sus mejores galas.

Fué el 5 de septiembre cuando volvió a organizarse un acto religioso de la envergadura del día 17 con una Misa de Acción de Gracias y Tedeum, solicitados por el Ayuntamiento de la ciudad.

ASPECTOS SANITARIOS DE LA EPIDEMIA.-

Prácticamente desde el inicio de la Epidemia, todos los

facultativos hicieron notar que la enfermedad afectaba más a la gente pobre, que vivía hacinada, con mala alimentación e ingiriendo aguas infiltradas y estancadas, por lo que recomendaron siempre medidas higiénicas así como la limpieza inmediata del Río Segura y sus acequias.

El Hospital de San Juan de Dios se vió desbordado por la demanda de enfermos que a él acudían y precisó que el Hospital de la Caridad acogiese a parte de los mismos. Pese a esta medida hubo que habilitar varios locales en los que dar cobijo a los enfermos que iban llegando, entre ellos las propias cuadras del citado Hospital de la Caridad.

Hemos recogido algunos datos sobre la actuación de los médicos. Entre ellos encontramos las misivas que servían para mantener el contacto de los facultativos con la Junta de Sanidad, informando y dando cuenta de sus observaciones. Asimismo podemos seguir, de forma bastante entrecortada, la enfermedad y fallecimiento de D. Antonio Orgiles, médico que falleció por coantagio de la enfermedad y que perdió, además, a dos de sus hijos durante el transcurso de la epidemia.

Por otro lado encontramos la disputa existente entre D. Francisco San Martín y la Junta de Sanidad de San Miguel de Salinas. Al parecer el médico residía en Torremendo, aldea situada a más de 3 leguas de San Miguel, y la Junta de esta localidad disputaba con el médico su obligatoriedad de permanecer al cuidado de los enfermos de ese barrio de Orihuela a lo que el médico respondió que teniendo en cuenta la distancia entre el barrio y el lugar de su residencia, la falta de dotación económica a su actividad y el cargo que ostentaba de Director por S.M. de los Baños Minerales de Fortuna y Jefe Directo de la Junta Superior Gubernativa de Medicina y Cirugía del Reino (sin cuya orden no se le puede obligar a visitar ninguna población sana o enferma), no se sentía obligado ni con responsabilidades directas.

La demanda de médicos era tan grande que se temió que los enfermos pudieran quedar desatendidos por lo que la Junta de Sanidad de Orihuela ofició a los distintos Cirujanos, Flebotomas y Bachilleres en Medicina para que se pusieran a disposición de la

Junta a fin de que se hicieran cargo de los diferentes sectores de población a los que hubo de asistir.

La epidemia afectó al sector industrial, debido a que fueron prohibidos los vertidos de aguas procedentes del cocimiento del lino y cáñamo al río o a las acequias, "por ser perjudicial para la salud pública".

Casi desde el comienzo de la plaga la población fué informada mediante los Boletines que editó la Junta de Sanidad de Orihuela, de los que se conservan siete en el A.M.O.. En dichos boletines se explicaba a la población sobre los síntomas que caracterizaban a la enfermedad, así como los distintos cambios que ésta experimentaba en su evolución. En los boletines también se incluían consejos de carácter higiénico con los que se intentaba que el número de enfermos no aumentara. Así mismo se incluía un listado estadístico que reflejaba el número de invadidos (graves y leves), curados, muertos y enterrados. Estos boletines suelen acabar con una pequeña reseña en la que se realiza un balance económico de los gastos e ingresos generados en las arcas de la Junta de Sanidad oriolana.

Los tratamientos propuestos contra la proliferación y para la curación de la epidemia fueron muy variados a lo largo de la misma.

Como medidas profilácticas se acosnejaba la ingesta de agua con 5 ó 6 gotas "de Aceyte Vitriolo y un poco de azúcar,... y es lo que los boticarios llaman Acido Vitriolico". Se llegó a la conclusión que las hogueras aromáticas de salvia y tomillo eran de utilidad para alejar la epidemia. Se informó a la población de la conveniencia en la realización de irrigaciones en las casas de Cloruro de Cal.

Con ánimo más científico se inició un estudio sobre el supuesto poder anticolérico de la raíz llamada Aristologuia Redonda. Para ello se acudió a los Hospitales de San Juan de Dios y de la Caridad, eligiendo a cuatro enfermos con edad comprendidas entre los 8 y 38 años, cada uno con un temperamento distinto:

- Antonio Torres; 38 años. Temperamento sanguíneo.

- Manuel Albaladejo; 16 años. Temperamento nervioso-bilioso.
- Manuel Aracil; 8 años. Temperamento nervioso.
- Miguel Costa; 10 años. Temperamento linfático.

Los resultados fueron nulos, por lo que los facultativos Don Manuel Llofrín y Don Mariano Fernández llegan a la conclusión de que las virtudes de la Aristologuía Redonda son falsas.

CONCLUSIONES.-

Se puede establecer que:

- 1 - Las medidas de control comenzaron con el cierre de la ciudad mediante un Cordón Sanitario. Se cerraron las tres puertas de la ciudad y los protillos, encargándose la vigilancia de los mismos a los diputados elegidos al efecto.
- 2 - La actividad religiosa sufrió un incremento notable durante todo el tiempo que duró la epidemia. Rogativas; rosarios multitudinarios; novenas; procesiones y el 5 de septiembre Solemne Tedeum con Misa de Acción de Gracias, convocado por el propio Ayuntamiento.
- 3 - Las familias pudientes emigraron de la ciudad hacia zonas más sanas, lo que provocó la instauración de un "Donativo Forzoso" para ayudar a sufragar los gastos de la epidemia.
- 4 - La Junta de Sanidad de Orihuela acordó permitir la actuación de los Bachilleres en Medicina con gran previsión pues pronto se hizo notar la gran demanda de facultativos, tanto por el déficit general que de ellos había como por la deserción de que algunos hicieron gala.
- 5 - La industria del lino sufrió un revés importante pues la fase de cocimiento de la fibra se vió reducida al no permitir que las aguas procedentes del mismo se abocasen a las acequias o al río, por ser perjudicial para la salud pública.
- 6 - La población fué informada mediante la edición semanal de un boletín en que se recogían las distintas incidencias provocadas por la Epidemia.

7 - Se intentó la curación por distintos médicos: ingesta de Acido Vitriólico, realización de hogueras aromáticas con salvia y tomillo para ahuyentar miasmas, o la administración bajo control facultativo de la raíz de Aristologuia Redonda, que no tuvo el éxito esperado.

BIBLIOGRAFIA.

Ayala, J.A. Aspectos sociales de la epidemia de cólera de 1834 en Murcia; en Torres Fontes, J. De Historia Murciana. II Las Epidemias. Edit.: Academia Alfonso X El Sabio. Murcia. 1981.

Badenes, J. La Epidemia de Cólera de 1885 en la Ciudad de Castello. Tesis de licenciatura inédita, de la Facultad de Medicina de Alicante. 1984.

Brines Blasco, J. "La epidemia de cólera de 1834 en la ciudad de Valencia", en Estudios dedicados a Juan Peset Alexandre. Valencia, 1982.

Granjel, L. El Cólera y la España Ochocentista. Barcelona. 1980.

Madoz, P. Diccionario geográfico-estadístico-histórico de Alicante, Castellón y Valencia. Valencia. 1982.

Marset, P. Aspectos sanitarios de Murcia en los siglos XVIII y XIX. Una aproximación. Edit.: Instituto "Jerónimo Zurita" (C.S.I.C.); en Cuadernos de Historia, tirada aparte del Tomo X (1983).

Pérez-Mateo Regadera, M. La epidemia de cólera de 1854 en la ciudad de Alicante. Tesis de licenciatura inédita, de la Facultad de Medicina de Valencia. 1971.

Peset, M. y J.L. Muerte en España. Edit.: Sanitarios y Ediciones S.A. Madrid. 1972.

Vilar, J.B. Orihuela Contemporánea. Edit.: CAAM. Murcia. 1982.

SOBRE LOS INICIOS DE LA ENSEÑANZA DE LA MEDICINA LEGAL EN ESPAÑA: LAS LECCIONES DE RIBES EN SAN CARLOS

Martínez Pérez, J.

Unidad docente de Historia de la Medicina. Facultad de Medicina de la Universidad Complutense. Madrid.

Para acceder al completo conocimiento de la actividad científica desarrollada en torno a cualquier disciplina médico-quirúrgica en un momento y lugar determinados, se hace necesario abordar el estudio de la forma en que se llevaba a cabo la enseñanza de la misma en las distintas instituciones dedicadas a la formación de médicos y cirujanos. Es mi intención mostrar a continuación la manera en que se realizaba la docencia teórica de la Medicina Legal en una de estas instituciones -el Colegio de Cirugía de San Carlos- y en una etapa muy concreta de su historia: la que se sitúa a caballo entre los siglos XVIII y XIX.

El vehículo principal de que me voy a servir para ello es un volumen manuscrito, conservado en la Biblioteca de la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense, que lleva por título Afectos Externos explicados en el Colegio de San Carlos de Madrid por Dn. Josef Ribes. Está fechado en 1798, consta de 478 páginas y corresponde a los apuntes de las explicaciones de clase dadas por el Catedrático de Afectos Externos, el cual tenía a su cargo la exposición de la Cirugía Forense. Antes de ocuparme de sus contenidos, y al objeto de contextualizarlos, me referiré brevemente a la situación que la disciplina médico-legal ocupaba en los planes de estudios del Colegio en el momento en que fueron explicadas las lecciones que recoge el manuscrito.

A) EL COLEGIO DE SAN CARLOS Y LA MEDICINA LEGAL.

a) Primera etapa (1787-1795)

El 1 de octubre de 1787 era inaugurado el Real Colegio

de Cirugía de San Carlos. Tras muchos años de esfuerzos podía por fin abrir sus puertas e iniciar sus actividades (1). La erección del Colegio tiene su origen en la política universitaria de Carlos III. Ya desde los primeros años de su reinado "se perciben claros deseos de mejora de las universidades" (2). El nuevo monarca pone en marcha casi de inmediato la reforma de las mismas. Reforma que, en palabras de M y J.L. Peset

"no es un programa sistemático llevado a la realidad desde el poder. Son unas ideas genéricas, un ambiente y el firme convencimiento de que había que transformar las universidades" (3).

Pero la tarea no es fácil. Es preciso

"destruir fuerzas y realidades, abusos y corruptelas arraigados desde siglos" (4).

Las universidades se hallan ancladas en el pasado y resulta difícil modernizarlas. De ahí que

"Las nuevas ciencias por que claman los ilustrados -ciencias útiles- no suelen tener cabida en ella, aun cuando se reformen" (5).

Por ello, los logros de la reforma universitaria emprendida por Carlos III se manifestaron con más intensidad en lo relativo a la disminución del poder de los colegios mayores y al fortalecimiento del poder central, que en lo referente a los currícula vigentes en las distintas facultades. Los nuevos planes, siempre según M. y J.L. Peset

"han de conformarse con renovar un tanto el trazado antiguo; procurar mejores textos y más modernos, introducir aquí y allá algún atisbo del nuevo mundo científico, surgido en los siglos XVII y XVIII en Europa" (6).

Pocas posibilidades había, pues, de que la Medicina renaciera como "ciencia aplicada" en el seno de unas universidades que representaban

"un saber antiguo, teórico, escolástico en último término. Un saber puro de ideas y universales, poco

preocupado de objetos concretos y empíricos" (7).

Sin embargo, en la segunda mitad del Setecientos español, un determinado grupo de hombres, a los que Sarrailh ha denominado "la minoría selecta", va a representar un

"un espíritu nuevo que, desde Madrid y las grandes ciudades, se difunda hasta las partes más retiradas del país" (8).

Un espíritu que va a estar caracterizado por:

"El afán de lograr el progreso material y las comodidades de la vida, la curiosidad por las nuevas ciencias, la aptitud para meditar sobre los problemas hasta entonces ignorados o vedados" (9).

Los ilustrados de la España de Carlos III que integraron esa "minoría selecta" puede que no constituyeran una auténtica burguesía como la existente en Francia o Inglaterra, ahora bien, fueron poseedores de una mentalidad preliberal que les condujo a interesarse por las "ciencias útiles". Esta incipiente burguesía aspirante al poder, ha de buscar nuevos cauces, ajenos a la inmovilista Universidad, por medio de los cuales introducir la nueva ideología en la sociedad españolas. Academias, sociedades científicas y económicas, asumen la tarea de enseñar y difundir los nuevos saberes. En el caso de la Medicina ese papel fué desempeñado en gran medida por los colegios de cirugía.

Erigidos para proporcionar cirujanos a la Armada -el de Cádiz- y al Ejército -el de Barcelona-, sus resultados fueron pronto apreciados por el poder regio. La Cirugía no sólo era una buena muestra de los logros que podían alcanzarse con las "ciencias aplicadas", sino que, asimismo, se mostraba como una actividad de gran utilidad para un Estado en que sus gobernantes, amparados de ideología ilustrada, valoraban enormemente el pragmatismo de cualquier actividad. La utilidad de la Cirugía para la monarquía se hallaba fuera de duda y convenía fomentarla y llevar sus resultados a todos los rincones de la nación. De ahí la necesidad de crear un Colegio dedicado exclusivamente a la formación de cirujanos destinados a

ejercer en los pueblos y ciudades del reino, papel que la correspondería jugar al de San Carlos.

Los colegios de Cirugía se presentaban, pues, como una alternativa de primer orden a la anquilosada docencia universitaria. Además, al tratarse de unas instituciones de nuevo cuño, el control de las mismas era mucho más fácil para el poder regio. Y es que, como ha señalado Burke,

"La relación entre los ilustrados y la Corona es esencial para explicar las reformas de la España dieciochesca, pues, en algún grado, cada uno al mismo tiempo, estuvo de acuerdo con el otro y utilizó al otro. Mientras los reformadores miraron a las instituciones tradicionales como bastiones de mentalidad cerrada, la Corona también usó a ellas como barreras para el incremento del poder real. Así, los reformadores y los funcionarios reales trabajaron - mano a mano en la creación de nuevas instituciones que debían promover modernas ideas y limitar la autonomía de cuerpos tradicionales. Como resultado, la reforma en España fué virtualmente sinónimo de influencia real, particularmente en educación y profesiones liberales" (10).

Los cirujanos, por su parte, no hicieron ascos a la nueva situación. Los colegios de cirugía podían ser la herramienta que, convenientemente utilizada, les permitiría mejorar su posición social, acercándola a la de los médicos. Por todo ello,

"la reforma médica estuvo íntimamente ligada a la edad en que ocurrió, y el tipo de reforma representada por el Colegio de San Carlos fué la esencia de la Ilustración a los ojos de los propios ilustrados" (11).

Pero si bien San Carlos, según ha señalado el propio Burchke,

"se hallaba implicado en los continuos esfuerzos

para reformar la profesión médica en conjunto, sus principales contribuciones a la cirugía española (...) fueron académicas. Su moderno curriculum, que sirvió como modelo en otras partes, garantizó que sus graduados deberían estar familiarizados con los últimos conocimientos médicos" (12).

Sorprende por ello que las Ordenanzas encargadas de regular la actividad académica del Colegio en su primeros años de vida, no digan ni una palabra sobre una disciplina que se hallaba en alza en aquellos momentos: la Medicina Legal (13). La ausencia de esta norma en las normas que establecían el plan de estudios que había de seguirles en San Carlos, resulta aún más llamativa si consideramos que, como señaló Puig en 1790,

"sus preceptos y reglas -los de la Medicina Legal- interesan demasiado al Estado, por cuyo motivo nuestro Católico Monarca por Real resolución de 30 de septiembre de 1786 mandó que se leera este tratado en la Escuela de Barcelona" (14).

En efecto, la Medicina Legal resultaba muy útil para un déspota ilustrado como fué Carlos III. Guardián de la felicidad de sus ciudadanos, de una pública felicidad que, como ha expuesto Maravall, significaba para la España de la Ilustración

"no otra cosa que la paz y sosiego que un Príncipe o Ministro sabio y amante del bien, procura a su pueblo en cuanto le sea posible, previniendo y alejando de él los desórdenes que teme y remediando lo sucedido; manteniendo no sólo en salvo, sino en paz la vida, el honor y las haciendas de cualquier súbdito, por medito de una puntual y exacta justicia" (15),

el rey se encuentra obligado por ello a mantener el orden y a aplicar correctamente la justicia. Para ambos fines, la Medicina Legal resulta sumamente útil, y la Real resolución a que se refiere Puig es una buena muestra de cómo Carlos III era consciente de ello. ¿Cómo explicar pues la ausencia de la Medicina Legal en las Ordenanzas de San Carlos?, ¿debemos creer que tan, para los ilustrados, importante disciplina,

no era tomada en cuenta en la formación de unos cirujanos de los que tanto esperaba el monarca?. Realmente, el hecho de que la Medicina legal estuviera ausente de las Ordenanzas del Nuevo Colegio, no quiere decir que la disciplina estuviera ausente del currículum de San Carlos. Unicamente establece una diferencia cualitativa con respecto a la Escuela de Barcelona, en cuanto a la manera de concebir la asignatura. Ello se deriva fundamentalmente de la formación del autor de las Ordenanzas de San Carlos: Antonio Gimbernat (16). Este fué comisionado por Carlos III, junto a Mariano Rivas, para viajar París, Londres, Edimburgo y Leiden, al objeto de conocer la forma de enseñar la cirugía en Francia, Gran Bretaña y Holanda. La influencia de Boerhaave en los métodos de enseñanza de estos países era notoria, y las Ordenanzas del Colegio de Madrid reflejarán la asimilación por parte del autor de las mismas del método de enseñanza impuesto por el holandés. En estos países la Medicina Legal no era explicada como un cuerpo de doctrina propio (17). Por ello, los aspectos fundamentales de la disciplina eran explicados por los catedráticos

"cuando llegaban á las materias que tenían relación directa con ellos: y por consiguiente la cirugía se daba distribuida entre las diferentes asignaturas del Colegio" (18).

Los maestros de San Carlos manifestaron siempre su rechazo a que los saberes médico-legales se explicaran como una asignatura propia. Ya en 1789 escribían lo siguiente con respecto a un plan de estudios propuesto por Pedro Custodio -Primer Cirujano de S.M. y Presidente de los colegios de Barcelona y Madrid- para la enseñanza de la Cirugía en la Escuela barcelonesa:

"La Cirugía forense o arte de declarar a los Jueces para varios fines la gravedad de ciertas enfermedades quirúrgicas, son tampoco ha menester una asignatura aparte, porque los miembros interesados en semejantes enfermedades y los riesgos que éstas inducen, son jurisdicción del Porfesor de ellas, y es de su obligación exponerlo todo con claridad y buen método:

de suerte que al acabarse la clase de enfermedades quirúrgicas, una lección sola basta para instruir a los Discípulos aprovechados en el modo en que deben arreglar la formalidad de sus declaraciones, o de posiciones judiciales, las que nos ofrecen asuntos para ocupar tiempo sensible en la instrucción quirúrgica" (19).

No puede decirse, pues, que los alumnos de San Carlos terminaran sus estudios desconociendo completamente los saberes médico-legales, como podría afirmarse si nos atuviéramos únicamente a lo que se expresa en la Ordenanzas de 1787; ocurre, eso sí, que la Medicina Legal no se concibe como un cuerpo de doctrina propio, sino como la suma de saberes referentes a distintas disciplinas médico-quirúrgicas que el cirujano debe conocer para que en determinados momentos, cuando la autoridad judicial le pide una declaración relacionada con dichos saberes, sepa responder adecuadamente.

La ausencia de referencia explícita a la Medicina Legal en las Ordenanzas de 1787, no puede valorarse, por tanto, como una falta de interés o desprecio hacia la disciplina por parte de los profesores de San Carlos. Se concede importancia a la buena práctica médico-forense, lo que se demuestra también en el hecho de que dos juntas literarias del Colegio fueron dedicadas a Observaciones sobre las cautelas que deben tener los principiantes en las declaraciones judiciales, pero la valoración que de ella hacen los catedráticos es la de que se trata de una actividad del cirujano secundaria a la que le es propia primariamente la asistencia a enfermos afectados de dolencias cuya terapéutica corresponde propiamente al quehacer quirúrgico (20).

b) Segunda etapa (1795-1804).

El 13 de octubre de 1795 los maestros de San Carlos fueron obligados a explicar la disciplina de formadiferente a como la habían estado haciendo hasta entonces. En efecto, contrariamente a su voluntad, fueron impuestas en San Carlos los Ordenanzas elaboradas para el

Colegio de Barcelona (21).

Nuevamente se manifiesta, pues, la tendencia a la uniformidad y centralización del absolutismo ilustrado. Ahora bien, como ha expresado Burke, con respecto a las antiguas Ordenanzas,

"La mayoría de los cambios fueron administrativos. El plan de estudios, la meta de los esfuerzos de Gimbernat para mejorar la Cirugía, permanecieron leales a sus principios" (22).

Esta afirmación del autor norteamericano, que en líneas generales se corresponde con la realidad, pierde su veracidad en lo referente a, al menos, un aspecto del nuevo curriculum. En efecto, las Ordenanzas de 1795 establecían que la Medicina Legal, bajo el nombre de Cirugía Forense, debía explicarse como un cuerpo de doctrina propio. En los nuevos estatutos puede leerse que

"será obligación del mismo -del Catedrático de Afectos Quirúrgicos- intruir á sus discípulos en el método de hacer las relaciones forenses ó judiciales sobre los casos pertenecientes á esta asignatura, extendiéndose á dar algunas nociones sobre el método con que deben hacerse las que sean relativas á otras materias, y merezcan particular atención, que es lo que se llama Cirugía Forense" (23).

Como textos

"que ha de seguir este profesor en sus lecciones (...) para las relaciones judiciales se valdrá de la Cirugía forense de Vidal, del tratado de Devaux, de las Qüestiones Médico-Legales de Pablo Zachias, de las obras de Bohn, y en particular de la intitulada de renuntiationen vulnerum, y de la colección de opúsculos sobre esta materia hecha por Traugott" (24).

Recomendación, pues, de seguir a los clásicos de la disciplina, si bien, como veremos, el autor seguido en las clases fué uno que no figura entre los mencionados.

Las Ordenanzas especificaban también cuándo y quiénes debían asistir a las clases:

"Las lecciones de tumores, heridas ordinarias y de armas de fuego, y las relaciones judiciales, se tendrán desde primeros de octubre hasta el último de enero, de tres á quatro de la tarde; (...) y concurrirán á unas y a otras lecciones por obligación los estudiantes de tercero y quarto año" (25).

La Cirugía Forense ocupaba, por tanto, una parte más entre las clases que el Catedrático de Afectos Quirúrgicos estaba obligado a explicar.

El profesor encargado de enseñarla entre 1795 y 1804 -año en que entraron en vigor otros estatutos en San Carlos- fué, salvo en el período durante el cual el Colegio formó parte de la Facultad reunida (1799-1801), en que la disciplina estuvo a cargo de Eugenio de la Peña -Catedrático de Fisiología-, José Ribes y Mayor (26).

La existencia en la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de un volumen manuscrito que corresponde a unos apuntes tomados de las clases de Ribes, hace posible el que podamos conocer la manera en que la Medicina Legal era expuesta a los alumnos del Colegio de Cirugía de San Carlos en estos primeros pasos de la disciplina por los curricula españoles.

c) El manuscrito que contiene las lecciones de Ribes.

El volumen consta de 478 páginas, de las cuales cuatro se hallan numeradas con signos romanos, iniciándose en la I y terminando en la VIII esta forma de numeración, observándose visiblemente que han sido arrancadas las hojas que corresponden a las páginas III a VI. La VII contiene lo que podíamos denominar portada, en la que puede leerse: Afectos Esternos esplicados en el Real Colegio de San Carlos de Madrid por Dn. Josef Ribes. Año de 1798 (27). A continuación de ello se lee: fabian aguado. Este último nombre vuelve a aparecer en la última página -la 474- en la que se lee: "Soy de Fabian Aguado". Natural de la Villa de Torija, y residente en Madrid en Casa de Don

Joseph Becerrill". Con toda probabilidad, Fabian Aguado no sólo era el propietario del manuscrito, sino también su amanuense. La ortografía del texto es pobre, de la misma forma que el lenguaje utilizado. La mala construcción de las frases indica que fueron escritas a vuelapluma, sin que el autor tuviera tiempo de reflexionar para elaborarlas correctamente. Puede deducirse de todo ello, que el texto fué escrito directamente a partir de lo que Ribes iba exponiendo en sus clases. Creo, pues, que la autoría del manuscrito no ha de asignarse a Ribes, sino a un alumno, lo más probable al propio Fabián Aguado.

La parte del manuscrito correspondiente al texto en que se expone el contenido de las lecciones, ocupa las 462 primeras páginas numeradas con signos árabes. El Tratado de la Cirugía Forense, como es denominada la parte del manuscrito dedicado a la Medicina Legal, se inicia en la página 434 y concluye en la 462, en la que, asimismo, finaliza la exposición de las lecciones. Las que restan hasta la 468 están ocupadas por el índice, y hasta la 473 están en blanco. De ello se deduce que el Tratado de la Cirugía Forense ocupa aproximadamente un 6% del volumen del texto manuscrito, de lo que, asimismo, puede deducirse, que Ribes dedicaba aproximadamente el mismo porcentaje de sus lecciones entre octubre y enero, a la exposición de los saberes médico-legales.

Al objeto de mostrar la manera en que los alumnos de San Carlos accedían a los saberes médico-legales, me ocuparé, en primer lugar, de señalar el modelo que, en mi opinión, sirvió a Ribes para elaborar sus clases, y, en segundo lugar, me referiré a los contenidos y orden expositivos que, según el texto del manuscrito, debía seguir Ribes en sus clases.

1.- El modelo.

Creo que la obra que debe considerarse como modelo de las lecciones que sobre Cirugía Forense exponía Ribes en San Carlos, es Elementa medicinae, et chirurgiae forensis de J.J. Plenck (28). Corbella ha señalado a esta obra como una de las más famosas entre las muchas escritas sobre temas médico-legales en el siglo XVIII, período que él mismo denomina "de maduración" de la disciplina (29).

Ribes, por otra parte, podía disponer ya en 1796, de

la versión en castellano de la célebre obra de Plenck, lo que sin duda facilitó que el Catedrático de Afectos Quirúrgicos optara, a la hora de preparar sus clases, por una obra que, además de tener prestigio internacional, presentaba la ventaja de ser fácilmente manejable (30).

La similitud en el orden expositivo entre los Elementa y el Tratado de la Cirugía Forense del manuscrito de Aguado es más que notoria. Para la explicación de la disciplina, Ribes procedía, en primer lugar, a dar una serie de generalidades sobre la misma. Comprendían éstas la definición de Cirugía Forense y un comentario sobre las características que debían adornar a quien tuviera que realizar una peritación médico-forense. A continuación, se ocupaba del exámen de las distintas cuestiones que son propias de la disciplina. Para ello las dividía en cuatro bloques según el Fuero jurídico - Criminal, Civil, Canónico o Político- que se ocupara de ellas.

Plenck, por su parte, tras un capítulo inicial titulado "De la Medicina forense en general", en que, al igual que Ribes en sus clases, definía la disciplina y daba recomendaciones sobre el tipo de profesor que debía encargarse de las peritaciones médico-forenses, se ocupaba sucesivamente de las cuestiones médico legales del "Foro criminal", de las del civil, de las del canónico y, por fin, de las del político, donde exponía la Policía Médica.

El parecido, pues, resulta evidente, pero aún se hace más notable, si lo que comparamos es uno de los grandes apartados de Plenck, por ejemplo e dedicado a las "Questiones del Foro criminal", con el contenido de las exposiciones de Ribes dedicadas a los mismos asuntos. Plenck se ocupa sucesivamente de : inspección legal del cadáver; señales de muerte violenta por herida, por contusión, por ahorcamiento, por ahogamiento, por sofocación, por asfixia, por no haber atado el cordón umbilical, por frío, por hambre, por despreñar la debilidad, y por combustión; de las señales del aborto provocado; de los sujetos aptos para sufrir tortura; de la pena corporal; y, por fin, de los atenuantes del delincuente. Ribes, por su parte, examina también sucesivamente: 1.- Inspección legal de un herido; 2.- Inspección legal de un cadáver; 3.- Formas de muerte violenta, en las que expone

los casos de muerte por contusión, herida, ahorcamiento, ahogamiento, sofocación y envenenamiento; 4.- Suicidio, 5.- Infanticidio; 6.- Aborto; y 7.- Contraindicaciones médicas de la totura.

Dejando a un lado la extensión que los autores dedican a cada una de las partes, en general mayor en el caso de Plenck, y atendiendo únicamente al orden descriptivo, la similitud entre el autor austríaco y el español es más que evidente. Ribes, sin duda debido a que en España estaba legislado que cuando un cirujano atendiera a un individuo herido violentamente debía avisar a la justicia, dedica, a diferencia de Plenck, una capítulo a la forma de comportarse en estos casos. El austríaco, por su parte, dedica un último capítulo a los atenuantes del delincuente, que está ausente en el manuscrito sobre las lecciones de Ribes.

La dependencia del profesor de San Carlos con respecto a Plenck resulta aún más palpable si comparamos párrafos del libro del vienés con otros del manuscrito. Por ejemplo, refiriéndose a las señales de los ahorcados en vida, Plenck dice lo siguiente:

Las generales son: 1 La lengua hinchada, amoratada, cogida entre los dientes, y algunas veces herida por ellos. 2 Una espuma sanguinolienta que se advierte en la boca y fauces, y algunas veces sale por las narices un moco sanguinoliento y espumoso. 3 Los ojos hinchados y medio cerrados. 4 La cara, el cuello, y los labios hinchados, amoratados ó negros. 5 En los hombres el escroto está como magullado, y el miembro rígido. 6 El cuerpo está rígido, las extremidades y los dedos contraídos y alguna vez amoratados. 7 Hay algunas señales de haber arrojado semen, orina, ó excremento. 8 Los pulmones se hallan dilatados por el ayre, y los vasos aéreos llenos de una sangre espumosa. 9 Algunas veces se rompen los vasos de la cabeza. 10 Los intestinos delgados a veces están muy rubicundos" (31).

El catalán, por su parte, comentaba en clase que

"Los que mueren ahorcados tienen la lengua inchada,

cardena, y comunmente entre los dientes echan una vava sanguinolenta y algunas veces un moco de la misma especie los ojos inchados de un color obscuro los lavios y cuello inflamados y cardenos, el cuerpo rijido, el escroto acardenalado y por lo regular hai erección del pene, algunas veces hai expulsión de orina, semen y escrementos los pulmones distendidos los vasos vesiculares llenos de sangre espumosa y algunos vasos rotos en la cavidad del craneo"(32).

La similitud entre uno y otro párrafo es obvia. Da la impresión de que Ribes, más que exponer un tema, hubiera leído en clase el tesxto de Plenck.

Podemos decir, pues, para concluir, que los Elementa de Plenck fué el libro que sirvió de guía para la formación de varias generaciones de cirujanos que estudiaron en San Carlos y que ejercieron su profesión a lo largo de, aproximadamente, el primer tercio de nuestro siglo XIX.

2.- Los contenidos.

Para iniciar sus explicaciones sobre la disciplina, Ribes, en primer lugar, exponía, como dijimos, una serie de generalidades sobre la misma que incluían la definición de Cirugía Forense que reproduzco a continuación:

"Es una parte de la Cirugía que nos da reglas para averiguar los casos legales por los medios, medicos y cirúrgicos que es como si digeramos que es un tratado medico chirurgico para defender la salud publica" (33).

Comenzaba Ribes, por tanto, sus lecciones, mostrando, valiéndose de la definición, dos características que hacían de la Cirugía Forense una disciplina muy valorada entre los ilustrados. En primer lugar, al presentarla como una disciplina que proporciona las pautas para resolver determinados problemas judiciales mediante los saberes médicos y quirúrgicos, Ribes estaba haciendo notar el carácter de "ciencia aplicada" que la disciplina posee. De otro lado,

el Catedrático de San Carlos, al señalar que el objeto de la disciplina es el de defender la salud pública, está destacando su condición de "ciencia útil".

Tras finalizar las generalidades comentando cómo el individuo encargado de la realización de los peritajes ha de ser "aprobado y de buenas costumbres" (34), inicia la exposición de las cuestiones médico-legales dependientes del Fuero Criminal. Comprenderían éstas, todas las "relaciones que deve hacer el Cirujano despues de haverle presentado un ombre vivo o muerto, el qual haya recibido algun daño sea del modo que sea" (35). En primer lugar se ocupa de la situación en que el sujeto estuviera vivo. En tal caso el

"el Cirujano deve emplear los medios para que no muera y devera socorrer a el enfermo, haviendo alguna persona de Justicia delante. Si la erida no tiene emorragia esperaremos que venga la Justicia, pero si tiene hemorragia no devemos esperar nada: La asistencia de Cirujano sin que haya de Justicia delante lo haremos en los casos siguientes; Primero, por hemorragia, Segundo por desmayo, por lipotimia por algun veneno" (36).

Además:

"devemos informarnos en que paraje ha sido herido y lo apuntaremos en un papel; si es en alguna cavidad diremos si es o no penetrante y que partes hay heridas. Si el sujeto habla nos dira como se llama y le preguntaremos si se caio o le dieron con mano hairada, si no havla preguntaremos a los interesados, y todo lo hiremos apuntando" (37).

Ya desde la primera lección, Ribes muestra varias de las características fundamentales de sus clases. De un lado, el pragmatismo. No duda en abandonar la tutela de Plenck con tal de ilustrar a sus alumnos sobre la forma de comportarse ante un tipo de casos al que, sin duda, habrán de enfrentarse nada más comenzar a ejercer. Una segunda característica es la prudencia. Ribes hace siempre hincapie

en la actitud cautelosa que ha de regir en todo cirujano que se enfrente ante cualquier cuestión médico-legal. Sabe que el honor del cirujano puede quedar en entredicho si emite juicios a la ligera y por ello recomienda a sus alumnos que vayan apuntando todo cuanto puedan observar. La tercera característica es la brevedad. Ribes se limita a dar unas pautas generales, unas normas de conducta, que acompaña de algunos datos fundamentales sobre la cuestión de que se trate al objeto de facilitar un hipotético peritaje.

Después de haberse ocupado de la actitud del cirujano en caso de peritaje sobre un sujeto vivo, Ribes explicaba la manera de comportarse ante un cadáver. En primer lugar el Catedrático recomendaba asegurarse de si se puede o no inspeccionar. La putrefacción del cuerpo sería causa excluyente de inspección cadavérica por ser causa de error. Nuevamente Ribes aconsejaba prudencia y esta misma actitud la mantenía al señalar que, en caso de ser viable la inspección, previamente a ésta es preciso cerciorarse de que realmente el individuo está muerto, para lo cual daba las correspondientes pautas. Muestraba a continuación la forma de llevar a cabo la inspección externa y, después, se ocupaba de la manera de practicar la inspección interna del cadáver.

Pasaba a ocuparse a continuación de los distintos tipos de muerte violenta. En primer lugar exponía la muerte causada por heridas, proporcionando una clasificación de las mismas que divide en: necesariamente mortales, no necesariamente mortales o mortales ut plurimum y mortales por accidente. Posteriormente analizaba el homicidio por contusión, dedicando las primeras líneas a exponer el mecanismo fisiopatológico por el que se produce la muerte en cada uno de los tipos. A continuación se ocupaba sucesivamente de las señales que permiten diagnosticar los casos de ahorcamiento, ahogamiento y envenenamiento, proporcionando en este último apartado una clasificación de los venenos y de la forma de hacer los pronósticos sobre los envenenamientos. El suicidio y el infanticidio eran los siguientes temas de las lecciones de Ribes. Daba las definiciones de ambos y los distintos tipos de ellos. El Catedrático terminaba la exposición

de las cuestiones relativas al Foro Criminal, refiriéndose muy superficialmente - prácticamente era una simple mención- a la actividad del cirujano como perito en los casos de tortura, en donde tenía que decidir si un reo podía ser sometido ella.

Las siguientes cuestiones de que Ribes se ocupaba en sus clases eran las relativas al Fuero Civil. Exponía aquí en primer lugar la manera de diagnosticar si un niño es capaz de heredar o no. Para ello, según Ribes, el cirujano debía valorar en primera instancia las circunstancias que rodearon la concepción, el embarazo y el parto, y, a continuación, estudiar las características del recién nacido. La segunda, y última, cuestión concerniente al Fuero Civil, de la que se ocupaba Ribes era la del diagnóstico de virginidad.

El cuarto gran apartado que el Catedrático hacía en su exposición era el de los problemas médico-legales derivados del Fuero Canónico. Prácticamente se ocupaba de manera exclusiva del diagnóstico de impotencia para el matrimonio.

Las cuestiones del Fuero Político, con las que Ribes concluía su asignatura, tienen una presencia simbólica entre los contenidos de las lecciones. Como señala el propio Catedrático, trataban "del buen regimen de saluz" (38). En efecto, en esta etapa la Policía Médica y la Medicina Legal no estaban aún completamente diferenciadas (39), y Ribes, a pesar de no ocuparse prácticamente de los temas de salud pública, deja constancia, al menos, de su sometimiento a las pautas de su tiempo.

Estudiando el porcentaje de páginas que ocupan los distintos apartados podemos formarnos una idea aproximada del número de lecciones que Ribes dedicaba a cada uno de ellos. Las generalidades sólo ocupan un 3,5 %, lo que no resulta escaso si tenemos en cuenta los temas que incluye este apartado. Los otros cuatro grandes bloques se reparten las páginas del Tratado del siguiente modo: Fuero Criminal 78%, Civil 12,5%, Canónico 3,5%, Político 2,5%. De ello resulta una abrumadora preponderancia de las cuestiones médico-legales del fuero criminal, en los contenidos del manuscrito sobre Cirugía Forense, derivada, con toda probabilidad, de ser a su vez las que con mayor frecuencia

un cirujano debía afrontar en su quehacer habitual. Por el contrario, una disciplina tan en auge por aquellos años como la Policía Médica era prácticamente olvidada.

B) CONCLUSIONES.

La Medicina Legal fué una disciplina que se introdujo en los planes de estudio a través de los Colegios de Cirugía, debido sobre todo a que estos centros eran independientes de la universidad y, por ello, el monarca podía imponerles con mayor facilidad sus reformas académicas. En el de San Carlos, en concreto, la Medicina Legal se empezó explicando como parte de otras disciplinas, y sólo tras ocho años de vida del Colegio la disciplina se empezó a enseñar, contra la opinión de los profesores, como un cuerpo de doctrina propio. El modelo que se siguió en la docencia de la asignatura fué el impuesto por Plenck en sus Elementa medicinae et chirurgiae forensis. La docencia estuvo fundamentalmente centrada en los problemas derivados del Fuero Criminal, llamando la atención las muy escasas nociones que de Policía Médica recibían los alumnos a pesar del auge que estaba cobrando esta disciplina en esos momentos.

NOTAS.

(1) Los trabajos y consultas previos a la creación e inauguración del Colegio se hallan muy bien expuestos por Burke, M.E. (1977): The Royal College of San Carlos. Surgery and Spanish Medical Reform in the late Eighteenth Century. Durham, 66-87. Sobre la historia de San Carlos puede también leerse: Usandizaga, M. (1948): Historia del Real Colegio de Cirugía de San Carlos de Madrid (1787-1828), Madrid; así como Aparicio, J. (1956): Historia del Real Colegio de San Carlos de Madrid, Madrid.

(2) Peset, M. y Peset, J.L. (1974): La Universidad Española (siglos XVIII y XIX). Despotismo Ilustrado y revolución liberal, Madrid, p. 94.

(3) Peset y Peset (1974): p. 100.

(4) Ibidem.

(5) Peset y Peset (1974): p. 104.

- (6) Peset y Peset (1974): pp. 104-105.
- (7) Peset y Peset (1974): p. 274.
- (8) Sarrailh, J. (1979): La España Ilustrada de la segunda mitad del siglo XVIII, (primera ed. en español), México-Madrid-Buenos Aires, p.135.
- (9) Ibidem.
- (10) Burke (1977): p.10.
- (11) Burke (1977): p. XIII.
- (12) Burke (1977): p. 88.
- (13) Me refiero a la Real Cédula de S.M. y Señores del Consejo en que se aprueban, y mandan observar las Ordenanzas formadas para el gobierno económico y escolástico del Colegio de Cirugía establecido en Madrid con el título de San Carlos, Madrid, (1787).
- (14) Puig, F. (1790): Plan para perfeccionar los estudios de Cirugía, Mallorca, p. 39.
- (15) Maravall, J.A. (1795): "La idea de felicidad en el programa de la Ilustración", en Mélanges offerts á Charles Vincent Aubrun, H. Vidal Seephiha ed., 425-462, París, p. 32. Maravall reproduce el concepto de felicidad proporcionado por L.A. Maravall en La pública felicidad, objeto de los buenos príncipes, Madrid, 1790, que Maravall considera entre los más leídos por nuestros ilustrados interesados en el tema, al objeto de mostrar literalmente los aspectos fundamentales de lo que por pública felicidad se entendía en la España de la Ilustración.
- (16) Burke (1977): p. 83. Para una aproximación biográfica a Gimbernat puede leerse: Gimbernat, A. (1828): Sucinta noticia del S.D. Antonio de Gimbernat procedidas de un estudio bibliográfico del mismo, Madrid.
- (17) Puig (1790): p. 39.
- (18) Libro de Acuerdos para el Real Colegio de Cirugía de San Carlos establecido en Madrid. Año de 1787. Biblioteca de la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense, p. 155.
- (19) Libro de Representaciones, Respuestas y Reales Ordenanzas (1787-1817), Biblioteca de la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense, p. 36 v.
- (20) Fernández Solano, M. y Rivas, M. (1794): Observaciones sobre cautelas que deben tener los principiantes en las declaraciones judiciales: deduciéndose la necesidad de estas precauciones de un proceso criminal en ge. por no observarlas estuvo sentenciado á muerte un reo, Manuscritos

pertenecientes a la colección de memorias y censuras de las juntas literarias del Real Colegio de Cirugía de San Carlos, legajo 3, años 1793 a 1795, 13 y 20 de febrero de 1794. Biblioteca de la Universidad Complutense.

(21) Libro de Acuerdos... Año 1787, p. 166. Sobre la voluntad de los catedráticos de San Carlos con respecto a las nuevas Ordenanzas, véase Libro de Acuerdos que se remitan a la Junta Superior para su aprobación antes de sentarla en el libro (1786-1800), pp. 180 r. y v. -181 r. y v.

(22) Burke (1977): p. 89.

(23) Ordenanzas de S.M. que deben observarse por el Real Colegio de Cirugía de Barcelona, Cuerpo de Cirugía Militar, Colegios Subalternos y Cirujanos del Principado del Cataluña, Madrid, (1795), p. 63.

(24) Ibidem.

(25) Ordenanzas... (1795), p. 64.

(26) Libro de Acuerdos... (1786-1800), p. 70; y Libro de Acuerdos..., (1787), p. 166. Sobre la figura de Ribes ha escrito Comenge, L. (1914): La Medicina en el siglo XIX. Apuntes para la Historia de la Cultura Médica en España, Barcelona, p. 266, lo siguiente:

"Cirujano de grandes alientos y notoria pericia, profesor castrense y catedrático de operaciones en el Colegio de San Carlos de Madrid, llegó á profesor de Cámara y fué el anillo de tránsito entre la cirugía apocada del siglo XVIII y la ejercida luego por los Toca, Hisern y Argumosa. Falleció de edad provecta, á los 84 años, en Madrid, el 13 de diciembre de 1842. Su habilidad y arrojo quirúrgico eran proverbiales y alabados por los prácticos y escritores de aquel tiempo, que le consideraron el primer cirujano de su época. Nació Rives en Esparraguera, operó las cataratas á Gimbernát, según dijimos, desempeñó el cargo de vicedirector del Colegio de Cirugía de la corte y dejó inédita una obra de Cirugía en tres tomos, ya terminada en 1824 (...).

El nombre de Rives debe colocarse al lado de los Virgili, Gimbernát y Castelló, en lo concerniente á la reforma de la enseñanza y florecimiento de los estudios anatómo-quirúrgicos y tal vez en primer lugar entre los maestros españoles que enseñaron de suerte constante y sistemática la anatomía patológica según las corrientes que dominaban en el extranjero. Rives fué, por tanto, no un operador audaz, sino un perito que no perdía de vista los más recientes adelantos en la teoría y en la práctica de sus ministerio. Incluido entre los impuros, fué de los separados cuando la reacción del 24".

(27) Aguado, F. (1798): Afectos esternos explicados en el Real Colegio de San Carlos de Madrid por Dn. Josef Ribes. Año de 1798. Como expongo en el texto, creo que Aguado puede ser considerado el autor del manuscrito.

(28) Plenck, J.J. (1781): Elementa medicinae et chirurgiae forensis, Viena. Plenck nació en Viena en 1733. Se dedicó pronto a la Cirugía. Trabajó como cirujano militar y posteriormente fué profesor en la Universidad húngara de Tyrnau. Murió en Viena en 1807. Es autor de una ingente obra escrita que abarcó prácticamente todos los campos de la Medicina y la Cirugía.

(29) Corbella, J. (1975): "Medicina Legal", en Historia Universal de la Medicina, Pedro Laín (ed.), 407-414, p. 410.

(30) La obra de Plenck se tradujo rápidamente al alemán (1782) y al holandés (1786). En España se publicó con el título de Medicina Cirugía forense ó legal en 1796 en Madrid, traducido por Higinio Antonio Lorente. Una edición en latín se publicó también en Madrid en 1825.

(31) Plenck (1796): pp. 29-31.

(32) Aguado (1798): p. 448.

(33) Aguado (1798): p. 434.

(34) Ibidem.

(35) Ibidem.

(36) Aguado (1798): p. 435.

(37) Ibidem.

(38) Aguado (1798): p. 462.

(39) Rosen, G. (1985): "El cameralismo y el concepto de Policía Médica", en De la Policía Médica a la Medicina Social, México D.F., 138-162, p. 161.

LEGISLACION ANTIPALUDICA ESPAÑOLA.

Valverde Ruiz, R.J.

Centro de Salud de Almuñécar. Granada.

INTRODUCCION.

El motivo de mi comunicación, es el análisis de las leyes emanadas en España, en relación con el paludismo y la lucha antipalúdica. Objetivando cuales fueron las causas de su promulgación, y cuales fueron sus logros.

Vemos a lo largo del trabajo como el paludismo, enfermedad endémica en España a lo largo de los siglos, en determinados momentos históricos pasaba a ser epidémica, coincidiendo casi invariablemente el pico más alto de prevalencia de la enfermedad, con la promulgación de leyes tendentes a paliar el problema. Estas serían mas o menos efectiva: dependiendo de los conocimientos científicos, de los recursos económicos y de la preocupación política que suscitara el tema. Estos tres factores se hacen coincidentes al inicio del actual siglo XX, que es cuando apareció una legislación sistemática, determinante de la articulación de la lucha antipalúdica, de la cual vamos a analizar su conformación entre los años 1920 y 1960.

La documentación para este trabajo, la he obtenido en la Real Academia Nacional de Medicina, el Departamento de Historia de la Medicina de Granada, y el Instituto López Neira de Granada. Con la colaboración y orientación del personal del Departamento de Historia de la Medicina de Granada, en especial del profesor Rodríguez Ocaña.

LEGISLACION ANTIPALUDICA ANTERIOR AL AÑO 1900.

Durante este tiempo los conocimientos sobre el paludismo eran muy escasos, y estaban fundamentados en las "Teorías Miasmáticas" vigentes hasta que fueron relegadas por el descubrimiento de Laveran del parásito causal de 1880, y el hallazgo del insecto vector en 1898.

Por tanto toda la legislación aparecida durante estos años, iba encaminada a eliminar los factores de riesgo miasmáticos. Como es el caso del cultivo de arroz, una de las principales fuentes de riqueza de los reinos de Valencia y Murcia.

De esta manera aparece en 1342, un privilegio de Pedro VI el ceremonioso, prohibiendo el cultivo del arroz en Valencia.

Martín el humano en Cortes de 1403, vuelve a prohibir la plantación de arroz en todo el reino de Valencia.

Estas leyes nunca se llegaron a cumplir de forma estricta, ya que afectaban de forma importante a la economía del Reino. Lo que sí que se logró, fué que se respetara un cinturón de seguridad, alrededor de la población de Valencia, donde no se permitía el cultivo del arroz (1).

En 1644 con motivo del recrudecimiento de la epidemia palúdica en Madrid, y al año siguiente en Levante, se reunió el Consejo de Ciento y se adoptaron una serie de medidas propuestas por Cavalda. Felipe IV se preocupó personalmente del asunto y lo puso en manos del capitán general conde de Oropesa. El Consejo Real de Castilla, encomendó al médico Núñez de Castro la misión de escribir un tratado sobre la curación y prevención de la epidemia. La trascendencia de estas disposiciones, quedó sólo en la preocupación del tema por parte de las autoridades (2).

Durante el siglo XVIII se desarrollaron los cultivos del arroz debido a la coyuntura alcista por la que se atravesó. Pero se respetó el cinturón de seguridad alrededor de la ciudad de Valencia. Y siguieron apareciendo leyes referentes al cultivo del arroz.

En 1751 con motivo de un gran aumento de la morbi-mortalidad palúdica, especialmente en Ruzafa pueblo cercano a Valencia, la Audiencia dictamina el alejamiento de los cultivos de arroz, una legua alrededor de la ciudad.

En 1753 con fecha de 14 de febrero apareció una Resolución Real, señalando las zonas de seguridad donde no se debía plantar arroz. Instauraba un sistema de vigilancia de la salubridad, si bien este era de muy poca efectividad. Reinaba por entonces el monarca Carlos III. Durante este periodo siguen apareciendo leyes en este

sentido, que han sido plasmadas fielmente por Peset, J.L. y Peset, M. En el capítulo dedicado al paludismo de su libro Muerte en España (3).

Estas sucesivas leyes, si bien no cumplieron los objetivos para los que habían sido dictadas, acabar con el paludismo, sí que consiguieron convertir grandes zonas pantanosas estériles, en grandes extensiones de terreno fértil y apto para el cultivo. Las principales obras de este tipo fueron: la desecación de las marismas de Lebrija, de la laguna de Medina Sidonia, de Antelo de Orense, la de Baeza y otras (4).

Durante el siglo XIX, se sigue la misma tónica de los anteriores, de esta forma se publican las reales órdenes de 10 de mayo de 1860, y la de 15 de abril de 1861; la primera sobre autorización para acotar terrenos destinados al cultivo del arroz, y la segunda reglamentando la anterior (5).

El 13 de junio de 1879, aparece la Ley de aguas, que en su capítulo VII trata de la desecación de lagunas y terrenos pantanosos. Por Real Decreto de 21 de marzo de 1895 se reglamentó, la declaración de insalubridad de estas lagunas y pantanos aludidas en la ley de aguas (6).

En octubre de 1887, debido a la alta incidencia de paludismo en algunas provincias, en especial en las de Murcia, Alicante y Valencia. El Gobierno creyó oportuno; por Real Orden de 28 de octubre de 1887; que se tomaran las medidas oportunas de precaución y saneamiento en la ciudad de Cartagena. Al día siguiente aparece la Real Orden dirigida a los gobernadores de Alicante, Valencia y Murcia ordenando que se cumplan las siguientes disposiciones: la primera indica a los ayuntamientos que prohiban el lavado en los cauces que no tengan aguas limpias y corrientes, la segunda referente a la construcción de lavaderos municipales, la tercera indica que se nombre brigadas permanentes para cuidar los cauces y pantanos, la cuarta dice que por medio de los ingenieros se estudie la rectificación de los cauces para evitar los encharcamientos, la quinta trata de la plantación de eucaliptus. Por Real Decreto de 1 de noviembre de 1887 se crea una Junta Especial, para que estudiase y llevase a cabo un plan general

de saneamiento de Cartagena y su término (7).

En el siglo XIX como ya apuntaba con anterioridad, toda la legislación referente al problema palúdico, se encaminó a solucionar las causas englobadas dentro de las "teorías miasmáticas". Soluciones muy caras y poco efectivas (Desecar pantano, eliminar el cultivo del arroz, etc.).

LEGISLACION ANTIPALUDICA ANTERIOR AL AÑO 1936.

En el siglo XX, ya aclarados los mecanismos etiopatogénicos, las formas de lucha contra el paludismo empiezan a ser más efectivas. Aparecen los antipalúdicos sintéticos, y se comienzan a utilizar procedimientos contra los mosquitos vectores. Siendo secundario lo que hasta entonces prevalecía (desección de pantanos, plantación de eucaliptus, eliminación del cultivo de arroz).

Para hacernos una idea de la situación palúdica a principios de siglo, vamos a dar las cifras de muertos por esta enfermedad, durante el septenio 1900-1906, en las provincias más castigadas:

CACERES : 2947	BADAJOS : 2747	SEVILLA : 1670
CORDOBA : 1540	MURCIA : 1467	HUELVA : 1444
CADIZ : 1258	ALICANTE : 1050. (8)	

El 30 de enero de 1900 aparece una ley, confiando a la Real Academia de Medicina un estudio, sobre los orígenes del paludismo, daños y remedios, con la finalidad de que el gobierno pudiera proponer una ley para contenerlo. En aplicación al art. tercero de esta ley "sobre las condiciones locales del paludismo en los distritos de cada provincia", la Dirección General de Sanidad a través de los colegios de médicos, y las Juntas Provinciales de Sanidad, organiza una encuesta. Esta encuesta junto con otras fuentes de datos, le sirvieron al Dr. Pittaluga para en el 1903 hacer un mapa sobre la distribución del paludismo en España (9).

Por Real Orden de 3 de octubre de 1901, firmada por Alfonso Gonzales como director general de sanidad, se comisionan a los médicos Francisco Huertas que era consejero de sanidad y médico de número de la Beneficiencia provincial, y a Antonio de Mendoza que era director

del Laboratorio Histoquímico de San Juan de Dios y jefe de la sección de bacteriología del Instituto Alfonso XIII, para que estudiaran los focos productores de paludismo, y propusieran medidas oportunas para evitar la enfermedad. Esta comisión era gratuita y honorífica.

Con fecha 18 de diciembre de 1901, los citados se dirigieron al ministro de la gobernación mediante escrito, en el que se le hizo llegar el informe de esta comisión científica respecto al paludismo y su profilaxis. Eligen para el estudio la provincia de Cáceres, por ser la más castigada en este tiempo, y dieron comienzo a su informe con una descripción de la comarca situada a la orilla del río Tago, en su confluencia con el Tietar. A continuación dos capítulos con el título de "El paludismo y su profilaxis en la provincia de Cáceres". Finaliza el informe con unas conclusiones que a continuación resumimos:

- 1º Las condiciones geológicas y climáticas son las ideales para el desarrollo del parásito casual.
- 2º La mala higiene de sus habitantes así como su mala alimentación, les hace ser terreno abonado a la enfermedad.
- 3º Reconocen como parásito causal, el descubierto por Laveran.
- 4º El principal vector de la infección es el mosquito anopheles.
- 5º En la profilaxis se deben emplear todos los medios preventivos y preservativos que la ciencia aconseja.
- 6º El Estado de acuerdo con los propietarios, debe sanear los terrenos, aumentando los destinados a la agricultura.
- 7º Que las compañías de ferrocarril de Madrid a Cáceres y Portugal, cumplan sus pliegos de condiciones, evitando que las zanjales prestamos se conviertan en pantanos.

Con fecha 31 de enero de 1902 aparece una nueva R.O. Firmada por Alfonso González director General de sanidad, en la que se da cuenta de que la mencionada memoria, ha sido informada favorablemente por el Real Consejo de Sanidad (10).

En el Protectorado Español de Marruecos, podemos decir que se inicia el embrión de la que sería "la lucha antipalúdica en España".

El 29 de agosto de 1918 el alto comisario del Protectorado, se dirige al ministro de guerra, y como continuación a su oficio

de 22 de abril del mismo año, solicita se le envíe la cantidad necesaria de quinina para su uso profilactico. El 6 de junio le contestó el ministro a este requerimiento, prohibiendo el uso de la quinina como profilaxis del paludismo, debido a lo difícil de su adquisición y a su mínima eficacia.

El 15 de abril de 1917, el Alto Comisario fijó las condiciones que debían reunir la tela metálica destinada a proteger los albergues de la tropa, ordenando su inmediata colocación en todas las posiciones, la orden quedó cumplida según dió cuenta el Jefe de Ingenieros. No ocurrió igual suerte con las ordenes encaminadas a la protección individual, ya que lo incomodo de estas prendas y la falta de educación sanitaria del soldado, le hicieron a este rechazarlas, fracasando este método de profilaxis.

El 21 de agosto de 1918 el jefe de sanidad de Ceuta redactó un informe, proponiendo una serie de medidas. A consecuencia de este, el Alto Comisario en escrito de 9 de octubre de 1918 solicita la instalación de un sanatorio para palúdicos en Ronda y la disminución de un año de servicio a los reclutas destinados en Africa (11).

Por R.O. de 3 de septiembre de 1920, se creó una comisión por el Ministerio de la Guerra, para el saneamiento de las comarcas paludicas en Marruecos. Modificada por circular 27-9-1920 (12).

De la situación paludica en este tiempo nos dá idea las siguientes cifras: la mortalidad por paludismo en 1914 en España fué de 2192 muertos, y en 1924 bajó a 1195 muertos. La morbilidad paludica según informes elevados al Ministerio de Fomento por la comisión de médicos de Sanidad del Campo, en 1918 era de 300360 enfermos en España (13).

La Dirección General de Sanidad el campo (departamento del ministerio de fomento), creada en 1912 y suprimida en 1918, realizó estudios estadísticos y demográficos sobre el problema palúdico, pero no contó con medios para una acción profiláctica.

El año 1920 marcó el inicio de una Lucha sistemática contra el paludismo en España. Merece destacar la figura del que fue su iniciador y figura principal, el Dr. Pittaluga que llegó a España el año 1903 para participar en un Congreso Internacional de

Medicina, con la ponencia "Etiología y epidemiología del paludismo". En 1905 es nombrado Jefe de Desinfección del Instituto Nacional de Higiene Alfonso XIII, de que era Director Don Santiago Ramón y Cajal, en 1907 es nombrado Jefe de la Subsección de Parasitología y enviado a Fernando Póo, después trabajó en los Deltas del Llobregat y del Ebro y en los campos de Badajoz y Cáceres. En 1911 obtuvo por oposición la recién creada cátedra de Parasitología y Patología Tropical, donde formó a infinidad de profesionales, que fueron sus ayudantes y continuadores en la Lucha contra el paludismo. En 1931 es nombrado Director de la Escuela Nacional de Sanidad y posteriormente del Instituto Nacional de Sanidad de cuya Institución pasó a formar parte la Escuela (14).

En 1920 por R.O. de 23 de agosto, siendo Director de Sanidad Manuel Martín Salazar, se nombra una comisión para organizar la lucha contra el paludismo. Esta Comisión quedó constituida de la siguiente forma:

Presidente: Dr. Gustavo Pittaluga.

Vocales: Pedro García Faria inspector de obras públicas, Luis Rodríguez Illera Jefe de sección del Instituto Nacional de Higiene, Enrique Bardají Inspector Provincial de Sanidad de Cáceres.

Secretario: Francisco Contreras Jefe de administración del Ministerio de la Gobernación.

En cuanto al presupuesto, tuvieron que conformarse con libramientos parciales a cargo del crédito global de 200000 ptas. del presupuesto de Gobernación (1920-1921; 1921-1922) para "evitación de enfermedades epidémicas".

Comenzó a funcionar con el siguiente personal técnico, nombrado a propuesta de la Comisión:

D. Sadi de Buen auxiliar de la Cátedra de Parasitología Tropical

D. Felipe Jiménez de Asúa, expensionado por la Junta

D. Emilio Luengo, interno del laboratorio de Parasitología.

En octubre de 1921 se retira Jiménez de Asúa y es sustituido por D. Salvador Gutiérrez, pensionado por la Cruz Roja para un viaje de investigación del paludismo a Italia en 1921.

Este personal duró poco, Sadi de Buen y E. Luengo ganaron

las oposiciones pasando a la Brigada Sanitaria Central, y luego a la Sección de Parasitología del Instituto Alfonso XIII, el Dr. Gutierrez dejó de pertenecer a la Comisión.

El segundo año de trabajo, se nombraron algunos médicos locales, previamente adiestrados por el personal central, y de forma temporal colaboraron los médicos de la brigada Sanitaria Central.

En el último periodo de actuación de la primera comisión y desde entonces, el personal técnico central encargado de los trabajos de campo ha sido el que constituye la Sección de Parasitología del Instituto Alfonso XIII, que tiene a partir de entonces como principal finalidad la dirección técnica de los trabajos, la organización de nuevos servicios y la ejecución de muchos de ellos (15).

Las funciones de la Comisión fueron: En primer lugar verificar un ensayo científico de lucha antipalúdica, en una zona gravemente atacada de la provincia de Cáceres. El experimento de Talayuela rindió óptimos resultados prácticos y científicos, gracias en gran parte a las enseñanzas del profesor Massimo Sella, que pasó unos meses en Talayuela como representante de la Cruz Roja.

En el verano de 1922 se organizaron los consultorios de Navalmoral de la Mata y Jarandilla de la Vera (Caceres) (16).

Por Real Decreto de 14 de junio de 1924, publicado en la gaceta de 17 del mismo mes, aparece la Legislación Antipalúdica. Según la exposición de la misma, esta legislación era de gran importancia por ser el problema palúdico en España, el más grave y de más urgente solución. Esta ley sale previo el conocimiento del problema por las autoridades, gracias a los trabajos realizados por la Comisión antipalúdica nombrada por R.O. 23 de agosto de 1920.

El R.D. consta de 9 artículos y uno adicional.

En el primero se ordena la constitución de una Comisión Central y a propuesta de esta, las provinciales y locales necesarias.

Segundo: Indica por quien debe estar formada la Comisión.

Tercero: Conformación de las comisiones provinciales y locales.

Cuarto: Conformación de los elementos auxiliares eventuales.

Quinto: Constitución de las comisiones provinciales y

locales.

Sexto: Declaración oficial de zonas palúdicas.

Séptimo: Derechos y deberes de las zonas declaradas palúdicas.

Octavo: Sobre el suministro de quinina.

Noveno: Sobre profilaxis en arrozales y cultivos análogos.

En el artículo adicional se dá un plazo de tres meses, a partir de la consitución de la Comisión Central, para que esta redacte y eleve al Gobierno la Reglamentación del Decreto Ley.

Al tiempo es nombrado Director de Sanidad D. Francisco Murillo y queda constituida la Comisión, con el nombre de "Comisión Central de Trabajos Antipalúdicos", de la siguiente forma:

Presidente: D. Francisco Murillo, Director General de Sanidad.

Vocales: D. Gustavo Pittaluga, catedrático de parasitología.

D. Pedro García Faria, Ingeniero de caminos.

D. Antonio Santa Cruz, delegado de la Cruz Roja.

D. Román García Durán, Inspector General de Sanidad Interior

D. Enrique Bardají, Inspector Provincial de Sanidad de Badajoz.

D. José Ranedo, Farmacéutico designado por el Colegio de Madrid.

Secretario: D. Sadi de Buen Jefe de sección de Parasitología del Instituto Nacional de Higiene Alfonso XIII.

El primer trabajo de la Comisión fué presentar a la aprobación de la superioridad del Reglamento Antipalúdico, que fué firmado por Su Majestad el 13 de diciembre de 1924.

Este Real Decreto consta de 77 artículos y uno adicional.

Seis artículos dedicados a declaración de zonas palúdicas, dos dedicados a las Comisiones, seis de las atribuciones de las Comisiones, ocho de los dispensarios antipalúdicos, cinco de las obligaciones de los habitantes de zonas palúdicas, ocho de las aguas peligrosas, cinco de las habitaciones en zonas palúdicas, dos de grupos de personas dedicadas a trabajos en un explotación de importancia, quince de la quinina, y por último dos artículos de premios y sanciones.

Posteriormente y a propuesta de la Comisión Central, aparecen las siguientes Reales Ordenes:

R.O. de 21 de julio de 1924, declarando zonas palúdicas en diferentes partidos judiciales de las provincias de Cáceres, Badajoz Toledo, R.O. de 5 de octubre de 1924, en Valverde del Camina Huelva R.O. de 1 de octubre de 1924, constituyendo las Comisiones provinciales de Toledo, Badajoz y Cáceres.

R.O. 1 de octubre de 1924 creando el Negociado de Paludismo.

La Comisión cuenta con un presupuesto de 175000 pts. anuales (17).

Durante los años 1925 a 1927, prosigue su labor la Comisión con muy buenos resultados. El presupuesto oficial se eleva a 200000 pts. anuales, además de los ingresos por la Lotería Sanitaria, que había sido instituida por R.D. 28 de febrero de 1924. Gran parte del presupuesto se dedicó a la formación del personal. Se instaló un centro de enseñanza en Naval Moral de la Mata, en el cual colaboró la fundación Rockefeller, lo que permitió aumentar el personal de campo, los medios materiales de trabajo, la organización de una biblioteca, y la financiación de estudios en el extranjero del personal (18).

Por R.O. de 17 de diciembre de 1930, se incorpora a la Comisión Central de trabajos antipalúdicos, el Servicio de lucha contra la Anquilostomiasis. Trabajando unificadamente a partir de entonces.

En 1931 con el advenimiento de la República, las actividades sanitarias se multiplican principalmente en lo referente a Higiene Rural y por tanto en lo que se refiere a paludismo.

Los presupuestos ordinarios de la Dirección General de Sanidad, que hasta entonces habían permanecido prácticamente inalterables, (en 1929 fueron 10326740 pts.), pasaron en 1932 a ser de 15582807 pts., y en 1933 de 31432690 (19).

El año 1931 se completa la Organización Sanitaria Antipalúdica en las provincias de Cáceres y Badajoz, se establecieron los centros directivos en los Institutos Provinciales de Higiene.

En el resto de las provincias la labor es similar, llevándo-

se a cabo por la Comisión, y la nueva estructura sanitaria creada por la República (Institutos Provinciales de Higiene, y los Centros de Higiene Primarios y Secundarios) (20).

La Lucha Antipalúdica sigue durante los años de la República, y de su eficacia son testigo de las siguientes tasas:

En Cáceres la mortalidad por paludismo en 1920 fué de 403 defunciones, el 99,2 por 100000. Que pasaron a ser 20 en 1936 es decir el 4,24 por 100000.

En España se pasó de 2025 defunciones en 1920 el 9,7 por 100000, a 168 en 1936 el 0,67 por 100000.

LEGISLACION ANTIPALUDICA POSTERIOR AL AÑO 1936.

La Organización Antipalúdica anterior al 18 de julio de 1936, fué desarticulada por la guerra. Esta falta de la Organización unida al hambre, falta de medicación etc., dá lugar a que durante estos años las cifras de morbilidad aumenten de forma alarmante, siguiendo durante la postguerra la misma línea de crecimiento, llegandose a alcanzar en los años 1942 y 1943 tasas similares a las del años 1920.

En 1943 se constituye el Consejo Nacional de Sanidad, presidido por el ministro de la Gobernación D. Blas Pérez. En la primera reunión del Consejo se mostró la preocupación por dos temas principalmente: el paludismo y la tuberculosis. Se creó una Sección Especial de Paludismo dentro del Consejo. Y en abril de 1943 se encargó de la dirección técnica de la lucha, el director del Instituto Nacional de Sanidad y Secretario del Consejo, D. Gerardo Clavero del Campo.

Para conocer el problema palúdico lo más fielmente, se organizó el Servicio Estadístico y se hizo obligatoria la declaración de casos de paludismo a partir de 1 de enero de 1943.

Se nombraron delegados especiales: en Andalucía el Dr. Torres Cañamares, en Extremadura y Centro el Dr. Romeo Viamonte, y el Dr. Bermúdez Pareja para la zona de levante. Los tres pertenecían al Cuerpo de Sanidad Nacional (21).

Se pusieron en marcha 264 Servicios antipalúdicos, 186 reorganizados y 78 de nueva creación.

Se dictaron unas normas sobre medicamentos antipalúdicos.

Esta Campaña dió pronto excelentes resultados, con un bajo costo debido a la orientación que se le dió, encaminada al tratamiento de los enfermos palúdicos (22).

La espectacular regresión del paludismo a partir de 1943, no fué sólo obra de la acción sanitaria, sino que tuvo como aliados la premunición adquirida por la población, el cese de los factores epidemiológicos de agregación y dispersión, la sequía, etc. (23).

En noviembre de 1959 se firmó entre el Gobierno Español y la O.M.S. El Convenio de Erradicación del Paludismo en España.

En la reunión de septiembre de 1963 en Estocolmo, el Dr. P. Von Calseyde, Director Regional de la OMS. Para Europa, anuncia al Comité Regional la erradicación del paludismo en Europa (24).

NOTAS.

(1) PESET, J.L.; PESET, M. (1972). Muerte en España (Política y Sociedad entre la Peste y el Cólera). Madrid, Seminarios y ediciones S.A., pgs. 39 y 40.

(2) RICO-AVELLO y RICO, C. (1947). Aportación Española a la historia del paludismo. Rev. Sanid. Hig. Publ., 21, pág. 528.

(3) PESET, J.L.; PESET, M. (1972). Op. cit., 54.

(4) SANTOS FERNANDEZ, V. (1897). Lecciones de Higiene pública. Nociones de estadística y legislación sanitaria. Dadas en la Universidad de Valladolid curso 1896-1897. Valladolid, Establecimiento tipográfico de Julián Torres, págs. 430-434.

(5) PEÑA de la, J. Legislación Sanitaria Vigente. (1926). Avila, 2ª ed. Tipografía de Senen Martín. pág. 227.

(6) RUBIO de la TORRE, C. (1926). Legislación Sanitaria Española. Madrid, Sucesores de Rivadeneyra (SA), pág. 161.

(7) COMPILACION Legislativa de Sanidad Terrestre. (1983). Valladolid, Imprenta de H. de J. Pastor, págs. 445-446.

- (8) HAUSER, P.H. (1913). La Geografía Médica de la península Ibérica. Tomo II, Madrid, Imprenta Eduardo Arias, pág. 527.
- (9) PITTALUGA Y FACTORINI, G. (1903). Per la carte della distribuzione geografica de la malaria. Roma, Ed. La Societe geografica italiana. Capt. VIII, pág. 227.
- (10) HUERTAS, F.; MENDOZA, A. (1902). El paludismo en España. Madrid, Est. Tip. de E. Teodoro, págs. 4 a 27.
- (11) PASTOR OJERO, J. et al. (1921). El paludismo en la zona del protectorado español en Marruecos y medios de combatirlo. Madrid, talleres del depósito de la guerra, págs. 32 a 37.
- (12) RUBIO de la TORRE, C. (1926). Op. cit., 160 a 163.
- (13) RUBIO de la TORRE, C. (1926). Op. cit., 160.
- (14) SAYE, L. (1957). A la memoria de seis maestros recién desaparecidos. Med. Clin., 6, Tomo XXIX. Págs 416 a 419.
- (15) COMISION CENTRAL DE TRABAJO ANTIPALUDICOS (1925). Memoria de la Campaña contra el Paludismo. (1923-1924). Madrid, Jose Molina impresor. Págs. 5 y 6.
- (16) COMISION CENTRAL DE TRABAJO ANTIPALUDICOS. (1925). Op. cit., 6 - 8.
- (17) COMISION CENTRAL DE TRABAJOS ANTIPALUDICOS. (1925). Op. cit., 8 - 15.
- (18) COMISION CENTRAL DE TRABAJOS ANTIPALUDICOS. (1928). Memoria de la Campaña contra el Paludismo. (1925-1927). Madrid, José Molina impresor, págs. 4 a 13.
- (19) MINISTERIO DE LA GOBERNACION. (1933). La Sanidad en la República. Dos años de gestión. Madrid, Imp. Graf. Universal, págs. 6 y 7.
- (20) COMISION CENTRAL DE TRABAJOS ANTIPALUDICOS. (1932). Memoria de la Campaña contra el Paludismo (1930-1931). Madrid, S. Aguirre, impresor, págs. 5 y 6.
- (21) LUENGO, E. (1943). Organización actual de la Lucha Antipalúdica en España. Madrid, S. Aguirre, págs. 829 a 839.
- (22) CLAVERO DEL CAMPO, G. (1961). Discurso. Madrid, Gráficas Gonzales, págs. 7 a 23.
- (23) RICO AVELLO Y RICO. (1950). La epidemia de paludismo en la postguerra. Madrid, Gráficas Gonzales, págs. 5 a 20.
- (24) CRONICAS de la O.M.S. Ginebra, vol. 18, nº 1 enero 1964. Págs.18 y 19.

APROXIMACION SOCIOLOGICA A LA PROFESION MEDICA: TRIBUNALES DE HONOR

Ivorra Ivorra, V.J.; Ferrándiz García, R.

Departamento Salud Comunitaria (División Toxicología y Legislación Sanitaria).
Alicante.

RESUMEN

El origen de esta institución tiene lugar, mediante el Real Decreto de 1867, en el ámbito castrense. En primer lugar, es preciso intentar definir el concepto de honor que es el objeto que goza de protección de los tribunales; es necesario distinguir dos clases de "honor" diferentes: el personal, y el profesional. A continuación revisaremos sus avatares históricos, desde su fundación hasta la actualidad. Aunque instituciones políticas e importantes personalidades públicas han manifestado su agrado por la pervivencia de dichos tribunales, consideramos que es posible realizar un juicio crítico serio de las condiciones en las que se constituían y se desarrollaban los "juicios de honor". En último lugar, definiremos su situación actual, a partir de la Constitución de 1978.

EL HONOR PERSONAL Y EL PROFESIONAL

Antes de todo, lo más indicado es definir, de alguna forma, ese concepto que nos es tan claro a los españoles, cual es el del HONOR. Permítaseme utilizar, por ser muy significativa, la definición que, en 1952, hacía Castán Vázquez: "El honor es uno de los bienes jurídicos más preciados de la personalidad humana, y que enlaza con nuestra tradición social e histórica. Forma parte, pues, de la protección de la integridad moral, en general, y de la dignidad humana, en especial".

Se puede destacar un aspecto subjetivo como "sentimiento de estimación que una persona tiene de sí misma en relación con la conciencia de la propia dignidad humana", y un aspecto objetivo como "reputación, buen nombre o fama de que goze ante los demás una determinada persona". Se puede diferenciar, pues, entre honor y fama, y citando palabras de Castro y Bravo (1972), mientras el primero se "refiere directamente al trato dado o recibido,

de o por los demás", la segunda, como rumor, voz pública o renombre que es, "está relacionado con el eco que la persona produce en la opinión pública".

A pesar de lo dicho anteriormente, es obvio que, en múltiples ocasiones, la fama, si más que "renombre" ante la opinión pública, se entiende como "reputación" ante la sociedad, forma parte de es Bien de la Personalidad que es el Derecho al Honor.

En base a una sentencia del Tribunal Supremo -de 7 de febrero de 1962-, se afirmaba que "la tutela del honor en la vía civil es amplia, debiendo abarcar todas las manifestaciones del sentimiento de estimación de la persona (honor civil, comercial, científico, literario, artístico, profesional, etc.)", se puede afirmar que se trata de un concepto múltiple, aunque formando unidad, a través del que se protege no sólo el honor de la personal como tal, sino también todos los aspectos ya citados en la sentencia anterior.

Junto con la característica mencionada de "unidad", aunque con múltiples facetas, el derecho al honor tiene un indiscutible valor relativo, tanto espacial, como temporal; es valorado de diferente manera según grupos sociales y ambientes, y según la etapa histórica de la que se trate. Esta valoración repercutirá en su régimen jurídico (definición, amplitud de protección, etc.).

Los actos prohibidos, y penados por el derecho al honor, serán todos aquellos que vulneren esa esfera de respetabilidad, y sean objetivamente injustos, es decir, no se encuentren amparados por un interés serio y legítimo.

Tal y como señala algún autor, debe existir en todo caso un mínimo; pueden ser sujetos pasivos de ataques contra el honor incluso aquellas personas de vida dudosa, aunque con respecto de estas, la protección se hará atendiendo al uso social y al ámbito que cada una se haya reservado.

Hasta ahora hemos estado hablando de los Derechos de la Personalidad, o, como prefieran otras autoridades, Bienes de la Personalidad, y que serían aquellos que conceden un poder a las personas para proteger la esencia del ser humano y sus más importantes cualidades.

Pero, llegado a éste punto nos debemos preguntar: ¿Es este honor el que protegían los tribunales de los que estamos hablando?. Parece claro

que la respuesta debe ser negativa. El Bien que dichos tribunales pretendían recoger y evitar que fuese dañado, es el Honor Profesional y Corporativo

¿Cómo debe entenderse tal honor profesional?. Tal vez sea preferible acudir a la legislación de la época, y que dió lugar a la creación de los Tribunales de Honor.

En el artículo 8º del Real Decreto de 3 de enero de 1867, que dió origen a esta discutida institución, lo expresaba así: "Cuando un oficial cometa un acto deshonesto en virtud del cual se deje en duda su valor, o imprima una mancha en su propia reputación o en el buen nombre del Cuerpo a que pertenece...". Posteriormente, pasaría del campo militar al civil, de tal forma que, por ejemplo, en el Texto Articulado de la Ley de Funcionarios Civiles del Estado, 'de 7 de febrero de 1964', todavía se establecía que (artículo 94): "... con independencia de lo dispuesto ... podrá seguirse procedimiento ante Tribunal de Honor para conocer y sancionar los actos deshonestos cometidos por los funcionarios que le hagan desmerecer en el concepto público o indignos de seguir desempeñando sus funciones".

En la profesión médica, podemos encontrar definido el honor profesional médico en el artículo 91, del Reglamento de la OMC de 1967, que rezaba lo siguiente: "Para conocer y sancionar los actos deshonestos cometidos por los colegiados médicos que les hagan desmerecer en el concepto público, ..., se establecen en los Colegios Oficiales de Médicos los Tribunales de Honor".

En el seno de la Administración Pública, existen "instituciones dentro de las instituciones". Por su carácter institucional, generan unas pautas de comportamiento y unas normas de valoración, independientes con respecto al Derecho del Estado, que afecta a la generalidad de los españoles. Pero, por definición, estos Derechos estamentales autónomos jamás pueden ir contra las normas del estado, sino sólo, si es necesario, completar de las lagunas que pueda padecer. Esos Cuerpos de la Administración, llegan a generar un "espíritu de cuerpo", con su especial concepción de honor corporativo, que debe ser respetado por sus miembros.

Si la organización legislativa del Estado es deficitaria, estos Códigos profesionales son, en la mayoría de los casos, positivos para defender la independencia profesional respecto al arbitrarismo de los poderes públicos, al igual que el respeto a la profesionalidad por parte de todos sus miembros.

Pero es preciso que la perspectiva descrita varíe, si es el Derecho nacional el que incluye en su seno la defensa de la independencia y de la profesionalización de los Cuerpos. Si así ocurre, en muchas ocasiones el derecho de cuerpo atentará contra el estatal, superior, y, por otra parte, perjudicará al profesional en el caso de que el estatal sea más completo en su protección jurídica, y más respetuoso con sus derechos como persona.

Los Tribunales de Honor son elementos constituyentes del Derecho disciplinario y sancionador de las Organizaciones Profesionales, y, como hemos mencionado, debe respetar los principios del Derecho Penal y Procesal general. En el caso de los Tribunales, la aplicabilidad de los principios generales no se ha cumplido, y de esta forma es posible realizar un Juicio Crítico de la institución, y así lo haremos tras revisar, de una forma somera, su historia en la España contemporánea.

ORIGENES Y EVOLUCION

Como ya hemos descrito, tuvieron su origen mediante el Real Decreto de enero de 1867, siendo completado y modificado por la Real Orden de 29 de febrero de 1884; todo ello en el ámbito del ejército. Estos Tribunales se van incorporando a la Administración Civil y a los Colegios Profesionales. En un principio, fué titubeante y sectorial, pero con posterioridad se hizo de forma general (legislación de funcionarios civiles de 1918).

Tras la Dictadura de Primo de Rivera, y durante la II República, según lo establecido por el artículo 95 de la Constitución de 1931, en su último párrafo, "Quedan abolidos todos los Tribunales de Honor, tanto civiles como militares", desapareció de la vida profesional española.

Con el Alzamiento de 18 de julio se inició nuestra desgraciada Contienda Civil, dando paso a un periodo de "existencia real" sin "existencia legal".

Mediante una Ley especial de 1941 se le dió "existencia legal" de la que carecía. Esta ley inspirará los Reglamentos de los Colegios Profesionales, que acogieron en su articulado la controvertida institución.

En el caso de los Colegios Oficiales de Médicos, los Tribunales de Honor se recogieron hasta en el reciente Reglamento de la Organización Médica Colegial, por Orden de 1 de abril de 1967 (BOE de 13 de mayo).

Por fin, o mejor dicho, por ahora, como consecuencia de la renovación democrática de las estructuras del Estado en los últimos años, vuelven a abolirse (artículo 26 de la Constitución de 1978), aunque sólo en la Administración civil, pero además contando con una expresa mención de las Organizaciones Profesionales, entre las que deben incluirse, sin duda alguna, los Colegios Oficiales de Médicos.

Tras esta resumida revisión de la historia contemporánea de los Tribunales, nos asalta una duda, ¿Puede hablarse de los Tribunales de Honor, como han hecho algunos autores, como una institución "típicamente española" o como un "producto nacional"? Desde luego, existen dos hechos que así lo parecen indicar:

1.- Su abolición ha quedado consagrada, nada más y nada menos, que en dos Constituciones, Norma Fundamental del Estado, y con tan sólo 50 años de diferencia. No sólo esta circunstancia no se ha dado en ningún otros país, sino que si revisamos el Derecho Comparado mundial, los Tribunales de Honor no vienen reflejados en ninguna otra Constitución.

2.- Su historia es reflejo, prácticamente, de la azarosa vida española de los siglos XIX y XX: son creados en 1867; cuando apenas tienen medio siglo de existencia (1931) son abolidos; diez años después, tras cinco de vida real sin reflejo legal, son restablecidos (1941) de forma plena. Y por fin, menos de cuarenta años después son, por ahora, definitivamente abolidos.

JUICIO CRITICO DE LOS TRIBUNALES DE HONOR

Podemos tomar como guía el Reglamento de 1967 de la Organización Médica Colegial, por tener una descripción muy completa de los Tribunales, (Capítulo VII, Sección 2ª):

1.- Según el artículo 91, apartado 1º, su fin era "conocer y sancionar los actos deshonorosos". En este caso, es obligatorio reconocer que la Ley es de mayor nivel moral que las sentencias dictadas por el Tribunal Supremo y el Consejo de Estado en orden a interpretar estas normas. Estas instituciones llegaron a opinar que lo sancionable era; en realidad, conductas genéricas y, nada menos, que !estados de opinión!, y no tan sólo los hechos concretos y aislados (S. del T.S. de 5 de diciembre de 1957, y S. del C. del C. de 12 de diciembre de 1953).

2.- Como hemos dicho, el Bien jurídico protegible era el Honor Estamental. Pero, es evidente que el derecho al honor personal se veía seriamente dañando por el simple hecho de la Constitución y Organización del tribunal, ya que son, por ley, (artículo 91, apartado 3º del Reglamento), órganos disciplinarios ocasionales, y por tanto ponían en entredicho el honor del encausado como consecuencia de simple creación.

3.- Su funcionamiento (artículo 91, apartado 2º), es compatible con el de cualquier otro procedimiento, en el mismo momento o con posterioridad, por el mismo hecho. No creo que haga falta recordar, a este respecto, el fundamental principio de no ser juzgado dos veces por la misma causa.

4.- Hay que tener en cuenta que según el Derecho Penal, sólo es falta aquello que ha sido previamente prohibido o tipificado por una ley anterior. Si en algún caso no sucedía así, se vulneraba un elemental principio de seguridad jurídica.

5.- A tenor de lo dispuesto en el apartado 4º, del artículo 91, los miembros del Tribunal serían designados por sorteo de entre los colegiados, es decir, de los propios compañeros del encausado, y aunque en el artículo 92 se recusaba a aquellos de enemistad manifiesta o que tuviesen un interés personal, podía, en algún momento, servir para dar rienda suelta a enemistades o resentimientos, más o menos ocultos. Nuevamente es el Consejo de Estado el que establece una jurisprudencia, poco acertada en nuestra opinión, al considerar que no era motivo de recusación el que formaran parte (por sorteo) del tribunal, los mismos que pidieron su constitución, pues según el Consejo, de ello no podía presumirse enemistad manifiesta (dictamen de 12 de julio de 1961).

6.- El procedimiento se intentaba mantener en el más prudente sigilo en todas sus actuaciones, y aunque su fin era, sin duda, evitar una difamación "a priori" del encausado, habrá de aceptarse que en ocasiones podría encubrir no pocos abusos o arbitrariedades, y, además, podría dejar en indefensión al acusado.

7.- En el artículo 95, apartado 1º, se establecía que las resoluciones del Tribunal de Honor eran inapelables, sin que fuese posible ningún recurso, salvo el de nulidad por quebrantamiento de forma. El Tribunal Supremo, en algún momento (Auto del 11 de abril de 1911), llegó a considerar que ni él podía juzgar la irregularidad del procedimiento; pero en posteriores

sentencias se impuso la razón, confirmando la posibilidad de recurrir las resoluciones por vicios de forma.

OPINIONES PARA UNA PERVIVENCIA

A pesar del juicio crítico que, en nuestra opinión, puede hacerse al Tribunal de Honor en el ámbito profesional, es indiscutible que grandes personalidades de la vida española, e importantes instituciones políticas se han mostrado favorables a su existencia y mantenimiento. Algunas de ellas pueden ser resaltadas:

-. El profesor Alcubilla, en 1909, llegó a manifestar que: "Es loable el pensamiento que inspira la creación y establecimiento de los tribunales de honor, organismos depuradores..., ante cuya probidad y prestigio se asegura la confianza del público y se extienden las ventajas de las instituciones dirigidas por el Estado, con provecho del concepto de Nación, dentro y fuera de las fronteras".

-. En una conferencia pronunciada en la sede del CSIC, en 1952 ("la moral profesional del funcionario público"), Jordana de Pozas defendía a los tribunales como órganos excepcionales cuya preocupación debía ser la depuración de los funcionarios.

Pero tal vez sean las discusiones en el Debate Constitucional de 1978, donde mejor se han visto reflejadas tanto las posiciones tradicionalistas, a favor de su mantenimiento, y las más modernizadoras, favorables a su abolición.

Entre los primeros se encontraban el Sr. Fraga Iribarne (ponente de A.P.), y el Grupo de Senadores Vascos; el juicio de estos últimos era que: "los tribunales de honor en los Colegios Profesionales constituyen una imprescindible garantía del comportamiento ético y deontológico de sus miembros".

Por el contrario, el Grupo Socialista Catalán, y otras Agrupaciones parlamentarias Independientes y Progresistas, pedían su abolición. Según expresó el Sr. Martín Tóval, portavoz socialista, admitían el alcance social del Honor, bien jurídico protegible, pero no la vía de los tribunales especiales que podían limitar y restringir los derechos y libertades individuales, sino por medio del Derecho disciplinario y el Derecho penal sancionador

y jurisdiccional correspondientes. Textualmente manifestaban que: "En resumen, eran una reliqui del pasado..., espada de Damocles sobre los derechos y libertades individuales". Al prevalecer esta tesis, fueron abolidos unos organismos estamentales, corporativos y sociales con poder de expulsar del cuerpo o profesión a sus miembros, facultad legal que debería residir, al menos en su última fase, en los tribunales estatales propiamente dichos, y con facultad plena de revisión.

EN CONCLUSION

¿Cuál es, hoy en día, la situación de los Tribunales de Honor?. Es evidente, que desde que está vigente la Constitución de 1978, es decir, desde el 29 de diciembre de 1978, se derivan tras consecuencias:

1.- Han desaparecido del ordenamiento jurídico español cuantas disposiciones admitían y regulaban dicha institución, a excepción hecha de las Fuerzas Armadas.

2.- Tal y como dice el artículo 26, esta derogación es referida a todas las organizaciones profesionales, aparte de los funcionarios civiles, entre las que están, qué duda cabe, los Colegios Oficiales de Médicos.

3.- Y por último, aunque parezca innecesario decirlo, sean nulos todos aquellos procedimientos que se decidan mediante Tribunales de este tipo.

En el caso de la profesión médica, como consecuencia de lo dicho hasta ahora, en el Título VII ("Régimen disciplinario") de los Estatutos Generales de la Organización Médica Colegial, de 1980, tan sólo viene recogida la jurisdicción disciplinaria común, sin ningún tipo de tribunales especiales.

REFERENCIAS

- Alonso Muñoyerro L. Código de deontología médica. Ed Fax 1950.
- Baena de Alcázar. Los colegios profesionales en el Derecho Administrativo español. Madrid, 1968.
- Belda Calatayud V. Comportamiento del médico. Ed. Tipografía Artística 1957.
- Campo Urbano S. del. Problemas de la profesión médica española. Madrid, 1964.
- Freidson E. La profesión médica. Ed. Península 1978.
- García-Trevijano Fos J.A. Tratado de Derecho Administrativo. Tomo III, 2. Madrid, 1970.
- Garrido Falla F. Comentarios a la Constitución. 1985.
- Gracia D. La profesión médica. Revista Campus. Alicante 1985.
- Guaíta A. Comentarios a las Leyes Políticas (Constitución Española de 1978), Tomo III. EDESA 1984
- Miguel A. de . La profesión médica en España. Papers, nº 5. 1976
- Palma Rodríguez F. Valoración de algunos problemas de la moral médica de nuestra época, Jaén 1970
- Susser MW y Watson W. Medicina y sociología de la medicina. Aula de ediciones 1971

CONTRIBUCION A LA HISTORIA DEL CUERPO DE VETERINARIA MILITAR. CREACION DE CATEDRAS PARA EL MISMO EN EL SIGLO XIX EN LA ESCUELA MILITAR DE HERRADORES ESTABLECIDA EN LA GENERAL DE CABALLERIA.

Pérez García, J.M.

Laboratorio y Parque Central de Veterinaria Militar. (Sección de Investigación y Doctrina). Madrid.

El rey Carlos IV crea el 23 de febrero de 1792 la Escuela de Veterinaria de Madrid, primera de nuestro país, siendo encargados para organizar este Centro los mariscales mayores -veterinarios militares- D. Segismundo Malats com primer Director y D. Hipólito Estévez, como segundo Director, de los Regimientos de Dragones de Almansa y Lusitania, así como de su plan de estudios, es decir de la enseñanza, y actuando comp profesores antiguos pensionados por el Gobierno en el año 1784 en la Escuela de veterinaria francesa de Alfort (París), para aumentar el nivel de conocimientos, como en otra ocasión hemos escrito (1).

En la creación de esta Escuela, que lo fué con carácter castrense, su "principal objeto fué el de formar profesionales veterinarios instruidos para atender las necesidades del Ejército" (2). Quedó así reflejado en las Ordenanzas y Reglamentos de la misma, su función específica de formar profesionales veterinarios y también la de expedir título de herradores previo examen de los mismos ante un Tribunal especial consituido en dicho Centro con el fin de cubrir las necesidades de este personal auxiliar preferentemente para el Ejército.

Por Real Decreto de 19 de agosto de 1874 se crean las nuevas Escuelas de Veterinaria de Córdoba y Zaragoza y se modifican los estudios en la de Madrid (3), y en virtud de su artículo 23 quedaron suprimidos los exámenes especiales para estos auxiliares en le Escuela de Veterinaria de la Corte.

Esta supresión originó que las Unidades dfel Ejército

sintieron la necesidad de este personal, por ello el Director general de Caballería solicitó autorización para crear una Escuela Militar de herradores en la General del Arma de Caballería ubicada en Alcalá de Henares, siendo aprobado su Reglamento por Real Orden de 18 de noviembre de 1858 (4), en consonancia con la entonces vigente Ley de Instrucción y así armonizar su contenido con las necesidades del Ejército.

Resultado de nuestros estudios e investigaciones encontramos unos escritos y documentos inéditos, algunos copia de los originales, sobre el Reglamento de la precitada Escuela Militar de herradores, en relación a modificaciones y cumplimientos de su Reglamento, sobre la creación de dos cátedras para ser cubiertas en públicas oposiciones por miembros del Cuerpo de Veterinaria Militar, para impartir las enseñanzas de su plan de estudios, así como el programa de oposiciones para cubrir dichas cátedras.

A continuación los transcribimos dado su valor histórico: el primero lleva la fecha "Madrid 2 de mayo de 1859" está dirigido por el Ministro de la Guerra O'Donnell al señor Director General de Caballería y le dice "Ministerio de la Guerra.- E.S. La Reina (q.D.g.) de conformidad con lo propuesto por V.E. a este Ministerio con fecha 15 de abril pasado se ha servido aprobar la supresión de los artículos 30 y 43 del reglamento de la Escuela de herradores y forjadores, y así mismo las modificaciones de los artículo 41 y 42 del propio reglamento. De Real Orden lo digo a V.E. para su conocimiento y efectos correspondientes con inclusión de copia de los precitados artículos 41 y 42 según han de regir en lo sucesivo. Dios guarde a V.E. muchos años. Es copia. Hay un sello en tinta del Ministerio de la Guerra". La copia que se incluye dice: "Ministerio de la Guerra.- Artículos del Reglamento de la Escuela de herradores y forjadores, que a consecuencia de las modificaciones aprobadas con esta fecha, han de regir en lo sucesivo. Artículo 41.- El vestuario y el armamento así de los alumnos de la Escuela, como de los herradores y forjadores del Ejército, será con arreglo a lo que dispone o dispongan en lo sucesivo los reglamentos de uniformidad de las armas respectivas, para cada

clase de individuos, los cuales será conveniente vistan un traje cómodo y legro, para que en marchas y operaciones puedan desempeñar su oficio en despoblados desembarazadamente. En la parte superior de la hoja exterior de la manga izquierda de la prenda de vestir que para ellos se adopte llevarán una herradura de metal, que será del color que tengan los botones del Instituto a que los individuos pertenezcan; teniendo además un mandil de cuero color de avellana con dos bolsillos en su parte media que usarán en los actos de herrado. Los herradores usando para sus caballos igual montura que la asignada a los de tropa por los reglamentos de uniformidad, hasta tanto que el Director del arma a que pertenezcan les haga alguna alteración u lo cree conveniente con arreglo al artículo 33. Artículo 42.- Los herradores y forjadores no podrán ser ascendidos a cabos ni aún nombrados soldador de 1ª clase; ni tampoco empleados de asistente, ordenanzas, ni otro servicio que no sea el que se les asigna en este reglamento. Es copia. Hay un sello en tinta del Ministerio de la Guerra.

En otro escrito de fecha Madrid, 11 de julio de 1859, que el Director de la Escuela de Veterinaria dirige al Ilmo. Sr. Director general de Instrucción Pública, dice: "Escuela Profesional de Veterinaria de Madrid. Olmo. Sr. Tengo el honor de pasar a manos de V.I. el adjunto dictamen de esta Junta de catedráticos, referente a la Escuela de herradores de Alcalá de Henares, que se dignó pedir el 4 de junio anterior. Dios guarde a V.I. muchos años. El Director. Nicolás Casas. Rubricado."

El dictamen de la Junta de catedráticos lleva igualmente la fecha de 11 de julio de 1859, firmado por el Director de la Escuela, está distribuido en nueve puntos, del cual por su extensión hacemos una transcripción parcial referida a aquellos puntos de interés a los fines de este trabajo. Dice así:

"Esta Junta ha acordado manifestar a V.I. lo siguiente: 1ª) Reconoce la utilidad de la Escuela Militar de herradores de Alcalá de Henares y cree debiera declarársela Escuela preparatoria ciencia veterinaria para lo que concierne a su objeto especial. 2ª)...cursarán en ella año y medio solar dividido en dos cursos de nueve meses cada

uno, equivalente a dos años escolásticos, que emplearán en el estudio de las materias y en la forma siguiente: 1º años, principiará el 1º de octubre y estudiarán en el Anatomía general y descriptiva de los principales animales domésticos. Exterior de los mismos, Cirujía menor con nociones de apósitos y vendajes, Arte de herrar teórico y práctico y nociones de forjado, 2º año, Fisiología, Higiene, Cirujía menor con nociones de apósitos y vendajes, Arte de herrar teórico y práctico y Práctica de forjado, Las obras de texto por que estudiaron los alumnos de la Escuela militar de herradores, serán las mismas que las que se usan en las Escuelas de Veterinaria. En el caso de que los catedráticos de aquella escuela crean conveniente recopilar algunos conocimientos de particular aplicación a las materias que estudian los alumnos de ella, y no los de las Escuelas de Veterinaria, podrán escribir alguna obra, pero para que pueda servir de texto será necesario que las remitan por conducto de sus jefes a la Dirección general de Instrucción Pública, para que haciéndolo examinar por quien convenga recaiga la resolución procedente: 4º)... Como por la especialidad y forma que se da a los estudios de la Escuela de herradores, no permite dar cavida a las ventajas que tienen los estudiantes en las clases civiles, de presentarse a sufrir nuevos exámenes a los dos o tres meses de haber verificado los primeros, pues sólo tienen libre el mes de julio, si en ellos no fueron aprobados; el Ministro de la Guerra que por su ramo sostiene a sus espensas a los alumnos, acordará bien la repetición de curso, ó si la no aprobación recayese en alumnos de primer año permitirlos a último de julio o bien en su día, examinarse de los dos a fin del último caso o darles algún tiempo para reparos, si fuese de segundo, y con los que ni aún así salgan aprobados dictará la providencia que crea más equitativa. 7º) La enseñanza de los alumnos estará a cargo de dos catedráticos que serán declarados tales en público concurso de oposiciones, abierto exclusivamente entre profesores del Cuerpo de Veterinaria Militar, con opción sólo a las ventajas de escala de su reglamento especial. Los que adquieran dichas cátedras por oposición, se les declarará la categoría de profesores de Escuela, de su Cuerpo, gozando el sueldo

y uniforme de tales durante el desempeño de sus cátedra; pero en la escala general del Cuerpo seguirán en el lugar y categoría que por su antigüedad le corresponda, obteniendo los ascensos a que tengan derecho en el orden natural de vacantes."

Por su excepcional valor histórico copiamos en su totalidad el Program de Oposiciones para cubrir las citadas cátedra en la mencionada Escuela, que dice "INSPECCION DEL CUERPO DE VETERINARIA MILITAR. Programa para las oposiciones que se han de celebrar con el fin de proveer la cátedras de Veterinaria, establecida en la General de Caballería; según lo dispuesto en su Reglamento especial, Real orden de 24 de septiembre próximo pasado y en la de 15 de febrero último, espedita por el Ministerio de Fomento.

Artículo 1º. Son admisibles á las oposiciones de las cátedra de 1º y 2º año de la ciencia de Veterinaria, que se establecen en le Escuela de Herradores de Alcalá de Henares, todos los profesores de 1ª clase del Cuerpo de Veterinaria militar; según lo dispone la base sétime de la Real orden de 15 de febrero del presente año.

Artículo 2º. Los aspirantes solicitaron de oficio, bajo su firma, la admisión al concurso, por el conducto y en la forma que previen el art. 143 del Reglamento del Cuerpo.

Art. 3º. Los ejercicios principiarn el día siguiente el en que espira el plazo de 25 días que señala la Real orden de 24 de septiembre próximo pasado, á contar desde la fecha de la circulación de este Programa, y se verificarán en la Escuela general de Caballería, situada en Alcalá de Henares, ante un Tribunal compuesto del Inspector del Cuerpo de Veterinaria militar, Presidente, y de los Profesores mayores de Escuela ó primeros que se nombren al efecto por el Director, en número de tres como Vocales; y de dos suplentes de la misma clase de primeros. El más moderno de los Vocales de esta clase será el Secretario.

Art. 4º. Los ejercicios serán públicos y consistirán en los cuatro actos siguientes: Primero. En una disertación escrita á la vez por todos los opositores sobre un punto de las materias que comprenden las dos asignaturas de 1º y 2º año de la carrera de Veterinaria,

según se determina en el Reglamento provisional para la enseñanza, aprobado en Real decreto de 14 de octubre de 1857.

Segundo. Disertación oral, así mismo de un punto de las indicadas asignaturas como para el primer ejercicio. Tercero. Práctica en un animal vivo de una operación de cirugía menor, exponiendo previamente los motivos que la hacen necesaria, el método preferible de ejecutarla, el apósito ó vendaje que exija, procediendo á practicarla, confeccionar el aparato y colocarlo. Teniendo en cuenta que el corto número de las operaciones de cirugía menor, podrá ser insuficiente para proveer en este ejercicio á todos los opositores, ó falsear la legalidad del acto; si llegase aquel caso se llenara indistintamente con las operaciones de cirugía menor, y con la formación y colocación del apósito y vendaje de otras operaciones diferentes de aquellas, aunque sin practicar las que á estos se destinan. Cuarto. Forja y colocación en un animal vivo de una de las herraduras conocidas, describiendo previamente todos los procedimientos, indicaciones que con ella se satisfacen y método preferible entre los conocidos para su uso.

Art. 5º. El inspector de Veterinaria remitirá al Tribunal el día anterior del en que deban principiar los ejercicios de la lista de Profesores que hayan solicitado tomar parte en el concurso; una relación de las cuestiones que hayan de ser asunto del primer ejercicio; otras así mismo de las que hayan de servir para el segundo. Una relación de operaciones de cirugía menores y apósitos y vendajes, que habrán de ser objeto del tercero; y por último, otra de las herraduras y método de colocarlas, que lo serán igualmente para el cuarto.

Art. 6º. Para proceder al primero después de declararse instalado el Tribunal, se leerá la lista de los opositores, quedando excluido del concurso el que no se halle presente. Seguidamente se introducirán en una urna ó globo tantas cédulas como ternas comprende la relación que para este ejercicio se haya remitido al Tribunal. Uno de los opositores sacará una a la suerte, y sobre la cuestión que señale, disertarán todos los opositores a la vez por escrito en un mismo local. Al efecto se quedarán solos y se les concederán cuatro horas, durante las cuales vigilará el acto un Vocal del Tribunal que designará

el Presidente, relvándose en los periodos que señale. Para este acto se les facilitarán mesa y recado de escribir. Transcurridas las cuatro horas, volverá a reunirse el Tribunal, al que los opositores entregarán las disertaciones cerradas. En la hora lque el Tribunal señale, y constituido, se dará al primer opositor en el orden de lista sus disertación, que leerá, concediéndole media hora para ampliarla de viva voz. Los demás opositores continuarán actuando por el mismo orden. Las disertaciones las conservará el Tribunal terminado el acto.

Art. 7º. Para el segundo ejercicio cada opositor sacará á la suerte un punto en la mismo forma que se practicó para el primero, sobre el que hará una oración de viva voz que no escederá de una hora. Para este acto se les concederá dos horas de recogimiento en reclusión para reflexionar y formular su oración, dándoles recado de escribir para tomar apuntes. Uno de los Vocales vigilará la incomunicación del recluso, alternando según se previene para el primer ejercicio.

Art. 8º. Para el tercer ejercicio se sacará asimismo á la suerte una operación de cirujía menor ó descripción de apósito ó vendaje, según se determina en el art. 4º, en lo concerniente á este ejercicio. El opositor describirá la operación, indicaciones que promete llenar y casos patológicos en que está indicada, practicándola en un animal vivo, formando el aparato y colocándole. En el caso previsto en dicho art. 4º en lo relativo á este ejercicio, para si no fuese suficiente el número de operaciones de cirujía menor, el opositor llenará completamente el acto, omitiendo sólo el ejecutar la operación.

Art. 9º. Para el cuarto ejercicio sacará cada opositor en la forma indicada, una cédula, y contrayéndose á la clase de herradura que señale, satisfará cuanto queda prevenido para este ejercicio en ela artículo 4º.

Art. 10. La calificación de mérito de cada opositor se hará por el Tribunal á continuación de cada uno de los ejercicios respectivos.

Art. 11. La escala de apreciaciones para todos se comprondrá por cada miembro del Tribunal, entre cero y diez y seis; por consecuencia el máximum de puntos que podrá asignarse á un opositor será de 256.

Art. 12. Concluidos los ejercicios procederá el Tribunal á clasificar en sesión secreta el mérito de los opositores, y con arreglo al resultado de sus actas formará la propuesta; que deberá recaer precisamente en los dos primeros que resulten en la cabeza de la lista general de calificación de mérito; cuyos puestos toman por el total de puntos que á cada uno le resulte sumado el número de los obtenidos en los actos.

Art. 13. En el caso de resultar más de dos opositores con derecho á ser propuestos, por haber obtenido igual número de puntos, el Tribunal resolverá en votación nominal, por papeletas; concediendo para este caso escepcion el voto al suplente más antiguo, evitando de este modo el empate debiendo ser propuesto el que obtenga mayoría.

Art. 14. Las actas del Tribunal con la propuesta firmada por los Vocales, y por suplente, si hubiese tomado parte, se remitirán a la Inspección del Cuerpo que formulará propuesta al Director general, quien la pasará al Gobierno.

Art. 15. A los dos Profesores que resulten propuestos y aprobados para la Cátedra, se les espedirán Reales Despachos de Profesores de Escuela, disfrutando el sueldo de tales, desde el día que recaiga la Real aprobación en la propuesta gozando de las demás garantías que les concede en general el Reglamento del Cuerpo y el especial de la Escuela de Herradores.

Art. 16. La Escuela general de Caballería facilitará el local, animales, instrumentos y demás material que se requieren y son necesarios para los ejercicios prevenidos en este Programa.

Art. 17. Atendidas las circunstancias escepcionales de estas oposiciones, y el término de 25 días que concede para presentarse á ellas la Real orden de 24 de septiembre próximo pasado, los Directores generales de los institutos montados, dispondrán que se facilite pasaporte á los Profesores que soliciten tomar parte en el concurso.- Madrid 7 de octubre de 1860.- Gabriel Garrido.

Aprobado por S.M. en Real orden de 20 de octubre próximo pasado; y con arreglo á lo que dispone el art. 3º., se abrirá el concurso el día 27 del presente mes, que es el siguiente al que espira el plazo

de 25 días señalados.- Lo que se hace saber á todos los Profesores del Cuerpo para los efectos consiguientes.- Madrid 2 de noviembre de 1860.- El Inspector, Gabriel Garrido y Palomino. Firmado y rubricado.

NOTAS.

(1) Pérez García, J.M. (1982): "La Antigua Escuela de Veterinaria de Madrid. Aportaciones a la historia de su origen Militar". Temas de Historia Militar. Tomo I. Comunicaciones del Primer Congreso de Historia Militar. Zaragoza, Academia General Militar. Ministerio de Defensa.

(2) Pérez García, J.M. (1982): op. cit.

(3) Sanz Egaña, C. (1941): "Historia de la Veterinaria Española". Madrid.

Pérez García, J.M. (1981): "Aportaciones al Estudio de la Historia de la Antigua Escuela de Veterinaria de Zaragoza (1847-1912)". Tesis doctoral. En prensa.

(4) Serrano Tomé, V. (1971): "Historia del Cuerpo de Veterinaria Militar". Madrid.

Silvela Milans del Boch, J. (1985): "Apuntes Históricos sobre la Academia de Caballería". En Castilla y León, Valladolid y Las Fuerzas Armadas. Capitanía General 7ª Región Militar. Valladolid.

LA ENSEÑANZA LIBRE DE PRACTICANTES Y MATRONAS EN EL CADIZ DE 1868

Herrera Rodríguez, Francisco

Cátedra de Historia de la Medicina. Facultad de Medicina de Cádiz

Pensamos que resulta de gran interés para complemento y mejor conocimiento de la historiografía médica española, el que se estudie la evolución de las profesiones sanitarias auxiliares. Es por ello, y dentro del marco de trabajo que se realizan sobre este particular en la cátedra de Historia de la Medicina de la Facultad de Cádiz (1), que nos parece oportuno el acercamiento a un período histórico de gran importancia por sus repercusiones políticas y sociales en la sociedad española. Nos referimos concretamente a los cambios que surgieron de la Revolución de 1968, conocida popularmente como la Gloriosa, y a la influencia que esta generó en la Instrucción Pública, y más particularmente en los estudios de Practicantes y Matronas en la ciudad de Cádiz.

Al referirnos a los estudios de estas profesiones en nuestra ciudad, no podemos dejar de mencionar su gran tradición, ya que la Escuela de Practicantes y Matronas de la Facultad de Medicina de Cádiz del pasado siglo, es heredera de la Escuela de Practicante de Cirugía de Marina, creada en el Hospital del Rey de nuestra ciudad, en el año 1728, por el cirujano de la Armada Juan Lacomba (2). Con esta referencia concreta hemos querido dejar constancia de la gran importancia que adquirieron estos estudios en nuestra ciudad, antes de adentrarnos en la exposición que nos ocupa, y que no es otra que la existencia en Cádiz de una enseñanza libre de Practicantes y Matronas, a raíz de la promulgación de la libertad de enseñanza por Ruiz Zorrilla (3).

Efectivamente, el 21 de octubre de 1868 Manuel Ruiz Zorrilla, Ministro de Fomento, va a firmar un Decreto, en cuyo preámbulo se hace una defensa a ultranza de la libertad para enseñar, señalando en los artículos 5º y 6º que la enseñanza es libre en todos los grados y clases, quedando autorizados todos los españoles para fundar estable-

cimientos de enseñanza (4).

Y es precisamente aquí, con estos artículos que van a liberalizar la enseñanza en todos sus grados y clases, que vamos a encontrar que en la ciudad de Cádiz se establece un curso de enseñanza libre para Practicantes y Matronas, teniendo noticia de su existencia a través de un anuncio publicado en el periódico gaditano El Progreso Médico (5) (véase fig.1).

En el primer número del Progreso Médico, publicado en Cádiz el 1 de diciembre de 1868, encontramos una reseña en la que se anuncian los citados estudios, indicando que esta enseñanza estará a cargo de los profesores clínicos de la Facultad de Medicina de Cádiz don Miguel Moreno, don Juan José Cambas y don Francisco Meléndez.

Esto demuestra que cuando habían transcurrido escasamente dos meses de las disposiciones de Ruiz Zorrilla, que comentamos anteriormente, aparece en nuestra ciudad una respuesta rápida y favorable a la liberalización de la enseñanza, ya que no sólo encontramos los citados estudios para Practicantes y Matronas, sino que también, y según noticias también obtenidas del citado Progreso Médico (6), inmediatamente aparecieron anuncios para impartir un curso completo de Anatomía, bajo la dirección de don Manuel Benjumeda y Fernández; asimismo, Cayetano del Toro y Quartiellers, en la gaditana calle de Argantonio, ofrece enseñanza en su "Clínica oftalmológica" para un número de alumnos limitados. También don José Alcolea oferta un curso de Análisis Química para el estudio del doctorado en Medicina y Cirugía ; y, el licenciado Eduardo Gómez San Román, anuncia la enseñanza libre de Farmacia.

Puelles Benítez recoge unas frases muy significativas del decreto de 21 de octubre de 1868, que como ya hemos indicado fue firmado por Zorrilla, y que dicen así: "Sirviendo la enseñanza para propagar la verdad, cultivar la inteligencia y corregir las costumbres, es absurdo encerrarla dentro de los límites de los establecimientos públicos. Cuanto mayor sea el número de los que enseñan, mayor será también el de las verdades que se propaguen (...) Uno de los obstáculos más resistentes a la generación de las ideas nuevas ha sido el monopolio de la enseñanza" (7).

Así de contundente la filosofía que surgió de este controvertido decreto.

En un número del Progreso Médico, publicado el 1 de enero de 1869, aparecen condiciones más concretas para realizar estos estudios libres de Practicantes y Matronas, en nuestra ciudad, bajo la dirección de los citados profesores clínicos de la Facultad gaditana; por su interés y por demostrar su consonancia con la nueva ley lo transcribimos:

"Los que desean ingresar en esta enseñanza pueden inscribirse en cualquier época del año.

"La asistencia no es obligatoria, pudiendo los alumnos verificar los estudios en los pueblos de su residencia: presentándose en épocas determinadas, para los ejercicios prácticos, y exámenes privados sobre las materias que hayan estudiado, los cuales servirán de prueba, para el examen de reválida" (8) (véase fig.2).

Posteriormente se modifica esta reseña, anadiéndose que los alumnos deberán presentarse "... en épocas determinadas, para los ejercicios prácticos, que indispensablemente ha de tener lugar en los Hospitales" (9).

En septiembre de 1869, encontramos que se vuelve a abrir la matrícula, "para los 4 semestres que comprenden esta enseñanza" (10).

Estas fueron las condiciones en que se anunciaron los estudios libres de Practicantes y Matronas, en nuestra ciudad. Tenemos que apuntar que Juan José Cambas era director del Progreso Médico, periódico donde hemos visto que se insertaron los anuncios, y que Meléndez Herrera y Miguel Moreno eran redactores del mismo. Después de esta breve exposición, vamos a realizar un pequeño esbozo biográfico de estos tres profesores, que dotaron a estas profesiones auxiliares sanitarias, de una docencia alternativa a la oficial que se impartía en la Facultad de Medicina de Cádiz.

Francisco Meléndez Herrera nació en Cádiz en 1843 y falleció en 1901, a la edad aproximada de 58 años. Cursó la carrera de Medicina en Cádiz, donde desempeñó varias sustituciones de cátedra. En 1875 ganó la cátedra de Obstetricia de la Universidad de Valladolid, pasando poco después de nuevo a Cádiz donde ocupó la cátedra de Anatomía Topográfica y Medicina operatoria, que había dejado a su muerte vacante

Juan Ceballos. En 1897, Meléndez Herrera fue nombrado Decano de la Facultad gaditana. Llegó a ocupar el sillón consistorial de su ciudad natal (11). También hay que añadir que obtuvo el grado de doctor, con la calificación de Aprobado, el 17 de octubre de 1866, con una tesis titulada ¿Cuál es la educación física y moral de la mujer mas conforme á los grandes destinos que le ha confiado la divina providencia? (12).

Juan José Cambas Gallego nació en Jerez de la Frontera (Cádiz), el 10 de julio de 1833, y se licenció en la Facultad de Cádiz el 18 de junio de 1856. En el curso académico de 1858-59 cursó en la Universidad Central las asignaturas del doctorado, y consiguió doctorarse el 1 de mayo de 1868, con la nota de Aprobado, y una tesis titulada Determinar los caracteres diferenciales de la locura y de la pasión (13). En 1857 se traslada a París donde permanece un año dedicado a estudiar Hospitales y Escuelas prácticas. El 15 de diciembre de 1859 fue fundador y socio de número de la Academia Médico Quirúrgica matritense. También en este año fue nombrado Individuo de Cuerpo de Médicos Higienistas; y, en 1860, fue redactor en Madrid de la Enciclopedia de Ciencias Médicas. En el mes de agosto de 1864 se traslada a Cádiz, y en 1865 es nombrado socio de número y fundador de la Sociedad Antropológica española (14). Como ya hemos señalado fue director del periódico El Progreso Médico, donde realizó una densa labor como publicista.

Miguel Moreno y Martínez (15) nace en Jerez de la Frontera (Cádiz), el 27 de junio de 1842. Realiza los estudios médicos en la Facultad de Cádiz, obteniendo los premios extraordinarios de los grados de Bachiller y Licenciado en Medicina y Cirugía, en 1862 y 1864, respectivamente. El 16 de junio de 1865, se doctora en Madrid con una tesis sobre la educación física y moral de la mujer (16). El 20 de noviembre de 1867 hizo oposición para una plaza de profesor clínico, a la cual accede por R.O. 23 de mayo de 1868. El 15 de abril de este mismo año fué nombrado en unión de los catedráticos Francisco Flores, Imperial Iquino y Eugenio Rivera, para la formación de una memoria histórica de la Facultad de Medicina desde su fundación. En septiembre de 1870 fué nombrado para el desempeño de la Cátedra

de Historia de las Ciencias Médicas, cuya sustitución desempeñó hasta su nombramiento como catedrático de la misma, ocupando esta plaza, hasta la conclusión del curso académico de 1873-74. En 16 de junio de 1875 fué nombrado secretario interino de la Facultad de Cádiz.

Con estos esbozos biográficos quedan presentados estos profesores, que en nuestra ciudad establecieron la enseñanza libre para Practicantes y Matronas.

Según indica Albarracín Teulón, en los tres primeros años de libertad de enseñanza, lograron titularse tres mil cirujanos, ocurriendo lo mismo con los practicantes, cuyo número se duplicó rápidamente (17).

El golpe definitivo a la libertad de enseñanza lo dio el Real Decreto firmado por Orovio, el 4 de junio de 1875, el cual regula la concesión de grados académicos a los que hubieren hecho estudios privados. Y un Real Decreto de 11 de febrero de 1876 deroga la posibilidad de expedir títulos profesionales a los Jefes de establecimientos oficiales (18).

Con respecto al alumnado que se matriculó en estos cursos libres para Practicantes y Matronas en Cádiz, no hemos encontrado ningún listado que nos permita identificarlos y conocer su procedencia. Es por lo que nuestro breve trabajo, se reduce a comunicar la existencia en nuestra ciudad de un núcleo de enseñantes, que se acogieron rápidamente a las disposiciones liberalizadoras de Ruiz Zorrilla, así como a dar noticias biográficas de los profesores que se encargaron de la docencia libre de las citadas profesiones auxiliares sanitarias.

NOTAS BIBLIOGRAFICAS.

(1) Cf. OROZCO ACUAVIVA, Antonio: Notas para la Historia de la Enfermería gaditana. Cádiz, 1983; GARCIA HUERTAS, Virtudes: Escuelas de Practicantes y Matronas de la Facultad de Medicina de Cádiz en la segunda mitad del siglo XIX. Tesis de Licenciatura. Facultad de Medicina de Cádiz, 1986.

(2) OROZCO ACUAVIVA, Antonio. Prólogo a BUSTOS RODRIGUEZ, Manuel: Los cirujanos del Real Colegio de Cádiz en la encrucijada de la Ilustración (1748-1796). Cádiz, 1983. pp. 12-13.

- (3) Decreto 21 de octubre de 1868. "Colección Legislativa". Imprenta del Ministerio de Gracia y Justicia. Madrid, 1868. Tomo C. pp. 416-424.
- (4) ALBARRACIN TEULON, Agustín: La titulación médica en España durante el siglo XIX. "Cuadernos de Historia de la Medicina española". XII, 1973. pp. 61-62.
- (5) Progreso Médico, I (1868), 1. p. 2.
- (6) Ibidem.
- (7) PUELLES BENITEZ, Manuel de: Educación e ideología en la España contemporánea (1767-1975). Ed. Labor. Barcelona, 1980. pp. 174-175.
- (8) Progreso Médico, II (1869), 3. p. 26.
- (9) Progreso Médico, II (1869), 8. p. 86.
- (10) Progreso Médico, II (1869), 20. p. 230.
- (11) OROZCO ACUAVIVA, Antonio: Bibliografía Médico-Científica gaditana. Cádiz, 1981. p. 226.
- (12) Expediente para el doctorado de Francisco Meléndez Herrera. Legajo 1.566-Nº 7 (sección universidades). Archivo Histórico Nacional.
- (13) Expediente para el doctorado de Juan José Cambas Gallejo. Legajo 1.333-Nº 31 (sección universidades). Archivo Histórico Nacional.
- (14) "Libro de los Empleados de la Facultad de Medicina de la Universidad de Sevilla en Cádiz (1845-1883). F. 29-29v. Archivo Facultad de Medicina de Cádiz.
- (15) Cf. Expediente académico de Miguel Moreno y Martínez. Legajo XLIII, exp. 14. Archivo Facultad de Medicina de Cádiz. Y el "Libro de los Empleados de la Facultad de Medicina de la Universidad de Medicina de la Universidad de Sevilla en Cádiz". f. 37v.-40. Archivo Facultad de Medicina de Cádiz.
- (16) MORENO Y MARTINEZ, Miguel: ¿Cuál es la educación física y moral de la mujer mas conforme á los grandes destinos que le ha confiado la Providencia? Tesis para el doctorado. Madrid, 1865.
- (17) ALBARRACIN TEULON, Agustín: Op. cit., p. 63.
- (18) Ibidem, p. 66.

ENSEÑANZA LIBRE
DE PRACTICANTES Y MATRONAS

bajo la direcciu de los doctores

D. Miguel Moreno, D. Juan José Cambas y
D. Francisco Melendez,

PROFESORES CLINICOS DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE CADIZ.

OFICINAS: TENIENTE, 12.

FIGURA 1

ENSEÑANZA LIBRE
DE PRACTICANTES Y MATRONAS

bajo la direcciu de los doctores

D. Miguel Moreno, D. Juan José Cambas y
D. Francisco Melendez,

PROFESORES CLINICOS DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE CADIZ.

OFICINAS: TENIENTE, 12.

Los que deseen ingrosar en esta enseñanza, pueden inscribirse en cualquier época del año.

La asistencia no es obligatoria, pudiendo los alumnos verificar los estudios en los pueblos de su residencia: presentándose en épocas determinadas, para los ejercicios prácticos, y exámenes privados sobre las materias que hayan estudiado, los cuales servirán de prueba, para el examen de reválida.

FIGURA 2

LAS DÉCADAS MÉDICO-QUIRÚRGICAS (1821-1828) Y LA CENSURA FERNANDINA

Miqueo Miqueo, C.

Departamento de Historia de la Medicina. Universidad de Zaragoza.

Desde que F. Méndez Alvaro en su estudio sobre el periodismo médico español indicara que la revista *Décadas Médico Quirúrgicas* "empezó a publicarse el 10 de Enero de 1820 y siguió sin interrupción hasta el 30 de Diciembre de 1828"¹, los estudios posteriores, tanto las síntesis generales como otros específicos dedicados al tema del periodismo a éste en concreto, no ha hecho sino transmitir, sin apenas modificaciones, esta información.

2. De este modo se ha creído que, a diferencia del resto de los periódicos de la época, éste había continuado su publicación normal, sobreviviendo a la feroz represión que conllevó la restauración del absolutismo en 1823. Incluso se ha querido ver en la personalidad política del director de este periódico, Manuel Hurtado de Mendoza, la razón de que las *Décadas Médico-Quirúrgicas* no hubieran sufrido la persecución del nuevo gobierno fernandino.

3. Sin embargo, no hay ninguna duda de que también este periódico fue sensible a la inestabilidad política del país en aquellos años, y víctima, como otras instituciones, aunque quizás por razones algo diferentes en este caso, de la represión gubernamental. Nuestro propósito al presentar esta comunicación es dar noticia de la supresión decretada contra este periódico y aportar algunos datos sobre las peculiares circunstancias que concurrieron en este proceso; proceso que probablemente no pueda ser explicado adjuciendo únicamente causas o razones políticas.

EL PERIÓDICO

Las *Décadas Médico-Quirúrgicas*, cuyo título es suficientemente expresivo de su periodicidad y de su temática, comenzó a publicarse en Madrid en enero de 1821 (no de 1820, como reiteradamente se ha dicho) bajo la dirección de Manuel Hurtado de Mendoza (1783-1849), constituyéndose fundamentalmente en un órgano de difusión de la ciencia médica europea de vanguardia. En este sentido debe considerarse, pues, uno más en la avalancha de periódicos de todo tipo que se produjo una vez derogada la ley de censura imperante y restablecida la libertad de imprenta por el gobierno institucional en

marzo de 1823; periódicos que desempeñaron, como es bien sabido, una insustituible labor de difusión de las ideas políticas, religiosas, literarias o científicas que habían circulado fuera de nuestras fronteras durante los años anteriores 4. La mayor parte de las aproximadamente 50 páginas de cada cuadernillo o fascículo de tamaño octavilla de las Décadas que salía al público los días 10, 20 y 30 de cada mes se dedicaron a las noticias científico-médicas extranjeras.

Con relativa puntualidad en algunos casos, este periódico fue informando, durante los años de 1821, 1822 y parte de 1823, de los descubrimientos, debates y actividades científicas de otros países, bien a través de las breves notas incluidas en la sección de "Terapéutica" o de las incluidas en la de "Variedades" (donde se daba cuenta de las sesiones de diversas instituciones científicas), o bien a través de las numerosas reseñas de periódicos extranjeros que conformaban la sección específica de "Literatura médica extranjera". Habitualmente, incluso, ofrecía en la sección principal, la denominada "Medicina Práctica" artículos completos originalmente publicados en diversos países 5. Pero, como hemos tenido ocasión de comprobarlo, la novedad médica que este periódico divulgó preferentemente fue la nueva doctrina brusista, y lo hizo a través de la publicación de manera regular de los principales artículos de la revista que dirigía F. J. V. Broussais en París *Annales de la Médecine Physiologique* (1822-1834) 6.

En menor medida se ocupó las Décadas de divulgar la relativamente escasa actividad que se estaba desarrollando en España. Realmente, el número de artículos originales es bastante reducido, lo que sorprende si se compara ésta con las otras dos revistas médicas que se publicaron durante aquellos años del Trienio Liberal, e, incluso, con cualquier otra de las de la primera mitad del siglo pasado. Hecho éste, el de la preponderancia de la información científica extranjera del periódico que, como veremos a continuación, tuvo su trascendencia en el episodio que estudiamos.

Tan importante labor difusora pudo desarrollarse gracias a las conexiones que mantenía su director, el nombrado Manuel Hurtado de Mendoza, con determinadas instituciones extranjeras; contactos que había establecido durante sus exilio, entre 1814 y 1818 en la capital francesa 7.

EL PROCESO DE CENSURA

El proceso judicial contra las Décadas Médico-Quirúrgicas se

inició cuando Manuel Hurtado, su director, solicitó al Juzgado de Imprentas una licencia para que se le eximiera de la censura facultativa debido al retraso que le estaba ocasionando en la publicación, casi semanal, del periódico. Pero ante ello intervino de manera decisiva la Junta Superior Gubernativa de Medicina, organismo que no sólo no consintió en evitarle esta perjudicial demora, sino que, además, logró que el Fiscal determinara la suspensión del periódico, después de un largo proceso que duraría casi un año. Se decretó el cierre del periódico en diciembre de 1824, después de que la Junta de Medicina hubiera remitido al Juzgado varios informes desfavorables de los sucesivos fascículos que Hurtado iba enviando, y haberse negado, incluso, a aceptar la decisión que inicialmente había adoptado el Juez de Imprentas, por la que se permitía la publicación de las Décadas tras la censura moral y política, y siempre que se imprimiera posteriormente la censura de los facultativos médicos 8.

Interesa señalar que una de las razones que adujo la Junta Superior Gubernativa de Medicina para impedir que se concediese la licencia solicitada fué la dudosa titulación y la juventud e inexperiencia de Manuel Hurtado de Mendoza, siendo que tenía, entonces, nada menos que 41 años de edad, y llevaba, que sepamos, más de siete años ejerciendo la medicina y, probablemente, dieciseis ejerciendo la cirugía. "Como es que un joven dedicado a la medicina de pocos años a esta parte, no la ha cursado en las universidades de España, y se ha graduado, no sé si con dispensa de la Universidad de Huesca, que eligió, sabiendo él la causa de no haberla hecho en otra parte..." -decía textualmente el informe de la citada Junta 9.

También apeló la Junta de Medicina en su justificación al patriotismo, denunciando que este periódico era "una mera traducción bastante mal desempeñada -así se calificó, aludiendo quizá a la incorrección desde el punto de vista del lenguaje- de un periódico extranjero", a lo que se añadía: "sin contener cosa alguna para acreditar la pericia de los profesores españoles en lo cual el autor ni se honra a sí mismo, ni mira por el decoro de su patria" 10.

Pero el principal motivo que alegó este órgano censor fué de orden fundamentalmente científico-médico: la divulgación que desde las páginas de las Décadas se estaba haciendo de una doctrina médica, del brusismo. Se arguyó que todo el periódico se reducía a una "defensa ciega del partido

de Broussais hecha -se matizaba- con una arrogancia insoportable", y que toda esta doctrina, pero especialmente su terapéutica podía tener consecuencias funestas 11. Criticando esta doctrina terapéutica, así se expresaba, en un lenguaje encendido y vivísimo, uno de los fragmentos del informe del Juez que transcribía las censuras emanadas de la Junta de Medicina, haciendo alusión a uno de los casos presentados en el periódico:

"cita una señora a quien le sacaron cincuenta onzas de sangre, la operaron y se restableció completamente el poco tiempo. Señor, ¿dónde estamos?, ¿y hay hombre que se atreva a escribir este escándalo cuando muchísimas personas se sincopizarían hasta haber perdido la mayor parte de su sangre y se morirían sin remedio?. Escándalo, porque de una sangría de cincuenta onzas nadie puede restablecerse en poco tiempo. Escándalo, porque esto es matar al enfermo para que no sienta la operación. Escándalo, porque deja ver la audacia de una atolondrado, de un atolondradísimo" 12.

En su censura los facultativos recurrieron al argumento de que esta publicación resultaba totalmente perniciosa para la formación de los jóvenes médicos, los únicos, en su opinión, que podían dejarse embaucar por el nefasto sistema brusista. Este fué, junto con el anterior, el motivo al que el informe del juez concedió mayor importancia. Así se imaginaba éste, tomando prestadas las palabras de los facultativos, los efectos que en estos jóvenes podía producir la lectura del periódico:

"Supóngase uno de aquellos jóvenes inexpertos y desaplicados que por desgracia no son pocos, a quien le llega un escrito de esta naturaleza y que por su poca instrucción y mucho amor a la novedad abraza sin meditación la doctrina que se le presenta como un modelo de adelantamientos y perfección. Este joven la pondrá en práctica, como es natural, confundirá las enfermedades más diferentes, derramará sangre sin tino, convertirá los enfermos en esqueletos y las más veces los matará sin haberlo conocido" 13.

No obstante, es indudable que otro motivo poderoso actuaba en esta decisión: la defensa de la dignidad de la profesión, frente al desarrollo de corrientes más propias de sanadores extrauniversitarios; profesión, que al decir de muchos autores de la época, había sido reducida a una extrema

simplicidad por los partidarios de este nuevo sistema médico 14. No en otro sentido, creemos, deben ser interpretadas las siguientes palabras, con las que terminaba el discurso anterior:

"¿Y qué consecuencias no deben resultar de pintar como fácil el arte tal vez más dificultoso, que hay sobre la tierra, el arte que necesita una continua aplicación y experiencia, el arte, en fin, que no es posible poseer sin la duda filosófica y sin la circunspección más juiciosa?" 15.

No tenemos constancia de que la Junta Superior Gubernativa de Cirujía, hubiera emitido ningún informe desfavorable en aquel proceso. Es probable que así fuera puesto que el Juez de Imprentas no se apoyó en sus censuras, a pesar de haber requerido su dictamen para justificar la suspensión del periódico.

LOS EFECTOS DE LA SUSPENSIÓN DE LAS DÉCADAS

Los efectos del proceso seguido contra este periódico son evidentes. Las Décadas Médico-Quirúrgicas dejaron de publicarse desde la primavera de 1824 hasta comienzos del año 1827, en que, por fin, pudieron salir al público los fascículos censurados y prohibidos casi tres años antes, los que constituyen el doceavo volumen de la colección. A partir de entonces, en enero de 1827, recobró el periódico la regularidad que había tenido desde sus inicios, tanto en su publicación -cada diez días- como en su distribución por casi todo el territorio nacional (regularidad que, obviamente, había perdido ya antes de este proceso, cuando los graves acontecimientos políticos que terminaron con el gobierno constitucional, debido a la desorganización del correo, inicialmente, y a la dilación de la censura, después).

Si bien la normalidad en el ritmo de publicación se impuso desde el comienzo de esta segunda etapa -enero de 1827- de las Décadas, la suspensión tan prolongada se hizo notar en algún sentido: el periódico no alcanzó los niveles de participación de los médicos o cirujanos españoles que tenía antes del cierre, hasta, por lo menos, un año después de reanudada su actividad, y no hemos logrado determinar si tuvo los mismos efectos en el nivel de ventas o de suscripciones.

Así pues, también este periódico, así como la persona de su director, sufrió las consecuencias de la involución política y cultural de la llamada "década ominosa", que fué, ya se sabe, particularmente terrible en sus primeros años.

EL CONTEXTO CIENTIFICO Y POLITICO. POSIBLES EXPLICACIONES

En la restricción de la libertad de M. Hurtado de Mendoza para publicar sus escritos -no sólo se le prohibió este periódico, sino todas sus producciones-, las razones científicas, o si se prefiere, los intereses profesionales debieron de pesar mucho más que las razones estrictamente políticas, que, en general, se han aducido en otros casos similares de esta negra etapa de nuestra historia.

No creemos que Hurtado hubiera desarrollado ningún tipo de actividad política durante los años anteriores de gobierno liberal, aunque realmente bien poco podemos afirmar en lo concreto acerca de sus convicciones políticas. Recibió con alborozo la restauración de las libertades constitucionales. A su vez, como antiguo afrancesado (no sabemos con qué grado de compromiso), nunca dejó de reconocer su gratitud y admiración por la labor científica desempeñada por los médicos del vecino país, y tampoco dejó de mantener ciertas relaciones con sus antiguos correligionarios, (iniciadas bien en España, bien durante su exilio). Entre sus pacientes de aquel mismo año de 1824 se encontraban, como hemos tenido ocasión de comprobarlo, varios afrancesados vinculados al aparato administrativo de José I. Conviene recordar, por otra parte, que en aquellos momentos de reacción absolutista nunca criticó a los médicos franceses militares que, al mando del Duque de Angulema, invadieron España para acabar con el régimen constitucional y reponer en su trono al monarca que perseguiría ferozmente a los liberales a continuación; por el contrario siempre los defendió, aunque ateniéndose exclusivamente a cuestiones profesionales. Por último, Manuel Hurtado no ocupó durante el Trienio Liberal ningún cargo público, ni docente ni asistencial, por lo que no tenemos razones para pensar que fuera molestado, como otros muchos médicos o cirujanos conocidos, tras los decretos de purificación que dictó Fernando VII 16.

No obstante, es evidente que el nuevo contexto político permitió y favoreció tal represión, puesto que Hurtado, desde el año 1820 no había dejado de tener una intensa actividad científica, y había podido divulgar el brusismo y captar prosélitos sin más obstáculos que los naturales: el recelo con que desde el principio fué recibida esta nueva doctrina por muchos médicos.

El factor político condicionaría, a nuestro entender, en la

medida en que se restableció la censura, por una parte, y, por otra, se produjo un importante cambio en la correlación de fuerzas en los organismos de poder a favor de los médicos más conservadores; cambios materializados, en lo que al hecho que estudiamos concierne, en la renovación de todos los cargos de las Juntas de Medicina y de Cirugía 17.

En este contexto, debió de tener especial importancia el relativo aislamiento institucional en que ejerció su profesión M. Hurtado de Mendoza y la escasa inserción del brusismo en las grandes capitales y especialmente en Madrid. Pero principalmente debió de influir la falta de un decidido apoyo entre los médicos madrileños que tenían mayor poder en la corte. En aquellos negros años de absolutismo éstos eran justamente los médicos de Cámara y los de la Junta Superior Gubernativa de Medicina, cuyo Secretario, nombrado por el Rey aquella misma primavera de 1824 (así como catedrático de la Escuela Especial de Medicina Práctica de Madrid) fué uno de los principales detractores del brusismo. Aquel mismo año, José González Ayensa, que así se llamaba el Secretario, escribió un extenso y agrio escrito contra esta doctrina Refutación de las nuevas doctrinas médicas del Dr. Broussais, editado por la citada institución docente 18.

Que el principal obstáculo para la difusión de las publicaciones científicas de M. Hurtado fuera el poder de la Junta Superior de Medicina a causa de la doctrina brusista y no de sus ideas o actividades políticas, lo avala también el hecho de que una vez decretada la libertad para publicar sus escritos se le volviera a prohibir otro: la última parte de la réplica que hizo al escrito del miembro más destacado de dicha Junta, el nombrado José González Ayensa, publicado, por cierto, cuando Hurtado no podía hacerlo a su vez. Se prohibió, precisamente, la publicación de aquella parte con la que Manuel Hurtado pretendía "demostrar lo muy extendida que se halla esta doctrina entre nuestros comprofesores" mediante la presentación de numerosos documentos justificativos 19.

En este intento de matizar o especificar la intervención de los factores políticos en el desarrollo o estancamiento científicos, a continuación deberíamos apelar —de nuevo— al diferente contexto político de fines del años 1826 y el siguiente para poder explicar la reanudación del periódico objeto de nuestro estudio y la publicación del resto de los trabajos de M. Hurtado: el notable giro político de signo liberalizador dado por el

monarca, a instancias de un sector de los afrancesados, quien acabó aceptando entre sus políticos a antiguos josefinos y liberales moderados. Ciro político que, en lo relativo a la medicina, se tradujo en el poder otorgar a uno de los perseguidos años antes, Pedro Castelló, quien, como es sabido, iniciaría una serie de importantes reformas en la enseñanza, el ejercicio de la medicina y en las actividades sanitarias 20.

NOTAS.

1 MENDEZ ALVARO, F. (1883), p.41.

2 Véanse los estudios de COMENGE FERRER, L. (1914), y LOPEZ PIÑERO, J.M. (1964), obras de referencia obligada para los estudiosos de la medicina decimonónica; así como los trabajos que realizaron RIERA, J. (1970) y ARECHAGA MARTINEZ, J. (1977) sobre la anatomía del siglo XIX y la contribución del director de esta publicación, o el de PESET REIG, R. (1963) sobre la aportación a la patología del nombrado M. Hurtado, quienes aun tangencialmente han tratado este tema. También puede verse el más reciente de LOPEZ PIÑERO, J.M.; TERRADA, M.L. (1980) acerca de la evolución histórica del periodismo médico español.

3 Rafael Peset afirmaba refiriéndose a Hurtado que "gozó del favor del Rey Fernando VII, cuya celosísima censura no pareció afectarle" (op. cit., p. 203), y J.M. López Piñero ligó el supuesto hecho a las "circunstancias políticas de su director", aludiendo sin duda a su pasado afrancesado (op. cit.p.68). Posteriormente J. Arechaga relacionó el "benevolente trato" recibido con el viraje político de signo liberalizador experimentado por el gobierno de Fernando VII en los últimos años de su reinado, confundiendo este período con el otro posterior (op. cit.p.81).

4 Acerca del papel jugado por el periodismo o la prensa en general en este decisivo período de nuestra historia interesa consultar el estudio de conjunto más reciente de SEOANE, M.C. (1983), además de los relativos al mundo de las ciencias médicas ya citadas.

5 Acerca de las principales fuentes de información de este período y la puntualidad con la que difundía las noticias aparecidas fuera de nuestras fronteras hemos presentado recientemente otra comunicación: MIQUEO MIQUEO, C. (1986a).

6 Como es sabido F.J.V. Broussais (1772-1838), un cirujano-médico bretón vinculado al ejército napoleónico fué el formulador de la doctrina que polizaría la opinión médica europea, principalmente la francesa, durante las décadas 1815-1835 de la centuria pasada.

Heredera de la formulada tiempo atrás por el escocés J. Brown (1735-1788), su doctrina presentaba como principal novedad teórica la afirmación de que el estado de enfermedad no era sino una modificación del estado de salud, alteración regida por las mismas leyes -vitales-, en última instancia- que regían los fenómenos fisiológicos. Pero la fisiología propuesta por Broussais adolecía de una excesiva especulación y el conjunto de su doctrina presentaba tal grado de sistematización que repugnarían a muchos de sus coetáneos, interesados más bien en fundamentar el conocimiento de las enfermedades en las tangibles alteraciones morfológicas, las lesiones. Partiendo del supuesto de que la naturaleza biológica tendía a desequilibrarse una vez iniciado el proceso morboso, la doctrina brusista abogó por un radical intervencionismo médico, cuando la mayoría de sus coetáneos desconfiaban de los recursos terapéuticos.

7 Formado inicialmente en el Colegio de Cirugía de San Carlos de Madrid y posteriormente en Francia junto a f. Broussais y algunos de los grandes maestros de la famosa escuela de París, M. Hurtado contribuyó de manera decisiva, a través de sus numerosas publicaciones (una veintena, además de este periódico), a la renovación de los saberes científicos en España. Por otra parte, su intensa actividad propagandística fué trascendental para la rápida difusión de la novedad médica de la época, como ha puesto de manifiesto la investigación que sobre el tema hemos realizado, MIQUEO MIQUEO, C. (1988b). Acerca de su contribución científica pueden consultarse además los citados trabajos de ARECHAGA MARTINEZ, J. (1977), LOPEZ PIÑERO, J.M. (1983), PESET REIG, R. (1963) y RIERA, J. (1970).

8 Hemos podido conocer este proceso gracias al estudio que sobre la censura gubernativa en la España de la época (1800-1833) realizó J.M. González Palencia, quien ofrece el informe íntegro que remitió el Juez de Imprentas el 21 de junio de 1824 al Fiscal sobre las Décadas. En este informe se presentaba un resumen, utilizando los textos originales, de las "censuras" de la Junta Superior Gubernativa de Medicina. A la espera de localizar y consultar otros posibles documentos que sobre este proceso pudieran conservarse en el Archivo Histórico Nacional, ofrecemos en esta comunicación la información que disponemos de momento, remitiéndonos siempre al documento publicado en el citado trabajo de GONZALEZ PALENCIA, A. (1934-1941), Vol.III, pp.117-119.

9 Ibidem, pp.117-118. Además de la Junta de Medicina, los principales adversarios de la doctrina brusista opinaron de igual modo acerca de la juventud e inexperiencecia de M. Hurtado. Por otra parte, hemos tenido ocasión de confirmar el dato que aquí se apunta sobre la obtención en Huesca de su licencia para ejercer como médico. La vinculación de Hurtado a esta ciudad aragonesa, así como ese episodio han sido tratados en otro trabajo anterior. MIQUEO MIQUEO, C. (1986c).

10 Cit. por GONZALEZ PALENCIA, J. (1934-1941), vol.III, p.118. Respecto a esta acusación, no creemos que pueda hablarse de una mera traducción de un periódico extranjero, aunque ciertamente la traducción de noticias

y artículos publicados fuera de nuestras fronteras constituyese la mayor parte de sus páginas.

11 En coherencia con los supuestos fisiopatológicos brusistas, a saber: que las enfermedades eran generadas por una excesiva irritación nerviosa cuyo efecto inmediato era la congestión sanguínea de las arteriolas de la zona local irritada, y que la mucosa gastrointestinal era la inicial y principalmente afectada en la mayoría de las enfermedades, la nueva doctrina atribuyó al tratamamiento debilitante, principalmente a las emisiones sanguíneas producidas por las sanguijuelas, un poder curativo inusitado. En el momento en que se censuraba el periódico, esta doctrina esta siendo cuestionada, sobre todo en Francia, donde mayor resonancia había adquirido, pero mayoritariamente se aceptaba y ponían en práctica sus indicaciones terapéuticas, propagándose desde diferentes tribunas su manifiesta eficacia en la clínica. Esta supuesta eficacia no sería desmentida de forma ya irrefutable (utilizando para ello la estadística) hasta unos años después, con lo que se iniciaría en 1826-1827 un rápido e irreversible proceso de descrédito de la doctrina brusista.

12 Cit. por GONZALEZ PALENCIA, A. (1934-1941), vol.III, p.119.

13 Ibidem, p.118.

14 De la misma opinión fueron los detractores del brusismo; especialmente gráficas y sonrosantes resultan las acusaciones vertidas en GONZALEZ AYENSA, J.; ALONSO QUINTANILLA, A.J. (1825) y PIQUER, J.A. (1827). Por otra parte resulta oportuno recordar aquí que una de las razones que han esgrimido quienes han investigado el caso francés, y nosotros en el caso de España, para explicar el impacto que alcanzó el brusismo ha sido precisamente la facilidad de la práctica fundamentada en esta doctrina.

15 Cit. por GONZALEZ PALENCIA, A. (1934-1941), vol.III, p.118.

16 Acerca de la trayectoria biográfica de Hurtado, una de las peor conocidas entre las de las figuras destacadas de la medicina decimonónica, puede consultarse mi Tesis de Doctorado ya citada.

17 En el largo forcejeo existente entre los dos tipos de profesionales -los médicos y los cirujanos-, los cambios políticos no fueron ajenos a su evolución. La reacción política de 1823 conllevó la paralización del polémico proceso legislativo de unificación de ambas profesiones que, emulando a otros gobiernos revolucionarios, había potenciado el gobierno liberal. Hurtado de Mendoza y las Décadas Médico-Quirúrgicas habían tomado partido claramente por la unificación de las dos profesiones, convirtiéndose este periódico en un importante portavoz de la actividad de las Cortes Liberales y en una tribuna de los partidarios de la reorganización. Acerca de la evolución de este proceso general pueden consultarse los estudios de ALBARRACIN TEULON, A. (1972, 1973a, 1973b) y el de PESET, J.L. (1968).

18 GONZALEZ AYENSA, J. (1825).

19 HURTADO DE MENDOZA, M. (1826).

20 Acerca del alcance y la explicación del giro político de Fernando VII véanse las tesis sostenidas por ARTOLA, R. (1976), CARR, R. (1969), FONTANA, J. (1983) o TUÑÓN DE LARA, M. (1981), y sobre su repercusión en medicina puede consultarse los citados trabajos de A. Albarracín y J.L. Peset, o el dedicado a la figura de Castelló de GARCIA PEREZ, J. (1981).

BIBLIOGRAFIA.

ALBARACIN TEULON, A. (1972) Intrusos, charlatanes, secretistas, y curanderos. Aproximación sociológica al estudio de la asistencia médica extra-científica en la España del siglo XIX. Asclepio, 24, 323-366.

ALBARRACION TEULON, A. (1973a) La profesión médica ante la sociedad española del siglo XIX. Asclepio, 25, 303-316.

ALBARRACIN TEULON, A. (1973b) La titulación médica en España durante el siglo XIX. Cuad. Hist. Med. Esp., 12, 15-79.

ARECHAGA MARTINEZ, J. (1977) Manuel Hurtado de Mendoza. En: La Anatomía española en la primera mitad del siglo XI. Granada, Universidad de Granada, pp.31-101.

ARTOLA, M. (1976) La burguesía revolucionaria, 4ª ed., Madrid, Alianza Universidad.

CARR, R. (1969) España 1808-1936. Barcelona, Ariel.

COMENGE FERRER, L. (1914) La medicina en el siglo XIX. Apuntes para la historia de la cultura médica española. Barcelona, Espasa, 2 vols.

FONTANA, J. (1981) La crisis del Antiguo Régimen. 1808-1833. 2ª ed. Barcelona, Ed. Crítica.

GARCIA PEREZ, J. (1981) Aportación a la vida y obra de Pedro Castelló. Salamanca, Universidad de Salamanca.

GONZALEZ AYENSA, J. (1825); QUINTANILLA, J.A. (1825) Refutación de las nuevas doctrinas del Dr. Broussais. Madrid, Imp. de M. Burgos.

GONZALEZ PALENCIA, J. (1943-1941) Estudio histórico sobre la censura gubernativa en España. 1808-1833. Madrid, Tip. de Archivos - Esceclier, 3 vols.

HURTADO DE MENDOZA, M. (1821-1828) Décadas Médico-Quirúrgicas. Madrid, Imp. que fué de Fuentenebro - Imp. de F. Villalpando - Imp. de Ortega y Cía., 20 vols.

HURTADO DE MENDOZA, M. (1826) Vindicación y explicación de la Medicina Fisiológica. Madrid, Imp. que fué de Fuentenebro.

LOPEZ PIÑERO, J.M. (1964) El saber médico en la sociedad española del siglo XIX. En: LOPEZ PIÑERO, J.M.; GARCIA BALLESTER, L.; FAUS SEVILLA, P. (1964) Medicina y sociedad en la España del siglo XIX. Madrid, Sociedad de Estudios y Publicaciones, pp. 33-107.

LOPEZ PIÑERO, J.M. (1983) Hurtado de Mendoza, Manuel. En: LOPEZ PIÑERO, J.M. et al. Diccionario histórico de la ciencia moderna en España, Barcelona, Península, vols. I, p. 463-464.

LOPEZ PIÑERO, J.M.; TERRADA, M.L. (1980) Las etapas históricas del periodismo médico en España. Estudio bibliométrico. En: ALBARRACIN TUELON, A.; LOPEZ PIÑERO, J.M.; GRANJEL, L.S. (1979) (eds.) Medicina e Historia. Madrid, Universidad Complutense, pp. 164-191.

MENDEZ ALVARO, F. (1883) Breves apuntes para la historia del periodismo médico y farmacéutico en España. Madrid, Imp. E. Teodoro.

MIQUEO MIQUEO, C. (1986a) La comunicación de las "Décadas Médico-Quirúrgicas" (1821-1828) con otras instituciones científicas españolas y extranjeras. IV Congreso de Historia de la Ciencia y de la Técnica. Valladolid.

MIQUEO MIQUEO, C. (1986b) La introducción y la difusión de la "medicine physiologique" de F.J.V. Broussais (1772-1838) en España. Zaragoza, Tesis de Doctorado (inédita).

MIQUEO MIQUEO, C. (1986c) Manuel Hurtado de Mendoza (1783-1849), médico vallisoletano, doctor en Medicina por la Universidad de París, revalida su licencia profesional en la Universidad de Huesca. IV Congreso de Historia de la Ciencia y de la Técnica. Valladolid.

PESET, J.L. (1968) La enseñanza de la medicina en España durante el siglo XIX. El reinado de Fernando VII (1814-1833). Med. Esp., 59, 350, 148-157.

PESET REIG, R. (1963) La patología cardiorrespiratoria en el siglo XIX español. Arch. Iber. Hist. Med., 15, 165-262.

PIQUER, J.A. (1827) Cuatro reflexiones sobre la nueva doctrina médico-fisiológica, y sobre los llamados impropriamente sistemas en Medicina..., Madrid, Imp. de M. Burgos.

RIERA, J.A. (1827) El "Tratado elemental de Anatomía" (1829-1830) de Manuel Hurtado de Mendoza. Cuad. Hist. Med. Esp., 9, 197-229.

SEOANE, M.C. (1983) Historia del periodismo en España. 2. El Siglo XIX. Madrid, Alianza Universidad Textos.

TUÑON DE LARA, M. (1981) La España del siglo XIX. Barcelona, Laia, 2 vols.

UNA REVISTA CIENTIFICA VALENCIANA: CRONICA MEDICA: 1877-1939.

Mancebo, M^a.F.

Departamento de Historia Contemporánea. Facultad de Geografía e Historia. Universidad de Valencia.

La revista Crónica Médica comienza su tercera etapa en 1928. Bajo la dirección de Juan Bta. Peset y con un equipo que representa el grupo más activo y preparado de la facultad, atraviesa, en esta su época final, los dos periodos más significativos del esfuerzo español por reincorporarse a las corrientes europeas en el s. XX: La Segunda República y la enorme tensión de la Guerra Civil. La pérdida de la guerra es también el fin de la revista.

Significa, por otro lado, el intento de enlazar con su primera etapa de esplendor, a través del hundimiento, "la provincialidad", de la Facultad de Medicina de Valencia, frustración de Peregrín Casanova, Vicente Peset, Manuel Candela y otros, que pese a su voluntarismo, no consiguen remontar el obstáculo que representa la falta de una infraestructura adecuada, como señala J.M. López Piñero. La propia revista será buena prueba, como veremos (1).

En la presentación de V. Peset y Cervera -colaborador en los tres periodos- hace de la revista en 1928, da cuenta de las circunstancias de su creación. "Fué engendro feliz de aquel maestro tan querido de todos... D. Manuel Candela y Plá, que en 1876 la fundó bajo el nombre de Crónica Quirúrgica, dándole en 1882 el definitivo, que mantuvo hasta su desaparición en 1919... La Crónica parecía legítimo reflejo de nuestra Facultad de Medicina porque en ella colaboraban con entusiasmo Campá, Casnova, Gimeno, Magraner, Gómez Reig, Garín, Aguilar y otros..." (2).

En efecto, Crónica Médica, en aquella primera etapa, se insertaba en los finales del intento que la medicina valenciana realizó, durante las décadas centrales del s. XIX, por recuperar el esplendor de la Ilustración. Por un momento pareció que el fin

del siglo iba a seguir en esta línea, por la coincidencia de unos factores que enumeramos brevemente: la presencia de profesores tan estimables como los citados, a los que se encontró por unos años Santiago Ramón y Cajal; la aparición del Instituto Médico Valenciano, en cuyo Boletín colaboraban todos y, finalmente, la creación de esta revista en los postreros días del período. El editor Pascual Aguilar, contribuía a difundir la labor del grupo experimentalista valenciano, al mismo tiempo que traducía a las figuras más representativas de la nueva medicina y ponía al alcance de los españoles los grandes tratados y obras de consulta de la época. (3)

Este satisfactorio panorama iba a terminar en los años siguientes. En 1890 el Instituto ha dejado de ser una institución viva. En 1891 se interrumpe la publicación del Boletín, y en 1894 ocurre lo mismo con La Crónica. "La medicina valenciana se vió enfrentada con su realidad... aunque estuviera enmascarada en la parte central del siglo por el esfuerzo de estos "intermedios". En realidad era el provincialismo, la imposibilidad de tener personalidad y peso propios". (4)

No obstante La Crónica resurgió en los primeros años de nuestro siglo, seguramente en el último trimestre de 1905, aunque no es posible datarla con mayor precisión. (5) El primer número que podemos manejar es de enero de 1907. El formato es distinto al último de 1894 y la presentación muy sencilla. Es fácilmente observable la ruptura entre uno y otro período. La estructura, exceptuando el segundo número dedicado a Cajal (nº 432) consiste en: Sección de trabajos originales, que se reduce en la mayoría de los casos a uno, escrito por M. Candela, de nuevo su animador; V. Peset, R. Gómez Ferrer, José Cogollos, Juan Bárcia, Caballero, etc. Una Crónica de París firmada por F. Antolí Candela. pensionado allá y que luego la enviará desde Berlín (febrero, 1907). Cuatro o cinco Notas terapéuticas, de revistas extranjera, muy breves. Y finalmente, una información de congresos, vacantes médicas, conferencioas, necrológicas...

No es posible determinar quiénes integraban el Consejo de redacción, ya que no consta (al frente de cada número sólo figura el sumario). El director-gerente es de nuevo M. Candela y el secretario M. Portacoeli. Existe comunicación con el Instituto médico valenciano

-puesto en marcha de nuevo- y con frecuencia aparecen las conferencias pronunciadas en el mismo, así las de Enrique López y R. Mollá. A lo largo de su andadura se dedican números homenaje a los maestros del s. XIX, como Amalio Gimeno o que desaparecen, como en el caso de P. Garín; con fotos que constituyen un archivo documental de interés, aunque la parte gráfica de este momento se escapa. Como nota curiosa recogemos un concurso de trabajos médicos que se falla en enero de 1908, cuyo ganador fué el Dr. López Vicent. Su finalidad debió ser promover el interés por la investigación en unos momentos de dificultades. En conjunto nos parece que este período es el menos relevante, no alcanza difusión internacional, aunque hay firmas prestigiosas, V. Peset o J. Madinaveitia. Lo cierto es que los trabajos tienen más el carácter de notas que verdaderos artículos por su brevedad. Sin duda puede corroborarse la hipótesis de J.M. López Piñero. Su diferencia con el primer período, y desde luego con el tercero, es manifiesta.

Salió ininterrumpidamente con periodicidad quincenal hasta 1919, lo que no deja de ser un gran mérito, pero de agosto a noviembre de este año hay un intervalo, quizá atribuible a las vacaciones del verano, pero más probablemente relacionado con el agotamiento de la revista. El número 730 de 25 de noviembre de 1919, dedicado a la muerte de su fundador, indica sus dificultades "Al participar a los lectores y amigos de Crónica Médica el hondo pesar que sentimos por la muerte de nuestro queridísimo director D. Manuel Candela, creemos hallarnos también en el caso de comunicarles lo que esta Redacción estima ser su deber para con la memoria del inolvidable Maestro y cariñosísimo amigo y para la significación de Crónica Médica. Hemos acordado suspender sus publicación". (6) Este número-homenaje consta de 9 artículos cortos dedicados a Manuel Candela por sus más íntimos amigos y colaboradores, entre ellos Tomás Alcober, Amalio Gimeno, el polémico Jaime Ferrer, Jesús Bartrina, Faustino Barberá, Perrón, Gómez Ferrer, algunos de los cuales, jóvenes en estos momentos, colaborarán con Juan Bta. Peset en el resurgir de la revista en los años finales de la dictadura de Primo de Rivera. Crónica Médica no

había podido sobrevivir al deteriorado clima de la Restauración, a la decadencia general de la Universidad, necesitada de honda reforma. (7)

Como en el primer período y en el tercero, no tenemos clara la financiación. Los números llevan propaganda de laboratorios, pero no parece suficiente, ni aún en el caso de 1928-39 en que es más abundante. Tampoco parece probable que se mantuviera únicamente a base de suscripciones. No es propiamente una revista de la Facultad, así nos inclinamos a suponer que estaba financiada por el grupo de colaboradores que reintegrarían parte de sus gastos con la venta o la suscripción. Tal vez algún departamento dedicaría parate de su asignación para la revista, pero dada la escasez del presupuesto para universidad y el de cada departamento, no podría afirmarse. Aún teniendo en cuenta que la Facultad de Medicina era la privilegiada en las subvenciones estatales y también la que más ingresos tendría a causa del mayor número de alumnos. Es un tema que queda abierto y no podemos resolver. (8)

* * *

De nuevo en 1928, superadas las dificultades que supone la dictadura para la vida intelectual y científica del país, renace la revista. Un grupo de profesores dirigidos por J. Peset, heredero de una ilustre tradición médica valenciana van a relanzar el proyecto de M. Candela. El consejo de redacción de la nueva revista estuvo formado en principio por T. Alcober, Alonso Ferrer, V. Benlloch, J. Comin, Domínguez Roca, J. Estellés Salarich, F. Rodríguez Fornos, J. y V. García Donato, L. García Guijarro, Gimeno Márquez, C. Gustavino, J.T. López Trigo, V.M. Mollá, A. Rincón de Arellano, J. Segovia, J. Soler Burgos, R. Vilar Sancho.

Con el tiempo estos nombres van cambiando, incorporándose los nuevos profesores adscritos a la Facultad a la largo de los años 30. De muy variada significación política, en aquellos momentos en que la política era tan esencial a los intelectuales, tienen en común su nivel científico y el trabajo que realizan. Desaparecen algunos,

en ocasiones por traslado de facultad, otras veces por edad o porque la muerte les sorprende en plena juventud y producción, como en el caso de J. Segovia. Encontramos así en 1929 la falta de este profesor -o mejor dicho su nombre con una cruz delante- y de E. López Trigo, pero también la incorporación de Roffo y E. Tamarit Olmos, del joven y belicoso Bárcia Goyanes, V. de Delfino y F. Martín Lagos, que hará una brillante carrera académica y será Decano en el franquismo, Tomás Peset, hijo también de D. Vicente, que dirigía a su vez el Boletín del Instituto de Higiene, de la provincia de Valencia, entre 1927-34 y luego marchó a la Inspección médica de S. Sebastián, Mario Ximénez del Rey, que colabora en la revista hasta el final...

En 1930, F. Poyales y J. Pache, el gran fisiólogo, Rector en la guerra civil, exiliado después en México -a su gran capacidad científica une su compromiso político-. M. Beltrán Báguena, L. López Gómez, el alumno de la facultad J.J. López Ibor, que también destacaría como psiquiatra desde el fin de la guerra.

V. Pallarés Lluesma, en 1932. El año siguiente aporta la incorporación de J. Basterra Santacruz, oftalmólogo, y V. Sanchis Bayarri, cuyos nombres aún perduran, y en el caso del segundo continúa su labor. En 1934, F.J. Aguilar y L. Urtubey, Decano de la Facultad en 1936, gran profesor, destituido después de la guerra por motivos políticos y que murió no hace mucho en el olvido. La incorporación de A. López Fernández y la muerte del profesor Tamarit Olmos son las últimas variaciones de 1936 y 1937, respectivamente.

Los nuevos profesores no olvidan su historia. Así Víctor M. Mollá, uno de los más asiduos colaboradores dirá "un hombre todo energía y voluntad la fundó, aquel hombre muere, desapareciendo Crónica; pero como el hombre no muere cuando crea, revivir su obra es, en consecuencia, alentar el presente con el irrefutable razonamiento del ejemplo..." (9). Han pasado entretanto años oscuros y difíciles, años viejos. La revista tendrá ahora otro carácter, en palabras de otro colaborador de primera hora J. Estellés Salarich, "Aunque ha tiempo lució con el mismo, ésta es, realmente, una revista nueva; hemos adoptado su viejo nombre porque queremos tener también abolengo

y, al mismo tiempo, rendir homenaje de cariño al sabio que la dirigió..." (10).

Y el nuevo carácter se reflejaba también en la presentación de V. peset Cervera: "La nueva revista aspira a ofrecer a cuantos cultivan las ciencias médicas bajo cualquiera de sus múltiples aspectos, por una parte, la comunicación espiritual, que es el más fructífero medio de cultivo para el desarrollo de las nobles ansias, buenas y bellas por verdaderas ... por otro pretende que no se pierda la obscura labor de nuestros hombres estudiosos..." Y con su lucidez característica, el viejo profesor señalaba: "Convengamos que la vida espiritual es, en todas las clases de Valencia, de una miseria deplorable que se caracteriza por la falta de distinción, lo cual exige esforzarse para que reaccionen vigorosos". Marca a continuación el sentido de las secciones: extranjero, patología regional, y el Indice de la bibliografía médica española "harto descuidada hasta ahora". hace finalmente una llamada a la concordia y la colaboración de la clase médica y afines, que recuerda el espíritu gineriano de amistad y desinterés que debiera presidir el alto trabajo de investigación, -no por utópica menos necesaria-.

No nos va a ser posible hacer una valoración de los trabajos científicos o de la orientación y líneas de investigación del grupo, pero parece innegable la importancia de las colaboraciones, el hecho de que publicar en esta revista era llegar a Europa y Estados Unidos, obtener el reconocimiento de los medios científicos extranjeros. Sin duda era una de las de mayor difusión entre las que se editaban en la época.

Haremos pues una descripción externa y, en la medida de lo posible, un análisis cuantitativo de algunos de sus aspectos y sólo en la época final destacaremos el matiz que adquiere a causa de las circunstancias de la guerra.

Bajo aquellos auspicios, la revista salió ininterrumpidamente hasta 1939, a pesar de las dificultades patentes en el número de colaboradores y en la misma presentación. Salió un número mensual desde su reaparición hasta 1936. Los avatares de este año la reducen a la mitad, cambiando desde entonces de carácter su contenido. En

1937 salen seis números, pero con la mitad de artículos originales; se mantiene así en 1938 y al año siguiente únicamente pudo publicarse el correspondiente a enero-febrero.

Durante los nueve primeros años cada número constaba de 6 artículos originales científico-médicos de las más variadas especialidades. Una sección titulada Revista de revistas y sociedades científicas, donde se encuentran recensiones de artículos de revistas o entidades europeas normalmente, distribuidas en subsecciones por especialidades que van variando. Un somero recuento muestra: Radiología, Otorrinolaringología, Obstetricia y Ginecología, Dermatología, y Sifilografía, Circulatorio, etc. A continuación se insertaba la semblanza de un médico célebre: Harvey, Luis Collado, Juan Valverde de Amusco, A. Kircher, T. Willis, N. Stenon, Andres Piquer, etc.

El Índice de bibliografía médica española, artículos de españoles o extranjeros que salen en las revistas médicas de España y algunas de Hispanoamérica, y, finalmente, una sección titulada Varia, donde encontramos diversas noticias, que en ocasiones rebasan el ámbito propiamente médico para ponernos en contacto con el mundo cultural y político de los años treinta. Asiduos colaboradores con aguda pluma serán J.J. Bárcia Goyanes que proporciona el punto de vista de los católicos de la Universidad (12) y V.M. Mollá, brillante urólogo pero preocupado también en aquellos años por la sexología y el deporte, por la juventud y el gran cambio que se está viviendo.

Esta estructura del número se mantiene prácticamente hasta el final, y también el contenido y altura científica de los trabajos; pero desde 1936 como antes decíamos, las circunstancias de la guerra van modificando e sentido de la publicación, y su presentación formal; el papel se ennegrece, se suprimen algunas secciones. Durante 1937 se publica con regularidad un número cada dos meses pero con la mitad de artículos y algunos ya directamente relacionados con el compromiso de la Facultad en la causa de la República. Por ejemplo, la aportación del Hospital Militar de Sangre de la Facultad de Medicina de Madrid.

En el número de marzo-abril los trabajos se refieren directa o indirectamente al hecho bélico, "El ruido de los medios

urbanos" del doctor Federico Pascual. Y se inserta un folleto de la Generalidad de Cataluña con instrucciones para la defensa pasiva, "Defensa pasiva organizada", con una interesante aportación gráfica a lo largo de sus páginas. El número de mayo-junio incluye un artículo del mismo carácter, "Algunas consideraciones sobre la cirugía en nuestros frentes" de V. Mollá, la segunda parte de "El ruido ..." y un artículo médico. En julio-agosto aparece un joven colaborador, Vicente Peset Llorca hijo de D. Juan, uno de los grandes perdedores de la guerra civil.

A pesar de las circunstancias adversas, la revista sigue saliendo en 1938 con las mismas características del 37, tres trabajos originales, a veces muy cortos y la presencia de jóvenes que ocupan el lugar de los anteriores colaboradores. Vicente Peset debió hacer frente a la tarea de la publicación. En otras ocasiones son médicos que ocupan puestos en hospitales o similares. Ha desaparecido el estudioso sustituido por el médico práctico, que trabaja al servicio de la España legal y republicana.

En marzo-abril se inserta un previo que da cuenta del nombramiento de José Puche Alvarez: "Los méritos de quien ha merecido tan justa prueba de confianza por parte del Gobierno de la República, nos hace confiar en que el éxito de su gestión alcanzará tan lejos como le deseamos y necesita España". Había sido nombrado Inspector General de Sanidad del Ejército, perdiendo con él Valenica, una de las personas más competentes y responsables (13).

Este número consta solamente de dos artículos: un trabajo del director de la revista, "Notas sobre táctica militar", que es, en realidad, una redacción de los Apuntes de la lección dada por D. Juan Peset en diciembre de 1937, en la facultad de Valencia, realizada por su hijo (14). Y otro artículo de V. Mollá sobre un caso de urología visto en el Hospital-escuela de la Cruz Roja. La Revista de revistas es mucho más corta y en la Varia sólo se incluyen noticias médicas de prensa extranjera.

El número mayo-junio es ya patético. Con todas las plumas militarizadas se recurre al anciano profesor Peset y Cervera: "El ocaso de la receta", completado por otro del doctor Laporta, destinado

en el hospital de la Cruz Roja. De este mismo carácter son las siguientes colaboraciones de Mariano Pérez Feliu, jefe de la sala nº 8 del Hospital militar de Valencia; "Herida toraco-abdominal por metralla de obús..." del tantas veces nombrado V. Mollá, jefe ahora del equipo quirúrgico; "Accidentes transfusionales con grupos compatibles" de V. Peset. Este trabajo sobre grupos sanguíneos en relación a las transfusiones es de una gran importancia histórica, según J.M. López Piñero. Hay también artículos de M. Ximénez del Rey y F.J. García Conde, Tomás Alcober, Carlos Royo, etc.

En la Varia de noviembre-diciembre se recoge la necrológica y elogio del Dr. Madinaveitia, fundador de la digestología médica en España, con el comentario de su última obra Higiene del soldado en campaña. "D. Juan ha muerto enseñando y amando a su pueblo como había vivido... Hombre de bondad extraordinaria puso al servicio de su pueblo toda su inteligencia trabajando hasta los últimos días de su vida en un hospital de infecciosos en las cercanías de Barcelona" (15).

Hasta el final mantuvo su nivel la publicación. El número de enero-febrero de 1939, el último, reproduce un artículo de F. Grande Covian, figura mundial de la bioquímica aplicada a la nutrición. De cuenta en él de sus experiencias en el laboratorio de fisiología de la Junta de Ampliación de Estudios, interrumpidas por la guerra y confirmadas por estudios semejantes en la Universidad de Copenhague. Un caso práctico de L. Laporta "Orientaciones nuevas en el tratamiento de la insuficiencia hepática" pone fin a la revista. En marzo entraban las tropas de Franco en Valencia.

Si la revista había comenzado gloriosamente en el s. XIX, no menos importante es su final. Una limpia trayectoria científica en esta última etapa, que cierra uno de los capítulos más lamentables de nuestra historia. Juan Peset, su director, fué fusilado por los nacionales en el cementerio de Paterna el 24 de mayo de 1941. Esta fué una parte de su obra.

NOTAS.

1. Agradezco al Dr. López Piñero el haber podido situar justamente el desarrollo de la revista y a Juan Micó sus indicaciones y lectura del original.

2. Crónica Médica, 1928, p. 2. D. Vicente Peset habla de su fundación en 1876, nº 1 del año I, 20 de septiembre de 1877. Error sin importancia en un colaborador de primera y última hora, en un profesor llamado "maestro de todos" por sus colaboradores. Se referiría quizá al proyecto ya en marcha en el año anterior. Para sus inicios v. F. Casas "Revistes de ciències mèdiques al País Valencià (segle XIX)". ACTAS del primer Congreso de Historia del País Valenciano. V. I. p. 677, aunque equivoca la reaparición.

3. J.M. López Piñero, M.J. Báguena, J.L. Barona, M.L. Terrada, J. Micó. Cajal y la medicina de su tiempo. 1883-1887. Guía de la exposición. Valencia, 1984, p. 20. Para el Instituto Médico Valenciano v. S. Teruel Piera La medicina en Valencia (1848-1892), Madrid, 1974.

4. J.M. López Piñero "Valencia en la medicina española del s. XIX". Actas III congreso nacional de Historia de la medicina. Valencia, 1969. v. II pp. 339-346.

5. No aparece en los catálogos y repertorios consultados. No se encuentra en la hemeroteca del Dpto. de Historia de la Medicina de Valencia ni en lugar conocido por el momento.

6. "Despedida". La Crónica Médica, 25 noviembre 1919, p. 182 (Los números están encuadrados por año completo).

7. Sobre la situación de la universidad E. González López, El espíritu universitario. Madrid, 1931 y L. Jiménez de Asúa, Al servicio de la nueva generación. Madrid, 1930. Respecto a la valoración que de la revista hace F. Casas Botellé en la comunicación presentada al I congreso de Historia del País Valenciano "Revistes de Ciències Mèdiques al País Valencià (1900-1970)" V. I pp. 683-689, difiero profundamente. En la página 687 menciona La Crónica Médica y no se distingue entre la segunda etapa y la tercera iniciada por J. Bta. Peset. Se equivoca en la fecha de comienzo de la segunda que no es 1908, une en un solo período la publicación desde 1908 a 1939, sin tener en cuenta la suspensión, anunciada en el número de 25 de noviembre de 1919, y se permite calificar la obra de J. Peset con el siguiente comentario "J.B. Peset Aleixandre, tornó a publicar aquesta revista iniciant la segona època, però no aconseguí una revista de categoria nacional". El subrayado es mío. Seguramente no consiguió categoría nacional, pero sí internacional, como están demostrando los últimos estudios bibliométricos realizados en la Cátedra de Historia de la Medicina. Además no sería necesarios, pues un simple lectura de los números comprendidos entre 1928 y 1939 demuestran lo contrario, aún para personas no capacitadas para juzgarlos. Sin duda su categoría es nacional e internacional. Es más, según parece el origen de la Hemeroteca de la Facultad de Medicina, son

las revistas que durante los años 30 se recibieron como intercambio con Crónica, que se encontraban en la antigua facultad y hoy en los locales correspondientes de la nueva.

Por otra parte acerca de la periodicidad quería señalar una posible confusión. Nosotros hemos periodizado con el criterio de publicación o no publicación de la revista. De esta manera las etapas son tres: 1877-1894; 1905-1919 y 1928-1939. Pero si nos atenemos a la información que proporciona la misma revista, la segunda época comenzaría en 1882 con el nombre de La Crónica Médica y llegaría a 1919, haciendo abstracción de los años 1894-1905 en que no se publicó. En todo caso la dirigida por J. Peset comienza en 1928 y es la tercera etapa y no la segunda como dice Casas. Véase la siguiente cita "Desde entonces las iniciativas y el incesante esfuerzo del Profesor Candela no decayeron en un solo día, y después de publicar Los Anales del Instituto Candela y luego de Crónica Quirúrgica (primera época), creó en 1882, La Crónica Médica, (segunda época), que alcanzó en el momento del eterno descanso de su fundador, el año 31º de su publicación". "Despedida" La Crónica Médica. Valencia, 25 noviembre de 1919, p. 182.

Esta cita nos permite contrastar, aunque sólo sea por el número de páginas, la diferencia entre 1905-1919 y 1928-1939. En el primer caso los números constan de 12 págs., por término medio y a partir de 1928 son de 80, 4 enero de 1928, 79 el de febrero. Aunque ahora son mensuales desde la calidad del papel a los índices, información y trabajos, no hay comparación posible.

8. El estudio de los presupuesto de la facultad, y en general de la universidad de Valencia en los años de la República y la Guerra Civil, forma parte de nuestra tesis doctoral en curso. Véase también "La Universidad de Valencia durante la guerra civil. La F.U.E." M.F. Mancebo y Albert Girona. En Estudis D'Historia Contemporània del País Valencià. 4 (1983) pp. 181-230. Y M.F. Mancebo "Una Universidad en guerra. La Federación Universitaria Escolar. Valencia, 1936-1939". Comunicación presentada al Congreso Valencia Capital de la República. Valencia 21-25 abril de 1986. En prensa.

9. V.M. Mollá era hijo de R. Mollá, ilustre cirujano de la Facultad de Madrid y colaborador en la segunda etapa, encabezó la misión médico-española destacada en el frente francés durante la 1ª G.M. para estudiar la medicina de guerra y sus artículos se publicaron en Crónica Médica, 15 enero 1915.

10. Crónica Médica, 15 enero 1928, p. 4.

11. V. Peset y Cervera "A las clases médicas" Crónica Médica, 15 enero 1928, pp. 1-8. En el número de 15 de febrero de 1932 se recoge el homenaje al ser nombrado hijo predilecto de Valencia y un trabajo sobre la tuberculosis dedicado al Instituto Médico Valenciano.

12. A partir de 1939 dirigirá la revista Medicina Española, que llega hasta nuestros días.

13. Crónica Médica, marzo-abril, 1938. Para la facultad de medicina durante la guerra y actuación de J. Puche: M^a.F. Mancebo y Albert Girona "La Universidad de Valencia...".

14. Crónica Médica, marzo-abril, 1938, pp. 41-60.

15. Crónica Médica, noviembre-diciembre, 1938. Varia. Madinaveitia ya colaboraba en la revista en 1907 con un trabajo sobre "Quiste hidatídico gaseoso de hígado". Sobre él y otros prestigiosos colaboradores . J.M. López Piñero, T. Glick, V. Navarro y E. Portela, Diccionario histórico de la ciencia moderna en España, 2 vols. Barcelona, 1983.

EL MUSEO ANATOMOPATOLOGICO FERRER Y CAGIGAL (1924-1942), UN FONDO CIENTIFICO PERDIDO.

Cid, F.; Gorina, N.

Cátedra de Historia de la Medicina de la Universidad Autónoma de Barcelona. Fundació-Museu d'Història de la Medicina.

I. INTRODUCCION.

El tema de los Museos anatomopatológicos en sus más diversas variedades, desde las preparaciones en cera o yeso hasta las naturales conservadas con procedimientos químicos, ha tenido poca fortuna en el ámbito de la historiografía hispana. Los saberes anatomopatológicos, su incidencia en el desarrollo del pensamiento fisiopatológico contemporáneo, han sido abordados, sin entrar en juicios de valor, apurando las clásicas fuentes escritas. Incluso en no pocas ocasiones, por no decir en casi todas, pasando directamente a la estequiología microscópica presentada como meta de un complejo estadio científico. Subyace la impresión de que nuestros estudiosos, omitiendo paradójicamente la inevitable lentitud de cualquier evento médico, han procurado llegar a las postreras consecuencias biológicas de una labor crítica. En efecto, muchas y diversas son las razones que explican, y en términos generales justifican, la falta de información sobre este capítulo de la Historia de la Medicina asaz importante. Sin embargo, la más convincente, de las razones invocadas, acerca la preocupante ausencia de tradición museológica en el país; aproxima que en la plural investigación histórica no puede olvidarse, rechazar de plano, el papel que en su país desempeñaron los objetos e instrumentos médicos.

Abundando en lo expuesto, acaso mejor repasando los hechos, en lo que al tema atañe el origen y desarrollo de los saberes anatomopatológicos sólo cuenta con valiosos apuntes teóricos. Porque, poderando tal como es debido los estudios de J.M. López Piñero y colaboradores, las únicas hipótesis de trabajo susceptibles de ser confirmadas las proporciona S. Ramón y Cajal. Exactamente, cuando, en la Historia

de su labor científica, recuerda: "... los cadáveres abundaban en el Hospital de Santa Cruz. Pasábame diariamente algunas horas en la sala de disección: recogía tumores, explicaba infecciones y cultivaba microbios. Casi todas las figuras relativas a la inflamación, degeneraciones, tumores e infecciones, son copias de preparaciones efectuadas con aquel rico material necrópsico, al que se añadieron algunos tumores e infecciones proporcionadas por profesores de otros hospitales o por los veterinarios municipales". Ciertamente, un análisis del Manual de anatomía patológica general, permite asentar el estado, o nivel científico, de la morfología patológica catalana a finales del ochocientos; aunque, en este momento, las conclusiones sean difíciles de demostrar con seguridad.

A partir del traslado de Ramón y Cajal a Madrid en el año 1892, y extinta la Revista trimestral de Histología normal y patológica, la llegada de C. Calleja en 1896 sufrió muchos embates e impedimentos. Las precarias condiciones de la Facultad de Medicina barcelonesa todavía en el viejo caserón del Real Colegio de Cirugía, las consecuencias ambientales motivadas por el inminente traslado a los nuevos edificios, no permitieron organizar el servicio de Histología y de Anatomía Patológica hasta el año 1908. H. Oliva, refiriéndose al paso de Calleja por Barcelona, recoge: "En 1896 obtiene la cátedra de Histología, Histoquímica y Anatomía Patológica de Barcelona, y llega a organizarla en el nuevo edificio de la Facultad, donde durante los años 1908-11 se hacen unas trescientas autopsias anuales aproximadamente". No obstante, sin publicaciones que avalen dicha actividad, careciendo además de protocolos de autopsia y de restos de preparaciones pertinentes, resulta arriesgado trazar un perfil histórico de esta etapa. Lo mismo ocurre, alrededor de las fechas indicadas, con el Laboratorio de la Acadèmia de Ciències Mèdiques. Puesto que el grueso de la actividad médica de L. Celis i Pujol, su máximo exponente, desarrollándose la lado de A.A. Ferrer y Cagigal. Apurando las fuentes conocemos que P. Ferrer Piera y F. Ferrer Solervicens con plena libertad académica a partir del año 1918, de un modo sistemático necropsiaron a los pacientes fallecidos en sus clínicas. La documenta-

ción hallada en el fondo del Museo Anatomopatológico de Ferrer y Cagigal lo confirma con creces. Asimismo, consultando los escritos de L. Callís, es plausible deducir el movimiento que en este sentido se produjo en otros servicios y cátedras del nuevo Hospital Clínico. Pero, otra vez la falta de un material consistente, impide establecer deducciones específicas; sin omitir el carácter clínico que presidió dichos quehaceres, los cuales, pese a la categoría de sus oficiales, no llevaba el sello de los patólogos.

II. El Museo Anatomopatológico fundado por Ferrer y Cagigal.

El único artículo sobre la vida del Museo en litigio se identifica con la Memoria que Callís presentó al profesorado de la Facultad, no al calustro según el autor hace constar erróneamente, con el fin de llamar la atención sobre el mismo. Callís recalca que hasta el mes de octubre de 1923, o sea poco después de la llegada de Ferrer y Cagigal a Barcelona como catedrático de Patología Médica, la eventualidad de construir un Museo Anatomopatológico con fines científicos y docentes ni tan siquiera había sido planteada. Callís, comentando tímidos intentos, acota: "... ni mucho menos piezas patológicas naturales, salvo de las cortas y exiguas colecciones integradas a lo más por 20 ó 30 ejemplares, que mal protocolocadas y peor conservadas, habían ido creciendo con pobre vida al calor de las Clínicas Quirúrgicas". En pocas palabras, recapitulando lo expuesto es ya factible deducir, que sin el fondo de este Museo desconoceríamos la evolución de la Anatomía Patológica macroscópica, sus connotaciones clínicas, tres lustros después de haber sido fundada la nueva Facultad de Medicina al regazo del Hospital Clínico; unos datos cuyo gradiente histórico es deducible equiparando el papel, que el actual concepto de Pathology desempeña en la formación médica de las escuelas anglosajonas.

Soslayando las noticias de carácter anecdótico concernientes a la fundación del Museo Anatomopatológico, que huelga añadir no vienen a cuenta, múltiples fueron los beneficios que reportó la iniciativa de Ferrer y Cagigal. Primeramente, logró vencer determinadas cuestiones de tipo legal, del todo olvidadas, cuyo incumplimiento

repercutiría en la calidad científica de los diferentes servicios clínicos y quirúrgicos. Porque, pese a que un Real Decreto del 30 de septiembre del año 1902 autorizaba a necropsiar a los enfermos fallecidos en el Hospital universitario, en la mayoría de las ocasiones resultaba inviable. Surgían dificultades por doquier. Ferrer y Cagigal tuvo que hacer gran acopio de paciencia, emplear mucho tesón, para reivindicar la ley. Callís subraya el enorme esfuerzo que supuso conseguir, de forma eficaz, que se efectuara la necropsia en "todo fallecido dentro del Hospital Clínico, siempre que no perteneciese a la Autoridad Judicial." Lógicamente, los beneficios no tardaron en producirse. No sólo en lo tocante al espectacular incremento de piezas, que en poco más de un lustro llegaron a seis mil. No. La medida actuó como acicate en el seno del cuadro docente y del asistencial; pediatras y cirujanos empezaron a prestar un valioso apoyo y, por su parte, los médicos asistentes junto con los internos llevaron a cabo una tarea tan callada como encomiable.

Los exámenes en las salas de autopsia alcanzaron un gran rigor científico. Callís, basándose en un repaso del canónico libro de R. Virchow titulado Die Sections-Technik im Leichenhause des Charité-Krankenhauses, publicado en el año 1876, comenta detenidamente las variantes introducidas por la escuela de Ferrer y Cagigal. Asimismo ponderó la influencia de A. Riera Villaret, destacado profesor de Anatomía, superponiendo que la minuciosidad disectiva debía aplacarse a la presentación de las zonas patológicas susceptibles de estudio. Pero, respecto a la presentación de los campos patológicos, la consulta de uno de los manuales entonces más utilizados, el de Castro y Latorre sobre Técnica Anatómica, permite deducir que en un porcentaje muy alto, bordeando un cincuenta por ciento, el grupo conducido por Ferrer y Cagigal retomó procedimientos y sistemas incomprensiblemente olvidados a despecho de sus dádivas. En cambio, en lo concerniente a los métodos de conservación, nos consta que su sistema fué aceptado en numerosos centros anatomopatológicos y Museos de piezas naturales. Concretamente, tras múltiples probaturas completaron el clásico primer tiempo en su día instaurado por Kaiserling. Ferrer y Cagigal lo modificó aplicando

en baño de alcohol de 50° hasta conseguir un estado de madurez en el color. Acto seguido aconsejó sumergir definitivamente el material obtenido en la siguiente solución: Agua 1.000 gramos, Acido bórico 40 gramos e Hiposulfito sódico 50 gramos. J. Miranda, junto con el ya citado Callís, en una comunicación sobre el tema acotaron: "Hay que cambiar el líquido dos o tres veces, antes de su cierre definitivo, con intervalos de 6 a 7 días, puesto que en los primeros días el líquido se enturbia conservándose después perfectamente.". En consecuencia, los pormenores expuestos permiten afirmar, sin asomo de duda, que actualmente contaríamos con un fondo de un valor histórico inapreciable; porque el desmantelamiento de nuestro Museo no obedeció, en modo alguna, al estado desastroso de su contenido con el que alguna vez ha tratado de justificarse su desaparición.

La cristalización del Museo, el trabajo que requería, mejoró la docencia de las materias morfológicas. Basta repasar las nuevas instalaciones: laboratorio para los profesores e internos, cabina de proyecciones, laboratorio de prácticas con cabida para sesenta alumnos, etc. La contigüedad del Museo, pues, allende del mero coleccionismo fué un medio para aunar las impresiones clínicas con al necroscopia y, en última instancia, un modelo para ordenar debidamente los análisis de estequiología macroscópica y microscópica. En fin, insistiendo en que la ardua labor de Ferrer y Cagigal consiguió instaurar un control de claudia asistencial, parejo al que en los actuales centros mantienen los anatomopatólogos, procede ya pasar al estudio de su contenido.

III. El fondo científico del Museo.

El fondo médico encausado es factible fijarlo tomando el artículo, por supuesto consignado en las fuentes bibliográficas, que Ferrar y Cagigal publicó con el propósito de dar a conocer, en cifras estadísticas, los datos clínicos y anatomopatológicos más importantes recogidos en mil necropsias efectuadas durante un lustro. el escrito es minucioso y completo. El autor, a continuación de un sucinto preámbulo justificando las dificultades solventadas, anticipa

la líneas maestras del trabajo. Metodológicamente, las dividió en tres grandes apartados. El primero agrupa la forma de ordenar, catalogar y estudiar la morfología patológica, que hasta entonces se había abordado, excepto en la clínica de las dos cátedras de Ferrar Piera y Ferrer Solervicens, sin criterios unitarios capaces de determinar la constitución patológica. En el segundo apartado proclamó la perentoriedad de cotejar, con toda clase de garantía científicas, el contenido de la historia clínica con los hechos necrópsicos. Ferrer y Cagigal, presentando los resultados, confiesa no haberlo logrado en una mayoría de casos. Porque, sin entrar en detalles, aún existían ciertas reticencias. No obstante, esta esencial práctica empezó a imponerse, lo cual no deja de ser significativo, en los inicios de la década del 1930. Por último, o sea el tercer apartado, Ferrer y Cagigal definió, aseguraría en pleno cuerpo sociológico, el estado de la patología hospitalaria en la comunidad catalana correspondiente al primer cuarto de siglo de la actual centuria.

La siguiente transcripción no puede ser más clara y explícita: "Este porcentaje de exámenes necrópsicos no significa la constitución médica de la ciudad, ni de la región, puesto que la clientela hospitalaria está integrada, en su inmensa mayoría, por enfermos de tipo crónico, sobre el aspecto médico, existiendo un mayor número de casos quirúrgicos, que buscan en nuestros Hospitales curaciones que les serían costosas verificadas a sus expensas; además, dado nuestro régimen hospitalario, abundan los enfermos incurables en el aspecto benéfico, que va asociado a la labor clínica de nuestros Hospitales docentes.". En definitiva, anticipando que Ferrer y Cagigal clasificó los hallazgos por sistemas orgánicos, separando con carácter general los procesos tuberculosos y las neoformaciones, examinemos aquellos casos que han podido ser identificados, de ser válida la expresión, a través de un rastreo museológico.

El material anatomopatológico que en su día perteneció al servicio universitario de Ferrer y Cagigal centrado en el Museo, hoy asimismo preservado en el Museu d'Història de la Medicina de Barcelona, ha permitido identificar deiciseis diagnósticos necroscópicos

entre los mil que constan en el artículo objeto de atención. Las piezas naturales que en su día sirvieron de modelo han desaparecido. El desmantelamiento del Museo Anatomopatológico, que de una forma arbitraria se ordenó en las postrimerias del 1941, convirtiéndose en una aniquilación sistemática. Basta señalar que de las seis mil cubetas de vidrio alemán para albergar las piezas, de acuerdo con los datos suministrados por Callís, sólo se han conservado media docena contando con la existente en nuestro Museu. El estudio se ha podido emprender, pues, gracias a unos dibujos coloreados a la acuarela, la fotografía no daba el tono preciso, que completaban los protocolos de necropsia. El promedio de tamaño de los cuadros, tomando la totalidad confeccionada después de la fecha propuesta, es de dieciseis por treinta centímetros. Seis están firmados por el propio Ferrer y Cagigal, tres por J. Monguió y, respectivamente, los seis restantes por F. Villalonga, L. Reig, B. Ordóñez, Sotorra, Torrentó y A. Alomar. Una de las figuras, plasmando una endocarditis, no lleva ninguna referencia. Estos nombres, más otros que exceden el límite de tiempo impuesto, figuran en el resto de la iconografía, circunstancia que permite deducir el gran número de internos dedicados a estos menesteres. En suma, haciendo constar que el material antes de su exposición definitiva tuvo que ser restaurado, resta consignar el contenido científico.

Las quince piezas identificadas, o sea al margen de la endocarditis, reproducen los órganos o zonas patológicas a tamaño natural. No son detallistas o, para mejor entendernos, siguen las normas figurativas estrictas. Con trazo rápido y seguro, y sin necesidad de establecer distinciones entre los pintores, plasman con destreza lo que podría denominarse la instantaneidad del proceso patológico. La identificación es incuestionable. El encuadre resalta la localización y características lesionales. En efecto, permiten verificar los siguientes diagnósticos: tres tuberculosis plicavitarias pulmonares en su fase final y dos antracosis, dos aneurismas de aorta, dos metástasis cancerosas cerebrales y un absceso en la base del cerebro, dos cirrosis hepáticas atróficas y tres litiasis renales. En conjunto no aportan, es preciso subrayar, la más mínima novedad. Simplemente, responden a la patología hospitalaria advertida por Ferrer y Cagigal: tuberculosis

en estado avanzadísimo, los clásicos aneurismas, etc. No obstante, se erigen en un testimonio palpable, en nuestra historia local de momento el único, que permite fijar y reproducir, en último extremo acotar, los primeros estudios sistemáticos y seriados que desde un ángulo morfológico precedieron, en la historia de la Facultad de Medicina barcelonesa, el nacimiento del concepto y de la práctica fisiopatológica. Recapitulando, sólo es preciso comparar estas piezas museológicas con la iconografía inserta en las publicaciones estampadas en la década de los veinte, y mejor aún con las primeras cuatricomías, para establecer que las diferencias abren nuevas vías de estudio y, por su parte, las similitudes incluso completan ciertos aspectos ofrecidos por los datos documentales hasta ahora manejados; aunque, de momento, y en tanto no se complete el material desperdigado, resulta imposible emprender, con un mínimo de garantías, nuevas búsquedas sobre este destruido y olvidado fondo historiográfico.

SUMMARY.

In the History of Clinical Medicine in Catalonia between 1924 and 1939, the Museum of Ferrer y Cagigal was a scientific work because it dealt, in the scientific spirit, with natural phenomena, a disease was discussed under the headings of nosology, morphological aspects, etc. The medical objects of the Ferrer y Cagigal, today in the Museum of History of Medicine (Barcelona), they are models for any medical historian who wishes to advance his science.

BIBLIOGRAFIA.

Castro y Latorre, F.: Manual de Disección. Madrid, 1877. 2 vol.

Revista trimestral de Histología normal y patológica. Barcelona, 1888-89.

Ramón y Cajal, S.: Manual de Anatomía Patológica general. Barcelona, 1890.

Riera Villaret, A.; Riera Cercós, A.: Tratado de Técnica Anatómica. Barcelona, s/f. (Aproximadamente, 1920).

Callís, L.: La conservación de piezas patológicas con destino a los museos, "Clin. Méd. e Inst. Anat.-Pat. del Dr. Ferrer y Cagigal." II (1930), 95-106.

Callís, L.: Memoria presentada al claustro de la Facultad de Medicina. "Clin. Méd. e Inst. Anat.-Pat. del Dr. Ferrer y Cagigal." II (1930), 107-13.

Callís, L.: Contribución a la historia de la necropsia. "Clin. Méd. e Inst. Anat.-Pat. del Dr. Ferrer y Cagigal." II (1930), 114-23.

Ferrer y Cagigal, A.A.: Estadísticas y datos clínicos y anatomopatológicos suministrados por 1.000 necropsias. "Clin. Méd. e Inst. Anat.-Pat. del Dr. Ferrer y Cagigal." II (1930), 273-78.

Callís, L.; Mur, L.: Un nuevo procedimiento de conservación de piezas anatomopatológicas. "Clin. Méd. e Inst. Anat.-Pat. del Dr. Ferrer y Cagigal." II (1930), 348-49.

Callís, L.: Descripción del servicio de Histopatología del Prof. Ferrer y Cagigal, en la Facultad de Medicina de Barcelona. "Clin. Méd. e Inst. Anat.-Pat. del Dr. Ferrer y Cagigal." II (1930), 576-78.

Jornadas conmemorativas del centenario del Hospital Clínico de Barcelona (1907-1957). Barcelona, 1959.

Munné Torras, M.: Carlos Calleja y Borja-Torrius. Barcelona, 1974.

López Piñero, J.M.; Bujosa, F.; Terrada, M.L.: Clásicos españoles de la Anatomía Patológica anteriores a Cajal. Valencia, 1979.

Cid, F.: Pedro-Pons, l'home i l'obra. Barcelona, 1981.

Ramón y Cajal, S.: Recuerdos de mi vida: historia de mi labor científica. Madrid, 1981.

Oliva Aldámiz, H.: Cajal y la Anatomía Patológica española, una historia compartida. Madrid, 1984.

Cid, F.: Ferrer Solervicens, anàlisi d'una obra científica. Barcelona, 1985.

Cid, F.: F. Rusca (1869-1909), su contribución al estudio morfológico del melonoma. "Neoplasia." 2. 4 (1985), 183-87.

Libre de Registres: Museu d'Història de la Medicina. Núms. 1065, 142, 160, 1062, 150, 1050, 1053, 143, 907-4, 907-1, 1060, 158, 906-3, 154, 1075.

XVIII y sobre todo a lo largo del siglo XIX con el proceso que va a sepultar definitivamente una higiene individual, tan solo destinada a unos cuantos privilegiados, para constituir la Higiene, como disciplina experimental y moderna, dedicada a proteger la salud de toda la comunidad. Este proceso se deja sentir en las mismas ediciones del tratado hipocrático "De los aires, aguas y lugares" que se realizan a mitad del siglo XIX, a cargo de Littré (1840) y Daremberg (1855), donde junto a la recomendación de la realización de estudios ambientales que ayuden a la ciencia moderna, se piden estadísticas que hagan más útiles estos trabajos (6). Las obras de J.P. Frank y la "Medizinische Geographie" (1792-95) de L.L. Finke también contribuyeron a que la realización de topografías médicas fuese una práctica habitual. A lo largo de este proceso las preocupaciones fundamentales climáticas de Sydenham fueron sustituidas por un abanico más amplio de problemas, los factores sociales -cuyo paso a primer plano viene de la mano de la aparición de una nueva clase social hija de la Revolución Industrial: el proletariado industrial y urbano (7)-, cuantificados gracias al auxilio de la Estadística.

En España, excepto la obra ya reseñada de Casal y algunas relaciones de epidemias no se encuentran topografías médicas propiamente dichas hasta la segunda mitad del siglo XIX (8), cuando las academias impulsan su realización. La Academia de Medicina de Barcelona convoca un concurso anual a este efecto (Estudio topográfico-médico de cualquier punto de España) (9) y a este concurrió la obra de nuestro autor, resultando premiada en 1882. El mismo Manero al citar las topografías médicas que preceden a la suya menciona las presentadas a la Academia (10), si bien resalta sobre todas la publicada por Peset y Vidal en 1879 (11) relativa a Valencia, y -siguiendo a este mismo autor- la realizada sobre Málaga por Vicente Martínez y Montes, publicada en 1852 (12).

Esta proliferación de topografías médicas en la segunda mitad del siglo XIX, aparte de lo dicho más arriba, se encuentra muy relacionada con la gran preocupación higienista que se advierte en la sociedad española de la época (13) y que tiene como figura

LAS TOPOGRAFÍAS MÉDICAS EN LA ESPAÑA DEL SIGLO XIX. LOS "ESTUDIOS SOBRE LA TOPOGRAFÍA MÉDICA DE ALICANTE" (1883) DE E. MANERO MOLA.

Perdigüero Gil, E.

División de Historia de la Medicina. Departamento de Salud Comunitaria.
Universidad de Alicante.

EL AUGE DEL GÉNERO TOPOGRÁFICO MÉDICO.

Las topografías médicas son -y así se reconocen todas- heredadas del tratado hipocrático. "De los aires, aguas y lugares", que, como primera formulación completa de la importancia de los factores ambientales y estacionales en la salud, ha ejercido profunda influencia en las doctrinas médicas de todas las épocas, que han retomado de este trabajo lo que más se iba acomodando a sus propios puntos de vista (1).

Se suele tomar como punto de partida de las modernas topografías médicas la obra de Ch. Clermont "De aere, locis et aquis terrae Angliae" publicada en Londres en 1672, aunque el verdadero revitalizador de las ideas hipocráticas, si bien restringiéndolas al aspecto meteorológico al elaborar las "Constituciones epidémicas" de Londres, fué Sydenham. En el caso español aparece en 1686 la primera topografía médica moderna. "De morbis endemiis Caesar Augustae" de Nicolás Francisco San Juan y Domingo, ya estudiada (2). Además, la obra que comentamos en esta comunicación cita otras tomando como fuentes a Monlau y a Peset y Vidal (3), haciendo también referencia a la obra bajomedieval "Medicina Sevillana" de Juan de Aviñón, estudiada por el profesor Riera (4).

Durante el siglo XVIII se hicieron en toda Europa múltiples estudios intentando proseguir el programa de Sydenham. En España contamos con el excelente estudio de Gaspar Casal "Historia Natural y médica del Principado de Asturias" (1762), que fué poco conocido en el extranjero, no ejerciendo la influencia que merecía (5). La línea porcedente del hipocratismo se va a unir al final del siglo

señera a Pedro Felipe Monlau. A lo largo de su vida no sólo dió sustento teórico a la disciplina en España, con sus obras "Elementos de Higiene Privada o arte de conservar la salud del individuo" (1846, 1857, 1864, 1870 y 1875) y "Elementos de Higiene Pública o arte de conservar la salud de los pueblos" (1847, 1862 y 1871), sino que también fué un activo propagandista. Para Monlau el alumno de Higiene había de aprender a lo largo del curso a realizar topografías (14), pues "La topografía médica de un pueblo es para el médico lo que la brújula para el marino; lo que los mapas para el militar e ingeniero, y la estadística para la administración" (15).

"ESTUDIOS SOBRE LA TOPOGRAFICA MEDICA DE ALICANTE" (1883) DE E. MANERO.

Es en el contexto que hemos esbozado donde aparece la topografía médica de Alicante, que lleva a cabo Evaristo Manero Mollá, del cual ofrecemos a continuación una sucinta reseña biográfica.

E. Manero Mollá (1849-1916), natural de Relleu (Alicante), fué un clínico de notable éxito en su ejercicio médico realizado en Alicante. Lo inició en 1870 cuando encontrándose casualmente en la ciudad se declaró la epidemia de fiebre amarilla y se ofreció como facultativo a las autoridades. De su experiencia en la lucha contra esta enfermedad dió noticia en la obra "La fiebra amarilla en Alicante el año 1870". A partir de ese momento fijó su residencia en la capital alicantina donde desarrolló su labor profesional. Fundó la Cruz Roja, de la que fué presidente durante muchos años, y participó desde el principio en la vida del Colegio de Médicos de Alicante, perteneciendo a la primera junta directiva constituida en 1898 y llegando a ser presidente entre 1903 y 1905.

Además de la obra de la presente comunicación publicó "Breves consideraciones sobre las aguas minero-medicinales españolas en el tratamiento de las ginecopatías" (1886), una serie de folletos y más de una decena de trabajos sobre temas médicos muy diversos en el Boletín del Colegio Médico-Farmacéutico de Alicante, en el Sucesor de este mismo boletín y en el Boletín del Colegio Provincial de Médicos de Alicante, publicaciones en las que participó activamente,

siendo director de las dos primeras (16).

Además de lo reseñado más arriba sobre las topografías médicas a nivel europeo y español, apuntamos otros factores de tipo local que pueden ayudar a contextualizar la obra que nos ocupa. En el Alicante de finales del siglo XIX y principios del XX se observa una especial preocupación por la salubridad pública, cuyas peculiaridades e interrelaciones con la realidad socioeconómica son estudiadas en otras comunicaciones presentadas en este mismo congreso, pudiendo quedar reflejada en la obra de Sánchez Santana y Guardiola Picó "Memoria Higiénica de Alicante" (17). A ello se viene a sumar la iniciativa que en esos mismos años llevan a cabo varios alicantinos al constituir en el Ayuntamiento la "Comisión de Propaganda del Clima de Alicante" de evidentes fines. Aparecen, en este mismo sentido, obras como las de Sánchez Santana (18) y Parreño (19) y el mismo Manero incluye en su libro un artículo titulado "Una residencia de invierno" publicado el 25 de octubre de 1880 en el diario El Imparcial, resaltando la benignidad del clima alicantino mediante datos oficiales del observatorio meteorológico que abarcan un periodo de 20 años, desde 1860 (20). Quedan patentes los afanes de estos médicos del Alicante de la época cuando en 1898 presentan sus trabajos en el IX Congreso Internacional de Higiene y Demografía, celebrado en Madrid (21).

Pretensiones y esquema de la obra.

"La topografía médica de un país -según Manero- se propone estudiar todas las circunstancias que concurren e influyen, de una manera más o menos directa, en la producción y desarrollo de enfermedades, bien de carácter esporádico, endémico o epidémico; en el curso más o menos peculiar que las mismas le imprimen; en el carácter dominante o constitución del pueblo; en las variadas formas tanto como en el orden de frecuencia o rara presentación del proceso así como en la índole del pronóstico y régimen dietético y terapéutico" (22). Según Manero este conocimiento ha de resultar de gran utilidad para el médico práctico, pues al conocer las peculiaridades de cada lugar resulta más fácil dar con el diagnóstico preciso, indicar la terapéutica

adecuada y establecer un pronóstico acertado.

Pero Manero como buen hijo de su época no se queda en la clínica y conecta el conocimiento que pueden ofrecer las topografías médicas con la salud pública y la higiene, estableciendo entre todo ello un indisoluble maridaje "(...) que las une por más de un punto afines a sustraer o atenuar las causas de insalubridad notoria que se ciernen sobre las masas" (23). Nuestro autor establece que las reglas y consejos de la higiene han de aplicarse tras un conocimiento previo de cada lugar para que sean eficaces y deplora el que este requerimiento anterior se encuentre a un nivel mucho más bajo que la higiene (24).

Son estos objetivos, por un lado el clínico y por otro el higiénico; los que informan todo el trabajo que analizamos, si bien su autor resalta por encima de todo el interés que los estudios topográfico-médicos tienen para la Administración, responsable de la salud pública, y que pueden con los datos aportados "(...) sanear las poblaciones y (...) mejorar la suerte de sus administrados" (25).

Manero se queja en múltiples ocasiones de las inmensas dificultades que supone llevar a cabo un trabajo del tipo que aborda, lo que queda en evidencia cuando al intentar ofrecer estadísticas recurre en muchas ocasiones a las propias de su ejercicio, que como el mismo reconoce es limitado; por ello habla en varias ocasiones de un viejo concepto como el de "enfermedades dominantes", en vez de aportar datos fehacientes de las enfermedades que se daban en el Alicante en que vivió.

Al abordar el plan de la obra, no lo pone en tela de juicio, dejando de lado la discusión que Peset si incluye en el inicio de su topografía de Valencia, donde hace alusión a las guías o planes que para la realización de los estudios topográfico-médicos publicaron la Academia de Barcelona, la Sociedad médico-quirúrgica de Cádiz y los seguidos por las Academias de Medicina y Cirugía o la sociedad madrileña "Academia de Esculapio", concluyendo que la mayoría de los trabajos siguen el plan claramente propuesto por Hipócrates en su tratado "De los aires, aguas y lugares" (26).

Manero tras una reseña geográfico-histórica sobre Alicante trata en sucesivas secciones de la Higiene, de la Etiología de las enfermedades, de estas individualizadas, de la terapéutica a usar y, por último, se ocupa de la Necrografía y del movimiento de la población. Esta división coincide en lo esencial con la seguida por Peset y Vidal en su obra, si bien los materiales son ordenados de diferente modo. Con todo, la preocupación por la salud pública, aunque resaltada por Manero en el conjunto de su obra, es mucho más notoria en la del valenciano, que intenta aplicar todo el conocimiento que aporta a mejorar la salubridad de sus convecinos, quedando en un segundo plano las utilidades meramente clínicas. Por otro lado, y como era de esperar, la altura científica del trabajo de Peset y Vidal sobrepasa con creces la del estudio realizado por el autor de la topografía alicantina.

En cuanto a los contenidos de las tipografías médicas son tantos y tan variados que su análisis sobrepasa en mucho los exigüos límites de una comunicación, por ello nos limitaremos a poner de relieve algunos aspectos llamativos que aparecen en la "Topografía médica de Alicante".

La influencia de Monlau.

En lo que llevamos dicho, ya hemos puesto de manifiesto la influencia que Monlau ejerce en la obra de nuestro autor. No podía ser de otra manera pues, aunque no hemos podido hacernos con el dato de la Facultad donde cursó sus estudios Evaristo Manero, se puede asegurar que toda la higiene que conocía la tomó de los tratados del higienista catalán, que fueron libros de texto en las facultades al poco de su aparición (27).

La primera sección de la obra, dedicada a la Higiene, toma su esquema de la obra de Monlau —circunstancia que no se da en el trabajo de Peset y Vidal— siguiendo uno a uno los apartados que estableció en sus obras el afamado higienista: "Atmosferología", "Cosmetología", "Bromatología", "Gimnástica" y "Perceptología". Es citado explícitamente en nueve ocasiones a lo largo del texto, hablando desde la embriaguez hasta la necesidad de realizar en la más absoluta

intimidad el traslado de cadáveres a los cementerios. Sólo Riant es citado como higienista extranjero en un par de ocasiones.

Si bien Manero no dedica un apartado a la Higiene Industrial, son constantes sus referencias al problema de la salud de los jornaleros, título bajo el que nuestro autor angloba no sólo a los trabajadores de la tierra, sino también a los artesanos y empleados en fábricas (28). En el capítulo que dedica a la Gimnástica afirma: "A las autoridades toca estudiar la manera de aliviar la suerte del pauperismo consultando al efecto, los mejores higienistas, y planteando a la vez que un buen sistema de gobierno una bien entendida administración" (29), pensamiento que deja bien a las claras el magisterio de Monlau en estos temas (30). A lo largo del trabajo de Evaristo Manero se van esparciendo pequeñas indicaciones acerca de la necesidad de mejorar las condiciones de vida del proletariado, tras ponerlas de manifiesto cuando habla de la vivienda, alimentos, instrucción y cultura, etc. Pero son indicaciones hechas "desde fuera" y que a menudo se ven mezcladas con el franco desprecio que las actitudes de los trabajadores inspiran a nuestro autor (31).

También coincide Manero con las ideas de Monlau acerca de la polémica contagionista/anticontagionista (32). Al análisis de esta controversia en el trabajo que estudiamos dedicamos el siguiente apartado.

La polémica anticontagionismo/contagionismo en la obra de Manero.

La obra de Manero, escrita entre 1879-1882, aunque publicada un año más tarde, participa de la polémica contagionista/anticontagionista que se hallaba entonces justo a las puertas del triunfo definitivo de la doctrina del contagio debido al arrollador avance de la Microbiología.

Manero deja traslucir en su obra esta polémica y su postura podemos encuadrarla dentro de lo que Rosen ha llamado "contagionistas limitados o contingentes" (33). No podía ser de otra manera, en cuanto que nuestro autor, como hemos visto, participa de muchas de las preocupaciones higienistas que alentaron el último triunfo del anticontagio-

nismo justo antes de su definitiva derrota (34). No ha de resultar, por tanto, extraño que Manero se alinie, por ejemplo con un figura tan destacada como Pettenkofer, a la hora de hablar de los terrenos que fomentan el desarrollo del cólera (35), participando de las explicaciones "telúricas" que este autor defendía.

La cuestión se plantea como controvertida desde el principio y a lo largo del espacio dedicado a las causas específicas de las enfermedades, y más tarde a las enfermedades específicas, va aflorando el problema. Sólo al final de la sección dedicada a la etiografía y hablando del paludismo justifica un cierto interés en obviar la polémica en su obra (36). Coincide esta postura con la que adopta Peset, que también afirma lo resbaladizo del terreno que se está pisando: "Los debates sobre el contagio han acarreado no pocos sinsabores y perjuicios (...)" (37).

Evaristo Manero al hablar de las causas específicas aborda de lleno el problema del contagio. Divide las causas en virulentas ("conducidas por líquidos") y miasmáticas ("libres y diseminadas en la atmósfera") (38). Entre las primeras todas son contagiosas y su existencia "nos advierte la preexistencia del virus procedente de un organismo enfermo" (39). Admite la existencia del virus de la viruela, del sarampión (40), de la sífilis, de la blenorragia (41), de la pústula maligna, de la rabia, del muermo y la triquinosis, mientras que duda de la existencia del virus de la escarlatina.

Dedica el resto del capítulo a hablar de las enfermedades miasmáticas, todas ellas transmitidas por aire. A pesar de que la inexistencia de los miasmas estaba ya demostrada por Magendie (42), tal teoría era comunmente admitida en la época, si bien se ponía muy en relación con las pobres condiciones sanitarias locales (43). Nuestro autor define los miasmas como "(...) aquellas sustancias que, procediendo de organismos vivos o muertos, sanos o enfermos, son capaces por su propia acción, después de absorbidos por el cuerpo humano, de fomentar estados morbosos de cierto carácter" (44), si bien reconoce que no han sido identificados. Establece que las enfermedades miasmáticas pueden ser "contagiosas", si bien es posible que

no produzcan siempre la misma enfermedad, pues carecen de la "propiedad reproducible" que tienen los virus. Debido a ciertas condiciones topográficas y climáticas de Alicante considera a la ciudad especialmente expuesta a los efluvios miasmáticos. Las enfermedades que pueden ser producidas por miasmas coinciden con muchas de las que en esta época producían graves epidemias y con otras endémicas, siempre presentes en las ciudades (45); la fiebre tifoidea, la fiebre amarilla, las fiebres intermitentes palúdicas (46) y el cólera morbo asiático(47). Hemos de hacer notar que algunas enfermedades miasmáticas también pueden verse sujetas, según Manero, a contagio viriásico, no así el paludismo.

Queda, para completar el cuadro que nuestro autor nos presenta de algunas de estas enfermedades resaltar la importancia que da a las "constituciones médicas" (48). Así al hablar del sarampión y referirlo a unas estaciones determinadas nos dice "Dudábamos de su presentación espontánea, pero después de haberla visto en individuos que nunca estuvieron expuestos a las influencias miasmáticas y contagiosas no podemos menos de confesar lo contrario" (49). Nuestro autor hablando de las circunstancias etiográficas del clima, a las que como buen heredero del tratado hipocrático que sirve de referencia a todos los autores de topografías médicas concede gran importancia en cuanto a la posibilidad de modificación de las enfermedades, acaba el capítulo correspondiente a este asunto definiendo lo que son las constituciones médicas o influencias catastáticas: "corresponden (...) a la vicisitudes atmosféricas y metereológicas, a las variaciones de régimen alimenticio general y a los diferentes usos y costumbres de las distintas épocas del año" (50), y realizando una breve historia del concepto de Hipócrates a Raimundo de Marsella, pasando por Baillou y Sydenham, autores señeros en la importancia médica de este concepto (51). Toda la topografía de Manero se encuentra jalonada de referencias a constituciones médicas, pero de especial relieve resulta la extensa referencia que realiza a la "constitución diftérica" cuyo misterioso desarrollo era para nosotros completamente ignorado" y que comenzaba en el invierno de 1880-1881 no había terminado cuando el autor da

el texto a la imprenta, en junio de 1883 (52).

El concepto de constitución.

Manero dentro de la 1ª sección, que como ya hemos dicho dedica a la Higiene (denominada Higlograffia por nuestro autor) incluye en el Capítulo IV, dedicado a la Gimnástica, un apartado titulado "Circunstancias físicas de estos habitantes" en el que se dedica a tratar de un concepto clave dentro de los estudios topográficos: el de constitución; comentando las peculiaridades constitucionales de los individuos alicantinos.

Hemos de hacer notar que en el periodo en el que sale a la luz esta topografía el concepto de constitución sufría un olvido lógico debido a las mentalidades anatomoclínica y fisiopatológica que dominaban la medicina de la época (53). Manero, siguiendo la tendencia general va a usar una tipología directamente inspirada en la obra de Hallé (54), aunque es de suponer que dada la influencia que Monlau tiene en su obra, siguiese los temperamentos descritos por este en su "Higiene Pública" (55). Sin embargo, nuestro autor, al hablarnos del problema, se considera heredero directo de Galeno sin admitir ninguna modificación (56), resaltando después la importancia del conocimiento de los temperamentos: "conocer un temperamento no es tan fácil como a primera vista parece, y sin embargo, es muy especial este estudio por las predisposiciones morbosas que envuelve" (57).

El temperamento que asigna a los varones adultos es el neuro-bilioso, coincidiendo en esto con Peset y Vidal (58), mientras que también considera muy frecuente el sanguíneo-bilioso, e indica que las mujeres lo tienen linfático-nervioso (59).

Siguiendo la doctrina tradicional considera que cada edad tiene su temperamento, y defiende, una vez más, la intrínseca relación material del cuerpo humano con el medio que le rodea.

En cuanto al contenido que Manero da a lo que él llama temperamento, está constituido fundamentalmente por rasgos faciales y algunos datos caracteriales, dando gran importancia a la sensibilidad, lo que emparenta sus descripción con los escritos de Hallé (60).

Tras el temperamento nuestro autor trata de la "constitución" (61), oscureciendo los conceptos que utiliza para referirse al asunto que nos ocupa. Bajo este subepígrafe vuelve a dar algún rasgo caracterial y se ocupa de la robustez de los alicantinos y alicantinas en términos de fuerza y masa muscular, lo que recuerda mucho la motilidad de la que también habla Hallé (62).

Dos términos más introduce Manero en este apartado, el de "complexión", que define entre líneas como predisposición a enfermar o no, distinguiendo entre la enferma y la sana, siendo esta última la que hace corresponder con la población alicantina (63) y el de "idiosincrasia", acerca del cual realiza un pequeño comentario definiéndola como "escepciones del temperamento" (64). Termina con una pequeña estadística sobre defectos físicos de la población alicantina.

Finalizamos nuestro trabajo conscientes de que otros muchos aspectos susceptibles de análisis quedan por comentar, pero creemos haber puesto de manifiesto como las preocupaciones higienistas de la época cristalizan en una obra de ámbito local como la "Topografía médica de Alicante" de E. Manero. Además de lo comentado en esta comunicación creemos que se pueden extraer valiosos datos referentes al movimiento de población del Alicante del siglo XIX y a las costumbres de sus habitantes, que aunque incompletos resultan de gran interés para la Demografía y Epidemiología Históricas y la Antropología Cultural. El análisis de las topografías médicas escritas en el XIX puede, por tanto, aportar conocimientos no sólo útiles para la Historia Social de la Medicina, sino también para el estudio de otros aspectos no menos importantes de la sociedad de la época.

NOTAS BIBLIOGRAFICAS.

(1) MILER, G. (1962), *Airs, Waters and Places in History*, J. Hist. Med., 17, p. 140.

(2) BALAGUER, PERIGUELL, E.; BALLESTER AÑON, R. (1980), La primera "topografía Médica moderna" en España: "De morbis endeiis Caesar-Augustae" (1686) de N. F. de San Juan y Domingo. En: ALBARRACIN TEULON,

A., et alii., Medicina e Historia, Madrid, Universidad Complutense, pp. 45-62.

(3) Se cita la "(...) Medicina Castellana regia cuyo autor residente en Toledo se cree judío (Cfr. Monlau, Higiene Pública, p. 127) y la Topografía Médica de Zaragoza por Benjamín-Ben-Jone de Tudela (Cfr. Peset, Topografía Médica de Valencia, p. 19) (...). Después se publicaron la de Murcia, de Castellano Ferrer; la de Méjico de Cisneros (...)" ; MANERO, E. (1883), Estudios sobre la Topografía Médica de Alicante, Alicante, Imp. de Carratalá y Gadea, p. 2.

(4) RIERA, J. (1964), Juan de Avilón y su "Sevillana Medicina", Bol. Soc. Med. Hist. Méd. IV, 2, 25-29.

(5) PETER, J.P. (1983), Aux Origines de la Medicalisation, le regard et le mort; le travail des Topographies Médicales, París, III Encuentros hispano-franceses de Hª de la Medicina y Antropología Médica, Mimeo, p.2.

(6) MILLER, C. (1962), op. cit., pp. 138-139.

(7) BALAGUER, E.; BALLESTER, R. (1974), La enfermedad y su prevención. En: LAIN ENTRALGO, P. (dir.), Historia Universal de la Medicina VI, Barcelona, Salvat, p. 363.

(8) PETER, J. (1983), op. cit., p. 2.

(9) De la labor de esta institución sirve como muestra el premio que en 1855 concedió y la publicación que en 1856 llevó a cabo de la Memoria de P.F. Monlau Higiene Industrial ¿Qué medidas higiénicas pue de dictar el Gobierno a favor de las clases obreras?; LOPEZ PINERO, J.Mª.; GARCIA BALLESTER, L.; FAUS SEVILLA, P. Medicina y sociedad en la España del siglo XIX, Madrid, Sociedad de Estudios y Publicaciones, p. 137.

(10) "Se han escrito ya las topografías médicas de Vich, Alcántara, Tarragona, Portugaleta, Sierra de Ayllón, Sitio del Pardo, Gran Canaria, Caldas de Malavella, Pozuelo de Alarcón y Esplugu de Francolí (...)" ; MANERO, E. (1883), Op. cit., p. 3.

(11) PESET Y VIDAL, J.B. (1878), Topografía Médica de Valencia y su zona Valencia, Imp. de Ferrer de Orga, 780p.

(12) PESET Y VIDAL, J.B. (1878), Op. cit., p. 20.

(13) LOPEZ PINERO, J.Mª. (1964), Op. cit., pp. 282-283.

(14) GRANJEL, M. (1983), Pedro Felipe Monlau y la Higiene española del siglo XIX, Salamanca, Universidad, p. 126 (Cfr. MONLAU, P.F. (1847), Elementos de Higien Pública, Barcelona, Imp. de P. Rivera, p. 129).

(15) MANERO, E. (1883), Op. cit., p. 1 (Cfr. MONLAU).

(16) La mayoría de los datos han sido tomados de: DE LA VEGA GUTIERREZ, J.L. (1984), Medio siglo de medicina en Alicante, Alicante, CAPA, pp. 57-58, 139-145 y 258. Las referencias bibliográficas de las obras citadas son: La fiebre amarilla en Alicante el año 1870; Alicante, 1879, Impr. de Carratalá y Gadea, 39p.; Breves consideraciones sobre las aguas minero medicinales españolas en el tratamiento de las ginecopatías, Alicante, 1886, Tip. de A. Reus, 134p. En: MARTÍNEZ SAN PEDRO, R.; VANDER HOFSTADT CLAVERO, J.M. (1975), Bibliografía Médica Alicantina (1440-1925), Alicante, p. 45 aparecen otros trabajos de E. Manero Mollá cuya existencia hemos podido comprobar en el caso de: Las metrorragias, Alicante, 1886, Tip. de V. Botella, 26 p.y Brevísimas consideraciones físico-psicológicas sobre la mujer en sus diferentes edades, Alicante 1887, Tip. de V. Botella, 19 p.

(17) SANCHEZ SANTANA, E.; GUARDIOLA PICO, J. (1984), Memoria Higiénica de Alicante, Alicante, Imp. de Costa y Mira.

(18) SANCHEZ SANTANA, E. (1889), Residencia invernal de Alicante, Alicante, Imp. de V. Botella, 181p.

(19) PARREÑO BALLESTEROS, F. (1889), Alicante, Estación Sanitaria, Alicante, Imp. de A. Reus, 92p.

(20) MANERO, E. (1883), Op. cit., pp. 44 y ss.

(21) DE LA VEGA GUTIERREZ, J.L. (1984), Op. cit., pp. 62-63.

(22) MANERO, E. (1883), Op. cit., p. 1. Esta definición coincide en lo esencial con la que da Peset al inicio de su obra "(...) el estudio detenido de cuantas especiales contrubuyeron directa o indirectamente al desarrollo de los afectos propios de un país, que modifica visiblemente su curso y terminación, que influyen en su frecuente o rara presentación y mayor o menor gravedad e intervienen en la profilaxis o tratamiento de los mismo"; PESET Y VIDAL, J.B. (1878), Op. cit., pp. 10-11.

(23) MANERO, E. (1883), Op. cit., p. 5.

(24) "(...) es el estudio de la topografía médica de cada país, tan olvidado, sin embargo, en nuestra nación que no facilita los medios no estimula el trabajo con premios y honores dignos en justa compensación de sus elucubraciones y desvelos"; MANERO, E. (1883), Op. cit. p. 473.

(25) MANERO, E. (1883), Op. cit., p. 474.

(26) PESET Y VIDAL, J.B. (1878), Op. cit., pp. 17 y 20-22.

(27) GRANJEL, M. (1983), Op. cit., p. 114 (Cfr. GARCIA DEL CARRIZO, M.A.G (1963), Historia de la Facultad de Medicina de Madrid, Teis doctoral inédita, II, p. 699 y 120.

(28) En Alicante existía desde 1801 la "Real Fábrica de Tabacos" donde trabajaban varios miles de operarias en muy malas condiciones. A ello se refiere Manero en varias ocasiones, sirviéndonos de ejemplo la siguiente: "De las 5.000 operarias (...) la índole del trabajo y las condiciones perniciosas del edificio que las reúne, están muy distantes de lo que la higiene perceptúa"; MANERO, E. (1883), Op. cit., p. 124.

(29) MANERO, E. (1883), Op. cit., p. 138.

(30) "(...) la higiene pública consiste exactamente para él (Monlau) en el asesoramiento de la Medicina a la Administración Pública"; LOPEZ PIÑERO, J.Mª. (1964), Op. cit., p. 133.

(31) Refiriéndose, por ejemplo, a la viruela nos dice: "La clase proletaria es la que más sufre este temible azote, sin duda alguna. Y en efecto; esa negligencia especial que la caracteriza para todo lo que a la higiene se refiere y la falta de cultura para interpretar como es debido los consejos emanados de la ciencia (...)", y en otro momento "(...) pero las gentes rudas descuidan demasiado la vacunación más que por guerra directa o antipatía al medio, por abandono y negligencia"; MANERO, E. (1883), Op. cit., pp. 196 y 313.

(32) Monlau muestra en su obra las contradicciones con respecto al problema del contagio que son propias de un hombre de su generación, preludiando, por un lado los descubrimientos de la Microbiología, y admitiendo por otro, la existencia de los miasmas; GRANJEL, M. (1983), Op. cit., pp. 123-124.

(33) ROSEN, G. (1958), A History of Public Health, New York, M.D. Publ., p. 288.

(34) ACKERKNECHT, E.H. (1948), Anticontagionism between 1821 and 1867, Bull. Histo. Med., 22, p. 567. Aunque las posturas de ACKERKNECHT han sido criticadas en PELLING, M. (1978), Cholera, Fever and English Medicine, Oxford University Press.

(35) MANERO, E. (1883), Op. cit., p. 211.

(36) "Dejemos a un lado las disgregaciones que no son propias de la índole de este trabajo y sentemos por base que la verdadera medicina práctica debe fundarse en los hechos más que en las teorías que no son siempre el reflejo de la verdad"; MANERO, E. (1883), Op. cit., p. 209.

(37) PESET Y VIDAL, J.B. (1878), Op. cit., p. 603. El mismo autor a renglón seguido explicita claramente su postura ecléctica: "Ciertamente no todas las enfermedades contagiosas se propagan por contacto inmediato como indica el nombre; puede suceder por intermedios o transformando la atmósfera con la aptitud necesaria para que se verifique el hecho o produciendo un foco de infección tan terrible en sus efectos como

el mismo contanto inmediato".

(38) MANERO, E. (1883), Op. cit., pp. 193-194.

(39) MANERO, E. (1883), Op. cit., p. 194.

(40) Es de hacer notar la minuciosidad con que afirma que "(...) el virus morbiloso puede existir en las lágrimas, saliva, sudor, en los productos de descamación furfurácea y sobre todo en la misma sangre siguiendo las investigaciones de Panum; MANERO, E. (1883), Op. cit., p. 198.

(41) Aquí nuestro autor se declara seguidor de la doctrina del dualismo con respecto a la sífilis y la blenorrea; MANERO, E. (1883), Op. cit., p. 200.

(42) THEODORIDES, J. (1974), La Microbiología Médica. En: LAIN ENTRALGO, P. (dir.), Historia Universal de la Medicina VI, Barcelona, Salvat, p. 177.

(43) ROSEN, G. (1958), Op. cit., p. 287. De hecho el mismo Magendie adoptó más tarde posturas anti-contagionistas, ACKERKNECHT, E.H. (1948), Op. cit., p. 577.

(44) MANERO, E. (1883), Op. cit., p. 203. Peset da otra definición quizá más clarificadora: "Bajo la influencia de circunstancias de localidad especialmente atmosférica y geológicas se descomponen muchas sustancias tanto vegetales como animales, se forman miasmas, que por disposiciones orgánicas u desconocidas se vuelven sumamente activos, transformándose en una entidad morbosa y asimilable a nuestro organismo que apropiándose, digamoslo así, la transmite luego a quien se encuentren en aptitud de recibirla"; PESET Y VIDAL, J.B. (1878), Op. cit., pp. 530-531. Hay que resaltar el carácter de materia orgánica que tanto Manero como Peset dan a los miasmas y que este último se encarga de remarcar en el caso del paludismo; PESET Y VIDAL, J.B. (1878), Op. cit., pp. 497-498.

(45) BALAGUER, E.; BALLESTER, R. (1974), Op. cit., p. 363.

(46) Manero como Peset y Vidal deplora el nombre de "malaria" que se da a estos miasmas; MANERO, E. (1883), Op. cit., p. 207; PESET Y VIDAL, J.B. (1878), Op. cit., p. 509; y ambos citan los distintos componentes que se había dado en atribuir al miasma palúdico; MANERO, E. (1883), Op. cit., p. 204 y 462-463; PESET Y VIDAL, J.B. (1878), Op. cit., p. 509.

(47) En estos años tras la victoria anticontagionista dada pocos lustros antes de la mayoría de los profesionales europeos consideraban al cólera como enfermedad contagiosa no miasmática; ACKERKNECHT, E.H. (1948), Op. cit., pp. 581-582.

- (48) Este concepto hacía referencia a un "(...) tipo metereológico con un cortejo de enfermedades propias ('constitución metereológica' y también (...) 'constitución epidémica'); PINILLOS, J.L.; LOPEZ PIÑERO, J.Mª.; GARCIA BALLESTER, L. (1966), Constitución y Personalidad, Madrid, CSIC, pp. 35-36.
- (49) MANERO, E. (1883), Op. cit., p. 312.
- (50) MANERO, E. (1883), Op. cit., pp. 178-79.
- (51) ALBARRACIN TEULON, A. (1971) Sydenham. En: LAIN ENTRALCO, P. (dir.) Historia Universal de la Medicina IV, Barcelona, Salvat, p. 305. MILLER, G. (1962), Op. cit., pp. 133-134.
- (52) MANERO, E. (1883), Op. cit., pp. 253-263. Este texto aparece en el libro como añadido al que el autor presentó a la Academia Médica, Barcelona.
- (53) PINILLOS, J.L.; LOPEZ PIÑERO, J.Mª.; GARCIA BALLESTER, L. (1966), Op. cit., p. 186.
- (54) PINILLOS, J.L.; LOPEZ PIÑERO, J.Mª.; GARCIA BALLESTER, L. (1966), Op. cit., p. 188.
- (55) GRANJEL, M. (1983), Op. cit., p. 117.
- (56) "Increíble parece que la doctrina de los temperamentos nacida al calor del humorismo en los mejores tiempos de Galeno, a quien se atribuye el invento, haya prevalecido incólume tantos siglos, sin que los adelantos que diariamente introduce la ciencia, lograsen modificarla"; MANERO, E. (1883), Op. cit., p. 132.
- (57) MANERO, E. (1883), Op. cit., pp. 132-133.
- (58) "En tal concepto puede calificarse el temperamento de los valencianos, en general de neuro-bilioso, tomando por tipo adulto..."; PESET Y VIDAL, J.B. (1878), Op. cit., pp. 191-192.
- (59) MANERO, E. (1883), Op. cit., p. 133.
- (60) PINILLOS, J.L.; LOPEZ PIÑERO, J.Mª.; GARCIA BALLESTER, L. (1966), Op. cit., pp. 155-157.
- (61) PINILLOS, J.L.; LOPEZ PIÑERO, J.Mª.; GARCIA BALLESTER, L. (1966), Op. cit., p. 134.
- (62) PINILLOS, J.L.; LOPEZ PIÑERO, J.Mª.; GARCIA BALLESTER, L. (1966), Op. cit., pp. 157-160.
- (63) MANERO, E. (1883), Op. cit., pp. 134-135.

(64) "Esas singularidades de eretismo funcional que Zimmerman apellidó escepciones del temperamento, son dignas de conocer, porque pueden modificar la marcha de los estados patológicos. Tanto los hombres, como las mujeres, ofrecen sus idiosincracias afines al temperamento, ofreciéndolo los primeros cierta disposición especial a las gastroenteropatías, y las segundas a las hipergenesis uterinas"; MANERO, E. (1883), Op. cit., p. 135. Más tarde en otro apartado relacionará este concepto con algunas enfermedades comunes en los alicantinos; MANERO, E. (1883), Op. cit., p. 167.

Herrera Rodríguez, Francisco

Cátedra de Historia de la Medicina. Facultad de Medicina de Cádiz.

Charles entró en el comedor. El señor Boulanger le presentó su labriego, quien quería que le sangrasen porque sentía "un hormigueo por todo el cuerpo".

- Eso me purgará -replicaba a todas las razones. Bovary empezó, pues, por traer una venda y una palangana, y rogó a Justin que la sostuviera. Después, dirigiéndose al aldeano, ya pálido por anticipado:

- No tenga usted miedo, mi valiente amigo.

- No, no -respondió el hombre- ; ¡adelante!.

Y con aires fanfarrones tendió su brazo robusto. Bajo el pinchazo de la lanceta, la sangre brotó y fue a salpicar el espejo.

Gustave Flaubert, Madame Bovary

En la línea de recordar el pasado de las profesiones auxiliares sanitarias de la Medicina, para poder ir completando el cuadro de la evolución e historia de la asistencia sanitaria en nuestro país, nos parece que una faceta que no se debe dejar de comentar es el de la producción bibliográfica generada específicamente para estos profesionales y la influencia que tuvieron estos textos en los citados sanitarios. Es este el motivo que nos mueve hoy a acercarnos al estudio de un texto impreso en Cádiz, en el año 1851, escasamente comentado (1), y que tuvo como finalidad instruir en el ejercicio de su profesión a los cirujanos ministrantes. Nos estamos refiriendo al libro de don Rafael Ameller y Romero, titulado Compendio de Fleboto-

mía y operaciones propias de la Cirugía menor ó ministrante, con adición de algunos conocimientos sobre la prothesis dentaria (2) (véase fig.1). Libro que tuvo una gran influencia en la formación de estos profesionales en nuestra ciudad.

Pero antes de qu expongamos las líneas e ideas fundamentales de este libro de Ameller, creemos interesante realizar una pequeña semblanza biográfica de este autor, basada fundamentalmente en su historial académico (3).

Desconocemos la fecha de nacimiento de don Rafael Ameller y Romero, aunque sí sabemos que nació en Cádiz, fruto del matrimonio de Rafael Ameller y de María Manuela Romero. Tampoco podemos aportar nocitias sobre su infancia.

El primero de ocubre de 1833 se le admitió en el Colegio de Medicina u Cirugía de Cádiz, institución predecesora de nuestra Facultad de Medicina. Al año siguiente Rafael Ameller pasó a ser alumno interno, obteniendo en todos los exámenes la calificación de Sobresaliente. El 19 de abril de 1834 consiguió el grado de Bachiller en Filosofía; y, cinco años más tarde, concretamente el 1 de julio de 1839, el de Bachiller de Medicina y Cirugía. Cuando todavía no habían transcurrido dos años de la obtención de este último grado, se examina los días 18, 19 y 21 de enero de 1841, y obtiene la licenciatura en Medicina y Cirugía. Con arreglo al Real Decreto de 10 de octubre de 1843, en el año 1844, va a conmutar su título de Licenciado por el de Doctor en Ciencias Médicas. En sesión extraordinaria, de 20 de julio de 1845, y según lo previsto por la Real Orden de 2 de junio del mismo año, leyó una oración, en la cual expuso un Aforismo de Hipócrates; confiriéndosele, tras juramento, el grado de Doctor Académico en Medicina y Cirugía. Fué su padrino en este acto don José Gabarrón (4).

Ocupó en varias ocasiones el puesto de titular de cirugía, en la ciudad de Puerto Real (Cádiz), también lo desempeñó en Arcos de la Frontera, desde el año 1842, y por espacio de dos años. Fué a la sazón miembro de la Sociedad Económica de la Junta Municipal de Beneficencia de dicha ciudad, también socio corresponsal del Liceo médico gaditano y del Instituto médico del Puerto de Santa María.

El 4 de octubre de 1844 se le nombró por Real Orden, Profesor Agregado de la recién inaugurada Facultad de Ciencias Médicas de Cádiz, teniendo a su cargo las asignaturas de Higiene y Patología Quirúrgica. Por Real Orden de 28 de septiembre de 1845, se le nombra Regente agregado para las Ciencias Médicas de la Facultad de Medicina. En el mismo año, se le encarga la explicación de las asignaturas de Vendajes, Anatomía Quirúrgica, Patología y Clínica Quirúrgica. Y en septiembre de 1850, se le nombra Ayudante de esta Facultad. En 1852, socio de la Sociedad Económica de Amigos del País. Por sus servicios prestados durante la epidemia de cólera morbo del año 1854, se le concede la Cruz de Carlos III.

Durante los cursos académicos que van de 1854 a 1856, sustituye al catedrático don Manuel J. de Porto, Diputado a Cortes, en las asignaturas de Patología General, Clínica de Patología y Anatomía Patológica. En julio de 1857 hizo oposición a una de las vacantes de Académico de Número de la de Cádiz, siendo aprobado por unanimidad.

Desempeñó durante parte del curso académico de 1858-59, y durante todo el curso de 1859-60, la asignatura de Terapéutica, Materia Médica y Arte de Recetar. También llegó a impartir enseñanza de Clínica de Partos, Higiene Pública e Higiene Privada. Por Real Orden de 3 de abril de 1863 fué nombrado catedrático numerario de Patología Médica, que estaba vacante en la Universidad de Valladolid; sin embargo, tomando posesión de la misma, cesó en su desempeño por haber sido nombrado para la cátedra de Preliminares Clínicos y Clínica Médica de la Facultad de Medicina de Sevilla, merced a una Real Orden de 18 de mayo de 1862. Cuatro años después, en mayo de 1866, ocupará la cátedra de Obstetricia, Enfermedades de la Mujer y de los Niños.

Rafael Ameller y Romero, también fué Académico de Bellas Artes y Comendador de las Ordenes de Isabel la Católica y de Carlos III. Publicó una traducción de los aforismos sobre las estrecheces de la uretra, de M. Le Roy de Etiolles; y, otra del opúsculo de Higiene ocular de Reveille Parise.

Y hasta aquí nuestra pequeña introducción biográfica, en la que se da cuenta de su amplia experiencia como docente y de

su premiada labor en el campo de la Medicina y en el de las Artes. Toca ahora que comencemos el estudio de su Compendio de Flebotomía. Pero antes hay que destacar que no fué muy abundante la nómina de textos, que en siglos anteriores, se publicaron sobre este particular, para la ilustración de los barberos-sangradores. Citaremos a modo de ejemplo algunos de estos libros. En primer lugar, el editado en Méjico, en 1578, por Alonso López de los Inojosos, titulado Summa y recopilación de la Chirugia con un Arte para sangrar; en 1604, Juan Bautista Xamaro, publica en Valladolid, las Indicaciones de la Sangría; en 1618, en Sevilla, Cristóbal Granado, su Tratado de Flobotomía; en 1621, el Protobarbero Alonso Muñoz, publica su Instrucción de los barberos flebotomianos; en 1630, Diego Pérez de Bustos, da a la luz en Madrid, su Tratado Breve de Flebotomía; en 1724, se publica la Doctrina moderna para sangradores en la qual se trata de la flebotomía y Arteriotomía, del francés Ricardo Le Preux (5). Otro texto de interés es el Tratado Completo de la Flebotomía ú Operación de la Sangría, de Juan Fernández Valle, publicado en Madrid en 1794.

Tenemos que resaltar que el Compendio de Ameller, aparte de la publicación de 1851, que es la que hemos utilizado para nuestros comentarios, vio la luz en dos ocasiones más; concretamente, en una segunda edición, en el año 1855, y una tercer, en 1862 (6). Circunstancia esta que nos habla de la existencia de una buena demanda de este texto por parte de los alumnos que cursaban estos estudios y, por tanto, de la influencia que tuvo su magisterio en estos profesionales. Como ya ha apuntado Orozco (7), el libro de Ameller resulta de gran interés por ser el primer texto conocido para la profesión de cirujano menor que se produce en el siglo XIX.

En un primer contacto aproximativo diremos que este libro consta de cinco grandes capítulos; dedicados, respectivamente, a la flebotomía, al estudio de los apósitos y vendajes, a las curaciones "tópicas", al estudio compendiado de algunos conocimientos de la odontotecnica o arte del dentista; y, un último capítulo, dedicado a las prótesis dentaria.

En los preliminares de su obra, Ameller hace una declaración de intenciones de lo que va a ser su libro. Así indica que "esta obrita la dedico exclusivamente á los alumnos de Cirugía ministrante, á los flebotomistas ó sangradores que necesitan, según les está mandado por la superioridad, cursar por dos años los estudios teóricos que corresponden á la Cirugía menor", y manifiesta más adelante su deseo de facilitarles el estudio de su profesión, según lo que establece la ley. Se está refiriendo nuestro autor, a la Real Orden de 29 de junio de 1846, que dicta normas para el ejercicio de la cirugía ministrante. Esta ley exigía para poder aspirar a este título, haber servido dos o más años en el destino de practicante de cirugía, en hospitales que al menos tuvieran cien camas; debiendo abarcar los estudios de flebotomía, todo lo relativo a las evacuaciones de sangre, la manera de remediar los accidentes que puedan sobrevenir; dominar el arte de los apósitos, el de los vendajes, y los medios que se usan para aplicar al "cutis" los cuerpos dotados de acción directamente medicamentosa. También deberán conocer los diversos modos de inyectar sustancias medicamentosas por las vías naturales, así como probar el haber seguido, al menos por seis meses, con un cirujano dentista, la práctica de esta especialidad, relativa a la limpieza de la dentadura y a la extracción de dientes y muelas (8). Seijas Lozano, en sus disposiciones de 28 de agosto de 1850, mantiene en vigor las normas que conciernen a los Ministrantes, efectuando ligeros retoques sobre la manera de obtener los certificados de prácticas (9).

Como se ve por estos comentarios, nuestro autor ha sido escrupuloso estructurando su libro de acuerdo con lo que pedía la ley; sólo observamos que redacta un capítulo dedicado a las prótesis dentaria, cuando en la Real Orden sólo se le piden conocimientos al cirujano ministrante, como hemos visto, relativos a la limpieza de la dentadura y a la extracción de dientes y muelas.

Muy acertadamente, Ameller, comienza el primer capítulo dedicado a la Flebotomía, analizando la etimología de esta palabra; señalando que deriva de dos voces griegas la una que significa vena y la otra incisión. Se plantea a continuación si las palabras flebotomía

y sangría son sinónimas; considerando que bajo el nombre de sangría puede comprenderse no sólo la abertura que con el instrumental idóneo se efectúa en las venas, sino todos los procedimientos que el arte emplea, con el objeto de extraer sangre del cuerpo humano, incluyendo por supuesto la arteriotomía. Señala que si sólo se le diese a la palabra flebotomía igual valor y significado que a la de sangría entonces con una o con otra se designaría la operación, y ninguna de las dos "expresaría el arte que enseña á sangrar, como sucede con la de flebotomía, que aunque en rigor puede entenderse bajo dos acepciones, pero se usa casi absolutamente para designar el arte".

Posteriormente indica el oscuro origen de la sangría y la ignorancia que se tiene sobre el inventor de esta operación. A pesar de todo, Ameller, cree que "el hombre imitó a la naturaleza misma, viéndola representarse en el instinto de los irracionales, al buscar los medios de curarse sus enfermedades...".

Como es sabido la sangría fué practicada durante la Antigüedad, de manera escasa entre los hipocráticos; utilizándola Galeno muy a menudo unas veces como evacuante y otras como revulsivo (10). Los médicos españoles del siglo XVII la tenían como remedio de valor casi universal, aunque en este siglo se desata la polémica sobre su uso, y los novatores van a encontrar con su postura adversa a la sangría, argumentos para combatir a los médicos dogmáticos (11). Como indica Douglas Guthrie, Broussais (1772-1838) afirmaba que el poder curativo de la Naturaleza no existe y que la dieta y la aplicación de las sanguijuelas pueden curar a los enfermos. Broussais provocó una gran alza en el comercio de sanguijuelas, ya que parece ser que en 1833, se importaron en Francia cuarenta millones de ellas. Es por los que se conoce a este médico como "el más sanguinario de la historia". Sin embargo Marshall Hall (1790-1857), criticó de manera contundente la práctica de la sangría, considerando éste la lanceta como "un pequeño instrumento de grandes errores" (12). Ameller de como una de las pruebas de la utilidad de la sangría, el que en todos los países se ha usado y siempre los más célebres prácticos la han recomendado. Nuestro autor califica la sangría, en general y en particular, tópica o capilar. Para las primeras señala que hay que valerse

de la lanceta en las venas, y alguna vez del bisturí para las arterias; sin embargo, para las sangrías capilares apunta "las sanguijuelas y las ventosas escarificadas". También resalta el hecho de que hubo tiempos en que la sangría general se efectuaba en multitud de venas, pero que ya son muy limitados el número de lugares en que ejecuta la operación, entre los que destaca el brazo, la mano, el pie, y alguna vez el cuello. Efectivamente, el Protobarbero y Sangrador real Alonso Muñoz, en su libro publicado en Valencia, en 1621, titulado la Instrucción de los Barberos Flebotomianos, señala cuarenta y dos venas que podrían seccionarse con fines terapéuticos, aunque advierte que la basílica es la más utilizada (13).

Ameller recomienda que para la ejecución de la misma se esté provisto con "buena luz natural ó artificial, siendo conveniente no hacer uso de una y otra á la vez, pues su mezcla no produce el mejor resultado, y generalmente se da la preferencia á la luz artificial por medio de una vela de cera, la cual con facilidad puede dirigirse como convenga". Otro punto sobre el que insiste, es la necesidad de ejercer una compresión, con una cinta elástica, entre el corazón y el punto de la vena en que se hace la incisión, pues así sale la sangre con más facilidad; teniendo en cuenta que si la sangría es de las arterias -arteriotomía-, esta compresión no debe efectuarse. En cuanto a la incisión dice que, puede ser de dirección "paralela" a la vena, "transversal" u "oblicua"; siendo la más general esta última, la mejor la paralela, y la transversal muy útil en los vasos de muy pequeño calibre.

En el artículo que dedica Ameller a los conocimientos anatómicos que deben de poseer los "flebotomianos", expone que este profesional deberá tener conocimientos de la piel y tejido celular; de las venas y arterias, "porque en estos vasos sanguíneos ha de ejecutar las operaciones á que principalmente se dedica"; de los nervios y tendones, "porque le es preciso distinguirlos al ejecutar las sangrías". De todo ello deberá tener nociones generales, ya que tampoco "necesita de un estenso estudio de todas estas partes".

Todos los comentarios que vamos apuntando sobre el libro

de Ameller, revelan la intención de este profesor gaditano, que no es otra que la de perfilar claramente lo que debe saber sobre su oficio el cirujano ministrante, para evitar los males que en épocas pretéritas se habían ocasionado al efectuar las sangrías. A este respecto son muy significativas las palabras, que en 1794, escribió Fernández Valle en su Tratado completo de la flebotomía u operación de la sangría; las cuales ya han sido transcritas por Carreras Panchón (14): "No quisiera ponerme de mala fe con mis amigos y compañeros los Cirujanos Sangradores; pero en obsequio de la verdad, no puede menos de decir que nuestra falta de instrucción e intrepidez da lugar a la desgracia de muchas familias". Importante párrafo porque en él encontramos un llamamiento al rigor y al estudio de las funciones propias de la profesión, para ejercerla con dignidad.

Posteriormente, Rafael Ameller, procede a la exposición del instrumental indispensable para los flebotomianos. Comienza describiendo la lanceta, como un instrumento destinado especialmente para practicar la operación de la sangría. Este instrumento "se compone de dos partes, la hoja y las cachas"; distinguiendo tres especies de lancetas, que se diferencian sobre todo en la forma del extremo cortante: La de grano de cebada, que tiene una punta casi oval; la de lengua de serpiente o piramidal, que tiene una terminación muy aguda; y, la de grano de avena, que es intermedia entre las anteriores. Como es sabido la lanceta que más se utilizó en tiempos anteriores era la de hoja de olivo, mientras que las lancetas de resorte, las cuales procedían de Alemania e Italia, no se emplearon con asiduidad hasta el siglo XIX (15). Otros instrumentos aconsejados al cirujano ministrante son el bisturí, las tijeras, la espátula ("para estender los ungüentos"), las pinzas, la aguja de sedal, la sonda de ojal, el estilete, el cauterizador, el escarificador ("cajita de metal, la que contiene en su interior un número mayor ó menor de hojas de lancetas"), la ventosa Bdéllometro ("intrumento destinado á reemplazar las sanguijuelas en las sangrías capilares"), el porta-lechinos (estilete grueso), y las agujas de acupuntura. Nos llama la atención la presencia de en este listado del instrumento del flebotomiano, la

presencia de estas agujas. Es conocido que la acupuntura, del latín acus, aguja, y punctura, punzada, consiste en una técnica curativa a través de la inserción de agujas en ciertos puntos del cuerpo. Parece ser que médicos europeos como A. Trousseau se interesaron vivamente por esta técnica; existiendo en Francia durante diez años, de 1816 a 1826, un gran interés, que hizo que la Academia de Ciencias de París asignara una comisión para su estudio (16). Indica Ameller, refiriéndose a este técnica, que "estos instrumentos son como las verdaderas agujas comunes, aunque pueden ser no sólo de acero, sino de plata ú otros metales, teniendo además cada una de ellas un mango para poderles dirigir mejor..."; declarando nuestro autor que de su uso pueden sobrevenir accidentes, entre los que cita: el dolor, el síncope, el delirio, "por la picadura de la arteria temporal se ha formado un tumor sanguíneo. La acupuntura, en fin, ha ocasionado formación de abcesos". Debido a estos accidentes, señala Ameller que hay voces que propugnan desechar enteramente esta operación, aunque él señala los conocimientos esenciales sobre el particular, con el objeto de que el flebotomista pueda practicar esta técnica, siempre que lo haya ordenado el profesor.

También se instruye a los ministrantes en este libro con una descripción de la circulación de la sangre y de las arterias y venas más importantes.

Vamos a comentar, aunque sea sumariamente, las opiniones de Ameller sobre las distintas localizaciones en que se puede ejecutar la sangría. En primer lugar cita la sangría de la frente, la cual se prescribe muy poco y que se realiza en la vena frontal; la sangría del cuello, que se hace incidiendo la vena yugular externa, teniendo muy presente el riesgo que se corre de que pueda introducirse aire en la vena, accidente que sería mortal para el enfermo; en cuanto a la sangría del brazo, indica que es la más frecuente de todas las sangrías; también se detiene a hacer comentarios sobre la sangría de la mano y la sangría del pie. Apunta entre otras la posibilidad de sangrar la vena dorsal del pene, a través de una incisión transversal.

Entre los accidentes que pueden sobrevenir al hacer la sangría, Rafael Ameller destaca "el equimosis", "el trombus", "el dolor", "el desmayo", la lesión del "periostio, tendón, o aponeurosis", "la flebitis", "el síncope" y la herida de la arteria; siendo este último accidente uno de los más graves, el cual sucede con más frecuencia al sangrar el brazo por interesar a la arteria braquial.

En cuanto a la sangría capilar, la cual se hace por medio de las sanguijuelas, de las ventosas escarificadas y de las escarificaciones, es también comentada por el profesor gaditano. Sobre las sanguijuelas dice que "aunque hay de diferentes especies, pero en medicina sólo se usa de una ó á lo mas dos: hirudo officinalis, L é hirudo sanguisuga". Ya hemos comentado más arriba el desorbitado uso que se hizo de ellas en Francia, y las fuertes críticas que recibió Broussais, por la propensión que tenía al uso de las mismas.

Hace mucho hincapié Ameller en el haber "tenido ocasión de observar el desarrollo de siete úlceras venéreas, producidas por otras tantas picaduras de sanguijuelas que se habían usado antes en un individuo atacado de afección sifilítica", por lo que recomienda que las sanguijuelas deben desecharse después de su uso.

Con respecto a la arteriotomía señala que apenas se realizan, abriéndose en algunos casos la arteria temporal, por la seguridad con que se corta la salida de sangre ejerciendo presión sobre el hueso temporal.

Para Ameller existen una serie de circunstancias, las cuales nos resultan muy llamativas, en las que el sangrador debe estar autorizado para ejecutar la sangría, sin que haya sido mandada por el profesor, ya que se consideran situaciones de urgencia. Son las siguientes: "Las grandes caídas con violentas contusiones", siempre que el enfermo no se halle en estado de espasmo (sin fuerzas, piel fría, pulso pequeño o nulo y gran abatimiento); también la "asfixia" se uno de los estados morbosos en que se apunta que hay que obrar con prontitud; y, por último, en la "apoplejía".

El segundo gran apartado de este libro, Ameller lo dedica a los apósitos y vendajes; recalcando que va a describir sólo aquellos

vendajes que son fundamentales para el flebotomista, huyendo de describir todos los que el arte posee. Dice nuestro autor que sin quitar méritos a otros tratados de vendajes más amplios y modernos; él, sin embargo, se ha basado en los descritos con Canivell en su Tratado de vendajes y apósitos (17), "pues la experiencia tiene demostrado que con sólo el conocimientos de ellos, pueden satisfacerse cumplidamente las indicaciones que los reclamen...". Francisco Canivell y Vila (1721-1797), cirujano mayor de la Armada y vice-presidente del Real Colegio de Cádiz (18), escribió este Tratado, a fin de que los alumnos de los Reales Colegios tuviesen un manual, que les sirviese para aprender a preparar y aplicar estos auxilios con eficacia (19); libro que como vemos también tuvo fortuna, estando vigente largo tiempo, como se desprende de la reivindicación que hace del mismo Rafael Ameller.

El autor del Compendio que estudiamos opina que con el nombre genérico de apósito, debe entenderse no sólo todo lo que se coloca entre las partes enfermas del cuerpo humano, como las hilas, torundas, compresas, etc.; sino también los instrumentos propios para las curas, y aun los "tópicos"; definición que es idéntica a la expuesta por Canivell y Vila (20); aunque este último autor elude en su libro el estudio de los medicamentos que se aplican sobre la superficie externa del cuerpo. Ameller también define los vendajes y los clasifica de manera idéntica a la que ya expuso don Francisco Canivell. Así dice del vendaje que este "lo constituyen una ó muchas circunvoluciones de vendas hechas alrededor de alguna parte para mantenerla ó conservarla en su estado natural, ó sostener algún apósito". Y los clasifica según su materia (lienzo, tafetán, badana, cuero, etc.); según su composición (simples o compuestos, según consten de una o muchas piezas); su figura (iguales o desiguales); su uso (contentivos, unitivos, compresivos y expulsivos); y, según las partes donde se aplican (cabeza, tronco y extremidades). Posteriormente pasa a describir de manera breve los vendajes que el cree deben conocer los flebotomianos, que en esencia también coinciden con los expuestos por Canivell en su libro. Entre los vendajes para la cabeza señala el Vendaje rejio, el de seis cabos de Galeno, el frontal, el discrimen

para la sangría de la frente, la escafa (también con el mismo fin que el anterior), el nudo de enfardelador (para sangría de la arteria temporal), etc.; entre los indicados para el tronco, está el Vendaje de cuerpo con su escapulario, el suspensorio simple para un pecho, el suspensorio para ambos pechos, el suspensorio para el escroto, etc.; y para las extremidades recomienda el Vendaje para la sangría del brazo, la Charpa, Vendaje para la sangría de la mano, estribo para la sangría del pie, etc..

Matías Nieto y Serrano, y Francisco Méndez Alvaro, publican un libro en 1837, sobre apósitos y vendajes; en él dicen que la aplicación y separación metódica de los apósitos y medicamentos externos a las partes enfermas es lo que se llama "curación" o "cura"; y clasifican genéricamente a los apósitos, en dos grandes secciones; Primera, apósitos que se usan para favorecer a la naturaleza en la curación de las enfermedades; y, en segunda, los que se usan para suplir la falta de un órgano o defecto de una función (21).

Entre las diversas operaciones que son responsabilidad de la Cirugía menor, según Ameller, no podemos dejar de mencionar la "aplicación del moxa", la vacunación y las inyecciones. Como es sabido la denominación japonesa de moxa, o "hierba que arde", fué descrita primero por Kaempfer (1712) con el neologismo latino aún en uso de moxibustio o moxibustión (22). En cuanto a esta técnica, Ameller dice que tiene por objeto producir por la quemadura una úlcera en la piel. La moxa, que no es más que un cilindro coniforme, hecho de material combustible como la yesca o el algodón, se aplica por su base sobre la piel, se sostiene con unas pinzas, y se le quema por su punta, desde donde va consumiéndose hasta su base, produciéndose la ulceración. Comenta Ameller que este medio de cauterización procede del Japón, "ó por lo menos es en donde se pone en práctica desde la mas remota antigüedad", y donde hay personas que se dedican exclusivamente a esta técnica, llamándose téntasi ó tentadores porque antes de hacer la operación, tientan el cuerpo del enfermo, para averiguar el sitio del mal, en el cual aplicarán la moxa. Para Alonso y Rodriguez (23), en su texto publicado en 1871, las moxas son muy útiles en

las "congestiones", en el raquitismo, en "las cáries de las vértebras ó mal de Pott", en los tumores blancos, en las enfermedades crónicas de los riñones, del hígado y bazo, en las parálisis y en las afecciones reumáticas y neurálgicas, rebeldes a otros medios terapéuticos; estando contraindicadas en los sujetos nerviosos, a no ser que sean muy necesarias por la importancia del órgano enfermo. Para este autor los efectos son estimulantes y revulsivos, a los que se agrega una acción expoliativa.

Resulta sorprendente, como han dicho Cabrera, Márquez, Nogueroles y Orozco (24), el hecho de que Francisco Javier Lasso de la Vega, considerado como el introductor del Método anatomoclínico en nuestro país (25), haga una defensa de un método de base científica tan precaria en un artículo que publicó en el "Periódico de la Sociedad Médico-Quirúrgica de Cádiz" (26); en él describe tres casos (dos Hepatitis crónica y uno de Paraplejia, según sus diagnósticos), en los que aplica la moxa con beneficio. Quede constancia de este curioso hecho, así como de la descripción que realiza Ameller de la aplicación de este técnica para instrucción de los cirujanos ministrantes.

Con respecto a la vacunación, Ameller dice que para ejecutarla con éxito, exige minuciosos conocimientos, "en tal grado como para persuadirnos de que á pesar de sus sencillez, debería ser el médico el que la ejecutase constantemente". Señala nuestro autor haber sido testigo de cómo en los pueblos "las mujeres y los barberos vacunan, así como todo aquel que se atreve á hacerlo". Viendo estos males que se dan en nuestro país, y como manera de evitarlos, piensa que habría que instruir en este particular al flebotomista, para así alejar de esta práctica a las personas que se aventuren a ejecutarla sin conocimientos.

Define Ameller las inyecciones como la introducción de un medicamento líquido por medio de una jeringuilla en alguna cavidad del cuerpo, ya sea natural, ya producida por alguna enfermedad, o acaso por el arte mismo. Se usan las inyecciones en los casos en que se quiere "Limpiar ó lavar con un líquido medicamentoso ciertos sitios adonde no podría llegar aquel de ningún otro modo mas que

por el mecanismo de la inyección misma".

Otras operaciones de la cirugía menor que describe Ameller, son la aplicación de las vejigatorias o cáusticas (parche formado con el ungüento de cantáridas) y el "cauterio actual"; también da instrucciones para tratar los callos y la manera de abrir una "fuente".

Así llegamos en nuestros comentarios de este libro a sus dos últimos capítulos, que tratan de la odontotecnia y de las prótesis dentaria. Efectivamente, nuestro autor señala que ya Ambrosio Paré se ocupó de las enfermedades de la boca y describió algunas operaciones de odontotecnia, así como Urbano Hémar, en 1581, publicó en Lyon un tratado sobre el arte del dentista.

Primeramente, Ameller, se ocupa del estudio de los dientes (número, diferencia, etc.); de las anomalías en su colocación y de los medios de corregirlas en la infancia; para luego detenerse en las enfermedades de la boca que el dentista debe tener conocimiento, entre las que se cita: la odontalgia o dolor de muelas, la caries o muela picada, la gastadura (afección del diente que consiste en una "destrucción material y mecánica de alguna parte de él: puede ser causada por la mala organización, por la influencia química de ciertos alimentos, por el frotamiento durante la masticación, ..."), la fractura, la descomposición del esmalte, etc.

En 1717, Ricardo Le Preux, publicó la primera edición de su obra Doctrina moderna, para los sangradores, en la qual se trata de la Flebotomia y Arteriotomia. De la aplicación de las Ventosas, de las sanguijuelas, y de las enfermedades de la Dentadura, que obligan á sacar Dientes, Colmillos ó Muelas, con el arte de sacarlas"; obra que como indica Irigoyen Corta, gozó de varias reediciones, hasta bien mediado el siglo XIX, por lo que hay que considerarla como la obra que guió la formación doctrinal de los dentistas españoles. En este libro Le Preux recomienda rellenar el "alvéolo" provocado por la caries, con plomo batido, oro o cera; y entre los instrumentos que cita este autor como necesarios para practicar una extracción están el descarnador, el gatillo, los alicates, el pulican y el botador (27). Ameller cita prácticamente los mismos instrumentos, refiriéndose

además a una innovación en la llave inglesa "hecha por el apreciable doctor en medicina el señor Martínez, especialista de las enfermedades de la boca y de las operaciones que en ella se ejecutan". Resalta Ameller que sus comentarios relativos a la odontotecnia, que según nuestro autor, tenía sus ejercicio profesional en Cádiz.

Un aspecto sobre el que también emite su juicio el profesor gaditano, es "el uso que se ha hecho y aun se hace en la actualidad por algunos dentistas del éter ó del cloroformo, con el objeto de producir la insensibilidad tan solamente para extraer una muela". Ameller se muestra reacio al uso de la anestesia alegando que la "razón y el temor nos han hecho descharlo", y que jamás estará indicada para la extracción de un diente ni otras operaciones semejantes en que el dolor, aunque sea agudo, es pasajero y no compensa los riesgos de la cloroformización. En definitiva, teme poner práctica un medio "cuyos efectos no podemos, como se cree, limitar á nuestra voluntad, no contando tampoco con ningún agente que neutralice su acción, ó que la suspenda...". El primero en realizar una intervención cruenta bajo la anestesia etérea fué Crawford Williamson Long (años 1842-43); poco después, en 1844, Horace Wells, dentista, usó el óxido nitroso en las extracciones dentarias; sin embargo, y según apunta Laín Entralgo, el mérito de haber instaurado la anestesia quirúrgica corresponde al dentista de Boston William Thomas Morton, que recurrió al uso del éter sulfúrico en su práctica odontológica y sugirió a Warren la posibilidad de intentarlo en operaciones de más envergadura (28).

La postura de precaución de Ameller frente a la anestesia, ofrece un claro contraste con la de otro profesor gaditano, nos referimos a Ceballos (29), que en su obra La cirugía en 1874, aparte de indicar que quizás fué el primero, en el año 1848, que utilizó el cloroformo en España, resalta que en los 26 años transcurridos desde entonces, no se cuenta en Cádiz un solo caso de muerte por el uso del mismo (30).

Otro apartado es el de la limpieza de la dentadura, donde aconseja que la limpieza con cepillos y polvos dentríficos, no debe

hacerse diariamente, pues, tantas frotaciones repetidas sobre las encías concluyen por "descarnar los dientes". Entre las fórmulas magistrales, para este menester, destaca el "polvo dentrífico del Codex" y el "electuario ó opiata dentrífica".

En cuanto a la colocación de dientes artificiales, señala cuatro modos diferentes: Por medio de ligaduras ("hechas con hilos metálicos ó bien con cuerdas delgadas de guitarra"); por medio de espigas o clavijas; con ganchos o resortes; y en último lugar, las líneas dentarias que se emplean en aquellos casos en que es necesario sustituir con la prótesis la falta de muchos dientes unidos.

Hemos dejado para el final de nuestro estudio, las opiniones de don Rafael Ameller y Romero, sobre las cualidades físicas y morales que debe poseer el sangrador. Las cualidades físicas que destaca son la vista perfecta y un tacto muy fino, por lo que deberá huir de "vicios" como el vino y el tabaco. También señala la conveniencia de que el sangrador sea "ambidiestro", ya que "es una ventaja á que debe aspirarse por medio de la costumbre". El desinterés y la caridad son cualidades morales esenciales para el sangrador, ya que según opinión de nuestro autor, no debe existir retribución por su trabajo a aquellas personas que vivan en la pobreza. Otras dos cualidades que deben reunirse para el ejercicio de esta profesión, son ser cautos y reservados; cautos, ya que puede "ser sorprendido y engañado, haciéndole creer que tal sangría por ejemplo, ha sido dispuesto por el médico, cuando por ella muchas veces sólo se procura con perversa intención que tenga efecto el aborto"; y, reservado, porque en ocasiones su imprudencia podría dar origen a disgustos familiares. Este comentario supone un llamamiento al secreto profesional. En 1831, señalaba que el Código penal francés imponía, por la transgresión del citado secreto profesional, el castigo de multa y prisión a los médicos, cirujanos y oficiales de sanidad, como también a los farmacéuticos, a las parteras, y cualesquiera otras personas depositarias por su estado o profesión de los secretos que se les confían.

Hasta aquí nuestra glosa de esta obra de Rafael Ameller y Romero, cuyo fin fundamental era el de ofrecer a los sangradores

ministrantes un texto en el que pudieran encontrar los conocimientos que exigía la legislación para el ejercicio de esta profesión, que como hemos visto no sólo tenía que ser instruida en el discutidísimo arte de sangrar, sino que debían conocer otras técnicas de las que hemos dejado constancia a lo largo de nuestro estudio. Juan Ceballos, al hablar de la sangría dice que no es una operación tan trivial como parece, y que debe poseer estudios científicos el que la ejecuta, ya que no es siempre un medio curativo, sino también explorador del líquido sanguíneo; haciendo énfasis -sus palabras están dichas en 1874-, en que España es el único país donde existen sangradores (32).

Sin embargo, no queremos terminar estos breves apuntes sin señalar que echamos de menos a lo largo del libro de Ameller, sobre todo en los capítulos de instrumental y vendajes, uno gráficos o grabados que ilustren el texto para su mejor comprensión. De todas formas fué este un libro clave en la preparación de estos profesionales, porque como hemos indicado se reeditó en dos ocasiones más, lo que nos sugiere que fué un libro solicitado, sobre todo en las décadas de los años cincuenta y sesenta del pasado siglo.

NOTAS BIBLIOGRAFICAS.

(1) OROZCO ACUAVIVA, A.: Notas para la Historia de la Enfermería Gaditana. Cádiz, 1983. pp. 21, 24 y 33. En la p. 24 de este libro Orozco da noticia de un trabajo sobre el libro de Ameller: OROZCO VILLAR, M^a. del Mar: El Compendio de Flebotomía de Rafael Ameller. Trabajo de Historia de la Enfermería. Curso 1981-82.

(2) AMELLER, Rafael: Compendio de Flebotomía y Operaciones propias de la Cirugía menor ó ministrante, con adición de algunos conocimientos sobre la prothesis dentaria. Por _____, Doctor en Medicina y Cirugía, y Ayudante de Medicina de la Universidad Literaria de Sevilla, Cádiz. Impr., Librería y litografía de la Revista Médica a cargo de D. Juan B. de Gaona. Plaza de la Constitución, nº 11. 1851. 265 pp.

(3) Para su biografía Cf. "Libro de los méritos y servicios de los Señores Catedráticos de la Facultad de Ciencias Médicas". ff. 56-57v. Archivo Facultad de Medicina de Cádiz; OROZCO ACUAVIVA, A.: Bibliografía Médico-Científica Gaditana. Cádiz, 1981. pp. 189-90.

(4) HERRERA RODRIGUEZ, F.: Grados de doctor y tesis doctorales en la

Facultad de Medicina de Cádiz en el siglo XIX. Tesis de Licenciatura.
Facultad de Medicina de Cádiz, 1984. Ejemplar mecanografiado. p.34.

(5) Hemos obtenido noticias de estos libros en: OROZCO ACUAVIVA, A.: Pedro Virgili y el Hospital Real de Cádiz. En el bicentenario de la muerte del fundador del Real Colegio de Cirugía de Cádiz. "Medicina e Historia". 63, 1973. p. 17.

(6) Noticias sobre estas ediciones en "Libro de los méritos y servicios de los Señores Catedráticos de la Facultad de Ciencias Médicas". ff. 56-57 vv. Arch. Fac. Med. Cádiz.

(7) OROZCO ACUAVIVA, A.: Notas para la Historia de la Enfermería Gaditana. Cádiz, 1983. p. 21.

(8) GARCIA HUERTAS, V.: Escuelas de Practicante y Matronas de la Facultad de Medicina de Cádiz en la segunda mitad del siglo XIX. Tesis de Licenciatura. Facultad de Medicina de Cádiz, 1986. Ejemplar mecanografiado. pp. 23-24.

(9) ALBARRACIN TEULON, A.: La titulación médica en España durante el siglo XIX. "Cuadernos de Historia de la Medicina Española". XII, 1973. pp. 45-46.

(10) LAIN ENTRALGO, P.: Historia de la Medicina. Barcelona, 1982.p.126.

(11) SANCHEZ-GRANJEL SANTANDER, Luis; SANCHEZ-GRANJEL SANTANDER, Mercedes: La polémica de la sangría. Un capítulo de la medicina española del siglo XVII. "IX Premio Uriach de Historia de la Medicina". 1978. pp. III y XIV.

(12) GUTHRIE, DOUGLAS: Historia de la Medicina. Barcelona, 1953. pp. 338 y 362-63.

(13) CARRERAS PANCHON, A.: Las actividades de los barberos durante los siglos XVI al XVIII. "Cuadernos de Historia de la Medicina Española". XIII, 1974. pp. 211 y 216.

(14) CARRERAS PANCHON, A.: Op. cit. p. 214.

(15) CARRERAS PANCHON, A.: Op. cit. p. 217.

(16) GUERRA, F.: Las medicinas marginales. Los sistemas de curar prohibidos a los médicos. Madrid, 1976. pp. 97 y 100-101.

(17) CANIVELL, Francisco: Tratado de Vendajes y Apósitos en que se manifiestan con estampas los necesarios á cada operación, tanto separados, como aplicados, para la más fácil inteligencia de los estudiantes, por _____, cirujano mayor de la Real Armada, vice-presidente del real Colegio de Cádiz, socio de la real Academia médica matritense, honorario de la de Sevilla, y de la real sociedad Bascongada. Cádiz, Imprenta

de la Casa de Misericordia. s.a. Esta obra es posterior 1769, Cf. CABRERA AFONSO, J.R.: La Producción bibliográfica de los Reales Colegios de Cirugía de Cádiz, Barcelona y Madrid en el siglo XVIII. Catalogación y Estudio Crítico. Tesis Licenciatura. Facultad de Medicina de Cádiz, 1984. Ejemplar mecanografiado. pp. 41 y 214 n. 86.

(18) "Francisco Canivell y Vila (1721-1797) nació en Barcelona, y tras estudiar en Francia y Cervera es captado por Virgili en 1749 para ocupar el cargo de Bibliotecario en el Colegio de Cádiz. En 1755 es Ayudante de Cirujano Mayor. Viajó a Ultramar, concretamente a Veracruz y La Habana y en 1769 ascendió a Cirujano Mayor de la Armada y Vicepresidente del Colegio, cargo que volvió a obtener en 1780 tras el paréntesis de Oromí, nombrado Director del Colegio en 1777 tras la muerte de Virgili. Tuvo una importante labor docente reorganizando la enseñanza y logró un auge económico del Colegio. Tubo también actuaciones importantes como obligar a que se cumpliera la orden de que en los buques mercantes se embarcaran los cirujanos, así como en la creación del montepío viudas y huérfanos de la Armada. Falleció en Cádiz en 1797 con honores de Cirujano de Cámara". Biografía extraída de CABRERA ALONSO, J.R.: Op. cit. p. 153. Francisco Canivell fué autor de diversas "Observaciones" manuscritas para las Juntas Literarias del Real Colegio de Cirugía de Cádiz. Cf. al respecto: MARQUEZ ESPINOS, C.: Las Juntas Literarias del Real Colegio de Cirugía de Cádiz. Catálogo de las "Observaciones" Manuscritas (1742-1836). Cádiz, 1986.

(19) CANIVELL, F.: Op. cit. p. II.

(20) IBIDEM, p. 2.

(21) NIETO Y SERRANO, M.; MENDEZ ALVARO, F.: Elementos del Arte de los Apósitos con la descripción completa de todos los vendages y demás piezas de apósitos conocidos hasta el día. Por los Licenciados en Medicina y Cirugía _____. Madrid, 1837. pp. 3 y 49.

(22) GUERRA, F.: Op. cit. p. 96. Mirko D. Grmek, en su artículo La Moxibustion en Méditerranée et en Extrême-Orient, publicado en "Clio Medica", 16, 2/3, pp. 113-122; dice "La connaissance de la moxibustion sino-japonaise par les médecins européens modernes remonte au dernier quart du XVIIe siècle. En 1674, Herman Busschof, alors fonctionnaire de la Compagnie hollandaise des Indes résidant à Batavia (Djakarta), publia una plaquette où il fit état de ce procédé en la recommandat tout particulièrement comme un remède puissant contre la goutte et les maladies rhumatismales. Ce n'était pas un médecin. Sa connaissance de la moxibustion venait surtout d'une expérience personnelle passive: victime d'un accès atroce de goutte, il en fut soulagé, vers 1660, grace á la moxibustion pratiquée par une guérisseuse indonésienne" (p. 113).

(23) ALONSO Y RODRIGUEZ, J.: Compendio de Terapéutica General y Materia Médica. Madrid, 1871. Parte 1ª, p. 172.

(24) CABRERA AFONSO, J.R.; MARQUEZ ESPINOS, C.; NOGUEROLES ALONSO, P.: OROZCO ACUAVIVA, A.: Un aspecto insólito de Francisco Javier Laso (1785-1836). Su apología de la Moxibustion. Comunicación Al I Symposium sobre Farmacia Andaluza. Cádiz, febrero, 1983. En prensa. Agradezco a sus autores el que me hayan facilitado un ejemplar mecanografiado para su estudio.

(25) Cf. LOPEZ PIÑERO, J.M.: La escuela de Cádiz y la introducción en España de la medicina anatomoclínica. En IDEM: Medicina Moderna y Sociedad española (siglos XVI-XIX). Valencia, 1976. pp. 215-234. OROZCO ACUAVIVA, A.: Francisco Javier Laso. Historiador de la Sociedad Médico-Quirúrgica de Cádiz. "Anales de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Cádiz". XVII (1981), extraordinario. pp. 5-100; IDEM: Francisco Javier Laso (1785-1836) primer historiador del Real Colegio de Cirugía de Cádiz. Estudio de un manuscrito inédito de 1828. "An. R. Ac. M. y C. de Cádiz". XVI (1980), 2. pp. 63-91; IDEM: Francisco Javier Laso (1785-1836) propagandista de la vacuna. "An. R. Ac. de M. y C. de Cádiz". XVI (1980), 1. pp. 75-85.

(26) LASSO, F.J.: Observaciones que comprueban la eficacia del moxa en la curación de muchas enfermedades. En Periódico de la Sociedad Médico-Quirúrgica de Cádiz. III, 1822. pp. 285-299.

(27) IRIGOYEN CORTA, M.: La Odontología española del siglo XVIII. Salamanca, 1967. pp. 55 y 57-58.

(28) LAIN ENTRALGO, P.: Historia de la Medicina Moderna y Contemporánea. Barcelona, 1963. p. 458.

(29) IZQUIERDO, P.: Noticia Necrológica. El Dr. D. Juan Ceballos y Gómez. En El Siglo Médico. XXII (1857), 1.147. pp. 801-804.

(30) CEBALLOS, Juan: La Cirugía en 1874. Discurso pronunciado en la Universidad Literaria de Sevilla en la solemne apertura del curso académico de 1874 a 1875, por el Dr. _____, catedrático de Término, de Medicina Operatoria. Cádiz, 1874. p. 10.

(31) JANER, Félix: Elementos de Moral Médica o Tratado de las obligaciones del médico y del cirujano, en que se exponen las reglas de su conducta moral y política en el ejercicio de su profesión; por _____, Catedrático de Clínica Interna en el Real Colegio de Medicina y Cirugía de Barcelona. Barcelona, 1831. p. 417.

(32) CEBALLOS, J.: Op. cit., p. 17.

FIGURA 1

COMPENDIO DE FLEBOTOMÍA.

Y OPERACIONES

propias de la Cirujía menor ó ministrante,

CON ASESORO DE SECCIONES ANATOMICAS Y FISIOLOGICAS

SOBRE LA PROTHESIS DENTARIA.

por

Don Natali Ameller,

DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUJIA,

Y ASISTENTE DE CLINICA

DE LA UNIVERSIDAD CATALANA DE BARCELONA.



CADIZ.

IMPRESA, LITHOGRAFIA Y LIBRERIA DE LA REVISTA MEDICA,

A cargo de D. Juan B. de Haro,

PLAZA DE LA CONSTITUCION, NUMERO 11.

1851.

JOAQUIN MEDINILLA Y BELA (1839- ?) Y SU OPUSCULO "BAÑOS DE MAR DEL PUERTO DE SANTA MARIA" (1880).

Herrera Rodríguez, F.; Cabrera Afonso, J.R.; Márquez Espinós, C.
Cátedra de Historia de la Medicina. Facultad de Medicina de Cádiz.

Hay torbellinos de algas
y espumas de la bahía.

Rafael Alberti.

Tu nombre hoy, mar, es vida.

Juan Ramón Jiménez.

Entre los expedientes de alumnos de la Facultad de Medicina de Cádiz en el siglo XIX, hemos hallado el de don Joaquín Medinilla y Bela (1), autor de un texto catalogado por Orozco en su Bibliografía Médico-Científica gaditana (2), titulado Baños de mar del Puerto de Santa María (3) (ver fig. 1). Dada la escasez de trabajos impresos, referidos a la terapéutica con aguas marinas, en el pasado siglo, en nuestra provincia (4), nos parece que puede resultar de interés que comentemos las opiniones vertidas en este folleto, publicado en 1880, en el Puerto de Santa María.

Pero antes de introducirnos en esta tarea, vamos a exponer algunos datos de la biografía académica de su autor, los cuales han sido obtenidos del ya citado expediente de estudios.

Nace Medinilla en el Puerto de Santa María, el 8 de diciembre de 1839, y es bautizado al día siguiente con los nombres de Joaquín José María de la Concepción, siendo sus padres don Manuel Medinilla, médico y cirujano de profesión, y doña Joaquina Bela.

Obtiene el grado de Bachiller en Filosofía, el día 24 de junio de 1857. Ingresa en la Facultad de Medicina de Cádiz en el curso académico de 1857-58. El 28 de abril de 1862, consigue el grado de Bachiller en Medicina, al ser examinado por los profesores José Cabarrón, Antonio García Villaescusa y Manuel Ruiz de Bustamante.

Los días 10 y 11 de junio de 1863, realizó los exámenes del grado de Licenciado en Medicina y Cirugía, con el tribunal formado por José Benjumeda, Rafael Ameller y Antonio García Villaescusa, obteniendo la calificación de Sobresaliente.

Siete años después, en 1870, aprueba las asignaturas del doctorado, que eran en este tiempo "Historia de la Medicina" y "Análisis Químico". Y el 30 de junio, del mismo año, presenta una tesis manuscrita, para alcanzar el grado de doctor, titulada Influencia de las pasiones en el estado fisiológico y patológico, que resultó aprobada, concluyendo así su historial académico como alumno de la Facultad de Medicina de Cádiz. Curiosamente, el mismo día también se doctoró su hermano, Manuel Medinilla y Bela, con una tesis que llevaba por título ¿El hombre es cosmopolita? (5).

Después de este premio, pasemos ya a desarrollar los comentarios que hace Joaquín Medinilla y Bela, en su obra Baños de mar del Puerto de Santa María.

Primeramente, queremos señalar que en este escrito, Medinilla, rinde homenaje a una serie de médicos protuenses, como son don Juan Rodríguez Romano, "que prestó grandes servicios á la pátria en la junta central gobernadora cuando la invasión francesa"; don Tomás Salazar, "celebridad médica que escribió un tratado Sobre el uso de la quina"; don Duarte Núñez de Acosta; y, cómo no, don Federico Rubio, gran cirujano y "embajador que fué en Londres". Con respecto a este comentario tenemos que apuntar, que efectivamente don Federico Rubio fué enviado a Londres como embajador de la Primera República; sin embargo no llegó a ejercer su cargo por no ser reconocido el nuevo régimen español por el gobierno inglés; dedicando entonces don Federico su tiempo fundamentalmente al estudio (6). Por último, y entre otros nombres de hijos destacados de la ciudad, cita Medinilla a don Juan Aranibal y Alberro, "que en 1675 fundó el Hospital de San Sebastián para venéreos". También hace referencia al Hospital de San Juan de Dios, de la ciudad portuense, diciendo que funciona desde 1710, "primero para impedidos é incurables, y después paara toda clase de dolencias, siendo trasladado, cuando la extinción de

los fraíles al local que hoy ocupa".

El aprovechamiento del mar con fines terapéuticos no es una novedad de nuestra centuria, nada más alejado de la realidad. En la terapéutica hipocrática se daba gran importancia a los baños marinos (7); también los romanos practicaron el baño de agua de mar caliente a domicilio, e incluso Ambrosio Paré se lo recomendó a Enrique III; sin embargo, el sentido moderno de su uso quizás se deba a la publicación en Londres, en 1760, del libro del Rusell titulado On the use of sea water in the diseases of the glands, y ya desde 1867, gracias a Bonnardiere, conocemos la utilización del agua de mar en terapéutica, con el nombre de talasoterapia (palabra derivada de las raíces griegas thalássios, marino, y therapeia, curación) (8). Medinilla y Bela comenta la recomendación de los baños de mar que hacían en la antigüedad los escritores médicos más sobresalientes, y que si su uso no fué muy generalizado se debió a que las termas y los baños públicos de agua común, los suplían hasta cierto punto. No se debe olvidar que el hombre desde los tiempos primitivos, como recurso empírico o mágico-religioso, ha utilizado terapéuticamente las fuentes (9).

Debemos señalar que Medinilla cita el libro de Rusell, como la primera obra de digna de estudio sobre el tema, que se publicó en Europa; aunque también subraya que la poca difusión de este texto se debió a las rencilla políticas entre Inglaterra y Francia, las cuales se vieron subsanadas cuando firmaron la paz en 1805, y a partir de esta fecha se empezaron a generalizar los preceptos del libro, de este autor inglés, en Francia, Holanda, Alemania, Bélgica, Suecia, Italia, Portugal y España.

En cuanto a los efectos de los baños, el autor del apúsculo que estudiamos, expone una concepción muy interesante: "Los baños de agua de mar, producen sus efectos por las sales que tienen en disolución, por su temperatura, por el movimiento de las olas ó por el que se hace nadando, por la atmósfera marina saturada de sales y clima agradable". Defiende la postura de que por ser imperceptible el movimiento de las mareas en al Mar Mediterráneo, llevan nuestras

aguas una ventaja notable sobre aquéllas, situándolas incluso en las mismas condiciones que las aguas de las costas del norte de la Península. Sin embargo, las localidades balnearias marinas preferidas, según expone Nadal y Robert, en el texto que publicaron en 1884, eran las del Norte del país, porque "disfrutaban de una temperatura agradable"; señalando que por esta razón, las aguas de ciertas localidades de la provincia de Cádiz, como las del Puerto de Santa María, así como las de la provincia de Huelva, se encuentran poco concurridas por los forasteros (10).

Hay que tener en cuenta que a lo largo del Ochocientos, se puso de moda entre la burguesía española el veraneo marítimo; esta práctica novedosa fué puesta en uso por Isabel II, que tuvo predilección por las playas del Norte de España; convirtiéndose este tipo de veraneo, ya finalizar la centuria, en una bien instalada costumbre social (11). Quizás esta predilección de la realeza española por las playas del norte, fué determinante en su auge turístico, mientras que las playas de nuestra provincia eran poco visitadas. De ahí que nuestro autor dedique buena parte de su folleto a la divulgación de las bondades de esta zona de la provincia gaditana. Obviando estos comentarios que hace Medinilla, sobre las virtudes turísticas y culturales del Puerto de Santa María, sólo resaltaremos su apunte geográfico, en el que señala que esta población está situada a la derecha del río Guadalete, cerca de su desembocadura en la bahía de Cádiz, que su clima es templado, siendo sus vientos dominantes los del 3º y 4º cuadrantes, y que sus enfermedades más comunes son las estacionales.

Este folleto de Medinilla es fundamentalmente de intenciones divulgadoras, y es por ello que no quiere entrar "en pormenores médicos, enojosos por lo incomprensibles para la mayoría de los lectores"; pero sí es su propósito dar una idea de los establecimientos de baños, sus condiciones, así como una lista de enfermedades en que tienen aplicación.

Con respecto a la organización de los baños en el Puerto de Santa María, indica el autor del folleto, la existencia en esta población de tres empresas de baños en el río, y aun en el mar, en la bahía, más allá de la desembocadura del Guadalete. Considera que

la temporada de baños conviene comenzarla por San Juan y que concluya por septiembre, siendo importante tomar algunos baños dulces templados, antes de empezar los de mar; aunque los citados baños deben estar siempre rigurosamente prescritos por los médicos. También señala que los baños de mar en la "Puntilla" (playa Portuense), no deberán usarse a las horas de la bajamar por no haber oleaje, ya que "el agua no obra solo por sus sales, sino por la impresión producida, por el oleaje y por la atmósfera marina".

Nos parece muy interesante la importancia que da Medinilla a las algas y yerbas marinas como recursos terapéuticos. Según indican Nadal y Robert, las confervas, las algas, las plantas microscópicas de toda especie recogidas en las piscinas, en los depósitos y conductos de las aguas minerales, sirven para aplicaciones tópicas, aunque no pueden asignárseles otras propiedades que las de las aguas que han retenido; concretamente estos autores las indican en las luxaciones, distorsiones, reumatismos y tumores (12).

Pero pasando al capítulo de indicaciones terapéuticas del baño marino, tenemos que decir que debido al carácter divulgativo de la obra de Medinilla, sólo hace una lista con las enfermedades en que cree que están más indicados, sin justificar el por qué de la efectividad del mar en cada caso concreto de los que apunta; sin embargo, por su interés y lo llamativo de algunas de las indicaciones que reseña, vamos a transcribir la citada lista, que es la siguiente:

"En el lingatismo y escrofulismo que encuentra su modificación en la mayor permanencia ó habitación sobre la costa, y en el uso del agua del mar exterior é interiormente de una manera metódica é inteligente.

"En el raquitismo.

"En las inflamaciones crónicas de los ojos que no ceden á los medicamentos indicados.

"En ciertas convulsiones ó epilepsias de los niños, y en casi la totalidad de las de los adultos.

"En el desenvolvimientos de la pubertad é infartos de las tonsilas ó anginas crónicas.

"En las personas débiles ó con disminución de su acción orgánica.

"Las jóvenes cloróticas ó con pobreza de sangre, con ó sin faltas de sus reglas, encontrarán gran alivio en estas aguas cuando no su curación.

"Producen efectos brillantes en el flujo blanco

no sífilítico.

"En ciertos infartos crónicos en el cuerpo y cuello de la matriz, así como en las dislocaciones, hernias ó caídas de la misma.

"En las metrorragias crónicas ó flujos de sangre en las señoras.

"En los casos de esterilidad.

"En el orgasmo venéreo o ninfomanía y satiríasis, así como en la anafrodisia y espermatórrrea.

"Algunos autores aconsejan también la atmósfera marina y hasta los baños en ciertos casos de fluxiones crónicas de pecho laringe, cuando no son hereditarias.

"En determinados casos de reumatismos musculares y viscerales crónicos independientes de un vicio humoral.

"En las anginas de pecho.

"La obesidad y sudores copiosos, así como los tumores hemorroidales encuentran también su curación.

"Jaquecas y toda clase de neuralgias ó dolores.

"La hypocondría sin lesiones orgánicas.

"La impresionabilidad nerviosa y varias clases de locuras.

"En el corea ó baile de S. Vito.

"Cataplexia, contemplaciones ó éxtasis.

"En ciertos infartos viscerales sin fiebre.

"En las gastralgias ó dolor de estómago sin lesión orgánica.

"Para ciertos desórdenes del canal intestinal con constipación de vientre sirven muchos estos baños.

"Para la debilidad y neurosis de la visión.

"Para el histerismo.

"Para los tumores blancos en ciertos estados de los mismos.

"En las úlceras crónicas en general, producen excelentes resultados, así como en las contusiones y otras lesiones.

"En muchas de las enfermedades de los niños cuando pasan de los dos años; como la tardanza de la dentición, detención del crecimiento, etc.

"Y en otras muchas dolencias que sería prolijo enumerar, pero en las que no son de uso tan frecuente como en las ya enunciadas; obrando las aguas como escitantes, tónicas, resolutivas, antipútridas, etc. etc. y no usándose en ninguna enfermedad aguda".

Como acabamos de ver, acerca de las contraindicaciones de los baños marinos, el doctor Medinilla y Bela, considera que no se deben utilizar en ninguna enfermedad aguda, precisando que incluso en estas mismas enfermedades que se dicen que sanan con el agua marina, pudiera suceder alguna de ellas, por circunstancias determinadas,

se agraven considerablemente. Es por esta razón que recomienda un estrecho control médico.

Alfredo Nadal y Bartolomé Robert, en su Compendio de Hidrología Médica. Balneoterapia e Hidroterapia, obra escrita sólo cuatro años más tarde que el opúsculo que estudiamos, dedica especial atención al capítulo de indicaciones y contraindicaciones (13). Ellos recogen en este libro, a modo de esquema de indicaciones terapéuticas de los baños marinos, los resultados estadísticos de la experiencia de tres años de un afamado práctico, que en su establecimiento de Scheveningen, en el Báltico, ha tratado las siguientes enfermedades: 22% de enfermedades nerviosas; 14% de enfermedades escrofulosas con las escrofúlides; 12% de enfermedades de las vías respiratorias y catarrales; 8% de anomalías de la menstruación; 6% de clorosis, anemia, etc.; 5% de reumatismo y gota; 2% de exatemas crónicos. El resto, dicen, está constituido por diferentes enfermedades. Nos resulta llamativa la indicación de las aguas de mar, cuando "tengamos que aumentar la fibrina á expensas de la albúmina en exceso, la transformación de los glóbulos blancos en glóbulos rojos, ó sea, en los casos en que convenga una regeneración de la sangre mejorando la hemátosis y los cambios nutritivos de asimilación y desasimilación en la trama de los tejidos". En cuanto a las contraindicaciones, estos mismos autores, destacan el caso en que hay un órgano con irritación aguda, aunque sea muy circunscrita, como son el caso de la conjuntivitis o iritis aguda; también en los individuos predispuestos a "congestiones o apoplejías", en la hemoptisis, en la tisis avanzada, en la úlcera de estómago, en la hepatitis, cirrosis, etc. Consideran que a los individuos sanos y a los enfermos con bastante energía vital hay que enviarlos, durante el período estival, al Océano, cuyas aguas son frías y menos saturadas; mientras que a las personas delicadas con lesiones más rebeldes se deben enviar, durante la estación invernal, al Mediterráneo.

Haciendo referencia Medinilla a ciertas indicaciones terapéuticas con la infancia, no podemos dejar de citar un libro, cuyo autor fué Brochard, y que se titulaba Del uso de los baños de

mar en los niños (14), edición que posee un apéndice del pediatra Manuel Tolosa Latour, que como es sabido fué el fundador del primer Sanatorio Marítimo para niños, llamado de Santa Clara, y que empezó a edificarse en 1892, en Chipiona (provincia de Cádiz); también Tolosa Latour fué autor de un libro publicado en 1909, sobre los sanatorios marítimos y sanatorios de altura para niños (15).

Brohcard señala la afección escrofulosa como la enfermedad que debe colocarse en primer lugar entre las que tienen un remedio eficaz en la medicina marítima, resaltando que es la "diátesis" que más imperiosamente reclama el uso de los baños de mar en los niños (16). Manuel Tolosa Latour, resalta el tratamiento marítimo en el escrofuloso; y, con respecto al raquitismo, cita la tesis de Cartier, acerca del raquitismo y su tratamiento marino, de la que transcribe el siguiente párrafo: "En el raquitismo el estómago es quien padece, es el que se halla perturbado á causa de una alimentación defectuosa y no hace experimentar á los alimentos, las modificaciones químicas que necesitan para que el organismo las aproveche. Es positivo que el aire del mar restablece poco á poco la funcionalidad del órgano". Cartier se inclina a creer, dice Tolosa Latour, que el cloruro de sodio que se halla en la atmósfera, bien en estado de vapor, bien en finas pulverizaciones que impregna el ambiente arrastrado por el viento, produce una acción estimulante en el organismo de los raquíticos, que llegan a enderezarse mediante el tono que adquiere el sistema muscular (17).

No queremos dejar de hacer referencia a que Medinilla indica el baño de mar "en ciertas convulsiones ó epilepsia de los niños". A este particular hay que apuntar que Bouchut recomendaba el uso del agua fría al exterior, en chorros repetidos con frecuencia, es decir la hidroterapia. Según él, el efecto de esta medicación es restablecer por medio de la revulsión cutánea, la regularidad de la circulación capilar externa y detener las perturbaciones interiores de la circulación local que determinan los ataques convulsivos. Dice Bouchut que acaso es la única medicación de la epilepsia, pero que vale más emplearla como auxiliar de las medicaciones internas (18).

También comenta Medinilla y Bela, la diferencia de los baños en el río, que al pasar por esta ciudad está muy cerca de su desembocadura, de los de la "Puntilla", o del mar; explicando que se han reconocido aguas de uno y otro punto a media marea, que posteriormente se han puesto a evaporar, y sólo se ha notado, la diferencia de un 20% de menor cantidad de sales en las del río, diferencia que únicamente en casos excepcionales podrá ser de importancia, pudiéndose obviar este inconveniente tomando algunos baños más.

Observamos, que, en contraste con estos textos del último cuarto del siglo pasado, Medinilla y Bela, en su trabajo de divulgación recoge, generalmente, las indicaciones terapéuticas más usuales en su época, y muestra una gran fe en este proceder terapéutico. Esta fe quizás esté motivada porque en el siglo XIX es manifiesta la crisis de la terapéutica tradicional, ya puesta en entredicho por las farmacopeas ilustradas. La patología romántica y las corrientes médicas no oficiales que aparecen en Europa desde finales del XVIII, contribuyen al auge de los remedios que ofrece la naturaleza, inscribiéndose en este contexto los baños de mar (19).

No queremos terminar estos comentarios, sin señalar el interés de los baños de mar en la terapéutica de nuestros días, siendo considerada la talasoterapia como una terapia mixta. A la acción del mar se debe añadir la helioterapia, la climatoterapia, la aeroterapia, la acción de la arena, e incluso las posibilidades de ingerir agua de mar como un agente minero-medicinal (20). Muchos de estos factores, como se ha podido ver a lo largo de esta exposición, fueron apuntados ya en el pasado (21), y es por ello que este interés actual de la terapéutica con baños marinos, hay que comprenderla desde la historia que tiene detrás, con sus indicaciones acertadas y desacertadas, muchas veces amparadas en actos empíricos. A este pasado es al que nos hemos querido asomar, aunque haya sido de forma tan breve, a través de estas líneas, y al amparo de este pequeño texto impreso en Puerto de Santa María, que fué calificado por Leopoldo Martínez Reguera (22), como "una guía amena é instructiva para los que necesiten los baños de mar de aquella bahía...".

NOTAS BIBLIOGRAFICAS.

(1) Expediente de don Joaquín Medinilla y Bela. Legajo XLVII, expediente 12. Archivo Facultad de Medicina de Cádiz.

(2) OROZCO ACUAVIVA, Antonio: Bibliografía médico-científica gaditana. Ensayo bio-bibliográfico médico, científico y técnico de Cádiz y su provincia. Cádiz, 1981. p. 85 (nº catálogo: 224).

(3) MEDINILLA Y BELA, Joaquín: Baños de mar del Puerto de Santa María. Puerto de Santa María, 1880 29pp.

(4) Cf. OROZCO ACUAVIVA, Antonio: Op. cit., p. 51 (nº catálogo: 67) y p. 116 (nº catálogo: 363).

(5) Cf. HERRERA RODRIGUEZ, Francisco: Grados de doctor y tesis doctorales en la Facultad de Medicina de Cádiz en el siglo XIX. Tesis de Licenciatura. Facultad de Medicina de Cádiz, 1984, p. 90.

(6) HERNANDEZ SANDOICA, Elena: "Reforma social e iniciativa privada en un médico español del XIX: Federico Rubio y Galí y su concepción de la sociedad". Asclepio. XXXVI (1984), p. 331.

(7) GUERRA, Francisco: Historia de la Medicina. T. 1. Ed. Norma, S.A. Madrid, 1982, p. 143.

(8) BELLOCH ZIMMERMANN, V. et al: Manual de Terapéutica física y Radiológica. Ed. Saber. Valencia, 1972, p. 361.

(9) ZARACOZA, Juan R.: "Técnicas fisioterápicas". En Laín Entralgo, P. (dir.): Historia Universal de la Medicina. Salvat editores, Barcelona 1975, T. VII, p. 254.

(10) NADAL, Alfredo y ROBERT, Bartolomé: Compendio de Hidrología Médica. Balneoterapia e Hidroterapia. Montaner y Simón, editores. Barcelona, 1884, p. 359.

(11) GRANJEL, Mercedes: Pedro Felipe Monlau y la higiene española del siglo XIX. Salamanca, 1983, p. 147.

(12) NADAL, A. y ROBERT, B.: Op. cit., p. 455.

(13) IBIDEM, pp. 354-56.

(14) BROCHARD: Del uso de los baños de mar en los niños. Segunda edición española anotada y seguida de un Apéndice del Dr. Manuel Tolosa Latour. Madrid, 1893. Cf. en este apéndice de Tolosa Latour, datos muy interesantes sobre el Sanatorio de Santa Clara en Chipiona, así como tres grabados del citado Sanatorio.

(15) GRANJEL, Luis S.: Historia de la Pediatría española. Salamanca,

1965, pp. 67-68.

(16) BROCHARD: Op. cit., p. 139.

(17) TOLOSA LATOUR, Manuel: Apéndice. En BROCHARD: Del uso de los baños de mar en los niños. Madrid, 1893, pp. 251 y 255-56.

(18) BOUCHUT, E.: Tratado práctico de las enfermedades de los recién nacidos de los niños de pecho y de la segunda infancia. Traducido por el Dr. J.C. Hidalgo. Ajustado a la última edición francesa, corregido y aumentado por el Dr. Luis Marco. 3ª edición. Librería editorial de D. Carlos Bailly-Bailliere. Madrid, 1889, p. 174.

(19) GRANJEL, Mercedes: Op. cit., pp. 149-150.

(20) BELLOCH ZIMMERMANN, V. et al: Op. cit., p. 361.

(21) En relación con la atmósfera marina, Pedro María González, en su Tratado de las enfermedades de la gente de mar, en que se exponen sus causas y los modos de precaverlas, impreso en Madrid, en 1805, hizo unos comentarios interesantes: "La atmósfera marina es pues más saludable que la de la tierra; los navegantes experimentan constantemente cierto grado de vigor, que casi desconocen en tierra; á pesar de que no hacen tanto ejercicio como en aquella, su apetito es mas vivo y dispuesto..." (p. 41). "Si la salud se sostiene con robustez en la mar por la pureza del ayre; si la abundancia de partículas sépticas y gases diferentes que fluctúan en él se corrigen por los medios indicados en términos de resultar una atmósfera sana é incapaz de alterar la salud, no sucede lo mismo con las qualidades accidentales de que es susceptible el ayre, y con especialidad en la mar: las variaciones repentinas del frío, calor, humedad y sequedad son mas freqüentes en las navegaciones que en tierra y sus efectos sobre el cuerpo humano, respectivos á su intensidad y violencia..." (p. 42). Cf. el estudio realizado sobre esta obra de González, pero OROZCO ACUAVIVA, Antonio: "Pedro María González y el tratado de las enfermedades de la gente del mar". Actas del XXVII Congreso Internacional de Historia de la Medicina. Barcelona, 1981, pp. 394-400.

(22) MARTINEZ REGUERA, Leopoldo: Bibliografía hidrológico-médica española. Madrid, 1892. Parte 1ª, p. 688.

FIGURA 1

515.832

MED

1027

R. 88.07

BAÑOS DE MAR

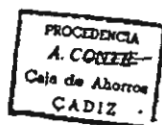
DEL

PUERTO DE SANTA MARÍA,

POR

D. Joaquín Alcedinilla y Orta

Doctor en medicina y cirugía, etc.



PUERTO DE SANTA MARÍA.

CAMU, impresor de C. de S. M. EL REY, Larga, 121.

1980.

PASCUAL MONTAÑÓN Y CABEZA (1829- ?) Y SU TESIS DOCTORAL SOBRE LAS ESCROFULAS.

Herrera Rodríguez, F.; Cabrera Afonso, J.R.; Márquez Espinós, C.
Cátedra de Historia de la Medicina. Facultad de Medicina de Cádiz.

Dentro del contexto de las investigaciones que estamos llevando a cabo en la Cátedra de Historia de la Medicina de Cádiz, sobre las tesis doctorales que generaron los alumnos de esta Facultad en el pasado siglo (1), nos parece de interés que nos acerquemos a comentar la tesis doctoral de Pascual Montañón y Cabeza, que primero fué alumno de la Facultad gaditana y, posteriormente, profesor de la misma; como asimismo autor de diversas obras impresas, de las que más adelante en este trabajo damos noticia.

Pero antes de introducirnos de lleno en las opiniones que este autor vierte en su tesis doctoral, titulada Señalar las principales causas que hacen tan frecuentes las escrofulas en las grandes poblaciones y exponer su profilaxis, impresa en Madrid, en el año 1861 (2) (véase figs. 1 y 2), vamos a proceder a situar biográficamente a esta personalidad de la medicina de la segunda mitad del siglo XIX.

Es necesario indicar que la figura del profesor Montañón es poco conocida, ya que no se le hace mención en las bio-bibliografías usuales (3). Sólomente hemos encontrado datos biográficos en dos trabajos de Orozco (4) y en la biografía realizada por Cabrera-Afonso (5), así como en sus expedientes de estudios en la Facultad de Medicina de Cádiz (6) y en la Universidad Central (Madrid) (7); también se ha obtenido información del Libro de los méritos y Servicios (8).

Don Pascual, Tomás, José María del Carmen, Rafael de los Santos, Francisco de Paula, Ramón, Lutgardo, de Montañón y Cabeza de Mier, así consta en su partida de bautismo (9), nació en Cádiz el martes 16 de junio de 1829, hijo de los también gaditanos José Antonio de Montañón y María del Rosario Cabeza, siendo bautizado al día siguiente en la típica parroquia de San Lorenzo.

No nos consta donde realizó sus estudios primarios, pero sí que se graduó de Bachiller en Filosofía el 14 de julio de 1846.

El 21 de septiembre del mismo año, Pascual Hontañón, solicita, tutelado por su padre, la matrícula de primer año en la Facultad de Medicina de Cádiz; en este curso de 1846-47 tuvo como profesor a don José Benjumeda y Genis, don José Gardoqui y don Vicente Domínguez y Daza. Desde este año hasta el final de sus estudios en el curso académico de 1852-53, Hontañón traza un excelente expediente de estudios, que podemos sintetizar en los hechos de que obtuvo el 2º premio por oposición de Anatomía Práctica de primer curso; en segundo y tercer año, el Premio Ordinario por oposición; y tras realizar los ejercicios pertinentes, también obtiene los Premios Extraordinarios de Quinto y Séptimo curso. Otro dato destacable en su biografía estudiantil es que fué alumno interno pensionado de la Facultad, desde el 11 de julio de 1848 hasta que terminó sus estudios.

El 26 de septiembre de 1853, solicita presentarse al grado de Licenciado en Medicina y Cirugía, efectuando ese mismo día su "examen de tentativa" ante el tribunal compuesto por los profesores Azopardo, Iquino y Ceballos, que le aprueban por unanimidad. En los dos días siguientes rinde el "... segundo y tercer acto de reválida en medicina y cirugía (...). Cuyos actos le fueron aprobados por unanimidad, habiendo practicado después del tercer Acto la operación de la ligadura de la Arteria Radial en el tercio inferior del antebrazo, que le tocó en suerte" (10). Por todo ello, se le expide el título de Licenciado en Medicina y Cirugía, a los 24 años de edad, el 28 de septiembre de 1853.

Durante el curso 1853-54, cursa en la Universidad Central (Madrid) las asignaturas del doctorado, las cuales componían el 8º curso, y que eran según el artículo 98 del Real Decreto de 10 de septiembre de 1852, vigente en aquellos momentos, "Historia Crítica de la Medicina y Nociones de Bibliografía"; "Higiene Pública aplicada a la Ciencia del Gobierno"; "Análisis Química Aplicada a la Medicina y a la formación" (11). Sin embargo, Hontañón, no se examina de este 8º curso, durante el curso de 1853-54, lo hará el 17 de mayo de 1861,

en que obtiene la calificación de "Notablemente aprovechado". Unos días más tarde, concretamente el 11 de junio de 1861, y a la edad de 32 años, presenta en la Universidad Central, ante un tribunal presidido por don Pedro Mata, su tesis doctoral sobre las ecrófulas, que es el motivo de nuestro acercamiento hoy a su figura, obteniendo la calificación de Sobresaliente. El 22 de junio del mismo año recibió la investidura del grado de doctor (12).

Pascual Montañón fué médico de distintas villas y lugares de la Península Ibérica, teniendo una destacada actuación durante la epidemia de cólera morbo que la asoló durante los años 1855 y 56, siendo felicitado por ello.

En julio de 1860 se le nombró por Real Orden, profesor clínico de la Facultad de Medicina de Cádiz. Colaboró con el colegio de San Felipe Neri de esta capital, explicando Física aplicada a las Artes e Historia Natural, al parecer desde 1863.

En mayo de 1866 obtiene por oposición la plaza de catedrático supernumerario de esta Facultad, adscribiéndosele las asignaturas de Higiene tanto privada como pública, de Terapéutica, Materia Médica y Arte de Recetar, y de Medicina Legal. Posteriormente hubo de sustituir en distintas ocasiones las clases de Anatomía, Patología Quirúrgica e Hidrología.

En 1866 publica en Cádiz su Ensayo práctico sobre las enfermedades venéreas y sifilíticas (13). Y desde 1867 es catedrático numerario de Terapéutica y Farmacología e Hidrología Médica. En 1871 se le nombró catedrático numerario de la asignatura de Anatomía Descriptiva y General (2º curso).

El 19 de marzo de 1874, el señor decano le agradece que haya regalado a la Biblioteca de la Facultad un ejemplar de sus Lecciones de Anatomía General (14). Asimismo tenemos que destacar otro texto suyo, impreso en Cádiz en 1878, fruto también de su labor como anatomista y clínico; obra de la que no teníamos noticia, titulada Estudio anatómico, fisiológico y clínico sobre la porción periférica del nervio gran simpático (15).

Y por último decir que desconocemos la fecha y lugar de su fallecimiento.

Una vez situado a don Pascual de Hontañón en su contexto biográfico, pasemos a estudiar sus opiniones sobre las causas que hacen tan frecuentes las escrófulas en las grandes poblaciones y los modos de precaverlas, que como ya hemos dicho es un texto publicado en Madrid, con motivo de su doctoramiento, en el año 1861.

Comienza Hontañón indicando su desconsuelo por la degeneración física, intelectual y moral de la especie humana; considerando que este hecho se descompone en muchos factores parciales, entre los que cita el abuso de los alcohólicos y opiados, la administración imprudente de ciertos medicamentos, la viciosa alimentación y condimentación de las mesas italiana, francesa e inglesa, "lo escesos en la Vénus", las convulsiones políticas, la gimnasia intelectual, que según él, ha reemplazado a la física, exagerando la prepotencia del cerebro con gran menoscabo de la nutrición. Señala Hontañón en este dibujo que realiza de la degeneración del hombre, los adelantos fabriles e industriales, que crean atmósferas irrespirables, haciendo resaltar que estos adelantos de la industria han aproximado y reunido "operarios de ambos sexos en el interior de un mismo edificio con innegable daño de la moral y de la salud individual y colectiva". También se detiene a comentar, el rápido aumento de la población creando capitales monstruosas, construidas de espalda a los preceptos de la Higiene pública, donde las gentes viven hacinadas y en la miseria, engendrándose entonces una generación débil y enferma, en la que, "el alcoholismo crónico, la enagenación mental, la clórosis, la anemia, el reumatismo, el cretinismo, la gastritis crónica de Suecia, el cáncer, la sífilis, la raquitis y las escrófulas, han impreso su repugnante huella...".

Estas palabras de Pascual Hontañón, están en consonancia con las opiniones de Pedro Felipe Monlau. Este higienista considera que la población de los países manufactureros es menos vigorosa que la de los países agrícolas, y que "el vicio escrofuloso es otro azote patológico que se ceba en las fábricas, y particularmente entre los tejedores y sus familias (...). La población de tales manufacturas suele ser endeble, raquítica: criada á la sombra y encorvada sobre el telar..." (16).

Montañón, citando a M. Jolly, dice que casi todos los autores antiguos, hacen consistir la enfermedad escrofulosa en una alteración de los humores debida "á la presencia de un vicio, de una levadura, de un germen y de un virus particular á que se han dado diversos nombres", así resalta que Hipócrates y Galeno la atribuyeron á una pituita espesada, "fijada en los gánglios linfáticos", opinión ésta que, con pocos cambios, ha sido seguida por muchos autores, entre los que cita a Paré, Duret, Sanctorio, Mead, Bordeu, Peyrihe, etc. Prosigue el profesor gaditano desgranando el rosario de causas que se le han atribuido a las escrófulas, citando a Etmuller que creía era debida a un ácido, y a Baumes que creyó que era el fosfórico. Cita a Renard, que pensaba que esta enfermedad era debida a un vicio específico de la linfa, y a otros, como Dehaen, que afirmaron que se debía a un efecto de la transformación de las viruelas. Soemmering vió en esta enfermedad una especie de debilidad radical de los vasos y de los ganglios linfáticos, y desde que Bichat y Pinel, entre otros, apoyaron este teoría "se la respeta generalmente"; sin embargo Lepelletier la modifica refiriéndose á una alteración notable de la nutrición. Este es el cuadro que realiza Montañón, sobre las diversas teorías que se han trazado sobre la etiología de las escrófulas. Señalando finalmente que para su juicio ha sido Lepelletier quien más se ha aproximado a la esencia de la afección escrofulosa.

Los médicos han considerado la escrófula por mucho tiempo, bajo la inspiración de las opiniones de Hipócrates y Galeno, como una enfermedad humoral causada por una pituita abundante, espesa, fija en las "glándulas", y, posteriormente, como indica Bouchut, cuando se descubrieron los linfáticos, se hizo representar un papel destacado a estos vasos y a la linfa que contienen en la producción de esta enfermedad (17). Como es sabido Olof Rudbeck fué el primero en hallar, en 1651, los vasos linfáticos, y Th. Bartholin, un año más tarde, el primero en publicar la noticia de haberlos hallado y en bautizarlos con el nombre que llevan. Rudbeck los vió en el intestino y siguió su distribución en los ganglios y su conexión terminal con el conducto torácico y el sistema venoso (18).

Para Federico Godoy y Mercader, gaditano que también

se doctoró en Madrid, en el 1863, con el mismo tema que Hontañón, recibiendo la calificación de Sobresaliente (19), la causa primitiva de las escrófulas que juzga con más fundamento es la del Dr. Lebert, el cual está a favor de la hipótesis que hace consistir la causa próxima del padecimiento en una alteración particular de la sangre (20).

Antes de introducirnos en la descripción clínica de la enfermedad, diremos que la palabra "escrófula" viene de la latina scrophulae, formada de la griega scrophia o truye. Al parecer, los griegos la llamaban con una palabra que significa cerdo, porque estos animales sufren con frecuencia tumores muy semejantes en el cuello; entre nosotros se le ha conocido con la voz castellana "lamparones" (21).

Hontañón comienza su descripción clínica, resaltando en primer lugar un estado prodrómico, de debilidad y languidez general, al que sucede la aparición de infartos parciales de los ganglios del cuello, que están duros, ovalados, aislados y sin alteración de la piel, ni otros síntomas generales. Lentamente se van reuniendo todos o parte de estos ganglios. La piel que los cubre de calor, la fluctuación se hace perceptible, el "tumor" se abre y da salida a un pus claro, "quedando una úlcera característica cuya cicatriz sella de un modo indeleble y para siempre al excrofuloso". También indica Hontañón que estas alteraciones se presentan en los ganglios inguinales, axilares, poplíteos, y finalmente aun en los contenidos en las cavidades torácica y abdominal, observándose tales síntomas en los ganglios bronquiales y en los mesentéricos. A este respecto se ha escrito que si el "vicio escrofuloso" ataca a las glándulas del pulmón, puede producir la "tisis tuberculosa", y si pasa a las "glándulas mesenterias" puede producir la atrofia mesentérica (22).

Señala Hontañón que, en la superficie de las demás partes del cuerpo aparecen ulceraciones que empiezan por tubérculos sucutáneos, ocasionando una supuración análoga a la de los ganglios reblandecidos, "en medio de la cual se percibe una materia tuberculosa". También dice que otro tanto ocurre en órganos internos y esenciales a la

vida, como en los pulmones; viéndose además en los huesos, periostitis, "cáries", y alteraciones profundas del mismo tejido, que se observan más especialmente en los huesos en que predomina la sustancia esponjosa y reticular, "lo que, al paso que distinguè á estas lesiones de las de carácter sifilítico que se ostentan preferentemente en la sustancia compacta de estos órganos pasivos del movimientos, las aproxima en estremo á las producidas por la raquitis, cuyo modo de ser es análogo". En relación con la "raquitis", diremos que Trousseau lamenta el que se haya dicho por médicos muy recomendables, que la constitución escrofulosa representa un papel primordial en la producción de la miasma, y que se haya pretendido, confundiendo ambas enfermedades, que entre la escrófula y la "raquitis" no había sino diferencias de forma, y que en último término no era la última otra cosa que expresión de la primera (23).

En cuanto a los huesos que se pueden ver afectados a lo largo de la enfermedad, para Bouchut suelen ser con preferencia los huesos largos, y muy a menudo las falanges; comentando como una niña que está a su cargo en el hospital no tiene menos de diez osteitis en los diferentes huesos de sus manos (24).

Finalmente, Pascual Hontañón, termina su esbozo clínico, diciendo que el aspecto térreo de la piel, el catarro bronquial, la tisis, las diarreas crónicas, las "fiebres hécticas" y el marasmo consiguiente a las supuraciones prolongadas completan el cuadro poniendo fin a la vida del paciente. Más adelante nuestro autor habla de cómo se asemeja la escrófula a la sífilis constitucional en la naturaleza de los tejidos que invade, especialmente el linfático y el óseo, e insiste en que "el escrófulo hállase interesado el aparato absorbente, tan importante en todos los seres creados, tan perfecto en la especie humana (...) todo nos dice que esta enfermedad da por resultado una lesión de la nutrición".

Después del estudio del cuadro clínico de la escrofulosis y de destacar la función fundamental que juega "el aparato absorbente", Hontañón pasa al análisis de las causas productoras de las escrófulas. Así nos encontramos que expone una extensa lista de causas, que prácti-

camente todas eran aceptadas por los autores de la época; cita entre otras las siguientes: La falta de luz solar, la humedad excesiva, una alteración del aire, el hacinamiento de muchas personas en locales estrechos y mal ventilados, los alimentos insuficientes y de mala calidad, "el abuso de la Vénus", las profesiones que abligan a vivir en talleres o minas, la niñez, el sexo femenino, "el temperamento linfático", la vida sedentaria, "una degeneración de la sífilis y la herencia", etc. En definitiva, dice el propio Montañón, un largo catálogo de causas "que los patologistas acostumbran colocar á la cabeza de la descripción de todas las enfermedades crónicas, en que la nutrición está alterada y el líquido sanguíneo empobrecido...".

Godoy y Mercader cita como una de las causas más evidentes la edad, pues se desarrolla sobre todo en la infancia, y principalmente desde los dos a los diez años, padeciéndola con mayor frecuencia el sexo femenino (25). Bouchut cita entre otras como causa, el uso de los farináceos por falta de carne y el abuso de la leche (26).

Precisa Montañón que, todos los escritores están manifestamente conformes en conceder a todas esas causas una acción relativa que secundada por las demás, serían favorecidas por la predisposición individual.

Montañón, pasa después a pintar un paisaje tenebroso de la vida urbana, en el que "la vida sedentaria, la voluptuosidad, el ejercicio en carruaje, el concurrir á los cafés y á los teatros, la ambición, la envidia, los celos, las novelas no pueden hacer buen quilo, ni dar lugar á una nutrición conveniente". Finalmente resalta la pobreza que "llorando su miseria ó dilapidando en orjías de todo género su pequeño salario, perece trabajando en esos talleres, en esos grandes monumentos de la industria moderna que son á su vez por la reunión de sexos otros tantos centros de corrupción". En definitiva, según Pascual Montañón, existe un claro contraste con el hombre de la aldea que respira aire puro y toma alimentos sanos y sencillamente condimentados.

En consecuencia, para nuestro autor, todas estas causas que se han venido citando obran de manera directa o indirecta, debili-

tando, pervirtiendo u oponiéndose a la nutrición.

Y así llegamos al último punto que se trata en esta tesis doctoral, cual es la profilaxis de las escrófulas. Parece claro que después de la insistencia en una serie de causas, que la medicina preventiva que va a exponer este médico gaditano, esté dirigida a atajarlas. La primera cuestión que trata es la de conjurar la influencia hereditaria, bastando para ello, según nuestro autor, que el gobierno intervenga, auxiliado por la medicina, en los matrimonios; prohibiendo las uniones entre epilépticos, sifilíticos y escrofulosos, "uniones absurdas que conducen próximamente á la perpetuidad de ciertos tipos morbosos...".

Otras medidas deben ir encaminadas a la sabia construcción de ciudades nuevas y a la reforma de las antiguas; fraccionándose las grandes ciudades en pequeños cuarteles y separándose estos entre sí por grandes plazas. Las calles tendrán que ser anchas, rectas, y las casas de una sola planta, evitando que formen línea con los conventos, hospitales, hospicios, cárceles, fábricas, cuarteles, etc. Pedro Felipe Monlau comenta, en la misma línea que Montañón, y citando a J.J. Rousseau, que los hombres no están organizados para vivir en hormigueros, y que tal vez fuera preciso limitar a 20.000 el número de individuos que se reunan en una población. De la misma manera este higienista señala la conveniencia de hacer barricadas que, sin dejar de constituir una sola ciudad en el orden político, mercantil o jurisdiccional, proporcionasen a su habitantes un lugar salubre, en el que pudieran respirar aire puro y vivir con holgura, lejos del hacinamiento (27).

También considera conveniente don Pascual Montañón y Cabeza, remediar la carestía en los artículos de consumo y de primera necesidad; fomentar las ciencias y las artes, el comercio, la industria y la agricultura; y, fundamentalmente, educar física, moral e intelectualmente al niño. Así, piensa Montañón, con estas medidas profilácticas se comenzará a despejar el camino hacia la salud y se vencerá a la miseria en las grandes poblaciones.

Como dice el profesor Guerra, el interés que fomentó

la sociedad ilustrada por la salud del niño se vió anulado por las consecuencias sociales de la Revolución Industrial, que fomentó el hacinamiento, la falta de higiene y la malnutrición (28): factores estos que has sido recogidos por Pascual Hontañón a lo largo de su estudio.

En este trabajo que estudiamos, y siguiendo las líneas directrices que le marca el título, no entra el profesor gaditano apenas en la exposición del tratamiento de las escrófulas, mencionando muy de pasada "los tónicos, reconstituyentes, amargos, iodurados, y ferruginosos...". Otro aspecto del que Hontañón no da su opinión es sobre el uso de los baños de mar como indicación terapéutica de las escrófulas, medio muy mencionado por diversos autores de la segunda mitad del siglo XIX, entre los que podemos nombrar a Joaquín Medinilla y Bela, médico portuense que realizó un opúsculo sobre los baños de mar del Puerto de Santa María (29), y que ha sido objeto de estudio aparte. También Brochard destaca la afección escrofulosa como la enfermedad que debe colocarse en primer lugar entre las que es efectiva la medicación marítima (30). Hubiera sido interesante conocer la opinión al respecto de Hontañón, ya que como hemos visto llegó a ocupar con posterioridad la cátedra de Hidrología Médica.

Para no dilatarnos más en nuestros comentarios, subrayar la existencia de autores que defendieron que la "diátesis tuberculosa" y la escrófula, son una sola y misma "diátesis" (31).

Refiriéndose a las escrófulas, Cruz Hernández, en 1966, señaló que desde el punto de vista médico es un tipo especial de tuberculosis que aparece en niños con "diátesis exudativo-lifática" y con una hipersensibilidad a la tuberculina, y que no deben confundirse con los linfomas cervicales tuberculosos (32). Sirva esta cita más actual como contraste de la evolución que ha tenido el entendimiento de esta enfermedad, ya poco frecuente en la actualidad en nuestro país.

Y hemos llegado al final de este breve comentario de la tesis doctoral de Pascual Hontañón y Cabeza, esperando que estas líneas sirvan para la divulgación de su figura, ya que pensamos que

merece la pena que su obra impresa sea más conocida, ya que que se arriesga apoyando y defendiendo sus opiniones, que equivocadas o no, aunque a veces nos pueden resultar un poco exageradas, en concreto por su especial inquina hacia las novelas, cafés, teatros, y su repudio de la convivencia entre hombre y mujeres en las fábricas; resultan de gran valor por estar inmersas, intentando dar luz, en las polémicas médicas de su tiempo. Y si estamos convencidos de algo, es que del contraste de opiniones acaba surgiendo el avance de nuestra Ciencia.

NOTAS BIBLIOGRAFICAS.

(1) HERRERA RODRIGUEZ, Francisco: Grados de doctor y tesis doctorales en la Facultad de Medicina de Cádiz en el siglo XIX. Tesis de licenciatura, Facultad de Medicina de Cádiz, 1984. Ejemplar mecanografiado; HERRERA RODRIGUEZ, Francisco y CABRERA AFONSO, Juan Rafael: Las Tesis doctoral sifilográfica del Rodolfo del Castillo y Quartiellers (1845-1917). En prensa.

(2) HONTAÑÓN Y CABEZA, Pascual: Señalar las principales causas que hacen tan frecuentes las escrófulas en las grandes poblaciones y exponer su profilaxis. Discurso leído en la Universidad Central en el acto de recibir la investidura de Doctor en Medicina y Cirugía. Madrid, 1861, 27pp.

(3) Se ha consultado principalmente las siguientes: GRANJEL, L.S.: Estudio histórico de la Medicina. Salamanca, 1961; GRANJEL, L.S. y SANTANDER RODRIGUEZ, M^a.T.: Índice de Médicos españoles. Acta Salmanticensis, Medicina, 23 y 25. Salamanca, 1965-1966; LOPEZ PIÑERO, J.M^a et al: Diccionario Histórico de la Ciencia Moderna en España. 2 vols. Barcelona, Ed. Península, 1983.

(4) OROZCO ACUAVIVA, Antonio: Apuntes para la historia de la Anatomía gaditana del siglo XIX. "Asclepio", XXX-XXXI (1978-1979), pp. 108-109; IDEM: Bibliografía Médico-Científica gaditana. Cádiz, Casino Gaditano, 1981, p. 218.

(5) CABRERA AFONSO, Juan Rafael: La obra venerológica del profesor Pascual de Hontañón. "Anales de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Cádiz, XXII (1985), 1. pp. 75-85.

(6) Expediente de don Pascual de Hontañón y Cabeza. Legajo LXVI-B. Expediente 1. Archivo Facultad de Medicina de Cádiz.

(7) Expediente para el doctorado en la Universidad Central de don Pascual Hontañón y Cabeza. Legajo 1.483-nº 16 (Sección Universidades). Ar-

chivo Histórico Nacional.

(8) "Libro de los méritos y servicios de los Sres. Catedráticos de la Facultad de Ciencias Médicas de Cádiz. Principia desde su instalación, y consta de noventa y nueve folios". (Méritos y Servicios de los Señ. Catedráticos 51, 1810-1871). Archivo Facultad de Medicina de Cádiz. ff. 70-72.

(9) CABRERA AFONSO, Juan Rafael: Op. cit., p. 77.

(10) IBIDEM, p. 70.

(11) Real Decreto 10 de septiembre de 1852, mandando que se observe y cumpla el adjunto reglamento de estudios. "Colección Legislativa Española". Imprenta Nacional. Madrid, 1853. Tomo LVII. Título V; art. 98.

(12) Estos datos sobre sus estudios del doctorado, han sido obtenidos de su expediente de estudios en Madrid. Legajo 1.483-Nº 16 (Sección Universidades). Archivo Histórico Nacional.

(13) HONTAÑÓN, Pascual T.: Ensayo práctico sobre las enfermedades venéreas y sífilíticas. Cádiz, Revista Médica, 1866. 2 vols. T. I: XV + 350 + IV pp; t. II: 2h. 351-831 pp. + IV pp.

(14) HONTAÑÓN, Pascual de: Lecciones de Anatomía General dadas en la Facultad de Cádiz, por el Dr. _____, catedrático de dicha asignatura. (Cf. OROZCO ACUAVIVA, A.: Bibliografía Médico-Científica gaditana, p.74)

(15) HONTAÑÓN Y CABEZA, Pascual: Estudio anatómico, fisiológico y clínico sobre la porción periférica del nervio gran simpático, por _____, catedrático del segundo curso de Anatomía descriptiva y general. Cádiz, Establecimiento tipográfico de Jose María Gálvez, 1878. 55pp.

(16) MONLAU, P.F.: Elementos de Higiene pública ó arte de conservar la salud de los pueblos. T. II. 2ª edición, Madrid, 1862. p. 681.

(17) BOUCHUT, E.: Tratado práctico de las enfermedades de los recién nacidos de los niños de pecho y de la segunda infancia, por _____, traducido por el Dr. J.G. Hidalgo, individuo de número de la Real Academia de Ciencias de Madrid, etc. Ajustado á la última edición francesa, corregido y aumentado por el Dr. Luis Marco. 3ª edición completamente refundida. Madrid 1889. p. 1.133.

(18) LAIN ENTRALGO, Pedro: Historia de la Medicina Moderna y Contemporánea. Barcelona, 1963, p. 160.

(19) Expediente para el doctorado en la Universidad Central, de Federico Godoy y Mercader. Legajo 1.447-Nº 37 (Sección Universidades). Archivo Histórico Nacional.

(20) GODOY Y MERCADER, Federico: Señalar las principales causas que hacen tan frecuentes las escrófulas en las grandes poblaciones, y esponer

su profilaxis. Discurso leído en la Unviersidad Central en el acto solemne de recibir la investidura de Doctor en Medicina y Cirugía. Madrid, 1863. p. 11.

(21) D. A.B.: Diccionario de Medicina y Cirugía ó Biblioteca Manual Médico-Quirúrgica, por _____. Tomo Tercero. Madrid, Imprenta de Repullés, 1817, p. 501. Sobre la etimología de la palabra escrófula, Cf. también COROMINAS, Joan y PASCUAL, José A.: Diccionario crítico etimológico castellano e hispánico. T. II. Ed. Gredos. Madrid, 1980. p. 712.

(22) D. A.B.: Diccionario de Medicina y Cirugía ó Biblioteca Manual Médico-Quirúrgica. p. 502.

(23) TROUSSEAU, A.: Clínica médica del Hotel-Dieu de París. Vertida al castellano por D. Eduardo Sánchez y Rubio. Madrid, 1861, p. 913.

(24) BOUCHUT, E. Op. cit., p. 1.128.

(25) GODOY Y MERCADER, F.: Op. cit., p. 9.

(26) BOUCHUT, E.: Op. cit., p. 1.124.

(27) MONLAU, P.F.: Op. cit., T. I., p. 87.

(28) GUERRA, F.: Historia de la Medicina. T. II. Madrid, 1985. p. 579.

(29) MEDINILLA Y BELA, J.: Baños de mar en el Puerto de Santa María. Puerto de Santa María, 1880. Este autor dice que el escrofulismo "encuentra su modificación en la mayor permanencia ó habitación sobre la costa, y en el uso del agua del mar exterior é interiormente de una manera metódica é inteligente". (p. 24).

(30) BORCHARD: Del uso de los baños de mar en los niños. Segunda edición española anotada y seguida de un Apéndice del Dr. Manuel Tolosa Latour. Madrid, 1893. p. 139.

(31) BOUCHUT, E.: Op. cit., p. 1.140.

(32) CRUZ HERNANDEZ, M.: Lecciones de Padiatría y Puericultura. T. III. Barcelona, 1966, p. 259.

FIGURA 1

DISCURSO

LEIDO

EN LA UNIVERSIDAD CENTRAL

POO

EL LICENCIADO EN MEDICINA Y CIRUJIA

D. PASCUAL HONTAÑÓN Y CABEZA,

en el acto

DE RECIBIR LA INVESTIDURA DE DOCTOR

EN DICHA FACULTAD.

MADRID

IMPRESA DE JOSÉ M. DUCAZCAL

Plaza de Isabel II, 6.

1881.

veritus, por temor de perjudicar; si, en fin, los Juan Pedro Franck, los Borsieri, los Hufeland, declaran ingenuamente que les asustan ciertas cuestiones, ¿qué diré yo, pigmeo en la ciencia, al presentarme en tan solemne acto á dilucidar una tan importante como oscura, ante un Claustro tan sábio y un auditorio tan ilustrado?

Son varias, empero, las razones que me animan en medio de mi justa timidez; la cortés benevolencia de mis oyentes, la utilidad práctica del tema que voy á discutir y la buena intencion y sincero deseo de resolverle de modo que la humanidad pueda reportar alguna ventaja.

Por eso coloco como texto de este trabajo, las mismas palabras con que Hufeland termina su precioso tratado de las escrúfulas, *nisi utile est quod agimus, vana est gloria nostra*; por eso tambien someto á vuestra benévola atencion la consideracion de la siguiente tesis, cuya importancia se mide por solo su enunciaci6n.

SEÑALAR LAS PRINCIPALES CAUSAS QUE HACEN TAN FRECUENTES LAS ESCRÚFULAS EN LAS GRANDES POBLACIONES Y EXPONER SU PROFILAXIS.

La degeneracion física, intelectual y moral de la especie humana, es un hecho tan cierto como desconsolador: hecho que ha llamado la atencion de los gobiernos y de los médicos ilustres, y que ha sugerido á Morel uno de los libros mas sábios, una de las producciones mas interesantes que han visto la luz pública. Este hecho, considerado en abstracto, se descompone en multitud de factores parciales, que, como el abuso de los alcohólicos, el de los opiados, el del hachisch entre los orientales, el de ciertos medicamentos imprudentemente administrados, el de la viciosa alimentacion y condimentacion de las mesas italiana, francesa é inglesa, la corrupcion de costumbres, los excesos en la Vénus, los grandes sacudimientos políticos que agitan

POLEMICA EXISTENTE EN TORNO A LA PATOGENIA DE LA LEPRO EN LA PRIMERA MITAD DE NUESTRO SIGLO EN ESPAÑA.

Sánchez García, R.

Departamento de Historia de la Medicina. Universidad de Alicante.

El tema del presente trabajo es un estudio histórico de los conocimientos que sobre la patogenia de la lepra se tenían en la primera mitad del siglo actual en España.

Si bien, la etiología de la lepra era conocida desde los últimos años del siglo XIX, exactamente en 1873-74, cuando Hansen descubrió el bacilo que lleva su nombre como agente causal de esta enfermedad, no resolvió este hecho las dudas que acerca del mecanismo de adquisición de la lepra se tenían. Por ello me parece de especial interés, presentar aquí las teorías que se barajaban.

SITUACION HISTORICA DE ESTE PROBLEMA.

La lepra a lo largo de la historia pasó tres periodos, el primero que llega hasta el siglo XVI en el que es considerada como muy contagiosa. Un segundo periodo que va desde el siglo XVII hasta bien avanzado el XIX en que se la consideraba como hereditaria, y por fin el tercero a partir del descubrimiento del bacilo de la lepra en que se considera que es contagiosa. Sin embargo, en este último periodo, no es la teoría contagionista la única existente; durante la segunda mitad del XIX y aún hasta bien entrado el XX, la herencia como mecanismo de adquisición de la lepra sigue siendo contando con muchos partidarios. En Europa Hutchinson y Zambao Pacha, dos de los más importantes leprologos mundiales, son partidarios de la herencia; el ilustre profesor Kaposi niega esta. Danielsen, considerado como el creador de la leprología moderna, y Hansen en su primera época creían en la herencia de la lepra. En España a finales del siglo XIX la situación es muy semejante a la europea, el Dr. Olavide o Benito Hernando no aceptan el contagio de esta enfermedad.

Lo que ocurre con la lepra en particular, no es más que el reflejo de la situación de la medicina en general. En el último cuarto del siglo pasado nacían la microbiología y la bacteriología con Koch y Pasteur señalando una nueva etapa en la medicina, la mentalidad etiopatológica ganaba terreno y llegó a la lepra con la búsqueda y descubrimiento de su agente causal. De otro lado la relación entre enfermedad y herencia volvía a estar presente en la mente de muchos, principalmente a partir de la publicación del Traité des degenerescences (1857) de B.A. Morel; la idea de la "constitución olvidada" como factor predisponente en la enfermedad volvía a tener auge en la segunda mitad del XIX.

Veamos ahora lo que acontece en España recién comenzado nuestro siglo, Sota y Lastra al tratar en su Manual de Dermatología el tema de la etiología de la lepra habla de "causas predisponentes" y "causas determinantes" y al referirse al bacilo de Hansen dice lo siguiente:

"Con la doctrina parasitaria ha renacido la idea del contagio pero el bacilo descubierto por Hansen en todos los productos leprosos, sea cualquiera la forma de lepra de que se trate y el país de que esta provenga, no está demostrado que sea la causa eficaz de este horrible mal" (pag. 122).

Este párrafo nos da idea de las dudas que existían, y de que incluso, casi treinta años después de haberse hallado el bacilo haya quienes nieguen o pongan en tela de juicio su papel etiológico.

Otro hecho demostrativo del estado de la cuestión es una campaña promovida por el Dr. Barberá en 1916, en ella solicita información sobre etiología y patología de la lepra a los leprologos y demás médicos conocedores del tema. Según él hay partidarios de la herencia, del contagio, y otros de ambos medios.

Una vez vista de manera resumida la situación existente, voy a exponer de forma algo más detallada las teorías que se discutían, empezando por presentar las dificultades para demostrar el mecanismo de adquisición de la lepra. En segundo lugar expongo la teoría contagionista, así como los medios de verificarse este contagio. En tercer lugar le heredocontagionista, ya que aunque defensores de la herencia

no negaban el contagio en su totalidad.

I. DIFICULTADES QUE EXISTIAN PARA DEMOSTRAR EL MECANISMO DE ADQUISICION DE LA LEPRO.

En la lepra concurren una condiciones especiales que no se dan en las otras enfermedades contagiosas; estas condiciones son las que dificultan el que se pueda saber con seguridad como se contagia la enfermedad. Por un lado el bacilo de Hansen, agente etiológico de la lepra, no cumple los postulados de Koch; por otro lado periodo de incubación de la enfermedad y por último la dificultad, reconocida por muchos, para adquirir la lepra.

Con respecto al bacilo de Hansen, se puede afirmar que investigando a fondo se encuentra en todos los enfermos de lepra, aunque hay casos como los de lepra nerviosa pura en que es muy difícil, o casi imposible su demostración. Este dato, de encontrarse el bacilo en todos los leprosos, es un hecho positivo a favor de los que consideran la lepra como enfermedad contagiosa; sin embargo hay hechos negativos como son: el no haberse logrado la inoculación experimental del bacilo a animales ni al hombre.

La inoculación de la lepra experimental se intentó en diversas ocasiones y en varios animales, algunos parecían dar resultados positivos pero más tarde se demostraba su negatividad. Son interesantes a este respecto los trabajos de Serra, Nicolle, Sota Masaru u otros más recientes de Dubois y Gravilov en 1941. Hasta 1960 no se logrará la inoculación de la lepra a los animales de experimentación.

La inoculación experimental en el hombre cuenta con diversas prácticas, la mayoría negativas. Es clásica la inoculación que Arnninng hizo a un condenado a muerte, o la que el propio Danielssen se hizo a si mismo. Hubo algún caso en que se transmitió la lepra por este medio pero son raros en la literatura.

Otra dificultad que ofrecía el bacilo de Hansen era su cultivo en medios artificiales, ha habido mucho intentos pero todos sin éxito. En 1932 Such, médico español, realizó un cultivo que parecía prometedor pero no resolvió el problema.

Es difícil también conocer la vitalidad del bacilo y su virulencia fuera del hombre, así lo muestran los estudios realizados sobre objetos que han estado en contacto con los enfermos, que no son concluyentes.

El largo e indeterminado periodo de incubación en de la enfermedad, de varios años casi siempre, hace muy difícil saber cuando se llevó a cabo el contagio y de que manera pues el enfermo no lo recuerda después de tanto tiempo.

Por último, en la lepra es difícil que se produzca el contagio, es sabido que habiendo estado en contacto con enfermos de lepra, unos adquieren la enfermedad y otros no, esto plantea grandes dudas a la hora de admitir que sea contagiosa.

II. CONTAGIONISTAS.

La lepra es una enfermedad contagiosa, su carácter microbiano la sitúa como tal. En la Edad Media y en otras épocas ya fué así considerada, aunque no se conocía su etiología. Cuando se descubre su causa la teoría del contagio gana validez científica y surgen muchos a favor de ella.

Ya cité anteriormente la opinión de un dermatólogo, que en 1900, aún no creía que el bacilo de Hansen fuese el causante de la lepra, pero esta no es la opinión de la mayoría. En la publicación Caridad Heróica del Sanatorio de Fontilles hecha en 1904, donde se recogen las ideas que acerca de la lepra tienen los más importantes dermatólogos del momento, sobre su etiología se dice que "la lepra es incontestablemente contagiosa" (pag. 179). El bacilo de Hansen se transmite de un individuo a otro de forma directa o por medio de objetos de uso personal. Sin embargo, la lepra es contagiosa en bajo grado y requiere que el organismo receptor tenga unas condiciones especiales para que la enfermedad se desarrolle en él. No obstante, a pesar de defender la contagiosidad de la lepra, queda un hueco para la hipótesis de la herencia; se piensa que la lepra nerviosa no se puede transmitir por contacto inmediato, en ella podría jugar la herencia un papel importante.

En 1909 Azúa, eminente dermatólogo, en una comunicación que lleva a la Conferencia Internacional de la lepra celebrada en Bergen, dice acerca de la cuestión tratada: "Respecto de la lepra no existe aún un criterio uniforme acerca de como se adquiere y se difunde, aunque el inmortal Hansen nos haya enseñado su verdadera etiología" (pag. 109). A pesar de estas dudas, este autor afirma que la lepra se contagia según él ha podido evidenciarlo en la observación de más de cien leprosos, mientras que, no ha encontrado ningún caso de herencia. Bover Alvi y García del Mazo, por estas mismas fechas también se declaran partidarios de la contagiosidad de la lepra.

Otro autor que defiende el contagio como único medio de transmitirse la lepra es Alvarez Sainz de Aja, este autor en 1917 niega rotundamente la herencia, aunque si admite que el bacilo pueda pasar de la madre al feto por intermedio de la placenta, este hecho es considerado por otros como herencia. Si la lepra es más frecuente en determinadas familias, como es evidente para todos, considera A. Sainz de Aja, y como él otros muchos, que el medio familiar es el lugar idóneo para contagiarse por la convivencia íntima de sus miembros y el uso de los mismo objetos, pero no porque exista herencia. Un hijo de leprosos vive en un ambiente muy contaminado si no es separado de sus padres.

En 1920 Azúa, en el Manual de Medicina Interna de Hernando y Marañón, habla de nuevo de causas determinadas y causas predisponentes como ya lo hizo Sota y Lastra en 1900, pero con diferentes concepciones. Azúa sigue afirmando que la lepra es contagiosa y que la herencia no existe, no es ni siquiera una causa predisponente. Aglo después, en 1923, Buen y Sampelayo en el estudio que hacen sobre la lepra en España, llegan al convencimiento que la lepra es contagiosa, pero el contagio se da raramente porque la mayoría de las personas no son receptoras. Para ser receptor se requiere una predisposición que puede ser heredada; presentan ellos la hipótesis de que las personas que adquieren la lepra carecen de alguna sustancia del suero sanguíneo. Como vemos contradicen lo que afirmaba Azúa anteriormente con respecto

a la herencia de predisposición.

A partir de la década de los treinta son pocos los que defienden la herencia como mecanismo exclusivo de transmitirse la lepra. El contagio es aceptado prácticamente por todos, pero siguen existiendo muchos interrogantes sobre como se lleva a cabo, así lo podemos ver en las publicaciones de los más eminentes dermatólogos como son Sánchez Covisa, Bejarano, Gay Prieto o González Medina.

Sánchez Covisa y Bejarano, en un libro sobre dermatología que publican en 1936, consideran que la lepra es contagiosa pero requiere unas condiciones especiales de las que dicen: "Algunas de las cuales escapan a nuestro conocimiento actual " (pag. 473). Para ellos, además de las dificultades presentadas anteriormente, existe otro asunto que complica el conocimiento del verdadero mecanismo de contagio de la lepra; este es el que se hayan encontrado portadores de gérmenes que no se sabe si son enfermos verdaderos en periodo de incubación o sólo portadores de la enfermedad.

En la década de los cuarenta, Gay Prieto establece de forma categórica que el bacilo de Hansen se encuentra en todos los individuos leprosos y que son estos los únicos capaces de transmitir la enfermedad. Se ha dado un paso adelante al afirmar que el bacilo de Hansen se encuentra siempre en los enfermos de lepra, pues anteriormente, era muy difícil, y a veces imposible, demostrar su presencia en los casos de lepra nerviosa. no considera para nada la herencia como factor predisponente; tampoco González Medina, en 1946, acepta la predisposición hereditaria.

Para Gay Prieto es difícil que haya una transmisión transplacentaria del bacilo, si la hay sería rarísima y en todo caso, no es un mecanismo de transmisión hereditario. En los últimos años del periodo tratado en general se piensa que no existe la lepra congénita, no se conoce ningún caso de padre enfermo y madre sana. En el caso de madre enferma, se han encontrado bacilos en la placenta pero esto no demuestra que pasen al hijo y desarrollen en él la enfermedad. Lo que sí es cierto, y contradice la transmisión intrauterina, es que los niños separados de sus madres leprosas al nacer, no se hacen

leprosos.

II. MEDIOS DE CONTAGIARSE LA LEPROA.

La mayoría admiten dos formas de producirse el contagio, una directa o inmediata y otra indirecta o mediata.

Azúa en 1909 en su comunicación "Contagiosidad de la lepra", considera que el contagio directo se lleva a cabo de persona a persona, el indirecto por medio de alimentos, bebidas u otros objetos que estén en contacto con el leproso (ropas, utensilios, materiales de cura, etc.); a este respecto los parásitos podrían tener algún papel en la propagación de la enfermedad. Para Azúa los alimentos y bebidas tienen mucha importancia como "vehículos portadores de bacilos" (pag. 109). Años más tarde, en 1920, los alimentos carecen de valor como vehículos de la enfermedad para este autor. Considera ahora, que las condiciones del individuo receptor son de gran importancia en la infección leprosa. La inmunidad, así como la integridad de la piel y mucosas deben jugar un importante papel.

Peyrí, importante dermatólogo catalán, que como veremos en el apartado siguiente admite la herencia, si bien es más partidario del contagio, realiza un importante estudio en 1917 sobre: "Conservación y desarrollo de los bacilos leprosos en objetos inanimados". Para Peyrí como para Azúa hay dos formas de contagio, mediato e inmediato, admite las dos pero cree más verosímil el mediato o indirecto según las conclusiones a que ha llegado con su estudio. Ha hecho experiencias viendo el crecimiento y conservación del bacilo en ropas, maderas, paredes, barro y agua. En todos se encuentran bacilos, pero las condiciones en que mejor se conservan es alternando la desecación con la humedad; falta por demostrar la virulencia de estos gérmenes debido a la dificultad de la inoculación experimental. Lo que sí demuestra Peyrí es que los bacilos pueden mantenerse vivos en estos objetos un mínimo de dos años y que la experiencia ofrece los siguientes hechos:

"La existencia de casas de lepra en los pueblos invadidos y la observación del contagio en estos casos años después de haber desaparecido los leprosos" (pag. 96).

Para otros autores la forma más factible de que se produzca el contagio es mediante la transmisión del bacilo por el polvo o el aire.

En 1934 Vaamonde Fernández, del hospital de San Lázaro de Santiago, con respecto a la lepra adquirida, puesto que él habla de lepra adquirida y lepra congénita, considera que se produce por contagio directo únicamente. Esto mismo piensa Alvarez Sainz de Aja en 1917, para él son el moco nasal y los exudados de las úlceras la principal fuente de contagio.

El contagio de forma directa es el que prevalece a lo largo de los años como fundamental, aunque no exclusivo. Gay Prieto en 1946 establece que el contagio de la lepra se realiza de hombre enfermo a hombre sano, así pues por contagio directo. No obstante admite Gay, que los bacilos se encuentran también en objetos inanimados sin que pueda asegurar si estos son capaces de infectar.

Sobre los factores predisponentes se siguen manteniendo hipótesis no demostradas como la influencia de la alimentación. Gay Prieto concede gran importancia a la alimentación carente en vitaminas del complejo B. Para otros autores estados fisiopatológicos que disminuyen las defensas como embarazo, enfermedades debilitantes, Traumatismos, etc..., así como choques psíquicos, pueden permitir la proliferación del bacilo leproso. Va tomando importancia creciente el papel que desempeña la inmunidad al observar, que unas personas son más resistentes que otras a la enfermedad, ello puede ser debido a una inmunidad natural.

He dejado para el final de este apartado, un mecanismo de contagio indirecto que fué muy estudiado desde las primeras décadas del siglo XX sin que llegase a una demostración evidente de él, en el periodo que tratamos. Este mecanismo es la transmisión de la lepra por insectos y arácnidos. Varios autores españoles presentaron esta hipótesis como posible. Buen hizo un estudio en 1917 en chinches y moscas que habían estado en contacto con leprosos, en muchos de ellos halló bacilos en su tubo digestivo. Sin embargo, de nuevo se chocó con las dificultades ya señaladas en otras ocasiones, mientras

no se puedan realizar cultivos o inoculaciones experimentales no se puede demostrar el poder infectante de estos insectos.

Los trabajos hechos por autores extranjeros, han atribuido como presuntos transmisores de la lepra entre otros a ladilla (Joly), chinches (Goodhne), mosquitos (Goodhne, Currie), moscas (Currie, Joly), etc De los autores españoles, ya Azúa en 1909, consideera que los parásitos pueden tener algún papel en la propagación de la enfermedad. Esta suposición la presenta también Gay Prieto en 1946, sin que pueda afirmar que los insectos sean o no capaces de infectar.

II. HEREDOCONTAGIOSAS.

La teoría hereditaria como forma exclusiva de adquirir la lepra es defendida por pocos, y curiosamente, es en Galicia donde más defensores tiene. La mayoría de los autores que creen en la herencia no niegan de forma categórica el contagio.

El término herencia en la lepra toma diferentes significados según quien lo aplique. Como iremos viendo, para unos la transmisión de la lepra es un carácter hereditario que pasa de generación en generación. Otros llaman herencia a la transmisión del bacilo por vía placentaria, realmente sería un contagio o una lepra congénita pero no un factor hereditario. Por fin hay muchos que consideran que no se hereda el bacilo de la lepra como tal, sino una predisposición a adquirir la enfermedad, es decir, un herencia de terreno.

Las razones fundamentales que aducen los partidarios de la herencia son, de un lado el que la lepra se repita en los miembros de la misma familia, de otro la dificultad con que se contagia. También alegan que no puede ser contagiosa la lepra cuando no se han conseguido inoculaciones experimentales. Los contagionistas dirán con respecto a esto que son hechos negativos y que ellos presentan hechos positivos que demuestran el contagio.

A Filgueira, un autor de no mucho relieve en la dermatología, me parece interesante citarlo aquí porque aborda directamente el tema que estamos tratando. Este autor escribe sus tesis en 1912 bajo el título tan sugestivo de : ¿La lepra se propaga por herencia,

por contagio o por ambos medios?, en ella expone las ideas existentes en el momento y los resultados de un estudio hecho por él en una serie de enfermos. No es un trabajo de gran mérito pero nos da idea del debate que existía entre los partidarios de la herencia y el contagio.

En 1917 tenemos el testimonio de tres grandes autores que se declaran partidarios de la herencia, González Castellano, médico con dilatada experiencia en lepra; Fernández Martínez conocido de todos, y López Romeu, dermatólogo. Para González Castellano el contagio sólo existe en teoría puesto que él en cincuenta años de experiencia, en los que ha visto 160 enfermos, sólo encuentra 11 casos de contagio. La lepra debe ser según él contagiosa y hereditaria pues la encuentra preferentemente en individuos de la misma familia.

Fernández Martínez basado en su experiencia en la leprosería de Granada, afirma que no conoce ningún caso de contagio de lepra y en cambio ha visto bastantes de lepra familiar y heredada. López Romeu defiende igualmente el contagio y la herencia como medios de adquirir la enfermedad.

De todos los partidarios de la teoría hereditaria se puede considerar el más significativo y su más acérrimo defensor a Gil Casares, catedrático de la Universidad de Santiago. En repetidas ocasiones, 1912, 1917, 1923, etc.... afirma que la lepra se adquiere por herencia, al menos en Galicia. Esta convicción no sólo es suya, sino también de importantes médicos de la región y del pueblo llano.

En Galicia las gentes no tienen ningún temor a contagiarse de la lepra sin embargo, nunca contraen matrimonio con personas de "sangre manchada", pues estas pueden engendrar hijos leprosos. Gil Casares aún llega más lejos, al manifestar, que la lepra puede aparecer no sólo en hijos sino también en nietos y sobrinos aunque no hayan tenido contacto directo e indirecto sanos y enfermos. No hay transmisión de lepra entre cónyuges y hermanastros. Dice refiriéndose a las familias leprosas en 1923:

"Pasa el mal en ellas de padres a hijos, de abuelos a nietos o biznietos, saltando una o dos generaciones (...). También puede verse en primos hermanos y en el abuelo,

pero no en los padres de aquellos." (pag. 246)

Estas creencias existentes en Galicia aparecen también reflejadas en la literatura de creación, así lo podemos ver en la novela La Prueba de E. Pardo Bazán.

En la década de los treinta aún hay autores que siguen hablando de la herencia leprosa como Vaamonde Fernández en un artículo que publica en 1934 en la Revista de Sanidad e Higiene Pública. Para este autor existe lepra adquirida y lepra congénita. La lepra congénita se produce, según él, por un mecanismo hereditario. El agente etiológico de la lepra, al ser un factor hereditario, puede determinar la aparición de la lepra o permanecer en estado latente y transmitirse a otras generaciones. Existe también otro tipo de herencia, la "herencia de terreno" o predisposición para adquirir la lepra.

La predisposición heredada la defiende también Peyrí en los años veinte y treinta. En 1943 nos habla Peyrí de hernecia de la lepra refiriéndose a lepra congénita con estas palabras: "Los hijos de leprosos tienen poca vitalidad y la mayor parte perecen dentro del primer mes". (pag. 223). Como ya cité anteriormente en estos años, otros autores ponían en duda que existiera la lepra congénita.

IIIa. MECANISMOS DE TRANSMISION DE LA LEPROA POR HERENCIA.

Al comenzar este apartado de los partidarios de la herencia, ya me referí a que este término era aplicado con diferentes acepciones. Veamos ahora cuales son las vías por las que la herencia interviene en la transmisión de la lepra. Algunos establecen teorías de como se verifica, otros no entran en este debate.

Para Gil Casares se trata de un "heredocontagio" de lepra o una "heredopredisposición", no nos explica este autor si el germen pasa al feto a través de la placenta o por otras vías. Esto si lo expone claramente Vaamonde Fernández, gallego como el anterior. Según él la lepra congénita puede producirse: 1) Por transmisión del germen a través de la placenta, estando esta sana, a este mecanismo lo llama

"herencia verdadera". 2) Por contagio intrauterino porque haya lesiones en la placenta, "falsa herencia". Para Vaamonde: "Todos los leprosos y sus hijos sean leprosos activos o no deben ser considerados como propagadores del virus leproso a sus descendientes". (pag. 104). López Romeu considera que tanto el padre como la madre pueden dar el germen a su hijo. La ovaritis y orquitis leprosas justifican este medio de transmisión.

CONCLUSIONES.

Como hemos podido observar a lo largo de esta exposición, el debate sobre la patogenia de la lepra se centraba en la herencia y el contagio.

El contagio fué ganando terreno a lo largo de los años, a pesar de resultar difícil en muchos casos demostrar cómo se producía. La práctica demostraba que muchos individuos eran resistentes a la enfermedad, el papel de la inmunidad en esta resistencia comenzaba a ser tenido en cuenta.

La llamada herencia de la lepra se puede considerar como contagio intrauterino, salvo excepciones que consideraron al factor causante de la lepra como un factor hereditario que pasaba de unas generaciones a otras. La herencia de terreno fué la más aceptada, es decir, la predisposición para adquirir la lepra. A partir de los años cuarenta casi nadie cree que en la lepra juegue papel alguno la herencia.

BIBLIOGRAFIA.

A. SAINZ DE AJA, E., "Respuesta" (al Dr. Barberá), Rev. Española de Urología y Dermatología, junio, 1917, págs. 312-314.

AZUA, J., "Contagiosidad de la lepra" (Comunicación a la 11 Conferencia Internacional de la lepra), Actas Dermosifilíticas, 1909, pgs. 109-114.

AZUA, J., Manual de Medicina Interna de Hernando y Marañón, lepra, pgs. 837-860, tomo III, Madrid, Librería Gutenberg de José Ruiz, 1920.

BARBERA, F., "Información sobre la lepra", Rev. Española de Urología y

Dermatología, nov., 1916, pg. 628.

BOVER ALVI, R., "De la lepra y su profilaxis en España. Especialmente en la región de Levante", Rev. de Especialidades Médicas, Conclusiones, tesis, Tomo I, 1913, pgs. 135-138.

BUEN, S., "Transmisión del bacilo de Hansen por los insectos", Boletín del Instituto de Higiene Alfonso XIII, diciembre, 1917, pgs. 243 y 244.

BUEN SAMPELAYO, La lepra y el problema de la lepra en España, Madrid, Calpe, 1923, 190 págs.

CARIDAD Heróica, (Publicación de la Colonia Sanatorio de San Francisco de Borja), tipografía moderna a cargo de Miguel Gimeno, Valencia, 1904.

FERNANDEZ MARTINEZ, F., "Respuesta" (al Dr. Barberá), Rev. Española de Urología y Dermatología, junio, 1917, pgs. 320 y 321.

FILGUEIRA, ¿La lepra se propaga por herencia, por contagio o por ambos medios?, memorial doctoral, 1913, 63 pgs.

GAY PRIETO, J., Dermatología y Venerología, edit. Científico Médica, Madrid, 1ª edic. 1942, 2ª edic. 1946, pgs. 240-285.

GIL CASARES, "La herencia y el contagio de la tuberculosis pulmonar y la lepra en Galicia", Congreso Internacional de Tuberculosis, San Sebastián 1912, pgs. 571-574 y 581-583.

GIL CASARES Y ALBELA ANDE, Tratado Iberoamericano de Med. Interna de Fernández Martínez, edit. Plus Ultra, tomo I, 1923, pgs. 265-271.

CONZALEZ CASTELLANO, J., "Respuesta" (al Dr. Barberá), Rev. Española de Urología y Dermatología, junio, 1917, pgs. 310-312.

CONZALEZ MEDINA, R., "Patología general de la infección leprosa. Su diagnóstico", I Congreso Hispano Portugués de Dermatología, 1946, Valencia, págs. 7-65.

LOPEZ ROMEU, M., "Respuesta" (al Dr. Barberá), Rev. Española de Urología y Dermatología, junio, 1917, pgs. 323-325.

PEYRI, J., "Conservación y desarrollo de los bacilos leprosos en los objetos inanimados", Actas Dermosifilíticas, 1917, año IX, nº 2, pgs. 83-90.

PEYRI Y CASTELLS, Dermatología, 2ª edic., edit. Miguel Servet, Madrid y Barcelona, 506 pgs., pgs. 231-239.

SANCHEZ COVISA Y BEJARANO, Manual de Enfermedades de la Piel, Madrid, Unión Poligráfica, 1936, lepra pgs. 423-489.

SOTA Y LASTRA, Manual de Enfermedades de la Piel, 2ª edic. 1900, 382pgs.
lepra pgs. 122-149, Barcelona, José Espasa editor.

VAMONDE FERNANDEZ, "Contribución al estudio de la lepra en Galicia",
Rev. de Sanidad e Higiene Pública, 1934, vol. 1, pgs. 97-107.

EL PROBLEMA SOCIAL DE LA LEPRO EN ALICANTE. FUNDACION DEL SANATORIO DE FONTILLES Y REACCION SOCIAL ANTE ESTA INSTITUCION.

Sánchez García, R.

Departamento de Historia de la Medicina. Universidad de Alicante.

A través de un revisión de la prensa alicantina durante la primera década de nuestro siglo, así como de comunicaciones escritas por médicos de la región valenciana, pretendemos mostrar la magnitud del problema en Alicante, y más especialmente en la comarca de La Marina. También revisaremos cómo se fundó la Colonia Sanatorio de Fontilles en respuesta a ese problema y la reacción popular que causó.

1. LA LEPROA PROBLEMA SOCIAL EN ALICANTE, ESPECIALMENTE EN LA MARINA.

La comarca de La Marina está situada al noreste de la provincia. Está dividida en dos zonas: La Marina Alta, al norte, y Marina Baja, al sur; de ellas La Marina Alta era la más afectada por la lepra, comprende los distritos de Pego y Denia. Es una zona con gran número de pueblos, en la mayoría hay leprosos censados: contrasta esta situación con la del sur de la provincia donde no se encuentra ningún enfermo.

El foco levantino fué uno de los principales focos leprosos de España, la comarca de La Marina en Alicante era considerado por españoles y extranjeros como el foco más intenso de la Península, especialmente en los últimos años del siglo XIX y primeras décadas del XX. Los médicos González Castellano, Poquet, Zuriaga y Catalayud desarrollaron campañas de profilaxis antileprosa en esta zona. Según los estudios hechos por estos profesionales, sólo Parcent y Pedreguer llegaron a contar con 60 y 75 leprosos respectivamente.

González Castellano considera que haciendo una estadística exacta, que nunca se había hecho, se encontrarían en La Marina más de 300 lazarinos.

Barberá, en una estadística que hace en 1911 sobre la lepra en el Reino de Valencia, da los siguientes datos: 125 enfermos

en Valencia, 75 en Castellón y 176 en Alicante (1).

Pérez Dagnino que escribe su tesis sobre la lepra, especialmente la lepra en Alicante, en 1915, afirma que hay en esta provincia 162 enfermos con 35 ayuntamientos invadidos; algunos de estos son: Orba con 6 enfermos, Murla con 6, Parcent con 6, Vall de Laguart con 5, Relleu también con 5, Pego con 4, etc.... Estos últimos datos no son muy valorables puesto que la gran mayoría de los enfermos de La Marina estaban ya ingresados en el Sanatorio de Fontilles, en este año había 68 leprosos en esta institución (2).

En las estadísticas oficiales en las que aparece el número de leprosos por provincia, Alicante ocupa siempre los primeros puestos, así en 1878 aparece con 68 enfermos para un total de 521 en toda España, sólo es superada en número por Pontevedra. En 1904 hay en España según el censo de la Dirección General de Sanidad 522 enfermos, Alicante cuenta con 117. En 1914 sigue subiendo el número y cuenta con 137, aunque en este año también ha aumentado el número total en España pues cuenta con 898 enfermos. Estos datos oficiales están generalmente por debajo de las cifras dadas por particulaes y claramente por debajo de la realidad; no se hacían bien los censos, entre otras razones, porque la lepra siendo de declaración obligatoria era declarada por pocos profesionales, también porque los leprosos procuraban esconderse en muchos casos de los médicos.

Hemos visto como la lepra abunda en Alicante y especialmente en los pueblos de La Marina. El origen de este foco leproso es incierto, según González Castellano fueron los fenicios los que trajeron la enfermedad, Peset y Vidal opina que fueron los romanos, en concreto las legiones de Pompeyo.

Siendo la lepra frecuente y bien conocida en la provincia de Alicante, ¿cómo vive el leproso dentro de su grupo social, de su pueblo o familia?. En general según vamos a ver, se encuentra en condiciones deplorables de miseria y abandono. Esta situación la revela tanto la literatura médica como la literatura de creación y la prensa escrita.

Como manifiesta Pérez Dagnino en su tesis, en una visita

que ha hecho a dieciocho pueblos de La Marina, las viviendas donde habitan los lazarinos carecen de higiene y su alimentación es muy deficiente, sus palabras son bien elocuentes:

"Los pobres, los verdaderamente necesitados, habitan en cuevas, zahurdas, cubiles, privados de todo trato; alimentándose con el producto de escasas limosnas y rodeados de un ambiente de suciedad y porquería, que se hace incompatible con la vida" (3).

Los ricos, sí están bien atendidos por son una minoría y viven ocultos a sus vecinos y hasta a los médicos.

Esta situación en que vive el leproso es confirmada por Bover Alvi en un trabajo que publica en 1913 sobre la profilaxia de la lepra en España y Levante, o por González Castellano en varios de los artículos que publica sobre la lepra. Ambos nos hablan de las malas condiciones de las viviendas del leproso que no son más que chozas, corralizos o cobertizos (4).

Gabriel Miró en su novela Del Vivir que sale a la luz en 1902, relata la visita que hace Parcent un hombre llamado Sigüenza, va a ver a los enfermos de lepra que abundan en este pueblo. Nos cuenta como son las condiciones de vida de estas personas; están separados del trato con los sanos, incluso con sus familiares más directos, viven en las peores casas del pueblo, ocultos a la vista de los demás y sufriendo su terrible enfermedad, dice así Miró:

"Habitan las más retraídas calles; en las últimas del pueblo, en la más honda se habían espesado" (5).

También Juan Esteve, habitual articulista de El Diario de Alicante, ha visitado a lazarinos y ha visto como viven, solos y abandonados. El miedo al contagio hace que sus seres queridos huyan de su contacto y sólo los vean desde lejos.

Así pues, el leproso vive en malas condiciones higiénicas, mal alimentados, sus heridas no son curadas y está aislado del trato social. Únicamente espera una muerte lenta y dolorosa.

Con la lepra ocurre lo que no se da en ninguna otra enfermedad, las gentes la temen porque se piensa que es muy contagiosa. El que la padece más que un enfermo parece un pecador que ha de sufrir condena por sus culpas. La lepra sigue teniendo connotaciones bíblicas,

lo que ocurre en estos años lo expresa muy bien una voz no médica, la del periodista Juan Esteve:

"En la cuestión de la lepra, que entra tan de lleno en la patología médica como en la patología moral estamos aquí a la misma altura de los tiempos bíblicos, de cuando Job se limpiaba sus llagas con el borde de una teja en inmundo muladar" (7).

II. INTENTO DE SOLUCION A ESTE PROBLEMA: FUNDACION DEL SANATORIO DE FONTILLES PARA LEPROSOS.

La idea de fundar un sanatorio para leprosos en la región valenciana surgió de forma totalmente ajena a la sanidad oficial y a la lucha contra la lepra; fué más bien, una obra de caridad lo que impulsó esta fundación.

Dos hombres ajenos a la medicina, el jesuita Carlos Ferris y un abogado de Gandía, Joaquín Ballester Lloret, fueron los que planearon la creación de un albergue para los pobres leprosos.

El cómo ocurrió es interesante recogerlos aquí puesto que está en consonancia con lo que antes hemos intentado demostrar sobre la situación social del leproso. El 15 de diciembre de 1901 se encontraban reunidos en Tormos el padre Ferris y el Sr. Ballester en casa de este último. Estaban ambos conversando cuando oyeron los lamentos y quejas de un leproso que vivía al lado; ante esta situación se preguntaron: ¿qué se podría hacer para socorrerlo a él y a otros muchos que había en la zona?. Joaquín Ballester refirió al padre Ferris las condiciones en que vivían los leprosos, condiciones de miseria y abandono.

Decidieron que se debía construir un sanatorio o un albergue donde acoger a estos enfermos. Para ello consultaron a dos conocedores del tema, al catedrático de Valencia Rafael Rodríguez de Cepeda y al leprólogo González Castellano. Ambos les contestaron coincidiendo en la necesidad de crear una institución destinada a atender a estos enfermos.

El Dr. González Castellano reafirmó lo que ya en varias ocasiones había manifestado sobre las condiciones que debería reunir el lugar donde se construyera la leprosería; buen clima, reguardado

del viento, a cierta altura sobre el nivel del mar, separado de la costa y arrozales, que tenga abundante agua, terreno de huerta para cultivo, etc.... (8).

En enero de 1902 se constituyó la Junta organizadora de la Colonia Nacional de San Francisco de Borja para leprosos. El director de esta junta era el padre Ferris, los demás miembros eran de familias nobles y gentes acaudaladas. Esta comisión organizadora aprobó los estatutos para el régimen de la institución, algunos de ellos son los siguientes:

1º La Colonia Sanatoria de leprosos de San Francisco de Borja se constituye con personalidad jurídicas, con vida propia e independiente bajo tal denominación y con sujeción a los presentes estatutos.

2º El objeto de esta institución es la asistencia a los enfermos de lepra, creando uno o varios establecimientos en paraje aislado y apropiado al efecto, donde se evite la propagación del mal, se procuere con el tratamiento médico adecuado la curación o alivio de los enfermos, y sobre todo, se atienda a estos permanentemente con solícito cuidado material, moral y religioso.

3º Los medios con que cuenta para realizar su benéfica misión son los donativos de los patronos, subvenciones de corporaciones, limosnas y legados particulares (9).

Los estatutos de la Colonia Sanatorio de San Francisco de Borja fueron presentados a las autoridades civiles y eclesiásticas valencianos. En noviembre de 1902 el arzobispo de Valencia y el Gobernador Civil los aprobaron.

En cuanto a la ubicación de la colina se eligió el valle de Fontilles. Tras un año de búsqueda en las provincias de Alicante y Valencia pareció este valle el lugar más oportuno. Fontilles está situado en la comarca de La Marina, término municipal de Laguar; está a 150 metros sobre el nivel del mar, posee agua en abundancia, clima templado y está rodeado de vegetación. La elección se hizo en base a las condiciones climáticas y geográficas que reunía, González Castellano y otros dermatólogos las habían recomendado. Se pretendía

que el leproso estuviese en un ambiente sano y acogedor que fuese más su segundo hogar que un lugar de reclusión.

Se adquirieron también terrenos para que los enfermos menos graves pudiesen realizar tareas agrícolas, en un intento de llevar a cabo lo que hay llamaríamos terapia ocupacional.

Se comenzaron las obras del sanatorio al que la mayoría de los leprólogos y hombres de la medicina aplaudieron e inclusive, varios vecinos de los pueblos cercanos colaboraron en esta obra, pero hubo también opositores a ella. Superadas estas dificultades el sanatorio se construyó y su apertura fué autorizada por Real Orden de 7 de septiembre de 1908. Enero de 1909 ingresaron los primeros ocho enfermos.

En un principio Fontilles fué considerado de ámbito nacional, pero más tarde por la polémica surgida en torno a él, debió limitarse a regional siendo sólo utilizable por los leprosos de la región valenciana. El primitivo sanatorio, puesto que se han hecho después diversas modificaciones, contaba con once pabellones; uno para hombres graves, otro para hombres menos graves, un pabellón para mujeres, comedores, enfermería, enfermería de infecciones, baños, lavadero con autoclave para esterilizar la ropa, pabellón para Hermanas de la Caridad, vaquería y teatro.

III. REACCION POPULAR ANTE ESTA INSTITUCION.

Hemos visto como se fundó el Sanatorio de Fontilles, aparentemente debía haber sido bien acogido por todos puesto que la situación del leproso en la zona exigía una institución de ese tipo, pero no fué así; muchos vecinos de los pueblos limítrofes a Fontilles alentados por Ruano Llopis, médico de Ondara, por determinada prensa local y por el diputado Pérez Pastor, lucharon para que el sanatorio no se instalara en Fontilles. Hubo varias razones para ello, de índole económica o política, pero la fundamental es que se trata de lepra, enfermedad con un significado muy especial. También entraba en discusión un asunto muy debatido en esos años sobre si la lepra era hereditaria o contagiosa y el grado de contagiosidad

que tenía.

Según la prensa de la época el debate sobre la conveniencia o no de instalar un sanatorio para leprosos en Fontilles, tuvo su punto álgido en 1907 debido a que en septiembre de ese año el Inspector General de Sanidad Dr. Bejarano y una comisión especial nombrada al efecto, debían autorizar al apertura del sanatorio si este reunía las condiciones necesarias.

El 16 de julio de 1907 El Diario de Alicante publica la noticia de un mitin celebrado el día anterior en Pego por los Srs. Ruano Llopis y Pérez Pastor. Fué un mitin muy concurrido en el que Ruano Llopis destacó el carácter "altamente contagioso" de la lepra y por tanto el peligro que constituiría para la comarca el establecimiento del sanatorio. Argumente Ruano que esta institución no debe ser regional sino sólo comarcal porque los enfermos venidos de otras regiones contagiarían a los habitantes de la zona. Otra razón que aduce es que los frutos y demás productos agrícolas de la comarca serían rechazados por los compradores y ello traería la ruina de los agricultores (10).

Ruano Llopis con un criterio ultracontagionista, consideró al Sanatorio de Fontilles como la ruina de los vecinos de los distritos de Pego y Denia. El peligro de contagio sería mucho mayor que estando al leproso en libertad. Consideraba este autor que cada pueblo debía aislar a sus leprosos y que de construirse una leprosería debía hacerse en una isla.

Pérez Pastor, un hombre sin conocimientos médicos, se opone radicalmente al Sanatorio de Fontilles, pero principalmente por razones políticas y económicas, e incluso ideológicas como el ser enemigo de los jesuitas. En un artículo que publica El Diario de Alicante en octubre de 1907, dice lo siguiente:

"El país propio ha sido atropellado en su autonomía y en su vida por poderes despóticos y absorbentes, que hacen caso omiso de nosotros para imponernos una carga insostenible contra nuestra salud y tranquilidad" (11).

El Diario de Alicante y La Voz de Alicante por medio de Juan Esteve defienden la obra de Fontilles como algo necesario para la región y para aliviar el sufrimiento de los leprosos. Como

argumento a sus convicciones expone este autor las opiniones del Dr. Lie de la leprosería de Bergen, Noruega. Lie considera que la lepra es poco contagiosa y que en Fontilles no existe ningún peligro de contagio a los alrededores. A pesar de todo Esteve opina que la leprosería debe ser regional y no nacional (12).

El Correo de Alicante hace campaña en contra del Sanatorio, en varios artículos que publican en septiembre y octubre de 1907, exponen las razones por las que están en contra. Para ellos la principal cuestión a resolver es si la lepra es contagiosa o hereditaria, si es contagiosa el sanatorio no debe abrirse. Es curioso que opinen así, puesto que se la lepra es contagiosa, es un hecho a favor del aislamiento del enfermo. Reclaman el pronunciamiento de las Reales Academias de Medicina con respecto a esta cuestión. No obstante no dudan en declararse ultracontagionistas y como consecuencia de ello, piensan que la obra de Fontilles traerá la ruina a la comarca de La Marina, una comarca muy poblada y rica en productos agrícolas.

Algunos de sus argumentos los exponen así:

"En primer término, porque de difundirse tan repugnante enfermedad -y seguramente había de ocurrir así- Fontilles primero, los pueblos comarcanos, después, y últimamente la mayor parte de La Marina, habían de ser considerados como verdadero foco de infección de lepra" (13).

La solución que ofrecen los detractores de Fontilles es que construya una leprosería nacional instalada en una isla, y, entretanto los leprosos sean vigilados en su pueblo por las juntas locales de sanidad.

Otras voces, quizá más objetivas, juzgan al sanatorio en sí mismo, así el periódico El Graduador en septiembre del mismo año, considera acertada la idea, pues en una institución así se podrá aislar los leprosos dejando de ser perjudiciales a sus vecinos, sin embargo, consideran que Fontilles no se debe abrir porque no reúne las condiciones necesarias (14).

Guiados por las manifestaciones anteriormente citadas, muchos vecinos de esos pueblos se pusieron en contra de la apertura de la Colonia de Fontilles. Cuando el Inspector General de Sanidad, Dr. Bejarano, acudió a visitar el sanatorio un número bastante nutrido

de labradores lo recibió con voces de: "Muera el sanatorio".

Otros hechos que nos muestra la opinión en contra que había entre las gentes del lugar, es la carta que enviaron al Ministro de la Gobernación en octubre de 1907, en la que exponen las razones por las que creen que el Sanatorio de Fontilles no debe ser autorizado, son razones que coinciden con las ya expuestas anteriormente. Suplican justicia al ministro. Firman la carta miles de vecinos de los distritos de Pego y Denia (15).

Como hemos visto hay argumentaciones de tipo económico, político y a veces científico, como la contagiosidad o no de la lepra; sin embargo una razón fundamental es que la lepra es temida de una forma especial, muchos la califican de repugnante, estigmatiza al que la padece y casi todos quieren mantener al leproso como a un ser marginado.

Nadie aceptaba en su comarca leprosos de otras regiones y la Colonia Sanatorio de Fontilles hubo de cambiar su denominación de Nacional por la de Regional.

IV. LA OPINION DE LOS MEDICOS FRENTE A LA INSTITUCION DE FONTILLES.

Una vez vistos los criterios que sobre Fontilles tenían los no profesionales de la medicina, excepción hecha de Ruano Llopis, me parece interesante mostrar de forma breve la que pensaban los dermatólogos y leprólogos sobre esta institución puesto que así podremos lograr un juicio más objetivo acerca de ella.

Como ya dije anteriormente sus condiciones geográficas y climáticas lo convertían en el lugar ideal al que se aspiraba entonces para albergar al leproso. González Castellano, es probablemente el que más destacó las buenas cualidades del sanatorio, es lógico que así sea puesto que él fué uno de sus promotores y un médico siempre preocupado por la situación social del leproso (16). Bover Alvi médico de la región valenciana, preocupado también por el problema de la lepra, pondera las cualidades del sanatorio de esta forma:

"Este establecimiento por las inmejorables condiciones higiénicas de su situación y por su fábrica puede considerarse como modelo" (17).

No sólo los profesionales valencianos, también los del resto de España e incluso extranjeros, así como las autoridades sanitarias, inspectores generales Bejarano y Martín Salazar, consideraron la institución como modélica. Azúa y Peyrí, los más eminentes dermatólogos del momento, destacan el acierto que ha sido esta fundación; para Peyrí tanto sus buenas condiciones higiénicas como el lugar que ocupa son ideales para una colonia leprosa (18).

Zambaco Pacha leprólogo de gran prestigio mundial, también puso como modelo al Sanatorio de Fontilles (19). Igualmente Lie, noruego, como ya hemos citado antes.

Como vemos la voz de la ciencia médica aprueba y elogia la obra de la Colonia Sanatorio de San Francisco de Borja, probablemente porque la enjuician bajo puntos de vista muy diferentes a los que tienen las gentes carentes de información. Unicamente se censuró de Fontilles la carencia casi total de tratamiento médico. Durante los primeros años que funcionó sólo se aplicaban cuidados higiénicos y de reconfortación espiritual. Era necesario, que todos los nuevos conocimientos adquiridos en la terapéutica de la lepra fuesen allí aplicados y que hubiese constantemente profesionales médicos al servicio de los leprosos.

NOTAS.

(1).- Cit. por BOVER ALVI, R., "De la lepra y su profilaxis en España, especialmente en la región de Levante", Revista Española de Dermatología y Sifilografía, 1913, tomo XV, mayo, pgs. 241-260.

(2) PEREZ DAGNINO, A., Concepto moderno de la lepra y su estado actual en la provincia de Alicante, tesis doctoral, 1915, 180 pgs.

(3).- PEREZ DAGNINO, A., op. cit., pg. 130.

(4).- BOVER ALVI, R., Ibidem.

 GONZALEZ CASTELLANO, J., "La leprosería Sanatorio de Fontilles, Gaceta Médica del Sur, 1912, pgs. 490-492.

(5).- MIRO, Gabriel, Del Vivir (Apuntes de parajes leprosos), 1918, 2ª ed. 143 pgs., Borrás, Mestres y Cía., edit., pg. 22.

(6).- ESTEVE, J., "El Sanatorio de Fontilles" 11, (Los leprosos y Doña

Mercedes San Julián), El Diario de Alicante, 1907, año 1, nº 193, 20 sep pg. 1.

(7).- ESTEVE, J., "El Sanatorio de Fontilles", El Correo de Alicante, año X, 1907, nº 2.666, 26 sept., pg. 1.

(8) GONZALEZ CASTELLANO, J. "De la lepra en España. Su profilaxis" (Comunicación al XIV Congreso Internacional de Medicina), Revista Española de Sifilografía y Dermatología, 1905, agosto, págs. 337-351.

(9).- CARIDAD Heróica, publicación de la Colonia Sanatorio de San Francisco de Borja, Tipografía Moderna a cargo de Miguel Gimeno, Valencia, 1904.

(10).- "MITIN sobre la leprosería de Fontilles", El Diario de Alicante, año 1, 1907, nº 137, 16 jul.

(11).- PEREZ PASTOR, C. "Fontilles e Isber", El Diario de Alicante, 1907, año 1, nº 219, 21 octu., pg. 1.

(12).- ESTEVE, J., "El Sanatorio de Fontilles", 111, (Sus detractores), La Voz de Alicante, 1907, año 1, nº 200, 28 sept., pg. 1.

(13).- "¿FONTILLES, Sanatorio para leprosos?", El Correo de Alicante, año X, 1907, nº 2.660, 25 sept., pg. 1 y 14 sept., nº 2.651, 15 sept., nº 2.652, 22 sept., nº 2.658.

(14).- "LEPROSERIA de Fontilles, La", El Graduador, 1907, año XXXIII, nº 8.561, 18 sept.

(15).- "A LA OPINION" (Solicitud elevada por los distritos de Denia y Pego al excelentísimo Señor Ministro de la Gobernación, y Manifiesto que dirigimos al país), Revista Española de Dermatología y Sifilografía, 1907 tomo IX, nº 106, oct., pgs. 437-449.

(16).- GONZALEZ CASTELLANO, J., "El Sanatorio de Fontilles", Gaceta Médica del Sur, 1912, nº 1912, nº 1.912, nº 630, pgs. 85-88.

GONZALEZ CASTELLANO, J., "El Sanatorio de Fontilles para leprosos Su modesto origen. Utilidad de estos establecimientos", Revista de Sanidad Civil, 1909, año VII, nº 190, pgs. 1 y 2.

(17).- BOVER ALVI, R., Op. cit., pg. 260.

(18).- AZUA, J., Manual de Medicina Interna de Hernando y Marañón, lepra pgs. 837-860, 2ª ed., tomo III, Madrid, Librería Gutenberg de José Ruiz.

PEYRI, J., "Lucha contra la lepra en España y Cataluña" (Comunicación a la Real Academia de Medicina de Barcelona), Revista Española de Urología y Dermatología, nov. 1915, nº 203, pgs. 613 y 614.

(19).- ZAMBACO PACHA, La lèpre a travers les siecles et les contrées, 1914, París, Masson y Cie, edituers, 1 vols. 825 pgs., pgs. 455-461.

LA "CASA DE SALUD VALDECILLA" DE SANTANDER EN LA ESPAÑA DE LA DÉCADA 1920-1930: ¿UN SUEÑO IMPOSIBLE?.

Salmón, F.; Arrizabalaga, J.; García Ballester, L.

Cátedra de Historia de la Medicina. Dpto. de Fisiología y Farmacología.
Facultad de Medicina. Universidad de Cantabria.

1. INTRODUCCION.

A finales del siglo pasado en Santander, el Hospital de San Rafael, construido en 1791, no podía -ni por su tamaño, ni por sus anticuadas instalaciones- cubrir las demandas sanitarias de Cantabria (1).

Ante esta situación se sucedieron diversas iniciativas para crear un nuevo hospital, que fracasaron por problemas económicos (2). Es en este marco donde se sitúa la intervención de Ramón Pelayo de la Torriente (1850-1932), Marqués de Valdecilla, quien en 1926 se hizo cargo del proyecto que daría origen a la Casa de Salud que lleva su nombre.

El 16 de abril de 1928, se constituyó el Patronato del nuevo hospital, la Casa de Salud de Valdecilla. Ese mismo día el Marqués de Valdecilla designó, por recomendación de Gregorio Marañón, a Wenceslao López Albo -en aquel momento jefe de consulta de neuropsiquiatría en el Hospital Civil de Basurto (Bilbao) y director del Manicomio de Zaldívar (Vizcaya)- para ocupar los cargos de director técnico-administrativo de la Casa de Salud de Valdecilla (CSV) y Jefe del Pabellón de Mentales de la CSV (3).

Conocedor del modo de proceder de los filántropos norteamericanos, el Marqués de Valdecilla dejó en manos de personal técnico (arquitecto y médicos) la construcción y organización del hospital (4).

La autonomía científica y económica que gozaron el arquitecto y el director, y el respeto del fundador y el Patronato hacia la organización que se iba estableciendo fueron, sin duda, las dos características más sobresalientes de la relación entre los benefactores

y los organizadores de la CSV en ésta primera época (5).

Esta libertad permitió la introducción en España del modelo hospitalario vigente en Europa y Norteamérica, modelo que rompía de modo revolucionario con los esquemas tradicionales de los hospitales de Beneficencia en la España de la década de 1920-30. En su momento fundacional la Casa de Salud de Valdecilla de Santander se perfiló así, como una institución hospitalaria de carácter científico que cumplía una triste misión -asistencial, docente e investigadora- para lo cual contaba con una biblioteca médica notable en medios, con unos laboratorios que no eran sólo complemento de la clínica, sino soporte de la docencia y base de la investigación, y con dos instituciones docentes clave: una Escuela de Enfermeras que seguía las pautas del modelo anglosajón iniciado por Florence Nightingale en Inglaterra y desarrollado plenamente en Estados Unidos, y un Instituto Médico de Postgraduados que fué uno de los primeros centros de formación de médicos especialistas en España.

La Casa de Salud Valdecilla rompía también en su concreción inicial con el modelo administrativo-hospitalario tradicional que dejaba la organización de las instituciones asistenciales en manos no técnicas, presentando por el contrario, una dirección médica y administrativa unificada similar a la vigencia en los hospitales norteamericanos de la época.

El objeto de esta comunicación es el estudio de este modelo de administración hospitalaria que la Casa de Salud Valdecilla importó, y de las razones de su fracaso.

2. EL INTERVENCIONISMO DE LO PATRONATOS EN LA BENEFICENCIA ESPAÑOLA DE LA DÉCADA 1920-30.

Para que la organización científica proyectada por López Albo se llevase a cabo era necesaria una administración amplia de miras que entendiese la importante trascendencia del programa médico-científico a desarrollar y no fuese un freno a este.

De hecho, el gobierno de la mayoría de las Instituciones de Beneficencia en España en la década 20-30 se caracterizaba por

una administración totalmente desconectada de la realidad clínica. En 1926, Revista Médica de Barcelona, en su editorial "Los legados de la Beneficencia" denunciaba esta situación y exigía que la administración de estos establecimientos fuera encomendada o dirigida por médicos,

"para impedir que vuelva a consumarse el sacrificio de los enfermos a favor de los lujos artísticos o de intereses personales mezquinos" (6).

Tres años más tarde, en otro editorial de la misma revista, se insistía en la necesidad de que el hospital fuera administrado inteligentemente, lo que sólo podía hacerse si era dirigido por personal facultativo y no por personas ajenas a los conocimientos médicos. Se debe

"exigir que nuestros hospitales sean regidos por quienes sepan lo que es la medicina y sus necesidades de actuación eficaz (7).

Las trabas que una administración ignorante ponía al ejercicio médico eran destacadas, ese mismo año, en otro editorial de Revista Médica de Barcelona con estas palabras:

"Es vergonzoso que los técnicos de la medicina tengan que supeditar muchas veces sus iniciativas y su trabajo al criterio y humor de los elementos administrativos de un director no técnico" (8).

Los patronatos que gobernaban los hospitales de beneficencia se ocupaban no sólo de las cuestiones administrativas, sino incluso de importantes cuestiones técnicas como, p. e., la selección del personal médico, realizada en la mayoría de los casos sin contar con ningún asesoramiento científico. En 1930 el redactor-jefe de Gaceta Médica Española, Enrique Noguera, después de alabar la importante misión de las damas benéficas a la hora de conseguir fondos para las fundaciones que regentan, añadía, pero de ahí

"a la de disponer directamente, a título de 'amos' en la organización técnica de los servicios hospitalarios, va un mundo".

Creía necesario Noguera

"establecer los límites claros y precisos en que deben moverse la actuación benéfica, social, de dichas respetables

damas y la función técnica, facultativa, profesional de los médicos puestos al frente de los servicios hospitalarios en que aquellas tienen directar intervenciones" (9).

En 1931, una vez más, E. Noguera, denunciaba esta situación admitiendo que era la habitual tanto en los hospitales privados como en los oficiales (10). Ese mismo año un grupo de jóvenes médicos catalanes promovieron una campaña para exigir que se cortaran estas intervenciones y que se regulase la forma de provisión de los puestos médicos en los hospitales benéficos, y que no intervinieran en los tribunales personas no técnicas. El movimiento tuvo gran eco y fué apoyado por las principales instituciones y figuras médicas catalanas. En esta campaña, no obstante, las reivindicaciones se limitaron a pedir que las cuestiones técnicas fuesen confiadas a los médicos; ni siquiera se mencionó la posibilidad de que la administración pasara a manos de éstos (11).

3. LA ADMINISTRACION DE LA CSV: UNA NUEVA CONCEPCION DE LA ADMINISTRACION HOSPITALARIA.

Frente a la situación española, en otros países, se formó, en respuesta a la complejidad creciente de la organización hospitalaria, un personal especializado en gerencia hospitalaria. Para paliar la ausencia en España de este personal especializado, López Albo pensaba que

"el director del hospital debe ser uno de los jefes de servicio, el más capacitado y orientado en organización hospitalaria, al cual se entregará la alta dirección, poniendo a sus órdenes un jefe administrativo. La corporación o patronato que regente el hospital se entenderá directamente con el director en todo lo referente a la buena marcha de la Institución" (12).

Este modelo administrativo propuesto por López Albo fué el que la CSV siguió hasta mayo de 1930. Dicho modelo fué unánimemente reconocido como innovador en el campo hospitalario español. Así, por ejemplo, el director del Hospital Nacional de Enfermedades Infecciosas, Manuel Tapia, resaltaba esta característica de la CSV:

"Hasta ahora, todos los mejoramientos hospitalarios en España han sido a base de edificios, sin cuidar para

nada la organización. Este es precisamente otro de los aspectos originales de la CSV, cuyo Patronato ha vinculado en la dirección del centro la facultad técnica y administrativa; es decir, ha dado una cabez al Hospital, ciertamente con la máxima responsabilidad, pero igualmente con las más amplias atribuciones. Desaparece por primera vez el divorcio administrativo y técnico existente en todos nuestros hospitales provinciales, y aún en las fundaciones privadas, quedando el Patronato como un alto tribunal, al que regularmente, le serán rendidas cuentas de la gestión" (13).

Por su parte, el profesor de la Facultad de Medicina de Barcelona, Luis Saye, contrastaba esta situación con la nacional:

"El triunfo de López Albo ha de representar un paso decisivo en nuestras prácticas, y ha de contribuir en gran manera a acabar con la situación actual, en la que, Juntas y Comités no técnicos, influyen de un modo decisivo en nuestras instituciones hospitalarias y en campañas de Higiene Pública" (14).

En la primera reunión del Patronato de la CSV, el 16 de abril de 1928 se nombró a W. López Albo director técnico-administrativo (15). En la sesión del 14 de enero de 1929 el Patronato dejó en manos del director todo lo referente a la provisión de la plaza de jefe administrativo (concurso, condiciones, ...) (16). El método de selección fué el concurso abierto, exigiéndose el conocimiento de francés e inglés y la presentación de un curriculum y una memoria acerca de "Cómo concibo la organización, funcionamiento y especialmente la administración de un hospital general moderno" (17).

Se eligió a Miguel Caballero, quien se ocupó del cargo a partir del 1 de junio de 1929 (18). Miguel Caballero había nacido en 1891. Obtuvo el título de profesor mercantil en 1910, con premio extraordinario. Más adelante perfeccionó sus estudios comerciales en Londres. Fué profesor de la Escuela de Altos Estudios Mercantiles de Bilbao en los años 1913, 14, 27 y 28. Cuando fué contratado por la CSV era el secretario de la administración de la Sociedad Española de Construcción Babcock & Wilcox de Bilbao. En 1929, ya contratado por la CSV viajó con López Albo a EEUU para estudiar administración de hospitales (19).

La organización administrativa que se pretendía imprimir

a la CSV era así explicada por el recién nombrado administrador:

"Implantaremos en nuestra organización administrativo-contable, el sistema industrial; es decir, emplearemos procedimientos análogos a los que utiliza la industria, adaptándolas a la especialidad hospitalaria, a fin de intervenir eficazmente la compra, el uso y el consumo de todo aquello que se necesario para la buena marcha del establecimiento".

Para Caballero, en perfecta sintonía con las ideas de López Albo al respecto, era fundamental que, al igual que en la mayoría de los hospitales norteamericanos, la misma persona asumiera la máxima autoridad técnica y administrativa. De este modo, la administración empezando por su jefatura, quedaba suspeditada a una autoridad médica:

"El jefe administrativo tendrá el mando por delegación de todos los servicios de este orden, de suerte que se ocupará en los mismos asuntos que el administrador de cualquier hospital, pero será responsable en cualquier lugar ante el director" (20).

Esta doble dirección asumida por una sola persona es la que recogían los Estatutos del 10 de noviembre de 1929, en cuyo capítulo IV, artículo 17 se decía:

"El jefe de todos los Servicios de la CSV como del Instituto Superior de Especialidades Médico-quirúrgicas para Postgraduados, será el director médico y administrativo, quien desempeñará a la vez la plaza de profesor-jefe de un servicio médico quirúrgico. Será doctor en medicina y le nombrará el Patronato a propuesta del Consejo Médico de entre los jefes de los servicios médicos. Asistirá a las reuniones del Patronato para asesorar a este, darle cuenta de la marcha de la Institución y proponer las medidas que juzgue convenientes para su mejor funcionamiento y reglamentación en todos sus aspectos.

A las órdenes inmediatas del director estarán los servicios, el personal facultativo y el subalterno, tanto médico como administrativo y también el de los demás servicios auxiliares.

El director será el nexo entre el Patronato y el personal todo de la Institución. A sus órdenes inmediatas habrá un Jefe administrativo con las funciones propias de su cargo y el Patronato decidirá en cada caso las garantías que haya de presentar y las facultades que ha de tener para la disponibilidad de fondos (21).

4. EL FIN DE UNA EXPERIENCIA: LA REORGANIZACION ADMINISTRATIVA.

Esta orientación administrativa, novedosa en el panorama hospitalario español, que tuvo la CSV en su periodo fundacional se interrumpió bruscamente en mayo de 1930. En la reunión del 20 de mayo de 1930 se hacía referencia a

"las impresiones cambiadas entre los patronos con ocasión de la junta del día 4 del corriente sobre la administración de la Casa de Salud y organización de sus servicios subalternos, la opinión de todos los patronos de ser conveniente encomendarlas a las Hijas de la Caridad por Iniciativa de la marquesa" (22).

Realmente en las actas del día 4 de mayo no aparece recogida ninguna de estas conversaciones aunque sí se lee que, ante la ausencia de algunos patronos y dada la importancia de otros asuntos a tratar, "se suspende toda resolución hasta la reunión venidera" (23). El día 17 de mayo la prensa local anunciaba la posible sustitución del personal de enfermería de la CSV por religiosa (24) pero, la trascendencia del cambio proyectado sólo pudo saberse en la reunión del día 20 de mayo cuando, sin ningún razonamiento que lo justificase, se decidió la separación de la dirección técnica y administrativa. En relación al procedimiento utilizado es muy elocuente el fragmento de las actas que se reproduce:

"El señor vicepresidente espone que deduciéndose de las impresiones cambiadas entre los patronos con ocasión de la junta del día 4 del corriente sobre la administración de la Casa de Salud y organización de sus servicios subalternos, la opinión de todos los patronos de ser conveniente encomendarlas a las Hijas de la Caridad por iniciativa de la marquesa y aprovechando la estancia en Madrid de esta señora, de D. Pablo de Garnica y del exponente habían tenido los tres varias entrevistas con el Director y la visitadora de las Hijas de la Caridad de San Vicente de Paul, D. Carmelo Ballester y sor María Heredia a fin de planear el modo como podían dichas Hijas de la Caridad encargarse de la administración y servicio indicados de enfermeras, alumnas enfermeras y domésticos, llegándose a redactar un borrador de contrato del que se dió lectura, y que siguiendo instrucciones de la marquesa de Pelayo había dado cuenta al Fundador Excmo. Sr. Marqués de Valdecilla de lo proyectado, que lo aceptó y aprobó y después se lo había comunicado al Director, y ahora lo ponía en conocimiento del Patronato para que este, contando

ya con el consentimiento del Fundador acordase lo que pareciera más conveniente" (25).

Parece claro que esta reorganización administrativa lejos de responder a las necesidades hospitalarias, atendía a otros fines. La entrada de las Hijas de la Caridad no sólo supuso el cese de un personal cualificado, tanto en enfermería como en administración, sino el que la administración y todos los servicios no médicos de la CSV pasaron a depender directamente del Patronato (26). La autoridad del director quedaba muy mermada, en favor de la del Patronato.

Por otro lado, la forma que tuvo la marquesa de plantear la reorganización fué absolutamente irregular. En la reunión del 4 de mayo de 1930 se lee que no fué tomada ninguna resolución por faltar miembros del Patronato y, sin que mediara otra reunión por medio, se presentaron los hechos consumados en la sesión del 20. El contacto previo con las Hijas de la Caridad, lo anómalo del procedimiento de presentar al Marqués de Valdecilla el contrato privadamente y llevarlo al Patronato ya con su aprobación y la presumible manipulación de la autoridad de éste, son ejemplos suficientemente ilustrativos al respecto.

La reorganización de la CSV supuso que quedaran

"definitivamente separados la Dirección facultativa y la Administración y servicios no técnicos, que irán mejor en dicha Administración, la cual asume el Patronato quien podrá delegar en quien estime conveniente" (27).

Lo que forzó a la desaparición del cargo de Jefe administrativo. Aunque a estas alturas no parezca necesario aclararlo, la reorganización no tuvo nada que ver con una mala gestión del jefe administrativo como es aclarado en el Libro de Actas del Patronato (28).

Esta reorganización administrativa obligó a una transformación de los Estatutos aprobada el 28 de noviembre de 1930. Del artículo 17 reproducido anteriormente desaparecieron las competencias administrativas del director, quedando así en la nueva redacción:

"A las órdenes del director estarán todos los servicios médicos y el personal facultativo, así como también el subalterno o auxiliar, en lo que este intervenga en la

ejecución de actos de servicio de carácter clínico, como: distribución, régimen y asistencia técnica de los enfermos. El director será el nexo entre el Patronato y los servicios médicos de la Institución" (29).

¿Cuáles fueron los motivos que llevaron a este reorganización?.

Ciertamente, nos son por el momento desconocidos debido a la falta de documentación aclaratoria de este punto, pero hay dos factores que deben tenerse en cuenta porque sin duda pesaron en ella en mayor o menor medida:

1. Desde su creación la CSV contó con la abierta oposición del colectivo médico de Santander. La razón fundamental de dicha oposición fué el procedimiento seguido para cubrir las plazas de profesores-jefes de los distintos servicios: un concurso abierto-elección directa que no entendió de recomendaciones locales y que se limitó a valorar los méritos científicos de los aspirantes (30).
2. El proyecto original de la CSV no contemplaba la inclusión de personal religioso para el desempeño de las tareas de enfermería. La tradicional monja de hospital se veía así sustituida por la enfermera titulada, lo que sin duda fué visto por los sectores conservadores locales como un ataque a las instituciones religiosas y no como resultado del plan científico guía de la organización general de la CSV (31).

La falta de estudios sobre la situación política y social del Santander de la época impide ir más allá en la delimitación de posibles grupos de presión que pudieron determinar esta reorganización. Lo que sí está claro es la causa inmediata de la misma: el intervencionismo creciente en la marcha de la CSV de la Marquesa de Pelayo, sobrina del Marqués de Valdecilla, quien, a mediados de 1929 y por estar su tío enfermo, comenzó de hecho a presidir y controlar el Patronato. De esta forma, el Patronato de la CSV cayó en la tentación intervencionista tan característica de los patronatos de Beneficencia en la España de la década 1920-30.

López Albo había tenido libertad absoluta para elegir el personal facultativo de la CSV, siendo aconsejado para ello por las figuras más sobresalientes de cada especialidad. La primera inter-

vención de la marquesa de Pelayo se relacionó con este asunto y tuvo lugar en la sesión del Patronato celebrada el 14 de enero de 1929. En esta reunión el director, haciendo uso de sus facultades, propuso el nombramiento de diez profesores-jefes adjuntando sus currícula y los nombres de los especialistas que le habían asesorado en el tema. A los diez nombres citados, la marquesa de Pelayo añadió un undécimo, el médico local J. Martínez Fernández, cuyo nombramiento impuso (32), evidentemente contra el criterio de López Albo: en menos de un año tuvo López Albo que cubrir tres veces por vacante, la jefatura del servicio de Aparato Digestivo, pero nunca propuso para la misma a J. Martínez Fernández a pesar de ser esa su especialidad (33).

Hasta la reunión del 27 de marzo de 1930 no se conoce una nueva intervención de la marquesa, pero desde entonces su participación cada vez fué mayor. En la citada reunión

"se acuerda asimismo nombrar una Comisión de orden interior para inspeccionar todo el funcionamiento del establecimiento, vigilar y regular sus servicios y hacer un Reglamento que los abarque y armonice teniendo en cuenta los datos y antecedentes y proyectos que ha estudiado el Consejo Médico y que se aportarán a la Comisión para que este resuelva como crea conveniente. Se nombrar para formar esta Comisión a la marquesa de Pelayo, al presidente de la Diputación, al Alcalde de Santander y al vicepresidente D. J.J. Quijano" (34).

Las competencias de esta Comisión interior chocaban con las del director y del personal a su cargo que dirigía los servicios de enfermería y administración:

"Como el personal de enfermeras alumnas, sirvientes cocina, enfermeras consultorios y otros servicios pueden renovarse, ampliarse o disminuirse a medida que cesen unos y entren otros y se reglamenten los servicios, se autoriza desde luego a la Comisión de régimen interior, para que despida, nombre y altere sueldos y emolumentos, cosas que también podrá hacer el director según las conveniencias del servicio a juicio de él, entre una y otra reunión de la Comisión, a la cual comunicará todo lo por él hecho para que se resuelva en definitiva" (35).

Apenas un mes después, en la reunión del 4 de mayo de 1930, se presentó la dimisión de la subdirectora de la Escuela de

Enfermeras, M.T. Junquera, y fué de nuevo la marquesa quien sin respetar los estatutos impuso una nueva subdirectora (36).

Estas intervenciones culminaron con la supresión de la dirección única -técnica y administrativa- el 20 de mayo de 1930 y con la reorganización administrativa de la CSV que tuvo su expresión en la aprobación de una modificación de los Estatutos el 28 de noviembre de 1930. Para entonces había ya dimitido el organizador y primer director de la CSV, Wenceslao López Albo, quien presentó su dimisión ante el Patronato el 10 de septiembre de 1930.

5. CONSECUENCIAS DE LA REORGANIZACION ADMINISTRATIVA DE LA CSV.

La brevedad de la experiencia administrativa fundacional de la CSV (abril 1928-junio 1930) y la falta de documentación de archivo dificulta el conocimiento en profundidad de las consecuencias de esta reorganización.

Los nuevos Estatutos de 1930 recortaban ampliamente las competencias iniciales de la dirección médica, pero respetaban las relativas a cuestiones asistenciales o científico-docentes del cuerpo médico. Además, aunque López Albo había dimitido en septiembre de 1930, los profesores-jefes elegidos por el continuaron en las jefaturas de sus respectivos servicios. Ambos puntos inducen a pensar que la CSV mantuvo, aunque sólo fuera por inercia, buena parte del empuje renovador que le proporcionó su primitiva organización durante los años siguientes a la reestructuración de ésta.

No obstante, parece lógico suponer que la sustitución de un profesional administrativo con conocimientos de gerencia hospitalaria por la superiora de una comunidad religiosa tuvo que tener importantes consecuencias para la dinámica interna del hospital; lo mismo que la sustitución de la subdirectora de la Escuela de Enfermeras -doctora en medicina y con estudios de enfermería en París y Londres- y del resto del personal responsable de la enfermería en la CSV por una comunidad de Hijas de la Caridad.

Las consecuencias de este cambio pueden ilustrarse claramente con tres ejemplos:

- a. la supresión de los viajes de estudio.
- b. la dimisión de W. López Albo.
- c. la dimisión de R. Lorente de No.

a. Supresión de los viajes de estudio.

En la reunión del 15 de enero de 1929 se acordó que el remanente de la lámina dedicada a sueldos se empleara para

"sufragar los gastos que ocasione el traslado al extranjero y las enseñanzas que cursen en centros españoles o extranjeros los jefes hoy nombrados que deseen hacer estudios y para instalar el laboratorio de Fisiología al profesor Lorente de No, y que se autorice al director para conceder estas pensiones dando en su día cuenta al Patronato" (37).

La mayoría de los profesores-jefes realizaron estos viajes (38).

En la reunión del 9 de mayo de 1929 se nombraron cinco nuevos profesores jefes con lo cual no sólo no sobraba dinero de la citada lámina, sino que existía un déficit global en el capítulo de sueldos de 34.500 pesetas. Si se recuerda que el sostenimiento de una cama en la CSV en 1929 era de 1.500 pesetas al año, se entenderá que la cantidad era considerable. A pesar de esto se siguieron manteniendo los viajes de estudio y se facultó al director para que, si lo creía conveniente, pensionara también al personal de enfermería y médicos internos (39). Así en agosto de 1929 se presentaban los gastos ocasionados por el viaje del administrador a EEUU, de Augusto Navarro Martín (profesor-jefe de Dermatología y Sifilografía) a Suiza, de Rafael Lorente de No (profesor-jefe de Otorrinolaringología) a Upsala y a Berlín, de José Puyal (profesor-jefe de Química) a Berlín, de Julio G. Sánchez- Lucas (profesor-jefe de Anatomía Patológica y Autopsias) a Suiza y Alemania, de María Teresa Junquera (subdirectora de enfermeras) a París, de Matilde Basterra (enfermera, jefa de servicios sociales) a París, etc. (40).

Los viajes de estudios fueron congelados en julio de 1930 y el apartado de "Gastos de viajes y estudios" sencillamente desapareció de los datos administrativos que recogían los Anales de la Casa de Salud Valdecilla (41).

La supresión de los viajes de estudios. no se debió a razones económicas (ya había déficit cuando incluso se propuso ampliar su cobertura el 9 de mayo de 1929), sino de orientación. Un Patronato que tenía entonces las riendas administrativas de la de la CSV no fué sensible a unas necesidades que sí había entendido y atendido la anterior administración.

b. Dimisión de Wenceslao López Albo.

En este contexto no es de extrañar que el que fuera director y organizador científico de la Casa desde abril de 1928 presentase, finalmente, su dimisión en la reunión del 10 de septiembre de 1930 (42).

Al no conservarse la carta de dimisión en la que explicaba sus razones, ni existir otra fuente que las documente, la dimisión de López Albo ha dado lugar a todo tipo de especulaciones. Así, Francisco Vázquez González-Quevedo defiende una dimisión por causas políticas que no llega a explicar (43). José María Izquierdo Rojo cree que la principal razón fué su enfrentamiento con la comunidad religiosa (44). Aunque estas causas apuntadas pudieron influir, creemos, por las razones antes expuestas, que su decisión fué básicamente una consecuencia del cambio que con la reorganización administrativa sufrió la Casa de Salud Valdecilla.

El tema, en cualquier caso, está bastante oscuro. Tanto en la prensa local como en el periodismo médico se dió la noticia de un modo muy escueto, destacando la personalidad del nuevo director y dejando en segundo plano la figura del dimisionario (45). Fué en La Región (periódico de tendencia republicana) donde la noticia aparecía de modo más destacado.

En Gaceta Médica Española donde López Albo se ocupaba de la sección de Neurocirugía, en "Glosario de la actualidad médica" y bajo el título "Cambio de dirección en la CSV" se daba la noticia sin ningún comentario:

"Ha dimitido de su cargo de director de la CSV el dr. W. López Albo, a quien se debe la organización médica primordial del gran centro. Le sustituye el dr. Díaz Caneja
Razones de delicadeza nos constriñen a no poner

comentario sobre esta noticia que ha sorprendido grandemente en los círculos médicos, donde el prestigioso López Albo y la Casa Valdecilla cuentan con las mayores devociones" (46).

¿Cuáles eran estas razones de delicadeza?.

c. La dimisión de Rafael Lorente de No.

Rafael Lorente de No fué elegido, tras haber sido aconsejado López Albo por S. Ramón y Cajal, el 14 de enero de 1929 para la plaza de profesor-jefe del servicio de Otorrinolaringología de la CSV. Lorente de No puso una condición para aceptar el cargo: que se dotase a su servicio de un laboratorio de Histología y Fisiología del sistema acústico-vestibular (47). Estas condiciones fueron aceptadas y el propio Lorente de No, después de organizar el laboratorio, reconocía que:

"Existe un laboratorio de la anatomía y fisiología del aparato vestibular, creado por la generosidad del Marqués de Valdecilla que estará dotado de una instalación perfecta, sin igual ni aún en los laboratorios americanos" (48).

El 27 de junio de 1930 apareció la noticia de la invitación que el Central Institute for the Deaf de St. Louis (Missouri) había hecho a R. Lorente de No para que dirigiera su Laboratorio de Investigaciones Anatómicas (49).

En la sesión del Patronato del 8 de agosto de 1930 se dió cuenta de un escrito de Lorente de No en el que exponía una serie de condiciones que creía necesarias para seguir desarrollando su labor investigadora en la CSV. De no ser aceptadas estas condiciones, respondería afirmativamente a los ofrecimientos hechos por el Instituto norteamericano. En esa misma reunión el Patronato decide:

"que es imposible acceder a las propuestas del señor Lorente de No, sin duda muy razonables y justas desde el punto de vista de la investigación científica pero económicamente superiores de todo punto a los recursos de la Fundación" (50).

En la sesión del 14 de octubre se notificó la dimisión de Lorente de No (51) que tenía lugar apenas un mes después de la de W. López Albo y cinco meses después de la reorganización administra-

tiva del hospital.

Hubiera atendido la anterior administración sus peticiones?. Sinceramente creemos que sí.

NOTAS.

1. VAZQUEZ GONZALEZ-QUEVEDO, F. (1982) La medicina en Cantabria, Santander, Institución Cultural de Cantabria, p. 247.
2. RIO SANZ, J. (del) (1929) Ante la solemne inauguración de la Casa de Salud Valdecilla, La Voz de Cantabria (Santander), 24 de octubre, p. 3.
3. PATRONATO que regirá el hospital en construcción (El) (1928) El Cantábrico (Santander), 14 de abril, p. 1.
4. RIO SANZ, J. (del) (1929) op. cit., p. 1; MARAÑON, G. (1929) El sentido de la filantropía El Cantábrico (Santander), 24 de octubre, p. 9.
5. NOGUERA, E. (1930a) Crónica. Se inaugura el Instituto de Postgraduados médicos y la Casa de Salud Valdecilla. Idea de una gran institución. Noticia del curso inaugural. Perfiles al vuelo de hombres y de cosas. Gaceta Médica Española, 4, p. 136p.
6. LEGADOS de Beneficencia (Los) (Editorial) (1926) Revista Médica de Barcelona, 6, pp. 505-506.
7. ORGANIZACION de los Hospitales (Sobre la) (Editorial) (1929) Revista Médica de Barcelona, 12, p. 506.
8. COMO deben proveerse las plazas de médico de Hospital (Editorial) (1929) Revista Médica de Barcelona, 12, p. 410.
9. NOGUERA, E. (1930b) Las damas benéficas y la función facultativa de los médicos de hospital Gaceta Médica Española, 5, p. 72p.
10. NOGUERA, E. (1931) Los médicos de hospitales no pueden seguir eligiéndose por votos de legos en Medicina Gaceta Médica Española, 5, p. 101p.
11. ENCUESTA. Sobre el modo de proveerse los cargos facultativos (1931) Gaceta Médica Española, 5, pp. 137p.; 167-169p; 220-222p.
12. LOPEZ ALBO, W. (1932) Planteamiento y organización de un hospital moderno San Sebastián, Nueva Editorial, p. 24.
13. TAPIA, M. (1930) La genial obra de la Fundación Valdecilla juzgada

por sus visitantes médicos Gaceta Médica Española, 4, p. 154p.

14. SAYE, L. (1930) La genial obra de la Fundación Valdecilla juzgada por sus visitantes médicos Gaceta Médica Española, 4, p. 148p.

15. Libro de Actas del Patronato de la Casa de Salud Valdecilla (L.A.CSV), sesión del 16 de abril de 1928, p. 1.

16. L.A.CSV, sesión 14 de enero de 1929, p. 21.

17. (ANUNCIO. Para la provisión de la plaza de jefe administrativo de la Casa de Salud Valdecilla) (1929) Revista Clínica de Bilbao, 4, p. LV.

18. L.A.CSV, sesión 9 de mayo de 1929, pp. 35-36.

19. PERSONAL técnico de la Casa de Salud (1929) El Cantábrico (Santander), 24 octubre, p. 16.

20. CABALLERO, M. (1929) Cómo será la organización administrativa El Diario Montañés (Santander), 24 de octubre, p. 14.

21. ESTATUTOS DE LA CASA DE SALUD VALDECILLA (10 noviembre de 1929).

22. L.A.CSV, sesión del 4 de mayo de 1930, p. 78.

23. L.A.CSV, sesión 4 de mayo de 1930, p. 77.

24. EMPLEARAN religiosas en los servicios administrativos (Se) (1930) La Región (Santander), 17 mayo, p. 1.

25. L.A.CSV, sesión 20 mayo de 1930, pp. 78-79 (El subrayado es nuestro)

26. L.A.CSV, sesión 8 agosto de 1930, p. 87.

27. L.A.CSV, sesión 20 mayo de 1930, p. 79.

28. L.A.CSV, sesión 8 junio de 1930, p. 83.

29. ESTATUTOS DE LA CASA DE SALUD VALDECILLA (28 noviembre de 1930).

30. DIAZ CANEJA, E. (1932) Carta abierta al sr. Presidente del Colegio de Médicos de Santander Santander, folleto.

31. USANDIZAGA, M. (1931) Escuela de enfermeras Revista Clínica de Bilbao, 6, p. 388.

32. L.A.CSV, sesión 14 enero de 1929, p. 23.

33. HAN sido nombrados los médicos-jefes de los servicios de la Casa de Salud (1929) El Diario Montañés (Santander), 17 enero, p. 1.

34. L.A.CSV, sesión 27 marzo de 1930, p. 65.
35. L.A.CSV, sesión 27 marzo de 1930, p. 70.
36. L.A.CSV, sesión 4 mayo de 1930, p. 76.
37. L.A.CSV, sesión 15 enero de 1929, p. 25.
38. L.A.CSV, sesión 9 mayo de 1929, pp. 32-33.
39. L.A.CSV, sesión 9 mayo de 1929, pp. 34-36.
40. L.A.CSV, sesión 31 agosto de 1929, pp. 42-43.
41. L.A.CSV, sesiones del 8 de junio, 8 de agosto y 14 de octubre de 1930; DATOS ADMINISTRATIVOS (1930) Anales de la Casa de Salud Valdecilla, 1, p. 216.
42. L.A.CSV, sesión 10 septiembre de 1930, p. 101.
43. VAZQUEZ GONZALEZ-QUEVEDO, F.(1977) Médicos y Hospitales de Santander (1930-1976) Santander, ed. Estudios, p. 52; 55.
44. IZQUIERDO ROJO, J.M. (1978) Historia de la Neurología Clínica Española (1882-1836) Oviedo, Summa, p. 219.
45. EMILIO Díaz Caneja, nuevo director de la Casa de Salud Valdecilla (Don) (1930) El Diario Montañés (Santander), 11 septiembre, p. 1; NUEVO director de la Casa de Salud Valdecilla (El) El Cantábrico (Santander), 12 septiembre, p. 2; PARA sustituir al dr. López Albo se nombra a D. Emilio Díaz Caneja (1930) La Voz de Cantabria (Santander) 12 septiembre, p. 5; HA dimitido el sr. López Albo, y fué nombrado ayer director el señor Díaz Caneja (1930) La Región (Santander), 11 septiembre, p. 2.
46. CAMBIO de dirección en la Casa de Salud Valdecilla (1930) Gaceta Médica Española, 5, 7p. (El subrayado es nuestro).
47. LOPEZ ALBO, W. (1929) La obra cultural de la Marquesa de Pelayo. La Biblioteca médica de la 'Casa de Salud Valdecilla'. El Diario Montañés (Santander), 24 de octubre, p. 2.
48. LORENTE DE NO, R. (1929) El servicio de otorrinolaringología El Diario Montañés (Santander), 24 octubre, p. 7.
49. OFRECIMIENTO hecho al dr. Lorente de No para la dirección de un laboratorio en Norteamérica (El) El Cantábrico (Santander), 27 de junio, p. 3.
50. L.A.CSV, sesión 8 agosto de 1930, p. 96.
51. L.A.CSV, sesión 14 octubre de 1930, p. 109.

LA ASISTENCIA AL ENFERMO MENTAL EN LA "CASA DE SALUD VALDECILLA" DE SANTANDER: EL "PROYECTO DE UN PABELLON DE PSIQUIATRIA, DISPENSARIO PSIQUIATRICO E INSTITUCION DE ORIENTACION PROFESIONAL" DE WENCESLAO LOPEZ ALBO (1889-1944).

Salmón, F.; Arrizabalaga, J.; García Ballester, L.

Cátedra de Historia de la Medicina. Dpto. de Fisiología y Farmacología.
Facultad de Medicina. Universidad de Cantabria.

"...porque en España la continuidad no existe. Sí el olvido periódico e incluso sistematizado, planificado."

J. Caro Baroja

I. INTRODUCCION.

En 1928, el Marqués de Valdecilla aconsejado por Gregorio Marañón encargó a Wenceslao López Albo -médico cántabro afincado en el País Vasco que en aquel momento era director del Manicomio de Zaldívar y jefe del consultorio de neuropsiquiatría del Hospital Civil de Bilbao- la dirección y organización científica de la Casa de Salud Valdecilla, le nombró asimismo jefe del Pabellón de Psiquiatría (1).

Si como organizador de la Casa de Salud Valdecilla (CSV) tuvo Albo López la oportunidad de dirigir uno de los proyectos científica y económicamente más ambiciosos de la medicina española contemporánea, como profesor-jefe del departamento de neuropsiquiatría de la CSV, pudo llevar a la práctica buena parte de sus ideas relativas a la organización de la asistencia al enfermo mental, entre ellas, la integración de la asistencia al enfermo mental agudo en el organigrama de un hospital general con la creación de distintas estaciones -dispensario y clínica- en las que este paciente recibiera asistencia. Estas ideas que conectaban con los modelos más avanzados de asistencia psiquiátrica y organización hospitalaria, habían sido ya puestas

de manifiesto por López Albo dos años antes en su contribución a la ponencia "Plan moderno de asistencia a los alienados" de la I Reunión de la Asociación Española de Neuropsiquiatras (Barcelona, 1926). En una de sus conclusiones propone López Albo que:

"En el Hospital Provincial de cada capital de provincia (o en el que haga sus veces) se creará y sostendrá por las Diputaciones, un servicio abiero de hospitalización con Dispensario de profilaxis mental, consultorio y servicio social" (2).

El objeto de la presente comunicación es el estudio del llamado "Proyecto de un Pabellón de Psiquiatría, Dispensario Psiquiátrico e Instituto de Orientación Profesional para la 'Casa de Salud Valdecilla' que Wenceslao López Albo diseñó. El desconocimiento general que plantea sobre la figura de este neuropsiquiatra obliga, no obstante, a un apunte biográfico previo.

2. WENCESLAO LOPEZ ALBO (1889-1944): APUNTE BIOGRAFICO.

Wenceslao López Albo nació en Santander el 6 de noviembre de 1889 en el seno de una familia acomodada. Entre 1905 y 1912 cursó la licenciatura en medicina en Valladolid y Madrid. En Madrid donde se doctoró en 1914 con la tesis titulada "El síndrome paralítico ante los Tribunales. Estudio médico-legal" fué discípulo de Manuel Alonso Sañudo, Enrique Fernández Sanz y Aureliano Maestre. Durante el curso 1912-13 entró en contacto con Nicolás Achucarro, Miguel Gayarre y Luís Simarro, figuras destacadas en el campo científico en el que finalmente se especializaría: la neuropsiquiatría.

En 1914 amplió estudios en Alemania que fueron interrumpidos por el estallido de la I Guerra Mundial. Allí fué alumno oficial de la Königlichen Friedrich Wilhelms-Universität de Berlín, cursando materias de su especialidad y afines con los profesores Bonhoeffer, Lewandowski, Strassmann, Krause, Oppenheim.

En 1915 estableció en Bilbao una consulta privada de enfermedades nerviosas y mentales, siendo al año siguiente nombrado director-médico de la consulta de neurología y Psiquiatría del Hospital Civil de Basurto.

Entre los años 1920 y 1923 continuó ampliando estudios

de postgrado con diversas estancias en clínicas extranjeras, entre ellas, las parisinas de Chauffard, Fissinger, Pierre Marie, Claude, Leri y Foix.

Entre 1925 y 1928 fue nombrado médico-director del Manicomio de Zladívar, manteniendo igualmente su cargo en el Hospital de Basurto. Entre 1925 y 1927 compaginó ambos trabajos con nuevas estancias en París en contacto con Leopold Levi y Guillain.

En abril de 1928 dejó su trabajo en el País Vasco al recibir el encargo del Marqués de Valdecilla de organizar y dirigir la Casa de Salud Valdecilla de Santander. Aprovechó los viajes realizados con ese fin para estudiar distintas técnicas neuroquirúrgicas visitado alguno de los centros mundiales más importantes en esa incipiente especialidad, como los servicios de Förster en Breslau (1928), de Cushing en Boston (1929), de Frazier en Filadelfia (1929) y el de Elsberg en Nueva York (1929).

En septiembre de 1930, López Albo, abandonó la dirección de la CSV regresando a su consulta privada de Bilbao, donde permaneció, desempeñando distintas responsabilidades, hasta que en 1936 fue llamado de nuevo para ocupar la dirección de la CSV. Ante la inminente entrada de las tropas franquistas en Santander se vió obligado a abandonar precipitadamente la ciudad por mar, desplazándose a Francia y desde allí a Barcelona, donde fue profesor de la Universidad Autónoma (1937-1938) y ocupó distintos cargos de responsabilidad en la sanidad de guerra republicana. En 1939 se exilió a Méjico donde prosiguió su importante labor asistencial, docente e investigadora, primero en Monterrey y a partir de 1942 en Méjico D.F. donde falleció el 28 de diciembre de 1944.

Desde el inició de su práctica médica en 1915 López Albo tuvo una intensa vida científica y profesional. Sólo en los quince años transcurridos entre esta fecha y su nombramiento como director de la CSV publicó no menos de 120 artículos médicos, además de desarrollar una prolífica labor reseñadora y traductora de libros y artículos médicos alemanes, franceses, ingleses, norteamericanos e italianos, en la prensa médica española.

López Albo no circunscribió su actividad publicista a

la prensa médica. Amigo personal de Indalecio Prieto, colaboró en El Liberal de Bilbao con artículos médicos y otros de interés general.

Fue miembro del comité de redacción de Archivos de Neurología desde su fundación en 1920; redactor-jefe de Revista Clínica de Bilbao desde 1925, y responsable hasta 1936 de la sección de neurocirugía que, a propuesta suya, Gaceta Médica Española creó en 1927.

Participó en numerosos congresos y reuniones de su especialidad, entre ellos el I Congreso Nacional de Medicina (sección neurología) (Madrid, 1919) III Reunión Neurológica Internacional y Congreso de Higiene Mental (Paris, 1922), I Reunión de la Asociación Española de Neuropsiquiatras (Barcelona, 1926), I Asamblea de la Liga de Higiene Mental (Madrid, 1927), VIII Reunión Neurológica Internacional (Paris, 1928), Congreso de Médicos Alienistas y neurólogos de Francia y de los Países de Lengua Francesa (Barcelona, 1929), I Congreso Internacional de Hospitales (Atlantic City), II Congreso Internacional de Hospitales (Viena, 1932) y el I Congreso Pro Médico Español (Zaragoza, 1935).

Fue organizador y activo miembro de numerosas asociaciones médicas profesionales, entre ellas la Asociación Española de Neuropsiquiatras (1925), la Liga de Higiene Mental (1926) y además tuvo una participación muy activa en la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. En otro orden de cosas, su compromiso político y sindical le llevó a organizar en 1931 la sección médica de la UGT en Vizcaya.

3. LA ASISTENCIA AL ENFERMO MENTAL AGUDO EN EL HOSPITAL GENERAL

Durante el primer tercio del siglo XX se desarrolló, sobre todo en Alemania y Estados Unidos, un movimiento a favor de una transformación de la asistencia al alienado. Dicho movimiento potenció la asistencia extramanicomial (dispensarios, clínicas ambulantes, social workers, ...), promovió campañas de profilaxis e higiene mentales, y mejoró parcialmente la situación manicomial (limitación del encamamiento, terapia ocupacional de H. Simón, clínicas abiertas en los manicomios, alta bajo palabra, ...) (3).

La idea de instalar al paciente psiquiátrico (agudo o curable) junto al resto de los pacientes de una hospital general debe enmarcarse en este contexto, por mas que se trate de un tema muy controvertido hasta bien entrado los años treinta.

En 1926 sólo siete hospitales alemanes incluían estas unidades neuropsiquiátricas (4). En 1928, el Mental Hygiene Bulletin se quejaba de que eran pocos los hospitales generales norteamericanos que atendían a enfermos mentales (5).

En 1933, Enrique Fernandez Sanz del Manicomio de Leganes (Madrid), se hacía eco de esta corriente de opinión y escribía que la instalación de departamentos neuropsiquiátricos en hospitales generales es

"de relevante actualidad en el mundo entero, y sobre todo en los países mas progresivos, en Alemania y Estados Unidos, donde está siendo objeto de numerosas publicaciones polémicas; ha sido también tesis de una ponencia presentada por Alter (de Düsseldorf) en el Segundo Congreso de la Asociación Internacional de Médicos de Hospitales, verificado en Viena en 1931 (...) y por último, las aspiraciones así expresadas han sido ya llevadas a la práctica en varias naciones de Europa y América, en los servicios hospitalarios de Brouwer (Amsterdam), Cimbal (Altona), Foerster (Breslau), Hürber (Mayenza), Wetzel (Stuttgart), Frankel (Trenton, Nueva Jersey, EEUU) y Held (Ford Hospital, Detroit, Michigan, EEUU)" (6)

En España se carecía de una estructura manicomial adecuada y la extramanicomial era inexistente. La legislación vigente que regulaba la asistencia al enfermo mental (Decreto de 1885) no respondía a postulados científicos y simplemente intentaba poner trabas al ingreso en el manicomio. La situación de desamparo en la que se encontraba el paciente era total. Son muy elocuentes, a este respecto, las críticas que se recogen en las Actas de la Asociación de Neuropsiquiatras en su primera (Barcelona, 1926) y segunda reunión (Madrid, 1927) (7).

En algunos hospitales españoles existían departamentos para dementes pero eran auténticos almacenes en donde no se recibía asistencia psiquiátrica, y cuya única función era ayudar a paliar el hacinamiento y sobresaturación de los manicomios (8). En otros hospitales generales, por ejemplo, el de Basurto, sencillamente, no se aceptaban enfermos mentales (9).

El Pabellón de Psiquiatría de la CSV fue proyectado por W. López Albo en este contexto. En 1928 fue reconocido por José Sanchís

Banus, jefe de la sección de Neurología del Hospital General de Madrid, como el primer servicio psiquiátrico hospitalario creado en España "con arreglo a los mas modernos criterios científicos" (10)

El parecido de este proyecto con el de las instalaciones norteamericanas que visitaron Jose M. Sacristan, Jose Germain y Belarmino Rodriguez Arias con motivo del Primer Congreso Internacional de Higiene Mental celebrado en Washington en 1930, fue descartado por estos en los siguientes términos:

"Un tipo de organización muy interesante que reporta grandes servicios como estación psiquiátrica intermedia es la llamada policlínica psiquiátrica general - p.ej. en Boston al Massachussets General y en Baltimore el Phipps Institut de la Johns Hopkins University - .En estos centros insertos en el grupo de otras clínicas y policlínicas dedicadas a otras especialidades médicas, el estudio de cada caso llega a una máxima perfección merced a una colaboración común. Todos obedecen al mismo principio: la investigación de la totalidad de la personalidad del paciente desde todos los puntos de vista, somático, social, psicológico y psiquiátrico. El hospital fundado en Santander por el Marqués de Valdecilla, obedece, en cierto modo, al mismo principio" (11)

4. RAZONES DE UN PROYECTO RENOVADOR EN LA ESPAÑA DEL PRIMER TERCIO DEL SIGLO XX.

Las razones por las que López Albo justificaba la necesidad de incluir una unidad psiquiátrica en todo hospital general se apoyaban en los beneficios que la misma reporta tanto a la institución hospitalaria, como al demente y al neuropsiquiatra.

En relación a las ventajas para el hospital, ya en 1926, López Albo señalaba que

"Lo mejor sería establecer en cada hospital general provincial, unidas a las clínicas neurológicas, salas o un pabellón para psicópatas en cura libre, bien sea convirtiendo en neuropsiquiátricas las clínicas neurológicas de los hospitales o bien estableciendo una clínica psiquiátrica con el dispensario neuropsiquiátrico; ahí habría la ventaja de poderse estudiar psíquicamente enfermos de medicina general o cirugía, que de otro modo escaparían a la clínica psiquiátrica. El menor trastorno mental observado en dichas clínicas, sería estudiado por el personal del servicio psiquiátrico y lo mismo las psicosis en el curso de las infecciones, afecciones somáticas, intervenciones,

anestias, traumatismos, etc... campo de estudio de gran valor" (12).

Suscribiendo las mismas razones de caracter científico apuntadas seis años antes, su marcada preocupación médico-social le hacía añadir en 1932:

"En la actualidad puede afirmarse que un hospital general sin servicio psiquiátrico y sin psiquiatría cumple incompletamente su función médico-social" (13).

Pero la presencia de una unidad psiquiátrica en un hospital general se justificaba en los años 20-30 también por los beneficios proporcionados al enfermo mental y al neuropsiquiatra. Las ventajas apuntadas por López Albo y otros neuropsiquiatras de la época eran las siguientes:

a. Permitía una mayor relación de los neuropsiquiatras con otros especialistas, facilitando la colaboración y utilización de todos los recursos diagnósticos y terapéuticos con que cuenta el hospital.

b. Ayudaba a romper el prejuicio existente contra el enfermo mental, al que no se consideraba un auténtico enfermo.

c. Disminuía asimismo el temor (no justificado) a la asistencia psiquiátrica manicomial. El carácter abierto de la unidad psiquiátrica contrastaba con la idea de presidio asociada indefectiblemente a la de manicomio (14).

d. Por otro lado el ambiente de optimismo y el tratamiento activo (teóricamente) reinante en el hospital general era un fuerte estímulo tanto para el paciente como para el médico frente al fatalismo, la pasividad y la inercia que dominaban manicomios y asilos.

e. Otra de sus grandes ventajas era la posibilidad de tratamiento precoz. La dificultad de ingreso en el manicomio hacía que llegasen a este casos muy evolucionados donde poco podía hacer la psiquiatría. Esta situación era mantenida por una legislación obsoleta (Decreto de 1885) que estuvo vigente hasta la nueva legislación psiquiátrica introducida en 1931 por el primer gobierno de la República (15). Las clases acomodadas podían soslayar este inconveniente y disfrutar de una asistencia precoz en Sanatorios privados. Este aspecto es denunciado por López Albo en 1929.

"Uno de los mayores peligros en la asistencia y el tratamiento de las enfermedades mentales en España, es su

exclusión arbitraria de los hospitales generales, único sitio donde podrían recibirlos con precocidad y adecuadamente. Hasta hoy, sólo las clases acomodadas resolvían el problema con los Sanatorios, no siempre con las condiciones óptimas para aplicar la técnica curativa moderna.

Recientemente hemos leído en 'The Times' estas consideraciones que la Royal Commission on Lunacy and Mental Disorder', al insistir acerca de la separación caprichosa del estudio de las enfermedades mentales del de las afecciones somáticas, cuando la medicina cada vez las relaciona más íntimamente, expone que en '15 Annual Report': 'La psicopatía es, después de todo, una enfermedad igual que las demás, si bien con síntomas diferentes, y una afección mental puede ser tratada con no menor eficacia que una enfermedad somática' y agrega: 'Es lamentable que a las clases humildes se les siga negando facilidades para un tratamiento voluntario en los primeros periodos, tan llenos de esperanza, de su trastorno mental, las cuales hallan los más afortunados por su situación económica'" (16).

f. Otro de los problemas que venía a resolver la unidad psiquiátrica era el de descargar la población manicomial.

En 1932 en la memoria de Secretaria de la Liga de Higiene Mental, José Germain reconocía que el problema fundamental de la asistencia psiquiátrica en la España de la década 20-30 era el de la escasez de establecimientos (17).

López Albo pensaba que este problema podría paliarse con la instalación de servicios neuropsiquiátricos en los hospitales generales.

"Si todo hospital provincial de beneficencia general dispusiera de un pabellón especial destinado a la admisión provisional de los psicópatas crónicos y de los curables a plazo largo, y a la asistencia de los psicópatas agudos, cuyo tratamiento es eminentemente médico, y a dirigir desde los servicios de consultorio y social la profilaxis e higiene mental de la provincia, estaría resuelta en España la faceta más apremiante de la asistencia a los enfermos mentales" (18).

El descongestionamiento de los manicomios se lograría así por varias razones:

.el tratamiento de los curables y agudos se llevaría a cabo en este pabellón.

.al no existir ninguna traba legal para su ingreso (por ser una clínica abierta) ni el rechazo que habitualmente tiene la familia

hacia los manicomios se instituiría un tratamiento precoz lo que ayudaría a disminuir la cronicidad y por lo tanto los posibles candidatos a un ingreso definitivo.

.se podría dar altas precoces a enfermos manicomiales al existir un servicio de Consultorio y una asistencia social a domicilio que garantizase el tratamiento ambulatorio (19).

g. Otra de las grandes ventajas de la unidad de agudos en un hospital general era la posibilidad de contar con una infraestructura que garantizase una labor investigadora. Cuando López Albo describía en 1926 su plan de asistencia psiquiátrica consideraba indispensable que la Clínica psiquiátrica contase con

"laboratorios para toda clase de investigaciones clínicas: serológicas, citológicas, hematológicas, químicas, biológicas e histopatológicas; laboratorio fisiopatológico para estudiar la fatigabilidad, la fisiología del esfuerzo, las pruebas de memoria, las pruebas motoras y la determinación del nivel de cociente mental (...). Y, por fin, laboratorios de antropometría y radiología y electrología" (20).

En el manicomio de Zaldívar (Vizcaya) contó con alguno de estos elementos, lo que les permitió a él y a su equipo realizar rigurosos trabajos de investigación clínica sobre enfermedades mentales (21), estudios muy frecuentes en Europa y América pero casi inexistentes en España (22). En cualquier caso parecía evidente una moderna organización hospitalaria ofrecería los medios más adecuados.

h. La mejora de la docencia era otra de las ventajas de este sistema. En 1932 siendo López Albo presidente de la Asociación Española de Neuropsiquiatras, en su discurso inaugural de la VI Reunión, apuntaba este tema. Después de quejarse de que la formación del neuropsiquiatra español era casi exclusivamente autodidacta, haciéndose indispensable salir al extranjero para lograrlo, encontraba que ello derivaba de dos factores:

"primeramente de la falta de cátedra de Neurología y de Psiquiatría en nuestras facultades, asunto que demanda una preocupación rápida del Ministerio de Instrucción Pública, encaminada a la creación de la enseñanza oficial de nuestras especialidades; y, en segundo lugar, de la carencia de Clínicas neurológicas y de servicios Psiquiátri-

cos para agudos en nuestros Hospitales" (23).

5. EL PABELLON DE PSIQUIATRIA DE LA CSV.

Tal y como fué diseñado por López Albo, el Pabellón de Psiquiatría de la CSV se estructuraba en dos grandes núcleos: el Dispensario que debía incluir el servicio de consultas y el de asistencia social, y la Clínica Mental o área de hospitalización.

Con estos elementos se pretendía fundamentalmente:

- a. Asistir a los psicópatas agudos y curables a corto plazo, cuyo tratamiento fuera eminentemente médico;
- b. Admitir provisionalmente a los psicópatas crónicos y curables a largo plazo, antes de ser conducidos al Manicomio o al Asilo-Colonia, y
- c. Dirigir la profilaxis e higiene mentales de la provincia (24).

5.1. El Dispensario Psiquiátrico.

El Dispensario aparece como uno de los pilares de la reforma asistencial psiquiátrica que se estaba produciendo desde comienzos de siglo en Europa y EEUU y que todavía no era habitual en España. Lógicamente para poder cambiar la asistencia manicomial con la introducción de altas prematuras para crónicos o la creación de clínicas abierta para agudos se necesitaba una infraestructura de asistencia extramanicomial (25).

En 1921, José M. Sacristán exigía una reforma orientada en este sentido: para dinamizar los manicomios hacía falta una organización que velase por el enfermo mental fuera de ellos. Este es el sistema que propuso Kolb para la reforma psiquiátrica en Alemania, sistema que aunque le parecía muy alejado de las posibilidades españolas, creía Sacristán necesario imitar (26). Insistiendo sobre el mismo tema, en 1926 señalaba desde la Asociación de Neuropsiquiatras que la llamada profilaxis mental y la asistencia postmanicomial exigían la creación de dispensario o consultorios psiquiátricos (27).

De la importancia concedida a los dispensarios, dá idea

el hecho de que en la II Reunión Nacional de la Liga de Higiene Mental (Bilbao, 1928), uno de los temas propuestos fuese el de "Organización del Dispensario Psiquiátrico para grandes y pequeñas urbes", al que se dedicaron tres ponencia, la de Gonzalo Rodríguez Lafora, la de Jesús Bartrina, catedrático de la Facultad de Medicina de Valencia y la del comandante psiquiatra, Ricardo Murillo; al mismo tiempo que López Albo exponía su "Proyecto de un Pabellón Psiquiátrico, Dispensario psiquiátrico e Instituto de orientación Profesional para la CSV" (28).

El nuevo decreto de julio de 1931 sobre asistencia a los alienados (inspirado en las recomendaciones de la Asociación de Neuropsiquiatras), reconocía la obligatoriedad de instalar estos dispensarios:

"Las Diputaciones que cuenten con hospital psiquiátrico fuera de los centros urbanos organizarán en las capitales un dispensario psiquiátrico (consultorio) que funcionará, por o menos, tres veces por semana" (29).

A pesar de todo, en los dos primeros años de la República, sólo se organizó un dispensario de Higiene Mental (30).

El dispensario del psiquiátrico de la CSV fué concebido por López Albo recogiendo esta orientación y respondiendo al organigrama general de la CSV. De hecho, uno de los elementos que más cuidó López Albo en la organización de la CSV fueron los dispensario de cada una de las especialidades. Yacía en esta preocupación una motivación socioeconómica muy importante. De un lado, el dispensario ayudaría a cambiar la imagen popular del hospital: el paciente se sentiría "asistido" y no "recogido". De otro, los beneficios económicos que este sistema reportaría a la comunidad y al propio hospital era muy claros: piénsese en las ventajas económicas de las campañas de profilaxis que habrían de desarrollarse desde estas dependencias y en el ahorro que supondría el evitar encamamientos innecesarios (31).

El Dispensario de Psiquiatría de la CSV no se encontraba como los del resto de las especialidades (salvo el consultorio de infecciosos y tuberculosis) en el Pabellón Central sino en el Pabellón de Psiquiatría. Se distinguen en él dos servicios: el Consultorio

y el servicio de Asistencia social.

5.1.1. El Consultorio.

El servicio de consultas del Pabellón de Psiquiatría sólo abordaba casos de psiquiatría siendo los de neurología tratados en el Pabellón de Consultorios.

Este servicio era el responsable del tratamiento ambulatorio

de psicópatas y neuróticos externos que nunca habían sido internados ni en la clínica mental ni en el manicomio, y

2. externados de la clínica o manicomio que precisasen continuación de tratamiento o sufrieran recidivas (32).

Además en este servicio de consultas funcionaba una sección especial de neuropsiquiatría infantil y niños mentalmente anormales (33).

5.1.2. El servicio de Asistencia Social.

De acuerdo con el plan de López Albo, el servicio de Asistencia social del Dispensario Psiquiátrico al igual que en otras especialidades sería llevado a cabo por asistentes sociales (enfermeros y enfermeras) dirigidos por el personal facultativo, cumpliendo distintas funciones:

a. Ayuda al diagnóstico y tratamiento.

Cuando el enfermo acudiese por primera vez al Consultorio una enfermera especializada redactaría una ficha en la que se anotarían una serie de adatos sobre la situación social y económica del paciente. Si se considerase necesario estos datos serían comprobados in situ por enfermeras visitadoras. Gracias a este servicio, apuntaba López Albo,

"se indagarán las condiciones sociales que pueden concurrir en la psicopatía sea como causas provocadoras, sea como sostenedoras o agravantes de los trastornos, especialmente las preocupaciones de índole moral, económica, profesional y familiar".

El conocimiento del medio ayudaría a perfilar el diagnóstico y a modificar o introducir nuevos tratamientos (con especial importancia

en alcohólicos o toxicómanos que debían ser separados de su medio habitual) y permitiría vigilar que el enfermo cumpliera, en el medio familiar, las prescripciones higiénicas y terapéuticas hechas en la consulta (34).

b. Profilaxis de los actos antisociales.

La observación del enfermo en su propio medio proporcionaría una visión más completa de su comportamiento y sus distintas reacciones. De esta manera se podrían prevenir los actos auto y heteroagresivos (35).

c. Profilaxis e higiene mental.

Desde el Dispensario se harían campañas divulgativas contra las toxicomanías: alcoholismo, morfinismo, cocainismo... y las intoxicaciones profesionales, además de intentarse una labor educativa del pueblo, familia y enfermos mentales que ayudase a una mejor comprensión de estos (36).

d. Reinserción social.

El párrafo acotado refleja de modo expresivo la dimensión de las preocupaciones de López Albo al respecto:

"Se facilitará la readaptación del psicópata a la vida social normal (...). Además, se estudiarán en el los problemas médico-sociales en relación con el estado mental y somático, y el factor social, y se reajustaría socialmente al sujeto inadaptado al oficio o profesión, colocándole en una actividad que armonizaría con sus aptitudes y temperamento. Se estudiarían los factores de este mal ajuste social " (37).

e. Promoción de asociaciones de ayuda al alienado.

En otros países existían diversas asociaciones de ayuda al alineado como Comités de deficientes mentales o Patronatos de protección al ex-alienado que velaban por los derechos de estos y por su integración social. En España en 1929 era necesario potenciar estos organismo. Al igual que López Albo, T. Busquets en 1927 justificaba la necesidad de los mismos y proponía un Patronato para Psicópatas (38).

f. Canalización de los recursos de la beneficencia.

El servicio de Acción Social al conocer la realidad del

enfermo podía dirigir los recursos de la beneficencia de un modo más eficaz (39).

Como puede deducirse de todo lo anteriormente dicho, el servicio de Asistencia Social del Dispensario Psiquiátrico de la CSV, tal como fué diseñado por López Albo, representaba el desarrollo de un programa médico-social en el ámbito de la asistencia psiquiátrica.

La Ausencia de archivos tanto de la CSV, como de la Beneficencia de Santander, impiden saber si la dimensión social de la CSV fué llevada a cabo tal como fuér proyectada por López Albo. La prematura dimisión de éste en septiembre de 1930 (40), antes de entrar en funcionamiento el Pabellón de Psiquiatría, y un artículo suyo de 1935 (41) en el que hacía alusión a este tema, inducen a pensar que esta faceta no pudo ser desarrollada.

5.1.3. El Instituto de Orientación Profesional.

Estos servicios serían completados por un Instituto de Orientación Profesional. La organización de este Instituto entraba dentro de la corriente que abogaba porque un estudio médico-somático y psíquico- presidiera toda selección profesional. De este modo - escribe López Albo- se lograría

"colocar a cada ciudadano en el oficio y la profesión más adecuada a sus aptitudes orgánicas, sensoriales, psicomotrices y mentales, a fin de que produzca el máximo y lo mejor sin llegar a la fatiga" (42).

Parece innegable la influencia en esta ideas de los métodos industriales del taylorismo con su preocupación por obtener de un modo racional el máximo rendimiento en el trabajo.

En la práctica, en la CSV, este instituto no se llevó a cabo.

5.2. La Clínica Mental.

En 1926 se refería López Albo a la necesidad de una clínica mental abierta en un hospital general. Esta clínica

"admitiría enfermos que, por las características e índolo de sus alteraciones mentales no precisan ser internados y cuya privación de libertad no beneficiaría ni a ellos

ni a la sociedad, pero que tampoco deben estar en libertad, abandonados a si mismos o a sus familiares, que no les comprenden, ni reconocen muchas veces, su psicopatía" (43).

Al proyectar en 1928 el pabellón Psiquiátrico de la CSV López Albo incorporó su plan, propuesto en la primera reunión de la Asociación de Neuropsiquiatras, concretando más cada uno de los temas allí elaborados. Así al referirse a la clínica mental indicaba que era un servicio abierto de admisión, observación y tratamiento. Cuyos fines debían ser:

1. Admitir a todo enfermo psiconeurótico y mental de la provincia, tanto a los afectos de psicosis agudas, de desarrollo y evolución rápidos, como a los que padezcan psicosis transitorias o por accesos intermitentes, curables en general en poco tiempo y que precisan ser cuidados con rapidez.
2. Estudiar y clasificar los psicópatas y fijar el diagnóstico y pronóstico de su afección.
3. Establecer un tratamiento activo, por los medios de terapéutica moderna, de los casos agudos y curables, sin que los enfermos se vean privados por los medios legales de la libertad individual.
4. Atender al tratamiento de los toxicómanos susceptibles de curación.
5. Retener a los enfermos crónicos, incurables o únicamente curables en largo tiempo, los días indispensables para estudiar sus trastornos, fijar el diagnóstico provisional o definitivo, si esto último fuera posible y para tramitar el expediente de internamiento manicomial." (44)

Era imprescindible que esta organización no se convirtiera en un pequeño manicomio-asilo, perdiendo sus características de servicio activo y transitorio. Por eso se tuvo especial cuidado en la elaboración de los reglamentos de la clínica mental, sobre todo en el control de la duración de las estancias (45).

Por lo demás la organización de la clínica mental era similar al resto de las clínicas de las otras especialidades en el CSV, salvo aquellas instalaciones necesarias para estos enfermos; habitaciones pequeñas e individuales en caso de agitados, ventanas adecuadas en caso de enfermos suicidas o con tendencia a la fuga y todos aquellos dispositivos que garantizando una asistencia moderna, evitasen los actos auto y heteroagresivos. Los medios restrictivos

físicos estaban proscritos y en caso de agitados se utilizaban los sedantes e hipnóticos y la hidroterapia (46).

6. EPILOGO.

López Albo no redujo su plan de asistencia psiquiátrica a esta unidad que acabamos de ver. El Pabellón Psiquiátrico formaría parte de un plan general de asistencia psiquiátrica que cubriese toda la provincia, con granjas-escuelas, colonias agrícolas, asistencias extrasanatorial en medio rural, red de dispensarios en el medio urbano en relación con centros de selección y orientación profesional, etc. Este proyecto más ambicioso fué el que propuso en 1932 para cubrir las necesidades psiquiátricas de Vizcaya (47). Pero este tema desborda el marco de nuestro estudio.

Sí hay que señalar brevemente que en septiembre de 1936 López Albo, a requerimiento del director general de guerra, Bruno Alonso, regresó a Santander para hacerse cargo de la dirección de la CSV y del Pabellón de Psiquiatría (48).

Durante este nuevo periodo que fué bruscamente interrumpido en agosto de 1937 por la entrada de las tropas del general Franco en Santander, además de proseguir sus trabajos de investigación clínica (49) y de diseñar un curso de especialización en Psiquiatría para enfermeras tituladas (50), organizó (en febrero de 1937) una colonia agrícola para enfermos mentales en la casa que el Marqués de Valdecilla tenía en el municipio de Solares (51).

NOTAS.

1. Libro de Actas del Patronato de la Casa de Salud Valdecilla (L.A.CSV), sesión del 16 de abril de 1928, p. 2.

2. LOPEZ ALBO, W. (1926) Plan moderno de asistencia a los alienados: Actas de la I Reunión de la Asociación Española de Neuropsiquiatras En Archivos de Neurobiología, 6, p. 226.

3. SACRISTAN, J.; GERMAIN, J.; RODRIGUEZ ARIAS, B. (1930) Psiquiatría práctica e higiene mental Archivos de Neurobiología, 10, pp. 327-328.
4. HOFFMAN (1934) La instalación de servicios neuropsiquiátricos en los Hospitales generales Archivos de Neurobiología, 14, pp. 403; 498.
5. TREATING mental patients in a general hospital (1928) The Modern Hospital, 30 (march), p. 58; GENERAL hospital should provide for emergency mental cases (1928) The Modern Hospital, 30, (feb.), p. 84.
6. FERNANDEZ SANZ, E. (1933) La instalación de departamentos neuropsiquiátricos en los Hospitales Generales Archivos de Medicina, Cirugía y Especialidades, 36, p. 237.
7. ASOCIACION ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRAS (Primera Reunión anual. 21, 22 y 23 de junio de 1926. Barcelona) (1926) Archivos de Neurobiología, 6, 157-255, ASOCIACION ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRAS. (Segunda Reunión anual. 22, 23 y 24 de octubre de 1927. Madrid) (1928) Archivos de Neurobiología, 8, 1-158.
8. ESPINOSA IBORRA, J. (1966) La asistencia psiquiátrica en la España del siglo XIX Valencia, Cátedra e Instituto de Historia de la Medicina, p. 127.
9. SANCHEZ GRANJEL, L.; GOTI ITURRIAGA, J.L. (1983) Historia del Hospital de Basurto, Bilbao, pp. 131-132.
10. FEIJOO, A. (1928) Segunda Asamblea de la Liga Española de Higiene Mental y tercera Reunión de la Asociación de Neuropsiquiátras Españoles Gaceta Médica Española, 3, 88p.
11. SACRISTAN, J.; GREMAIN, J.; RODRIGUEZ ARIAS, B. (1930) op. cit., p. 372.
12. LOPEZ ALBO, W. (1926) op. cit., p. 226.
13. LOPEZ ALBO, W. (1932a) Planteamiento y organización de un hospital moderno San Sebastián, Nueva Editorial, p. 18.
14. FERNANDEZ SANZ, E. (1933) op. cit., pp. 237-238; HOFFMAN (1934) op. cit., p. 498.
15. Como crítica al derecho de 1885 son muy expresivos los artículos de: SAFORCADA, M.; BUSQUETS, T. (1926) Necesidad urgente de una revisión total de la legislación a alienados: Actas de la I Reunión de la Asociación Española de Neuropsiquiatras en Archivos de Neurobiología, 6, pp. 179-188; RODRIGUEZ LAFORA, G. (1931) Los progresos recientes de la higiene mental en España. El Sol (Madrid), 12 marzo, p. 1; 15 marzo, p. 12; y 20 marzo, pp. 1 y 6; NUEVOS tiempos, pero viejas costumbres (Editorial) (1930) Revista Médica de Barcelona, 14, pp. 193-194.

16. LOPEZ ALBO, W. (1929) Consultas de Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría El Diario Montañés (Santander), 24 octubre, p. 10.
17. LIGA Española de Higiene Mental. (V Asambela. 2-6 octubre. Granada) (1932) Archivos de Neurobiología, 12, p. 986.
18. LOPEZ ALBO, W. (1932a) op. cit., p. 19.
19. LOPEZ ALBO, W. (1928) Proyecto de un Pabellón Psiquiátrico, Dispensario Psiquiátrico e Instituto de Orientación Profesional para la "Casa de Salud Valdecilla" Revista Clínica de Bilbao, 3, pp. 581-582.
20. LOPEZ ALBO, W. (1926) op. cit., p. 225.
21. FEIJOO, A. (1929) Resultado de las primeras determinaciones del metabolismo basal en las enfermas del manicomio de Zaldívar. Revista Clínica de Bilbao, 4, pp. 440-443; ARANZAMENDI, S. (1930) El L.C.R. en las enfermedades mentales. Resultados de su investigación en 374 enfermas. Revista Clínica de Bilbao, 5, pp. 297-319; FEIJOO, A.; LOPEZ ALBO, W.; ARANZAMENDI, S. (1928) Resultados de los análisis de 300 L.C.R. en las enfermas del manicomio de Zaldívar. Gaceta Médica Española, 3, p. 89p.; FEIJOO, A.; LOPEZ ALBO, W.; ARANZAMENDI, S. (1929) Psicosis y líquido cefalorraquídeo Revista Médica de Barcelona, 12, pp. 346-349.
22. La falta de un estudio científico del enfermo mental en España, con estudios de laboratorio, comprobaciones anatomopatológicas y otras pruebas químico-biológicas, es denunciada duramente en: RODRIGUEZ LAFORA, G. (1928) Plan de organización de los trabajos colectivos que pueden presentarse al Congreso de Washington Archivos de Neurobiología, 12, p. 947.
23. LOPEZ ALBO, W. (1932b) Discurso inaugural: Actas de la VI Reunión de la Asociación Española de Neuropsiquiatras en Archivos de Neurobiología 12, p. 947.
24. LOPEZ ALBO, W. (1928) op. cit., p. 581.
25. SACRISTAN, J.M.; GERMAIN, J.; RODRIGUEZ ARIAS, B. (1930) op. cit., pp. 327-342.
26. SACRISTAN, J.M. (1921) Para la reforma de la asistencia a los enfermos mentales en España Archivos de Neurobiología, 2, p. 10.
27. SACRISTAN, J.M. (1926) Plan moderno de asistencia a los alienados: Actas de la I Reunión de la Asociación Española de Neuropsiquiatras en Archivos de Neurobiología, 6, p. 227.
28. LIGA Española de Higiene Mental. (II Asamblea. 21, 22 y 23 de septiembre. Bilbao) (1928) Archivos de Neurobiología, 8, pp. 293-294.

29. ASISTENCIA a los enfermos psíquicos. Decreto del Gobierno provisional de la República (1931) Gaceta Médica Española, 5, p. 384p.
30. MINISTERIO DE LA GOBERNACION (1933) La Sanidad en la República Madrid, p. 17.
31. DIAZ CANEJA, E. (1929) Los servicios de consultas y acción social en la Casa de Salud Valdecilla El Cantábrico (Santander), 31 agosto, p.1.
32. LOPEZ ALBO, W. (1928) op. cit., p. 583.
33. LOPEZ ALBO, W. (1929) op. cit., p. 10.
34. LOPEZ ALBO, W. (1926) op. cit., pp. 220-221.
35. LOPEZ ALBO, W. (1928) op. cit., p. 583.
36. LOPEZ ALBO, W. (1929) op. cit., p. 10.
37. LOPEZ ALBO, W. (1926) op. cit., pp. 220-221.
38. LOPEZ ALBO, W. (1929) op. cit., p. 10; BUSQUETS, T. (1927) Proyecto de patronato para psicópatas. Revista Médica de Barcelona, 8, p.236.
39. (Reseña de la conferencia de W. López Albo: "La Casa de Salud Valdecilla abordará en su integridad las funciones de un hospital moderno: de asistencia y tratamiento, social, docente y de investigación") (1929) El Cantábrico (Santander), 3 diciembre, p. 6.
40. L.A.CSV, sesión 10 de septiembre de 1930, p. 101.
41. LOPEZ ALBO, W. (1935a) Porvenir de Santander como ciudad universitaria El Cantábrico (Santander), 17 agosto, p.1.
42. LOPEZ ALBO, W. (1927) Medicina social. La orientación en los oficios. Selección de los obreros y determinación de sus aptitudes profesionales. Revista Clínica de Bilbao, 2, pp. 97-98.
43. LOPEZ ALBO, W. (1926) op. cit., p. 222.
44. LOPEZ ALBO, W. (1928) op. cit., p. 582.
45. Ibidem., pp. 585-586.
46. LOPEZ ALBO, W. (1929) op. cit., p. 10.
47. LOPEZ ALBO, W. (1932c) El Sanatorio Psiquiátrico de Zamudio y la escuela-granja agrícola El Liberal (Bilbao), 26 febrero, p. 3; LOPEZ ALBO, W. (1935b) El problema de los enfermos psíquicos en Vizcaya. Su solución eficiente y económico Revista Clínica de Bilbao, 10, pp. XXXV-XXXVI.

48. DIRECCION GENERAL DE GUERRA. La dirección de la Casa de Salud Valdecilla (1936) El Cantábrico (Santander), 26 de septiembre, p.1.
49. LOPEZ ALBO, W. (1937) La aglucorraquia en el diagnóstico de la cisticercosis del sistema nervioso central. (Quinto caso diagnosticado en vida, en España, y primero verificado) Revista de Sanidad de Guerra, 1, pp. 275-282.
50. PELAZ MARTINEZ, E. (1937) Asistencia al enfermo mental. Santander, Aldus, p. 1.
51. COLONIA agrícola "Ramón Pelayo" (La) (1937) La Voz de Cantabria, (Santander), 19 abril, p. 6.

LA INTRODUCCION DE UN PROGRAMA DE FORMACION DE MEDICOS ESPECIALISTAS EN LA ESPAÑA DE LA DECADA 1920-1930: LOS ORIGENES DEL "INSTITUTO MEDICO DE POSTGRADUADOS" DE LA "CASA DE SALUD VALDECILLA" DE SANTANDER (1929-1930).

Salmón, F.; Arrizabalaga, J.; García Ballester, L.

Cátedra de Historia de la Medicina. Dpto. de Fisiología y Farmacología.
Facultad de Medicina. Universidad de Cantabria. Santander.

1. INTRODUCCION

Desde su fundación en 1928, la Casa de Salud Valdecilla de Santander se organizó científica y materialmente con el fin de permitir el desarrollo, en profunda interdependencia, de las tres funciones -asistencia, docencia e investigación- que caracterizan el ideal del hospital contemporáneo. Dos estructuras focalizaron la labor docente del hospital: la Escuela de Enfermeras y el Instituto Médico de Postgraduados (IMP), alrededor del cual giró igualmente la labor investigadora. El objeto de la presente comunicación es precisamente el estudio de los orígenes y el primer año de existencia de este Instituto (1930) que respondió a la necesidad existente en la España de la década 1920-30, de un centro de especialización para médicos postgraduados.

En 1926 un editorial de Revista Médica de Barcelona denunciaba la aparente oposición existente en España entre la beneficencia y la ciencia, y el absoluto desinterés de los filántropos por cualquier actividad que desbordase la función meramente asistencial de los hospitales que sostenían. La separación entre el hospital benéfico y el hospital docente, rara en otros países, era en España la regla. Esta concepción anacrónica no entendía la ausencia absoluta de conflicto entre la actividad docente e investigadora de un hospital y los intereses del enfermo atendido en él. Contra esta tendencia dominante el citado editorial insistía en que:

"allá donde mejor se enseñe y más se investigue, allá será donde mejor se trate a los enfermos y se obtenga más satisfac-

torias estadísticas" (1).

Tres años más tarde esta idea se materializaba en la Casa de Salud Valdecilla. De la novedad que representaba en España la introducción de un programa docente e investigador para médicos postgraduados en una institución benéfica privada fueron bien conscientes numerosas figuras relevantes de la medicina española, entre ellas, Belarmino Rodríguez Arias, José Sánchez Covisa, Antonio García Tapia y Santiago Recasens. Todos ellos coincidieron en destacar este hecho como un hito en la panorama sanitario español de la época (2).

El propósito que el organizador de la CSV, Wenceslao López Albo, perseguía con la creación del IMP era bien claro: contribuir a crear en España la carencia de centros de formación postgraduada - o, si se quiere, de especialización - que posibilitaran la incorporación plena del colectivo médico local y español a la "la corriente universal de la medicina científica", más allá del chato corporativismo y afán de lucro. Se ha pretendido, señala López Albo,

"subsana los errores de las viejas organizaciones hospitalarias. No se ha circunscrito a establecer un hospital más, cuyas excelencias no es ahora ocasión de evidenciar. Paralelamente a él, emprende hoy la ruta un Instituto Médico Superior, que recogerá las enseñanzas de los enfermos para procurar el avance de la medicina y hacer labor social y científica más allá de los límites estrechos y egoístas del profesionalismo, del espíritu de clase. Que era preciso crear en España estas obras parauniversitarias, en donde la juventud estudiantil dispusiera de medios para ampliar sus conocimientos" (3).

2. EL ESPECIALISMO MEDICO EN LA ESPAÑA DE LA DÉCADA 1920-30.

El desarrollo de las especialidades durante el primer tercio del siglo XX se encontraba en España muy retrasado con respecto a otros países occidentales. En los años 30, entre los profesionales más destacados de la medicina española, el clima de opinión en relación al controvertido tema de la especialización médica era abrumadoramente favorable a la misma (4). Pero los deseos de unos pocos contrastaban con la inexistencia de una reglamentación legal en materia de especialidades y, en consecuencia, con la ausencia de control de los autodenominados especialistas. Era frecuente el caso del médico mediocre que

por su propia incapacidad reducía su área de trabajo a un tema concreto y se autotitulaba especialista (5). A veces, además, se alentaba la especialización prematura desde las aulas universitarias (6). Los peligros, de la especialización fueron denunciados a menudo en la España de los años 20-30, pero no se reconocían como inherentes a la misma, sino a una insuficiente formación básica previa y sobre todo a la ausencia de reglamentación.

La necesidad de una sólida formación básica previa del especialista es destacada por numerosos médicos de la época, entre ellos el decano de la Facultad de Medicina de Barcelona, A. Trias Pujol, que escribe en 1935:

"El futuro especialista debe recibir antes una educación y una información general médica que le ponga en condiciones de emprender más tarde su especialización con fundamento sólido y con visión amplia. No hemos creído nunca en el peligro de una especialización excesiva, pero sí en el de una especialización prematura. Sea, pues, cual sea el camino del futuro especialista, ante todo debe ser un médico general completo" (7).

Los abusos de gentes sin preparación y autotitulados especialistas se mantenían por la ya aludida ausencia de reglamentación. La necesidad de un control aparece claramente en 1921. En el programa del I Congreso Nacional de Reorganización Sanitaria aparecido entonces se dedican dos áreas temáticas al desarrollo de las especialidades (8) y en los años siguientes fue un tema frecuentemente tratado en la prensa médica y los congresos profesionales (9), pero lo cierto es que no sería objeto de legislación hasta el decreto de 1936 (10). La innovación que en el campo del especialismo médico supuso este decreto fue destacada entonces por López Albo:

"Pues excepto raras iniciativas privadas (Instituto Rubio y de modo especial la Casa de Salud Valdecilla), no existían diplomas para el ejercicio de una determinada especialidad" (11).

Pese a la falta de legislación, había en la práctica, no obstante, un cierto control de las especialidades merced a los regímenes de incompatibilidades generalmente vigentes en las sociedades mutuas en las que los especialistas se agrupaban (12).

En el periodo previo al decreto de 1936, hubo en la profe-

si3n m3dica espa3ola importantes discusiones en torno a la instituci3n (Estado vs. asociaciones profesionales) que deb3a controlar el t3tulo de especialista (13). E igualmente, en torno a la modalidad de ense3anza (extrauniversitaria o libre, universitaria u oficial, y mixta) m3s adecuada para la formaci3n de especialistas (14). El decreto optar3a finalmente por conferir al Estado a trav3s de las facultades de medicina competencias exclusivas en relaci3n a estos temas. L3pez Albo que se hab3a manifestado partidario de que la expedici3n del t3tulo de especialista fuera privativa del Estado (15), despu3s de reconocer la trascendencia del decreto, protestaba porque:

"el criterio del criterio es harto restringido al fijar que estas ense3anzas se den en la facultades de medicina. En este aspecto, la reforma parece no conceder importancia o, al menos olvidar las dos instituciones que se han fundado con esta finalidad (ense3anza de postgraduados) exhibiendo de este modo un ejemplo al Estado. Y 3ste, que no dispone en la mayor3a de sus universidades de medios mejores ni siquiera iguales que los de una de las instituciones precitadas (Instituto Rubio y la Casa de Salud de Valdecilla) para poder instruir con eficacia a los futuros especialistas se arroga la exclusiva de esta misi3n"

En cualquier caso, conf3a L3pez Albo

"que en la 'Gaceta' se vayan indicando, como complemento de lo consignado en el decreto, las instituciones o servicios que re3nan condiciones para formar especialistas" (16).

3. ORGANIZACION DEL INSTITUTO MEDICO DE POSTGRADUADOS DE LA CASA DE SALUD DE VALDECILLA

Ni en el proyecto de 1918 de la Asociaci3n Constructora de un Nuevo Hospital, ni cuando el Marqu3s de Valdecilla se hizo cargo de las obras en 1926, hay noticia alguna sobre el car3cter docente del nuevo hospital. S3lo nueve meses despu3s de hacerse L3pez Albo cargo de la direcci3n y organizaci3n cient3fica de la CSV -tras haber visitado las grandes instalaciones hospitalarias europeas- apareci3 por vez primera la triple orientaci3n -asistencial, docente e investigadora- de la instituci3n.

La creaci3n del Instituto fue recogida en las Actas del Patronato como sigue:

"El director expone la concepci3n que proyecta llevar a

cabo para el buen funcionamiento de la Casa de Salud que se orientará hacia las funciones docentes y de investigación, para lo cual propone que lleve como subtítulo el de Instituto Superior de Especialidades Médico-Quirúrgicas para Postgraduados; esta concepción se especificaría en todo lo relativo a las funciones científicas y docentes en una memoria que tiene en estudio. Este plan de organización comprenderá la creación de plazas de médicos-asistentes internos, de médicos agregados, de médicos voluntarios y de médicos libres y de una Escuela de Enfermeras (...). El subtítulo sólo se empleará en las relaciones con centros científicos (17).

Lamentablemente, no se conserva la memoria a que hace alusión el texto.

El carácter docente de la Institución quedó definitivamente fijado en los Estatutos Fundacionales de la CSV. En el capítulo IV, artículo 16, se lee:

"La 'Casa de Salud Valdecilla', además de sus funciones como establecimiento de asistencia a enfermos indigentes de la provincia de Santander y enfermos pudientes, se destinará a funciones docentes, entre ellas a un Instituto Superior de Especialidades Médico-Quirúrgicas para postgraduados"

En la modificación de los Estatutos aprobada un año después, no se aprecia ningún cambio sobre esta cuestión (18).

El programa docente e investigador que López Albo se propuso desarrollar se centraba en seis puntos:

1. organización de cursos y ciclos de conferencias a cargo de profesores españoles y extranjeros.
2. mantenimiento de relaciones científicas con diversos centros culturales médicos de España, Europa y América.
3. establecimiento de sesiones científicas semanales.
4. creación de cursos especiales para los médicos rurales de la provincia, y
5. institución de un órgano de expresión propio, los Anales de la Casa de Salud Valdecilla (19).

El programa del IMP incluía además la figura del médico interno como becario de una institución que le proporcionaba alojamiento y docencia gratuitos a cambio de su trabajo. Este hecho fue destacado por Enrique Noguera, redactor-jefe de Gaceta Médica Española que

compara esta figura con la existente en las grandes fundaciones norteamericanas (20). En la reunión del Patronato del 9 de mayo de 1929 López Albo propuso que

"se abra un concurso para proveer hasta el máximo número de doce a su arbitrio y según las circunstancias de médicos internos residentes con asistencia y residencia en la Casa de Salud Valdecilla, sin poder ejercer la profesión fuera de ella" (21).

La resolución del concurso se dió a conocer el 31 de agosto: de los 43 candidatos presentados fueron elegidos 14 médicos internos, ampliándose se de esta manera en dos plazas inicialmente convocadas (22).

La inexistencia de un archivo en la CSV y la desaparición de publicaciones como el "Reglamento de los Servicios Médicos" impiden, por el momento, ahondar en el programa de formación de los médicos internos. El Instituto, en cualquier caso, surgía en un terreno previamente abonado y contaba con tres elementos fundamentales en la docencia : el profesorado, la biblioteca y el laboratorio, además, claro está, de las instalaciones de la propia institución hospitalaria, la CSV, en la que se emplazaba. La idoneidad de los medios ofrecidos al postgraduado para lograr la especialización era destacada en 1929, por el subdirector de la CSV, Emilio Díaz Caneja:

"La Casa de Salud Valdecilla pretende ser un Instituto de Especialización para Postgraduados, facilitando a éstos cuantos recursos puedan apetecerse para conseguir una formación seriamente consolidada, que les permita el ejercicio profesional con el decoro científico que toda persona honorable debe a sí misma exigirse.

En nuestros servicios hallará el joven médico los elementos precisos para intentar una labor de investigación personal y poder seguir, con la documentación necesaria, la que se haga en los centros mundiales de trabajo, a los que terminado su internado en la Casa de Salud puede ir para perfeccionar su especialización y las orientaciones recibidas". (23).

3.1. El Profesorado del IMP de la CSV.

Dada la necesaria integración existente entre las tres funciones -asistencial, docente e investigadora- que, de acuerdo con el espíritu fundacional, debía desarrollar la CSV, el profesorado del IMP estaba integrado por los jefes de los distintos pabello--

nes, quienes en consonancia con las funciones que debían desempeñar, ostentaban el cargo de "profesores-jefes".

Rompiendo una vez más con los usos dominantes en el panorama hospitalario español, la CSV proscribía en su Estatutos la oposición como sistema de selección y estos profesores-jefes fueron todos ellos elegidos por concurso abierto-elección directa. Para proceder a su elección, López Albo, contó con un gran número de asesores españoles y extranjeros que, máximas figuras en cada una de las especialidades, supieron calibrar la valía de los distintos candidatos. El comité asesor estuvo integrado por Santiago Ramón y Cajal, Sebastián Recasens, Antonio García Tapia, José Sánchez Covisa, Manuel Márquez, Roberto Novoa Santos, Florestán Aguilar, Gregorio Marañón, Manuel Bastos Ansart, Juan Madinaveitia, Misael Bañuelos, Pío del Río Horta, Ramón López Prieto, Luis Sayé, Belarmino Rodríguez Arias, Salvador Pascual, Gonzalo Rodríguez Lafora, Mariano Gómez Ulla, Constantin Levaditi (París), Claude Regaud (París), Ernest Fourneau (París), Frederick Höffman (Bonn) y Avelino Gutiérrez (Buenos Aires) (24).

Las propuestas para cubrir las jefaturas de los distintos servicios fueron hechas por López Albo al Patronato a lo largo del año 1929. Los profesores-jefes elegidos fueron los siguientes: Emilio Díaz Caneja (Oftalmología), Manuel Usandizaga Soraluze (Ginecología y Obstetricia), Luis Santos Ascarza (Digestivo), José González Aguilar (Huesos, Articulaciones y Músculos), José Lamelas González (Cardiovascular, Endocrinología y Nutrición), José Alonso Celada (Infecciosas y Epidemiología), Severiano Bustamante (Estomatología, Odontología y Maxilares), Rafael Lorente de No (Otorrinolaringología), Julio Picatoste Picatoste (Urología), José Puyal Gil (Laboratorio de Química), Pío del Río Horta (Director Honorario del Laboratorio de Anatomía Patológica y Cancerología), Augusto Navarro Martín (Dermatología y Sifilografía), Julio García Sánchez-Lucas (Anatomía Patológica y Autopsias), Rafael Vara López (Digestivo, tras la renuncia de L. Santos Ascarza), Guillermo Arce Alonso (Puericultura), Abilio García Barón (Digestivo y Anatomía Topográfica, tras la renuncia de R. Vara López), Heliodoro Téllez Plasencia (Fisioterapia y Electroradiología) y Diego García Alonso (Respiratorio y Tisiología) (25).

El perfil biográfico de todos ellos es muy similar. Su edad en ese momento oscilaba entre los 30 y los 40 años. Prácticamente todos ellos, tras cursar estudios universitarios en España, habían realizado estancias becadas en diferentes países (Alemania, Francia, Suiza, Austria, Italia, Suecia y EEUU), becados por distintas instituciones (sobre todo la Junta para Ampliación de Estudios e Investigaciones Científicas, pero también el Hospital Civil de Bilbao, la Universidad de Valladolid, y la Fundación del Amo) (26).

Los profesores-jefes eran los auténticos directores de la orientación científica hospitalaria de acuerdo con lo recogido en los Estatutos:

"Corresponde al Director y al Consejo Médico la organización y orientación de las funciones docentes y de investigación que de acuerdo con el Patronato se vayan desarrollando en la Fundación, la redacción del Reglamento por el cual se regirán las clínicas, los laboratorios, el instituto y la escuela de enfermeras" (27).

La reorganización administrativa que tuvo lugar a partir de mediados del año 1930 no afectó de modo directo al Instituto Médico de Postgraduados, pero supuso la dimisión de W. López Albo y acarrió, indirectamente, la pérdida de Rafael Lorente de No, quien al ver denegados unos fondos que solicitó para la ampliación de su laboratorio, optó por abandonar la CSV y aceptar una oferta de trabajo en el Central Institute for the Deaf en St. Louis (Missuri). Asimismo esta reorganización significó la supresión de pensiones para viajes de estudios hasta entonces ampliamente prodigadas (28).

3.2. La Biblioteca "Marquesa de Pelayo" de la CSV.

Frente a las actitudes -rutinaria y burocrática- características del profesionalismo médico, tantas veces atacado por López Albo, éste trató de fomentar, tanto en el hospital como en las aulas, lo que denominaba "profesional científico", es decir, el clínico que mantiene la actitud del científico en el ejercicio diario (29). Pero este profesional científico necesitaba de una estructura que le permitiera conectar con la comunidad científica internacional. Ese instrumento, era la biblioteca médica.

López Albo fué consciente, cuando organizaba la CSV, de que la biblioteca y el laboratorio son las piezas fundamentales para crear y mantener una actividad hospitalaria moderna que superase los límites caritativo-asistenciales que los antiguos nosocomios benéficos (30); idea que era también compartida por el entonces subdirector y más tarde director de la CSV, Emilio Díaz Caneja (31).

En los años 20, la necesidad de una Biblioteca Médica Nacional era sentida por un sector relativamente amplio del colectivo médico español. Gran número de médicos jóvenes habían cursado estudios en el extranjero patrocinados por la Junta para Ampliación de Estudios e Investigaciones Científicas, y el fuerte contraste entre la riqueza de las bibliotecas médicas europeas -hospitalarias y universitarias- y la penuria española, les había llevado a la reflexión (32). Fué precisamente en sus estudios de postgraduado, visitando las bibliotecas hospitalarias y universitarias de Berlín y París, como López Albo se dió cuenta de la íntima relación existente entre unas buenas bibliotecas y el elevado nivel científico que caracterizaba a aquellos países. Comprendió entonces, como tantos otros, que la falta de bibliotecas era

"una de las causas del deficiente nivel cultural que durante nuestra vida académica habíamos observado en los centros docentes y de la escasa producción médica nacional" (33).

Cuando en 1913 López Albo cursaba su doctorado, había en Madrid sólo tres bibliotecas médicas de algún valor: la que sostenían los socios médicos del Ateneo Madrileño y las especializadas y privadas de Cajal y Simarro (34). En 1925, Juan Madinaveitia tras los intentos fracasados de crear un Centro de Revistas Médicas sostenido por suscripciones voluntarias, propuso la creación en Madrid de una Biblioteca Médica Nacional, solicitando para ello el apoyo de los poderes públicos (35). El proyecto que contó con el apoyo, entre otros, de López Albo (36), fracasó igualmente. A la falta de éxito de estas iniciativas privadas, se unía una carencia de medios que asfixiaban cualquier proyecto renovador de las bibliotecas universitarias (37).

Cuando en 1929 se fundó la CSV, la situación no había cambiado mucho (38), lo que permite entender la trascendencia que

en su momento tuvo la creación de la Biblioteca "Marquesa de Pelayo" en su seno. La primera noticia al respecto aparece en la reunión que el Patronato de la CSV celebró el 14 de enero de 1929:

"Doña María Luisa G. Pelayo entrega al Patronato una inscripción intransferible de la Deuda Exterior del Estado al 4% representativa de un capital de quinientas cuarenta y tres mil pesetas de capital y renta anual de veintiumil setecientas veinte pesetas y trimestral de cinco mil cuatrocientas treinta y manifiesta que es su expresa voluntad que estas rentas se destinen íntegras a la adquisición de enciclopedias, obras, monografías y revistas referentes a medicina, cirugía, especialidades, biología, psicología y ciencias afines y a la publicación de los Anales de la Casa de Salud Valdecilla, siendo el director, después de visto el Consejo de todos los profesores-jefes de la Institución el que distribuya la inversión equitativa de la renta anual, que nunca podrá ser destinada a otros fines, bajo cuyas condiciones hace la presente donación" (39).

López Albo dispuso para la organización de la biblioteca de la CSV, de la información recogida en las bibliotecas europeas durante su etapa de postgraduado y de la que le habían reportado los viajes realizados en 1928 (Europa) y en 1929 (Norteamérica) para organizar la CSV.

Las distintas bibliotecas visitadas en Canadá (facultades de medicina de Montreal y Ontario) y EE.UU. (facultad de medicina de Washington, Harvard y otras, Academia de Medicina de Nueva York, ...) le habían impresionado profundamente por su excelente organización y medios (40).

Pese a la sensiblemente menor cuantía del presupuesto de la Biblioteca "Marquesa de Pelayo", de López Albo era, lo mismo que otros (41), muy consciente de la novedad y trascendencia de este proyecto en España:

"La cifra de 23.000 pesetas para la biblioteca de un hospital de provincia de segundo orden, en España, es, sin duda alguna, algo extraordinario entre nosotros, y hasta podemos calificarlo de revolucionario en su significado cultural. Tenemos la certeza de que bien seleccionadas las revistas y las obras de los cinco idiomas cultos: español, alemán, francés, inglés e italiano, y bien organizada la biblioteca de la Casa de Salud Valdecilla los médicos de la provincia disfrutarán pasados pocos años, de la mejor biblioteca médica de España" (42).

Buena muestra de la importancia que se le confería en el funcionamiento de la CSV, la biblioteca, lejos de estar emplazada en un sótano sin ventilación, como era habitual en las bibliotecas españolas, se situaba en el primer piso del edificio central, junto a la Sala de Juntas del Patronato y el Archivo de Historias Clínicas (43).

La ausencia de documentación de archivo en la CSV impide conocer detalladamente los aspectos administrativos de la biblioteca. No obstante, algo puede decirse al respecto. Es, en primer lugar, de destacar la cláusula impuesta por la Marquesa de Pelayo en su donación, de que las rentas destinadas a la biblioteca y a la publicación de los Anales de la Casa de Salud de Valdecilla no pudieran ser utilizadas con otros fines (44). En segundo lugar, a través de las actas del Patronato y de los Anales, se conocen los gastos englobados de la biblioteca y los dedicados a la publicación de la revista, correspondientes a los años 1930-1934:

Año 1930.....	39.415,48 pesetas
1931.....	24.431,48 pesetas (sólo biblioteca)
1932.....	40.791,74 pesetas
1933.....	43.206,34 pesetas
1934.....	32.524,85 pesetas (45).

A pesar de que el sueldo de la bibliotecaria debió engrosar los gastos de la biblioteca, las cifras parecen mostrar que se superó siempre la renta inicial propuesta. De cualquier forma, si se tiene en cuenta que el sostenimiento de una cama en la CSV era de 1.500 pesetas anuales, puede producirse que el presupuesto dedicado a la Biblioteca "Marquesa de Pelayo" era considerable. Este presupuesto hacía posible que en 1930 se recibieran 83 publicaciones médicas periódicas que abarcaban todas las especialidades (46). Había además entre ellas una sección de referencia elegida cuidadosamente e integrada por repertorios biomédicos que comprendían la doble tradición norteamericana y alemana: el Quarterly Cumulative Index Medicus, el Chemisches Zentralblatt, y los Zentralblätter de Bacteriología, Parasitología y Enfermedades infecciosas, de Oftalmología, de Psiquiatría y Neurología y de Tuberculosis.

Incluyendo los repertorios, la distribución por idioma de las 83 revistas médicas era como sigue:

alemán.....23 revistas
inglés.....22
francés.....17
castellano....16
italiano..... 5 (47).

En 1926 la hemeroteca del Hospital Civil de Basurto (Bilbao) recibía tan sólo 10 revistas de las que 6 eran francesas (48)).

La desaparición de la Biblioteca central como tal, los expolios sufridos por ésta y la limitada información que suministran los archivos de la biblioteca actual impiden conocer con precisión los libros que recibió la Biblioteca "Marquesa de Pelayo" desde su origen, pero una mirada rápida al material superviviente proporciona la imagen de unos valiosos fondos bibliográficos acordes con la riqueza de los fondos de la hemeroteca.

Debe, finalmente, anotarse que el elevado número de revistas que recibía la biblioteca respondía a la orientación docente de la CSV. El IMP se creó con un propósito muy específico: la formación de especialistas, y ello exigía un fondo bibliográfico vivo, capaz de ofrecer las informaciones más recientes en el área biomédica (49).

De acuerdo con los planes de López Albo, la Biblioteca de la CSV, además de servir a la formación de especialistas, debía trascender el ámbito hospitalario para poder ser aprovechada por todos los médicos de la provincia y contribuir a lo que hoy se denominaría "formación continuada". Para llegar hasta los lugares más remotos de la región López Albo propuso una "biblioteca circulante" (50). Nuevamente la falta de archivos impide saber si este proyecto llegó a materializarse.

3.3. Los laboratorios de la CSV.

Además de ser una pieza fundamental en el eje diagnóstico-terapéutico de la CSV, los laboratorios fueron el núcleo de la investigación experimental realizada en ella. Las tareas de investigación

se llevaron a cabo gradualmente y en íntima conexión con las actividades docentes.

En fechas cercanas a la inauguración, en la CSV funcionaban ya cinco laboratorios:

1. Histología y Fisiología del sistema acústico-vestibular;
2. Química, con cuatro secciones: química terapéutica y biológica, análisis químico-clínicos y microanálisis, análisis de alimentos y farmacia;
3. Suerología;
4. Bacteriología, y
5. Hematología y Anatomía Patológica.

Con posterioridad a 1930 se pusieron en marcha otros. entre los que cabe destacar el de Histopatología que dirigido por Pío del Río Hortega dió su primer curso de verano en 1931 (51).

El laboratorio de Histología y Fisiología del sistema acústico-vestibular epitomiza, mejor que ningún otro, lo que en el terreno de la investigación experimental y clínica asociada a una institución hospitalaria, representó en la España de la transición entre los años 20-30 la CSV. Fué Rafael Lorente de No quien, tras visitar pensionado por la CSV diversas instalaciones europeas, algunas de las cuales ya conocía por sus estudios de postgraduado, organizó este laboratorio. Por expreso deseo del Marqués de Valdecilla, contó inicialmente con medios económicos prácticamente ilimitados para llevar a cabo su proyecto. Este, sin embargo, se truncó, como ya se ha explicado, con la dimisión que Lorente de No presentó al Patronato, en octubre de 1930.

4. EL IMP DURANTE SU PRIMER AÑO.

La inauguración del Instituto Médico de Postgraduados tuvo lugar el 2 de enero de 1930 en un acto con el que se completaba lo que Enrique Noguera, redactor-jefe de Gaceta Médica Española, había definido como

"La Institución, Médicosocial, Científica, Pedagógica y Benéfica más trascendente que ha organizado en España la iniciativa privada" (52).

Las sesiones científicas se desarrollaron los días 2, 3, 4 y 6 de enero. Las jornadas fueron seguidas con gran interés por la prensa médica española que envió allí a sus colaboradores más destacados: J. Madinaveitia por Los Progresos de la Clínica, F. Coca, E. Bonilla y Fernán Pérez por La Medicina Ibero, A. Urgoiti por Archivos de Medicina, Cirugía y Especialidades, B. Rodríguez Arias por Revista Médica de Barcelona y J. y E. Noguera por Gaceta Médica Española (53). Esta última revista dedicó su número de febrero a la CSV.

Las conferencias estuvieron a cargo de los profesores-jefes de la CSV, de profesorado universitario y de personal de otras instituciones médicas, lo que despejaba suspicacias en torno a un supuesto divorcio entre las facultades de medicina y el IMP (54).

Entre los conferenciantes que no pertenecían a la CSV se encontraban Gregorio Marañón, Gustavo Pittaluga, José Sánchez Covisa, Teófilo Hernando, Manuel Tapia, Luis Sayé, Luis Urrutia, Manuel Bastos, Salvino Sierra, Manuel Márquez, Enrique Suñer, Antonio Madinaveitia, Antonio García Tapia, Agustín del Cañizo, Belarmino Rodríguez Arias y el profesor parisino, Constantin Levaditi.

Con estos actos se inició la andadura del IMP en enero de 1930. A lo largo de aquel año, pese a las dificultades intrínsecas a la puesta en marcha del nuevo hospital, el IMP desarrolló sus actividades con progresiva regularidad (55). Se describen, para concluir la comunicación, tres de ellas:

- a. Organización de sesiones científicas semanales y conferencias.
- b. Organización de cursos y ciclos de conferencias.
- c. Publicación de los Anales de la Casa de Salud Valdecilla.

- a. Organización de sesiones científicas semanales y conferencias.

Las sesiones clínicas debían cumplir, de acuerdo con los planes de López Albo, dos fines fundamentales y complementarios: la discusión desde un enfoque multidisciplinar de casos clínicos de interés y la docencia de postgraduados (internos y externos), constituyendo por todo ello un potente dinamizador de la vida hospitalaria (56).

Las sesiones que, por razones de organización, fueron inicialmente muy espaciadas (aunque tendieron a la frecuencia semanal a medida que avanzaba el año 1930) se intercalaban con conferencias científicas de médicos españoles y extranjeros no ligados a la CSV. El contenido de unas y otras era después publicado en los Anales de la Casa de Salud Valdecilla, que en 1930, recogían 82 artículos: 25 de las sesiones inaugurales, 39 de las sesiones clínicas y 18 de las conferencias científicas. Todas estas actividades fueron mantenidas con la misma orientación por el nuevo director de la CSV, Emilio Díaz Caneja.

b. Organización de cursos y ciclos de conferencias.

Durante este primer año de funcionamiento el IMP organizó igualmente cursos de verano para médicos y alumnos de medicina, buena parte de ellos enmarcados dentro de las actividades que venía desarrollando el Colegio Mayor de Verano de Santander con la colaboración de la Universidad de Valladolid (57).

A partir de 1933, el IMP, además de continuar impartiendo sus cursos de verano, inició su colaboración en los cursos de medicina de la recién creada (1932) Universidad Internacional.

c. Creación de los "Anales de la Casa de Salud Valdecilla".

Entre los elementos con que contaba López Albo para desarrollar la labor docente e investigadora del Instituto se encontraba la creación de una publicación médica que reflejase la labor desarrollada en la CSV y sirviera de enlace con otros grupos científicos. Así se crearon los Anales de la Casa de Salud Valdecilla, que habían de recoger todos los datos administrativos de la CSV, además de las sesiones y conferencias celebradas en ella.

Tuvieron una salida bimensual hasta 1936, fecha en la que desaparecieron, al igual que otras revistas médicas, para reaparecer en 1944. La revista cubrió una segunda etapa hasta 1969 en que se suspendió definitivamente su publicación (58).

NOTAS.

1. ENSEÑANZA y la investigación en Medicina (La) (1926) Revista Médica de Barcelona, 5, pp. 530-532.
2. GENIAL obra de la Fundación Valdecilla juzgada por sus visitantes médicos (La) Gaceta Médica Española, 4, pp. 148-158p.
3. LOPEZ ALBO, W. (1930a) Discurso inaugural del Instituto Médico de Postgraduados Archivos de Medicina, Cirugía y Especialidades, 31, p. 40.
4. ESPECIALISTAS y especialidades (1930) Revista Médica de Barcelona, 19, p. 194; HARO, F. (1935) Enseñanza médica. Especializaciones Gaceta Médica Española, 10, p. 40; LOPEZ ALBO, W. (1936a) (Participación en la discusión del apartado a): Planes de estudios en Medicina. Especializaciones Gaceta Médica Española, 10, p. 137p.
5. HARO, F. (1935) op. cit., p. 40.
6. TELLEZ PLASENCIA, H. (1927) Cuatro ensayos sobre la Medicina de nuestro tiempo Madrid, Espasa-Calpe, p. 126; LORENTE SANZ, A. (1935) Enseñanza médica. Planes de estudios Gaceta Médica Española, 10, p. 78.
7. TRIAS PUJOL, A. (1935) Enseñanza médica. Planes de estudios Gaceta Médica Española, 10, p. 11.
8. PRIMER Congreso Nacional de Reorganización Sanitaria (1921) Gaceta Médica del Norte, 27, p. 293.
9. MARTINEZ NEVOT, F. (1928) La reforma de los estudios médicos Gaceta Médica Española, 2, pp. 196-198p.; Revista Médica de Barcelona (cfr. nota 4) p. 193; MARTIN CALDERIN, A. (1935) Enseñanza médica. Especializaciones Gaceta Médica Española, 10, p. 37; HARO, F. (1935) op. cit., p. 39.
10. DECRETO reformando en España la enseñanza de la Medicina (1936) Gaceta Médica Española, 10, p. 184p.
11. LOPEZ LABO, W. (1936b) Algunos comentarios al nuevo plan de enseñanza médica Gaceta Médica Española, 10, p. 162p.
12. HARO, F. (1935) op. cit., p. 39.
13. ENSEÑANZA médica. Conclusiones definitivas (1935) Gaceta Médica Española, 10, p. 55p.; HARO, F. (1935) op. cit., p. 40; LOPEZ ALBO, W. (1936a) op. cit., p. 138p.
14. Revista Médica de Barcelona (cfr. nota 4) p. 194; TELLEZ PLASENCIA, H. (1935) Enseñanza Médica. Planes de estudios Gaceta Médica Española, 10, p. 36; MARTIN CALDERIN, A. (1935) op. cit., p. 37; Gaceta Médica Española (cfr. nota 13) p. 54p.; LOPEZ ALBO, W. (1936a) op. cit.,

p. 137p.; PI Y SUÑER, A. (1928) La reforma de la enseñanza médica en España Gaceta Médica Española, 2, p. 344p.

15. LOPEZ ALBO, W. (1936a) op. cit., p. 138p.

16. LOPEZ ALBO, W. (1936b) op. cit., pp. 162-163p.

17. Libro de Actas del Patronato de la Casa de Salud de Valdecilla (L.A. CSV), sesión del 15 de enero de 1929, p. 24.

18. ESTATUTOS DE LA CASA DE SALUD VALDECILLA (10 de noviembre 1929); (28 noviembre 1930). Capítulo IV, artículo 16.

19. LOPEZ ALBO, W. (1930b) (Dice al director: Los planes del dr. López Albo para el desarrollo de la obra cultural del Instituto de Postgraduados) Gaceta Médica Española, 4, p. 159p.

20. NOGUERA, E. (1930) Crónica. Se inaugura el Instituto de Postgraduados médicos y la Casa de Salud Valdecilla. Idea de una gran institución. Noticia del curso inaugural. Perfiles al vuelo de hombres y de cosas. Gaceta Médica Española, 4, pp. 134-135p.

21. L.A.CSV, sesión 9 de mayo de 1929, p. 35.

22. L.A.CSV, sesión 31 de agosto de 1929, p. 45.

23. DIAZ CANEJA, E. (1929a) Una gran obra universitaria. La Casa de Salud de Valdecilla de Santander El Cantábrico, (Santander), 18 octubre p. 1.

24. L.A.CSV, sesión de 23 de septiembre 1929, pp. 48-49.

25. L.A.CSV, sesión del 14 de enero de 1929, pp. 19-20; HAN sido nombrados los médicos-jefes de los servicios de la Casa de Salud (1929) El Diario Montañés (Santander), 17 enero, p. 1; L.A.CSV, sesión del 15 de enero 1929, p. 24; L.A.CSV, sesión del 9 de mayo 1929, p. 34; L.A.CSV, sesión del 31 de agosto 1929, pp. 44-45; ACUERDA el nombramiento de nuevos médicos y se reciben las adhesiones y promesas de la mayoría de los Ayuntamientos de la provincia (Se) (1929) El Cantábrico (Santander), 1 septiembre pp. 1-2; L.A.CSV, sesión del 1 de diciembre 1929, p. 53.

26. PERSONAL técnico de la Casa de Salud (El) (1929) El Cantábrico (Santander), 24 octubre, p. 16.

27. ESTATUTOS de la CSV (1929) Capítulo IV, artículo 20.

28. Estos aspectos son tratados ampliamente en nuestra comunicación a este Congreso: La "Casa de Salud Valdecilla" de Santander en la España de la década 1920-1930: un sueño imposible?.

29. LOPEZ ALBO, W. (1932) Modernas orientaciones universitarias. El Liberal (Bilbao), 11 marzo, p.1.
30. LOPEZ ALBO, W. (1929) La obra cultural de la Marquesa de Pelayo. La Biblioteca médica de la Casa de Salud Valdecilla El Diario Montañés (Santander), 24 octubre, p. 2.
31. DIAZ CANEJA, E. (1929a) Una gran obra universitaria. La Casa de Salud Valdecilla de Santander El Cantábrico (Santander), 18 de octubre, p. 1.
32. GARCIA BALLESTER, L. (1986) De la Biblioteca Médica a la Biblioteca de la Ciencias de la Salud: Análisis histórico. En: Jornadas de Información y Documentación Biomédica. Santander, p. 23.
33. LOPEZ ALBO, W. (1929) op. cit., p. 2.
34. Ibidem., p. 2.
35. MADINAVEITIA, J. (1925) Necesidad de una Biblioteca de Medicina Los Progresos de la Clínica, p. IX.
36. LOPEZ ALBO, W. (1929) op. cit., p. 2; PARACELSO (1925) Archivos de Medicina, Cirugía y Especialidades, 21, pp. 65-66.
37. LOPEZ ALBO, W. (1929) op. cit., p. 2.
38. Ibidem., p. 2.
39. L.A.CSV, sesión del 14 de enero 1929, p. 12.
40. LOPEZ ALBO, W. (1930) op. cit., p. 2.
41. NOGUERA, E. (1930) op. cit., p. 135p.
42. LOPEZ ALBO, W. (1929) op. cit., p. 2.
43. CABALLERO, M. (1929) Cómo será la organización administrativa El Diario Montañés (Santander), 24 de octubre, p. 14.
44. L.A.CSV, sesión del 14 de enero 1929, p. 12.
45. DATOS ADMINISTRATIVOS (1930) Anales de la Casa de Salud Valdecilla, 1, p. 216; DATOS ADMINISTRATIVOS (1931) Anales de la Casa de Salud Valdecilla, 2, pp. 12-13; L.A.CSV, sesión del 28 de mayo 1933, p. 179; DATOS ADMINISTRATIVOS (1933) Anales de la Casa de Salud Valdecilla, 4, pp. 12-13; DATOS ADMINISTRATIVOS (1934) Anales de la Casa de Salud Valdecilla, 5, pp. XIV-XV.
46. BIBLIOTECA "Marquesa de Pelayo" (1930) Anales de la Casa de Salud Valdecilla, 1, pp. 208-209.

47. GARCIA BALLESTER, L. (1986) op. cit., p. 23.
48. SANCHEZ GRANJEL, L.; GOTI ITURRIAGA, J.L. (1983) Historia del Hospital de Basurto. Bilbao, p. 277.
49. LOPEZ ALBO, W. (1929) op. cit., p. 2.
50. Ibídem.
51. DIAZ Caneja y Río Horteiga han regresado a Santander (Los señores) (1930) El Cantábrico (Santander), 23 septiembre, p. 2.
52. NOGUERA, E. (1930) op. cit., p. 133p. (En el artículo la cita aparece escrita con mayúsculas).
53. Ibídem., p. 134p.
54. DIAZ CANEJA, E. (1929b) Una gran obra universitaria. La Casa de Salud Valdecilla de Santander El Cantábrico (Santander), 17 octubre, p. 1; NOGUERA, E. (1930a) op. cit., p. 142p.
55. DIAZ CANEJA, E. (1930) (Introducción a "Conferencias y sesiones clínicas") Anales de la Casa de Salud Valdecilla, 1, p. 51.
56. LOPEZ ALBO, W. (1930b) op. cit., p. 159p.
57. UNIVERSIDAD DE VALLADOLID (Colegio Mayor de Santander) (1930) Programa de los actos, trabajos y conferencias que se desarrollarán durante el verano de 1930 Valladolid, Cuesta, pp. 6-7.
58. VENERO GOMEZ, J.A. (1973) Historia de la Casa de Salud Valdecilla, Salamanca, Tesis Doctoral inédita, p. 160.

García Guerra, Delfín

Unidad Docente de Historia de la Medicina, Facultad de Medicina,
Universidad Complutense, Madrid.

Me propongo en esta comunicación estudiar el modo en que la temática de lo que desde la pasada centuria se conoce como "medicina social" se incorporó a las numerosas publicaciones que, bajo la denominación genérica de Clínica Médica recogieron las lecciones clínicas de sus autores. Los diferentes aspectos de la medicina social (la patología social, la higiene pública y los problemas sociales de la asistencia médica) tendrán una amplia cabida en dichas obras. Si bien resulta indiscutible que las fuentes para conocer la constitución de la medicina social como disciplina son ajenas a la Clínica Médica, hay que señalar que ésta supuso un importante vehículo de difusión de lo que los higienistas venían demostrando en sus informes y tratados, difusión que se realizó en forma oral en las lecciones hospitalarias y posteriormente en el género literario que nos ocupa. Hay que recordar igualmente que la influencia de los grandes clínicos no se limitó a sus países de origen. En nuestro país, concretamente, las numerosas ediciones de estas obras, en especial las francesas, confirman la gran aceptación de este género a lo largo del siglo XIX.

Hay que señalar también que la incorporación de la temática de la medicina social suponía, en cierto modo, una desviación de la finalidad concreta de las lecciones clínicas, la exposición del caso individual. Este hecho demuestra que el peso de la realidad social está gravitando en forma muy importante sobre los clínicos del siglo XIX, cuya sensibilidad ante la sociogénesis de la enfermedad estará, de todos modos, condicionada por su actitud ideológica ante las desigualdades sociales.

1. LA ACTITUD DEL CLINICO ANTE EL PAUPERISMO

El clínico del siglo XIX se enfrenta cotidianamente en

en su práctica con el hecho de que la clientela de los hospitales está constituida mayoritariamente por enfermos pobres. Tal como recuerda el francés Peter,

nosotros tenemos que habérmolas con organismos que han deteriorado los excesos, deprimido los pesares o arruinando el rudo trabajo. Así que me guardaré muy bien de comparar al zapatero de viejo con el ricacho, al hombre del hospital con el de la población, al ciudadano con el campesino. (1)

Las actitudes ante la pobreza van a ser, obviamente, muy diversas: la más común será el paternalismo conformista ante la existencia de las desigualdades sociales: habría que compadecer y respetar al pobre en la forma que, ya en nuestro siglo, lo haría Marañón al decir que el enfermo hospitalario debe ser tratado como si fuera "un Caballero de la Tabla Redonda". Muy claramente representa esta actitud Armand Trousseau, cuya Clínica Médica tuvo una extraordinaria difusión en nuestro país:

Es preciso recordar, señores, que los enfermos de los hospitales son pobres, a quienes el apuro y la necesidad conducen forzosamente a nuestras salas. Nada debe aconsejarnos mayores consideraciones e inspirarnos más respeto que esta situación. (2)

En parecidos términos se expresa Dieulafoy al subrayar que "es necesario tener toda clase de atenciones con los pobres enfermos", tanto desde el punto de vista físico -"evitando los exámenes repetidos o prolongados en demasía"- como moral -"no pronunciando en su presencia una sola palabra que les revele la gravedad de su padecimiento"- . Los pobres, concluye, "son dos veces dignos de lástima, porque son pobres y desgraciados, y con este tributo merecen toda nuestra solicitud y abnegación y todo nuestro respeto" (3).

Habrán clínicos, sin embargo, que superen el conformismo de esta actitud paternalista invocando para el médico un papel de reformador social. En la lección introductoria de su Clínica Médica, Michel Peter se ocupa del tema de la miseria:

Tiene el papel del médico en la sociedad una faz que no es la menos importante y que creo mi deber indicaros. El médico, señores, está siempre en presencia de una doble miseria, miseria física y miseria social, a las que no debe ser indiferente. (...) Nunca resignado, siempre combatiendo; luchando sin descanso y con todas las armas de su inteligencia por el bien del hombre y la humanidad. (...) Luchando en el hospital por un aire más puro, un vino más generoso, un alimento

más suculento (...). Luchando en público por las cuestiones de higiene, pidiendo mejores alcantarillados, manufacturas menos insalubres, disminución de las horas de trabajo de los niños (...); si el médico pide, y sin tregua, las reformas indispensables, no es por vicio del carácter, sino por bondad de corazón, en presencia del cual lucha por el bien; una vez obtenido lo bueno combate por lo mejor, y así parece condenado a perpetua oposición. (...) Este papel social del médico es una forma de struggle for life; pero en esta "lucha por la vida" no combate el médico por la suya, sino por la de sus semejantes. (4)

De forma muy distinta van a entender la "lucha por la vida" otros clínicos que se apoyan en el darwinismo social desde los presupuestos ideológicos de la burguesía. "La tuberculización es un medio de eliminación de las razas degeneradas", afirma Gueneau de Mussy en su Clinique médicale (5), en tanto Bennet señala que "la tisis pulmonar es, en realidad, una de las enfermedades destinadas a eliminar los débiles, los imperfectos, y por consiguiente inaptos para perpetuar la raza humana en su integridad" (6). Y no podemos olvidar que la tuberculosis, aunque no respeta las clases privilegiadas, está incidiendo por entonces de forma especial en los trabajadores. Por su parte, un clínico español, Sánchez Herrero, afirmará que se llega a la miseria a través de la degeneración -que él enmarca en una nueva especie morbosa, "la vejez prematura"- la cual, a través de una "escasa función cerebral", impediría la formación de un código moral. La ley natural de la supervivencia de los más aptos tendría como consecuencia inmediata de los degenerados se viesan abocados a la explotación social y a la miseria:

En ellos toda percepción es pasión, porque apenas si su escasa función cerebral les ha consentido adquirir nociones rudimentarias de un código moral, falso después de todo. Sienten el hambre, y devoran cuanto de bueno o malo cae al alcance de sus garras; la sed, y se embriagan; respiran en una caverna infecta sus propios excrementos o en un garito infecto por las emanaciones del vicio; sienten los deseos venéreos, y se despeñan al lodazal de los mentidos placeres (...); ni el instinto animal les queda. Y entregados así desvalidos a la lucha por la existencia, vienen a ser las víctimas de su propio desvalimiento, que les niega, tarde o temprano, los medios de subsistir, o los entrega a la explotación social implacable, como mineros, como obreros, como gañanes, como desheredados, condenados por la ley natural de la supervivencia de los más aptos. ¡Y buscan su redención en el complot dinamitero de la taberna y en el meeting anarquista! ¡Desgracia-

dos! No saben que toda la fuerza bruta de sus músculos, y todos los atentados de su ignorancia, quedarán para in aeternum anonadados por la intangible idea del bien moral, que se labra y se posee solamente sobre este trípode incommovible: trabajo, instrucción, virtud. El mundo del bien será siempre de los trabajadores instruidos y virtuosos. (7)

2. DEL POBRE TRADICIONAL AL PROLETARIADO INDUSTRIAL.

Como es bien sabido, la revolución industrial introdujo una nueva forma de pobreza. A los "pobres tradicionales", la sociedad industrial añadió los "nuevos pobres" que se agomeraban en los suburbios de las grandes ciudades. Será en la sociedad inglesa, pionera de la revolución industrial, donde con mayor dramatismo se exprese la existencia de estas dos categorías de la miseria. De ahí que sea un clínico británico, Graves, nuestro mejor testigo. En su lección sobre la epidemia de tifus de Irlanda de 1847, recoge un testimonio periodístico de la época que parece referirse, según su expresión, a "una población apestada de la Edad Media" más que a la próspera Inglaterra del siglo XIX:

La entrada de los pobres del campo continúa en las mismas proporciones, aunque se nota menos, porque estos desgraciados aguardan a que sea de noche en los arrabales de la ciudad, para entrar en filas bien compactas. (...) Término medio, entran en la población diariamente 300 de estas criaturas en la mayor miseria, trayendo consigo a la vez la suciedad, los parásitos y la enfermedad. Se amontonan sobre paja en las calles principales, invaden las callejas y paseos, resultando así, por desgracia, abundantes manantiales de contagio. (8)

Al lado de la miseria de la población rural, Graves se ocupará también de las consecuencias sanitarias de la revolución industrial. En su lección sobre la tisis pulmonar rechazará la opinión de que su mayor frecuencia en Gran Bretaña sea una consecuencia de las características climáticas del país, adjudicando en cambio un papel etiológico de primer orden a las condiciones de vida de los trabajadores:

La estadística demuestra que la tisis predomina donde hay miseria y mala conducta o falta de espacio; y como estas causas se encuentran reunidas en poblaciones muy numerosas, se comprende fácilmente por qué la consunción es tan frecuente en nuestro país. La prosperidad comercial y manufacturera de Inglaterra es tal, que ningún otro país

de Europa posee ciudades tan considerables, habida razón de la cifra total de la población y de la extensión del territorio. Así que, al estudiar la frecuencia comparativa de la tisis en nuestras grandes poblaciones y en los campos, observamos una considerable diferencia, que nada tiene de sorprendente. Ved los campesinos, aun en los distritos reputados por los más malsanos de Inglaterra y Escocia, y os admirará el contraste que presentan con los artesanos pálidos de nuestras ciudades: amontonados en talleres mal aireados, tienen precisión de trabajar gran número de horas en posiciones forzadas, siendo insuficiente el tiempo que pueden dedicar al reposo y a ejercicios saludables. (9)

Las condiciones de trabajo del proletariado industrial serían, por lo tanto, un factor etiológico de primero orden para la escrófula y la tuberculosis. Esto nos lleva al siguiente apartado, el de la patología social que, como queda dicho, muestra una importante presencia en la obra de los clínicos de la pasada centuria.

3. LA PATOLOGIA SOCIAL.

La tisis pulmonar es, sin duda, la enfermedad que con mayor frecuencia se va a relaciones con las condiciones de vida, en especial con la actividad laboral. La clínica se constituye en portavoz de una situación que se venía denunciando desde el campo de la higiene y el de la política. Entre los diversos testimonios recojo uno del propio Graves sobre el trabajo infantil en las manufacturas:

La duración del trabajo que se exige a los obreros, hablo de los jóvenes, es verdaderamente increíble. De algunos años a esta parte, un acta o disposición del Parlamento ha limitado las horas de trabajo; pero hasta entonces, los grandes manufactureros de Inglaterra y Escocia venían pisoteando todos los principios de humanidad. Niños de seis años hacinados en salas malsanas y privados de aire, eran obligados a trabajar diecisiete horas al día, y cuando estos infelices, mal alimentados y extenuados por la fatiga, se dormían sobre el trabajo, se les despertaba a correazos en las espaldas. (...) ¿Deberá sorprendernos que es estos niños todas las efeciones causadas por la debilidad constitucional presentasen un carácter grave, y que se hallasen en ellos reunidos la tabes masentérica en el vientre, la tisis en los pulmones y el hidrocéfalo crónico con el cráneo?.

Y esto que es verdad en los jóvenes, lo es también en los adultos. Este género de vida es fatal para todas las edades; es más, al cabo de algún tiempo estas influencias perniciosas marcan la raza con un sello indeleble, pudiéndose reconocer al primer golpe de vista los hijos pálidos, entecos y enfermizos de los obreros y

artesanos. (10)

Testimonios similares abundan en la obra de otros clínicos. Ante la imposibilidad de revisarlos por extenso, me limitaré a recoger uno de Peter, que enumera detalladamente las condiciones de vida que influyen en la presentación de la tisis pulmonar. El trabajo en las fábricas, en las oficinas, en los talleres de costura, la vida de los soldados en los cuarteles o de las monjas en sus encierros conventuales, las condiciones sanitarias de las escuelas, etc., serán analizados desde este punto de vista. He aquí un ejemplo demostrativo:

En los talleres de las mujeres es tal vez más lastimoso esto: es lo peor del mal. Trasladémonos con el pensamiento a uno de los barrios más ricos de París, calle de Rivoli por ejemplo. Ved una casa lujosa, un taller de confección; en medio de un espléndido salón, la maestra y su "primera ayudante" reciben a los parroquianos; al lado hay una sala con dos o tres mujeres ocupadas en el corte: esta habitación es también aceptable y alguna vez penetran en ella los compradores; luego viene un sencillito cuarto, camarote malsano, donde se amontonan, sentadas codo con codo, una veintena de pobres abejas obreras, a quienes no escasea el trabajo, pero sí el espacio; allí, durante doce horas, y aún catorce y dieciseis, si la obra corre prisa, no ponen en juego otros músculos que los indispensables para mover la aguja. Tan pequeño y tan malo como el aire es el alimento que se les da. Para complemento, duermen en estrechos camaranchones o en el taller mismo sobre camas-escaños, es decir, que respiran durante la noche el mismo aire que han repirado y viciado durante el día. ¿Qué extraño es ver, cómo yo lo he visto, en tales condiciones adelgazar y tuberculizarse después, robustas provincianas destinadas indudablemente a disfrutar de más larga vida? (11)

Un aspecto importante de la patología social es el relativo a las enfermedades laborales. Junto a las descritas por los tratadistas clásicos de la patología laboral, el clínico del siglo XIX se va a enfrentar con las resultantes de las nuevas actividades industriales. Gallard señala a este respecto en su Clínica Médica:

En la primera fila de los perfeccionamientos de la industria que marcan la época en que vivimos, vemos figurar constantemente y emplear agentes físicos o químicos, cuya acción sobre la economía animal no puede prevenirse siempre por adelantado, por más que esta acción sea con mucha frecuencia funesta para la salud de los obreros. De aquí resulta una serie de enfermedades especiales, que cada día va en aumento, y que son para el médico un fecundo manantial de observaciones y de estudio. (12)

Siguiendo una línea bastante común en los "clínicos puros", Gallard afirma al mismo tiempo que los estudios epidemiológicos en patología laboral reportan una mayor utilidad que la investigación de laboratorio en ciencias básicas:

Dirigiendo sus pasos hacia esta vía es como los amantes de la novedad pueden hacer nuevos descubrimientos, pudiendo desde luego decirles nosotros que éstos serán más fecundos y ventajosos para la ciencia que los que consisten en determinar, con la ayuda del microscopio, la forma de una célula o las dimensiones de un nucleolo. (13)

También Trousseau se ocupa de la nueva patología laboral, poniendo un énfasis especial en la especificidad clínica y lesional de las intoxicaciones crónicas. Así ocurría con el fósforo en la fabricación de las nuevas cerillas o el sulfuro de carbono en la de caucho vulcanizado, tal como había estudiado Delpech:

Teniendo en cuenta la especificidad de los fenómenos que había observado en un trabajador (...) ha podido establecer la existencia de esta enfermedad nueva, de la que luego ha encontrado cierto número de hechos que presentan siempre los mismos signos característicos (...). Un carácter importante de la enfermedad es mejoría constante de los accidentes, y lo más a menudo la curación completa, en virtud del alejamiento suficientemente prolongado de la causa que los ha provocado. (14)

Por otra parte, las lecciones clínicas se verán ilustradas con frecuencia con los resultados estadísticos aportados por los informes de los higienistas, que van a ser ampliamente utilizados. Por citar dos de los más conocidos, no faltan las referencias a los de Chadwick en Gran Bretaña o Villermé en Francia sobre el estado de salud de sus respectivas poblaciones obreras. Junto a ellos, encontramos información procedente de informes menos conocidos. Véase un pasaje de una de las lecciones de Peter sobre la tuberculosis:

Ved ahora, a propósito de la tuberculización de los obreros, datos estadísticos interesantes, reunidos por Lombard, de Ginebra, y que demuestran la mala influencia de la vida sedentaria, así como la irritación directa de las vías aéreas.

En Ginebra, el término medio de defunciones, a consecuencia de la tisis, es de 114 sobre mil. Conocida esta cifra, he aquí cuáles son las profesiones que dan un número de defunciones por tisis superior al término medio:

Las profesiones en que hay emanaciones minerales y vegetales suministran la cifra, relativamente considerable, de 176 defunciones

por tisis en 1.000 individuos. Sabido es que estas profesiones son las que dan origen a enfermedades crónicas del aparato respiratorio, debiendo incluirse en ellas a los desgraciados obreros de Sheffield, los que trabajan el gress, etc.

En los oficios en que emanaciones de polvos diversos, mueren 145 tísicos por 1.000 personas. La cifra de 140 corresponde a los de vida sedentaria; la de 138 a aquellos que pasan su existencia en el taller; 127 para los que viven en un aire caliente y seco; (...) Llegamos, por fin, a las cifras que exceden poco al término medio: 122 para los que tienen que guardar una posición encorvada; 116 para los que trabajan moviendo sólo por sacudidas los brazos. (15)

4. EL CLÍNICO Y LA HIGIENE PÚBLICA.

La consideración de los factores sociales de la enfermedad plantea la necesidad de un adecuado desarrollo de la higiene pública, imperativo muy apremiante en el siglo XIX por la escasa eficacia de los recursos terapéuticos. Tal como queda dicho, Gallard señala que una labor muy importante es el estudio de las enfermedades laborales, pero la higiene, además,

aspira a llenar otra mucho más vasta y difícil, que es la de prevenir las enfermedades, poniéndonos en condiciones de combatir las causas que puedan darles vida. Por esto no puede separarse el higienista del clínico. (16)

Gueneau de Mussy, por su parte, incluye en su Clinique Medicale una lección titulada "Consideraciones sobre la Medicina Social" afirmando en ella que

la medicina individual debe aquí ceder el paso a otra medicina, que está todavía en fase de comienzo pero se prevé su lugar dominante en el porvenir: me refiero a la medicina social, es decir, aquella que por medio de instituciones higiénicas bien entendidas, combatirá las afecciones radicales de nuestra especie colocando estas instituciones bajo la sanción de las leyes. (17)

Esta preocupación de los clínicos por la higiene pública se va a expresar en los diversos campos que la constituyen: salubridad de las ciudades y de las zonas rurales, mejora de las condiciones de vida -en especial de las clases trabajadoras-, higiene del trabajo, salubridad de los hospitales, etc. Hay que señalar -aunque las limitaciones de espacio me impidan abordar el tema- la frecuencia con que en las lecciones se incluyen estudios epidemiológicos de

las más diversas procedencias, en especial de las enfermedades infecciosas. La clínica, por otra parte, constituye una fuente muy importante para el estudio de la polémica entre contagionistas y anticontagionistas, tan virulenta en las últimas décadas del novecientos.

El conocimiento de la transmisión de determinadas epidemias a través de los continentes -la fiebre amarilla, la gripe y, en especial, el cólera- llevará a propugnar medidas para controlarlas en sus países originarios. Así lo propone Peter cuando subraya la necesidad de "aplicar la higiene bien entendida contra el desarrollo del cólera. En vez de esas cuarentenas ilusorias, a menudo se requeriría tuviera lugar una expedición encargada de modificar la situación, el género de vida de los pueblos que, por desprecio de toda higiene, crean a las orillas del Ganges o durante la peregrinación a la Meca verdaderos focos del cólera (18).

Graves, por su parte, que nos ha dejado una detallísima información sobre las rutas geográficas del cólera en el siglo XIX, subraya que "semejantes estudios no están muy lejos de proporcionar resultados bajo el punto de vista práctico, porque si los soberanos de las naciones civilizadas instituyesen un número determinado de observatorios médicos donde puedan observarse y notar los caracteres y los síntomas de las enfermedades epidémicas, cuántos detalles curiosos sobre su origen y marcha se darían a conocer, y tal vez se consiguiese arrancar alguna de las leyes que presiden su evolución: podríamos comprobar si la influencia, como se ha dicho, marcha siempre de Este a Oeste y nunca en sentido opuesto; sabríamos también si es verdad que nace en un lado del Ecuador y pasa al otro" (19)

La relación entre la salubridad de las ciudades y la morbilidad habitual es invocada reiteradamente, en especial los problemas sanitarios consiguientes al crecimiento urbano de las áreas industriales. Así lo señala Graves:

Si la población de nuestro país viviese encerrada en una sola ciudad grande, como Londres o Manchester, privada del aire del campo y de hacer ejercicios saludables, creo en verdad que todos los habitantes llegarían a ser escrofulosos: las nueve décimas partes serían invadidas por la tisis, y la escrófula en distintas formas mataría hasta el último en el espacio de algunos siglos. El cólera o la peste serían

menos temibles. (20)

También la salubridad urbana marcaría su impronta en la morbilidad y mortalidad epidémicas. Peter nos comenta que las mejoras urbanísticas introducidas en París por Haussmann y Alphand habían influido muy positivamente en la salud de sus habitantes, en especial en los sucesivos ataques del cólera:

La gravedad de las epidemias de cólera está, en efecto, en relación con la mayor o menor salubridad de los lugares en que aparecen. En París, por ejemplo, la epidemia de 1832 ha sido espantosa; lo mismo ocurrió con la de 1849; la de 1865 fué menos mortífera; la de 1873 se redujo a un pequeño número de defunciones y, por último, la que experimentamos actualmente (1884) es casi insignificante si se compara con las que han precedido. Lo que es cierto para París lo es también para las demás ciudades atacadas este año. Compárese lo que ha sido el cólera en Nantes, ciudad rica y salubre, con la gravedad que ha presentado en Tolón, cuyas calles, estrechas, sucias y mal aireadas, hacen de ella una ciudad insalubre de primera línea. Asimismo, en Marsella no son los habitantes de los barrios ricos los atacados por el azote, si no los mal alojados, mal alimentados, "que vivían habitualmente en la miseria". (...) Se puede establecer como regla absoluta, que el cólera cuasa una gran mortandad cuando reina en una población miserable y en malas condiciones higiénicas, mientras que es relativamente benigno cuando aparece en una ciudad salubre(21).

En cuanto a la higiene del trabajo, Gallard sistematiza en su lección sobre los trabajadores del caucho vulcanizado las medidas para prevenir las enfermedades laborales. Estas medidas comprenden las recomendaciones a los obreros y las obligaciones de los dueños de las fábricas. Las primeras, afirma, son poco efectivas, porque los trabajadores "son demasiados abandonados y no miran por su salud hasta el momento en que por completo la han perdido". Más importante serían para él las condiciones higiénicas de las fábricas, que va a enumerar en forma detallada, si bien señala las dificultades, de diversa índole, para llevarlas a la práctica. En el caso de la intoxicación por sulfuro de carbono, nos informa sobre el ensayo fallido de una prevención eficaz:

El dueño de una fábrica ha tomado una ingeniosa precaución, a causa de haber experimentado él mismo la acción del sulfuro de carbono, y ha sido la de aislar los vapores que se desprenden durante la operación de la vulcanización. He aquí cuál es su procedimiento: ha hecho

dividir el taller longitudinalmente en dos partes, destinando una a los obreros y la otra para las materias empleadas en la vulcanización. Estas dos piezas se encuentran separadas por una mesa y un tabique. El tabique es de madera hasta el nivel de la mesa y desde ésta hasta el techo de cristales. Un poco por encima de la mesa, enfrente de cada obrero, hay dos pequeñas aberturas, en forma de manguitos, que dejan pasar las manos. El taller se encuentra dispuesto de tal suerte que pueden trabajar tres obreros a la vez. El primero toma las piezas de caucho y las coloca en la mezcla que debe reblandecerlas, el segundo las sopla, y el tercero las escurre y las coloca sobre el tendedero para que se sequen.

Sería de desear que se adoptase este procedimiento por todos los fabricantes; pero no tan sólo no se ha seguido el ejemplo -porque los obreros desconocen las grandes ventajas que les reportaría para su salud- si no que lo han puesto en ridículo, dando a este taller el nombre de linterna mágica, por lo que se dueño ha tenido que renunciar a este aparato (...) porque no quería trabajar con él (22).

5. LA ASISTENCIA HOSPITALARIA.

Son sobradamente conocidas las precarias condiciones sanitarias del hospital del siglo XIX. A pesar de que la miseria y la suciedad son consustanciales a la institución -o, tal vez, a consecuencia de ello- no abundan las denuncias de esta situación por parte de los clínicos que desempeñan en ella su labor; así se desprende, a lo menos, de las fuentes que he consultado. No faltan, sin embargo, las referencias al papel que el ambiente hospitalario está jugando en la aparición o transmisión de determinadas enfermedades infecciosas.

Al igual que en siglos anteriores, todavía en el XIX las crisis epidémicas ponen de manifiesto las insuficiencias del sistema hospitalario. Graves nos aporta otro testimonio periodístico sobre la epidemia de tifus de 1847. En él se dice que

en el Hospital había que colocar tres, cuatro y aún cinco enfermos en cada cama, y en las salas de convalecencias había cuarenta y cinco lechos para ciento veinte personas. Semejante estado de cosas no podía dar otros resultados que los que tocamos en la actualidad. (23)

Graves repasa la situación de los distintos hospitales de Irlanda durante la epidemia. Por ejemplo, "el hospital de Killmallock, construido para 800 personas, llegó a contener cerca de 1.500

el 17 de febrero: así el tifus y la disentería hicieron en él numerosas víctimas, y los enfermos, aterrorizados, empezaban a abandonar el establecimiento, cuando los comisarios de los pobres impidieron nuevas admisiones. Este ejemplo prueba de modo incontestable que el amontonamiento ha sido la causa de estas enfermedades: así que, cuando en el mes de abril se redujo la cifra de acogidos a 1.000 hubo una disminución rápida del número de enfermos" (24).

Entre las enfermedades que se relacionen con el ambiente hospitalario ocupará un lugar protagonista la fiebre puerperal. Al ocuparse del problema, Peter afirma que "está claro que el medio nosocomial ha sido, para cada una de las mujeres acometidas, la ocasión de una enfermedad puerperal, cuyo contagio o, si se quiere mejor, la influencia del medio ha constituido la constitución patogénica". De ahí que

la profilaxis de la fiebre puerperal es bien sencilla, es el delenda Cartago, la abolición de las maternidades. Puesto que la acumulación constituye la gravedad de las enfermedades puerperales, cuanto mayor sea aquélla, mayor será la infección.

Sin embargo -sigue diciendo el médico francés-, "como no se las puede suprimir por ser un mal social necesario, lo mejor será que causen el menos mal". Por ello, "las mujeres que no pueden menos de parir en el hospital estarían mejor en las salas ordinarias; la proximidad de otras enfermedades es para ellas menos perjudicial que la de otras paridas" (25).

Aunque sea para criticarlo desde su mentalidad anticontagionista, el propio Peter transcribe de la Revue d'hygiène (8 de nov. 1884) la propuesta de Jastreboff, de San Petersburgo, para conseguir una atmósfera aséptica en los hospitales:

El doctor Jastreboff es un partidario convencido de las ideas de Lister, y ha querido hacer su aplicación en mayor escala que su inventor. Lister se limita a obrar sobre el teatro de la operación, sobre los cirujanos y sobre el paciente, después rodea la parte de un cura que le procura una atmósfera antiséptica. M. Jastreboff va más lejos y quiere extender esta acción al hospital entero.

No voy a recoger el ingenioso y complicado procedimiento

del higienista ruso para lograr una atmósfera aséptica en el hospital. Basta señalar que

los cirujanos, los enfermeros y los enfermos son desinfectados antes de penetrar en el hospital. A este efecto se desnudan en un primer gabinete, toman en otro un baño antiséptico y se cubren en un tercero con vestidos purificados. La ropa blanca interior es lavada en un líquido desinfectante y conservada en un aire seco y antiséptico (26).

NOTAS.

1. PETER, M., Lecciones de Clínica Médica, ed. Esp. Madrid, 1878-1894.
2. TROUSSEAU, A., Clínica Médica de Hôtel-Dieu, ed. esp., Madrid, 1861, I, XXXII.
3. DIEULAFOY, G., Lecciones de Clínica Médica dadas en el Hôtel-Dieu de París, trad. Madrid, 1897.
4. PETER, M., op. cit., I, 29.
5. GUENEAU DE MUSSY, N., Clinique Medicale, París, 1874, I, 408.
6. BENNET, H., Recherches sur le traitement de la phtisie pulmonaire, Londres, 1866. (Cit. PETER, op. cit., II, 142).
7. SANCHEZ HERRERO, A., Clínica Médica, Madrid, 1893.
8. GRAVES, R.J., Lecciones de Clínica Médica, trad. esp., 2ª ed., Madrid, 1878, I, 129-130.
9. GRAVES, op. cit., II, 143-44.
10. Ibid., 144.
11. PETER, op. cit., II, 73.
12. GALLARD, T., Lecciones de Clínica Médica del Hospital de la Piedad de París, trad. esp., Madrid, 1880, 417.
13. Ibid.
14. TROUSSEAU, op. cit., I, 137.
15. PETER, op. cit., II, 74.
16. GALLARD, op. cit., 62.

17. GUENEAU DE MUSSY, op. cit., 219.
18. PETER, op. cit., III, 397.
19. GRAVES, op. cit., I, 477.
20. Ibid., 2, 145.
21. PETER, op. cit., III, 397.
22. GALLARD, op. cit., 434.
23. GRAVES, op. cit., I, 126.
24. Ibid., I, 127.
25. PETER, op. cit., II, 722.
26. Ibid., III, 420.

LOS INICIOS DE LA ESTADISTICA DEMOGRAFICO-SANITARIA EN BARCELONA.
LA CONTRIBUCION DE JOSE NIN Y PULLES (+1892).

Rodríguez Ocaña, E.

Departamento de Anatomía Patológica e Historia de la Ciencia. Universidad de Granada.

Uno de los elementos básicos del análisis médico-social radical, como es sabido, en la reflexión sobre el estado de salud de la comunidad, lo que durante mucho tiempo sólo ha sido posible a través de la imagen de la muerte, esto es, estudiando las defunciones ocurridas en su seno, su distribución por sexos, edades y causas. Esta actividad depende de la existencia y mantenimiento de registros específicos que, en España, se establecieron de modo uniforme y definitivo a partir de 1871 (la ley de creación del Registro Civil fué promulgada en junio de 1870), fecha muy tardía entre las naciones europeas correspondiendo al retraso histórico de las tareas de la burguesía nacional. Esta situación no había pasado sin críticas de los higienistas contemporáneos, como Pedro Felipe Monlau o Francisco Méndez Alvaro (1).

La circular de 28 de junio de 1879 de la Dirección General de Beneficencia y Sanidad obligada a los ayuntamientos a remitir semanalmente partes-resumen del movimiento de la población a sus respectivos Gobiernos civiles, haciendo extensiva a todo el Estado una iniciativa barcelonesa de 1877. Coincidía en el cargo de Director General el que fuera Gobernador de Barcelona en esas fechas Castor Ibáñez de Aldecoa. A partir de aquella disposición se inició por el Ministerio de Gobernación la publicación regular (salvo una interrupción en 1889 de la monografía Madrid-España. Demografía sanitaria, del jefe de estadística del Ministerio, Julio Jiménez (2)) de un Boletín de título variable. Pero no fué hasta 1900, con la edición sistemática de los Anuarios de población de España por el Instituto Geográfico y Estadístico cuando empezaron a ser posibles estudios serios de la mortalidad española (3).

Barcelona parece ser la primera ciudad española que sacó partido sanitario del establecimiento del Registro Civil. Desde 1877 a 1923 se produjeron análisis continuados por parte del cuerpo médico municipal. Entre 1879 y 1892 se hizo cargo de su realización José Nin y Pullés (+1892). A su muerte, correspondió al Instituto de Higiene Urbana, cuya jefatura ocupaba Luis Comenge Ferrer (1854-1916) y desde 1910 se organizó una nueva Sección médica municipal denominada Demografía, Estadística y Padrón Sanitario, a cargo de Enrique Raduá.

En la presente comunicación analizamos la contribución pionera de José Nin, basándonos en su distintas publicaciones, prestando particular atención a los objetivos declarados de su tarea estadística.

A instancias de los académicos de Medicina Ramón Coll y Pujol (1845-1915) y Luis Carreras y Aragó (1835-1907) desde el 1º de julio de 1877 figuraron cifras semanales de defunción de la Ciudad Condal en la publicación pertinente de la Oficina Imperial de Sanidad (Berlín), junto con las de las restantes capitales europeas. El Gobernador civil de la provincia, a la sazón Cástor Ibáñez de Aldecoa organizó, según las recomendaciones de los anteriores, una "estadística sanitaria por defunciones en todos los pueblos de la provincia". El primer año de actividad de esta recogida de datos (1 de julio de 1877 a 30 de junio de 1878) fué analizado conjuntamente por los médicos citados en unos Apuntes para la formación de la Demografía médica de la provincia de Barcelona y en especial de la capital, presentado a la Academia de Medicina y Cirugía (4).

Por acuerdo de la directiva de la Academia Médico-farmacéutica de Barcelona, de 29 de enero de 1879, el órgano de expresión de la misma, la Enciclopedia Médico-Farmacéutica comenzó a publicar los partes semanales obtenidos del Registro civil por el Dr. J. Nin y Pullés, "médico de la Alcaldía", conteniendo "las estadísticas de los nacimientos y defunciones" de dicha ciudad (5). Una colaboración anual de los mencionados partes fué publicada con la firma de Víctor Blay en dos ocasiones por la Revista de Medicina y Cirugía Prácticas (6). El primero de dichos artículos acababa exhortando a que se publicasen estadísticas similares en otras ciudades para poder alcanzar

conclusiones válidas a escala nacional.

Desde 1880 y por un mínimo comprobado de tres años, la Revista de Ciencias Médicas publicó una "Estadística sanitaria internacional por defunciones" con datos semanales, de París, Londres, Viena, Berlín, S. Petersburgo, Lisboa, Madrid y las cuatro capitales catalanas, aunque las cifras peninsulares, salvo las de Barcelona, aparecieron con irregularidad. Por las mismas fechas, la Gaceta médica catalana (nº 65 y ss., 1880) incluía mensualmente bajo la rúbrica de Rafael Rodríguez Méndez (1845-1919) una "Estadística sanitaria. Estadística demográfico sanitaria de Cataluña", comenzando por los datos correspondientes a septiembre de 1879.

Todo ello encontraba sustento en la meticulosidad de José Nin, autor, desde 1878, de síntesis anuales de los datos de interés demosanitario referidos a la capital catalana. En su reseña al octavo estudio de ese tipo publicado, Gaspar Sentiñón (1835-1902) expresaba su admiración por la "incansable actividad del Dr. Nin" (7).

La fundación de un medio de expresión escrita del Cuerpo de Médicos de la Beneficencia Municipal de Barcelona, la Gaceta Sanitaria de Barcelona (1888-1910), proporcionó un vehículo idóneo de difusión a los trabajos de Nin y Pullés. En efecto, desde su primer número, fechado a 10 de septiembre de 1888, la Gaceta incluyó una sección fija bajo el nombre de "Estadística demográfico-médica", contenido los cuadros mensuales de defunciones ocurridas en Barcelona durante el mes inmediato anterior al de la publicación.

A partir del segundo número (p. 68-69) con cifras correspondientes a septiembre de 1888, la presentación de los datos de dicha sección revistió la forma canónica, vigente hasta la muerte de su compilador. Esta era la siguiente: bajo el epígrafe que describía el título genérico y la especificación temporal de los datos, añadía una descripción de variables geopoblacionales tales como latitud, altitud, superficie, población y densidad de la misma, correspondientes a Barcelona. Por cada día del mes se anotaban el número de matrimonios efectuados, el de nacimientos, las defunciones por sexo, las defunciones según el estado civil de los fallecidos, las muertes ocurridas

"en el claustro materno" y las defunciones por períodos de edad ("modificación", hasta 5 meses; "primera dentición" entre 5 y 3 años; "transición", hasta los 6 años; "segunda dentición", hasta los 13; "pubertad" hasta los 20; "nubilidad" hasta los 25; "virilidad" hasta los 40; "virilidad descendente" hasta los 60; "senectud" hasta los 80 y "decrepitud" para edades superiores). Se incluían también el número total de fallecimientos y su desglose por causas, según tres epígrafes; infecciosas y contagiosas, otras enfermedades y muerte violenta. Había un cuadro que clasificaba los matrimonios según las edades de los contribuyentes, otro donde se presentaban los datos de natalidad y mortalidad (ésta, por edades y causas) divididos por distritos urbanos, un registro de observaciones meteorológicas extremas (presión atmosférica, temperatura, vientos) y una relación de las "enfermedades reinantes" (8).

Además de la relación mensual, Nin publicó en este medio sus análisis anuales, con el título de "Estadística demográfico-médica de Barcelona del año...", en forma de artículos separados dentro de la Gaceta, ilustrados con tablas-resumen (9).

Cuál fuera el fundamento teórico de esta constante preocupación estadística aparece claramente expuesto en la ponencia leída por José Nin en el Congreso Médico celebrado en Barcelona dentro de los actos de la Exposición Unviersal de 1888 (10). El resumen cunatitativo del decenio inmediato anterior (1878-1887) en el comportamiento de distintas variables demográficas, (principalmente, causas de muerte) cuando se conofrontaba con la tram urbana sobre la que asentaba (distritos de distinta densidad de población y variada composición social) servía para mostrar "la malaria urbana", la influencia de los factores socioambientales en el reparto desigual de la muerte. La última información que ofrecía dicha Memoria era la diferente "vida media" de las distintas clases sociales, oscilando desde los 36,47 años calculados para los ricos a los 23,55 de la clase pobre o jornalera.

Se trataba, pues, de un ejercicio empírico de observación social, destinado a desvelar las causas de la mala salud del medio

industrial por excelencia, la gran ciudad. A partir de tal constatación, se incitaba, de forma implícita, al saneamiento integral del medio urbano (alcantarillado, higiene de las viviendas, higiene industrial) teniendo en cuenta las condiciones de subsistencia de los estratos más numerosos del mismo, pobres o jornaleros.

Resulta significativo que la discusión mantenida en el Congreso Médico de 1888 tras la presentación de la Memoria de Nin, registrara posturas frontalmente opuestas, que pretendían invalidar el método: "el valor de las estadísticas sobre este particular, así como (sobre) multitud de otros asuntos científicos, es muy relativo", diría José Call y Morros (1853-1923?) (11), quien criticó, además, la ausencia de explicaciones "morales y hereditarias" (o "psíquicas" y "degenerativas", según otra expresión). Contra la estadística se reivindicaron "los estudios de química biológica" intentando reducir a la intimidad del laboratorio la capacidad de prospección social que había caracterizado el desarrollo de la Higiene Pública a lo largo del siglo XIX (12).

No arredraron estas críticas a nuestro autor, quien, tiempo después, en la introducción de su "Estadística... de Barcelona del año 1888" (Gaceta Sanitaria correspondiente a marzo de 1890) se explicaba de esta manera:

"Para los asuntos de Higiene pública, la formación de estadísticas es una necesidad que se impone. Gracias a ellas, nos convencemos de una manera real de las condiciones de salubridad de las poblaciones, empleamos cuantos medios están a nuestro alcance para descubrir las causas de influencia perniciosa, y siéndonos entonces permitido emplear correctivos, obtenemos beneficios de imponderable valor".

José Nin y Pullés falleció, el 30 de abril de 1892, prematuramente, víctima de una angina de pecho según la noticia necrológica insertada en la primera página del número de la Gaceta Sanitaria correspondiente a mayo, donde se reconocía su esfuerzo como "organizador de los trabajos estadísticos demográfico-médicos de la ciudad de Barcelona... sin gratificación alguna" (13). Dicho número incluía su postrera contribución, los cuadros correspondientes al mes de

abril. A partir de ese mes, la sección de Estadística se convirtió en "Nota Demográfica Mensual de Barcelona", firmada por Luis Comenge desde el Instituto de Higiene Urbana. Ni pasó a ocupar un puesto de honor entre los pioneros de la demografía barcelonesa, junto con Gumersindo Colomer o Ildefonso Cerdá, y en esa condición es citada por los concursantes al primer premio anual de la Academia médica municipal convocado en 1904 sobre el tema "Etiología de la mortalidad en la urbe barcelonesa y manera de disminuirla". Por lo mismo, merece recuperarse su figura dentro de la tradición higiénico-social española.

NOTAS A PIE DE PAGINA.

1.- Cf. el capítulo estadístico del manual de MONLAU (1871), Elementos de Higiene Pública, MENDEZ ALVARO, F. (1856) Algunas consideraciones sobre estadística. Siglo Médico, 3, 393-394 y (1870) El Registro Civil, ibid., 17, 405-406.

2.- AVILES, B. Apéndice. La Higiene Pública en España. En: PALMBERG, A. (1892) Tratado de Higiene Pública según sus aplicaciones en los diversos países de Europa, Madrid, tip. E. Teodoro, p. 930.

3.- Apreciación de Marcelino PASCUA (1934) Mortalidad específica en España, vol. 1, Madrid, Comisión Permanente de Investigaciones Sanitarias, p. 577.

4.- ESTADISTICA sanitaria de Barcelona y su provincia, Revista de Ciencias Médicas, 5, (1879) 186-188; ACTIVIDAD, inteligencia y energía, loc. cit., 469-476; RODRIGUEZ MENDEZ, «. Estadística y demografía de Barcelona, Gaceta Médica Catalana, 15 (1892), 481-485. Gaspar Sentiñón se arroga la prioridad en la introducción de la estadística demográfico-sanitaria en España a través de la sección de Estadística de su revista La Salud (1877-78), según una cita de su libro La viruela y su tratamiento..., Barcelona, 1884, reproducida por: CORBELLÀ, J.; CALBET, J.M. Introducción al estudio de la obra médica y política de Gaspar Sentiñón, Asclepio, 21 (1969), 135-155 (nota 127), aunque reconociendo el mérito de su consolidación al gobernador Aldecoa. Los Almanques del Diario de Barcelona publicaron, desde 1872, las cifras demográficas obtenidas de los juzgados municipales, por cursos judiciales (años de octubre a septiembre).

5.- Noticia tomada de BLAY, V. Estadística demográfica médica de Barcelona.- Año 1878, Revista de Medicina y Cirugía Prácticas, 4 (1879), 508-512. No hemos podido consultar directamente la Enciclopedia citada.

6.- La correspondiente a 1878, que hemos citado en la nota anterior, y la de 1879, en el volumen 6 (1880), 269-273.

7.- SENTIÑÓN, Estadística demográfico-médica de Barcelona, año VIII, 1885, por el Dr. D. José Nin y Pullés, Revista de Ciencias Médicas, (1886), 466. Hacían mención, no obstante, de la contribución de COLOMER CODINA (cfr. nuestra nota 2) al establecimiento de la cifra de nacimientos desde 1860.

8.- La localización de cada uno de los recuentos mensuales es como sigue: agosto 1888, Gaceta Sanitaria de Barcelona, 1, 32-33; septiembre, 68-71; octubre 1888, 104-107; noviembre, 140-143; diciembre, 176-179; enero, 1889, 212-215; febrero, 248-251; marzo, 248-287; abril, 320-323; mayo, 356-359; junio, 392-395; julio, 428-431; agosto, 2, 32-35; septiembre, 84-87; octubre, 120-123; noviembre, 156-159; diciembre, 192-195; enero 1890, 228-231; febrero, 264-267; marzo, 300-303; abril, 336-339; mayo, 372-375; junio, 408-411; julio, 444-447; agosto, 3, 32-35; septiembre, 84-87; octubre, 120-123; noviembre, 156-159; diciembre, 192-195; enero 1891, 228-231; febrero, 266-269; marzo, 302-305; abril, 338-341; mayo, 374-377; junio, 410-413; julio, 444-447; agosto, 484-487; septiembre, 524-527; octubre, 564-567; noviembre, 604-607; diciembre, 4, 34-37; enero, 74-77; febrero, 114-117; marzo, 154-157 y abril 194-197.

9.- Estadística demográfico-médica de Barcelona del año 1886, Gaceta sanitaria de Barcelona, 1, 218-231; ... del año 1889, 2, 269-281; ... del año 1890, 3, 234-247; y ... del año 1891, 4, 82-95.

10.- NIN Y PULLES, Influencia de la densidad de la población en la salud y longevidad de la misma; en Congresos de Ciencias Médica de Barcelona... 1888, Barcelona, Exposición Universal de Barcelona (1889), págs., 935-950. Publicado también en Gaceta Sanitaria de Barcelona, 1, (1888), 114-120, con el título de: Influencia que el modo de ser de las grandes urbes ejerce en la salud y longevidad de sus habitantes; aplicación de este estudio a nuestra ciudad.

11.- Era el presidente de la Sección de Higiene de este Congreso. A partir de la promulgación de la Instrucción General de Sanidad (1904) ocupó la plaza de Inspector provincial de Sanidad en Madrid, hasta el año 1923 según ALVAREZ SIERRA, Diccionario de autoridades médicas. Madrid, Editora Nacional (1963). Antes, en 1886 (y no en 1883 como afirman CALBET Y CORBELLÀ, en su Diccionario biogràfic de metges catalans, Barcelona, Fundació Salvador Vives Casjuana i Seminari Pere Mata-Universitat de Barcelona, 1891) había fundado y dirigido la efímera Revista médico-social (Madrid).

12.- Cfr. COLEMAN, W. Death is a Social Disease. Public Health and Political Economy in Early Industrial France, Madison University of Wisconsin Press (1982); LABERGE, A.F. The Early Nineteenth-century French Public Health Movement... Bulletin Of the History of Medicine, 58, (1984) 363-379; LECUYER, B. Médecins et observateurs sociaux. Les Annales d'Hygiène Publique et de Médecine Légale (1820-1850), in: Pour une Histoire de la Statistique s.l. INSEE (1976), vol. 1, pp. 445-476; FLINN, M.W. Introduction, in: Edwin Chadwick. Report on the Sanitary Condition

of the Labouring Population of Great Britain, 1842. Edinburg, Univ. Press (1965); ROSEN, G. A History of Public Health, New York, MD Publ. (1958), especialmente pp. 259-264.

13.- No hemos conseguido localizar ningún expediente personal de José Nin en el Institut Municipal d'Historia de la Ciutat (archivo municipal) de Barcelona, sin que los datos que recoge el Diccionario... de CALBET y CORBELLÀ ofrezcan mayor información (en realidad, ofrecen menos, ni siquiera la fecha de muerte).

PRESENCIA DE LA ESTADISTICA EN LOS MANUALES ESPAÑOLES DE HIGIENE PUBLICA.

Rodríguez Ocaña, E.

Departamento de Anatomía Patológica e Historia de la Ciencia. Universidad de Granada.

La Estadística, nacida de la preocupación económica y política como "Aritmética política" y como "ciencia de las cosas notables del Estado" en los siglos XVII y XVIII alcanzó su madurez científica, como es sabido, en los albores del siglo XX al ser empleada en la investigación de problemas biológicos, particularmente con Karl Pearson (1857-1936) y sus discípulos (1). Noventa años antes, la aplicación del entonces llamado "método numérico" había supuesto la base del desarrollo disciplinar de la Higiene Pública (2), posteriormente enriquecido con aportaciones experimentales, físico-químicas y bacteriológicas. En las primeras décadas de nuestro siglo se registró un predominio metodológico de este último acercamiento, fuertemente contestado en determinados ambientes médicos, especialmente en el árca germana, hasta el punto de dar origen a la segregación -efímera- de una nueva disciplina, la Higiene Social, sobre supuestos más biosociales que biológicos y con un importante componente estadístico en sus métodos de trabajo (3). La Medicina Comunitaria de la actualidad integra ambos supuestos, valorando la estadística tanto por cuestiones de administración sanitaria como de adquisición de conocimientos, y bien puede decirse que hereda directamente las preocupaciones fundamentales de los anteriores higienistas sociales.

A continuación vamos a estudiar la vinculación de la Estadística en la Higiene Pública, exclusivamente en la vertiente docente de esta disciplina en las Facultades de Medicina Española. Usamos como material los manuales escritos por profesores de la asignatura desde la aparición de la misma en el plan de estudios médicos (1843) hasta 1936.

1. LA ENSEÑANZA OFICIAL DE LA HIGIENE EN ESPAÑA. PLANES DE ESTUDIO Y TEXTOS.

La evolución formal de la Higiene como disciplina en la Universidad española del siglo XIX ha sido expuesta por Mercedes Granjel en su reciente biografía de Pedro Felipe Monlau (Málaga, 1983). Añadamos tan sólo, a nuestros efectos, que, con el nombre de "Higiene" existió una asignatura en las Facultades de Medicina españolas también durante el primer tercio del siglo XX (planes de estudio de 1902 y 1928), siempre dentro de los estudios de Licenciatura. Por tanto, ha sido una presencia constante en nuestra Universidad al menos desde 1843.

Durante los primeros 45 años del siglo XIX el escaso panorama editorial en lengua castellana se nutrió básicamente de traducciones francesas (4). Sólo en 1847 vió la luz el libro que inicia la tradición literario-docente española, Elementos de Higiene Pública, de Pedro F. Monlau, reeditado, con modificaciones, en 1862 y 1871. A partir de la muerte de Monlau se inicia una producción diversificada con textos de Giné y Partagás (1871-72), Rodríguez Méndez (1874), Alcina (1882), Santero (1885), Laborde (1894), Santos Fernández (1897), R. Forns (1912), o Salvat Navarro (1915-1934) (5). No por ello desaparecen las traducciones, que continúan fluidamente, mereciendo notarse la presencia de textos de procedencia alemana a partir del cambio de siglo (6).

Otros manuales de Higiene, que no hemos considerado, fueron los destinados a ser texto de enseñanzas no universitarias (7).

2. LA ENSEÑANZA DE LA ESTADISTICA EN ESPAÑA. ESTUDIOS Y TEXTOS.

Por lo que respecta a la Estadística, también en cuanto disciplina universitaria, nos servimos del texto de Sánchez-Lafuente (8). Destaquemos únicamente que el mismo año (1843) que se introdujo la "Higiene privada y pública" como asignatura obligatoria en los estudios de Medicina se crearon las dos primeras décadas, aunque extrauniversitarias, de Estadística. Sólo en 1857 se hizo esta asignatura obligatoria en las Facultades de Derecho y en Escuelas de Comercio,

aunque su desarrollo distó de ser floreciente. Un testimonio de 1898, citado por el mismo Sánchez Lafuente, indica que era una enseñanza mínima en Derecho, y sólo como "arte empírico" se enseñaba en Comercio, sin que las exigencias fuesen adecuadas ni siquiera en las oposiciones al Cuerpo de Estadística ya creado dentro de la Administración pública (9).

Con todo, el último tercio del siglo XIX conoció la publicación de sucesivos Tratados, frecuentemente también elementales, como los de M. Carreras y J.M. Piernas (1873), Salvá (1882), Pou (1889) o de nuevo Piernas (1897).

En 1879 se publicaba el primer Tratado de Cálculo de probabilidades en España, por Diego Ollero.

La primera contribución desde el mundo de las matemáticas españolas hubo de esperar a 1924, con Antonio de Miguel y su Introducción a la metodología estadística.

No tenemos constancia de que fuesen traducidas ninguna de las obras clásicas francesas y alemanas de Estadística aplicada a la medicina (10), salvo el manual de Jacques Bertillon titulado Curso elemental de Estadística administrativa, que lo fué por el Jefe del Cuerpo de Estadística del Instituto Geográfico, Antonio Revenga, en 1904 (Madrid, Biblioteca jurídica de autores españoles y extranjeros de Hijos de Reus editores).

3. CONSIDERACION DE LA ESTADISTICA DENTRO DE LOS MANUALES ESPAÑOLES DE HIGIENE PUBLICA.

El texto de Monlau, en sus dos primeras ediciones, no contiene de Estadística más que una declaración sumaria de su necesidad. Sólo la edición de 1871 dedica un capítulo específico a esta materia, que es así caracterizado por su autor:

"...adición enteramente nueva y de utilidad indiscutible. Para el higienista es tan indispensable la Estadística como lo es la Anatomía descriptiva del cuerpo humano para el médico y el cirujano" (pp. VII-VIII, subrayado del autor).

En dicho capítulo se exponen, en primer lugar, una serie de consideraciones generales sobre la Estadística -condensando buena

parte de las formulaciones hechas públicas por Mateo Seoane (1791-1870) treinta y un años antes (11); a continuación, el fundamento y objeto tanto de la que llama Estadística administrativa (o general) como la Estadística médica (también denominada higiénica y sanitaria), aunque sin entrar en descripción de método.

Según Monlau, constituyen objeto de la Estadística general "los inventarios referentes al territorio y a la población", mientras que forman el de la segunda los de "edad", sexo, temperamento y constitución, clima y topografía, diátesis, profesión y hábitos, estado social, enfermedades padecidas, heredamientos morbozo, habitación y régimen, constitución médica, constitución epidémica, causas predisponentes y determinantes de la defunción, autopsias, etc. etc." (p. 735).

Establecida genéricamente la necesidad de ambas, no puede dejar de señalar como motivo de preocupación el desfase que se observa entre la concreción práctica de ambas ramas estadísticas en nuestro Estado, pues mientras que la Comisión o Junta general de Estadística, creada en 1856, atendía, estimulaba y organizaba las cuestiones referidas a la rama administrativa, no existía nada parecido en el aspecto sanitario. Hasta tal punto que los partes y estados sanitarios no eran publicados por una Dirección general de Sanidad convencida de su inexactitud, como señala citando la circular de 10 de mayo de 1860 (p. 737).

Apenas fallecido Monlau se publicaba un nuevo texto - -Curso elemental de Higiene privada y pública, 4 vols., 1871-72-escrito por el polifacético catedrático de Higiene en Barcelona Juan Giné y Partagás (1836-1903) con una sentida dedicatoria en homenaje y recuerdo al fallecido. Este manual, sin embargo, pese a reconocer "la Estadística médica y la Economía política (como) verdaderos fundamentos de la Higiene pública", no tiene ningún apartado específicamente dedicado a Estadística. Hay, eso sí, un capítulo demográfico compuesto de 3 lecciones y un apéndice con datos españoles (sobre territorios, producción territorial, población y administración sanitaria: en suma, "una estadística administrativa" según la clasificación de Monlau).

El Tratado de Higiene Privada y Pública que en 1882 publicó Benito Alcina (1850-1898) -catedrático de Cádiz-, incluye, igualmente, un capítulo sobre Demografía, donde se hace una presentación sucinta de los datos sobre población, nupcialidad, natalidad y mortalidad de distintos países, citando con abundancia a Bertillon. Los Elementos de Higiene Privada y Pública (1885) de Francisco Javier Santero, catedrático de la disciplina en Madrid, aunque utilizan el término "estadística" en el enunciado de dos de sus lecciones, números 79 y 80, sólo en esta última dedican dos escasas páginas a su desarrollo, dentro de la referencia a ciencias de cuyo auxilio goza la Higiene, careciendo de capítulo demográfico. Santero describe con propiedad el ya entonces rudimentario método numérico, al definir el contenido de la estadística como

"...resultado numérico de una observación... sólo arroja cifras y de los datos comparativos de sus sumas y restas, establecemos proporciones, de cuyo resultado final deducimos las consecuencias para paliar las leyes higiénicas" (p. 168).

Rafael Rodríguez Méndez (1845-1919) catedrático de Higiene en la Universidad de Barcelona, en sus Prolegómenos de Higiene (1874), interpretaba en cambio la Estadística como "cálculo de probabilidades", una aplicación de las Matemáticas a los fenómenos ambientales con incidencia sobre la salud; por tanto, con una concepción científicamente más elaborada que esas meras sumas, restas y proporciones en las que se cifraba, diez años después, la virtualidad de aquella arma auxiliar. Bien es verdad que Rodríguez Méndez reconocía que aún el simple "cálculo de términos medios" era útil, citando en su apoyo un trabajo no médico, un Curso de Estadística escrito por Serafín Adame y Muñoz y publicado en Madrid en 1867, cita absolutamente original entre todos los tratados y manuales que aquí se discuten (12). Pero la referencia al cálculo de probabilidades no supera ese escueto nivel de enunciado. El mismo término es empleado por Alcina en el capítulo introductorio del volumen que consagra a Higiene pública.

Desde la década de 1840 a la de 1880 existió, pues, un reconocimiento literario, por los distintos autores, de la importancia

y trascendencia que la Estadística, como simple método numérico o como cálculo complejo de probabilidades, tenía respecto de la Higiene. Ello dependía directamente de la concepción de la Higiene Pública como ciencia social; recordemos, en efecto, que, para Monlau

"La higiene pública puede llamarse... social, porque la sociedad se el objeto de sus estudios y porque la higiene pública es realmente la higiene de la sociedad, así como la estadística es la anatomía y la economía social es la fisiología de la misma sociedad" (1847; p. 16).

En el mismo sentido, para Giné (1871, vol., 1, p. 9) como para Santero (1885, vol. 2, p. 165) la Higiene era "rama de las ciencias médicas y ciencia social" y, aunque no se encuentra en Alcina una formulación tan concisa, el sentido es similar al afirmar que "se hace cargo de cuanto importa a las ciencias sociológicas" (vol. 2, p. 2) o que incluye entre sus auxiliares las ciencias morales y políticas (p. 4). Como tal ciencia social, correspondía a la Higiene Pública tomar "parte activa en el pavoroso problema social" (Santero). El componente estadístico era el más preciso apoyo legitimador de esa vocación reformista, manifestado en el desarrollo histórico de la disciplina (piénsese en los casos de Chadwick o de Villermé como figuras representativas o de la revista Annales d'Hygiene et médecine légale) (13). Como escribía Alcina (vol. 2, p.4):

"¿Qué vida podría tener la Higiene pública sin la ciencia de los números?. En la inmensa mayoría de las cuestiones de Higiene correría la misma suerte que la de la física sin aparatos, la química sin laboratorio, la de la anatomografía sin cadáveres y la de la histología sin microscopios".

La exigencia de sustentar la ciencia social higiénica en la cuantificación ordenada de los fenómenos sociales relacionados con la salud y la enfermedad fué acompañada de notables precauciones tendentes a asegurar la mayor previsión y el mayor rigor posible a la toma de datos y a su elaboración. Todos los textos (Monlau, Giné, Alcina, Rodríguez Méndez, Santero) se precaven contra dicha posibilidad, siguiendo una tradición que se remonta a los inicios de la incorporación del método numérico (14). Una formulación precau-

toria original es la que ofrecía Santero (vol. 2, p. 169) como código metodológico en la línea del sugerido por Claude Bernard (1813-1878) para el desarrollo del razonamiento experimental:

"Las estadísticas, pues, deben ser numerosas, repetidas por distintas personas, efectuadas en igualdad de condiciones, hechas sin apasionamiento ni ideas preconcebidas, con datos exactos y debidamente interpretadas, y acompañadas de las contrapruebas con otra estadística, a ser posible". (subrayado nuestro).

En la última década del siglo, apenas doce años después de publicado el texto de Alcina que hemos empleado antes para justificar la intimidad entre Estadística e Higiene, un profesor sevillano, Francisco Laborde y Winthuyssen, informaba de la presencia señalada que la ciencia experimental había conseguido dentro de la Higiene pública, desbancando prácticamente a la Estadística como método central de trabajo:

"(el higienista) es de absoluta necesidad que sea un buen químico y un buen micrografo, porque la higiene no se funda sólo en la ciencia estadística, sino en los trabajos de laboratorio...". (vol. 2, p. 112).

Sus Lecciones de Higiene Privada y Pública carecían de otras referencias al contenido o metodología estadística, salvo un breve capítulo demográfico.

A partir de tales supuestos no es de extrañar la continuada ausencia de mención a técnicas estadísticas en los manuales, independientemente de que la práctica médico-social en sus distintos apartados (administración sanitaria, lucha antituberculosa, lucha contra la mortalidad infantil) hiciera recurso creciente, a partir de 1900, a registros cuantitativos más o menos elaborados (15).

En coincidencia con el advenimiento de la Segunda República, dicha actividad cristalizó de forma completa al producirse la unificación de competencias preventivas dentro de la Dirección general de Sanidad y sus entidades periféricas (Institutos provinciales de Higiene) y disponerse de la formación especializada impartida desde la Escuela Nacional de Sanidad. En dicho centro de postgrado se incluía Estadística como uno de los requerimientos docentes, disciplina que corrió a cargo del primer bioestadístico español, Marcelino Pascua Martínez

(nac. 1897), un especialista formado en la School of Tropical Hygiene and Public Health de Londres y en el Departamento de Salud Pública de la Universidad John Hopkins de Baltimore. Responsable asimismo de la Sección de Estadística de la Dirección general de Sanidad desde 1929, fué Director general del ramo en el primer bienio republicano y colaborador de la Oficina de Higiene de la Sociedad de Naciones y de la nueva Organización Mundial de la Salud constituida después de la Segunda Guerra Mundial(16).

En el terreno que nos ocupa, el texto escolar más representativo de la década de los años treinta puede muy bien ser el publicado en tres volúmenes y con notable espaciamento entre ellos por el catedrático de la especialidad (Sevilla, Barcelona, Granada después de la guerra) Antonio Salvat Navarro (nacido en 1883). El último volumen, editado en 1934, incluía un Apéndice (pp. 775-784) donde, partiendo de la autoridad de Pascua para justificar que la Estadística se había convertido en "verdadera especialidad sanitaria", ofrecía una detallada exposición teórico-práctica de la misma.

4. CONCLUSION.

Pese a que fué la incorporación del sustrato estadístico el inicial elemento legitimador de la Higiene Pública como disciplina científica, la docencia médica en España apenas prestó atención a dicha parcela del saber. Sólo dos manuales, la tercera edición del clásico de Monlau (1871) y el de Salvat (1934), dedican específicamente un capítulo a Estadística, mientras el resto de los escritores por profesores de la disciplina entre ambas fechas todo lo más incluyen una lección de Demografía, con un sentido descriptivo antes que procedimental.

La nueva consideración de la Estadística sanitaria que se advierte en el texto de Salvat ha de verse como reflejo de la práctica estadística impulsada desde la Administración pública, en particular el esfuerzo de puesta al día que supuso la incorporación de un bioestadístico formado en Londres y Baltimore, Marcelino Pascua, a las tareas de la Dirección general y de la Escuela Nacional de

Sanidad.

NOTAS A PIE DE PAGINA.

1.- WESTERGAARD, H. (1932). Contributions to the History of Statistics; Londo (reprint: La Haye-París, Mouton, 1969); SANCHEZ-LAFUENTE FERNANDEZ J. (1975). Historia de la Estadística como ciencia en España 1500-1900. Madrid, I.N.E.; HISTOIRE de la Statistique (Pour une), vol. 1 (contributions), París, Institut National de la Statistique et des Études Économiques (1976).

2.- LA BERGE, A.F. (1974). Public Health in France and the French Public Health Movement 1815-1848. Ph. D. Diss. Univ. Of Tennessee; LECUYER, B. (1976), Médecins et observateurs sociaux. Les Annales d'Hygiène Publique et de Médecins Légale (1820-1850). In: Pour une Histoire de la Statistique, op. cit., vol. 1, pp. 445-476; COLEMAN, W. (1982) Death is a Social Disease. Public Health and Political Economy in Early Industrial French. Madison, Univ. Of Wisconsin Press; LA BERGE, A.F. (1984) The Early Nineteenth-Century French Public Health Movement: The Disciplinary Development and Institutionalization of Hygiène Publique. Bull. Hist. Med., 58, 363-379.

3.- GROTJAHN, A. (1910). Ueber die Bedeutung der Medizinalstatistik für die Soziale Hygiene und die Soziale Medizin. Zeitschrift für Soziale Medizin, Säuglingsfürsorge und Krankenhauswesen, 5, 317-323. Cf. mi trabajo: La Academia de Higiene Social de Düsseldorf 1920-1933... Dynamis, 3, (1983), 231-264.

4.- LONDE, Ch. (1829). Nuevos elementos de Higiene, 2 vols., Madrid, Repullés; 2ª ed., 1843; SIMON, L. (1843) Tratado elemental de Higiene pública, Madrid; Jordan e Hijo; LEVY, M. (1846) Tratado completo de Higiene Pública, Madrid, Viuda de Calleja e Hijos.

5.- MONLAU, P.F. (1847). Elementos de Higiene Pública. 1ª ed. Barcelona, Imp. P. Riera; 2ª ed. (1862) Madrid, Imp. y Estereot. de M. Rivadeneyra; 3ª ed. (1871). Madrid, Moya y Plaza; GINE Y PARTAGAS, J. (19871-72). Curso elemental de Higiene privada y pública. 4 vols. Barcelona, Imp. N. Ramírez y Cía; RODRÍGUEZ MENDEZ, R. (1874). Prolegómenos de Higiene. Barcelona, Est. Tip. Jaime Jepús; ALCINA, B. (1882). Tratado de Higiene Privada y Pública. 2 vols., Cádiz, Librería de José Vides, Editor; SANTERO, F.J. (1885). Elementos de Higiene Privada y Pública. 2 vols.; Madrid, El Cosmos Ed.; LABORDE Y WINTHUYSEN, F. (1984). Lecciones de Higiene Privada y Pública. 2 vols. Sevilla, Imprenta C. Almudena 5; SANTOS FERNANDEZ, V. (1897). Lecciones de Higiene Privada y Pública, nociones de estadística y legislación sanitaria dadas en la Universidad de Valladolid. Curso de 1896 a 1897. Valladolid, Est. Tip. Julián Torrens; FORNS, F. (1912). Curso de Higiene individual y social. Madrid, Est. Tipográfica de V. Todesillas; SALVAT Y NAVARRO, A. (1925). Tratado de Higiene. Tomo I. 2ª ed. (1ª ed., 1916). Tomo II (1926); Tomo III (1934),

Barcelona, M. Marín Ed.

6.- Entre otros textos, se tradujo a BECQUEREL, ARNOULD, LANGLOIS o PROUST, entre los franceses, junto con nuevas versiones de LEVY y de LONDE. Dos importantes obras alemanas traducidas fueron los Tratados respectivamente de M. RUBBER (1909) Barcelona, Salvat, y K. FLUEGGE (1916) Madrid, Calleja.

7.- En "Instituciones, Normales y Seminarios" como reza la portada de LUZURIAGA AGUIRRE, F. (1916) Elementos de Higiene moderna. Oviedo, 2ª ed., 1916, Lluarca, R.P. del Río e Hijo. Otros anteriores: RIBERA GOMEZ, E. (1880) Higiene privada y social, Valencia, Imp. Manuel Alufre -texto que vió su 10ª ed. en 1910, Madrid, J. Rates; INARRA, F. (1906). Elementos de Higiene, 2ª ed., Madrid, V. Suárez; CALVO, F. (1910) Catecismo de Higiene. Madrid, G. del Amo; RODRIGUEZ LOPEZ, I. (1915) Apuntes de Higiene General comprendiendo la Higiene escolar, Barcelona, Tipolitografía Auber y Pla; etc.

8.- Op. cit. en nota 1.

9.- MINGUEZ VICENTE, M. (1898). Tratado de Estadística, Córdoba; cita en SANCHEZ-LAFUENTE (1975) op. cit., p. 247.

10.- Como las de CAVARRET, J. (1840). Principes generaux de Statistique médicale, París, Béchetejeune et Labe; OESTERLEN, F. (1864). Handbuch der medizinischen Statistik, Tübingen, Laupp; HIRSCHBERG, J. (1874). Die mathematischen Grundlagen der medizinischen Statistik, Jena, Fischer (2ª ed., 1931).

11.- Consideraciones generales sobre la estadística médica. Memoria... (1838). Reimpresión en: LOPEZ PINERO, J.M. (1984). Mateo Seoane y la introducción en España del sistema sanitario liberal. Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo (Colección Textos Clásicos Españoles de la Salud Pública nº 12), pp. 187-212.

12.- De esta obra comenta SANCHEZ-LAFUENTE (op. cit., p.242) que "se trata de un compendio donde, sin haber nada original, se registra lo más destacado de la Estadística a la altura de 1867".

13.- Cf. los textos citados en la nota 2.

14.- El texto de SEOANE, citado en la nota 12, ya dedicaba atención relevante a este problema (pp. 195-199) en 1838.

15.- Principalmente, los anuales Movimientos de población, que, a partir de esa fecha, fueron produciéndose de modo regular por el Instituto Geográfico y Estadístico.

16.- Una reseña biográfica de este autor, publicada con motivo de su nombramiento para la Dirección General de Sanidad en: Med. Ibero, 25/1 (nº 704), CDLXII (1931). Vid. PASCUA, M. (1965). Metodología bioestadística..., Madrid, Ed. Paz Montalvo.

LOS COMIENZOS DE LA SALUD PUBLICA EN ESPAÑA A TRAVES DE LA SALUD PUBLICA. REVISTA DE HIGIENE Y TUBERCULOSIS.

Barona Vilar, C.; Barona Vilar, J.L.

Departamento de Historia de la Ciencia de la Universidad de Valencia.

A lo largo del siglo XIX se produjo en España la sustitución del sistema sanitario propio del Antiguo Régimen, por otro acorde con los supuestos ideológicos liberales y la sociedad de clases secularizada. Este cambio condujo a la necesidad de tener en cuenta una perspectiva social al tratar los problemas médicos e higiénicos, y creó una clara conciencia de que las condiciones sociales y los problemas médicos están íntimamente relacionados. De acuerdo con esto planteamientos, compartidos por la mayor parte de países de la Europa Occidental, comenzaron a plantearse las primeras acciones en un sentido plenamente moderno de medicina social.

Nuestro propósito es contribuir a los estudios en torno a este tema, mediante el análisis de la principal revista sobre salud pública, y la única sobre fisiología, que se publicó en la Valencia de comienzos del siglo XX: La Salud Pública. Revista de Higiene y Tuberculosis (1905-1936). El trabajo se ha basado en el estudio exhaustivo de la revista durante los primeros años de su publicación, que pueden considerarse como su período fundacional, y ha consistido esencialmente en el análisis bibliométrico de los siete géneros documentales que la componen y que a continuación describimos sumariamente:

- Artículos originales: Ocupan las principales páginas de cada número, y en ellos colaboraron un buen número de profesionales relacionados con el mundo de la higiene y la fisiología.
- Artículos traducidos: Merecen la misma consideración que los originales, existiendo un número más o menos asiduo de autores extranjeros que colaboraron con la revista.
- Crónicas de fisiología: Se trata de una sección que se ocupa exclusi-

vamente del tema de la tuberculosis, en la que se comentaban noticias relacionadas con ellas procedentes de otras revistas españolas o extranjeras. El autor de esta sección es José Chabás.

- Notas de fisiología Ibero-Americana: Esta sección está integrada por artículos originales recogidos de otras revistas del ámbito ibero-americano, que también se refieren al tema de la tuberculosis.
- Notas de higiene: Se trata de otra sección fija en la que se recogen diversas noticias relacionadas con la medicina preventiva y la salud pública. Su autor, aunque en este caso firma con el pseudónimo de H. Sacabejos, también es José Chabás.
- Noticias: Sección de carácter anónimo que da entrada al anuncio de acontecimientos relacionados con la medicina, conmemoraciones, defunciones, etc.
- Reseñas bibliográficas: Se trata de una apartado que aparece al final de cada número de la revista para dar conocimiento de las novedades bibliográficas, que pueden ser tanto libros y folletos como comunicaciones a congresos ó trabajos no originales o traducidos.

Con el material reunido, se elaboró un inventario de fuentes, a partir del cual fué posible realizar un estudio estadístico descriptivo. Las variables consideradas fueron: años de publicación, materias y autores de los trabajos; colaboración entre los autores, así como país de procedencia y área de trabajo preferentemente cultivada por los mismos; revistas y países de procedencia, en el caso de las extranjeras y, por último, ciudades y editoriales en que se publicaron los textos comentados en las reseñas bibliográficas.

Los autores que colaboraron en La Salud Pública, dentro del panorama español, pueden dividirse en tres grupos: en el primer grupo habría que colocar a Chabás como máximo productor, con casi el 25% de los trabajos publicados; a continuación habría que considerar un segundo grupo de autores que mantiene una cierta continuidad en cuanto a sus colaboraciones en la revista y que son aquellos nueve autores que publicaron entre tres y ocho trabajos y entre los cuales se encuentran algunas figuras conocidas de la medicina española de

la época, como el pediatra aragonés Andrés Martínez Vargas, el higienista y erudito Rafael Rodríguez Méndez, o los que consagraron su actividad al cuerpo de sanidad militar como Larra y Cerezo y González Castellano. Por último aparece un grupo de siete autores con dos trabajos, entre los que cabe destacar a Jaime Ferrán, Vicente Peset Cervera y Rafael Ulecia, seguido de un amplio grupo de treinta y un colaboradores ocasionales con un solo trabajo. Sin duda, el hecho de que la revista fuera valenciana, condicionó una mayor presencia de autores de esta zona; no obstante el elevado número de autores que ejercían su labor profesional en Madrid y Barcelona, indica que la revista no sólo era el esfuerzo aislado de un grupo de profesionales valencianos, sino que tenía amplia repercusión en el panorama de la higiene española.

TABLA I

DISTRIBUCION POR AUTORES Y NUMERO DE TRABAJOS ORIGINALES PUBLICADOS EN LA SALUD PUBLICA (1905-1907).

<u>Autores</u>	<u>Artículos</u>
Chabás, José	24
González Castellano, Jaime	8
Dómine, J.J.	6
Larra y Cerezo, Angel de	6
García del Moral, José	4
Martínez Vargas, Andrés	4
Fisac, Gaspar	3
Radúa, E.O.	3
Robles, A.	3
Rodríguez Mendez, Rafael	3
Chabret, Antonio	2
Ferrán Jaime	2
Franco, José	2
Peset Cervera, Vicente	2
Sacabejos, H. (Chabás)	2
Ulecia Cardona, Rafael	2
Verdes Montenegro, José	2

El hecho de que José Chabás (1877-1963) fuera el director y a su vez máximo productor de la revista, merece una especial atención a su figura y a su actividad científica, especialmente consagrada al tema de la tisiología. Su interés por este tema quedó ya demostrado con anterioridad a la fundación de la revista, y más concretamente en su tesis doctoral sobre tisioterapia, en la que consideraba que en la etiología de la tuberculosis están tan implicados el agente microbiano y la capacidad reactiva individual, como el carácter social de la efeción. Estas ideas las expuso más tarde en el "Congreso Internacional de la Tuberculosis" celebrado en 1905 en París, donde acudió como delegado del gobierno español, y sus aportaciones en este campo merecieron como reconocimiento su nombramiento de miembro de las Sociedades Internacionales contra la Tuberculosis de París y Berlín. Como médico práctico, prestó sus servicios en el sanatorio de Porta-Coeli en Valencia, fundado por Francisco Moliner y especializado en enfermedades del tórax, actividad que compaginó con la consulta de medicina interna que compartía con otros dos médicos valencianos.

En el ámbito internacional, los autores con mayor presencia en La Salud Pública, fueron en su mayor parte de procedencia alemana y francesa (88%), por lo que no cabe duda de que la información extranjera recogida en la revista, provenía fundamentalmente de estos dos núcleos que contaban, en el campo de la bacteriología con figurar de la talla de Robert Koch, Paul Ehrlich o Louis Pasteur, quienes hicieron de esta disciplina uno de los pilares fundamentales de la higiene moderna.

Entre los autores con mayor número de artículos podemos señalar al bacteriólogo alemán Emil Von Behring (1854-1917), cuyos trabajos en el campo de la sueroterapia supusieron un hito histórico de gran trascendencia; también fué importante la presencia del tisiólogo francés Samuel Bernheim (1855-post. 1914), la del bacteriólogo Albert Calmette (1863-1933) fundador del Instituto Pasteur de Lille, y la del profesor de medicina experimental y comparada de la Facultad de Medicina y Farmacia de Lyon, Saturnine Arloing (1846-1919). En general, la mayoría de los autores extranjeros que colaboraron en

la revista, ejercieron su actividad profesional en el seno de la bacteriología y la higiene. En la tabla siguiente quedan reflejados los autores con mayor número de colaboraciones:

TABLA II

DISTRIBUCION POR AUTORES EXTRANJEROS Y NUMERO DECRECIENTE DE TRABAJOS PUBLICADOS EN LA SALUD PUBLICA (1905-1907).

<u>Autores</u>	<u>Artículos</u>
Behring, Emil Von	4
Bernheim, Samuel	4
Calmette, Albert	4
Arloing, Saturnine	3
Kayserling, A.	2
Maragliano, E.	2
Schroetter	2

A partir de la estructuración semántica de los trabajos originales y traducidos, hemos podido delimitar cuales fueron las áreas temáticas que integraban el contenido de la revista. En el caso de los artículos originales, los temas relacionados con la higiene constituyen el mayor porcentaje de trabajos, y dentro del mismo destaca el apartado correspondiente a la higiene social, que se refiere a la higiene de la vida obrera, entre otros. El segundo lugar está representado por temas relacionados con la tuberculosis, entre los que destacan los aspectos higiénicos y su tratamiento. También ocupan un lugar significativo los congresos, así como la lucha sanitaria contra diversas enfermedades y en especial contra la tuberculosis: es el momento en que comienzan a cobrar auge asociaciones tales como la Liga Antituberculosa, la Sociedad Internacional contra la Tuberculosis, etc. La siguiente tabla ofrece una información más detallada al respecto:

TABLA III

DISTRIBUCION POR MATERIAS DE LOS TRABAJOS ORIGINALES PUBLICADOS EN
LA SALUD PUBLICA (1905-1907).

<u>Materias</u>	<u>Nº de trabajos</u>	<u>Porcentaje</u>
Bacteriología	4	1,11%
Biografías	7	1,95%
Clima	4	1,11%
Congresos	36	10,05%
Contagio	3	0,83%
Enfermedades contagiosas	22	6,14%
Estadística sanitaria	12	3,35%
Higiene	19	5,30%
de alimentos y bebidas	5	1,39%
y demografía	3	0,83%
dental	2	0,55%
desinfección	1	0,28%
escolar	9	2,51%
de la infancia	16	4,47%
máximas y consejos	6	1,67%
profilaxis	8	2,23%
social	35	9,77%
urbana	5	1,39%
Inmunidad	5	1,39%
vacunación	4	1,11%
Lucha sanitaria	25	6,98%
Medicina	22	6,14%
Prensa	19	5,30%
Tratamiento	15	4,19%
Tuberculosis	22	6,14%
animal	4	1,11%
bacteriología	3	0,83%
diagnóstico	1	0,28%
etiología	5	1,39%
e higiene	18	5,02%

humana	5	1,39%
mortalidad	1	0,28%
tratamiento	10	2,79%

En el caso de los artículos traducidos, caba destacar que aproximadamente el 50% de los mismos gira en torno al tema de la tuberculosis; y de este porcentaje, aproximadamente la mitad está dedicado a tratar la etiología de la enfermedad. El resto se ocupa de otros aspectos como son el tratamiento, la higiene o la bacteriología. Los trabajos relacionados con la higiene ocupan en este caso un lugar destacado, y especialmente la higiene social y la higiene escolar:

TABLA IV
DISTRIBUCION POR MATERIAS DE LOS TRABAJOS TRADUCIDOS EN LA SALUD PUBLICA (1905-1907).

<u>Materias</u>	<u>Nº de trabajos</u>	<u>Porcentaje</u>
Bacteriología	5	5,61%
Biografías	4	4,49%
Enfermedad contagiosa	1	1,12%
Higiene	2	2,24%
de alimentos y bebidas	2	2,24%
escolar	7	7,86%
de la infancia	1	1,12%
de la respiración	1	1,12%
social	8	8,98%
urbana	1	1,12%
Inmunidad	2	2,24%
Lucha sanitaria	3	3,37%
Tratamiento	7	7,86%
Tuberculosis	3	3,37%
bacteriología	5	5,61%
etiología	22	24,72%
e higiene	6	6,74%

<u>Materias</u>	<u>Nº de trabajos</u>	<u>Porcentaje</u>
humana	1	1,12%
y paludismo	1	1,12%
tratamiento	7	7,86%

La "crónica de tisiología" y las "notas de tisiología ibero-americana" son dos secciones consagradas al tema de la tuberculosis. En el caso de la primera, se trata de una crónica comentada por José Chabás de diversas noticias aparecidas en otras revistas tanto del ámbito español como extranjero. Las revistas más citadas son, por este orden las francesas, españolas y alemanas, quedando muy por debajo las de origen anglo-sajón y escasamente representadas las ibero-americanas e italianas. De todas ellas, el mayor porcentaje de noticias procede de la Revue Internationale de la Tuberculose. Estos datos confirman lo antes señalado de que Francia y Alemania eran los dos núcleos de principal influencia en materia de salud pública. En cuanto a las materias que despiertan un mayor interés en esta sección cabe destacar el tema de la higiene referida a la tuberculosis; no hay que olvidar que se trata de una enfermedad con un gran componente social, lo que pone de evidencia la necesidad de tomar medidas de carácter público para combatirla y, aún más, para prevenirla. Ello explica el interés por los estudios epidemiológicos sobre la enfermedad, la creación de sanatorios y dispensarios, las asociaciones para la lucha social contra la tuberculosis etc.

La otra sección consagrada al tema de la tisiología, la "notas de tisiología ibero-americana", hace su aparición por primera vez en la revista en 1907, y en el transcurso de ese año la revista de la que procede mayor información es El Siglo Médico.

Las "notas de higiene" prestan gran atención a algunos temas de salud pública de gran importancia, tales como las enfermedades infecto-contagiosas (tuberculosis, sífilis, tifoidea), que aglutinan el mayor porcentaje de trabajos de esta sección. Otro aspecto de la higiene como es la bromatología también posee cierto relieve, y no hay que olvidar los problemas sociales planteados desde la perspec-

tiva de la higiene, tales como el alcoholismo, las casas obreras, la lucha social contra la tuberculosis, por señalar tan sólo los más significativos.

El contenido de la sección de "noticias", aunque de menor talante científico que las demás secciones, da a conocer algunos acontecimientos relacionados con la medicina, correspondiendo el mayor porcentaje de noticias a los temas de higiene. Las noticias sobre congresos, comentando los ya celebrados o anunciando los que están próximo, ocupan un segundo lugar junto a las que se refieren a biografías, aniversarios y necrológicas.

El tema más tratado en las publicaciones reseñadas corresponde a la patología general, destacando dentro de ella las publicaciones sobre patología infecciosa. Con respecto a los lugares de publicación, cabe destacar que aproximadamente el 75% de las obras reseñadas se publicaron en sólo cuatro ciudades: París, Barcelona, Madrid y Valencia, y mientras la mayoría de publicaciones procedentes de París corrieron a cargo de empresas comerciales, en el caso de las ciudades españolas destaca la importante participación de instituciones tales como asociaciones profesionales, reales academias, universidades, e incluso los ayuntamientos.

En resumen, puede decirse que el análisis en profundidad de La Salud Pública. Revista de Higiene y Tuberculosis, una de las pioneras en el tema de la medicina social y la salud pública y con una amplia difusión tanto en el ámbito nacional como internacional, nos proporciona un fiel reflejo de lo que fué el panorama de la medicina social y la salud pública durante el primer tercio del presente siglo, de cuales fueron sus contenidos y cuales sus vías de comunicación y difusión.

BIBLIOGRAFIA.

BALAGUER PERIGUELI, E.; BALLESTER AÑON, R. (1973) La higiene y la medicina preventiva en la segunda mitad del siglo XIX. Med. Esp., 69, 367-372.

BARONA VILLAR, C. (1986) La Salud Pública. Revista de Higiene y Tuberculosis (1905-1907). Inventario, bibliometría y análisis semántico-documental. Valencia, Tesis de licenciatura. 312p.

CARRILLO, J.L. (1986) Juan Manuel de Aréjula (1755-1830). Estudio sobre la fiebre amarilla. Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo, 159p.

CHABAS BERGON, E. (1970) Un médico e historiador valenciano: José Chabás Bordehore. En: Actas del I Congrès Internacional d'Historia de la Medicina Catalana, Barcelona, vol. 2, Scientia, pp. 102-115.

LESKI, E. (1984) Medicina social. Estudios y testimonios históricos. Traducción e introducción por J.M. López Piñero. Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo, 338p.

LOPEZ PIÑERO, J.M. (1972) El análisis estadístico y sociométrico de la literatura científica. Valencia, Centro de Documentación e Informática Médica, 82p.

LOPEZ PIÑERO, J.M. (1984) M. Seoane. la introducción en España del sistema sanitario liberal (1791-1870). Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo, 239p.

ROSEN, G. (1958) A history of public health. New York, MD Publications, 551p.

ROSEN, G. (1974) From medical police to social medicine: essays on the history of health care. Front. Plates. Ports., 331, p. 327.

ULLMAN, S. (1972) Semántica. Introducción a la ciencia del significado. Madrid, Aguilar, 320p.

LA CIUDAD Y EL DESARROLLO DE LA HIGIENE PUBLICA: EL EJEMPLO DEL ALICANTE DE PRINCIPIOS DE SIGLO.

Balaguer, E.; Ballester, R.

División de Historia de la Medicina. Universidad de Alicante.

La relación entre comunidades urbanas y salud pública en el periodo contemporáneo, ha sido un tema escasamente abordado de forma explícita aunque sin duda constituye un importante capítulo en las historias generales de la medicina preventiva (1) o cuando se trata de estudiar un problema patológico concreto como es el caso paradigmático de la tuberculosis, enfermedad relacionada directamente con las situaciones de hacinamiento y, en general, con las malas condiciones de vida urbana, o del cólera y su conexión con el abatecimiento de aguas y la situación del alcantarillado. Sin embargo, es evidente que la reconstrucción histórica de las distintas reglamentaciones y medidas sanitarias municipales, las vicisitudes que tuvo su creación y puesta en marcha, así como sus repercusiones sociales, son de una importancia extraordinaria para poder conocer el nivel de salud de la comunidad y fuente de primera mano para el estudio de dicha población en cualquier momento histórico. Los materiales necesarios para llevar a término estos análisis son extraordinariamente variados y dispersos, generalmente de tipo archivísticos: normativas legales de todas clases, actas de las sesiones municipales, folletos y libros editados sobre estos temas y toda la amplia gama de documentos generados desde que se inicia un determinado proyecto -por ejemplo el abastecimiento de agua o la limpieza de las vías públicas- hasta que se concluye o se abandona. La fecundidad de estos acercamientos, especialmente si la investigación va más allá de la pura descripción de las novedades técnicas, se ve por ejemplo en el trabajo de J. Castellanos (1983) sobre la infraestructura sanitaria de Málaga durante el siglo XIX (2); en el estudio previo que el propio Castellanos, junto con J.L. Carrillo y M.D. Ramos hacen de la edición facsímil

de un folleto de principios de siglo de esta misma ciudad (3), y en la reedición de obras como la de Ph. Hauser sobre Madrid (4).

UNA NUEVA CIUDAD PARA UN NUEVO SIGLO: LOS CONDICIONAMIENTOS HISTORICOS EN LA SITUACION DE PARTIDA.

Entre la década de los ochenta del siglo XIX y el primer tercio del siglo XX la ciudad de Alicante sufre una serie de transformaciones que marcan, en palabras de uno de los protagonistas del cambio, "el momento histórico de transición de pueblo español a urbanización europea" (5). Aunque la frase adolece de un excesivo triunfalismo, es cierto que modificaciones las hubo y de gran importancia en el terreno urbanístico y en el de las reformas sanitarias. ¿Ayudaron éstas a mejorar la calidad de vida y a elevar el nivel de salud de la población?; ¿en qué términos se plantearon y con qué objetivos?. La respuesta a estas preguntas constituye el eje de nuestra comunicación y puede ser paradigmático de lo que pudo suceder en un ciudad de provincias durante este periodo.

La ordenación de la política española del momento se corresponde con lo que podíamos considerar herencia directa del sistema sanitario propio de la ideología liberal. Inaugurada oficialmente con la Ley de Sanidad de 1855, establecía, como ha estudiado Granjel (6) una nueva organización con la creación de la Dirección General de Beneficencia y Sanidad y un Consejo de Sanidad. Las funciones de este último que actuó en último término como un órgano consultivo, se establecieron en un Reglamento que se modificó en 1867, 1875 y 1904. En esta última fecha se creó una Instrucción General de Sanidad que intentó actualizar la ley de 1855 (7). No debió de producirse este aggiornamento cuando todavía en 1921, el catedrático de pediatría de Barcelona Andrés Martínez Vargas decía: "... desde que se promulgó la Ley de Sanidad en 1855 y la Instrucción de Sanidad de 1904, ambas anticuadas, la higiene social ha progresado mucho: la clase médica ha tratado de incorporar el progreso sanitario a nuestras leyes, pero en las tres distintas veces que el proyecto se ha llevado al Parlamento, los mandatarios del País, bien avenidos con el desbarajuste,

se preocuparon más de otros negocios menos interesantes para la patria y para el poderío nacional" (8).

En realidad la reorganización sanitaria suponía la centralización de la política en este terreno y afectaba a los organismos rectores de tipo provincial y local; la presidencia de la Juntas provinciales y locales estaba vinculada al poder político -gobernador o alcalde- como representantes a este nivel del ministro de la Gobernación de quien dependía la Dirección General. Aunque estos delegaran en los inspectores provinciales o municipales de salud, la relación con el poder histórico fué muy estrecha y necesaria para poder emprender con eficacia cualquier tipo de reforma. En palabras de uno de estos políticos "somos como patricios a quienes las leyes y la sociedad confían la tutela sanitaria de sus convecionos" (9). Como por otro lado ha comentado López Piñero al referirse a Monlau (10), la higiene pública está aquí concebida como asesoramiento técnico a la administración por parte de la medicina, yendo por tanto bastante más allá de la pura "policía médica" en el sentido dado a la misma por el ilustrado J.P. Frank.

Los cambios en las estructuras sanitarias vienen, en efecto, impuestos desde arriba por el poder central aunque sin un control riguroso de su cumplimiento y, sobre todo, con una gran lentitud. Así el Proyecto de Reglamento de Higiene y Salubridad de la ciudad de Alicante, realizado en cumplimiento de la R.O. de 12 de octubre de 1910 y que suponía a la vez un desarrollo del artículo 16 de la Instrucción de 1904, se edita todavía en 1913 y las medidas previstas en él, se pusieron en marcha años más tarde y algunas, nunca.

Por ello consideramos que la causa de las situaciones de cambio que se produjeron en la ciudad y que afectaron a la salud de sus habitantes, hay que buscarlas muy bien en factores intrínsecos a la propia realidad alicantina y que fueron el resultado del esfuerzo aislado de personas provinientes en general de profesionales liberales -médicos, juristas- así como de instituciones que canalizaron inquietudes e intereses como la Cámara de Comercio y la Sociedad Económica de Amigos del País. No puede olvidarse tampoco el papel jugado por

las reivindicaciones obreras aunque en periodo no se manifiesten de forma explícita -si lo hicieron más adelante- que estuvieron omnipresentes e influyeron en algunas de las medidas adoptadas. Sin embargo fué en nombre de la ciencia y del progreso, y sobre todo de la higiene, la gran palabra de moda, que todas las actividades se realizaron. Al margen de consideraciones más o menos retóricas y extraordinariamente repetidas en lo que podíamos considerar ambientes cultos de orientación regeneracionista, lo cierto es que las medidas higiénicas adoptadas eran una buena oportunidad para racionalizar el crecimiento urbano y adaptarlo a situaciones nuevas de tipo socioeconómico y demográfico. Vamos a examinar esta situación con cierto detalle.

Fué a partir de la segunda década del siglo XIX que el establecimiento de la línea férrea Madrid-Alicante tuvo repercusiones decisivas al impulsar el comercio de las explotaciones hortofrutícolas valencianas y al desarrollarse una pequeña y mediana industria en la que participaron frecuentemente firmas extranjeras, especialmente en el sector textil. En 1882 con la firma del Tratado de comercio franco-español se abre un periodo de evidente progreso económico para la ciudad, aumentando el número de industrias, mejorándose los trabajos agrícolas, creándose nuevos medios de comunicación con la apertura del ferrocarril Alciante-Murcia. La reforma del puerto, realizada en el primer lustro de este siglo, fué apoyada por el político José de Canalejas y era absolutamente necesario para que pudiera expandirse el comercio de exportación de vino hacia los principales puertos europeos como Marsella y Rotterdam, así como a otros lugares como Argelia, ciudad con la que Alicante ha mantenido relaciones estrechas a lo largo del tiempo. Todo ello explica que ya en el último tercio del siglo XIX se creara en Alicante la más importante compañía naviera española, la Transatlántica, que realizaban regularmente el trayecto Marsella-Alicante con escala en Barcelona. El derribo de las murallas fué todo un símbolo, como años antes había ya puesto de relieve para Barcelona el higienista Monlau quien las llama "cercas insensatas, ridículas y homicidas" (11); así como la inauguración de la iluminación por gas en 1861 y su progresiva sustitución por

alumbrado eléctrico en las calles más céntricas ya en los albores del siglo XX.

EL PAPEL DE LAS INSTITUCIONES: LA CAMARA DE COMERCIO Y LA SOCIEDAD ECONOMICA DE AMIGOS DEL PAIS DE ALICANTE.

De aparición tardía si la comparamos con instituciones similares españolas, la Sociedad Económica surgió en Alicante en 1834 para "promover la riqueza pública" arrastrando una vida lánguida hasta que se hizo cargo de su presidencia el marqués de Rioflorida (12). A partir de esta fecha, se la encuentra en las principales realizaciones y proyectos que se llevaron a cabo en la ciudad, bien prestando apoyo "material y moral" como en el caso del establecimiento de las líneas férreas arriba indicadas, bien interviniendo y promoviendo exposiciones regionales y actividades de tipo industrial, comercial y marítimo. También se ocupó de la edición de una interesante línea de publicaciones que se inició con el diario El Porvenir y continuó con la edición de un Boletín (13) y de algunas monografías de diferente temática. Por ejemplo, algunas de ellas estuvieron destinadas a la promoción de la ciudad como estación sanitaria y residencia de invierno, tomando como elemento fundamental la benignidad de su clima. Entre 1881 y 1915 hemos podido recoger hasta siete libros (14) y varios artículos publicados en la prensa diaria especialmente en El Graduador y en El Constituciones Dinástico (15). También en el periodo indicado aparecieron trabajos en periodismo médico sobre todo en La Fraternidad Médico-Farmacéutico y en la Revista Médica de Alicante, que incluía en cada número unas notas de tipo climatológico. Una de las figuras médicas más interesantes de este momento, Evaristo Manero, autor de una Topografía médica de Alicante, estudiada en una de las comunicaciones presentadas a este Congreso, realizó un estudio en este sentido tomando como base los datos proporcionados por el Observatorio meteorológico local. Se llegó a crear incluso una "Comisión para la propaganda del clima de Alicante" que editó folletos que se tradujeron al francés y fueron enviados a diferentes ciudades europeas. Por lo demás, tampoco esto puede considerarse una peculiaridad de la ciudad alicantina.

Idénticos argumentos se dieron también para convertir a Málaga en la "Residencia de Invierno de Europa" (16).

La Cámara de Comercio, creada en 1887, aunque en menor medida, jugó también un interesante papel de impulso de la economía alicantina defendiendo una actitud librecambista que tuvo unos efectos positivos al movilizar capital extranjero que invirtió en la propia ciudad y que dió un importante impulso económico al puerto alicantino. Más tarde, la adopción de una política proteccionista por parte del Estado, hizo que este ritmo disminuyera y se perdieron muchos puestos de trabajo especialmente de obreros portuarios.

LOS INFORMES SANITARIOS Y LA MEMORIA HIGIENICA DE ALICANTE.

La iniciación de un nuevo siglo supone, aunque sea de forma simbólica, el final de una etapa y el principio de otra y la ciudad debe estar preparada. Esto es lo que opina un buen número de ciudadanos alicantinos con su alcalda José Gadea y Pró (1862-1926) a la cabeza. Gadea además era médico y farmacéutico y pertenecía al cuerpo de Sanidad ocupando por un largo periodo de tiempo la jefatura de la Inspección Provincial de Sanidad (17). Su nombre aparece vinculado a la mayor parte de las reformas sanitarias emprendidas durante este periodo. El Informe (18) solicitado por el Ministerio de Gobernación sobre la situación sanitaria de la provincia en 1894 le da pie para plantear lo que a su entender es el problema de fondo: la desventajosa situación en la que se encuentra España en contraste con otros países y en materia de higiene: "Considerando a cada siglo como un gran día, ya cercano el rosado alborear del siglo XX, vemos la tremenda distancia entre el grado de adelantamiento de la Europa septentrional y la España querida". ¿Cuáles son los motivos de este atraso?. El primero y principal, la incultura de sus gentes ya que "corre parejas en todas las ocasiones el grado de cultura de un pueblo con su higiene pública y privada". No es desdeñable tampoco el peso de la tradición "que es santuario en cada pecho español y así como tiene las ventajas del carácter caballeresco, la indomable independencia y el valor temerario que nos legaron nuestros predecesores, así también conservamos

como signo típico especial de nuestra raza el apego constante a lo que nos enseñaron nuestros padres (y nos referimos a materias de higiene) y esa sublime indolencia del hacer nada para mejorarle". La indolencia aludida sería especialmente evidente en ciudades mediterráneas de situación geográfica y clima privilegiados como es el caso de Alicante, cuyas gentes no son conscientes de los peligros que conlleva esta desidia. Y para demostrarlo pone el ejemplo del mar: "En aquellas engañosas aguas germinan sordamente miríadas de microorganismos patógenos, de forma que aquello que debería ser fuente de energía y vida, es ciertamente un semillero de trastornos en la salud". La causa de esta situación se encuentra entre otras cosas en el grave problema que la ciudad tiene con el agua y la deficiente situación del alcantarillado, cuyos contenidos vierten directamente en la orilla del mar. A este último van a parar también los desperdicios de algunas fábricas como la refinería del petróleo denominada "La Británica", los del Matadero y los generados en los propios barcos fondeados en la bahía.

La culpa, no obstante, no reside sólo en la indolencia de los ciudadanos o en los intereses creados de las otras partes. La Junta de Obras del Puerto, la Sociedad Económica de Amigos del País, la Cámara de Comercio y el Ayuntamiento, solicitaron reiteradamente a Madrid que diera órdenes para que se realizara el dragado del puerto, tarea que no se hacía desde mediados del Ochocientos. Las gestiones fueron baldías y tuvieron que pasar otros diez años para su ejecución.

Al margen del informe que acabamos de comentar, otros dos documentos son de un valor inestimable para conocer la situación de partida: por un lado, una Memoria higiénica de Alicante (19) y por otro, la contestación a un Cuestionario (20), solicitados ambos por el poder central en 1894 y 1895 respectivamente. Los autores del primero son el médico de la Beneficencia Municipal Esteban Sánchez Santana (1853-1913) y el arquitecto José Guardiola Picó (1836-1906), posiblemente el más importante que tuvo la ciudad durante el siglo pasado: este último trabajó por espacio de más de treinta años como

arquitecto municipal, exceptuando pequeños periodos de tiempo en que fué excluido por sus ideas políticas de signo liberal. La redacción del Cuestionario también corrió a cargo de este último. La colaboración de estas dos personas se estableció sobre la base de que el médico higienista era el que estudiaba y ponía de manifiesto las condiciones perjudiciales para la salud pública, mientras que el arquitecto sanitario era el que estudiaba los problemas técnicos a fin de resolverlos de acuerdo con las exigencias de la higiene.

Ambos escritos son de factura muy digna en lo que se refiere a la descripción de la situación sanitaria en el aspecto relativo a los medios materiales y funcionamiento de los servicios, aunque son mucho más imprecisos cuando aportan datos e indicaciones epidemiológicas de morbilidad y mortalidad, ya que estos son parciales -sólo se recogen los enfermos y fallecidos en el Hospital de San Juan de Dios, en las Casas de Beneficencia y en la Casa de Socorro (21)- y no reflejan fielmente la realidad global. No obstante tienen el mérito de acercarnos a la parte más desasistida de la población como eran los pobres, sobre todo porque la pobreza se evidencia como uno de los graves problemas de la ciudad (22). Pese al progreso económico antes reseñado, las bolsas de indígenas crecieron en los últimos años del siglo XIX de tal manera que cuando se intentó realizar un padrón de pobres, para poder prestar asistencia médica a través de los facultativos de la Beneficencia Municipal, se encontraron con que el número era tan elevado que no aun duplicando el personal médico existente, era posible cubrir este servicio. En vista de esta situación, se acordó no prestar asistencia médica a ningún pobre que la solicitara por más de una vez si la enfermedad no era grave, hasta que el interesado hiciera una exposición detallada al alcalde y este, previa información del caso, decretara su inclusión en la lista de pobres con derecho a la asistencia médica (23).

El pobre vive en los barrios del Carmen o de Arrabal Roig en condiciones de auténtica miseria y se alimenta mal. Las denuncias que se hacen en este sentido son de una gran dureza verbal, pero además los autores de los informes advierten que es necesario solucionar estas situaciones límites porque el pobre puede suponer

un doble peligro: como participante en todas las revueltas sociales que alteran el orden público y como vector de enfermedades contagiosas por las condiciones de hacinamiento que ayudan a la proliferación de los gérmenes en la atmósfera. Tanto la creación de Sociedades de Socorros mutuos -analizadas en otro de los trabajos presentados a esta área de comunicaciones- como las sociedades filantrópicas de tipo benéfico como "La Bienhechora" (24), poco podían hacer paliar esta situación que requería un esfuerzo institucional por parte de los poderes públicos.

La solución de todos estos graves problemas reside en la Higiene que tanto en sus aspectos físicos como morales debe llegar a todos los ciudadanos, especialmente a los más necesitados. La ciencia del momento permite realizar esta tarea con mayor precisión y eficacia que en el pasado, ya que ha posibilitado el conocer la etiología de muchas de las enfermedades infecciosas: "Nada hay más importante ni útil en la medicina que el conocimiento y la manera de obrar de las causas que alteran la salud del hombre". No obstante, son conscientes del camino que todavía le queda por recorrer a la bacteriología y sobre todo, conocen sus propias limitaciones: "Es de tal dificultad este estudio, son tantos y tan grandes los obstáculos que hay que vencer para poder llegar a la adquisición de la verdad en esta clase de conocimientos etiológicos, que a pesar de las investigaciones hechas y convenientemente estudiadas y repetidas por los hombres más eminentes de la ciencia, apenas si se ha llegado a una buena clasificación.... Se comprende por esto cuan difícil ha de ser para nosotros, dedicados exclusivamente a trabajos prácticos, poder señalar, como fuera nuestro deseo, las verdaderas causas que contribuyen a perjudicar la salud de este pueblo tan querido." (25)

Ahora bien, aun desconociendo los microorganismos específicos que producen las enfermedades, sí que apuntan lo que consideran son "las causas (probables o ciertas) a que se debe la iniciación y propagación de enfermedades y epidemias" (26). Se trata de las siguientes: a) escasa limpieza de las calles en las que los carruajes levantan un polvo altamente peligroso para la salud, sobre todo porque

la mayoría no están empedradas. A ello se añade la falta de agua, la inutilidad del personal encargado de la limpieza y la escasa funcionalidad de los vehículos de recogida de basuras; b) falta de higiene en los domicilios de los pobres que son "antros de raquitismo y escrófula"; c) ausencia de aislamiento en enfermos de tipo infectocontagioso. A ello atribuyen la altísima mortalidad por difteria causante de casi un diez por ciento de todas las muertes; d) abandono de la práctica de la desinfección de locales contaminados "para ello es indispensable que se mande a los profesores médicos que bajo su más estrecha responsabilidad participen a la alcaldía los casos de enfermos contagiosos, debiendo remitir el aviso el día que se les da de alta o se extiende la papeleta de defunción, para que inmediatamente vaya la brigada a desinfectar siguiendo las instrucciones que el médico municipal deberá dar" (27); e) problemas en la higiene de la alimentación. En este punto insisten fundamentalmente en dos hechos: la falta de potabilidad de parte del agua de consumo y la adulteración de los alimentos (28) especialmente del vino y el chocolate; y finalmente f) sin duda el mayor de los problemas que tiene la urbe: el abastecimiento de agua y el alcantarillado.

Junto a estas causas globales, que acentúan sus aspectos negativos en lugares donde se producen situaciones de hacinamiento como cárceles y cuarteles; o por su propia naturaleza como los dos mercados públicos existentes, se señalen los problemas higiénicos que para la población tienen alguna de las industrias establecidas, pese a lo que suponen de creación de puestos de trabajo. Entre ellas resultan especialmente peligrosas la de refinamiento de petróleo ubicada en la zona de Babel ("peligrosísima, su emplazamiento constituye una constante amenaza") y las de gas, aceite de orujo y cerillas. Por el contrario están en buenas condiciones la Fábrica de Tabaco, creada en 1801 "emplea cinco mil operarios y es un elemento de vida para la clase obrera" y la fábrica de conservas. En un nivel intermedio se encontrarían la fábrica de aserrar madera, la de tejidos y algunas de cerámica "que envían a América gran cantidad de productos" (29).

Además de todo lo reseñado con anterioridad, existía

un último obstáculo para que las reformas que se habían ido proponiendo no llegaran a buen término: los inacabables trámites burocráticos que Madrid debía aprobar. "Los goznes de la administración son difíciles de mover por su complicado mecanismo". Esta situación ya parecía insostenible en estos momentos especialmente en puntos conflictivos como el ensanche y reforma del puerto y el problema del agua. Estos retrasos cuasaban además perjuicios para el bien público ya que "si las reformas no se aprueban y proyectan por trámites rápidos y con conocimiento de la localidad y de las causas que las abonan, serán sustituidas por una laguna imposible de cegar porque los intereses creados y los de las compañías poderosas presentarán a cada paso obstáculos insuperables en perjuicio de los generales de la ciudad, de la comodidad y del ornato" (30). Por otro lado, se insiste, desde la prensa diaria en los agravios comparativos con otras ciudades, mientras se olvida ésta. "¿Es acaso que no tiene derecho esta ciudad a sus mejoras?, ¿es que es de peor condición que los demás pueblos?, ¿es Alicante una aldea tan insignificante que no merece se le atienda?". (31)

LA HIGIENIZACION, BASE DE LOS CAMBIOS EN LA INFRAESTRUCTURA URBANA.

Una serie de reformas, apoyadas mayoritariamente por la población, van a dar una nueva fisonomía a la ciudad. La construcción de la vía férrea a Madrid y la remodelación del puerto, obligó a dar otra forma al antiguo malecón, saneándolo y convirtiéndolo en un amplio paseo ajardinado. Se destruyeron los barracones que existían en gran número en la playa del Postiguet, sustituyéndolos por "las alegres y elegantes casillas de los Balnearios a donde llega la brisa del mar". Se terraplenó la playa de Babel, se derribaron algunas manzanas de casas cuya situación era ruínosa construyéndose otras nuevas así como aceras y jardines. Sobre todo se solucionó de forma definitiva el abastecimiento de agua como luego comentaremos. Estos y otras reformas se hicieron sobre los fundamentos de la higiene. Para emprenderlas se tuvieron en cuenta "las ideas generales más sobresalientes que los higienistas en congresos y conferencias, en

revistas y diarios aconsejan y que deben tener muy presente aquellas autoridades celosas y de decidido propósito de mejorar las condiciones de vida de los pueblos cuya representación ostentan" (32).

Los principios nucleares en que se fundamentaron las medidas fueron los siguientes: "pureza del terreno, del aire y del agua, que de acuerdo con los más renombrados higienistas nacionales y extranjeros son el tripode en el cual debe descansar la sanidad pública de una ciudad". En este sentido, la reforma sanitaria debería realizarse en el subsuelo, en los focos de infección, en los barrios y en las viviendas insalubres. Para ello se drenó el terreno con objeto de que quedara libre de humedades que infiltraban los cimientos y las paredes de las plantas bajas. La recogida de las aguas se hizo, al margen de las canalizaciones de las cloacas, por medio de tubos porosos. La pavimentación de las calles se llevó a cabo con materiales resistentes descansando sobre una base sólida de quince a veinte centímetros de espesor. Se mejoró la limpieza de la vía pública y la recogida de basuras y se establecieron, como ya comentamos, jardines y paseos, uno de los mandamientos más importantes del catecismo de la higiene "por ser estos grandes y vastos depósitos de aire representan ser los pulmones de las urbes que en sus funciones de ensancharse y contraerse lo atraen y purifican la atmósfera y a la par son también lugares que sirven para solaz y esparcimientos del público, contribuyendo con su arbolado de modo eficaz y vigorosamente al embellecimiento de aquellas" (33).

Los impulsores de las reformas fueron, como dijimos antes, una serie de personas e instituciones de procedencia muy variada. pero quien lo canalizó y ejecutó fué sin duda el Ayuntamiento, especialmente en los periodos en los que estuvieron al frente de la alcaldía dos personas: Eleuterio Maisonnave (1840-1890) y José Gadea, ya citado con anterioridad. El primero, abogado de profesión, había tomado parte activa en la revolución de 1868 defendiéndola en dos periodos que dirigió, El derecho y el deber y La República Española. Más tarde fué presidente de la Comisión de Actas de las Cortes Constituyentes de 1873, ministro de Estado y Gobernación en el gobierno de

E. Castelar y director de El Globo de Madrid.

Pese a los obstáculos existentes, en general, la actuación del municipio fué considerada positivamente y se vé como una nueva forma de entender la administración municipal frente a la ineficacia de las corporaciones que a lo largo del siglo XIX se habían ido sucediendo. Las voces que en contra de las reformas se produjeron, estaban fundamentalmente motivadas por rencillas de tipo personal o político y no existieron de hecho propuestas que mejoraran las del Ayuntamiento, desde el que se insistió en que "los ideales políticos son sagrados y respetables, pero es necesario ser noble y desinteresado y no llevemos a los buenos pensamientos los gérmenes de la desunión que la crítica y la venganza encierran, en perjuicio notorio de la prosperidad de este pueblo (34).

Por los demás, las reformas se impusieron a los ciudadanos a través de una serie de decretos y ordenanzas municipales y en nombre de la salud pública: "Enseña la historia de la administración sanitaria, que cuando la higiene es patrimonio de la colectividad bien administrada, la tutela sanitaria se decreta; pero cuando la ignorancia, la codicia, el egoísmo, la barbarie moral de los analfabetos y de los rutinarios la dificulta o combate, es de vida o muerte para la población y el crecimiento de las ciudades, acertar a enseñarla o imponerla". (35) La administración tiene que cumplir las tres exigencias históricas de conservar la salud y el vigor físico de sus convecinos, mantener la longevidad natural de la raza y sostener la fecundidad normal de la familia.

Los argumentos son tanto más contundentes cuanto que se apoyan en motivaciones de tipo económico sanitario. Basándose en las recomendaciones de los sucesivos congresos de Higiene y Demografía, especialmente en el de La Haya, se valoraron las pérdidas económicas que suponían, tanto la mortalidad -se calcula cada fallecido a razón de 2.100 pesetas- como de los gastos ocasionados por la enfermedad, el valor de los jornales perdidos y las actividades no cubiertas por enfermedad.

Las diferentes normativas sobre policía sanitaria de

la ciudad fueron apareciendo en el Boletín Municipal de Alicante, como órgano oficial de la alcaldía, pero también tuvieron apoyo teórico y doctrinal importante en varias publicaciones subvencionadas por la propia corporación, las más importantes de las cuales fueron los tres folletos que bajo el título genérico de Reformas en Alicante para el siglo XX, escribió Guardiola entre 1895 y 1909 (36), haciendo un detalladísimo estudio, barrio a barrio, de las mejoras necesarias.

UN PROBLEMA RESUELTO Y UN PROBLEMA POR RESOLVER: EL ABASTECIMIENTO DE AGUAS Y EL ALCANTARILLADO.

Para evitar ser excesivamente prolijos, nos limitaremos a analizar someramente estos dos problemas debido a su gran importancia médico-social.

La escasez de agua fué un problema endémico desde que se fueron agotando, a lo largo del siglo XIX, los manantiales existentes en las cercanías de la ciudad. La situación en la segunda mitad de dicho siglo se fué haciendo insostenible y en todos los informes presentados se hace hincapié en ello: "En cuanto a la eterna cuestión de las aguas ¿qué vamos a decir que no se haya dicho de cien maneras distintas y en todos los tonos?. Bebemos sólo el agua indispensable y en muchas ocasiones... ni aun la precisa paera apagar la sed. He aquí porque los alicantinos, seca la garganta y calenturiento el corazón, piden agua para beber, agua que llene las imperiosas necesidades de la vida; agua que proceder a la limpieza de las habitaciones y a la desinfección del alcantarillado; agua, en fin, para la higiene individual" (37). A la falta de agua se achacan también otros males como el que no se establezcan más cantidad de industrias y que por tanto no se genere riqueza por esta causa (38).

Hasta 1898 el abastecimiento se llevó a cabo a través de empresas particulares (La Alcoraya y "El Sagrat" de San Vicente) situadas a 18 y 5 kilómetros de la ciudad (39). Estas últimas eran extraídas por máquinas de vapor y caballerías de los pozos norias y vertían en los depósitos de El Tosal y Valladolid, de propiedad municipal, para distribuirse luego por medio de tuberías de hierro

al interior de la ciudad. Las de La Alcoraya! eran encauzadas también por el mismo tipo de tuberías hasta los depósitos y fuentes. El acceso a las casas particulares era optativo y resultaba bastante costoso, por lo que las diferencias socioeconómicas se marcaban también aquí.

El caudal proporcionado por ambos manantiales no era suficiente para cubrir las necesidades de los 40.000 habitantes de la ciudad y desde luego estaban lejos de la cantidad que la Ley de aguas vigente consideraba adecuado: 50 litros por habitante y día, de los cuales 20, al menos, debían ser de agua potable; todavía se alejaban más de lo que Monlau, casi treinta años antes daba por óptimas: 100 litros/habitante. Las estimaciones más optimistas reducían esta cantidad a 13 litros por persona y día para la mayor parte de los ciudadanos que no contaban con agua en las casas.

Los conflictos se producían diariamente en las fuentes públicas, especialmente en los habituales periodos de sequía, llegando incluso a tener cierta importancia como se relata en el Cuestionario, ¿no está abocada esta población a un conflicto grave puesto que el agua para beber puede faltarle?. Los motivos son bastantes para la alteración del orden y difícil de calcular su alcance puesto que estos motivos son justos, fundados y lógicos" (40).

Hacia 1890 el Ayuntamiento convocó un concurso público para intentar solucionar definitivamente el problema. Los pliegos de condiciones incluían por ejemplo el contar con un caudal de 4.000 m³. Efectuada la subasta, se le adjudicó un a empresa privada propietaria de varios pozos artesianos situados en el término municipal de Sax, a 40 kilómetros de Alicante. Se elevó el expediente para su aprobación y así lo hizo en 1892 (41). Sin embargo, esto no supuso el final del problema ya que otras compañías rivales pusieron un recurso de alzada que significó la paralización del proyecto. La situación adquirió tintes dramáticos haciéndose numerosas peticiones para su puesta en marcha mediante una intensa campaña pública: En la conciencia de todos está que la base de la regeneración de un pueblo es su abastecimiento de aguas. Sobre este tema debemos desarrollar una propaganda eficaz y de prácticos resultados para el bien

común porque es el único modo de triunfar del egoismo que, como caciquismo desfasado, procurará con su mala baba que el amor a nuestro pueblo resulte una batalla vana y sin sentido" (42).

Las críticas no sólo van dirigidas a instituciones privadas concretas que buscan lucrarse con una cuestión tan seria sino que también se dirigen a la administración central, "las iniciativas y las buenas propuestas quedan anuladas cuando se lucha con una centralización administrativo llena de vicios, montada y movida por gran número de rede inútiles y que en sus resoluciones camina a paso de galápago" (43). Finalmente, en 1898 pudo finalmente llegarse a una solución óptima desde el punto de vista jurídico; se resolvieron asimismo una serie de aspectos técnicos en cuanto a su distribución (44) y se abarató el coste, lo que hizo aumentarse el número de viviendas que contaban con abastecimiento propio.

No tuvo la misma suerte otra de las grandes deficiencias de la infraestructura sanitaria de la ciudad, la evacuación de las aguas residuales. Los informes técnicos insistían en la importancia de este servicio para mejorar la higiene ciudadana. "Los alcantarillados y los tubos de la limpieza, son a los conductos de alimentación y riego lo que el sistema del conjunto venoso del cuerpo humano es al sistema del conjunto arterial. Los unos conducen a los órganos que han de vivificar la sangre para regenerarla cuando tiene necesidad; los otros llevan, con el fluido que les sirve de vehículo, todos los residuos perjudiciales que la acción nutritiva ha desechado en el torrente de la circulación. La reunión íntimas de los dos sistemas y su circulación racional en todos los puntos del trayecto, constituye una alimentación completa" (45). Los análisis son muy precisos y están basados en el estudio de los principales sistemas de evacuación conocidos y su aplicación concreta con los problemas que ello acarareaba en diferentes ciudades europeas como Berlín, Frankfurt, Breslau, París y Londres (46).

La mayor dificultad existente para la adopción de uno u otro sistema era la falta de pendiente, especialmente en los barrios de la zona cercana al mar, así como la escasez de agua que arrastrara

los residuos y el descuido en la construcción, que hacía que las filtraciones fueran muy frecuentes. La construcción del alcantarillado no había obedecido a ningún plan preestablecido y su limpieza se hacía por medios primitivos.

Las reformas pedidas en este sentido y necesarias para que este paso de pueblo español a ciudad europea se produjera, no se llevaron a cabo, y los arreglos parciales no hicieron sino dilatar un problema no resuelto.

NOTAS.

ROSEN, G. (1958) A History of Public Health. New York, MD Pub. Una excelente revisión del nacimiento de la medicina social es el de RODRIGUEZ OCAÑA, E. (1982) Aproximación al concepto y práctica de la Medicina Social en Ludwig Teleky (1872-1957) Dynamis, 2, 299-323.

2.- CASTELLANOS, J. (1983) La infraestructura sanitaria de Málaga del siglo XIX: Sus transformaciones y repercusiones sociales. Málaga, Tesis de doctorado.

3.- CASTELLANOS, J.; CARRILLO, J.L.; RAMOS, M.D. (1986) Estudios sobre las condiciones de vida en la Málaga de la Reaturación: el abastecimiento de agua. Prólogo a la obra de Agustín Prolongo Montiel. Málaga, Departamento de Historia de la Medicina.

4.- HAUSER, Ph. (1902) Madrid desde el punto de vista médico-social, 2 vols., Madrid, Establecimiento tipográfico "sucesores de Rivadeneira" (ed. de C. del Moral, Madrid, Editora Nacional, 1979).

5.- GADEA PRO, J. (1913) Reglamento para la higiene y la salubridad de la ciudad de Alicante por R.O. del Ministerio de Gobernación de 24 de diciembre, Alicante. Imprenta de Sucesores de Such y Serra.

6.- GRANJEL, L.S. (1972) Legislación sanitaria española del siglo XIX Cuadernos de Historia de la Medicina Española, 11, 255-307. LOPEZ PIÑERO, J.M. (1984) Mateo Seoane y la introducción en España del sistema sanitario liberal (1791-1870), Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo. Sobre la figura de Monlau y su participación en este proceso, GRANJEL, M. (1983) Pedro Felipe Monlau y la Higiene española del siglo XIX. Málaga Cátedra de Historia de la Medicina.

7.- GRANJEL, L.S. (1972) Op. cit., pp. 104-136.

8.- MARTINEZ VARGAS, A. (1921) El Ministerio de Sanidad en España. Barcelona, J. Horta, pag. 14.

- 9.- GADEA Y PRO, J. (1913) Op. cit., pag. VII.
- 10.- LOPEZ PIÑERO, J.M. (1983) Monlau, Pedro Felipe. En: López Piñero, J.M. et al: Diccionario histórico de la ciencia moderna en España, vol. II, Madrid, Península, pp. 72-74.
- 11.- MONLAU, P.F. (1871) Elementos de higiene pública o Arte de conservar la salud de los pueblos, Madrid, C. Bailly-Baillière, pp. 18-19.
- 12.- MAS Y GIL, L. (1976) Antiguas instituciones económicas alicantinas, Alicante, Cámara oficial de Comercio, Industria y Navegación.
- 13.- Boletín de la Sociedad Económica de Amigos del País de Alicante. Hemos podido consultar los números correspondientes a los años de 1881 a 1885 que son al parecer, los únicos que se publicaron.
- 14.- Citaremos únicamente las tras más importantes: SOLER Y SANCHEZ, J. (1886). La temperatura de Alicante, Alicante, Imp. de Vte. Botella: SANCHEZ SANTANA, E.: (1889) Residencia invernal de Alicante, Alicante, Imp. de Vte. Botella: y ALICANTE, Estación invernal (1915), Alicante, Imprenta de Such y Serra.
- 15.- Estos diarios recogieron en julio de 1881 una ruidosa polémica entre el director del Observatorio Metereológico de Alicante, José Soler y Sánchez, quien había publicado una serie de artículos relativos a la situación climática que no habían sido del agrado de muchos lectores, que consideraban que los datos no se ajustaban a la verdad y que la bondad del clima era mayor de lo que el Observatorio indicaba. Las críticas fueron tan fuertes que el propio Soler tuvo que defenderse indicando que el Observatorio estaba en una zona mal situada y que los "instrumentos no deben andar bien", pero sobre todo "que él no es el responsable de que se ahuyenten de Alicante todos los touristas que vienen buscando un clima benigno".
- 16.- CASTELLANOS, J.; CARRILLO, J.L.; RAMOS, M.D. (1986) Op. cit. En el texto reproducido de A. Prolongo se hace mención a este aspecto.
- 17.- DE LA VEGA GUTIERREZ, J.L. (1983) Medio siglo de medicina en Alicante. Historia del Ilustre Colegio de Médicos (1894-1936), Alicante, Caja de Ahorros Provincial, pp. 98-100.
- 18.- GADEA PRO, J.; FERNANDEZ GRAU, E.G. (1894) Informe resumen de las Memorias presentadas por las Juntas Municipales de las cabezas de partido judicial. Alicante, Establecimiento tipográfico "El Graduador".
- 19.- SANCHEZ SANTANA, E.; GUARDIOLA PICO, J. (1894) Memoria higiénica de Alicante, Establecimiento tipográfico de Costa y Mira.
- 20.- GUARDIOLA PICO, J. (1895) Cuestionario propuesto por el Excmo. Ministro de la Gobernación y contestaciones dadas al mismo por el arquitecto municipal de Alicante..., Alicante, Establecimiento tipográfico

de Costa y Mira.

21.- Para el quinquenio de 1889-1893 presentan una cifra total de 16.555 enfermos de los cuales 1.787 presentaban enfermedades infecciosas del aparato digestivo, y 1.021 del respiratorio. En cuanto a la mortalidad, también las enfermedades infecciosas son, con gran diferencia, las primeras causas de muerte: la difteria, con 556 muertos encabeza la lista, seguida por el paludismo y la tuberculosis pulmonar. SANCHEZ SANTANA, E.; GUARDIOLA PICO, J. (1894) Op. cit., pp. 10-15.

22.- Parte de las causas de esta situación de crisis se debieron a la desaparición del Tratado comercial franco-español de 1882 gracias al cual "el obrero ha ganado su jornal en los puertos, en los muelles, en las estaciones de ferrocarriles... pero terminado aquel y acepta la teoría errónea de la producción nacional sólo favorable a determinadas provincias que atesoran riquezas... las restantes han quedado en ruina, el capital se ha perdido o trasladado de centro y el obrero no consigue nunca el jornal con que poder llevar el pan a sus hijos". GUARDIOLA PICO, J. (1894) Op. cit., p. 43.

23.- SANCHEZ SANTANA, E.; GUARDIOLA PICO, J. (1894) Op. cit., pp. 89-94.

24.- LA BIENHECHORA (1877) Reglamento para el régimen, gobierno y administración de la Asociación para el Socorro de los pobres. Alicante, Imp. Rafael Jordá. Más tardíamente aparecieron otras como la Asociación alicantina de Caridad, que inició sus actividades en 1914.

25.- GUARDIOLA PICO, J. (1894) Cuestionario..., pag. 5.

26.- No existía laboratorio bacteriológico alguno y sólo contaban con algunos microscopios en el laboratorio Químico Municipal. Por ello se limitan a comentar "en el examen microscópico del aire se observa una gran cantidad de microorganismos. Nuestra falta de conocimientos especiales, así como de práctica en estas manipulaciones, no nos permite hacer, ni siquiera intentar, una clasificación de los gérmenes". Idem., pag. 8.

27.- En esta cuestión fué decisiva la actividad desarrollada por el químico José Soler (1840-1908) en el Laboratorio Químico Municipal, y en su obra: SOLER SANCHEZ, J. (1886) Análisis y ensayos de alimentos. Alicante, Imp. Vte. Botella.

29.- GUARDIOLA PICO, J. (1894) Op. cit., pag. 78.

30.- Idem., pag. 2

31.- Idem., pp. 34-35.

32.- GUARDIOLA PICO, J. (1909) Reformas en Alicante para el siglo XX. Tercera parte. Alicante, Imp. Luis Esplá.

- 33.- Idem., pp. 183-185.
- 34.- Idem., pp. 2-3.
- 35.- GADEA PRO, J. (1913) Op. cit., pp. VII-VIII.
- 36.- GUARDIOLA PICO, J. (1895) Reformas en Alicante para el siglo XX. Alicante, Imp. J.J. Carratalá. El mismo título tiene el folleto citado en la nota 32. En 1897 apareció otro con el título algo diferente: Alicante en el siglo venidero.
- 37.- SANCHEZ SANTANA, E.; GUARDIOLA PICO, J. (1894) Op. cit., pag. 40 y en este mismo sentido GADEA Y PRO, J.; FERNANDEZ GRAU, E. (1894) Op. cit., pag. 9.
- 38.- GUARDIOLA PICO, J. (1895) Op. cit., pag. 46.
- 39.- Idem., pag. 10; GUARDIOLA PICO, J. (1894) Op. cit., pp. 95-99; PEREZ MEDINA, t. (1881) Aguas de La Alcoraya, Alicante, Imp. Carratalá y Gadea; del mismo autor Instalaciones a domicilio (1886), Alicante, Imp. J.J. Carratalá.
- 40.- GUARDIOLA PICO, J. (1895) Op. cit., pag. 10.
- 41.- Real Orden de 3 de diciembre de 1892.
- 42.- GUARDIOLA PICO, J. (1895) Op. cit., pag. 18.
- 43.- Ibidem.
- 44.- En este sentido se fijaron las condiciones que deberían de tener las tuberías de conducción que no podían fabricarse con plomo; a los depósitos de agua potable de la ciudad se les exigía asimismo una serie de requisitos como el que estuviera contruidos con materiales sólidos e impermeables y alejados de zonas de cutlivo, viviendas e industrias. GADEA PRO, J. (1913) Op. cit., pp. 30-35.
- 45.- GUARDIOLA PICO, J. (1895) Op. cit., pag. XVIII.
- 46.- IDEM., pp. 188-202, realiza un estudio detalladísimo analizando los pros y los contras de cada uno de los sistemas existentes como los de Berlier y Liernur, que funcionaban por aspiración, el de Schöne con aire comprimido y el de Waring por simple gravitación, así como el sistema denominado "tout a l'égout" que suponía una canalización de toda la red desde los domicilios a los sistemas de conducción generales de la población, arrastrados por medio de fuertes corrientes de agua.

ASISTENCIA MEDICA Y SOCIEDADES DE SOCORROS MUTUOS EN LAS COMARCAS DEL SUR PAIS VALENCIANO (1868-1902).

Bernabeu Mestre, J.

División de Historia de la Medicina. Departamento de Salud Comunitaria. Universidad de Alicante.

Una de las consecuencias de la industrialización y consiguiente formación de los primeros movimientos "proletarios", se tradujo en la reivindicación de una asistencia médica igualitaria (1) y en la creación de las "sociedades de socorros mutuos" como intentos de "colectivización" de la mencionada asistencia y poder superar así la diversificación socioeconómica de la misma.

Con la intensificación del desarrollo industrial y de la compleja sociedad capitalista, la inseguridad en que se movía la clase trabajadora conducirá a los obreros industriales a la creación de asociaciones de ayuda mutua; búsqueda de seguridad mutuo que tuvo su punto de partida en la desintegración del feudalismo, pues ya durante la baja edad media los gremios artesanales organizaban fondos de ayuda mutua (2) y como antes en las cofradías, los individuos recibían auxilios en las enfermedades y otros accidentes, figurando así, entre los más antiguos auxilios, el de la asistencia médica(3).

En nuestro País, en concordia con el retraso en la iniciación de la "industrialización", así como la cerrada oposición, entre otros factores, de los médicos, la aparición y desarrollo de las mencionadas sociedades de "socorros mutuos" tuvo lugar a partir, sobre todo, de la segunda mitad del siglo XIX, con especial incidencia en aquellos lugares que se caracterizaron por ser cuna de intensos procesos de desarrollo industrial, pero sin llegar a alcanzar los niveles de otros países europeos (4).

En la presente comunicación, por medio del análisis de reglamentos de "sociedades de socorros mutuos" -redactados en la segunda mitad del siglo XIX- de las ciudades de Elche y Alicante,

intentamos conocer la organización y el tipo de asistencia médica contemplada en los mismos.

En lo tocante a los reglamentos escogidos, uno corresponde al de la "Hermandad de Socorros Mutuos" surgida en torno a la importante actividad generada por la "Real Fábrica de Tabacos de Alicante" (1868); la cual había sido creada en 1801 y llegó a contar con varios miles de operarios (5), siendo numerosos los testimonios que nos hablan de las difíciles condiciones de trabajo y de salubridad en que tenían que desenvolver las trabajadoras, circunstancias estas por lo demás recogidas en el mismo reglamento; documento en el que queda reflejado el carácter de reivindicación y solidaridad que movía a las operarias al crear la "Hermandad" (6).

Del resto de reglamentos, dos de marcado carácter obrerista (7), el del "Círculo Obrero Illicitano" (1883) -su aparición coincide con una intensa actividad de la industria alpargatera illicitana y llega a contar con varios miles de afiliados- y el de la "Cooperativa de Obreros de Alicante" (1884) (8), se aprueban en una época caracterizada por el resurgimiento del asociacionismo -movimiento que finaliza con la promulgación de la "ley de asociaciones de 1887" (9)- e intensificación y reorganización del movimiento proletario, quien acentúa sus reivindicaciones y entre ellas la de una digna asistencia médica (10). Este carácter reivindicativo queda plasmado en los prólogos de los reglamentos; así se señala que se crean para "superar aquel insostenible problema de la miseria que se confiara a la caridad" (11), o en el que firmado, curiosamente, por el médico cirujano de la sociedad se afirma: "... la habitación del jornalero humilde: triste albergue (...) donde duermen mezclados todos los individuos de una familia, y apenas, hay atmósfera respirable y la infección encuentra su foco natural y nace la dolencia (...) extinguir la miseria edificando como primero hicieron en Inglaterra y Alemania y ahora en nuestra España, cansados de esperar la protección de los poderes públicos, las sociedades de socorros mutuos..." (12).

Por último hemos estudiado el reglamento de la "Sociedad de Socorros Mutuos el Porvenir de Elche" (1902), ejemplo típico de

aquellas sociedades que proliferaron en el primer cuarto de siglo y que no eran más que especies de seguros libres de enfermedad aparecidos para cubrir la falta de una colectivización efectiva de la asistencia médica. De hecho existió un enfrentamiento entre esta "sociedad", calificada de "amarilla", y las "obreristas" de Elche con el "Círculo Obrero" a la cabeza; así en 1905 se produce un enfrentamiento, como consecuencia de las elecciones para constitución de la "comisión local de reformas sociales", entre el "Círculo Obrero Ilicitano", "El Gremio de Costureros" y la "Unión-Sociedad Femenina de Resistencia y Socorros Mutuos" por un lado y por otro la "Sociedad de Socorros Mutuos El Porvenir", el "Círculo Católico" y la "Federación Obrera Independiente", acusando las primeras a las segundas de falsear el número real de "asociados" y de contabilizar en su filas a "muchos propietarios y algún que otro empresario" (13).

Cronológicamente, por tanto, el primer reglamento analizado corresponde al de la mencionada "Hermandad" de la fábrica de tabacos y fué, como ya se ha indicado, redactado en 1868 en un intento por superar la precaria situación en que se encontraba dicha sociedad (14). Entre los objetivos de la misma se encuentran los de practicar el socorro mutuo, auxiliar en las enfermedades, garantizar pensiones de jubilación, promover la creación de una "caja de préstamos" y procurar el socorro del viático y entierro en el caso de fallecimiento de algunos de los asociados (15).

Dentro del artículo se recoge el derecho a la "asistencia médica", indicándose que tiene derecho a ingresar en la hermandad todos los empleados, operarios y operarias que "no padezcan enfermedades crónicas, y no tengan predisposición marcada a ellas", siendo a tal efecto reconocidas por el facultativo y distinguiéndose a los empleados de oficina, quienes tenían derecho a asistencia facultativa y medicinas para sí y su familia (esposas e hijos), del resto de empleados y empleadas, tanto con sueldo fijo como con jornal, quienes tenían reservado dicho derecho únicamente para ellos mismos sin extensión a sus familiares; exceptuándose de la asistencia facultativa los "partos, afecciones venéreas, las de mano airada y casos judiciales"(16)

Se recoge, igualmente, en el citado reglamento todo lo relativo al ejercicio médico, así como las condiciones que debían regir no sólo la contratación de los médicos, sino también del farmacéutico y de los practicantes. Se señala la existencia de dos médicos titulares para Alicante (capital) y su radio, el establecimiento de un concierto con los médicos de las poblaciones circundantes (San Vicente, Muchamiel y San Juan) (17); la contratación de practicantes -prefiriéndose por este orden: cirujanos, maestros sangradores y prácticos acreditados en la cirugía-, a las órdenes inmediatas de los facultativos, con la misión de sangrar, poner sanguijuelas, curar vejigatorios, dilatar abscesos, etc... (18); y la contratación de un farmacéutico "de reconocida ciencia y cuya oficina se halle surtida de todas aquellas cosas que exigen los adelantos modernos" (19).

Entre las obligaciones exigidas a los médicos titulares se les indica la de dos visitas diarias a los enfermos graves, una cada dos o tres días para la crónicas y una consulta diaria, de dos horas de duración, y que debía principiar al anochecer con el objeto de no incidir en la asistencia de las operarias a la fábrica (20).

El resto de reglamentos analizados manifiestan objetivos similares a los señalados para la "Hermandad de Socorros Mutuos de la Real Fábrica de Tabacos de Alicante", si bien amplían otros como las pensiones de viudedad y orfandad, la promoción de la educación e instrucción de sus operarios, o la creación de pensiones "por inutilidades" (21). Como condiciones para ingresar en las "sociedades" y poder percibir sus beneficios se señalan además de limitaciones en cuanto a la edad -15/16 años y 50 años-, igual que ocurría con el reglamento de la "Hermandad", el no padecer enfermedad crónica o constituciones (22). Y en lo tocante a las circunstancias que dejan en suspenso el derecho de asistencia médica, además de las señaladas en dicho reglamento, se indican la embriaguez (23), el padecer enfermedad crónica o constitucional o el haber padecido la enfermedad cuando se estaba ausente de la población (24).

El problema de las enfermedades crónicas y el de las invalideces, provocadas por las enfermedades y los accidentes, es

abordado con una cierta amplitud en los reglamentos (25). Se señalan como condiciones para considerar que una enfermedad se ha cronificado y que el enfermo pasa a la situación de invalidez, el que transcurra un cierto tiempo, normalmente seis meses, siendo la junta de gobierno de la sociedad la que, una vez oído el informe del o de los facultativos, decide sobre el correspondiente expediente; y se distinguen dos tipos de invalidez y por tanto dos tipos de subsidios (26): los de "primera clase" -aquellos que tienen imposibilidad de moverse y cuidarse por ellos mismos- y los de "segunda clase" -aquellos que sí pueden cuidarse-. Incluso en uno de los reglamentos, el del "Círculo Obrero Ilicitano", al hablar del capítulo de los inválidos (27), se señala explícitamente lo siguiente: "El socio que por dictamen facultativo fuera declarado loco, recibirá el socorro vitalicio de setente y cinco céntimos de peseta diarios siempre que reuna el requisito de tener por lo menos diez años de antigüedad en el círculo".

Además de la asistencia médica y farmacéutica, en caso de enfermedad se señala también la adjudicación de un socorro o subsidio cuya cuantía guarda relación con la gravedad del proceso; ayuda de primera, si la enfermedad obliga a guardar cama, y ayuda de segunda, si no obliga a guardarla (28). Recogiéndose, no obstante, algunas excepciones como la de sólo otorgar subsidios de segunda en caso de declararse alguna epidemia (29), o que la enfermedad debía de exceder de dos días de evolución, excepto que se tratase de contusión o herida (30).

En el capítulo del "ejercicio médico", además de lo indicado al explicar el contenido del reglamento de la "Hermandad", tan sólo otro reglamento, el de la "Sociedad de Socorros Mutuos el Porvenir", contiene información sobre este aspecto y en el "contrato médico-quirúrgico con los señores Facultativos de la Sociedad", se habla de la obligación de asistir a los enfermos en su propio domicilio (...) exceptuándose los casos en los que diagnosticada de leve la enfermedad, se le pueden señalar al enfermo hora y punto para reconocerle y recetarle; así como que los avisos se darán en casa de los facultativos antes de las cuatro de la tarde en invierno y de las seis en verano (31).

Por otra parte, en dos de los reglamentos (32), se contempla la creación de "comisiones de enfermos" que debían velar por el cumplimiento del reglamento, en lo tocante a la asistencia médica (recogiendo las quejas, entre otras, derivadas de la actuación de los médicos) y "vigilar las condiciones higiénicas de los alimentos, casas y barrios de los socios para que la junta directiva solicite de las autoridades las correspondientes mejoras". De hecho, la labor de médicos y farmacéuticos contratados, era vigilada no sólo por las mencionadas comisiones, sino que, en algunos casos, se señala como todos los socios tienen el derecho y el deber de poner en conocimiento de la directiva, todos los abusos, fallos o infracciones observadas, entre otros cargos, por el médico y el farmacéutico (33).

En uno de los reglamentos, el de la "Sociedad de Socorros Mutuos El Porvenir de Elche" (34), se aborda la problemática del "intrusismo médico" y el posible recurso a medicinas alternativas, como puede ser el "curanderismo", por parte de los asociados. Así en el artículo 67 del citado reglamento se afirma: "El socio que esté visitándolo el Médico de esta Sociedad, ú otro Médico cualquiera y sin permiso de éste, se pusiese en manos de un curandero, se le retirará el socorro por espacio de cinco o diez días, en la enfermedad que padeciera, ó en la primera que padezca".

Otra cuestión, también abordada por la "Sociedad de Socorros Mutuos el Porvenir", es la de los "simuladores de falsas enfermedades, de hecho se dedica todo un capítulo a los "correctivos ó castigos" que debían sufrir los socios que defraudasen a la "Sociedad" (35).

Ya para concluir, queremos señalar que el limitado objetivo con que se ha planteado la realización de la presente comunicación, deberá completarse en un futuro, no sólo ampliando cronológicamente el periodo objeto de estudio y analizando reglamentos de sociedades surgidas en otras localidades, como puede ser el caso del importante núcleo industrial de Alcoi, sino estudiando y conociendo con un mayor detalle la incidencia real que dichas asociaciones tuvieron en el acontecer social de las poblaciones supuestamente beneficiarias, así como los problemas, dificultades y resistencias que encontraron

a la hora de hacer efectiva su labor asistencial.

NOTAS BIBLIOGRAFICAS.

(1) LOPEZ PIÑERO, J.M. (1978) La colectivización de la asistencia médica: una introducción histórica. En: De Miguel, J. (ed.) Planificación y Reforma Sanitaria. Madrid, Centro de Investigaciones Sociológicas, p. 25. BALAGUER PERIGUELL, E.; BALLESTER ANON, R. (1981) La enfermedad y su prevención. En: Laín Entralgo, P. (ed.) Historia Universal de la Medicina 2ª ed., Barcelona, Salvat, vol. 6º, p. 363. MARSET CAMPOS, P.; RAMOS GARCIA, E. (1981) Sociología y Asistencia médicas. En: Laín Entralgo P. (ed.) Historia Universal de la Medicina 2ª ed., Barcelona, Salvat, p. 375.

(2) SIGERIST, E. (1984) De Bismarck a Beveridge. Desarrollo y tendencias de la legislación sobre seguridad social. En: Lesky, E. (ed.) Medicina Social. Estudios y testimonios históricos. (Traducción castellana e introducción por Jose María López Piñero). Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo, pp. 189-90.

(3) TRAMOYERES BLASCO, L. (1889) Instituciones gremiales. Su origen y organización en Valencia. Valencia, Imp. Domenech (Reprint París Valencia 1979), p. 74. FIGUERAS PACHECO, F. (1958) Los antiguos gremios de la ciudad de Alicante. Alicante, Instituto de Estudios Alicantinos, p. 82, afirma: No son escasas las prescripciones relativas a asistencia social que bajo formas más o menos bien definidas se consignan en los capítulos gremiales (...) sus estatutos de 1757 dicen: "si algún maestro cayese enfermo y en el discurso de su enfermedad careciese de medios para sus asistencias, le haya de socorrer el gremio".

(4) LOPEZ PIÑERO, J.M. (1976) Ob. cit...., pp. 39-40.

(5) MADDOZ, P. (1845) Diccionario Geográfico-Estadístico-Histórico de Alicante, Castellón y Valencia, Valencia, Instituto Alfonso El Magnánimo 1982, tomo 1º, p. 101. Al ocuparse de las Artes e Industria, señala: "En la fábrica de tabacos cigarros, establecida por cuenta del gobierno en 1801, se ocupan 2.200 mujeres de la capital y su término...". GIMENEZ LOPEZ, E. (1981) Alicante en el siglo XVIII: Economía de una ciudad portuaria en el Antiguo Régimen, Valencia, Institución Alfonso El Magnánimo, p. 387. Sostiene: "La aprobación por el monarca, el 26-10-1754 de la contrata (...) para la provisión de tabacos a la Renta (...) dió a este período una actividad destacada, que volvería a manifestarse a partir de 1801 cuando se estableció en la ciudad de Alicante una fábrica de cigarros por cuenta del gobierno.

(6) Entre otros testimonios sin duda los recogidos por MANERO MOLLA, E. (1883) Estudios sobre la topografía médica de Alicante, Alicante, Imp. Carratalá y Gadea, p. 124, al ocuparse de las profesiones afirma: "... la mujer de la ciudad tiene ocupación cuando su pobreza lo exige,

en la fábrica de tabacos. De las 5.000 operarias (...) la índole del trabajo y las condiciones perniciosas del edificio que las reúne, están muy distantes de lo que la higiene preceptúa. El hacinamiento tumultuario, la posición sedentaria, el abstenerse o detener ciertos actos y necesidades animales, la reunión de individuos de diferentes edades (...) hacen de aquel edificio un semillero fecundo de procesos mórbidos, que engendran multitud de anemias..."; en la p. 241 al ocuparse de las enfermedades ordinarias, sostiene: "...las operarias de la fábrica de tabacos, que se ven precisadas a pasar la mayor parte del día sentadas, mal comidas y reunidas en gran número dentro de las habitaciones cuyas condiciones higiénicas dejan mucho, muchísimo que desear"; por último en la p. 511 al ocuparse de las causas que más contribuyen a la mortalidad de los habitantes de Alicante, afirma: "la ocupación de cigarrerías en la fábrica de tabacos, produce muchas tísicas (...) bien merece ese gran núcleo de población que concurre a los talleres de la expresada fábrica que sea más bien mirado por el gobierno, evitando el hacinamiento e higienizando las insalubres cuadras donde trabajan. Si añadimos a esto la escas y mal reglamentada alimentación que observan de ordinario, la mala calidad de los alimentos que adquieren en la venta pública (...) tendremos excelentemente abonado el terreno para producir el estado de oportunidad, tisiógena. REGLAMENTO para el mejor servicio de la Hermandad de Socorros Mutuos de la Hermandad de Socorros Mutuos de la Fábrica de Tabacos de Alicante (1868) Alicante, Imp. de la Viuda de Ibarra, 15p.

(7) LOPEZ PIÑERO, J.M. (1978) Ob. cit...., p. 29. Afirma: "En la España del siglo XIX subsistieron, en primer término, restos de las hermandades gremiales y de las cofradías, que no hay que confundir con las nuevas asociaciones. Solamente a partir de los años centrales de dicha centuria comenzaron a aparecer las sociedades de socorros mutuos, cuyo desarrollo ha sido estudiado por Albarracín (...) sociedades de base profesional que hay que encuadrar en la historia del asociacionismo obrero...".

(8) REGLAMENTO de la Sociedad de Socorros Mutuos "Círculo Obrero Illicitano" (1883) Elche, Imp. de José Agulló Sánchez, 24p. REGLAMENTO de la Sociedad "Cooperativa de Obreros de Alicante" (1884) Alicante, Establecimiento tipográfico de Botella y Costa, 24p.

(9) Que es el INSTITUTO NACIONAL DE PREVISION. Su origen, operaciones que realiza. Disposiciones por que se rigen las Tarifas. (1910) Madrid, Imp. de la Suc. de M. Minuesa de los Ríos, p. 3/10. TOMAS ALEMANY, P. (1912) Legislación social Alicante, Establecimiento de la Viuda de Reus, p. 41, hace referencia a la ley de asociaciones de 1887 y señala: "...se registrarán también por esta ley los gremios, las sociedades de socorros mutuos". CERDA, M. (1981) Els moviments socials al País Valencià Valencia, Alfons el Magnànim, p. 57, señala: "(...) los inicios del asociacionismo en el País Valenciano, podemos situarlo en la década de los años cuarenta del pasado siglo, cuando se forman las primeras sociedades, seguramente inspiradas en el ejemplo del principado. Estas primeras asociaciones toman la forma de sociedades de resistencia y ayuda mutua...".

(10) CERDA, M. (1981) Ob. cit., p. 83, hace referencia al caso de Alcoi y afirma: "A causa de los acontecimientos de 1873, hasta 1887, la desorganización de los trabajadores alcoyanos fué enorme (...) en 1888 se constituye la Sociedad-Unión para casos de enfermedad y jubilación de obreros y un año después se producen huelgas de sector textil, lana y papelería".

(11) REGLAMENTO de la Sociedad de Socorros Mutuos "Cooperativa de Obre-ros de Alicante" (1884) Ob. cit...., p. 4.

(12) REGLAMENTO de la Sociedad de Socorros Mutuos "Círculo obrero illici-tano" (1883) Op. cit...., pp. IV/X.

(13) REGLAMENTO de la Sociedad de Socorros Mutuos El Porvenir de Elche (1902) Elche, Imprenta de Pedro Rizo, 32p. LOPEZ PINERO, J.M. (1978) Ob. cit...., p. 29, afirma: "En las áreas urbanas no industrializadas no aparecieron (...) otro tipo de asociación que reclutó sus miembros principalmente entre los empleados y comerciantes modestos y entre los artesanos (...) revistió muchas veces el carácter de empresa de tipo comercial, al servicio de los intereses económicos de sus organizadores, fueran médicos o no". Los pormenores del enfrentamiento entre la "Sociedad de Socorros Mutuos El Porvenir" y las otras socieda-des, vienen recogidos en: ARCHIVO HISTORICO MUNICIPAL DE ELCHE, LIB. "TESORO HISTORICO", Tomo 3º, folio 372.

(14) REGLAMENTO de la Hermandad de Socorros Mutuos... (1868) Ob. cit..., pp. 3/4, se afirma: "La situación en que se hallan los fondos pertene-cientes a la Hermandad de Socorros Mutuos de esta Fábrica es tan precaria, que si no se atiende a su remedio y acrecentamiento, tiene que desaparecer una institución que tanto beneficios y tantos consuelos lleva a las operarias y demás hermanos que la constituyen.

Circunstancias inevitables, épocas calamitosas de enfermeda-des y la miseria que aflige a la provincia, han aumentado los gastos que produce la asistencia facultativa en todos sus casos.

La disminución del ingreso por las cuotas de las operarias es natural y lógica como efecto de aquellas circunstancias y por la paralización, aunque temporal, del trabajo.

Los derechos adquiridos por jubilaciones han sido y son una carga cada día más pesada (...) la edad y los achaques de las jubiladas aumentan los gastos de asistencia facultativa, y si alguna fallece, que al parecer rebaja la cuota de jubilación, el socorro del Viático y entierro, se lleva las cuotas de la que pudiera vivir veinte meses".

(15) REGLAMENTO de la Hermandad de Socorros Mutuos... (1868) Ob. cit..., pp. 3/5.

(16) REGLAMENTO de la Hermandad de Socorros Mutuos... (1868) Ob. cit..., pp. 11/12.

(17) REGLAMENTO de la Hermandad de Socorros Mutuos... (1868) Ob. cit...,

pp. 12/12, también se regulan las ausencias y enfermedades de estos profesionales, pudiendo estos encargar sus funciones a otro facultativo de su confianza, dando conocimiento al Jefe de Establecimiento, y siempre que no exceda los tres días, pues en este caso, necesitará el correspondiente permiso del Presidente de la Junta.

(18) REGLAMENTO de la Hermandad de Socorros Mutuos... (1868) Ob. cit..., pp. 13/14.

(19) REGLAMENTO de la Hermandad de Socorros Mutuos... (1868) Ob. cit..., p. 14. Dicho farmacéutico deberá dispensar únicamente "medicinas suscritas por los facultativos de la hermandad y que lleven el sello de la fábrica, rechazando todo pedido de las operarias cuyas enfermedades no lo reclamen, ni recetando medicinas (...) cuya duración sea mayor que la que se marque en las recetas ó que las reclamen como artículo de lujo".

(20) REGLAMENTO de la Hermandad de Socorros Mutuos... (1868) Ob. cit..., p. 13.

(21) REGLAMENTO de la Sociedad de Socorros Mutuos "Círculo Obrero Ilicitano" (1883) Ob. cit..., p. 1. REGLAMENTO de la Sociedad de Socorros Mutuos "Cooperativa de Obreros de Alicante" (1884) Ob. cit..., pp. 1/5. REGLAMENTO de la Sociedad de Socorros Mutuos "El Porvenir" (1902) Ob. cit..., p. 9.

(22) REGLAMENTO de la Sociedad de Socorros Mutuos "Círculo Obrero Ilicitano" (1883) Ob. cit. pp. 2/3. REGLAMENTO de la Sociedad de Socorros Mutuos "Cooperativa de Obreros de Alicante" (1884) Ob. cit..., p. 4. REGLAMENTO de la Hermandad de Socorros Mutuos... (1868) Ob. cit..., pp. 10/11.

(23) REGLAMENTO de la Sociedad de Socorros Mutuos "Círculo Obrero Ilicitano" (1883) Ob. cit..., pp. 12/13.

(24) REGLAMENTO de la Sociedad de Socorros Mutuos "Círculo Obrero Ilicitano" (1883) Ob. cit..., p. 12.

(25) REGLAMENTO de la Sociedad de Socorros Mutuos "Círculo Obrero Ilicitano" Ob. cit..., p. 19. REGLAMENTO de la Hermandad de Socorros Mutuos ... (1868) Ob. cit..., p. 11.

(26) REGLAMENTO de la Sociedad de Socorros Mutuos "Círculo Obrero Ilicitano" (1883) Ob. cit..., p. 19.

(27) REGLAMENTO de la Sociedad de Socorros Mutuos "Círculo Obrero Ilicitano" Ob. cit..., p. 19.

(28) REGLAMENTO de la Sociedad de Socorros Mutuos "Círculo Obrero Ilicitano" Ob. cit..., pp. 12/13.

(29) REGLAMENTO de la Sociedad de Socorros Mutuos "Círculo Obrero Ilicitano" Ob. cit..., p. 13.

(30) REGLAMENTO de la Sociedad de Socorros Mutuos "Cooperativa de Obreros de Alicante" (1884) Ob. cit...., p. 13.

(31) REGLAMENTO de la Sociedad de Socorros Mutuos "El Porvenir" (1902) Ob. cit...., pp. 29/32.

(32) REGLAMENTO de la Sociedad de Socorros Mutuos "Cooperativa de Obreros de Alicante" (1884) Ob. cit...., p. 13. REGLAMENTO de la Sociedad de Socorros Mutuos "El Porvenir" (1902) Ob. cit...., pp. 11/14.

(33) REGLAMENTO de la Sociedad de Socorros Mutuos "El Porvenir" (1902) Ob. cit...., p. 25.

(34) REGLAMENTO de la Sociedad de Socorros Mutuos "El Porvenir" (1902) Ob. cit...., p. 23.

(35) REGLAMENTO de la Sociedad de Socorros Mutuos "El Porvenir" (1902) Ob. cit...., pp. 22/25.

SOBRE LOS INICIOS DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN ESPAÑA

Danón Bretos, J.

U.A. de Barcelona. Centro de Documentación de Historia de la Medicina Uriach.

Por tratarse sólo de un mero testimonio histórico, aunque de indudable importancia, no voy a pormenorizar sobre los antecedentes de la medicina social durante el siglo XIX, con la incidencia de los médicos higienistas y su interés en demostrar la necesidad de una mayor atención de la sociedad hacia la clase trabajadora. Este periodo, sin embargo, es demostrativo de una evidente preocupación y hasta de un cierto estado de opinión general puesto de manifiesto, por ejemplo, cuando en 1855 la Real Academia de Medicina de Barcelona convocaba un concurso sobre el tema genérico de "¿qué medidas higiénicas puede dictar el gobierno a favor de las clases obreras?"(1), ganado por uno de aquellos médicos, Pedro Felipe Monlau (1808-1871).

En su exposición, y dentro de una línea de interés en mejorar las condiciones laborales del obrero industrial, Monlau propugnaba una mayor protección hacia las Sociedades de Socorros Mutuos, tan arraigadas en Cataluña a imagen de las "Friendly societies" inglesas, de alas "Sociétés de secours mutuels" francesas y hasta de los tradicionales Montepíos españoles abogando, además, por la necesidad de facilitar al obrero enfermo una asistencia médica y farmacéutica gratuitas a cargo, la primera, de los médicos-inspectores de fábricas y talleres dado que "en el caso de que el obrero quede inútil, la humanidad y la justicia aconseja que, en manera alguna, quede abandonado a sus míseros recursos el inválido de la industria".

No parece que a escala general y salvo con el progresivo desarrollo de las nacientes mutualidades gremiales o patronales, se siguiera insistiendo en la misma temática hasta pasados muchos años. Quizá la antorcha de aquellos primeros pioneros fuera recogida por otros profesionales, esta vez los médicos sociólogos a caballo entre los dos siglos, uno de cuyos máximos representantes fué, sin duda, Ignacio Valentí Vivó, catedrático de medicina legal y Toxicología en Barcelona. Este, reflejando sus pensamien-

tos en "La Sanidad social y los obreros", afirmaba que "la 'colaboración sanitaria' es la más alta prueba del racional civismo que darán los grupos nacionalizados al día mismo, no remoto ya, de convencerse a la luz de la Ciencia, de la magnitud del bien inherente a la 'salubridad colectiva' que por ser de común provecho obliga a todos en proporción a la capacidad de cada cual en su esfera de acción intercívica". Sin embargo, el desarrollo general de la obra incide más en el campo de la socio-antropología(2).

Dejando, pues, de lado estos antecedentes para entrar de lleno en los primeros escarceos que conducirían a la posterior implantación de la Seguridad Social en España, podemos considerar los primeros años de la década de 1920 como su fecha inicial. Fué entonces, cuando ya iniciado el seguro de vejez a cargo del Instituto Nacional de Previsión y tras los acuerdos de la Conferencia de seguros de Washington en 1920, se convocaba para 1922, en Barcelona, la II Conferencia Nacional de Seguros de Enfermedad, Invalidez y Maternidad, bajo los auspicios del Ministerio de Trabajo y la decidida colaboración de la "Caja de Pensiones para la Vejez y Ahorros" de la capital catalana. la primera conferencia se había desarrollado, cinco años antes, en Bilbao.

Hasta estos momentos, parece ser que muy poco se había contado con la esencial mano de obra para la puesta en marcha de los seguros, el médico. Era entonces cuando la clase médica española, que en alguna de las grandes poblaciones ya empezaba a hablar de plétora profesional, casi acababa de estrenar su definitiva colegiación obligatoria -1917- con un Reglamento modificado en 1921 definiendo unas muy ambiguas atribuciones de los Colegios Oficiales, meros recaudadores de impuestos y, sólo sobre el papel, órganos consultivos(3).

Por lo que respecta a Cataluña y al margen de la colegiación oficial, desde 1919 se venía organizando un Sindicato, el Sindicat de Metges de Catalunya más tarde ampliado a las islas Baleares, cuyos promotores, en base a autoconsiderarse "obreros intelectuales" quisieron ampararse en un sindicalismo apolítico con el fin de poder mejorar las condiciones de trabajo por cuenta ajena. Pronto su aceptación superó el 75 por ciento de la colegiación catalana y, codo a codo con los Colegios oficiales se opuso, desde el principio a todo lo que pudiera significar una injerencia extraña al libre ejercicio de la medicina amenazada, ya, por los primeros indicios de una futura seguridad social(4).

Una de las primeras y decididas intervenciones del Sindicat a nivel estatal, fué con motivo de aquella Conferencia de Seguros de enfermedad, invalidez y maternidad, en la que se iban a tratar temas de tanta trascendencia para el futuro como el de la posible obligatoriedad de los tres seguros, las bases técnicas para su organización y el nivel de población que deberían alcanzar(5). En ella y pese a no haber sido admitido oficialmente, el Sindicat estuvo representado por José Giron Trius, director de la "Quinta de Salud La Alianza" y delegado, a su vez, de la Real Academia de Medicina de Barcelona, ésta con voz y voto en la Asamblea. La ponencia presentada por Girona trató sobre "El criterio profesional en el Seguro de Enfermedad" y a sus conclusiones se habían previamente adherido los representantes de los pocos Colegios de Médicos invitados y, con ellos, el de su presidente Sánchez Bergós quien se lamentaba de haber sido presentada la ponencia del I.N.P. de sopetón, sin previa consulta a los médicos ni periodo preparatorio, dando el aspecto de tratarse de algo intangible pues su autor, Luís Jordana, la había repartido momentos antes de la discusión(6).

Pese a ello, el trabajo del Sindicat se fundamentó en una amplia casuística recogida de los múltiples Montepíos y Mutualidades catalanas, (no olvidemos que Girona era el presidente de una de las más importantes) y sin dejar de reconocer la justicia social del proyectado Seguro, el Sindicat demostró los abusos y tergiversaciones del ya establecido seguro de vejez, como más tarde lo haría con el de maternidad, condicionando su aceptación a los siguientes puntos:

1. Obligatoriedad sólo para las clases necesitadas y, de no poderse alcanzar esta limitación económica, establecerlo de forma voluntaria para las clases pudientes pero con primas acordes a su posición económica.
2. Libertad absoluta de elección de médico.
3. Auxilio exclusivo en metálico entregado de forma tal que pudieran quedar a salvo los honorarios profesionales.
4. Intervención directa de los Colegios Médicos en las cuestiones profesionales relacionadas con el Seguro.

Aceptadas por unanimidad estas enmiendas a la Ponencia de Jordan, las condiciones señaladas con los números 2 y 4, la libertad en la elección de médico y la intervención de los Colegios profesionales, quedaron escamotea-

das del texto oficial de la Conferencia, como se debía años más tarde el mismo Sindicat.

Durante los años de la Dictadura del general Primo de Rivera, poco se avanzó en este campo, al mismo tiempo que la actividad del Sindicat, prácticamente abolido y reducido a sus aspectos mutualistas, se resintió si bien en 1929 un profeta, Nicolás Battestini, volvía a dedicar unos comentarios a través del Boletín colegial, a la llamada ya entonces "socialización de la medicina". "Nuestra bandera -escribía- libre elección de médico y pago directo por el enfermo deber ser a nuestro entender, la bandera de combate de la clase médica y como ello es racional y justo, si nos mantenemos unidos y nos defendemos con tesón en la lucha que se avecina, es fácil que el triunfo sea nuestro; y que cuando se implante el seguro social en España (tardará más o menos, pero se implantará) sea respetado el carácter liberal de la profesión médica, carácter que es necesario que se conserve si la Sociedad quiere tener médicos prácticos de prestigio y desea que haya siempre un plantel de jóvenes médicos dispuestos a la investigación y a seguir la carrera del profesorado".

Pocas novedades se pueden comentar hasta el año 1932. En esta fecha el gobierno de la República ratificó el Convenio de Ginebra de 1927 sobre el establecimiento del Seguro de Enfermedad para los trabajadores de la industria y del comercio y para los sirvientes domésticos, encargando la elaboración de un proyecto al Instituto Nacional de Previsión. A este respecto, también el Sindicat elaboró una Ponencia sobre el tema encomendándola a Higinio Sicart y Soler(8) el cual, si bien reconocía la indudable existencia de un fondo de justicia social en el mismo pudiendo radicar en su estructuración uno de los más poderosos elementos de bienestar social, temía que tal como se organizara tal sería, bueno o malo, el resultado. Y como ejemplo a sus afirmaciones pasaba revista al seguro de vejez, o "seguro obrero" el cual, pese a percibir unas primas con las que se podía socorrer con 3'50 pesetas diarias a los asegurados, sólomente distribuía una peseta al día, mientras que con la corta experiencia del seguro materno en Cataluña, se había recaudado dos millones y medio de pesetas revirtiendo, sólomente, algo más de un millón de cuyo "pastel" los médicos y comadronas habían percibido 143.000 pesetas.

También se quejaba Sicart, y temía, la burocartización del mismo pues "con la explotación de un seguro de enfermedad se llegará a obtener un beneficio enorme que en lugar de destinarlo a remunerar debidamente a los médicos que lo hacen posible y al auxilio del trabajador, servirá para crear una constelación de funcionarios que, con los existentes, pronto sobrepasará en número el de la gente que trabaja".

Dicha ponencia, a través del Colegio de Médicos, debía presentarse ante la IX Asamblea de los Colegios Oficiales españoles reunida en La Coruña en 1932; sin embargo decidió retirarla para aportarla en una nueva reunión proyectada para octubre de 1936 en Barcelona. En aquélla se hacía un pormenorizado estudio sobre la futura seguridad social, incluyendo en ella la asistencia psiquiátrica, que podemos resumir en lo que vino a llamarse "doctrina médica catalana" sobre seguro social de enfermedad en la que se había tenido en cuenta, entre otras cosas, que mientras el seguro de accidentes de trabajo a base de libre concurrencia y libre contrato cumplía su objetivo, el de vejez, a base de exclusividad y capitalización, era carísimo y malo.

Teniendo en cuenta que el médico es el puntal indiscutible en la Seguridad Social, ésta "no rendirá los legítimos frutos que de ella pueden esperarse si se legisla a espaldas del médico o en contra de él":

1. Libre elección de médico y de clínica por el asegurado.
2. Libertad de prescripción de todos los medios diagnósticos y terapéuticos.
3. Respeto del secreto profesional.
4. Ausencia de intermediario entre médico y enfermo.
5. Comprobar la condición de enfermo mediante certificaciones médicas.
6. Control de la actuación médica exclusivamente por médicos, libremente nombrados por los organismos aseguradores.
7. Presencia de técnicos médicos designados por el Sindicat en todos los grados y categorías del seguro.
8. Honorarios médicos tarifados de acuerdo con el Sindicat.
9. Orientación del seguro hacia una medicina preventiva y profiláctica, sin perjuicio de la misión terapéutica fundamental.
10. Organización y prestación de los servicios médicos, en Cataluña y Baleares, a cargo del Sindicat.

Como es lógico suponer, aquella Asamblea proyectada en Barcelona no pudo reunirse en octubre de 1936 dadas las trágicas consecuencias de la sublevación militar. Pero entre ambas fechas la lucha se enconó y el Instituto Nacional de Previsión replicaba, a través de Severino Aznar, entre la creciente oposición y desconcierto de un gran número de profesionales. El tono empleado era totalmente demagógico: "creo sinceramente que (a la clase médica) no le conviene cruzarse en el camino de la clase obrera, ni francamente ni con habilidad en esa aspiración suya hacia una pronta implantación del Seguro de enfermedad que, según los ilustres maestros de la clase médica es, además, indispensable para elevar el nivel sanitario de la nación. ¿Iban a ser los médicos los que se opusieran a la elevación de ese nivel sanitario y los que, de hecho, cerraran el paso a esa justa y clamorosamente pedida reivindicación de la clase obrera? (9).

NOTAS.

1 MONLAU, Pedro Felipe. ¿Qué medidas higiénicas puede dictar el gobierno a favot de las clases obreras?. Memoria... Barcelona, Tomás Gorch, 1856.

2 VALENTI VIVO, I. La Sanidad social y los obreros (Ensayos antropológicos). 2 vols. Barcelona, Henrich y Cía., 1905.

3 DANON BRETOS, José. "Historia de nuestra Corporación". Información Colegial, octubre 1968, Barcelona.

4 DANON BRETOS, José. "El ejército profesional en España y el Sindicat de Metges de Catalunya (1919-1939)". Cuad. Hist. Med. Española XIII, 1974: 233-250.

5 CONFERENCIA Nacional de Seguros de Enfermedad, Invalidez y Maternidad. Barcelona, noviembre 1922. I, Ponencias, Actas, Conclusiones. Madrid, Sobrinos de la Suc. de M. Minuesa de los Ríos, 1925.

6 Ibid. p. 160.

7 Butlletí del Sindicat de Metges de Catalunya (BSMC), 29 oct. 1922; pp. 3-9.

8 BSMC, enero 1933: 34-36.

9 AZNAR, Severino. Inquietudes de la clase médica sobre el Seguro de Enfermedad. Madrid, Sobrinos de la Suc. de M. Minuesa de los Ríos, 1936.

LOS MEDICOS ESPAÑOL Y LA IDEA DEL SEGURO OBLIGATORIO DE ENFERMEDAD DURANTE EL PRIMER TERCIO DEL SIGLO XX.

Rodríguez Ocaña, E.; Ortiz Gómez, T.

Departamento de Anatomía Patológica e Historia de la Ciencia. Universidad de Granada.

El primer tercio del siglo XX albergó el nacimiento de la previsión social española, o en palabras de Cuesta Bustillo (1), la transición del Estado tutelar al Estado providencial, ampliándose los dominios de la intervención pública desde el derecho del trabajo a la protección contra los riesgos sociales (salud, vejez, paro) y tímidamente también a los equipamientos y servicios sociales (escuelas, viviendas, etc.).

La crisis de la beneficencia, esto es su incapacidad como mecanismo integrador de la pauperizada sociedad española de la Restauración hacía de la "cuestión social" un problema candente que produjo el inicio del reformismo social. Católicos sociales y reformadores laicos coexistieron en las distintas instancias paragubernamentales, finalmente en el Insituto Nacional de Previsión -INI- (fundado en 1908), para diseñar, no sin tensiones, una política de previsión. Se ha señalado con profusión la falta de sintonía con las exigencias obreras, aun cuando, a partir de los años veinte, la participación ugetista-socialista fuera importante (2).

Esta comunicación pretende aportar algunos datos acerca de la participación de los médicos y de sus organizaciones profesionales en esta línea, en particular la referida al diseño del seguro de enfermedad. Se trata de una problemática todavía inédita en nuestra historiografía, hasta donde sabemos. El límite cronológico de este estudio es el estallido de la guerra civil, de modo que no entramos en desarrollar la puesta en marcha, a partir de 1942, del definitivo Seguro Obligatorio.

1917. LA PRIMERA CAMPAÑA EN PRO DEL SEGURO.

Como es sabido, el INP se planteó como la cobertura de un seguro libre subsidiado, obligatorio sólo para el Estado, pero de libre afiliación para sus beneficiarios. Esta característica fué debida al peso de las posiciones católicas, en España opuestas al "modelo alemán" de financiación estatal y afiliación obligatoria, las cuales defendían un intervencionismo subsidiado y transitorio (3). La crisis de 1917 fué el revulsivo que permitió reconocer las insuficiencias de dicho sistema. El Instituto pasó a defender, técnicamente, la idea del seguro obligatorio.

El generalizado malestar socio-político que eclosionó a partir de 1917 requería una respuesta desde el gobierno, uno de cuyos componentes "blandos" fué la campaña de propaganda en torno a los seguros sociales. En julio de 1917 se convocó por el Ministro de Fomento, Luis Marichalar, una Conferencia de Seguros sociales cuyo preámbulo expositivo lo señalaba explícitamente: a todo Gobierno "clarividente" (sic.) le interesa recoger las ansias de mejora de la clase trabajadora para convertirla en colaboradora (sic.) del capital (5). Acudieron delegados del INP, de la Dirección General de Sanidad -cuyo titular Manuel Martín Salazar (1854-1936) simultaneó con la representación de la Real Academia Nacional de Medicina, acompañando de Carlos María Cortezo y Prieto (1850-1933) y José Ubeda Correal (1857-1918) a su vez jefe de sección del Instituto de Reformas Sociales- así como otros representantes oficiales y representantes de asociaciones de comerciantes, agricultores, industriales y obreros. Allí se acordó un plan a desarrollar en cinco fases que debería ser cumplimentado al ritmo que impusieran las circunstancias. Se refería a los siguientes ramos de seguros: retiro obrero, seguro obligatorio de enfermedad, seguro de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, seguro contra el paro y seguro maternal obligatorio.

Ponente del apartado enfermedad fué Antnio Espina y Capó (1850-1930), entonces senador y miembro de la Real Academia de Medicina, personalidad señalada por sus inquietudes médico-sociales, en particular respecto de la lucha antituberculosa. Su ponencia la justifica desde

su experiencia respecto a "lo que vale un hombre sano" y a los perniciosos efectos sociales de la unión de "enfermedad e imprevisión" conducentes a "una protesta airada que ... compromete el orden social" (6). Diseñó un seguro obligatorio para todos los obreros con salario igual o inferior a 5 ptas. y aportaciones estatales, provinciales, municipales y patronales, cuyas prestaciones consistirían en un subsidio temporal o definitivo según el tipo de invalidez, así como en la oferta de dispensarios y sanatorios enfocados de forma particular a las enfermedades venéreas y la tuberculosis. Otras intervenciones matizaron dicho diseño, en particular la del Sr. Moragas y Barret, suavizando la obligatoriedad propuesta ("se procederá con la orientación de llegar a declarar la obligación del mismo" (7)) e introduciendo una base mutualista. Pero más que el contenido concreto de aquellos planes, por lo demás infructuosos, nos interesa conocer las motivaciones que movían a su trazado. Espina fué transparente en la defensa de su ponencia afirmando que "las enfermedades evitables ... pueden combatirse eficazmente mediante el ahorro obligatorio" y que, para los patronos, "es también de incalculable valor, puesto que mejora la clase obrera, proporcionando ... un mayor rendimiento en la producción" (8). Dichas afirmaciones fueron compartidas por Martín Salazar, quien añadía una consideración comparativa: la experiencia internacional demostraba que era imposible "una buena sanidad pública ... sin el concurso de una legislación sobre Seguros sociales obligatorios", levantando las tasas de mortalidad españolas frente a las de los países germánicos, Inglaterra y Australia. En dichos países, la práctica sancionaba la inutilidad de la Beneficencia, que sólo atendía "los efectos del mal" sin remediar su raíz (9).

Dentro de la campaña divulgadora de 1917 hay que incluir los intervenciones de Martín Salazar, Ubeda y Francisco Murillo Palacios (1865-1944), médico empleado en el Instituto Nacional de Higiene Alfonso XIII y futuro sucesor del primero al frente de la Dirección General de Sanidad, ante la Sección de Ciencias Sociales del Congreso de Ciencias Médicas celebrado en Sevilla (10), la elección de dicho asunto como "tema del curso" por la Real Academia Nacional de Medicina

(1917-1918), la presentación por Hernández Iglesias de los mismo ante la Sociedad Española de Higiene (curso 1916-17) (11) y la publicación de dos folletos, por Martín Salazar y Murillo respectivamente, en 1918 (12).

Martín Salazar exponía en tono didáctico sus planteamientos. El problema de la extinción de las "enfermedades evitables" era, para él, "esencialmente una cuestión de dinero".

"La obra de regeneración sanitaria, pues, ... es principalmente de resolución del problema económico de las clases necesitadas ... (de modo que) la única institución hasta ahora conocida, capaz de solucionar este aspecto... es el seguro social obligatorio contra la enfermedad, la invalidez, los accidentes del trabajo, la ancianidad, la viudez, la orfandad, el paro forzoso y, en general, contra cuantas causas conducen al obrero a la miseria y a la indigencia" (13).

Murillo, en un discurso erudito, lleno de referencias a trabajos y experiencias extranjeras, trazaba con rasgos vívidos el "círculo vicioso" enfermedad-pobreza, como característica sociológica de la clase obrera.

"Deducidos el paro forzoso y la insuficiencia del salario como motivos básicos, no caba duda de que el principal obstáculo al equilibrio económico del pobre es la enfermedad. La enfermedad como causa de pobreza y la pobreza como causa de enfermedad, se entretajan y forman un círculo vicioso que a manera de argolla, sujeta al obrero a la esclavitud de la miseria" (14).

La habitual presencia de la enfermedad en los sectores tabajadores, con "la degeneración de la raza y la disminución de la capacidad productora colectiva" constituyen el triduo de atentados al "capital nacional". Luego de haber justificado su existencia mediante el análisis del estado de la salud pública (indicadores de mortalidad españoles) y de los factores del pauperismo (jornal insuficiente e inseguro, alimentación defectuosa, vivienda insalubre, trabajo infantil, fatiga, accidentes de trabajo, mortalidad obrera), la última parte de su exposición va dedicada a presentar "el remedio", que concretó sintéticamente como "Seguro social, cíclico y obligatorio".

Otro elemento favorable a la idea del Seguro en el pensamiento médico era la posible modernización estructural de la práctica

médica, concretada en la implantación del especialismo (15).

LA CONFERENCIA NACIONAL DE 1922. SUSPICACIAS CORPORATIVAS.

Si en 1917 no parecen haber encontrado eco entre los médicos de a pie las propuestas en pro del Seguro de enfermedad, no va a ocurrir lo mismo en el siguiente envite, la Conferencia Nacional de Seguros de Enfermedad, Invalidez y Maternidad organizada a instancias del I.N.P. del 20 al 27 de noviembre de 1922 en Barcelona. A ellas acudieron representantes de todos los organismos públicos o privados relacionados con previsión, además de un buen número de especialistas en cuestiones económicas y sociales. Hubo médicos ya conocidos entre los ponentes: Martín Salazar y Cortezo, junto con José Gascón Marín, presentaron la relación entre los Seguros y la Beneficencia; Angel Pulido Fernández (1853-1932), ex-director general de Sanidad, con Francisco Esquerdo Rodoreda (1883- ?) y Rafael García-Duarte González (1865-1938) trataron del ahorro que supondrían los servicios preventivos al disminuir la morbilidad (16). Francisco Murillo envió una comunicación propia sobre el Seguro de enfermedad (17). Antonio Espina (en representación esta vez del Ministerio de Trabajo) junto con otros técnicos y sanitarios entre los que se encontraban Fidel Fernández, por la Junta de Gobierno y Patronato de Farmacéuticos titulares y José Sanchis Bergón (1850-1928) por la Federación Nacional de los Colegios de Médicos, contribuyeron con la ponencia sobre la organización administrativa del Seguro de enfermedad, invalidez y maternidad (18).

Antes de entrar en el detalle de las discusiones, conozcamos los acuerdos finales. Se recomendó la preparación y promulgación simultánea de los tres seguros; que, a su través, se transformase la asistencia benéfica y que se administración fuese confiada a la Sociedades de Socorros Mutuos. De nuevo tales conclusiones carecieron de virtualidad; nos indican, ante todo, la maduración del personal técnico del INP y su paulatino compromiso con la idea de la necesidad urgente de la implantación de los seguros de salud y su unión con los restantes mecanismos de previsión (19).

Como original en los temas de discusión, esta Conferencia

adelantó que tanto el subsidio como la asistencia deberían ser objetos del Seguro. Las razones a su favor fueron similares a las expresadas en 1917 insistiendo en el aspecto de modernización asistencial que podía suponer la dignificación material de la red hospitalaria (conclusiones de Martín Salazar-Cortezo y de Pulido et al.), aunque es de destacar que, en esta ocasión, las discusiones se centraron más en la organización que en la idea del Seguro. Así, la ponencia de Pulido, Esquerdo y García-Duarte concluía -desde una perspectiva económica (disminución de los costes del seguro)- con la conveniencia de que las instituciones aseguradoras se transformaran "en verdaderos institutos de higiene social", empleando sus fondos de reserva en la dotación de infraestructura sanitaria, en particular las "creaciones higiénicas novísimas" de lucha antituberculosa, antivenérea y contra la mortalidad infantil, de contenido eugenésico positivo (20).

A propósito de la organización, esto es de los mecanismos de actuación práctica de ese Seguro unificado que se entendía necesario, surgieron las primeras voces médicas discordantes. Allí se formalizó una "unión sagrada", o "pacto sagrado", en expresión de la prensa médica del momento (21), entre la Federación Nacional de Colegios Médicos, Sindicato médico de Madrid, Sindicat de Metges de Catalunya, Agrupación de Médicos Titulares y Comité de Sociedades Benéficas de Madrid. Sus portavoces se opusieron infructuosamente a que el derecho a recibir asistencia médica se incluyera entre las prestaciones del Seguro y plantearon que se paralizase el proceso en favor de "una intensa y metódica labor preparativa para estudiar y divulgar "el seguro y sus ventajas" (22). En todo caso, el apoyo de los médicos se condicionaba a que se asegurase la libertad absoluta de elección de facultativo y a la independencia administrativa de aquellos respecto de la general de Seguro, mediante el cobro directo a los pacientes por servicio y la intervención del Colegio en la regulación de la asistencia. La aceptación de estos planteamientos en las conclusiones finales fué saludada como "triunfo de la clase médica" (23). Paralelamente, los representantes corporativos, y los periodistas, tacharon de "decorativa" y de "política" la opinión contraria emitida por

los otros médicos desde perspectivas higiénico-sociales (24), así como de "utópica". Hubo quien apuntó que la desaparición de toda Beneficencia y la implantación universal del Seguro supondría una auténtica revolución, que para ser posible habría de modificar previamente toda la estructura social ("transformando a los indigentes en capacitados para el seguro" (25)). En esta misma línea, desde fuera de la Conferencia se pudo criticar la inutilidad del Seguro obligatorio: el auténtico problema era "de justicia laboral", malos salarios, escaso tiempo de descanso, hambre e incultura; remediando esos extremos se conseguirían "Seguros familiares" adecuados (26).

LA DISCUSION SOBRE EL SEGURO DE ENFERMEDAD DURANTE LA SEGUNDA REPUBLICA.

Durante la dictadura protagonizada por Primo de Rivera triunfó la tesis retardataria, atendiéndose con preferencia al fomento de las agrupaciones mutuales (27). En cambio, con la República, se inició un acercamiento decidido a la creación de un Seguro obligatorio de enfermedad, finalmente pergeñado en mayo de 1936 (28). La constatación de dicha voluntad política, expresa desde la instauración del gobierno provisional, dio lugar a admoniciones tan representativas como el suelto que llamaba "Aux ARmes, Citoyens" bajo el título "El seguro obligatorio de enfermedad", publicado el 13 de junio de 1931 en La Medicina Ibero. La política de previsión en materia sanitaria se comparaba allí con una "locomotora que avanza a toda marcha" y la actitud corporativa con ir "andando por el centro de la vía, sin oír el ruido del tren".

El Ministro de Trabajo y Previsión, Francisco Largo Caballero, encargaba al I.N.P. la instauración de un sistema completo y unificado de seguros sociales mediante Orden de 10 de mayo de 1932 (Gaceta del 10). El Instituto organizó una nutrida Ponencia de unificación de seguros que entre el otoño de 1932 y la primavera de 1936 publicó hasta 24 informes sucesivos (29), terminando con el diseño del proyecto de ley. En ese tiempo prodigó las conferencias y actos divulgativos, como el celebrado con presencia de René Sand (1877-1953) el dos de junio de 1933 (30).

Nos interesa detenernos en dictamen que acerca de las relaciones entre el Seguro y la Sanidad pública ofrecieron en diciembre de 1933 Severino Aznar (del INP), Enrique Bardají López (1884- ?) y Gustavo Pittaluga (1876-1955) dentro de dicho marco de discusión (31). Los ponentes entendían que eran sistemas de atención distintos que habrían de coordinarse. Distintos, por su fines, el tipo de sus prestaciones y su financiación lo cual, sin embargo, no impedía la conveniencia de acoplamiento técnico y económico entre ambos, por ejemplo contribuyendo bajo los auspicios del Seguro dispensarios y centros de protección maternal e infantil o poniendo cada institución al servicio de la otra sus propias "obras sanitarias" mediante conciertos específicos para ahorrar "el capital fundacional"; para ello sería útil la creación de una Comisión de coordinación y enlace. En torno a la cuestión que se iba delimitando como crucial en el sentir de las organizaciones médicas, esto es de quién habrían de depender las competencias asistenciales sanitarias del futuro Seguro, los ponentes criticaron las posturas que defendían su incorporación a las entidades administrativas locales y también la idea de que pudieran ser encomendadas a Colegios o Sindicatos médicos, proponiendo, a su vez, su mantenimiento dentro de la organización propia de la previsión.

La creación, en 1933, del Ministerio de Trabajo, Sanidad y Previsión desató la alerta y se alzaron voces temerosas de la proximidad del Seguro (32). La Asamblea de Médicos Titulares celebrada el año anterior había concluido, respecto a su postura ante dicho fenómeno, con la necesidad de establecer acuerdos "con la representación total de la clase médica" (33). Dicha representación corporativa se mantenía, en líneas generales, en posiciones similares a las de 1922, como se desprende del texto de las conferencias impartidas en el Ateneo de Madrid bajo el título genérico de "El Seguro social de enfermedad y los médicos españoles", en la primavera de 1934. Tanto Antonio Piga y Pascual (1879-1952) por el Colegio de Médicos de Madrid, como Ossorio y Gallardo por la Asociación de Médicos Titulares se mostraron allí en contra de la organización del Seguro tal

y como se estaba configurando, insistiendo en reclamar más tiempo para su estudio y la subordinación de la asistencia a las organizaciones profesionales (34). Con matices entre ellos, pero decididamente a favor, conferenciaron hombres del I.N.P. como Severino Aznar e higienistas como Pittaluga o Marcelino Pascua (nac. 1897), así como otros médicos declaradamente socialistas como José Torre Blanco (nac. 1894) empleado por entonces en los servicios médicos centrales del Seguro de Maternidad recién organizado. Luego del obligado silencio impuesto por la Dictadura, también Manuel Martín Salazar volvió a la palestra pública para seguir defendiendo sus ideas médico-sociales (35), en los términos y con los argumentos que le eran habituales: seguía viendo en el Seguro la vía única de la regeneración sanitaria española. Otro notable hombre público de la Sanidad oficial, Enrique Bardají, inspector provincial del ramo en Cáceres y Madrid antes de ser Subsecretario de Sanidad y Asistencia pública en 1935, también participó en la campaña apoyando la novedad, aunque siempre haciendo hincapié en un conveniente aumento de ingresos para los médicos que debería ser posibilitado por el Seguro (36).

Pero la posición de los Colegios se radicalizaba. Un responsable nacional llegó a tachar el Seguro de enfermedad de "... utopía ... que había hecho concebir grandes ilusiones de mejoramiento social, pero luego ... el beneficio no aparecía por ninguna parte" (37). La X Asamblea de Juntas de Gobierno de los mismos (San Sebastián, septiembre de 1934) solicitaba la aprobación de su propio proyecto de universalización de iguales médicas en lugar del Seguro social de enfermedad (38). Por su parte, los higienistas reunidos en el Primer Congreso Nacional de Sanidad (mayo 1934) en la ponencia oficial sobre Higiene infantil y en varias comunicaciones (39) reivindicaron, en cambio, la extensión de los seguros sociales con incorporación de enfermedad y su unificación. En síntesis, la postura de los sanitarios se podía condensar en esta formulación: "La asistencia pública y la asistencia privada ... se complementan ... debiendo constituir con el seguro de enfermedad el trípode sobre el cual descansa toda la higiene social de la nación" (40).

Una asociación profesional coyuntural, el Primer Con

greso Español Por-médico (Zaragoza, 1935) desencadenó una barrera de objeciones contra los proyectos del I.N.P. Su conclusión apenas rechazó explícitamente la idea de Seguro de enfermedad esbozada en aquella Ponencia:

"... porque no supondría mejora para los servicios de asistencia en relación con su conste ... ni constituiría beneficio real para el obrero, perturbando, en cambio, el ejercicio normal y digno de la Medicina" (14).

Insistían, en cambio, en una legislación que tomase como base la iguala tradicional y que se administrara dependiera de los organismos profesionales, pese a opiniones más ortodoxas como la de Bardají (42), quien, de todas formas, exigía que todos los beneficios económicos del seguro obligatorio se empleasen en mejorar la remuneración de los facultativos.

La campaña de oposición a los planes del Seguro encontraba por estas fechas nuevos fetiches conceptuales. Las posturas políticas derechistas, en vías de radicalización, se traslucían en el uso agresivo del autoapelativo de "católicos" contrapuesto al de "comunistas" para las tesis de la obligatoriedad. En vano el católico Aznar, técnico del I.N.P., se esforzó por convencer a los médicos opuestos de la trascendencia social del Seguro y de los problemas políticos y técnicos que podía acarrear su organización "procurando el bien del médico con preferencia al bien del obrero" (43), ni que el venerable y nada sospechoso de izquierdismo Manuel Martín Salazar, trece años después de su jubilación, subrayara que "los intereses profesionales han de subordinarse a los grandes intereses sociales (44). El Seguro, para sus oponentes corporativos, no sería sino mera "ocasión de mango-neo", en detrimento del "sacerdocio médico" (45); la ruptura del círculo pobreza-enfermedad debía encomendarse, según los principios de la libertad católica, a "la caridad" (46).

No deja de ser paradójico que el Estado vencedor de la contienda civil con el apoyo de esos núcleos de opinión, fuese el instrumento de desarrollo final de la Previsión española en el sentido unificado y obligatorio tan criticado por los portavoces corporativos. Claro que esa es ya otra historia.

NOTAS A PIE DE PAGINA.

1.- CUESTA BUSTILLO, J. (1986). Evolución de la previsión social española en el primer tercio del siglo XX: los primeros seguros sociales de los años veinte. En: De la Beneficencia al bienestar social. Cuatro siglos de acción social. (I Seminario de Historia de la Acción Social). Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales y Siglo XXI de España Editores S.A., 196-226.

2.- MARTINEZ QUINTERO, E. (1986). El nacimiento de la previsión social (1900-1917) ibid., 177-194 y CUESTA BUSTILLO (1986) op. cit.

3.- ALVAREZ JUNCO, J. (1986). La Comisión de Reformas Sociales: intentos y realizaciones; PEREZ LEDESMA, M. (1986). La Comisión de Reformas Sociales y la cuestión social durante la Restauración; MONTERO, F. (1986) Capitalismo y reforma social en España en el tránsito del siglo XIX al XX, todos en De la Beneficencia al bienestar social..., op. cit.

4.- MARTINEZ QUINTERO, E. (1986), op. cit. en nota 2, p. 187.

5.- Documento de información nº 1. Real decreto de 29 de julio de 1917 convocando la Conferencia. En: CONFERENCIA de Seguros Sociales de 1917 (1917) Madrid, Sobrinos de la Sucesora de M. Minuesa de los Ríos.

6.- ESPINA Y CAPO, A. (1917). El Seguro de Invalidez. Documento de información nº 14. En: CONFERENCIA de Seguros Sociales, op. cit. en nota 5, 66 págs. cita de pp. 1-2.

7.- Discusión de la Ponencia de Espina en las Actas de las sesiones, CONFERENCIA de Seguros Sociales, op. cit. en nota 5, Documento nº 20, p. 42.

8.- Ibid., p. 38.

9.- Ibid., pp. 45-46.

10.- Cfr. UBEDA SARACHAGA, J. (1930) Biografía del Ilmo. Sr. D. José Ubeda Correal, farmacéutico militar. Madrid, Imprenta Estanislao Martínez, 24 págs. y RICO AVELLO, C. (1969). Historia de la Sanidad española 1900-1926. Madrid, imp. de E. Giménez, 402 págs. (p. 218: el Congreso acordó aconsejar el establecimiento del Seguro de enfermedad en España).

11.- SAIZ MORENO, L. (1981). La Sociedad Española de Higiene. (Un siglo al servicio de la Salud Pública). Rev. San. Hig. Pub., 55, 1073-1100; cita de p. 1907. El Dr. Hernández estuvo entre los miembros fundadores, en 1881, de dicha agrupación.

12.- Se trata de MARTIN SALAZAR, M. (1918). La Sanidad y los Seguros Sociales. Madrid, Ministerio de la Gobernación, 34 págs. y MURILLO, F. (1918). La defensa social de la salud pública, en: Discursos leídos en la Real Academia de Medicina para la recepción pública del académico e-

lecto Dr. D. Francisco Murillo el día 14 de julio de 1918. Madrid, Imp. y Libr. de Nicolás Novat, pp. 1-90. Este último fue reproducido por entregas en La Medicina Ibero 215, (nº 51, ss.) 204-206; 231-232; 258-260; 287-288; 315-316; 331-334 (1918) y 106 (nº 61 y 62) 19-20; 47-48 (1919).

13.- MARTIN SALAZAR, M. (1918), op. cit. en nota anterior, p. 8.

14.- MURILLO, F. (1918). op. cit. en nota 12, p. 46 ("Categoría de los factores de la pobreza").

15.- Tal en la intervención de ESPINA al presentar las conclusiones de su ponencia (op. cit. en nota 7, pp. 41-42); el seguro proporcionaría los medios "para llegar a la tan deseada especialización y división de la asistencia hospitalaria en razón de las diferentes enfermedades".

16.- CONFERENCIA Nacional de Seguros de Enfermedades, Invalidez y Maternidad. Barcelona, noviembre de 1922. (vol. 1) Ponencias, Actas y Conclusiones (1925), Madrid, Publ. del INP, 379pp. Trabajos citados en pp. 65-70 y 91-97.

17.- CONFERENCIA... de 1922. (vol. 2). Documentos de información (1925) Madrid, Publ. del INP, 343pp. Trabajo citado en pp. 107-110.

18.- CONFERENCIA... de 1922 (vol. 1)..., op. cit. en nota 15, pp. 107-110. Los representantes de las corporaciones citadas así como otras dos Sociedades de Socorros Mutuos adelantaban sus independencia del resto de la Poencia a la hora de la discusión y propuestas definitivas.

19.- CUESTA BUSTILLO, J. (1936). Op. cit. en nota 1, p. 214, expone cómo en la Conferencia de 1922 se inició el planteamiento de la "concepción unitaria de la previsión, que se abría camino en Alemania, Inglaterra y Francia, aquí con graves dificultades".

20.- Procedimientos preventivos para disminuir con la morbilidad el coste de los riesgos (Conclusión Novena). CONFERENCIA ... de 1922 (vol. 1)..., op. cit. en nota 15, p. 97.

21.- ALVAREZ SIERRA, J. (1922) CCIV; BLANC FORTACIN, J. (1922). El Seguro social de enfermedad y los médicos, ibid. (nº 267) CDLXIIIIV; CACERES PONCE DE LEON, R. (1922). Más datos sobre los Seguros de enfermedad, invalidez y martenidad, ibid., (nº 261) CCCXXXIX-XLI y Criterio profesional del Sindicato de Médico de Madrid ... ibid. (nº 262) CCCLVII y Conclusiones aporbadas por la Conferencia de Seguros Sociales celebrada en Barcelona, Med. Ibero, 17/1 (1923) (nº 271) XXXIII-XXXIV; COLEGIOS de médicos en la Asamblea sobre el Seguro de enfermedad (Los) Med. Ibero, 16/2 (1922) (nº 264), CCCXCV-XCVII; CONFERENCIA de Seguros de Barcelona (1922) Los Progresos de la Clínica, 24 (noviembre) II-VI; diciembre) II-IV; ECHEVARRI (1922) El Seguro de enfermedad y la clase médica, ibid. (nov.) VI-IX.

22.- CONFERENCIA ... de 1922 (vol. 1)..., op. cit. en nota 15, pp. 161 y 212-231.

23.- Los Progresos de la Clínica, 24 (1922) (diciembre) III-V.

24.- Ibid.: "personas que gozan del favor oficial ... no representan ... ni arrastran otra opinión profesional que la de la media docena de dependientes que les rodean".

25.- BLANCH, en la Discusión de la ponencia de Martín Salazar. CONFERENCIA ... de 1922 (vol. 1)..., op. cit. en nota 15, p. 211. Señalado por CUESTA BUSTILLO, op. cit. en nota 1.

26.- A.N. (1923). El Seguro de enfermedad, invalidez y maternidad. Divagaciones sobre la Conferencia nacional de Barcelona. Med. Ibero, 17/1 (nº 270) V-VII.

27.- Cfr. CUESTION del Seguro de enfermedad ante la X Conferencia Internacional del Trabajo (Ginebra, mayo 1927) (La). Antecedentes. (1927). Madrid, Publicaciones del I.N.P., 145pp.

28.- INFORMACION pública sobre el Proyecto de Unificación de los Seguros Sociales ... del 29 de mayo al 17 de junio de 1936 (1936) Madrid, Publicaciones del I.N.P., 21 pp. Sobre la política republicano-socialista en previsión, cfr. el artículo de MAZUECOS JIMENEZ, A. (1980) en: Estudios de Historia Social nº 14, 135-155.

29.- UNIFICACION de los Seguros Sociales (La) (1936). 3ª ed., Madrid, Publicaciones del I.N.P., 191pp.

30.- SAND, R. (1933). La protección de la salud por los seguros sociales. Conferencia pronunciada en la Sala Maluquer del Instituto Nacional de Previsión. Madrid, Publ. del I.N.P., 19pp.

31.- Su texto puede encontrarse en op. cit. en nota 29.

32.- PALANCA (1934) La primera escaramuza. Boletín de "Medicina", supl. quincenal, 2 (nº 11) 1-2; PIGA, A. (1934). Los médicos ante el Seguro social de enfermedad. La Voz (Madrid) 27 de febrero.

33.- CONCLUSIONES aprobadas en la Asamblea de Médicos Titulares (1932) Rev. San. Hig. Pub., 7, 173-177.

34.- ATENEIO DE MADRID (1934). El Seguro Social de Enfermedad y los médicos españoles. Ciclo de conferencias... Madrid, Unión Poligráfica, S.A. 359pp. La conferencia de Ossorio fué elogiada en El Siglo Médico, 93 (1934) 226-227, y la de Piga resumida, sin comentarios, en la misma publicación (pp. 253-254). De las restantes no hemos encontrado noticias en dicha revista.

35.- MARTIN SALAZAR, M. (1933). Mi propaganda en la Sanidad y los Seguros sociales, Siglo méd., 80, 350-359; (1934) Labor social y

sanitario del Seguro obligatorio de enfermedad. Siglo méd., 93, 122-126 y Anales I.N.P., 26, 252-260; (1935) A los que se oponen al Seguro social de enfermedad, Anales I.N.P., 27, 243-248; (1936) El Seguro obligatorio de enfermedad, Anales I.N.P., 28, 443-448.

36.- ASPECTOS sanitarios de los Seguros sociales (Conferencia de E. Bardají en Sevilla) (1934) Rev. San. Hig. Pub., 9(1), 375-376. Reiterado ante el Primer Congreso Español Pro Médico (Zaragoza, 1935) como se indica más adelante.

37.- IÑIGO, M. (1934) En torno al Seguro obligatorio de Enfermedad. Un voto en contra. Gaceta médica española, 8, 314P-315P. Hacía referencia, al parecer, a la experiencia francesa.

38.- CONCLUSIONES aprobadas por la X Asamblea de Juntas de Gobierno de los Colegios médicos españoles celebrada en S. Sebastián, 17-21 septiembre (1934). Mundo médico, 16 (nº 259), 1484-1485.

39.- NAJERA, L. (ed.) (1935) Actas del Primer Congreso Nacional de Sanidad, vol. 1, p. 303; comunicaciones de Francisco Bécáres, "Proyecto de un nuevo tipo de organización de la Sanidad provincial a base del concierto de la Sanidad, la Asistencia pública y la Previsión social...", vol. 2, 27-60; Espinosa "Lucha antituberculosa", vol. 1, pp. 392-293; Morales, p. 396.

40.- MANRIQUE, E. (1935). Delimitación y coordinación de las funciones del seguro de enfermedad en relación con la sanidad y la asistencia social. Anales I.N.P., 27 (nº 130), 1372-1376 (cita de p. 1373). Reproducido de Vida Médica, Madrid, 5 diciembre 1935.

41.- CONCLUSIONES definitivas y acuerdos del Primer Congreso Español Pro-médico, recientemente celebrado en Zaragoza (1935). Med. Ibero, 29/2 (nº 938), CCCXIII y ss.

42.- BARDAJÍ, E. (1935). Seguro social de enfermedad: pro y contra del seguro para los enfermos y para los médicos. Ponencia presentada al Primer Congreso Español Pro-médico. Med. Ibero, 29/2 (nº 936), 489-502.

43.- AZNAR, S. (1936). Inquietudes de la clase médica sobre el Seguro de enfermedad. Madrid, Publ. del I.N.P., 93pp. cita de p. 33.

44.- MARTIN SALAZAR, M. (1935). op. cit. en nota 35, p. 244.

45.- IÑIGO, M. (1934). op. cit. en nota 37, p. 314P.

46.- BERMUDEZ BERNARDO, J. (1934). El S.S. de E. Observaciones cordiales a D. Severino Aznar. Boletín de "Medicina". Supl. quincenal, 2, (nº 29, 30, 31 y 33). Cita de p. IV.

TUBERCULOSIS Y PREVISION. INFLUENCIA DE LA ENFERMEDAD SOCIAL MODELO EN EL DESARROLLO DE LAS IDEAS MEDICAS ESPANOLAS SOBRE EL SEGURO DE ENFERMEDAD.

Molero Mesa, J.*; Rodríguez Ocaña, E.**

* Licenciado en Medicina y Cirugía. Granada.

** Departamento de Anatomía Patológica e Historia de la Ciencia. Universidad de Granada.

La presente comunicación se propone explorar las vinculaciones teóricas y personales existentes entre la campaña de lucha antituberculosa y la promoción del Seguro obligatorio de enfermedad en nuestro país, a lo largo del primer tercio del siglo XX. Utilizamos para ello las Actas de las reuniones más destacadas celebradas con participación médica sobre dichos problemas, así como otra literatura pertinente.

LA TUBERCULOSIS COMO ENFERMEDAD SOCIAL.

Es característico del pensamiento médico-social contemporáneo el reconocimiento del vínculo pobreza-enfermedad (1), condicionante de una situación de inferioridad vital que afectaría a buena parte de la población. Dicha situación trascendería al estricto marco sanitario por afectar de modo negativo "la potencia productoria del país" y disminuir "el valor de la población", según afirmaba en 1852 el médico barcelonés Joaquín Font y Mosella (2).

A partir del último tercio del siglo XIX se pudieron identificar como "enfermedades sociales" padecimientos que, bien por sus condicionamientos etiológicos, bien por su elevada incidencia o por sus consecuencias degenerativas se veían comprendidos, con facilidad, en análisis de corte similar al expresado por Font. Entre ellas cupo a la tuberculosis una posición relevante. En efecto, desde muy temprano se reconoció en ella, bajo la denominación de tisis pulmonar, una enfermedad ubicuitaria, esto es, de enorme incidencia,

en el ejército; y, a partir de 1924, donde nos encontramos a los médicos de lucha antituberculosa más organizados y reivindicando de una forma clara el Seguro contra la tuberculosis.

No parece casual que en los tres congresos sobre tuberculosis realizados en España, uno con carácter nacional (Zaragoza, 1908, y otros dos con carácter internacional orientados hacia Sudamérica (Barcelona, 1910 y San Sebastián, 1912), las referencias al Seguro de Enfermedad estuvieron enmarcadas dentro de ponencias que trataban sobre la tuberculosis en el ejército. El recuerdo de la Guerra de Cuba, donde perdieron la vida a causa de la tuberculosis alrededor de 20.000 personas (12), y las ideas sobre el mantenimiento del poder militar y regeneración de la raza, apoyaban la propuesta de conseguir un ejército sano y fuerte mediante la ampliación del cuadro de exenciones a los pretuberculosos (tórax estrecho, talla corta, delgadez acentuada) a la vez que se argumentaba sobre la responsabilidad estatal en la génesis de la tuberculosis en los soldados. Así, en 1908, en el I Congreso español contra la tuberculosis, Fernández Alcalde pedía que "el recluta ingrese en el Ejército con el pago corriente de la póliza de seguros contra las enfermedades o invalidez que deben reglamentar las autoridades civiles de un modo obligatorio" (13), "cuya creación y fomento recomienda a todos este congreso" -añadiría la conclusión onceava de la Sección de Sociología (14).

En 1910, dentro del I Congreso español internacional de la tuberculosis, en Barcelona, Farreras presentó la conferencia "Necesidad urgente de implantar en España el servicio militar obligatorio y el seguro forzoso contra la enfermedad y la invalidez para luchar eficazmente contra la tisis del soldado y del obrero". Por otra parte, dentro de la ponencia "La tuberculosis en Galicia", Fraga Lago pedía la implantación del seguro preventivo contra la enfermedad y cajas de socorros para los inválidos del trabajo (16). Pero el Congreso no recogió en sus conclusiones ninguna de estas aspiraciones, conformándose con solicitar solamente la modificación de la Ley de Reclutamiento para impedir que personas con "falta de vigor orgánico" entraran en el ejército (17).

ligada en su aparición y difusión a la mala alimentación, al excesivo trabajo y al hacinamiento propio del modo de vida de las clases populares (3).

La incidencia de esta enfermedad suponía en 1902 entre un 20 y en 25 por ciento de la mortalidad general de todos los centros de población (4), calculándose extraoficialmente (se consideraban sesgadas las estadísticas oficiales) entre 40 y 50.000 defunciones anuales (5).

Las consecuencias para la economía del país, dado que el 80 por ciento de las muertes recaían en la clase trabajadora (6), eran reflejadas en lo que se llamaba "balance sanitario", estimado mediante la asignación de un valor en dinero a cada vida por término medio (7). Así Espino y Capó en 1906 (8) calculaba por persona un valor de 2.100 pesetas, lo que según cifras oficiales (36.000 muertes al año) significaba 75.600.000 pesetas de pérdida. Otros autores incluían en sus cuentas lo que los tuberculosos inválidos recibían de las arcas de la beneficencia. De este modo, Codina, en 1925 (9), calculaba que España perdía 3.050 millones de pesetas al año, suponiendo una cifra de 50.000 fallecidos.

Pero, como hemos indicado anteriormente, el carácter social de la tuberculosis también radicaba en que sus causas etiológicas encontraban "su raíz profunda en hechos y motivos sociales" (10), situación que hacía comentar, en 1924, 42 años después del descubrimiento del bacilo tuberculoso de Koch, que "lo de menos son, en cuanto a la tuberculosis, el microbio, el contagio, la deinfección y la vacuna, comparados con el valor inmenso del ambiente social, vigor del organismo, moral pública y equitativa, cultura y bienestar económico" (11).

2. EL SEGURO DE ENFERMEDAD EN LAS REUNIONES COLECTIVAS ANTITUBERCULOSAS.

Dentro de los foros comunes antituberculosos realizados en España en el primer tercio del siglo XX, podemos destacar dos etapas claramente diferenciadas. En primer lugar, los tres congresos antituberculosos realizados entre 1908 y 1912, donde la idea del Seguro se explicita solamente en ponencias sobre la tuberculosis

No varió mucho la situación en el II Congreso español internacional de la tuberculosis celebrado en San Sebastián en 1912. La propuesta de González Deleito de crear un Seguro forzoso en el Ejército, partiendo del principio de la responsabilidad estatal acerca de la tuberculosis de los soldados, quedó reducida en el reconocimiento final del Congreso a una declaración de intenciones tal como "...que no abandone el Estado a los que durante su servicio militar adquieran la tuberculosis" (19).

El movimiento de reorganización de la lucha antituberculosa que surgió durante la Dictadura de Primo de Rivera utilizó de nuevo la idea de un seguro contra la tuberculosis como elemento de agitación, planteándolo como un primer paso en la implantación de un Seguro social de enfermedad.

Así en la Conferencia de médicos de lucha antituberculosa realizada en 1924 en Madrid (20) se pedía, entre otras reivindicaciones, la implantación del Seguro contra la tuberculosis. Hemos de advertir, no obstante, que su motivación incluía la necesidad de encontrar fuentes de financiación de la lucha antituberculosa, como reconoció la I Asamblea médico-social realizada en septiembre de 1925 en Madrid: "La asamblea, unánimemente considera que la medida más rápida y eficaz para contar con los precisos elementos directos de lucha antituberculosa es la creación del Seguro social contra la tuberculosis" (21).

Posteriores enfrentamientos de los médicos de la lucha antituberculosa con el Directorio militar acarrearón la prohibición de la libre expresión. Por R.O. de mayo de 1927 (22) se instauró la censura en sus manifestaciones, amenazando con la expulsión a los que criticasen el enfoque oficial de la campaña.

Desde estas fechas, las reivindicaciones del Seguro contra la tuberculosis se hicieron por médicos no directamente relacionados con la administración, como el Dr. Yagüe mostraba en sus comentarios de 1927 (23).

Tras la proclamación de la República se realizó en Madrid la II Asamblea médico-social de lucha antituberculosa, en 1931. Allí se postuló claramente un Seguro único de enfermedad, con gran ambición.

Dicho Seguro no sólo cargaría con los gastos de financiación de los medios directos de lucha (dispensarios, sanatorios) sino que promocionaría, además, mejoras como construcción de viviendas salubres, mejor alimentación y vestido, que actuarían indirectamente a favor de la disminución de la tuberculosis. La justificación de este enfoque parecía ociosa a los participantes (24), aunque se resaltó el hecho de que la tuberculosis fuera la causa de invalidez en el 50% de los casos declarados en la edad activa. Por otra parte, el carácter de medicina colectiva que los servicios de dicho Seguro de enfermedad tendrían, les conferirían, por extensión, gran utilidad para la lucha contra las distintas enfermedades sociales, cuyo ejemplo más destacado era la tuberculosis precisamente (25).

LA TUBERCULOSIS EN LAS DISCUSIONES PREPARATORIAS DEL SEGURO DE ENFERMEDAD.

En las tareas de la Conferencia de Seguros Sociales convocada por el gobierno de 1917 (26), la preocupación en torno a la tuberculosis ocupó un papel señalado. Por una parte, la personalidad del encargado de presentar la Ponencia sobre el Seguro de Invalidez, Antonio Espina y Capó, ligado profesionalmente a la lucha antituberculosa. Como él mismo confesaba en los prolegómenos de su intervención, tal vinculación era su único aval a la hora de acometer un tema tan alejado de su pericia. Puede que su condición de correligionario del Ministro convocante hubiese también contribuido a favorecer su elección para ese puesto. Por otra parte, en el plano intelectual, la tuberculosis fué continuamente usada para ejemplificar los riesgos familiares de la imprevisión, el coste económico de la enfermedad para la colectividad y el ahorro que era factible de procurar al Estado con la financiación por los fondos del Seguro de instalaciones y remedios terapéuticos adecuados.

La Ponencia redactada por Espina está dividida en una introducción y ocho apartados y resumida en treinta y dos conclusiones. Se iniciaba exponiendo el valor económico de la salud para el Estado y para los patronos, así como señalando la inseguridad como origen

de todos los problemas sociales. El aspecto económico era ampliado en los apartados 2º y 7º, principalmente, mientras que a través de la carga demográfica, era también discutido en el 5º. Dentro de esa línea argumental, Espina singularizó cuatro grupos de enfermedades: ligadas al tabaco, ligadas al alcohol, ligadas al trabajo y tuberculosis. Sólo esta última fué desarrollada con detalle, para argumentar la conveniencia de que a ella le dedicara el futuro Seguro una atención particular, en forma de la ya advertida financiación para Dispensarios y Sanatorios.

Con las cifras empleadas por Manuel Martín Salazar en su discurso de admisión a la Real Academia de Medicina (1913), Espina recordó que el decenio 1901-1910 había supuesto para el Estado una pérdida cercana a los cinco mil millones, valorando las defunciones por enfermedades infecciosas. La tuberculosis, al incidir de forma más acusada, según Espina, en los periodos de edad entre 15 y 40 años, esto es, en la época de mayor potencialidad laboral, aparecía como un obstáculo directo a la productividad y a la riqueza nacionales. De ese modo, afirmaba que si se podían disminuir los periodos de inactividad laboral de los afectados o se incrementaba su expectativa de vida activa merced a correctos tratamientos (financiados por el Seguro), como era experiencia internacional, "no será el tuberculoso el apria de esta ley ni la carga insuperable del presupuesto de ella" (27).

En la Conferencia de 1922, a diferencia de lo ocurrido en la ocasión anterior, durante la nueva reunión auspiciada por el Instituto Nacional de Previsión de Barcelona, apenas si hubo menciones directas al problema tuberculoso. Solamente uno de los dieciseis "documentos de información" repartidos aludía al mismo (28), estando ausente su consideración de las Ponencias oficiales. Todo lo más, la Ponencia destinada a discutir "Procedimientos preventivos para disminuir con la morbilidad el coste de los riesgos", presentada por Manuel Martín Salazar, Angel Pulido, Francisco Esquerdo y Rafael García-Duarte padre, analizaba la conveniencia de un plan de profilaxis contra las enfermedades evitables, muy detallado, donde puede entenderse incluida la lucha antituberculosa.

El documento informativo a que hemos hecho referencia pertenecía a Federico Humbert, siendo el texto de su intervención ante la Asociación antituberculosa de Ginebra (Suiza), en 22 de mayo de 1922. Estaba dedicado a presentar el experimento de Framingham (Massachussets), realizado por la Liga Americana de Estudio y Prevención de la Tuberculosis y financiado por una compañía privada de seguros, Metropolitan Life. Con las características de amplia preparación, intensa campaña de educación sanitaria popular, apoyada en la acción de la prensa y actuación médica reforzada, en cinco años se había conseguido en aquella pequeña ciudad, de unos 17.000 habitantes, la reducción de la mortalidad por tuberculosos en una tercera parte (de 121,5 a 40,0 por 100.000 entre 1916 y 1921). La conclusión del informante era que la prevención pagaba, subrayando el carácter absolutamente utilitario de los patrocinadores, empeñados en disminuir sus cuentas de gastos en concepto de muertes prematuras. Así pues, a los efectos incontrolables, pero incontestables, de las condiciones sociales sobre la tuberculosis -positivos, desde luego, en caso de aumento del bienestar- podían enfrentárseles o añadirseles los resultados de campañas médico-sociales bien dirigidas y realizadas técnicamente, cuya financiación, se infiere, era cuestión del Seguro.

LA IDEA DE PREVISION EN EL DISCURSO ANTITUBERCULOSO.

Hemos visto como razones demográficas y económicas servían para justificar un Seguro social de enfermedad. Un acercamiento atento a los enunciados de la campaña antituberculosa permite apreciar que, en su reivindicación del seguro, iba implícito un mensaje ideológico no exento de intencionalidad política.

En efecto, la ligazón de la tuberculosis a determinado segmento social, e incluso, para algunos, la propia existencia de clases sociales, se justificaría por la incultura y la "miseria moral" propia de dichos estratos. La enfermedad tuberculosa se engendraría "en los antros pecadores del vicio, en las atmósferas mefíticas de la pasión y en el ambiente deletéreo de la depresión de ánimo" (29). Estas afirmaciones conducían a plantear el papel relevante que había

de concederse a la educación popular en la lucha contra dicho mal. Y esta educación, como se había puesto de manifiesto en las contribuciones de los higienistas decimonónicos (30), incluía, de modo señalado, la adquisición del hábito previsor.

La simultaneidad en la acción de los aspectos físicos y morales en la génesis de la tuberculosis resaltaba, en particular, a la hora de considerar el alcoholismo como factor tuberculinizante. Sus efectos no se limitarían al estrago físico, sino al moral, "con el consiguiente abandono del hogar en su penuria económica; y con la consiguiente degeneración y estigmatización de la raza" (31).

La intención de inculcar en los obreros la virtud del ahorro, en los planteamientos primeros antituberculosos, no se ligaba al mejoramiento de sus salarios, sino a limitar o suprimir sus gastos viciosos, comenzando por el consumo de alcohol (32). No es extraño que en el primer Dispensario antituberculoso de creación oficial en España, en 1908, se mostrase un lugar preeminente (dentro de un monumento a la Previsión) una gráfica indicativa de la correspondencia entre el consumo de alcohol y la mortalidad por tuberculosis en distintos países europeos (33).

Tales expectativas utópicas confiaban en que la educación, la moralización y la higiene, unidas, servirían para hacer brotar "por sí solas las sociedades cooperativas, las asociaciones de protección mutua, las cajas de ahorros para obreros" (34). No se olvide que en la cooperación cifraban los sociólogos y reformadores burgueses del primer tercio del siglo la capacidad de "combatir el marxismo" (35). Con tales horizontes, la lucha antituberculosa habría de contribuir al mantenimiento de la "paz social", según se afirmaba en 1900 (36) y Antonio Espina resaltaba, en 1917, como argumento esencial de la legislación del Seguro.

La implantación del Seguro de Enfermedad, desde esta óptica, estaría enfocado a adelantarse a las aspiraciones populares, "sin esperar a que las clases obreras ... exijan e impongan lo que es de justicia y de humanidad concederles: la defensa de la vida y de la salud" (37). Este objetivo del Seguro social se vería claramente

justificado en los prolegómenos de la guerra civil, incluso por encima de la misma enfermedad, como reconoció Palanca (Director General de Sanidad con Primo de Rivera y con Franco): "si se sigue este camino (el Seguro Obligatorio) contribuiremos no sólo a disminuir la mortalidad por tuberculosis, que, después de todo, es lo que menos importante me parece, sino que se contribuiría a extinguir el espíritu de lucha de clases que hoy agota a la sociedad española" (38).

NOTAS A PIE DE PAGINA.

- 1.- Cf. RODRIGUEZ OCAÑA, E. (1985) Medicina y acción social en la España del primer tercio del siglo XX, en: De la Beneficencia al Bienestar social. Cuatro siglos de acción social, Madrid, Consejo Gral. Col. Of. Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales y Siglo XXI de España editores, pp. 227-266 y La constitución de la Medicina Social como disciplina en España, 1882-1923, Madrid, Publ. Ministerio de Sanidad (Colección de Textos Clásicos Españolas de Salud Pública, nº 30), en prensa.
- 2.- FONT Y MOSELLA, J. (1852) Consideraciones sobre los inconvenientes que irrogan a la salud de los jornaleros y a la pública de Barceona las fábricas..., Barcelona, Imp. Lib. Politécnica T. Gorchs, 36p.
- 3.- HAUSER, P. (1884) El siglo XIX considerado bajo el punto de vista médico-social. Revista de España, 101, 202-224, 333-358.
- 4.- HAUSER, P. (1902) Madrid bajo el punto de vista médico-social, Vol. 2, Madrid, Sucesores de Rivadeneyra, 382pp. cita de p. 121.
- 5.- SUGRAÑES, F. (1919) Lucha antituberculosa, Med. Ibero, 7, nº 82, LXVII-LXVIII.
- 6.- VILLEGAS (1928) La tuberculosis en sus relaciones con el trabajo, Med. Ibero, 22, nº 536, CLXII.
- 7.- IGLESIAS Y CARRAL, M. (1911) Los Dispensarios antituberculosos. Sus resultados prácticos en la preservación y curación de la tuberculosis, Madrid, Sucesores de J.A. García, 43pp., cita de pp. 7-8.
- 8.- Ibidem.
- 9.- CODINA CASTELLVI, J. (1925) Pro Sanatorio de Censuras. Ponencia imaginaria, La Coruña, Garcybarra, 24pp., cita de p. 10.
- 10.- ESPINOSA (1935) Actas del Primer Congreso Nacional de Sanidad, Madrid, mayor, 1934, (L. Nájera, ed.) vol. 1, p. 392.

11.- ROYO VILLANOVA (1924) El individuo y la sociedad en la lucha contra la tuberculosis, (Conferencia en la Escuela Española de Tisiología Reseña). Med. Ibero, 18, nº 366, CMXCVI.

12.- RAMIREZ GARCIA, M. (1908) La tuberculosis desde el punto de vista sanitario, económico y sociológico, Logroño, Imp. Moderna, pp. III, cita de p. 28.

13.- FERNANDEZ ALCALDE, D. (1913) Procedimientos medicolegales para evitar la tuberculosis en el ejército, en: I CONGRESO Nacional contra la tuberculosis. Zaragoza, 2 al 6 de octubre 1908, Zaragoza, Imp. Hospicio Prov., vol. 2, pp. 51-57, cita de pp. 56-57.

14.- CONCLUSIONES Generales aprobadas unánimemente... (1913), en: I CONGRESO Nacional contra la tuberculosis. Zaragoza, 2 al 6 octubre 1908, Zaragoza, Imp. Hospicio Prov., vol. 2, pp. 201-216; cita de p. 211

15.- FARRERAS, P. (1911) El servicio militar obligatorio como base de profilaxia de la tuberculosis en el ejército español, Gaceta méd. cat., 38, 141-145.

16.- FRAGO LAGO, E. (1912) La tuberculosis en Galicia, en: I CONGRESO español internacional de la tuberculosis. Barcelona 16 al 22 octubre 1910, Barcelona, La Academia, vol. 1 pp. 297-327, cita de p. 327.

17.- I CONGRESO español internacional de la tuberculosis. Conclusiones que a propuesta de las sesiones, han sido aprobadas por el Congreso en pleno y cuya realización corresponde al Gobierno (1910), Barcelona, s.e., 15pp.

18.- GONZALEZ DELEITO, F. (1914) Relaciones entre la tuberculosis en las poblaciones civil y militar, en: III CONGRESO español de la tuberculosis. Segundo con carácter internacional. San Sebastián 9 al 16 de septiembre 1912, San Sebastián, Soc. Esp. Papelería, vol. 2, pp. 507-521, cita de p. 519.

19.- II CONGRESO español internacional de la tuberculosis. Sección 7ª, Higiene y Acción Social. Conclusiones (1912) Gaceta méd. cat., 35, 274-276.

20.- GARCIA TRIVIÑO (1920) La Semana antituberculosa. Conferencia de médicos de instituciones antituberculosas oficiales, I. Med. Ibero, 18, nº 344, CDXLII-CDLIX, cita de p. CDLIII.

21.- ASAMBLEA de médicos... (1925) Med. Ibero, 19, nº 411, CCXXXIX-CCXLV, cita de p. CCXLV. Un mes después, en octubre de 1925, tuvo lugar en la Toja el I Congreso Regional antituberculoso en cuyas conclusiones se recogió la creación del Seguro Obligatorio de la tuberculosis y además el Seguro contra las enfermedades. CONCLUSIONES del Congreso Regional de la Toja (1925) Med. Ibero, 19, nº 415, CCCXLVIII.

22.- REAL Orden de 19 de mayo de 1927 (1927) Gaceta de Madrid, 266, 1.117-1.120.

23.- "El cuerpo de tisiólogos oficiales, del que faltan algunos capacitados, tiene sellada su lengua y su pluma, aun cuando no su rectísimo juicio, por reglamento vejatorio; y sin influencia ni sugerencias, sino sólo por criterio personal modestísimo, conocedores del silencio impuesto, hemos tenido el atrevimiento de escribir estas líneas en pro del Seguro de tuberculosis, eslabón del conjunto de enfermedad, pero cuya implantación se requiere urgentísima" YAGUE ESPINOSA, L. (1928) El Seguro de la tuberculosis, Med. Ibero, 22, nº 576, CDLXXXIX.

24.- BUENDIA, R. (1933) El Seguro social en la lucha contra la tuberculosis, en: II ASAMBLEA antituberculosa médico-social. Madrid, 15-18 junio 1931, Madrid, Ed. Plus Ultra, pp. 211-216, cita de p. 213.

25.- SANZ BARRIO, J. (1933) Colaboración del Seguro de enfermedad en la lucha antituberculosa, en: II ASAMBLEA antituberculosa médico-social. Madrid, 15-18 junio, Madrid, Ed. Plus Ultra, pp. 207-210.

26.- Cf. la comunicación presentada por E. RODRIGUEZ OCAÑA; T. ORTIZ GOMEZ a este Congreso de Murcia acerca de "Los médicos españoles y la idea del Seguro Obligatorio de Enfermedad durante el primer tercio del siglo XIX" para una discusión más extensa acerca de esta y sucesivas reuniones.

27.- ESPINA Y CAPO, A. (1917) El Seguro de invalidez. Ponencia que presenta a la Asamblea de la Conferencia de Seguros Sociales, Madrid, Sobrinos Suc. de M. Minuesa de los Ríos (Conf. Seg. Soc. doc. nº 14), 66pp., cita de p. 21.

28.- HUMBERT, F. (1925) Disminución de la mortalidad por tuberculosis gracias a un ensayo de Medicina Social, en: CONFERENCIA Nacional de Seguros de Enfermedad, Invalidez y Maternidad. Barcelona, noviembre de 1922, Madrid, Publicaciones del I.N.P., vol. 2, pp. 223-30.

29.- CODINA CASTELLVI, J. (1912) Real Dispensario antituberculoso "Príncipe Alfonso". Primer comedor para tuberculosis pobres, Madrid, Bailly-Baillière, 14pp., cita de p. 5.

30.- Cf. MONLAU, P.F. (1846) Remedios del pauperismo, El Amigo del País, 4, nº 5, 213-215 y (1856) Higiene industrial. ¿Qué medidas higiénicas puede dictar el gobierno...?, Madrid, Imp. Est. M. Rivadeneyra y su capítulo homónimo en la edición de 1871 de sus Elementos de Higiene Pública..., Madrid, Moya y Plaza.

31.- CERVIA (1933) Alcoholismo, en: II ASAMBLEA antituberculosa médico-social. Madrid, 15-18 junio 1931, Madrid, Ed. Plus Ultra, pp. 44-47, cita de p. 46.

32.- ESPINA Y CAPO, A. (1912) Memoria leída en la solemne inauguración del Real Dispensario Antituberculoso Victoria Eugenia, el 28 de diciem-

bre de 1908, en: LUCHA contra la tuberculosis en España (La), Madrid, Ministerio de la Gobernación, pp. 395-413, cita de p. 404.

33.- Ibidem.

34.- GUERRA Y CORTES, V. (1903) La tuberculosis del proletariado en Madrid, Madrid, Baena Hermanos, 18pp., cita de la p. 13.

35.- MOLINER Y NICOLAS, F. (1900) Ley protectora de los tísicos pobres. Pedida a los Poderes públicos por humanidad, en nombre de la ciencia. Valencia, F. Vives, 17pp., cita de p. 14.

36.- ESPINA Y CAPO, A. (1909) Congreso nacional de la tuberculosis celebrado en Zaragoza del 2 al 6 de octubre de 1908, Madrid, Imp. Nicolás Moja, 56pp., cita de la p. 21, citando a BUYLLA.

37.- FATAS Y MONTES, L. (1905) Defensa contra la tuberculosis, Madrid, Bailly-Baillière, 72pp., cita de p. 71.

38.- PALANCA, J.A. (1935) Dicurso de contestación, en: VERDES MONTENEGRO J. Deficiencias de nuestra organización antituberculosa. Discurso en la Academia Nacional de la Medicina, Madrid, A. Bové, pp. 41-59, cita de p. 56.

LA POLITICA SANITARIA ANTE LA CRISIS EPIDEMICA DE 1918. REIVINDICACION DE UN MINISTERIO DE SANIDAD.

Valenzuela Candelario, J.; Rodríguez Ocaña, E.

Departamento de Anatomía Patológica e Historia de la Ciencia. Universidad de Granada.

En los inicios del siglo XX, la alta mortalidad de causas infecciosas registrada en España era interpretada como muestra de la importancia del problema sanitario y del atraso relativo de nuestro Estado (1). En unos momentos en que las enfermedades transmisibles aparecían ante la opinión médica como "enfermedades evitables", no es extraño que su alta prevalencia se relacionase con "el atraso de nuestra administración sanitaria" (2). Siendo Director General de Sanidad, Angel Pulido (1853-1932) reconocía en las cifras de mortalidad infecciosa "un verdadero desastre y una grandísima deshonra" (3) y en un momento, 1902, en que las series demográficas conocidas eran muy escasas, apenas dos años de causas de muerte cuantificadas. En 1913, manejando las correspondientes a los dos primeros quinquenios del siglo (1901-1905; 1906-1910) Manuel Martín Salazar (1854-1936) se ratificaba en la misma opinión, calificándola de "mortalidad verdaderamente vergonzosa", en particular al compararla con los "principales países de Europa". Para el entonces Inspector General de Sanidad resultaba escandaloso que, pese a su elevada natalidad, mientras que Alemania necesitaba sólo 133, Inglaterra 165 ó Italia 284. La población, que según opinaba Martín Salazar, "... sirve verdaderamente de base a la riqueza y engrandecimiento de los pueblos" (4).

Según esta línea de pensamiento, el problema sanitario condicionaría en gran medida el atraso económico y militar español, como ratificaba con rotundidad Francisco Murillo Palacio (1865-1944) en 1918: "Descartada Rusia, la mortalidad de España es la mayor entre las naciones cultas, y este sacrificio inútil de vidas significa, para la raza, una sangría suelta que conduce a la degeneración, y, para el país, un derroche insensato de su capital nativo, causa primaria

de nuestra decadencia económica y política" (5).

La tarea regeneracionista, por tanto, implicaba atender decididamente estos problemas y modernizar la administración sanitaria. Esta sería la base argumental genérica para legislar en este terreno a partir de la promulgación de la Instrucción General de Sanidad de 1904. Como se demuestra en otro lugar (6), sin embargo, el definitivo impulso a la articulación de un aparato sanitario estatal con competencias en el terreno de la atención preventiva se produjo en la ola de críticas, acusaciones y propuestas que siguió a la grave epidemia de gripe sufrida entre 1918 y 1919.

El grueso de las críticas formuladas hacía referencia a la ineptitud municipal, bien por carencia de personal cualificado, bien por incumplimiento de sus obligaciones legales, para hacer frente a los problemas sanitarios. Para remediar esta situación se postuló la creación de una única organización sanitaria nacional, técnicamente capacitada y dotada de funciones ejecutivas. En círculos profesionales como el de los asiduos a la revista La Medicina Social Española, de Madrid, dicha articulación administrativa debía encomendarse a un Ministerio de Sanidad. Tal era la opinión, igualmente, del Instituto de Medicina Social creado en 1919 (7). Enlazaban así con las reflexiones de Philip Hauser (1833-1925) quien, ya en 1884, había adelantado la conveniencia de una tal organización de la Medicina pública, encabezada por un Ministerio de Sanidad al estilo inglés (8).

Por su impacto, la cuestión trascendía de los límites de la incipiente Medicina Social hispana y fué debatida y sopesada en distintos círculos médicos y políticos. Muestra de ello fué la encuesta celebrada por La Medicina Ibero que comentamos a continuación.

LA ENCUESTA DE LA MEDICINA IBERA.

A lo largo del otoño de 1918, desde el 12 de octubre hasta el 23 de noviembre, La Medicina Ibero fué publicando semanalmente las respuestas de diferentes personalidades de la Medicina al cuestionario que, a propósito de la conveniencia de crear un Ministerio de Sanidad, les había remitido (9).

El propio director de la revista, Fernando Coca, justificaba la organización de la encuesta -a modo de editorial, bajo el epígrafe, La Salud Pública. La necesidad de crear el Ministerio de Sanidad, una vez publicados los resultados por

"la perturbación de todo orden traída a España por la epidemia que acabamos de padecer y aún padecemos, gracias al fracaso absoluto de nuestra organización sanitaria (...). La trágica visión de miles y miles de españoles fallecidos, han puesto ante nuestros ojos el desastroso abandono en que los gobiernos tienen la salud de sus gobernados".

No es posible determinar el número de colaboraciones solicitadas por la dirección de la revista, como tampoco conocer el contenido exacto de las preguntas. Tan sólo Francisco Murillo registró en su contestación las cuestiones que le habían sido enviadas: ¿Qué opina usted de la creación de un Ministerio de Sanidad?, el Ministerio de Sanidad ¿evitaría situaciones anómalas como la actual?, ¿A qué obedece el mal estado sanitario de España?, ¿Hubiera sido evitable la epidemia con una eficaz actuación sanitaria?.

En todo caso, se publicaron veintinueve colaboraciones de médicos pertenecientes al mundo de la política, la Universidad y el periodismo profesional, en riguroso orden de prelación según el estatus social de los mismos: en los primeros números, las de políticos, y, a continuación las de catedráticos y directores de la prensa médica.

Respecto a los resultados, vientidós encuestados se mostraron favorables a la creación del Ministerio y siete opinaron en contra. De entre los primeros, Carlos María Cortezo (1850-1933), ex-Ministro y Presidente de la Real Academia de Medicina, Francos Rodríguez, ex-Ministro, Luis y Yagüe y José Callejo, director de El Médico Rural, eran partidarios de crear el Ministerio uniéndolo al ya existente de Subsistencias; Angel Pulido Fernández, ex-Director General de Sanidad, Senador y Vicepresidente del Real Consejo de Sanidad, abogaba por un Ministerio de Trabajo u Sanidad; Salvino Sierra (1855-1942), ex-Decano de la Facultad de Medicina de Valladolid y Manuel Ruiz Maya (1888-1936), director del Ideal Médico, por uno de Beneficencia

y Sanidad. Los restantes encuestados no especificaron su propuesta.

Fernando Coca, por su parte, concluyó positivamente sobre los resultados de la encuesta. todos los encuestados, afirmó, estimaban conveniente la creación del Ministerio; aquellos que se mostraban reacios, sólo expresarían su profunda animadversión ante "las repetidas farsas de nuestros políticos, más atentos al lucro y al beneficio personal que al bien colectivo de la Patria". En realidad, una lectura detallada de estas últimas colaboraciones como las extraídas por Coca.

EN CONTRA DE LA CREACION DE UN MINISTERIO DE SANIDAD.

Los planteamientos negativos estaban fundamentados, en su mayoría, sobre un mismo supuesto: la total autonomía de lo que, sin pudor, se describía como "clase médica" en el gobierno de los problemas higiénico-sanitarios y, por consiguiente, el rechazo a la intervención de cualquier otra instancia administrativa en la resolución de los mismos. Analicemos sucintamente sus diversas configuraciones.

Una de ellas tuvo sus representantes en Rafael Forns (1868-1937) catedrático de Higiene de la Universidad Central, Y José Chabas (nac. 1854), director de la Revista de Higiene y Tuberculosis. Ambos hallaron las raíces intelectuales de sus posicionamientos. En efecto, uno y otro, aun considerando la necesidad de crear el Ministerio en cuestión, amparados en aquel concepto se opusieron a ella en esos momentos. Rafael Forns, tras indicar que sería "gran desgracia para la Sanidad" el que erigiera el Ministerio del ramo, definía la Medicina política como

"... el arte de gobernar a los pueblos según conviene a la naturaleza humana, con objeto de hacer larga, próspera y feliz la vida individual y colectiva. O, en otros términos, es la aplicación de la medicina a la política, a la gobernación de los pueblos y al perfeccionamiento de las razas."

Chabas, por su parte, era más explícito. La situación actual, escribía, "demanda imperiosamente una revolución higienista, una dictadura sanitaria, la única dictadura hoy admisible"; la falta de madurez de la situación exigía, a su juicio, un previo fortalecimiento

te corporativo en torno a la figura del Director General de Sanidad, para, de ese modo, avivar el espíritu de clase en la colectividad médica.

Otras muestras de rechazo a la subordinación de la medicina a la política encontramos en los que, como Sánchez de Rivera, director de Medicina y Libros, defendían que sería el propio auge de los conocimientos científicos el que resolvería los problemas sanitarios, insistiendo en la conveniencia de reformar y mejorar la capacitación profesional. O en la directa desconfianza ante el quehacer de los políticos del día, expresamente rehuible para el recto desenvolvimiento profesional, según José Boullón, director de Unión Médica, y Comet Fargas, de Medicina Pura. Más, como defendió el penúltimo de los citados, la independencia administrativa de las funciones higiénico-sanitarias respecto de las políticas no excluía, sino todo lo contrario, su vinculación finalista, en línea con los defensores antes aludidos de la llamada "medicina política". Así, decía, dicha función sanitaria "necesita gozar de tal independencia y prestigio sobre los demás asuntos del Estado que estos deben acatar sus resoluciones y mandatos".

Dos opiniones, entre las contrarias a la idea del Ministerio de Sanidad, se apartaban de estas argumentaciones. La del director de la revista del Colegio médico guipuzcoano y de la Asociación de Titulares de aquella provincia, Francisco Cuadrado, justificaba su negativa por el posible obstáculo ante la consecución de autonomía por el País Vasco. La del Presidente de la Sociedad Española de Higiene y Senador, Angel Fernández Caro (1845-1928), sorprendentemente, negaba la mayor. Según él, "La Sanidad en España está muy atendida", y, en cualquier caso, era preciso difundir ampliamente las ideas higiénicas antes que disponer su concreción administrativa.

OPINIONES FAVORABLES A LA CREACION DEL MINISTERIO DE SANIDAD.

Dos motivaciones principales fueron esgrimidas en La Medicina Ibero en pro de la consecución de un Ministerio de Sanidad. La primera de ellas consideraba dicha medida del todo necesaria para acometer la resolución del problema demográfico español. La alta

mortalidad ocasionada por la epidemia de gripe que en esos momentos acontecía, venía a agudizar el problema, al poner de manifiesto la deficiente organización estatal, dispersa e incapaz de asumir y coordinar de manera eficaz la dirección de la Sanidad. No obstante, la concentración de las administraciones sanitarias en un organismo, autónomo también podía estar al servicio de otros fines. La segunda de las razones que mencionamos percibió en el ansiado departamento el instrumento necesario para la organización del cuerpo de Médicos Titulares, como base sobre la que se alzaría toda la nueva estructura sanitaria.

Entre los médicos encuestados era lugar común considerar en la raíz misma del problema sanitario la precaria situación de su administración por los poderes públicos. En ese mismo sentido se expresaban los ex-ministros Francos Rodríguez y Amalio Gimeno (1851-1936). Asimismo, el Diputado a Cortes Alvarez Villamil observaba con consternación que "... nuestro presupuesto nacional de Sanidad pública es inferior al de cualquiera de nuestras dispendiosas diócesis".

La preocupación por la alta mortalidad registrada en España, consecuencia inevitable, en el sentir de estas opiniones, de la dejación administrativa, fué resaltada con énfasis en sus consecuencias económicas. En palabras de Francos Rodríguez, hay razones

"... que afectan a la economía en el acto de defender la salud de un pueblo. Cada criatura que sucumbe prematuramente ... es riqueza que se agota y consume, y, por lo mismo, repito, que si no hubiera otras razones, bastaría con estas del interés económico para procurar por todos los medios intensificar la defensa de la higiene pública".

Estos criterios fueron compartidos sin variaciones por Francisco Murillo Palacios, del Instituto Nacional de Higiene Alfonso XIII y futuro Director General de Sanidad bajo Primo de Rivera, por Daniel Mezquita (nac. 1887), catedrático de la Facultad de Medicina de Salamanca y director de Sanitas, por Gerardo Clavero del Valle, director del Eco Médico-Quirúrgico, por Andrés Martínez Vargas (1862-1948), catedrático de Pediatría en Barcelona y director de La Medicina de los Niños, así como por el equipo director de España Oftalmológica.

Gimeno Cabañas insistió en las repercusiones militares del problema, dado el "aterrador porcentaje de inútiles para el servicio" con que contaba en España.

Por otra parte, la asociación entre la catastrófica situación sanitaria creada por la epidemia de gripe fué esgrimida como prueba de la insuficiencia de los poderes públicos. Antonio Villanova, director de la Revista de tuberculosis, fué quien mejor constataba esta dependencia: el Ministerio, estaría justificado

"para que no esté tan descuidada la cuestión sanitaria, como lo ha estado y, aunque menos, aún lo está, en la actual epidemia".

Candela y Pla, catedrático de la Facultad de Medicina de Valencia y director de La Crónica Médica, Salvino Sierra, Gerardo Clavero del Valle, Luis Yagüe y José Callejo, compartieron esta tesis. Sin embargo, uno de los implicados profesionalmente en el ejercicio de la Higiene Pública, Francisco Murillo, tras señalar que las epidemias de gripe constituían "uno de los problemas menos accesibles a los recursos de la ciencia", consideró positiva la actuación de las autoridades sanitarias. En su opinión, no existían dificultades insuperables para luchar contra la epidemia.

Carlos María Cortezo, por su parte, al referirse al problema suscitado por la gripe, indicó la necesidad de crear la asignatura de Epidemiología y Administrativa sanitaria para evitar "espectáculos que, cual el presente de la gripe, pongan en entredicho ante el público la ciencia médica". Participaba así, en cierta manera, de la opinión de Murillo, aunque criticó las dificultades que había encontrado el correcto diagnóstico de dicha enfermedad epidémica.

La tesis según la cual existía una íntima conexión entre la organización del cuerpo de médicos titulares y la constitución del Ministerio de Sanidad, en aras del correcto funcionamiento sanitario español, fué propagada en sus términos más categóricos por Jesús Centeno, director de Andalucía Médica, y organizador de las Asociaciones, Sanitarias Regionales, y el Diputado Alvarez Villamil. Según Centeno, la creación de un cuerpo de Sanidad civil, a base de los médicos titulares y con sueldos pagados por el Estado, era del todo imprescindible.

ble para la puesta en marcha del Ministerio. Alvarez Villamil, por su parte, añadía que "en la independencia y estabilidad personal de los médicos titulares se halla (...) el medio más rápido y eficaz de organizar la Sanidad pública". Ruiz Maya, Clavero del Valle y Cortezo se expresaron en tono menor sobre este asunto, que venía siendo consigna reivindicativa de los titulares desde su Congreso de 1891 (10).

Hay que señalar como, en todo caso, existió una conciencia unánime en que la dirección de ese nuevo Ministerio debía encomendarse a médicos. Parece que, de ese modo, se podían superar las distancias ya señaladas frente a la políticas y los políticos por parte de los detractores de la solución ministerial, de las que no estaban totalmente ajenas sus partidarios (11).

CONCLUSION.

En 1918 parece existir una opinión mayoritariamente favorable a la instauración de un Ministerio de Sanidad, entre un destacado segmento de profesionales ilustres, políticos, catedráticos y directores de prensa médica. Se justificaba dicha preferencia por la situación de desajuste administrativo, por la elevada mortalidad habitual y por las reivindicaciones de los médicos titulares. La teoría médico-social, como es conocido, abogaba por una intervención creciente del Estado en la vida ciudadana, técnicamente encaminada a proteger la población. La reivindicación de un Ministerio de Sanidad en la España de 1918 nos ejemplifica, independientemente de la nula efectividad de la misma en aquel momento, la repetitividad de los sectores creadores de la opinión entre los profesionales hacia aquella posición teórica y puede ponerse en relación con otros acontecimientos, como la existencia del Instituto Médico-social de Catalunya (1911-1912) y el Instituto de Medicina Social (1919-1923) o publicaciones como Medicina Social (1911-1919), Barcelona y La Medicina Social Española (1917-1920, Madrid) (12).

NOTAS.

1.- Cf. PULIDO FERNANDEZ, A. (1902). Sanidad pública en España y ministerio social de las clases médicas. Madrid, Est. E. Teodoro, 103pp.; HAUSER, Ph. (1913). Geografía médica de la Península Ibérica, Madrid, vol. 2, pp. 247 y ss.; MARTIN SALAZAR, M. (1913). La sanidad en España, en: Discursos leídos ante la Real Academia de Medicina... el día 8 de junio de 1913, Madrid.

2.- Cita de MARTIN SALAZAR (1913), p. 66.

3.- Op. cit. en nota 1, p. 23.

4.- Op. cit. en nota 1, p. 90.

5.- MURILLO PALACIOS, F. (1918). La defensa social de la salud pública, en: Discursos leídos en la Real Academia... el día 14 de julio de 1918. Madrid, Imp. y Libr. de N. Moya, pp. 11-60 (cita de p. 15).

6.- RODRIGUEZ OCAÑA, E. (1986). De la Junta de Sanidad al Instituto de Higiene. El proceso de modernización de la administración sanitaria española en el primer tercio del siglo XX: Libro homenaje al Profesor Luis S. Granjel. A. Albarracín y J. Riera (eds.) (en prensa).

7.- AGUADO, C.; HUERTAS, L. (1919). Cartilla popular de Medicina Social. Madrid, 28 págs.

8.- El siglo XIX considerado bajo el punto de vista médico social. Revista de España, 101 (1884), 202-224 y 333-358. Cita de p. 356.

9.- Las referencias bibliográficas de los autores encuestados se consignan en Apéndice aparte, manteniéndose el orden en que aparecieron en la revista.

10.- Cf. ALBARRACIN TEULON, A. (1971). Las Asociaciones Médicas en España durante el siglo XIX, Cuad. Hist. Med. Esp., 10, 119-186 y (1974) La asistencia médica en la España rural durante el siglo XIX. Ibid., 14, 133-204.

11.- El propio Luis Ortega Morejón, entrevistado en La Medicina Ibera en 1918, había defendido con anterioridad este ideal, ligada al desempeño del cargo ministerial por un médico cualificado, en 1911, ante el Instituto Médico Social de Cataluña (conferencia del 16 de julio reseñada en Gaceta Médica catalana, 34/2, 68-69).

12.- Cf. RODRIGUEZ OCAÑA, E. (1986). La constitución de la Medicina Social como disciplina en España, 1882-1923. Madrid, Ministerio de Sanidad (Colección Textos Clásicos Españoles de Salud Pública, nº30) en prensa.

APENDICE

*CREACION de un Ministerio de Sanidad (Sobre la) (1918), Med. Ibero, 2/5,

- Lo que opina el Dr. Cortezo, nº 49, p. 21.
" Dr. D. Amalio Gimeno, nº 49, pp. 22-23.
" Dr. Francos Rodríguez, nº 50, pp. 45-46.
" Dr. Murillo, nº 50, pp. 46-47.
" Dr. Gómez Ocaña, nº 50, p. 47.
" Dr. D. Angel Pulido, nº 51, pp. 69-70.
" Dr. Forns, nº 51, pp. 70-71.
" Dr. D. Angel Fernández Caro, nº 51, pp. 71-72.
" Dr. Alvarez Villamil, nº 51, pp. 72-73.
" Dr. Candela y Plá, nº 51, p. 73.
" Dr. Salvino Sierra, nº 52, pp. 97-98.
" Dr. D. Jesús Centeno, nº 52, pp. 48-49.
" Dr. José Boullón, nº 52, pp. 99-100.
" Dr. Mezquita, nº 52, p. 100.
" Dr. D.G. Clavero del Valle, nº 52, p. 101.
" Dr. Antonio Villanova, nº 52, p. 101.
" Dr. Ortega Morejón, nº 53, p. 125.
" Dr. R. Luis y Yagüe, nº 53, pp. 125-126.
" Dr. José Chabás, nº 53, pp. 126-127.
" Dr. José Callejo, nº 53, p. 127.
" Dr. Andrés Martínez Vargas, nº 54, p. 153.
" Dr. M. Ruiz Maya, nº 54, p. 153.
" Dres. Arana Quintana, Wieden Viñarte, Muñoz Urra, Linares Vivar y Díaz Rodríguez, nº 54, p. 154.
" Dr. Rodrigo Fernández, nº 54, p. 155.
" Dr. Sánchez de Rivera, nº 54, p. 155.
" Dr. Francisco P. Cuadrado, nº 54, p. 156.
" Dr. Comet Fargas, nº 54, p. 156.
" Dr. Rodríguez Méndez, nº 55, p. 181.
" Dres. Modesto G. Pola y G. Asensio, nº 55, p. 182.

*COCA, FERNANDO (1918). La salud pública. La necesidad de crear el Ministerio de Sanidad. Med. Ibero, 2/5 (nº 56), LXIX.

OBJETIVOS Y ESTRUCTURA PROFESIONAL DE LA MEDICINA SOCIAL EN LA II REPUBLICA. EL PRIMER CONGRESO NACIONAL DE SANIDAD. MADRID 1934.

Rodríguez Ocaña, E.*; Menéndez Navarro, A.*

* Departamento de Anatomía Patológica e Historia de la Ciencia.
Universidad de Granada.

** Licenciado en Medicina y Cirugía. Granada.

El paréntesis republicano abierto entre dos dictaduras en 1931 tuvo un importante significado para la administración sanitaria española (1). Fué entonces cuando se unificaron los distintos servicios médicos de tipo preventivo-social que habían ido surgiendo a lo largo del primer tercio del siglo, se consolidaron los Institutos provinciales de Higiene y se desarrolló un plan de atención específico al medio rural a través de los denominados Centros de Higiene. Muestra de ello fué la elevación de los presupuestos destinados a la Dirección General de Sanidad, que pasaron de 10 millones en 1929 y 1930 a 31 en 1932 y 1933. Un análisis cuantitativo por materias de la legislación sanitaria que, así mismo, fué la legislación sobre servicios preventivos contribución más novedosa de la Sanidad republicana (2).

Resulta comprensible, a la luz de estos antecedentes, el afán ejemplarizador y la conciencia de "ser diferentes" con que los profesionales que ejercían sus funciones en el seno de las administraciones sanitarias afrontaron su reunión nacional en 1934, bautizándola como Primer Congreso Nacional de Sanidad.

A continuación, vamos a analizar dicha reunión, deteniéndonos en particular en la caracterización socio-profesional de los asistentes a la misma, para intentar ofrecer una imagen objetiva de lo que fué la Medicina Social durante la II República.

EL PRIMER CONGRESO NACIONAL DE SANIDAD (MADRID, MAYO DE 1934).
ORGANIZACION Y DESARROLLO.

No podemos documentar la procedencia de la iniciativa

que puso en marcha dicha reunión. Aparece como una decisión de la Dirección general de Sanidad a finales de 1933, quien nombra un Comité ejecutivo presidido por Enrique Bardají López, a la sazón Inspector provincial de Higiene de Madrid. Junto a él, dos funcionarios de Sanidad exterior, los doctores José Souto y Federico Beato, destinados en el puerto de La Coruña, otros dos Inspectores provinciales, Aurelio Boned (de Toledo) y Luís Suárez de Puga (de Guadalajara), así como dos miembros de la plantilla del Instituto Nacional de Higiene, Emilio Luengo y José Román Manzanete. El puesto de secretario del Comité ejecutivo recayó en Luís Nájera Angulo, secretario de redacción del Boletín técnico de la Dirección General de Sanidad, esto es la Revista de Sanidad e Higiene pública, y director del Centro secundario de Higiene de Sigüenza (Guadalajara) (3).

La andadura del Comité no se vió afectada por los cambios gubernamentales ocurridos durante su período de vida, de manera que pudo cumplir sus tareas conforme a la programación nacida de sus primeras reuniones: proyecto de reglamento de régimen interno y de reglamento del Congreso, determinación de las ponencia oficiales (aprobadas por O.M. de 3 de noviembre de 1933 y reformadas ligeramente en enero siguiente) (4) designación de los responsables de desarrollarlas y, finalmente, acuerdo sobre la presidencia de las distintas secciones. En febrero de 1934 se tuvo una reunión amplia, con todos los propuestos para ocupar la Mesa de las mismas, y otros selectos invitados entre los que destacaban anteriores Directores generales de Sanidad, como Palanca u Horcada (5).

El Congreso se planteó en torno a nueve temas o secciones (organización sanitaria, higiene urbana, sanidad rural, sanidad de puertos y fronteras, estadística y epidemiología, medicina preventiva, legislación y administración sanitarias y sección científica) a las que se llegaron a presentar 296 comunicaciones (6). Las ponencias oficiales, encargadas por la organización y conteniendo unas conclusiones para ser aprobadas por el Congreso y remitidas luego a la superioridad como expresión mayoritaria de la profesión, fueron igualmente nueve; pero no coincidieron exactamente con los temas sectoriales.

Se refirieron, respectivamente, a: estaciones sanitarias de puertos y fronteras, defensa contra las enfermedades importables, incorporación a Sanidad Nacional de los servicios sanitarios coloniales, calificación sanitaria del agua potable, organización de servicios de Higiene rural, de Higiene infantil y de lucha antituberculosa, organismos centrales de investigación y enseñanza sanitarias, y, por último, seguro de enfermedad.

La celebración fué un magno acontecimiento que reunió a unos 1.500 asistentes durante una semana, entre el 6 y 12 de mayo de 1934, con las sesiones del Congreso acompañadas por las quince asambleas profesionales celebradas al mismo tiempo (por miembros de los distintos cuerpos: médicos rurales, ingenieros y arquitectos diplomados, odontólogos, puericultores, administrativos sanitarios, médicos de la lucha antivenérea y otros tantos) y, en fin, por toda la ritual parafernalia de actos de gala, visitas y banquetes.

Correspondió a Bardfajé y Nájera, en su calidad de directores de la organización, la apertura y cierre del Congreso, junto con las más protocolarias intervenciones de las distintas autoridades gubernativas. De acuerdo con el reparto previo de funciones, fué Nájera el concreto en ambas ocasiones. En la primera, señaló los objetivos del Congreso: su voluntad de definir técnicamente -por tanto, "con serenidad"- los problemas y sus soluciones con la mayor eficacia, así como la oportunidad de reflexionar sobre el curso seguido por la Sanidad española, fuertemente determinado por la implantación de la República (él se refirió expresivamente al "vigoroso impulso" recibido de los gobiernos republicanos). En la sesión de clausura le cupo la presentación y glosa de los acuerdos alcanzados en la discusión de las sucesivas ponencias. Al presidente, por su parte, quedó reservada la expresión del reconocimiento a las múltiples colaboraciones recibidas, con particular énfasis en la oportunidad histórica de semejante reunión, asentada sobre el trabajo de varias generaciones de sanitarios, entre los que fué enfáticamente singularizado Manuel Martín Salazar (1854-1936).

Desde las páginas de El Siglo Médico respondía aquél el 12 de mayo, admirando la noble generosidad de Bardfajé y recordando

que "el médico individual ... se ha transformado en el médico de carácter social, que se preocupa además de la salud de las grandes colectividades". Para Martín Salazar, jubilado de la organización sanitaria por el primer Directorio militar de Primo de Rivera, el Congreso Nacional de Sanidad debía servir para mostrar "nuestro grado de civilización" y no sólo las excelencias técnicas de los médicos españoles, por la trascendencia social que las ciencias médicas alcanzaban en el día, en especial al concretarse en leyes. Recordaba particulares empeños suyos por los que había hecho campaña al menos desde 1917: la conceniencia inexcusable de implantar el Seguro social de enfermedad y la no menos necesaria creación de un Ministerio de Sanidad. Ambos objetivos fueron expresamente asumidos en su discurso inaugural por Bardají.

Que el Congreso ocurrió en un momento oportuno parece sentir unánime. Tanto el Boletín de "Medicina", La Gaceta Médica Española, o El Siglo Médico participaron en ello (7). Se vino a decir que se juzgaba en él la aprobación o el fracaso de la política republicana, en su vertiente sanitaria, a la vez que algú comentarista (8), solicitaba de las autoridades medidas contra los restos de la administración sanitaria de los gobiernos republicanos de centroizquierda. Recordemos que la prensa médica se había mostrado a lo largo de 1833 y 1934 feroz enemiga de la gestión inicial de los socialistas en la Dirección general de Sanidad, encabezada por Marcelino Pascua, en el primer bienio republicano. El mismo comentarista indicaba en otra crónica cómo en la sesión inaugural se palpaba, en su opinión, una sensación revanchista: "¡El día que nosotros volvamos!" (9).

Sin embargo, pese a tales augurios, no existió auténtica oposición política dentro del Congreso, salvo un aislado incidente que enfrentó al ex-Director general de Sanidad Palanca con los abucheos de los asistentes, a propósito de la atención que el Estado había venido prestando a los sanitarios provinciales (ponencia sobre Higiene rural) (10).

El momento más tenso de la reunión ocurrió durante las discusión de la ponencia sobre Higiene infantil, donde en torno al

problema del control de la natalidad se provocaron cinco horas de ardorosas intervenciones, las más de las contrarias articuladas sobre principios religiosos (católicos). La afirmación que desencadenó la tormenta fué la siguiente:

"En atención a la correlación evidente entre la mortalidad infantil y el excesivo número de hijos, creemos que, desde el punto de vista eugénico, este Consultorio (higiénico-infantil) podría ser el adecuado para informar a quien lo desee de los medios técnicos que existen para conseguir, sin perjuicio para la salud, la limitación de la natalidad; prescindiendo de toda clase de perjuicios y teniendo en cuenta que con estos consejos podrían, en parte, evitarse otros males mayores; entre ellos el aborto provocado" (11).

Advirtamos que esta opinión de los ponentes no estaba incluida en las conclusiones, por lo que no se sometía a votación ni se hacía extensible a la corporación sanitaria en pleno.

El eje articular de las posturas opuestas fué, ya lo hemos advertido, la fundamentación católica. Severiano Aznar llegó a afirmar, entre voces de "¡eso es provocación!", lo siguiente: "Si el gobierno la convirtiera en ley (esa propuesta) no podría durar sino hasta que nosotros (católicos) por honradas convicciones, pudiéramos suprimirlas". Vallejo Nájera reforzó dicha postura con un amplio abanico de literatura crítica, incluyendo su propia experiencia clínica, en particular de tipo estadístico. A sus experiencias opusieron las suyas personales otros pediatras y obstetras; a su afirmaciones cuantitativas contestó Marcelino Pascua, analizando correctamente uno de los trabajos citados y poniendo en guardi contra la simpleza pseudoestadística de inferir de toda correlación matemática evidencia de causalidad.

Este episodio, irrelevante a efectos de las conclusiones finales, dejó en los medios periodísticos más afines a los oponentes a toda idea de planificación familiar una "impresión desagradabilísima" (12). Del medio opuesto se felicitaron, en cambio, por la oportunidad encontrada de discutir, "por fin sin escándalo", sobre dicho tema (13).

La calificación global que mereció el desarrollo de las sesiones fué positiva (14), aunque la falta de conjunción entre los

temas de las ponencias oficiales y las secciones que recibieron las distintas comunicaciones provocó desajustes y críticas (15). En cuanto a los contenidos científicos, predominó igualmente una estimación favorable: "ha demostrado que en España se trabaja, se investiga y se estudia seriamente" (16), más en relación con las comunicaciones que con las ponencias oficiales, donde, en opinión de algunos, se expusieron sólo "temas manidos" de modo "bastante mediocre" (17).

LOS ASISTENTES AL PRIMER CONGRESO NACIONAL DE SANIDAD (MADRID, 1934). CARACTERIZACION SOCIO-PROFESIONAL.

A título individual, se inscribieron en esta reunión científica 871 personas, mayoritariamente varones (Tabla 1) y médicos de profesión (Tabla 2). Poco más de un cinco por ciento de los asistentes cuya profesión nos es conocida pertenecían a áreas no expresamente vinculadas a lo que hoy llamamos Ciencias de la Salud, como ingeniería, química y arquitectura.

La Tabla 3 presenta la distribución de los médicos asistentes según su especialidad. Para definir ésta hemos seguido la información suministrada por la Relación Alfabética de Señores Congressistas, a saber: nombre, profesión, especialidad, cargo, lugar de trabajo, localidad y provincia. Por ejemplo: "CANOVAS, Mariano. Médico central antipalúdica. Murcia". No en todos los casos existía información sobre todos los extremos indicados. La especialidad de los médicos se ha tenido en cuenta a partir, exclusivamente, de su declaración específica.

Teniendo en cuenta los fines del Congreso no sorprende que sean los higienistas la mayoría relativa: serían los expertos oficiales de la administración sanitaria central y periférica, así como de la Escuela Nacional de Sanidad. Junto a ellos odontólogos, fisiólogos, puericultores y obstetras (o "maternólogos") componían el grueso de los profesionales interesados en la prevención a gran escala. Al menos los tres últimos grupos citados identifican grupos profesionales con ligazón continuada a instituciones públicas, bien administradas por la filantropía privada o por municipios o Diputaciones.

De entre los 594 asistentes de los que conocemos su lugar de trabajo (Tabla 4) su gran mayoría (dos tercios) ejercía en dispensarios, centros de Higiene y otras dependencias preventivo-sociales, mientras que casi una cuarta parte más procedía de la administración sanitaria. Estas cifras, que en conjunto abarcan más de la mitad del total de asistentes, revelan una situación profesionalmente madura, pues indican la extensión de la práctica sanitaria en sentido estricto, esto es médicopreventiva o medicosocial, según se quiera.

La procedencia de los congresistas se especifica en la Tabla 5, por provincias y regiones según la clasificación vigente en la República, salvo la singularización de Madrid. La muy poca participación catalana ha de entenderse a la luz de su Estatuto de Autonomía, que había transferido a la Generalitat las competencias de Sanidad interior; los catalanes que acudieron fueron los empleados en el servicio sanitario marítimo y de ahí que Lérida fuese la única provincia no representada. La mayor participación provincial correspondió a Córdoba, Salamanca, Alicante, Cáceres y Guadalajara, además de la notoria de Madrid, haciendo valer su estatus capitalino. Procedieron de capitales de provincia quinientos noventa congresistas, un 67,7% del total de inscritos.

La misma Tabla 5 nos muestra la participación de los sanitarios en sentido estricto. Salvo para los casos de Madrid, en particular, por su gran número de congresistas, Barcelona y Navarra, el resto de las "delegaciones" provinciales fué eminentemente deudor de la inscripción de dichos sanitarios. Estas cifras confirman que se trataba de una reunión especializada, de modo que tuvieron razón -formal, no material- los que se quejaron en su momento de haber sido proscritos del campo a "la Sanidad", que a su entender habría de implicar a todos los "médicos, farmacéuticos, veterinarios, ingenieros, practicantes, etc.etc." (18).

Profundizando en los caracteres laborales de la especialidad médico-social, en la España de la Segunda República, advertimos (Tabla 6) según los datos de inscripción de este Congreso, que 59 asistentes decían ejercer en Centros primarios de Higiene, 75 en Centros secunda-

rios y 107 en Centros terciarios (los Institutos provinciales). Tomando estas cifras como muestra válida de la situación real, podemos deducir el ámbito de competencias de cada uno de dichos Centros, que constituyeron la manera peculiar de intervención sanitaria durante la República (19).

Los Centros primarios, atendidos por médicos que no declaran especialidad ninguna (muy posiblemente fuesen titulares) ejercían las funciones de seguimiento y detección. El nivel secundario, que se presentaba con alta carga de especialistas, atendería necesidades sanitarias de comarcas extensas con soporte de puericultora, obstetricia, venéreas, fisiología, otorrinolaringología y oftalmología. A escala provincial, las misiones de control epidemio-bacteriológico aparecen aseguradas por la estructura (trece bacteriólogos, nueve epidemiólogos) propia de sus Institutos.

Queda sólo por reseñar la participación institucional, pues, junto a los inscritos a título individual, existió otra serie de congresistas colectivos, tales como nueve Colegios provinciales de médicos, varias Asociaciones médicas, veterinarias y sanitarias y otras instituciones. El grueso de estos colectivos fué suministrado por la administración sanitaria periférica, de modo que se contó con la inscripción de nueve Institutos provinciales de Higiene, veintitrés Estaciones sanitarias de puertos y trece Centros secundarios de Higiene.

La Sanidad, el campo de actuación de los especialistas en Medicina Social, era, efectivamente, cuestión de Estado.

NOTAS A PIE DE PAGINA.

- 1.- Cf. RODRIGUEZ OCAÑA, E. (1986). De la Junta de Sanidad al Instituto de Higiene. La modernización de la Administración sanitaria española en el primer tercio del siglo XX. En: A. Albarración y J. Riera (eds.). Libro homenaje al Prof. Luis S. Granjel. (En prensa).
- 2.- Según A. de Lorenzo, citado por MARTINEZ NAVARRO, J.F. (1977). La Sanidad en España. Rev. San. Hig. Pub., 51, 777-817.
- 3.- CONGRESO nacional de Sanidad (El) (1933) Rev. San. Hig. Pub., 8/2, 426.
- 4.- Ibid. 535-536; 9/1, 87-89.
- 5.- Ibid. 9/1, 186-188.
- 6.- ESTELLES, J. (1934) Apostillas al Primer Congreso Nacional de Sanidad. Rev. San. Hig. Pub., 9/1, 385-388.
- 7.- ALVAREZ SIERRA, J. (1934). El Primer Congreso Nacional de Sanidad. Siglo méd. nº 4.196 y 4.197, 531-535; 562-564. SOL, I. (1934). Crónica. Primer Congreso Nacional de Sanidad. Gac. med. esp., 8, 254, P-260P. PRIMER Congreso Nacional de Sanidad (1934). Boletín de Medicina supl. 2, nº 24, 1-2.
- 8.- N. (NOGUERA) (1934). Expectación justificada ante el primer Congreso Nacional de Sanidad. Caceta médica española, 8, 221P. Solicitaba "extirpar de raíz el estado de soviets en algunos fracasados intentan mantener determinados organismos sanitarios".
- 9.- NOGUERA, E. (1934). Perfiles al vuelo. Primer Congreso Nacional de Sanidad. Gac. med. esp., 8, 253P.
- 10.- NAJERA ANGULO, J. (ed.) (1935) Primer Congreso Nacional de Sanidad. Madrid, 6-12 de mayo de 1934. vol. 1, Ponencias Oficiales, pp. 257-279.
- 11.- Ibid. p. 284. La discusión sobre este punto, en pp. 281-347.
- 12.- PRIMER Congreso nacional de Sanidad (El) (1934). Boletín de Medicina, supl. 2, nº 24, 1-2.
- 13.- ESTELLES, J. (1934). op. cit. A este autor le acusaron de promover un escándalo en el transcurso de dicha discusión (escándalo no recogido en las Actas editadas), por sus menciones a "Rusia y a los comisarios del pueblo (soviets)", cfr. MORALES, J.L. (1934) Comentarios al Primer Congreso Nacional de Sanidad hechos por un puericultor asistente a sus sesiones Pediatría y Puericultura, 2, 205-214 y PRIMER Congreso... op. cit.
- 14.- Ibidem.

15.- ARAGON, A. de (1934). Congreso Nacional de Sanidad. Mundo Médico, 16 (nº 246) 804-805; MORALES, J.L. (1934), op. cit.

16.- PRIMER Congreso... (1934) op. cit.

17.- El crítico más feroz fué ARAGON, op. cit. Para él, la labor científica fué mediocre, la organización estuvo llena de descuidos y la propia denominación del Congreso era ofensiva para los médicos titulares, a los que, según él, de ese modo se les negaba sus servicios en pro de la Sanidad española.

18.- ARAGON (1934), op. cit.

19.- Sobre la actividad de la organización sanitaria rural puede consultarse: BENZO, M. (1933). La organización sanitaria de la provincia de Córdoba. Rev. San. Hig. Pub., 8/2, 391-399; CAMPO. CARDONA, A. del; GIMENO de SANDE, A. (1933). Centros primarios de Higiene rural de Cáceres. Rev. San. Hig. Pub., 8/1, 347-365; CONFERENCIA europea de Higiene rural (1931). Anales del Instituto Nacional de Previsión, 23 (nº 91) 471-480; CORTEJOSO, L. (1934). Política sanitaria. Algo sobre los Centros secundarios de Higiene rural. Gac. med. esp., 8, 113P - 115P; GIMENO DE SANDE, A. (1933) Centros primarios de Higiene rural. Rev. San. Hig. Pub., 8/2, 573-590 (1934) 9/1, 34-49 y 119-129.

TABLA 1

DISTRIBUCION DE LOS ASISTENTES A TITULO INDIVIDUAL
AL PRIMER CONGRESO NACIONAL DE SANIDAD, POR SEXO.

<u>Sexo</u>	<u>Número</u>	<u>Porcentaje</u>
hombre	852	97,82
mujer	19	2,18

Fuente: Relación Alfabética de Señores
Congresistas. (Actas) Primer Con-
greso Nacional de Sanidad.
1934 (1935) vol.1, pp.17-38.

TABLA 2

DISTRIBUCION DE LOS ASISTENTES A TITULO INDIVIDUAL
AL CONGRESO NACIONAL DE SANIDAD SEGUN SU PROFESION.

<u>Profesión</u>	<u>Número</u>	<u>Porcentaje</u>
Medicina	712	81,75
Farmacia	30	3,44
Ingeniería	24	2,76
Química	11	1,26
Arquitectura	10	1,15
Veterinaria	5	0,57
Técnicos sanitarios	3	0,34
No consta	75	8,61

Fuente: Relación... de... Congre-
sistas, loc.cit.

TABLA 3
DISTRIBUCION DE LOS MEDICOS ASISTENTES AL PRIMER -
CONGRESO NACIONAL DE SANIDAD SEGUN SU ESPECIALIDAD

<u>Especialidad</u>	<u>Número</u>	<u>Porcentaje</u>
Higiene ⁽¹⁾	46	19,3
Obstetricia	29	12,1
Odontología	36	15,1
Oftalmología	22	9,2
Otorrinolaringología	17	7,1
Paludismo	11	4,6
Psiquiatria	5	2,1
Puericultura ⁽²⁾	32	13,4
Tisiología	34	14,2
Venereología	6	2,5
TOTAL	238	100,0

Notas: (1) incluye Bacteriología, Higiene alimentaria, Estadística, Oficial sanitario y Epidemiología.

(2) incluye Pediatría

Fuente :Relación... de ... Congresistas,
loc.cit.

TABLA 4
DISTRIBUCION DE LOS ASISTENTES AL PRIMER CONGRESO
NACIONAL DE SANIDAD SEGUN LUGAR DE TRABAJO.

<u>Lugar de trabajo</u>	<u>Número asistentes</u>
Administración central sanitaria (y docencia)	140
Administración no sa-- nitaria.	5
Beneficencia	21
Centros asistenciales preventivo-sociales	369
Otros centros asisten ciales, docentes y de investigación.	45
Otras instituciones	14

Fuente: Relación...de...Congresistas,
loc.cit.

1
TABLA 5

ASISTENTES AL PRIMER CONGRESO NACIONAL DE SANIDAD SEGUN PROVINCIAS Y -
REGIONES DE PROCEDENCIA, CON ESPECIFICACION DE LOS SANITARIOS EN SENTI
DO Estricto.

Provincia	Asistentes (1)	Sanitarios Total	teobres(1)	Provincia	Asistentes (1)	Sanitarios Total	teobres(1)
ANDALUCIA				GALICIA			
ALGERIA	5	3	60	CORUNA	11	5	45,4
CAOIS	17	12	70,5	LUGO	2	2	100
CORDOBA	43	40	93	ORENSE	6	3	50
GRANADA	15	8	53,3	PONTEVEDRA	3	3	50
HUELVA	9	5	55,5	TOTAL	22		
JAEN	14	10	71,4	ISLAS BALEARES	5	5	100
MALAGA	6	3	50	ISLAS CANARIAS			
SEVILLA	10	5	50	LAS PALMAS	3	3	100
TOTAL	119			STA. CRUZ	5	5	100
ARAGON				TOTAL	8		
HUESCA	13	8	61,5	LEON			
TERUEL	2	1	50	LEON	13	10	77
SARAGOZA	8	6	75	PALENCIA	1	1	100
TOTAL	21			SALAMANCA	13	16	48,5
ASTURIAS				VALLADOLID	9	5	55,5
OVIEDO	15	8	53,3	SANDRA	11	7	63,6
CASTILLA LA NUEVA				TOTAL	67		
CIUDAD REAL	12	11	91,6	MADRID			
CUENCA	7	4	57,1		334	54	16,1
GUADALAJARA	20	14	70	MURCIA			
TOLEDO	13	8	61,5	ALBACETE	15	8	53,3
TOTAL	52			MURCIA	13	4	68,2
CASTILLA LA VIEJA				TOTAL	28		
AVILA	8	7	87,5	NAVARRA			
BURGOS	10	8	80		4	1	25
LOGRONO	10	9	90	PAIS VASCO			
SANTANDER	12	8	66,6	ALAVA	6	3	50
SEGOVIA	11	9	81,8	GUIPUZCOA	10	5	50
SORIA	7	3	42,8	VIZCAYA	8	3	37,5
TOTAL	58			TOTAL	24		
CATALUÑA				VALENCIA			
BARCELONA	11	4	36,3	ALICANTE	25	17	68
GERONA	2	2	100	CASTELLON	10	6	60
TARRAGONA	1	1	100	VALENCIA	16	9	56,2
TOTAL	14			TOTAL	51		
EXTREMADURA							
BADAJOS	10	8	44,4				
CACERES	24	21	87,5				
TOTAL	42						

FUENTE:Relación... de Congressistas, loc.cit.

TABLA 6
DISTRIBUCION POR ESPECIALIDADES DECLARADAS DE LOS CONGRESISTAS QUE TRABAJABAN PROFESIONALMENTE EN CENTROS DE ---
HIGIENE

Centro de Higiene		
Nivel	Total	Especialidad
PRIMARIO	59	ninguna (53)
SECUNDARIO	75	ninguna (37) Odontología (14) O.R.L. (6) Tisiología (6) Oftalmología (5) Puericultura (4) Venerología (2) Maternología (1)
TERCIARIO	104	ninguna (20) Inspectores provinciales (46) Bacteriología (13) Epidemiología (9) Odontología (4) Oftalmología (2) Otros (5)

Fuente: Relación... de... Congresistas,
loc.cit.

LA COMUNICACION CIENTIFICO-MEDICA DURANTE LA GUERRA CIVIL: EL CASO DE ZARAGOZA.

Moreno Vernis, Miguel; Bujosa Homar, Francesc

Departamento de Historia de la Medicina. Universidad de Zaragoza.

El estudio de la actividad científica de una institución como la universitaria, en un periodo tan singular como el de la Guerra Civil lleva generalmente parejo una serie de importantes obstáculos, ya que, a la contrariedad que acarrea toda circunstancia excepcional para poder desarrollar una labor científica determinada se añade, casi siempre, el hecho de contar con escasos medios para poder difundir este quehacer.

En el caso de Zaragoza esta dificultad se ve enmendada por la presencia de una publicación universitaria que, de forma ininterrumpida, refleja la labor desarrollada por el conjunto de profesionales que, durante estos años, pudieron seguir trabajando en la Universidad de Zaragoza.

En efecto, la revista UNIVERSIDAD, que venía editándose desde el año 1924 fue la única publicación científica zaragozana, de carácter universitario general, que mantuvo una regularidad periódica durante la Guerra Civil.

Este hecho nos ha permitido, en alguna manera, analizar lo que fue la actividad científico-médica en Zaragoza durante este periodo. De este estudio traemos aquí, la parte dedicada a un estudio tan fundamental como es el de la comunicación científica. Aunque éste va a ser el objetivo prioritario de nuestra comunicación creemos oportuno dedicar previamente unas pocas líneas a situar lo que fue la revista UNIVERSIDAD desde su fundación en 1924 y, por otra, a dar una escueta noticia sobre las principales repercusiones que la Guerra Civil tuvo en la Universidad de Zaragoza.

La revista UNIVERSIDAD "revista de cultura y vida universitaria" aparece en Zaragoza a finales de 1924. Considerada una de las publicaciones pioneras en España de carácter universitario general,

su edición corrió a cargo de la Universidad de Zaragoza y vió la luz gracias al empeño de un nutrido grupo de profesionales que pretendían reivindicar la institución académica, en un momento de evidente postración de la universidad española.

La revista fue, durante sus primeros años, de aparición trimestral, haciéndose bimestral de 1929 a 1931. Recuperada en 1932 su periodicidad inicial, sale regularmente, incluido el periodo de Guerra Civil, hasta 1950, fecha en la que pasa a ser bianual, hasta 1967 en que cesa la primera etapa de su publicación.

Cada número, formado por unas 250 páginas, consta de cuatro apartados fundamentales. En primer lugar; distribuidas por secciones que a partir del primer volumen de 1925 coinciden con las cuatro Facultades zaragozanas, aparecen los trabajos científicos que ocupan la parte más extensa; le siguen noticias de la vida universitaria en general: discursos de apertura, ciclos y cursos especiales, así como artículos de carácter divulgativo; un tercer apartado lo constituyen las reseñas bibliográficas de los libros que se recibían, y, por último, una parte que, bajo el epígrafe "Revista de Revistas", contiene el sumario de las publicaciones que llegaban regularmente a la redacción debido al intercambio con la propia revista.

A tenor de la larga lista de colaboradores de diversa índole se puede deducir, sin riesgo, que la temática fue muy variada. Sin embargo, resaltaremos como uno de los temas más sobresalientes y frecuentes, sobre todo en la primera época, la reforma de la enseñanza y especialmente la universitaria (1). Junto a éstos, los artículos más comunes son aquellos que tienen como tema algún aspecto relacionado con Aragón. Pero la revista UNIVERSIDAD no se limitó a publicar trabajos sobre la problemática universitaria ni sobre Aragón, sino que incluyó muchos artículos de carácter estrictamente científico o médico. De entre los científicos merecen destacar los escritos por J.M. Sauras, Rocasolano, Savirón, etc.; y entre los médicos: Sánchez Guisande, Muniesa, Pi Suñer, P. Ramón y Cajal, etc. No podemos olvidar que también se incluyen artículos histórico-médicos como los de J.M. Castro y Calvo dedicó a Andrés Piquer o como los de Horno Alcorta, Royo Villanova y Francisco Oliver que serán analizados en otra comunica-

ción a este congreso (2).

Tras su desaparición en 1967, en junio de 1981 inicia la revista UNIVERSIDAD, una segunda etapa con periodicidad mensual, en la que se recogen artículos y crónicas relacionadas con los problemas y las actividades de la vida universitaria. En enero de 1986 se suspendió indefinidamente su publicación finalizado, de esta manera, la última etapa, que apenas si ha alcanzado un lustro de duración.

LA UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA DURANTE LA GUERRA CIVIL.

Zaragoza, como es de sobra conocido, fué con Sevilla la otra gran ciudad española que permaneció, desde el primer momento al lado de la sublevación militar.

Pocas horas después de que el General Cabanellas declarara el estado de guerra el 19 de julio de 1936, el entonces rector Gonzalo Calamita Alvarez, catedrático de química y hasta entonces defensor de una universidad moderna y técnica, puso a disposición del general jefe de la quinta división todos los elementos universitarios. Según el propio Calamita -citado por el profesor Carreras- "...la casi totalidad del personal universitario de todos los órdenes se inscribió en el ejército o en la milicia de Acción Ciudadana, según las circunstancias de su edad; todo, en fin, lo que eran, representaban o disponían las cuatro Facultades estuvo desde el 19 de julio al servicio del Glorioso Movimiento Salvador de España" (3).

Consecuencia más inmediata de esta movilización y parcial militarización de la Universidad de Zaragoza fué la sistemática depuración y represión de todas las personas que, se suponía, podían poner en peligro la causa de los nacionalistas. Así, -relata el profesor Carreras-, "las medidas significan una verdadera purga" (4). En la facultad de medicina fueron destituidos y dados de baja en el escalafón los catedráticos: Felipe Jiménez de Asúa, profesor de Histología y Anatomía Patológica; Gumersindo Sánchez Guisande, catedrático de Anatomía Descriptiva, Embriología y Técnica Anatómica; Santiago Pi Suñer, catedrático de Fisiología y Juan Carlos Herrera. Procesados todos ellos por la jurisdicción militar, se les incautó, también sus bibliotecas particulares e instrumental científico.

También fueron expulsados los profesores auxiliares Jose M^a y Augusto Muniesa Berenguer que, además, había ocupado la alcaldía de la Ciudad durante la República. Y, por último, suspendidos por el momento de empleo y sueldo y excluidos más tarde de cualquier cargo directivo de confianza: Félix Monterde Fuertes y Benigno Lorenzo Velázquez.

La situación fué similar en las otras tres Facultades que completaban el distrito universitario de Zaragoza. Así, un buen número de profesores de la facultad de derecho entre los que destacaban: Sancho Izquierdo, Muñoz Casaús, etc. ..., trabajaron en la censura de prensa organizada por el Gobierno Civil, hasta que este servicio pasó a la Delegación de Prensa y Propaganda, bajo la dirección del decano de Derecho, Lasala.

La Universidad fué clausurada el 19 de julio de 1936 y permaneció así hasta septiembre de 1939. Todos los edificios universitarios, a excepción del de la plaza de la Magdalena -antigua sede de la institución- alojaron a organismos militares o sirvieron para servicios del ejército. Fué requisado todo el material universitario que podía ser utilizado con fines militares desde una modesta cámara fotográfica hasta los mapas del Instituto Geográfico de España, puestos a disposición del estado mayor de los sublevados por el mismo rector.

En esta misma situación no es extraño que todos los estudios (5) coincidan en señalar el importante papel jugado durante la Guerra por las distintas Facultades. Lógicamente, los servicios más ligados por la contienda recayeron sobre las facultades de medicina y ciencia. Las instalaciones del Hospital Clínico Universitario fueron "esenciales para el ejército del Norte y Levante durante sus campañas desde el Turia, Gállego y Ebro, hasta la caída de Cataluña" (6). También, en los laboratorios de la facultad de ciencias, se desarrollaron todo tipo de trabajos de apoyo a los sublevados, entre los que destacamos los realizados sobre combustibles y aceites adecuados para los motores y la fabricación artesana de más de cien mil "botellas incendiarias". Por otra parte, "El Servicio Químico de Guerra de la Quinta División", agregado al Estado Mayor, fué compuesto, en su mayoría, por profesores y personal de la facultad de ciencias,

siendo su jefe el mismo rector de la Universidad.

A partir de 1937, las autoridades universitarias albergaban ya serias dudas acerca del inmediato desenlace de la contienda y, para mantener viva la institución que representaban, organizaron, con el beneplácito del gobierno de Burgos, un curso de conferencias, bajo el nombre de "Menéndez y Pelayo", dividido en dos partes. La primera se desarrolló en los meses de octubre a diciembre de 1937 y la segunda, de febrero a mayo de 1938. De los 737 alumnos que en ellos se inscribieron, 86 pertenecían a la facultad de medicina; 404 a la facultad de filosofía y letras; 135 a la facultad de derecho y 112 a la facultad de ciencias.

La temática de las conferencias impartidas, -buena parte de ellas aparecen publicadas en la revista UNIVERSIDAD-, constituye -para el profesor Carreras- "el antecedente lectivo más claro de las ideas y los programas que se van a imponer a la Universidad"(7).

LA COMUNICACION CIENTIFICO-MEDICA.

Desde julio de 1936 hasta abril de 1939 la revista UNIVERSIDAD recibió, como intercambio, 497 números de distintas revistas (Tabla - 1). Ochenta de ellos, 16,09%, estaban dedicados total -1%- (Tabla - 2) o parcialmente -16,09%- (Tabla - 3) a la medicina. Es necesario subrayar que estos porcentajes coinciden, casi totalmente, con los obtenidos del examen del periodo correspondiente a 1924-1936 (Tablas - 4 - 5 - 6).

Las principales áreas geográficas de las que llegaba información durante este periodo fueron: en primer lugar Europa que en total acumuló el 72,92%. España con el 25,88%; Italia 25,88%; Francia 7,05% y Bélgica con el 5,88% fueron los países europeos que más revistas de contenido médico mandaron a Zaragoza como puede verse en la tabla - 7, Gráfica - 5.

Si comparamos estas cifras con las obtenidas respecto al periodo 1924-1936 (Tabla - 8; Gráfica - 6) (8) destacan varios hechos: El primero es la disminución del porcentaje correspondiente a las revistas españolas y, por contra, el gran aumento del porcentaje correspondiente a revistas italianas. La disminución del porcentaje

correspondiente a Francia e Inglaterra resulta lógico, pero, lo que parece menos lógico es la disminución del número de revistas llegadas de Alemania. Esto, puede hacer pensar que la ideología médica del Nuevo Régimen estaba más influida por el fascismo italiano que por el nazismo alemán, tesis que, por otra parte, concuerda con los resultados del examen de algunos artículos publicados en la revista UNIVERSIDAD y que serán analizados en otra comunicación (9).

Si Europa significaba el 72,92% del total, Hispanoamérica suspuso el 23,26%. sin duda Argentina con el 16,27% del total, fué el foco más importante de emisión. También parece oportuno señalar que los pequeños porcentajes que correspondían entre 1924-1936 a U.S.A. y México desaparecen durante el periodo 1936-1939.

Si nos referimos ahora a la procedencia geográfica de las revistas españolas, tanto médicas como con algunos artículos de medicina, que eran con regularidad reseñadas, constatamos aquí la importancia de las publicadas en Granada que, con el 50%, constituye el principal emisor de información médica (Tabla - 9). El hecho de que en los tres años estudiados fueran reseñados 11 números del Boletín de la Universidad de Granada, nos hace pensar que esta revista anadaluzá fué publicada en similares circunstancias a las de las revista zaragozana estudiada. Las otras otras revistas zaragozanas estarían en segundo lugar con el 18,18% seguidas de Madrid con un 13,63%. El resto de ciudades (Barcelona, Bilbao, Burgos y Sevilla) aparece con un sólo número de revista remitido en estos tres años, es decir, el 4,54% (Tabla - 9, Gráfica - 7).

Como cabía esperar, las diferencias entre estas cifras, al compararlas con las del periodo anterior estudiado (Tabla - 10, Gráfica - 8), son sustantivas, poniéndose de manifiesto en la Gráfica - 9 el aislamiento de Zaragoza con respecto a zonas que, en otro tiempo (Gráfica - 10) mantenían distintos niveles de intercambio científico como Madrid, Barcelona, Galicia o el País Vasco (10).

Hasta aquí nuestros datos, pero antes de acabar debemos explicitar algunas de las dudas o incógnitas a las cuales, nuestro trabajo, no sólo no contesta sino que las hace más apremiantes. Destaquemos de entre ellas, en primer lugar, el asunto que se refiere

a los medios de comunicación entre las dos partes en que quedó dividida España. No menos interesante nos parece conocer el objetivo que se perseguía, en estos años, publicando la revista UNIVERSIDAD. ¿Servía para dar cohesión ideológica a los científicos y médicos que se habían adherido a la sublevación?. ¿Era un símbolo externo que pretendía indicar que cultura, ciencia y fascismo no eran incompatibles?. Estas son algunas de las preguntas que futuros trabajos históricos contestarán. Por nuestra parte intentaremos, en dos comunicaciones más a este congreso, aportar algunos elementos al estudio de estos problemas (11).

NOTAS.

1.- Vide FERNANDEZ CLEMENTE, E. (1981), "'UNIVERSIDAD': Los orígenes de una gran revista", Zaragoza, Universidad, 3, 15-17; FERNANDEZ CLEMENTE, E. (1983), "La Universidad de Zaragoza durante la dictadura de Primo de Rivera y la Segunda República", en: HISTORIA de la Universidad de Zaragoza, Madrid, ed. Nacional, 377-418; MORENO VERNIS, M. (1986), Estudio bibliométrico de la literatura médica de la revista UNIVERSIDAD (1924-1936), Zaragoza, Tesis de Licenciatura, mecanografiada, 85-89.

2.- Véase la comunicación que también presentamos a este congreso, cuyo título es La medicina según la óptica nacionalsindicalista. I. Ricardo Horno Alcorta. II. Francisco Oliver Rubio y Ricardo Royo Villanova.

3.- CARRERAS ARES, J.J. (1983), La Universidad de Zaragoza durante la Guerra Civil, en: HISTORIA de la Universidad de Zaragoza, Madrid, ed. Nacional, p. 419.

4.- Idem, p. 421; CASTRO Y CALVO, J.M. (1968), Mi gente y mi tiempo, Zaragoza, Librería General, 551 p.

5.- Vide FERNANDEZ CLEMENTE, E. (1975), Aragón Contemporáneo (1833-1936), Madrid, ed. Siglo XXI, 202 pp.; CASTRO CALVO, J.M. (1950), ... Veinticinco años después, Barcelona, Tip. Gráfica de A. Núñez, 147 pp; CASTRO Y CALVO, J.M. (1968), Mi gente y mi tiempo, Zaragoza, Librería General, 551 pp; CARRERAS ARES, J.J. (1983), La Universidad de Zaragoza durante la Guerra Civil, en: HISTORIA de la Universidad de Zaragoza, Madrid, ed. Nacional, 419-434.

6.- CARRERAS ARES, J.J. (1983), La Universidad de Zaragoza durante la Guerra Civil, en: HISTORIA de la Universidad de Zaragoza, Madrid, ed. Nacional, p. 420.

7.- Idem, p. 424.

8.- MORENO VERNIS, M. (1986), Estudio bibliométrico de la literatura médica de la revista UNIVERSIDAD, Zaragoza, Tesis de Licenciatura, mecanografiada, pp. 139-144.

9.- Véase la comunicación que también presentamos a este congreso, cuyo título es "La medicina según la óptica nacionalsindicalista. I. Ricardo Horno Alcorta. II. Francisco Oliver Rubio y Ricardo Royo Villanova.

10.- A pesar de que en la gráfica-9 aparecen Madrid, Barcelona y Bilbao como centros de emisión, lo cierto es que eran números correspondientes a los meses anteriores a julio de 1936, pero que fueron reseñados en Zaragoza en el número correspondiente a julio-agosto-septiembre de 1936.

1. Véase las comunicaciones que también presentamos a este congreso,

cuyos títulos son: La medicina según la óptica nacionalsindicalista. I. Ricardo Horno Alcorta, y "La medicina según la óptica nacionalsindicalista. II. Francisco Oliver Rubio y Ricardo Royo Villanova.

TABLA-1

**DISTRIBUCION CRONOLGICA Y PORCENTUAL DEL TOTAL DE LOS
NUMEROS, DE LAS REVISTAS CON ARTICULOS MEDICOS, RECIBIDOS
ENTRE JULIO DE 1936 Y ABRIL DE 1939.**

<u>AÑOS</u>	<u>REVISTAS/AÑO</u>	<u>Nº REVISTAS CON AR- TICULOS MED./AÑO</u>	<u>%</u>	
1936-Nº 3, 4	107	17	15.86	
1937-Nº 1, 2, 3, 4	157	23	14.64	
1938-Nº 1, 2, 3, 4	183	33	18.03	
1939-Nº 1	50	12	24.00	
TOTAL:	3	497	85	17.09

TABLA - 2

**DISTRIBUCION CRONOLGICA Y PORCENTUAL DE LOS NUMEROS DE
LAS REVISTAS MEDICAS, RECIBIDOS ENTRE JULIO DE 1936 Y ABRIL
DE 1939.**

<u>AÑOS</u>	<u>Nº DE REVISTAS MEDICAS/AÑO</u>	<u>Nº DE REVISTAS/AÑO</u>	<u>%</u>
1936-Nº 3, 4	3	107	2.80
1937-Nº 1, 2, 3, 4	2	157	1.27
1938-Nº 1, 2, 3, 4	0	183	0.00
1939-Nº 1	0	50	0.00
TOTAL:	5	497	1.00

TABLA - 3

**DISTRIBUCION CROMOLOGICA Y PORCENTUAL DEL TOTAL DE LOS
NUMEROS DE LAS REVISTAS CON ARTICULOS MEDICOS RECIBIDOS
ENTRE JULIO DE 1936 Y ABRIL DE 1939.**

AÑOS	Nº REVISTAS CON ALGUN CONTENIDO MED./AÑO	Nº DE REVISTAS/AÑO	%
1936- Nº 3, 4	14	107	13.08
1937- Nº 1, 2, 3, 4	21	157	13.37
1938 -Nº 1, 2, 3, 4	33	183	18.03
1939- Nº 1	12	50	24.00
TOTAL:	3	497	18.09

TABLA - 4

**DISTRIBUCION CROMOLOGICA Y PORCENTUAL DEL TOTAL DE NUMEROS,
DE LAS REVISTAS CON ARTICULOS MEDICOS, RECIBIDOS ENTRE
1924-1936.**

AÑOS	Nº DE REVISTAS/AÑO	Nº REVISTAS CON AR- TICULOS MEDICOS/AÑO	%
1924	62	11	17.74
1925	233	32	13.73
1926	357	29	11.28
1927	232	28	12.06
1928	404	39	9.65
1929	543	93	17.12
1930	254	74	29.13
1931	362	74	20.44
1932	426	107	25.11
1933	425	64	15.05
1934	467	99	21.19
1935	462	85	18.39
1936	457	73	15.97
TOTAL:	13	4584	16.62

TABLA - 6

DISTRIBUCION CROMOLOGICA Y PORCENTUAL DE LOS NUMEROS, DE LAS REVISTAS MEDICAS, RECIBIDOS ENTRE 1924-1936.

AÑOS	Nº REV. MEDICAS/AÑO	TOTAL Nº REV./AÑO	%
1924	0	62	12.90
1925	10	233	4.29
1926	6	257	2.33
1927	9	232	3.87
1928	21	404	5.19
1929	40	543	7.36
1930	26	254	10.23
1931	40	362	11.04
1932	50	426	11.73
1933	23	425	5.41
1934	29	467	6.20
1935	34	462	7.35
1936	28	457	6.12
TOTAL: 13	324	4584	7.06

TABLA - 5

DISTRIBUCION CROMOLOGICA Y PORCENTUAL DE LOS NUMEROS, DE LAS REVISTAS DE CARACTER GENERAL QUE CONTIENEN ARTICULOS MEDICOS, RECIBIDOS ENTRE 1924-1936.

AÑOS	Nº REVISTAS CON AL- GUN CONTENIDO MED./AÑO	Nº DE REVISTAS/AÑO	%
1924	3	62	4.83
1925	22	233	9.44
1926	23	257	8.94
1927	21	232	9.05
1928	10	404	4.45
1929	53	543	9.76
1930	48	254	18.89
1931	34	362	9.39
1932	57	426	13.38
1933	41	425	9.64
1934	70	467	14.98
1935	51	462	11.03
1936	45	457	9.84
TOTAL: 13	486	4584	10.60

TABLA - 7

ANALISIS DE LA PROCEDENCIA GEOGRAFICA DEL TOTAL DE LOS
NUMEROS DE LAS REVISTAS CON ARTICULOS MEDICOS, RECIBIDOS
ENTRE JULIO DE 1936 Y ABRIL DE 1939

PAIS	Nº DE REVISTAS	Σ
ESPAÑA	22	25.00
ITALIA	22	25.00
ARGENTINA	14	16.47
FRANCIA	6	7.05
BELGICA	5	5.88
CUBA	3	3.52
ALEMANIA	2	2.35
PORTUGAL	2	2.35
SUIZA	2	2.35
YUGOSLAVIA	2	2.35
CHILE	1	1.17
COLOMBIA	1	1.17
COREA	1	1.17
ECUADOR	1	1.17
FILIPINAS	1	1.17
TOTAL: 15	85	99.93

TABLA - 8

ANALISIS DE LA PROCEDENCIA GEOGRAFICA DEL TOTAL DE LOS
NUMEROS DE LAS REVISTAS CON ARTICULOS MEDICOS, RECIBIDOS
ENTRE 1924-1936

PAIS	Nº DE REVISTAS	Σ
ESPAÑA	57	33.72
FRANCIA	18	10.65
ARGENTINA	14	8.28
ITALIA	13	7.69
ALEMANIA	12	7.10
CUBA	6	3.55
JAPON	6	3.55
PORTUGAL	6	3.55
BELGICA	5	2.95
ECUADOR	5	2.95
U.S.A.	5	2.95
MEXICO	4	2.36
BOLIVIA	2	1.18
BRASIL	2	1.18
COLOMBIA	2	1.18
CHILE	2	1.18
SUIZA	2	1.18
AUSTRIA	1	0.59
CANADA	1	0.59
CHECOSLOVAQUIA	1	0.59
FILIPINAS	1	0.59
INGLATERRA	1	0.59
NICARAGUA	1	0.59
RUMANIA	1	0.59
VENEZUELA	1	0.59
TOTAL: 25	169	99.92

TABLA - 9

ANALISIS DE LA PROCEDENCIA GEOGRAFICA DEL TOTAL DE NUMEROS,
DE LAS REVISTAS ESPAÑOLAS CON ARTICULOS MEDICOS RECIBIDOS
ENTRE JULIO DE 1936 Y ABRIL DE 1939

CIUDAD	Nº DE REVISTA	Σ
GRANADA	11	50.00
ZARAGOZA	4	18.18
MADRID	3	13.63
BARCELONA	1	4.54
BILBAO	1	4.54
BURGOS	1	4.54
SEVILLA	1	4.54
TOTAL: 7	22	99.97

552

TABLA - 10

ANALISIS DE LA PROCEDENCIA GEOGRAFICA DEL TOTAL DE LOS
NUMEROS, DE LAS REVISTA ESPAÑOLAS CON ARTICULOS MEDICOS,
RECIBIDOS ENTRE 1924-1936

CIUDAD	Nº DE REVISTAS	Σ
MADRID	35	61.40
BARCELONA	7	12.28
ZARAGOZA	5	8.77
BILBAO	1	1.75
CORUÑA	1	1.75
EL ESCORIAL	1	1.75
GRANADA	1	1.75
OVIEDO	1	1.75
SAN SEBASTIAN	1	1.75
SANTIAGO	1	1.75
VALENCIA	1	1.75
VALLADOLID	1	1.75
OTRA	1	1.75
TOTAL: 13	57	99.95

APENDICE

**NUMEROS DE REVISTAS ESPAÑOLAS RECIBIDAS ENTRE JULIO DE
1936 Y ABRIL DE 1939**

GRANADA:

Boletín de la Universidad de Granada. (1936), Nº: 36, 37, 38,
39-40, 41, 42-43.; (1937), Nº: 44-45.; (1938), Nº: 47, 48, 49, 50.

ZARAGOZA:

Aragón. Revista Gráfica de Cultura Aragonesa. (1938), Nº 149.
Revista de la Academia de Ciencias Exactas Físico-Químicas y
Naturales de Zaragoza. (1937), Nº 20.
Revista de Educación Hispánica. (1937), Nº 1, 3.

MADRID:

Anales del Instituto Nacional de Previsión. (1936), Nº 135.
Anales de la Universidad de Madrid. (1936), 5, Nº 1.
Trabajos del Laboratorio de Criminología de la Universidad de
Madrid. (1936), 2, Nº 3.

BARCELONA:

Pedoterapia. (1936), 15, Nº 2.

BILBAO:

Revista Clínica de Bilbao. (1936), 11, Nº 6.

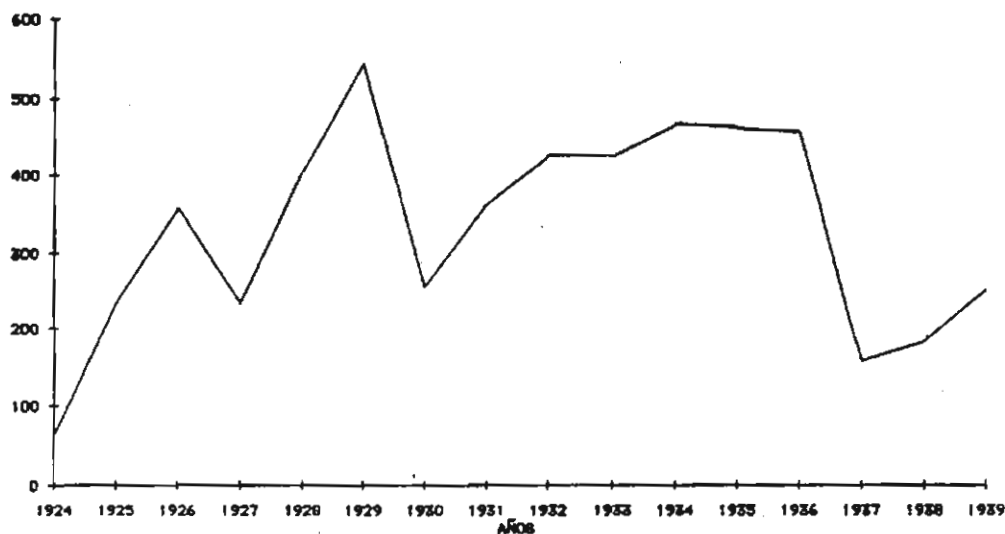
BURGOS:

Razón y Fe. (1938), Nº 491.

SEVILLA:

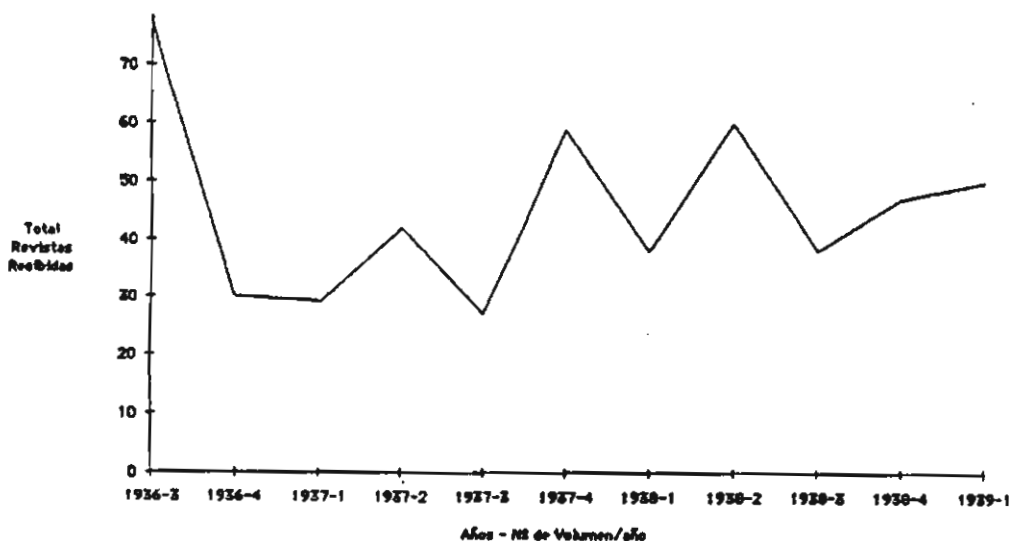
Anales de la Universidad Hispalense. (1938), Nº 1-3.

DISTRIBUCION CROMOLOGICA DEL TOTAL DE LOS NUMEROS, DE LAS REVISTAS, RECIBIDOS ENTRE 1924 - 1936



GRAFICA - 1

DISTRIBUCION CROMOLOGICA DE LOS NUMEROS, DE LAS REVISTAS, RECIBIDOS EN CADA VOLUMEN/AÑO DURANTE LA GUERRA CIVIL



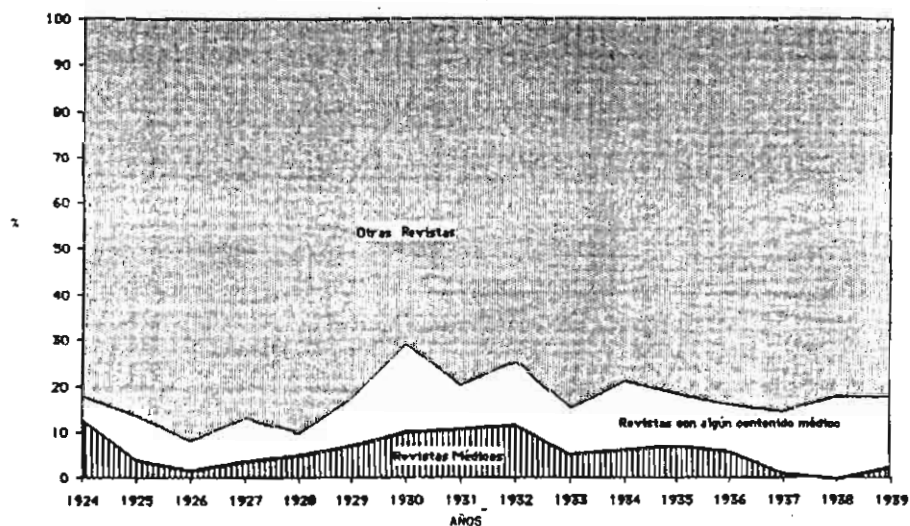
GRAFICA - 2

DISTRIBUCION CROMOLOGICA DE LOS NUMEROS, DE LAS REVISTAS, RECIBIDAS ENTRE 1924 - 1936



GRAFICA - 3

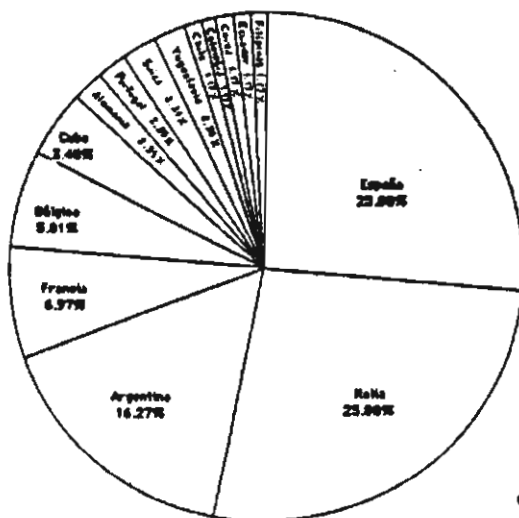
DISTRIBUCION CROMOLOGICA Y PORCENTUAL DE LOS NUMEROS, DE LAS REVISTAS, RECIBIDAS ENTRE 1924-1936, SEGUN SU CONTENIDO



GRAFICA - 4

DISTRIBUCION GEOGRAFICA Y PORCENTUAL DEL TOTAL DE NUMEROS, DE LAS REVISTAS CON ARTICULOS MEDICOS, RECIBIDOS ENTRE

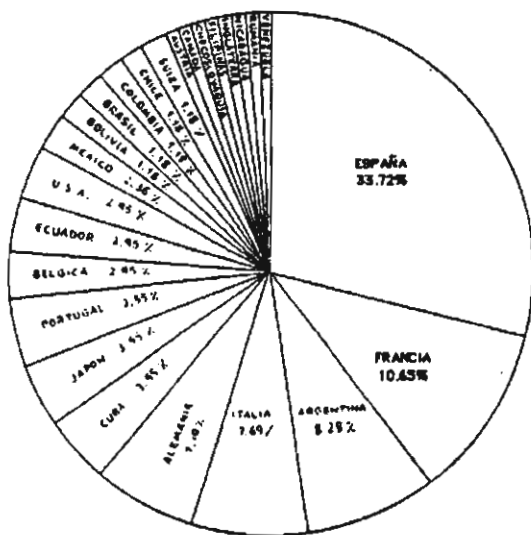
JULIO DE 1936 Y ABRIL DE 1939



GRAFICA - 5

DISTRIBUCION GEOGRAFICA Y PORCENTUAL DEL TOTAL DE NUMEROS, DE LAS REVISTAS CON ARTICULOS MEDICOS, RECIBIDAS ENTRE

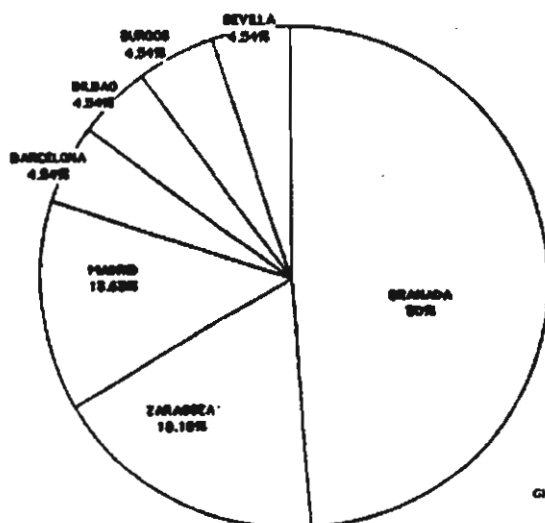
1924 - 1936



GRAFICA - 6

DISTRIBUCION GEOGRAFICA Y PORCENTUAL DEL TOTAL DE LOS NUMEROS, DE LAS REVISTAS ESPAÑOLAS CON ARTICULOS MEDICOS.

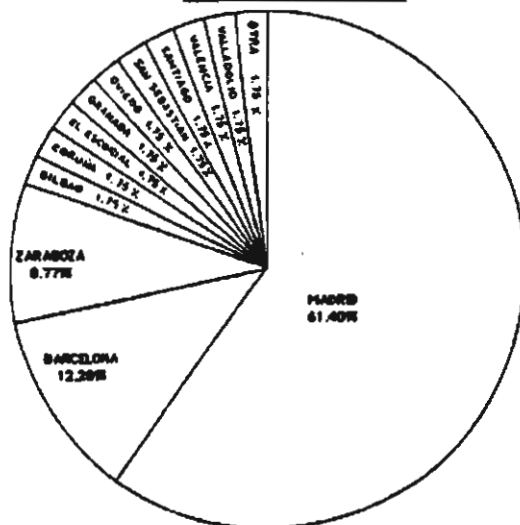
RECIBIDOS ENTRE JULIO DE 1936 Y ABRIL DE 1939



GRAFICA - 7

DISTRIBUCION GEOGRAFICA Y PORCENTUAL DEL TOTAL DE LOS NUMEROS, DE LAS REVISTAS ESPAÑOLAS CON ARTICULOS MEDICOS.

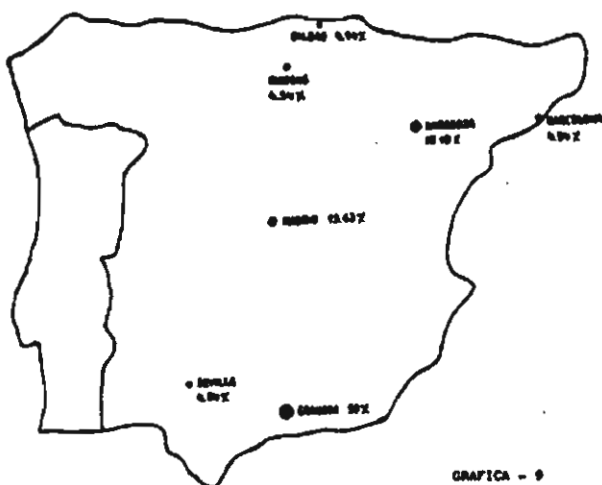
RECIBIDOS ENTRE 1924 - 1936



GRAFICA - 8

DISTRIBUCION GEOGRAFICA Y PORCENTUAL DEL TOTAL DE LOS NUMEROS, DE LAS REVISTAS ESPAÑOLAS CON ARTICULOS MEDICOS

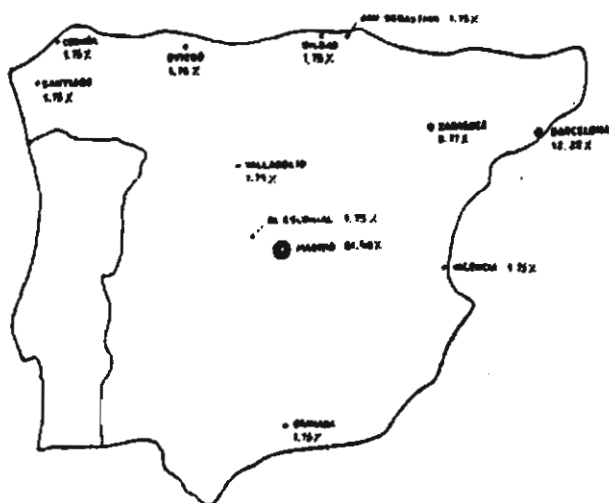
RECIBIDOS ENTRE JULIO DE 1936 Y ABRIL DE 1939



GRAFICA - 9

DISTRIBUCION GEOGRAFICA Y PORCENTUAL DEL TOTAL DE LOS MUESTRAS, DE LAS REVISTAS ESPAÑOLAS CON ARTICULOS MEDICOS.

RECIBIDAS ENTRE 1924 - 1936

**GRAFICA - 10**

LA MEDICINA SEGUN LA OPTICA NACIONAL SINDICALISTA: I. RICARDO HORNO ALCORTA.

Bujosa i Homar, F.; Moreno i Vernis, M.

Departamento de Historia de la Medicina. Universidad de Zaragoza.

Como decíamos en la anterior comunicación el trabajo que ahora presentamos puede enmarcarse dentro de los supuestos de lo que ha venido a denominarse como sociología del conocimiento científico. Es esta una orientación en la que confluyen las tendencias más modernas de la historia de la ciencia, de la sociología de la ciencia y de la epistemología científica, y que tiene como punto de partida la creencia que el conocimiento científico está construido socialmente. Afirma, en consecuencia, que para entender lo que son las doctrinas científicas es imprescindible conocer los "pactos" de poderes y de saberes que han hecho posible su origen y su aceptación en la comunidad científica. Sin embargo, a decir verdad, hasta ahora, es necesario reconocer que, salvo algunas raras excepciones, las expectativas despertadas han sido mucho mayores que los logros conseguidos.

Nuestra intención se limita, en este trabajo, a aportar algunos materiales a la parcela de la sociología del conocimiento científico dedicado al estudio de las relaciones entre ideología política e ideología científica. Más en concreto queremos examinar tres artículos que, en un año tan significativo como el de 1937, aparecieron en Zaragoza publicados por la revista Universidad. Los tres tuvieron en común haber sido discursos que se leyeron en la Academia de Medicina de Zaragoza y estar dedicados a analizar el estado de la ciencia médica en tres países tan significativos, sobre todo en aquellos tiempos, como Italia (1), Alemania (2) y Portugal (3). Tan patognomónica elección y el hecho de aparecer en Zaragoza, zona nacional, como es sabido, en aquellos tiempos, justifican de antemano el título de nuestra comunicación.

El primero en aparecer de los tres citados artículos

fué el dedicado, tal como rezaba su título a la "Medicina Italiana: sus hombres y sus conquistas". A él dedicaremos esta primera comunicación, pero conviene que ofrezcamos antes un pequeño resumen biográfico de su autor, Ricardo Horno Alcorta. Lo haremos basado en los datos que aportan Fernando Zubiri Vidal (4) y Miguel Horno González (5).

Horno Alcorta nació en Illueca el 4 de octubre de 1883. Fué hijo de un modesto empleado de la Recaudación de Contribuciones. Estudió medicina en Zaragoza, licenciándose con un excelente expediente en 1906. Tras ejercer la medicina rural, en 1909 ganó por oposición una plaza de médico de guardia en el Hospital de Nuestra Señora de Gracia. Más tarde se doctoró en Madrid y obtuvo, por oposición, la plaza de profesor auxiliar de Ginecología y Obstetricia de la Facultad de Medicina Gaditana. De regreso a Zaragoza fué encargado de esta disciplina hasta 1932 en que pidió la excedencia. Durante este tiempo tomó contacto con los profesores, Faure, Opitz, Bumm, Waruekros, Forque y Weibel, traduciendo algunas de sus obras al castellano. Se dedicó, posteriormente, de lleno al cultivo clínico de su especialidad, creando su propia clínica que se llamó Sanatorio de Nuestra Señora del Carmen. Ingresó, en 1929, en la Academia de Medicina, de la que fué nombrado, en 1937, vicepresidente y, en 1943, presidente. Murió en 1948.

Horta Alcorta dedicó gran parte de su actividad al periodismo médico. En 1905 fundó Clínica y Laboratorio importante revista médica zaragozana que le sobrevivió. La publicación quincenal, Opinión Médica, y La Mujer y el Niño fueron otras dos revistas creadas personalmente por Ricardo Horno. En este mismo campo, es necesario señalar que Horno Alcorta fué presidente honorario de la Asociación Nacional de Escritores Médicos, y de la Asociación de la Prensa Médica Española. Fué también nombrado vicepresidente del comité permanente de la Presse Medicale Latina.

Horno Alcorta participó activamente en política dentro de la tendencia monárquica y conservadora. Fué presidente del Partido Conservador de Antonio Maura en Zaragoza. En 1919, el gobierno del mallorquín le nombró delegado regional de Primera Enseñanza en Zaragoza.

Llegó a ser Alcalde de Zaragoza, tiempo en el que impulsó los proyectos de pavimentación, reorganización de la beneficencia municipal y erección del edificio de Correos. Cesó en la alcaldía junto con toda la corporación en protesta contra la huelga de 1920. Durante la República fué presidente, en Zaragoza, del partido monárquico, Renovación Española.

El artículo de Horno Alcorta que vamos a comentar fué dado como conferencia, en la Academia de Medicina de Zaragoza, en la sesión extraordinaria celebrada el 31 de marzo de 1937. Luego, en una versión seguramente ampliada, fué publicada en la revista Universidad en el número 2 del año XIV, correspondiente a los meses de abril, mayo y junio de 1937. Llevaba, como dijimos antes, el título de "La Medicina Italiana: sus Hombres y sus Conquistas". En dicho artículo se pueden distinguir sucesivamente las siguientes partes: 1) Las razones por la que da la conferencia. 2) Breve esquema de la evolución del pensamiento médico. 3) La importancia de las universidades italianas y su clasificación. 4) Análisis de la historia y la actualidad de los estudios médicos en 22 Universidades italianas. 5) La prensa médica italiana. 6) La labor científico-médica italiana. 7) La obra nacional de la maternidad y de la infancia italianas. 8) La salubridad del campo y la lucha contra la malaria y 9) La campaña antituberculosa.

Conviene que digamos de antemano, que la hipótesis central de nuestro análisis es que, en el texto que analizaremos, Ricardo Horno Alcorta mostró una rápida, notable y bien estructurada asimilación de la ideología fascista y que, en consecuencia, el citado artículo es un excelente material para intentar un resumen de lo que fué dicha ideología en lo que respecta a la medicina y la universidad.

Las primeras líneas del artículo las dedicó, Horno, a exponer los motivos que le habían impulsado a elaborar el discurso que iniciaba. Resaltaba entre ellos: la vejación que había sufrido la patria, el hecho paradójico de que quienes más querían a la patria, pasaban ahora como rebeldes, la importante ayuda que los verdaderos patriotas habían recibido de Italia, Portugal y Alemania, el hecho innegable de que España era hija de Italia, que le había transmitido

el amor a la familia, al Municipio, la Provincia y al Estado, y, por último, el gran esfuerzo que estaba haciendo Italia en el campo de la ciencia y la medicina. Horno Alcorta veía claro que era importante, en aquel momento, poner los ojos en Italia porque "España, durante estos mismo años, carente de autoridad y carente de conciencia nacional no logró más que una defensa ficticia, una burla trágica al amparo de la cual cargaba sobre el Estado una amplia nómina de los familiares de la política democrática. Pero la obra política, la obra social, hoy más que nunca imprescindible, está por hacer todavía. Hoy que la conciencia nacional resurge prepotente; hoy que España, despertando de su letargo se ha puesto en pie y afirma su decisión de vivir, hay que de nuevo se afianza y fortalece el respeto a la autoridad miremos con amor la obra de Italia; y tomando de ella, como hace siglos, sus virtudes trácese con recios caracteres el programa médico-social que sirva para que nuestro pueblo vuelva a adquirir toda la fortaleza física y espiritual que poseía cuando España imperaba en el Mundo" (6).

En nuestro intento de mostrar la estructura ideológica de Horno en aquellos momentos debemos comenzar por referirnos al papel que a la ciencia correspondía según la ideología fascista. Horno asumirá íntegramente, citándolo textualmente, la opinión de Mussolini de que la ciencia debe estar subordinada a la religión y a la filosofía pues existen importantes zonas de conocimientos que están veladas a la ciencia. "Ama -dirá Horno refiriéndose a Mussolini- a la ciencia puesto que ella tiende al máximo fin, pero la enjuicia así, 'no creo -son ya palabras de Mussolini- que la ciencia pueda llevar a explicar el por qué de los fenómenos y, por tanto, quedará siempre una zona de misterio, una pared cerrada. El espíritu humano debe escribir sobre esta pared una sólo palabra: Dios. Por tanto, a mi juicio no puede existir un conflicto entre ciencia y fe. Son, éstas, polémicas de hace veinte o treinta años; pero creo que nosotros, los de esta generación, estamos hace tiempo más allá de estas cosas. La ciencia tiene un campo, el del espíritu. Alguien decía ¿qué vale toda la filosofía de este momento si no enseña a sufrir un mal?.

Existe una zona reservada más que a la investigación, a los supremos fines de la vida. Por lo tanto, la ciencia parte de la experiencia, pero desemboca fatalmente en la filosofía y, a mi juicio, sólo la filosofía puede iluminar la ciencia y llevarla sobre el terreno de la vida Universal'. Quien así entiende -habla de nuevo Horno Alcortala ciencia, quien así respeta su pasado, quien así ama la religión forzosamente tenía que amar la Universidad romana y tenía que sentir la necesidad de su engrandecimiento" (7).

Respecto a la medicina Horno pensaba que era coetánea de la Humanidad y los médicos eran los sucesores en el cuidado de las enfermedades de los hechiceros y curanderos. La evolución de las bases epistemológicas del conocimiento médico las expresó, Horno, con cierta confusión: "Desde que la Medicina inicia sus albores que son los mismos de la humanidad, los que a su cultivo se dedican, se agrupan para el estudio y la práctica de sus principios. Primero es una medicina instintiva, de imitación; más tarde consciente, de aplicación; de ella nace la teoría y de la teoría de (sic) la experimentación. Y primero son los enfermos sus propios médicos, y, más tarde, conforme los recursos aumentan, se hace privilegio de unos pocos; y estos pocos son, primero, los hechiceros, más tarde, los sacerdotes, y por último, los médicos" (8). Tres eran las grandes etapas en las que podía esquematizarse el progreso médico: la anatómica, la macroscópica y la social.

Para la consecución de la nueva sociedad, la universidad y la ciencia eran dos armas clave, como también lo era para la propagación imperialista del nuevo orden. Así, cuando se refiera a la Universidad Adriática, Horno dirá "Y por fin en Enero de 1925 se inaugura la 'Universidad adriática Benito Mussolini', que tiende su mano al resurgir de la Ciencia Italiana y a penetrar también con las armas de la ciencia en los países del Oriente" (9). En estas conquistas imperialistas, la religión y la milicia deben darse, según Horno, la mano. La imagen propia del fascismo de ángeles armados la expresará claramente el referirse a los jesuitas y a los virreyes como elementos claves para el dominio de las tierras conquistadas: "Acabamos de

ver en la Universidad de Palermo, cómo España, al perderse el poderío aragonés defiende su obra cultural digna de permanencia. Emplea dos medios para esta defensa, dos medios que explican todo el mecanismo del Imperio español: la Compañía de Jesús y el Virreinato. España, la España ecuménica, está entonces continuando en algún sitio, creando en casi todo el mundo la Hispanidad. España no puede dejar que se pierda ni una sólo de las obras de Castilla o de Aragón; es más, tiene que acrecentarlas, que superarlas, que darles rango imperial. Pero para ello le es preciso que el instrumento empleado en esta forja imperial sea digno de ella; está convencida de que la 'vida es milicia', de que 'ser es defenderse', de que 'todos los hombres pueden salvarse', instrumentos capaces de hacer política con estas ideas no se encuentran sino entre los hombres de espíritu, es decir, entre los místicos y entre los caballeros. Ejemplo de los primeros fué el jesuita; de los segundos, el Virrey y el Oidor. El jesuita era el único sacerdote que tenía de la religión un concepto militar; el virrey era el propio militar. El jesuita tiene la ley de amor y de justicia en su regla; el virrey en su honor y en las leyes imperiales. El jesuita, por ser misionero, es ya un propagandista; el virrey tiene la propaganda en el cumplimiento tajante a veces, a veces misericordioso, de la ley. Y por esto, en ese supremo conjunto de tierras que fué la Hispanidad, nada de lo antiguo se perdió y todo lo bueno fué conservado y mejorado. Y el jesuitismo suple a veces la falta de talento aragonés como en esa Universidad de Palermo; la supera, otras, como en Messina, creando la Universidad negada por Alfonso el Magnánimo; la secunda siempre favoreciendo el desarrollo de la cultura en toda Italia" (10). Apenas hace falta subrayar que en estos párrafos se trasluce ya unos prejuicios que se convierten en tópicos del fascismo español: la exaltación retórica de la Hispanidad, la identificación de España con Castilla, a la que Horno, por motivos obvios, añadía Aragón, no sin mostrar, quizá como compensación, un cierto sentimiento de inferioridad provinciana.

La ciencia y, en concreto, la medicina eran dos instrumentos, pues, que debían acompañar a las armas, en el sueño imperialista

y colonizador que mantuvo el fascismo. Horno la repitió unas cuantas veces: "Ejemplo admirable es Libia, Trípoli, Eritrea y actualmente la Etiopía, en la que a la vez que las armas mortíferas abrían el camino de la conquista, la ciencia de los colonizadores que los emancipaban de la esclavitud iba destruyendo las enfermedades que la barbarie sostenía, y que el esfuerzo de los médicos italianos había en gran parte logrado conocer y vencer con sacrificios sin cuento" (11).

La Universidad y el Estado eran según Horno, dos instituciones que se necesitaban mutuamente, y, así, al hablar de la Universidad de Padua se refería, una vez más, a Mussolini y decía: "Y que en Padova, emocionado ante esta Universidad, gloria del saber, es donde siete meses después de la "Marcha sobre Roma", el 1º de Junio de 1923, dice Mussolini: '¿Menospreciar las Universidades?. Sería no sólo absurdo, sino delictuoso. Mientras existan estos jóvenes y estas Universidades, la Nación no puede perecer. La nación no puede llegar a ser esclava porque las Universidades quebranten los cepos, no creando otros nuevos... El Gobierno cuenta con las Universidades porque, también las Universidades son firmes y gloriosos puntales en la vida de los pueblos" (12). El Estado según Mussolini, -según también, Horno, que lo cita generosamente- debe garantizar el orden y la jerarquía: "El amor del Duce -dice Horno- por la Universidad está bien esculpido sus cotidianas manifestaciones: 'El fascismo, dice Mussolini, no es sólomente legislador y fundador de instituciones, sino educador y promotor de vida espiritual. Quiere rehacer no las formas de la vida humana, sino el contenido, el hombre, el carácter, la fe. Y a este fin quiere disciplina y autoridad que profundice en los espíritus y los domine incontrastada" (13). Esta idea central del fascismo de querer más que una nueva sociedad, un hombre nuevo la repetirá Horno varias veces acudiendo siempre a las palabras de Mussolini: "Y es -dice Horno- que el fascismo italiano 'quiere al hombre activo y empeñado en la acción con todas sus energías; lo quiere virilmente sabedor de las dificultades que existen y pronto a afrontarlas. Concibe la vida como la lucha pensando que corresponde al hombre conquistarla la que sea verdaderamente digna de él, creando

Aunke todo en sí mismo el instrumento (físico, moral, intelectual) para edificarla, así para la Nación, así para la Humanidad. De aquí el alto valor de la cultura en todas sus formas (arte, religión, ciencia) y la importancia grandísima de la educación. De aquí también el valor actual del trabajo con el que el hombre vence la naturaleza y crea el mundo humano (económico, político, moral, intelectual)'. Así dice Mussolini y así obra como vemos al crear en Bari la Universidad que el pueblo pide para su perfección. Y Bari, fiel al principio fascista de "vencerá quien quiera vencer" quiere y vence. Y aunque, como dijo Pende, 'no hay parto sin dolor', ¿qué significan los dolores pasados ante la gloria de la victoria, cuando ella es la que asiste y sostiene la vida?. Y los hechos demuestran la justicia de la obra, y sus aulas y sus laboratorios se llenan de estudiantes albaneses, búlgaros, rumanos, egipcios, griegos... y así se cumple la función de irradiación cultural en los países sobre los que Italia ejerce acción" (14).

Un elemento clave para entender la función que la medicina tendría dentro el "nuevo orden" es considerar que el fascismo invertiría uno de los supuestos básicos de la medicina social progresista. Esta última afirmaba que muchos problemas aparentemente médicos eran en realidad problemas políticos. El fascismo afirmará, a revés, que son los problemas políticos los que se pueden -se deben- entender como meros problemas médico-sociales: "La Vieja Medicina individual -escribió Horno- como la vieja política toma, (en Italia), nuevos bríos y adquiere nuevo aspecto; comienza su concepción universal trasformando los problemas políticos en problemas médico-sociales. Y afronta, serena y científicamente, el urbanismo, la higiene rural, la lucha contra la tuberculosis, la salubridad del campo, la colonización, las enfermedades profesionales, etc. colocando sobre todo ello el ciudadano de la maternidad o fuente de la vida y de la infancia. Y todo ello fundado en la fisiología y la patología social para realizar la terapéutica preventiva que ha de lograr la redención espiritual y social del pueblo italiano" (15). Esta organización médico-social debe hacerse basado en una jerarquía, control y autoridad absolutos:

"Italia que casi es la última en comenzar esta labor, se halla hoy en la vanguardia de todos los países y su obra causa admiración y estupor en el ambiente científico del mundo entero. Ello ha podido lograrse porque cuenta con una autoridad jerárquica central, absoluta, indiscutible y amada por el pueblo; por su potente organización financiera y por sus numerosos y bien organizados servicios" (16).

No cabían pues actitudes críticas o dubitativas: la autoridad debía tener mano dura y los súbditos obedecer, ciegamente incluso, las órdenes. Por eso dirá Horno al referirse a la lucha italiana contra las enfermedades: "A enemigos como la tuberculosis, la malaria, la mortalidad infantil sólo puede vencérseles de este modo: con dinero y con una mano férrea que a todos obligue al cumplimiento inexcusable del deber. Y los italianos, íntimamente convencidos de ello, aportan su dinero y obedecen ciegamente a la voz de mando" (17).

El sentido de la vida como lucha era tan bien asumido que incluso el trabajo y el amor por la vida necesarios para la "lucha" contra la malaria eran vistos, aunque fuera como metáfora, como una guerra: "Y el Duce sintiendo este deber (la lucha contra la malaria) lo afrontó y lo ha resuelto, demostrando al mundo que los guerreros italianos saben manejar también el fusil como el arado, y que sin desdeñar el combate de las armas con la muerte, prefieren esta guerra de trabajo y de amor por la vida" (18). Esta malaria junto a la tuberculosis fueron los dos grandes problemas que en pocos años, según Horno, resolvió el fascismo.

Si hasta ahora hemos visto el núcleo de la ideología que expresó Horno Alcorta, nos queda únicamente hacer mención al gusto por la parafernalia, tan propio del fascismo, y que contagió, también, a nuestro autor. Así cuando hable de la Universidad de Florencia subrayará el tiempo en que los estudiantes vestían uniforme y formaban las banderas: "Seguían los escolares de las cinco Facultades -dirá- con sus estandartes, con el vestido especial de negro llamado el paño de la honestidad, cuyo traje debía vestir todo escolar fuese quien fuese (Duque, Marqués, Obispo o Cardenal) por prescripción rigurosa estatutaria, so pena de privación de todo privilegio o de

imposibilidad de frecuentar las aulas" (19). Pero no sólo fueron las indumentarias los signos externos que pretendía -y consiguió- cambiar el fascismo también las metáforas tuvieron un nuevo cuño como aquella en Eugenio Montes, que recoge Hornos Alcorta a pesar del dudoso gusto que suponía llamar al Cardenal Gil de Albornoz, "Guardia Civil de Dios" (20).

No queremos acabar esta comunicación sin subrayar un hecho que nos parece fundamental. Este es que en nuestra opinión el artículo de Horno Alcora tiene cierta altura y muestra un alto grado de coherencia. Si se recuerda que fué leído el 31 de marzo de 1937, apenas siete meses después del Glorioso Alzamiento, uno debe llegar a la conclusión de que o estas ideas no eran en absoluto nuevas para Horno, o que el ginecólogo asimiló con gran rapidez los nuevos vientos -o vendavales- que aquel año ampezaban a dominar.

NOTAS.

- 1.- HORNO ALCORTA, R. (1937), La medicina italiana: sus hombres y sus conquistas, Zaragoza, Universidad, 14, 2, 249-293.
- 2.- OLIVER RUBIO, F. (1937), La medicina alemana y el momento actual, Zaragoza, Universidad, 14, 4, 561-576.
- 3.- ROYO VILLANOVA, R. (1937), Elogio a la medicina portuguesa, Zaragoza Universidad, 14, 4, 561-576.
- 4.- ZUBIRI VIDAL, F. (1983), Médicos aragoneses ilustres, Zaragoza. Institución Fernando El Católico, 193-196.
- 5.- HORNO GONZALEZ, M. (1981), HORNO ALCORTA, Ricardo, en: Gran Enciclopedia Aragonesa, Zaragoza, ed. Unali, VI, p. 1.695.
- 6.- HORNO ALCORTA, R. (1937), La medicina italiana: sus hombres y sus conquistas, Zaragoza, Universidad, 14, 2, 285-286.
- 7.- Ibidem., p. 277.
- 8.- Ibidem., p. 251.
- 9.- Ibidem., p. 270.
- 10.- Ibidem., p. 262.

- 11.- Ibidem., p. 292.
- 12.- Ibidem., p. 262.
- 13.- Ibidem., p.277.
- 14.- Ibidem., p. 271.
- 15.- Ibidem., p. 285.
- 16.- Ibidem., p. 285.
- 17.- Ibidem., p. 290.
- 18.- Ibidem., p. 288.
- 19.- Ibidem., p. 257.
- 20.- Ibidem., p. 259.

LA MEDICINA SEGUN LA OPTICA NACIONAL-SINDICALISTA: II. FRANCISCO OLIVER RUBIO Y RICARDO ROYO VILLANOVA.

Bujosa i Homar, F.; Moreno i Vernis, M.

Departamento de Historia de la Medicina. Universidad de Zaragoza.

Casi un mes después de la conferencia dada por Horno Alcorta, que veíamos en la comunicación anterior, leía en la misma Academia de Medicina de Zaragoza D. Francisco Oliver Rubio un discurso titulado "La Medicina alemana y el momento actual". Este discurso sería publicado en el número de la revista Universidad correspondiente a los meses de julio, agosto y septiembre. El análisis de este texto puede aportar, creemos, algunos materiales para nuestro intento de estudiar la ideología médica del nacional-sindicalismo. Pero conviene, antes, que dediquemos un pequeño apunte biográfico a la figura de Francisco Oliver Rubio.

Según cuenta Fernando Zubiri (1), Francisco Oliver Rubio nació en Buñuel, provincia de Navarra, en 1887. Cursó la carrera de medicina en Zaragoza y obtuvo, en Madrid, el título de doctor en 1913. Un año antes había obtenido una plaza de profesor auxiliar de Clínica Médica de la Universidad de Zaragoza. En 1940 fué nombrado encargado de la misma, así como de Historia de la Medicina, por la cual sentía gran afición. En 1950 alcanzó la presidencia de la Real Academia de Medicina de Zaragoza. A parte de su actividad como científico, Francisco Oliver fué personaje enormemente popular en Zaragoza, donde todavía es recordado con gran cariño así como sus célebres frases como "Que lo más frecuente es lo más frecuente", "Que una enfermedad no excluye la otra", "Que los síntomas graves indican gravedad" o "Que cuando un enfermo se queja, algo tiene".

Francisco Oliver trabó amistad con muchos historiadores de la medicina, españoles y extranjeros, fué colaborador de varias revistas médicas y Redactor Jefe de La Especialidad Práctica y de Clínica y Laboratorio. Murió el 21 de octubre de 1973, a la edad

de 85 años.

Para entender el clima en el que fué redactado y leído el artículo que comentamos quizá sea útil decir que, tras una breve introducción, Francisco Oliver pasó a leer largos párrafos en alemán que luego fueron traducidos al castellano y, tras los cuales, antes de que Oliver continuara su discurso, un sexteto interpretó el himno alemán y el himno español. Los párrafos en cuestión decían: "España, que forjó en el pasado una cultura, conquistó pueblos y descubrió mundos nuevos, quiere en estos días honrar a la Ciencia alemana y reconocer a sus sabios médicos como grandes bienhechores de la Humanidad. En estos días en que nuevos horizontes se abren para el glorioso porvenir de nuestra Patria, asociémonos a Alemania, la que tantas enseñanzas ha dado al Mundo. ¡Arriba Hitler!. ¡Arriba Alemania!. (2).

Dos fueron los ingredientes de la ideología nazi que encontraron eco en el Francisco Oliver de aquellos tiempos. El primero fué la condena del romanticismo como sentimiento opuesto a la energía y la virilidad que preconizaba el nuevo estilo de pensar y hacer: "Durante el siglo XIX hasta Sadowa, el estudiante alemán aparece envuelto en poesía. Uno se lo imagina fumando su larga pipa de porcelana, bebiendo sus prolongadas series de vasos de cerveza, conviviendo con sus camaradas y perdido en disquisiciones metafísicas o soñando en tiernos recuerdos amorosos. Era un Werther, al menos que no fuera un Novalis....Sadowa batalla ganada por los prusianos a Austria, revela en toda la juventud alemana y principalmente a la prusiana, una disciplina y una energía. Desaparece Novalis y el romanticismo y se desarrolló una energía viril que hace decir a los franceses que las universidades y los maestros alemanes ganaron la guerra franco-prusiana del 70" (3).

El otro elemento que asimiló fué el racismo y el uso de la ciencia como base de una práctica eugenésica tendente a la mejora genética a fin de conseguir un pueblo laborioso y, primordialmente, disciplinado. Oliver, cuyo aspecto y cuyos apellidos, poco tenían que ver con el ideal germánico, encontró en Wirchow un ilustre pionero

de esta mentalidad racista: "Durante la guerra franco-prusiana del 70 -dirá- una granada cayó en el Museo de Historia Natural de París. Los franceses, entonces, por boca de Quitrefages, dijeron que los alemanes no eran germanos, que los prusianos eran una raza oriunda de los mongoles. Ante esta injuria, el Profesor Wirchow en unas pocas semanas, hizo millares de mediciones antropométricas y estudios raciales, para poner en claro las características germanas de los prusianos en cuanto a índices cefálicos, coeficientes antropométricos, color del pelo, estudio de los ojos, etc. etc.; en estos estudios fué un precursor de Hitler" (4).

No sólo en Wirchow tenía, según Oliver, ilustres precedentes el racismo y la eugenesia nacional-sindicalista, entre ellos también incluía a hombres como Mendel, Haeckel o Weissmann: "Preocupa grandemente el problema de la pureza de la raza. La eugenesia ha adquirido en Alemania gran predicamento y desde hace ya unos años la esterilización es obligatoria para aquellos que tiene una tara orgánica o un defecto físico que puede transmitirse por herencia. El Kaiser Wilhem Institut constituye desde hace muchos años, un centro de investigación científica de gran fama y a él se dirigió el Fuhrer para que le diese las bases científicas para su lucha por la pureza de la raza germana. El profesor Verschner se dedica al estudio de la herencia valiéndose del gran material científico de investigación y experimentación que posee. El Doctor Abel estudia también las características de impresiones digitales y otros médicos lo de los grupos sanguíneos. El Doctor Achin Von Arnin, de la Escuela Politécnica estudia la selección para llegar a determinar el arquetipo ario. Todos estos trabajos científicos actuales tienen el fundamento de aquellas investigaciones que en el siglo pasado se iniciaran desde las observaciones del Abate Mendel, pasando por los estudios de Haeckel; Augusto Weismann de Francfort; Heiring de Saponía; M. Fischer, Hertwing, Boveri y Loeb, que aunque ha trabajado en el Rockefeller, era oriundo alemán y fué profesor de Alemán.... La pureza de la raza, buscando con la selección biométrica y genética del pueblo, los mejores elementos para conseguir una individualidad con caracteres no sólo somáticos, sino también psíquicos,

morales e intelectuales, que permitan hacer un pueblo disciplinado, laborioso y consecuente en sus deberes para con la colectividad y para la Humanidad en general, dispuestos siempre al sacrificio en bien de todos" (5).

No es extraño con los antecedentes que acabamos de citar que Oliver creyera que la raza alemana estaba ya más capacitada que las otras para practicar la medicina y desarrollar la ciencia. Las admirables definiciones y las sistemáticas clasificaciones que hacían los alemanes serían dos de las muestras más destacadas de esta especial predisposición de la raza. Tampoco es ilógico que en su pensamiento incluyera algunos ramalazos del darwinismo que había incorporado el nacional-sindicalismo: "La enseñanza de la Medicina alemana tiende por caracteres racionales a la originalidad y está orientada hacia el predominio del mejor seleccionado, matizada también por estas tres cualidades: Wehrstand, Lehrstand, Nahrstand (defensa, aprender y crecer), es decir, sentimiento de protección, idea de perfeccionarse y de crecer, juntando todo esto con la singular firmeza de la raza para definir científicamente y clasificar con método" (6).

LA MEDICINA PORTUGUESA, SEGUN RICARDO ROYO VILLANOVA.

El 31 de mayo de 1931 se pronunciaba una nueva conferencia, en la Academia de Medicina, dedicada esta vez a la medicina portuguesa. El responsable era Ricardo Royo Villanova que en aquel entonces ostentaba la Presidencia de la citada Academia (7).

La compleja y ajetreada vida de Ricardo Royo Villanova (8) se puede intentar resumir, para nuestro fin, diciendo que nació en Zaragoza en 1868. Se licenció en Medicina en 1889 y poco después, obtuvo la licenciatura y el doctorado con premio extraordinario. En 1894 consiguió la cátedra de Patología Médica de la Universidad de Zaragoza, de la que fué rector electo entre 1914 y 1923, año en que Primo de Rivera, a pesar de ser amigo suyo, le retiró este cargo de senador. Este sería el inicio y una larga serie de incidentes políticos que culminarían con una orden de destierro de seis meses en Amuécar. Murió en Zaragoza en 1943. El estudio de la obra científi-

ca, literaria y política de Ricardo Royo Villanueva necesita un tiempo que imposibilita en estas circunstancias, de una comunicación a un congreso, cualquier intento de síntesis. Nos limitaremos a comentar, como ya dijimos, el citado discurso que fué publicado en el volumen correspondiente a los meses de octubre, noviembre y diciembre de 1937 de la revista Universidad.

El artículo de Royo Villanova es mucho menos rico y sistemático que el de Horno Alcorta y menos expresivo que el de Oliver Rubio. Sin embargo, hay algunos aspectos que son dignos de destacar. El primero tiene relación con el supuesto de que la visión que de la realidad tenemos, incluso sobre las materias aparentemente más objetivas está condicionada por nuestros prejuicios ideológicos o políticos. Así, Royo Villanova reproduce la opinión del Profesor Lopo de Carvalho de que el alejamiento de la reina Amelia y la llegada de la república había producido un aumento de la mortalidad y morbilidad por tuberculosis. Royo Villanova decía que había observado el mismo fenómeno en España y en Zaragoza: "Desde 1931, la Dirección de la Lucha Antituberculosa es encomendada al Profesor Lopo de Carvalho, catedrático de Clínica Médica de la Facultad de Medicina de Lisboa, quien al tomar posesión de su cargo confiesa que desde el advenimiento de la República y el alejamiento de la Reina Amelia, creadora y protectora de la Asistencia Nacional a los Tuberculosos, la mortalidad y morbilidad por tuberculosis aumentó de una manera espantosa. Lo mismo decimos nosotros por lo que se refiere a España y, en lo concerniente a Zaragoza, la diferencia entre aquellos tiempos y los actuales, hasta el glorioso Movimiento de Julio, fué verdaderamente enorme" (9). No sólo eran los datos epidemiológicos sino la Historia e, incluso, la Naturaleza los que se veían distintos a través de la óptica nacional-sindicalista: "España será el día de mañana lo que Dios y Franco-equiparación, creemos, quizá poco ortodoxa, desde el punto de vista teológico- quieran, pero consideremos que si siempre España y Portugal han estado unidas por la Providencia, por la Naturaleza y por la Historia, esta unión aparece más clara y más fraterna en el momento actual: Sanjurjo saliendo de Estoril, Franco pronunciando su luminoso

discurso; el capitán Botelho llevando en las ondas de 'las radios' y en las radios de las ondas el aliento y el amor de los estudiantes de las Universidades de Lisboa, Coimbra y Oporto trayendo a la Sevilla de Queipo el obsequio material y moral de los productos de su tierra y de su cariño hacia la nuestra; las mujeres de España enviando a la gentil "speaker" de "Radio Portugal" la imagen de nuestra Virgen y el mantón de nuestra hispanidad, constituyen nuevos lazos fraternos a que vuestra gentileza de lusitanos nos obliga y nuestra gratitud de españoles nos arrastra" (10).

Al igual que Horno Alcorta, Royo Villanova se mostró sensible a la parafernalia propia del momento. Por eso reprodujo en su discurso algunas inscripciones que quizá por lo retórico y prolijo de su estilo le llamaron vivamente la atención. Como ejemplo valga la que constaba en el atrio del pabellón principal del Instituto Portugués contra el cáncer: "Os rapidos progressos realizados de 1928 a 1933 a propaganda as publicasoes, o novo material de estudio adquirido, e indicasao do pescal médico estrangeiro, devem-se au interesse pela luta contra O Cangro de Ministro das Finansas Dr. Oliveira Salazar" (11).

Queremos acabar nuestra comunicación con una cita literal de como finalizó Royo Villanova su discurso. No es necesario subrayar que demuestra un claro ambiente de exaltación. Sí nos parece importante señalar en cambio, el hecho de que alinee a España junto a Portugal e Italia y excluya -seguramente de forma notoria en aquel momento- a Alemania: "!!Salve, Salve otra vez hermana Portugal -decía Royo- Portugal entrañable, nación gloriosa de Oliveira Salazar que, con la España de Franco y la Italia de Mussolini formas lo más destacado y glorioso de la Europa Occidenta!! ¡Viva España! ¡Viva Portugal! ¡Viva Franco! ¡Viva el general Carmona! ¡Viva el profesor Oliveira Salazar!" (12).

NOTAS.

1.- ZUBIRI VIDAL, F. (1983), Médicos aragoneses ilustres, Zaragoza,

Institución Fernando el Católico, 267-269; ZUBIRI VIDAL, F. (1981), Zaragoza, Gran Enciclopedia Aragonesa, 9, p. 2.485, ed. Unali.

2.- OLIVER RUBIO, F. (1937), La medicina alemana y el momento actual. Zaragoza, Universidad, 14, 3, p. 421.

3.- Ibidem., p. 433.

4.- Ibidem., p. 430.

5.- Ibidem., pp. 439-440.

6.- Ibidem., p. 435.

7.- ROYO VILLANOVA, R. (1937), Elogio a la medicina portuguesa, Zaragoza Universidad, 14, 2, 561-576.

8.- Noticias sobre la vida de Royo Villanova se pueden encontrar en las siguientes publicaciones: ZUBIRI VIDAL, F. (1983), Médicos aragoneses ilustres, Zaragoza, Institución Fernando El Católico; ZUBIRI VIDAL, E. (1976), Historia de la Real Academia de Medicina de Zaragoza, Zaragoza, Real Academia de Medicina; ROYO VILLANOVA, C. (1982), Gran Enciclopedia Aragonesa, Zaragoza, ed. Unali; CASTRO Y CALVO, J.M. (1968), La Universidad de Zaragoza durante la dictadura de Primo de Rivera y la segunda república, en: HISTORIA de la Universidad de Zaragoza, Madrid, ed. Nacional; CASTAN PALOMAR, F. (1934), Aragoneses contemporáneos, Zaragoza, ed. Herrein; MORENO VERNIS, M. (1986), Estudio bibliométrico de la literatura médica de la revista UNIVERSIDAD, Zaragoza, Tesis de Licenciatura, mecanografiada; CORTEJOSO VILLANUEVA, L. (1957), El profesor Royo Villanova adelantado de la fisiología, Zaragoza, Clínica y Laboratorio, abril; LACADENA, R. (1972), Vidas aragonesas, Zaragoza; Varios: Velada necrológica en honor del Excmo. Sr. D. Ricardo Royo Villanova, Zaragoza, 1944.

9.- ROYO VILLANOVA, R. (1937), Elogio a la medicina portuguesa, Zaragoza Universidad, 14, 4, p. 572.

10.- Ibidem., p. 574.

11.- Ibidem., p. 571.

12.- Ibidem., p. 576.

ORGANIZACION DE LA SANIDAD MILITAR EN EL EJERCITO DE LA REPUBLICA DURANTE LA GUERRA CIVIL ESPANOLA 1936-1939.

Soler Segon, J.R.

Facultad de Medicina. Universidad de Barcelona.

Con el alzamiento nacional del 19 de Julio se pone en marcha la máquina de guerra, en la cual las piezas han de estar perfectamente encajadas. El Ejército republicano se ve desbordado en los primeros momentos por la anarquía popular, donde la desorganización es el primer caballo de batalla contra el que tiene que luchar el gobierno.

Por un lado está la tradición española por las armas, el mantenimiento de sus colonias de ultramar en los últimos años del siglo XIX y principios del XX, van poniendo al día el Ejército Español, y entre sus servicios está el de Sanidad Militar.

En 1896 se publica el Reglamento de Sanidad en Campaña (1), con el cual se da una estructura al servicio de Sanidad Militar, pero esta no adopta realmente un papel funcional hasta que el 1897 con la reestructuración del ministerio de la guerra se crea el Servicio de Sanidad Militar (2), el cual comprendía la rama farmacéutica y la médica, así como la veterinaria militar (3).

Hasta el año 1919 se estructura y reestructura el servicio y en 1919 se crea las comandancias de tropas con sus plantillas respectivas en Madrid, Barcelona, Burgos y La Coruña (4), y en 1920 en Sevilla, Valencia, Zaragoza y Valladolid (5). El 1925 aparecen dos modificaciones importantes en el reglamento, la aparición del Reglamento para el empleo Táctico de Grandes unidades, con fecha de 10 de sep. de 1925 (6), y el Reglamento de los Servicios de Retaguardia de 23 de nov 1925 (7), en los cuales se sintetizan en cierto modo las enseñanzas ofrecidas por la Gran Guerra y sobre todo reflejadas en el Reglamento de Sanidad Militar Francés.

El 2 de oct. 1935 aparece publicado el Reglamento de

Hospitales donde quedan definidas las plantillas de los equipos quirúrgicos (8) y su distribución por los hospitales militares de la nación entrando además en funcionamiento en Madrid, en el Hospital de Carabanchel, la primera cirugía de Guerra (9) y el 9 de Oct de ese año aparece el decreto que regula los servicios del ejército (10).

Lo cierto es que en el transcurso de dos años y basados en un reglamento caduco ya en muchos aspectos, en 1936 algunos profesionales militares de la sanidad basándose en un lado en los antiguos reglamentos y por otro aportando ideas personales esbozan puntos que el cariz actual de la guerra no preveerá, tales como las necesidades de estructuras formaciones sanitarias en profundidad escalonadas y multiplicarlas en las zonas de combate (puestos de socorro, de batallón, regimentales, o de brigada y divisionarios), la gran importancia de una correcta clasificación y selección de los heridos en los primeros escalones para evitar la congestión de los superiores, perfeccionamiento de los escalones de retaguardia, así como la necesaria y correcta especialización, tratamiento y medios de transporte.

En nuestra guerra las formaciones sanitarias dependen de un cuerpo central de sanidad y acompañarán o irán destinadas a los diferentes cuerpos acompañando a las pequeñas y grandes unidades y sobre todo a las llamadas Brigadas Mixtas formaciones que disponían de varios batallones incluidas compañías de sanidad. Otro dato a destacar muy por encima son las formaciones sanitarias de las brigadas internacionales, las cuales estaban compuestas generalmente por médicos de la misma nacionalidad, y teniendo su propio dispositivo de Hospitales de Evacuación, de Retaguardia y de Convalecientes.

Iniciada la Guerra la organización de cuerpos de servicio no se hace esperar además con fecha de 31 de oct aparece un decreto por el cual se modifican todas las divisas y distintivos de este ejército de la república, pasando a ser estos distintivos en jefes y oficiales una estrella roja de cinco puntas y a los lados de la misma unas barras rojas de distinto grosor, en contraposición con las estrellas de ocho y seis puntas para jefes y oficiales del ejército nacional o fascista (11) (12).

La dirección del cuerpo de Sanidad militar estaba a cargo de un General (en el ejército republicano sólo hay un grado de general en el nacional varios) que está subordinado al Ministerio de la Guerra y al Alto Estado Mayor del Ejército, a través de los cuales se organizan y planifican los movimientos de tropas, cuerpos de ejército, divisiones y demás. Bajo este mando estaban un Intendente General de Sanidad y un Comisario General de Sanidad. Estos a su vez disponían de los servicios de estadística (bajas, altas, heridos, inválidos, muertos, etc.), propaganda (dependiente del Ministerio de Propaganda a través de la cual se llevaba una labor informativa sobre higiene y profilaxis en el frente), cartografía (indispensables para el movimiento de tropas e instalaciones de equipos, hospitales de campaña, etc.), proyectos y organización de este ejército.

Inmediatamente debajo y bajo las órdenes del General del Cuerpo de Sanidad Militar aparece la superestructura de la organización de los servicios:

- Servicios Especiales, aviones al mando de un Tte. Coronel.
- Servicio de Evacuación (mando con control de ambulancias) bajo la dirección de un Tte. Coronel.
- Servicios de Hospitales, al mando de un Coronel.
- Jefatura de Personal, al mando de un Coronel.
- Servicios de Higiene, con las secciones de: defensa antiguas, abastecimiento de agua, control de alimentos, vestuarios laboratorio central, todo al mando, de un Tte. Coronel.
- Parque móvil (capacidad para comprar material), al mando de un Tte. Coronel.
- Servicios de Farmacia Militar: compras de material, estadística, compra de medicamentos, al mando de un Tte. Coronel.
- Servicios de veterinaria, sin mando fijo.

Los escalafones de cada cuerpo hacen referencia a las diferentes disposiciones de las fuerzas, en tiempo de guerra estos escalones están en relación con los de combate y se clasifican en:

* Servicios de División y Cuerpos de Ejército que corresponden a la línea, y van desde la primera línea hasta el acantonamiento de las

grandes unidades.

* Servicios de Ejército donde funciona las unidades de retaguardia.

* Zona de Etapas, donde están los órganos de abastecimiento, evacuación, es una zona que no se divide.

Así pues el servicio de Sanidad se amolda a esta estructura de combate en forma de batallones, brigadas, divisiones y cuerpo de ejército, en zona de retaguardia los hospitales de etapas o de evacuación, hospitales provisionales, hospitales militares. En la zona de interior funcionan los hospitales permanentes y los eventuales. En las brigadas vienen representados por el llamado escalón regimental, en estos la Sanidad está a cargo de cada cuerpo, estando dirigida en cada caso por los oficiales destinados en los mismos y estando subordinados a los mandos de los cuerpos a los que prestan servicios, tienen a su cargo las ambulancias de este escalón.

Este escalón está formado por:

- Infantería: brigadas de la línea, batallones de montaña, carros ligeros de combate, ciclistas, batallones de ametralladoras, escalón ligero del parque divisionario.
- Caballería: regimiento de cazadores, grupo de autoametralladoras, cañones.
- Artillería: ligera, de montaña, cuerpos a caballo, pesados, grupo DECA (Defensa Especial Contra Aeronaves), información, cuerpos divisionarios y cuerpos de ejército.
- Ingenieros: zapadores, transmisiones, aeroestación, ferrocarriles, fontaneros, alumbrado e iluminación.
- Intendencia: grupos divisionarios.

Los oficiales médicos destinados a cada unidad iban con el movimiento de estas. En el momento del combate y en la línea de fuego había la recogida de heridos (escalón de fuego) y cuando lo permitía el cese de las hostilidades, había la reunión en los puestos de concentración y evacuación posterior de los graves a los puestos de socorro.

El proceso en escalón se estructura:

- 1º) Recogida de los heridos por los camilleros a los cuales se les

estaba prohibido hacer cualquier cura, esta era hecha por primera intención por los practicantes.

2º) Puesto de socorro de batallón: al mando de un jefe médico de batallón, generalmente un teniente médico que estaba lo suficientemente cerca para poder atender a los heridos pero resguardado del fuego enemigo, en un punto que es un paso de urgencia hacia el siguiente escalón o de brigada. La evacuación se hace en camillas o en autoambulancias.

3º) Puesto de socorro de brigada: donde ya funciona el hospital de la línea. Aquí se reúnen todos los heridos de una misma zona o grupo y no suele estar más lejos de 3 km. de la línea de fuego. Este puesto se dedica a la recepción y clasificación de los heridos cura y rectifica vendajes y procede tanto a la evacuación de a pie o en ambulancia. Está al mando de un capitán médico-, jefe de sanidad de brigada y bajo su mando además tiene la higiene de los campamentos, trincheras, refugios, acceso al furgón de farmacia (comandado por un teniente farmacéutico) y evacuación del puesto de socorro al hospital de la línea, a través de la ambulancia correspondiente.

Escalón divisionario. Corresponde a la gran unidad táctica o de combate, la cual ha de tener una autonomía propia. Está compuesto por las comandancias de infantería, artillería, ingenieros, y aeronáutica. El servicio de Sanidad está compuesto por un grupo de ambulancias mixtas, autoquirúrgicos y columnas de evacuación y grupo de desinfección. Se considera un servicio de 2ª línea o de ambulancias en que su función es completar el trabajo que se inició en los primeros puestos, ayudándolas si hace falta, y recibir a los heridos que se les he hecho la primera cura en los puestos de socorro, prestándoles los servicios más urgentes y llevar a cabo su transporte y evacuación al siguiente escalón. Suele estar colocado entre 10-28 km.. La dirección está encomendada al Jefe de Sanidad de División con el grado de comandante el cual tiene a su cargo la evacuación de los hospitales de la línea al hospital principal a través de las ambulancias. Están en posesión de los equipos autoquirúrgicos y tiene el mando sobre el jefe de Sanidad de Brigada y sobre el cuerpo de Sanidad Divisionaria. Además dentro de la sección de servicios de este escalón tenemos:

autoduchas, coches de desinfección de ropa, laboratorio móvil, depósitos, repuestos, material sanitario, y autoridad sobre el furgón de farmacia. Según las órdenes del escalón superior (cuerpo de ejército) la división en conjunto efectuará los transportes, evacuaciones y hospitalización.

La plantilla del grupo divisonario vendría a ser:

Persona: 1 Tte. coronel o comandante, Jefe de Grupo y Jefe de Sanidad de División.

1 Capitán ayudante

1 Capitán jefe del servicio de evacuación

PUESTO DE SOCORRO DIVISIONARIO:

1 Capitán jefe de puesto

2 Oficiales médicos

1 Sargento

2 Cabos

10 Practicantes

30 Conductores

COMPANÍA MIXTA:

- Plana Mayor: 1 Capitán

1 Sargento

1 Cabo

5 Sanitarios

- Sección de montaña: 1 Oficial médico

2 Sargentos

6 Cabos

1 Practicante

1 Trompeta

34 Conductores

38 Sirvientes

- Autoambulancias: 1 Oficial médico

2 Sargentos

5 Cabos

10 Conductores

20 Sanitarios

- Sección de Higiene: 1 Oficial médico
 - 2 Sargentos
 - 5 Cabos
 - 30 Sanitarios practicantes (desinfectores)
 - 30 Sanitarios obreros
- Sección Camilleros: 1 Sargento
 - 2 Cabos
 - 60 Camilleros (13)

Escalón del Cuerpo de Ejército. Compuesto por las divisiones, tropas, medios de vida, distribuyendo todo aquello que necesitan sus órganos o grupos.

Coordina entre si a las divisiones y regula sus contactos.

Aquí el servicio de sanidad está compuesto por un grupo de ambulancias, columna de evacuación, hospital de campaña con un mínimo de camas y distribuidos a ser posible en secciones.

Aquí la sanidad del cuerpo de ejército adopta el papel de tratamiento (a diferencia de la brigada y división que se encarga de recogida y transporte de heridos) valiéndose para ello de los hospitales de campaña, y de los equipos quirúrgicos de los mismos. El mando está a cargo de un Tte. Coronel (que depende del Director de los Servicios de Sanidad, un General) y que tiene bajo su mando al hospital de campaña con sus secciones, un grupo de ambulancias que evacuan los heridos al hospital, un grupo de policía sanitaria sin mando fijo, desinfección y profilaxis (capitán médico), laboratorios del cuerpo de ejército (capitán médico), talleres y parques (capitán) y, depósito del cuerpo de ejército (capitan).

El hospital de campaña según el antiguo reglamento de campaña decía que había de estar retirado a retaguardia protegido del fuego enemigo y con buenas comunicaciones, encargándose de los heridos intransportables, concepto no siempre aplicable, debido al cambio logístico de la guerra.

Se usaba generalmente escuelas, granjas, casas derruidas y se encargaba de clasificar a los heridos atendiendo a los de urgencia, hospitaliza a los intransportables, encargándose el personal en la

tarea de clasificar, intervenir y evacuar.

La clasificación se hace atendiendo a los criterios: grave, menos grave, leves y contagiosos. El equipo de intervención y quirúrgico está formado por un cirujano, un ayudante, un anestesista, un practicante. Se valoran las intervenciones a realizar en abdomen, torax, extremidades, cráneo, etc.

Operada la herida se hospitaliza o pasa al equipo de evacuación el cual se encarga de distribuir a los heridos en en siguiente escalón (14).

Escalón de Etapas. Es la zona donde funcionan los órganos de abastecimiento y evacuación de las líneas de comunicación que suelen estar situadas a 100-150 km. El interés está en la evacuación de enfermos y heridos habrá un hospital de etapas al mando de un teniente médico que se encargará de mantener contactos con el jefe de la línea de evacuación, un comandante el cual tiene a su cargo las ambulancias y tren hospital. En esta zona encontramos dos tipos de hospitales, los hospitales permanentes y los hospitales militares que hay en la zona de etapas más los civiles al mando del ejército y los temporales, que se crean y funcionan durante la guerra que se dedican generalmente al tratamiento de las enfermedades infectocontagiosas.

Escalón de zona de retaguardia. Estará al servicio del ejército y admitirá a los evacuados, los cuales hayan de permanecer un tiempo en recuperación o sea inválidos, a los heridos de tercera urgencias y a los de segunda y la primera en caso de colapso de los hospitales de etapas inferiores, completa los tratamientos y la recuperación. Está bajo las órdenes de un jefe de sanidad de retaguardia, que es un Teniente Coronel, bajo su mando están los hospitales de retaguardia y los servicios. Los hospitales militares cada uno tiene a su mando un comandante y se puede dividir en generales y especializados.

En esta zona está el parque central de ambulancias (comandante médico), y depósito central de ambulancias (comandante farmacéutico) y laboratorio central (comandante técnico) (15).

Como ha quedado dicho al principio hay muchas influencias

de origen francés todo ello a consecuencia de la guerra mundial, a lo largo de nuestra guerra, antesala de la 2ª Guerra Mundial se van imprimiendo unas modificaciones a esta estructura, desfasada ya en algunos elementos tanto tecnológicos como tácticos. Entre algunas cabe destacar:

- Trenes hospital: en España no se dispone de unidades especializadas y se han de acondicionar trenes de pasajeros y mercancías para la evacuación de heridos. En el transcurso de la contienda se refleja la necesidad de montar un hospital móvil de grandes dimensiones, quirófanos, convalecencia, reanimación. Quedan plenamente acondicionados, lográndose una espectacular reducción en las zonas de actuación (16).

- Autochir: (autos quirófano): La diferencia con las formaciones de los hospitales de campaña que ofrecían todo el aspecto de una columna, este nos ofrece en un sólo camión el hospital de campaña, es decir, en su interior está lleno de cajas estériles para cada tipo de operación, aparatos esterilizados, grupo electrógeno, mesas de operaciones, lámparas, etc. pudiendo de esta manera montar en pocos momentos un hospital de campaña en cualquier lugar.

- Centro de Endurecimiento de Montserrat (Centre d'Enduriment de Montserrat): era la llamada clínica militar Z, pensada en principio para los posibles gaseados, pero que poco después se destina a hospital de recuperación de retaguardia y con una capacidad para 750 camas. El mérito está en que por primera vez se añaden un departamento que se encarga de las recuperaciones somáticas y funcionales del herido a través de un proceso de rehabilitación gimnástica, este modelo sería adoptado después por Wehrmacht (III Reich) durante la II Guerra Mundial.

- Sistemas de Transporte de sangre de donantes conservada hacia el frente: por primera vez se logra conservar la sangre de manera que no coagule y se mantenga durante unas horas y pueda de esta manera ser transportada a primera línea. En Madrid el Equipo está formado por el canadiense Norman Bethune y Barcelona actuando sobre el frente de Aragón está Federico Durán y Jordá (19) (20).

BIBLIOGRAFIA.

1. Reglamento para el servicio sanitario en campaña: R.O. de 1 de julio de 1896.
2. R.D. de 20 de octubre de 1897.
3. LUCAS IZQUIERDO, José Pérez. La sanidad militar en el primer tercio del siglo XX. Revista de Historia Militar, año XV 1971 nº 30. Estado mayor Central. Servicio Histórico Militar. Madrid 1971.
4. R.O. de 26 de mayo de 1919.
5. R.O. de 10 de diciembre de 1920.
6. R.O. de 10 de septiembre de 1925.
7. R.O. de 23 de noviembre de 1925.
8. R.O. de 2 de octubre de 1935.
9. MARTIN ROCHA, Juan. Doctrina del servicio de sanidad en campaña. Imprenta y talleres del Ministerio de la Guerra. Madrid 1936.
10. R.O. nº 284 de 9 de diciembre de 1935.
11. R.D. de 31 de octubre de 1936.
12. BUENO, Jose M^a. Uniformes militares en color de la Guerra Civil Española. Editorial San Martín. Madrid 1971.
13. Servicio Histórico Militar. Sección Guerra de Liberación. Documento. Ar. 15, Leg. 2, Carp. 58, Doc. 8-9.
14. Documento. Ar. 15, Leg. 36, Carp. 23, Doc. 14-15.
15. Organigrama del cuerpo de sanidad de la República, sin número.
16. Documento. Ar. 16, Leg. 34, Carp. 37, Doc. 23.
17. BROGGI, Moises. Medicina y Cirugía de Guerra durante la Guerra Civil Española 1936-1939, Cátedra de Historia de la Medicina. Seminario celebrado el curso 1980-1981 el 6 de noviembre de 1980 en la Real Academia de Medicina de Barcelona.
- 18.- Federation internationale d'Etudes Historiques et Sociales sur la Guerra D'Espagne de 1936-1939. RAL I BANUS, Joaquim. El Centre D'Enduriment de Montserrat (en Catalán). FIEHS. Bulletin d'information nº 3, abril 1980.
19. Las Brigadas Internacionales en la Guerra de España. CASTELLS, Andreu. Ediciones Ariel. Barcelona 1974.
20. CAROL, J. José Federico Durán y Jordá, el combatiente de la sangre. Edi. Rondas. Barcelona 1978.

PAPEL DEL "CONSELL DE SANITAT DE GUERRA" DE LA GENERALITAT DE CATALUÑA,
EN LA GUERRA CIVIL ESPAÑOLA. (1936-1939).

Soler Segón, J.R.

Facultad de Medicina. Universidad de Barcelona.

El ambiente previo al 19 de Julio de 1936 en materia de sanidad se rodea de unas características muy peculiares en cataluña, donde después de haber obtenido el estatuto años atrás y conseguir las en materia de sanidad, la Generalitat hará que adopte un cuerpo propio dentro de Cataluña.

La Conselleria de Sanitat i Assitencia Social ha de trabajar a fondo para organizar, estructurar, subvencionar, crear y mejorar este campo, y hasta esta fecha cabe decir que muchos de los objetivos se conseguirán, desde una verdadera planificación sanitaria hasta una atención directa al enfermo. El aspecto de la higiene y la prevención son dos puntos de especial interés en una época donde la quimioterapia aún no ve la luz y por tanto se trabaja de una manera especial. Hospitales, médicos, servicios, especialidades, todo va creciendo poco a poco.

Así pues el nivel civil funciona a pleno rendimiento y este 19 de Julio será la fecha clave en muchos aspectos, y lo que verdaderamente interesa es el impacto que tuvo dentro del servicio médico ordinario civil, y que fué áltamente positivo. Al llegar los primeros heridos a los hospitales, se iban absorbiendo progresivamente (los primeros días con muchas colas). Lo cierto es que aquel día todos los hospitales de Barcelona y algunos de Cataluña y principalmente con sus equipos quirúrgicos habían de funcionar al cien por cien de sus posibilidades (1).

Si la sanidad civil estaba organizada, no podemos decir lo mismo de la sanidad militar, la cual va acoplándose paulatinamente a las exigencias de la guerra moderna y por lo mucho que ha evolucionado esta, no ha estado del todo integrada, por eso en un principio no

se pudo contar con ella, quedó desbordada.

Así pues se ha de acoplar la medicina al sistema de guerra e intentar que esta medicina de guerra con unas características muy especiales sea un instrumento de curación de heridos y enfermos, se crea así de la nada una organización sanitaria que completará la movilización popular que se iniciaba (2).

Pronto el Gobierno de la Generalitat se había de dar cuenta de la anarquía y desorganización que conlleva el alzamiento militar. Los sindicatos por un lado, los partidos políticos por otro, crean un ambiente popular antimilitarista, desde un primer momento las primeras columnas de milicianos (3) quedan formadas.

Gentes de todas las clases sociales se apuntan, médicos, sanitarios, enfermeros y enfermeras, estudiantes de medicina, serán los primeros voluntarios que irán al frente, escenas que se irán repitiendo durante algún tiempo sin que el gobierno del estado, ni el de la Generalitat tengan la fuerza contra la masa popular. Tendrán que pasar algunos meses para que se decreta la movilización organizada en un intento de crear (aunque sólo sea sobre el papel) las unidades del Ejército de Cataluña.

La Conselleria de Defensa, que se creará a raíz de la Guerra Civil, habrá de tener en principio un papel burocrático no solamente durante el alzamiento sino durante algunas semanas después de este, siendo el Comité de Milicias el que tendría un papel más importante en los primeros momentos (4). Se encargaba de la movilización popular y de la formación de las primeras columnas que irían al frente encontrándose entre ellas verdaderos profesionales de la medicina creando los equipos sanitarios de aquellas pero de una manera primitiva e improvisada en cuanto a estructura.

Desde los primeros enfrentamientos con el enemigo empiezan ya a aparecer los primeros heridos que traerá la guerra, con ellos, los mandos militares de la sanidad ven los cambios logísticos que han sufrido las campañas, las heridas por pequeños proyectiles y la metralla son ya diferentes a las de la gran guerra y por tanto los tratamientos han variado tanto los conservadores como los radicales,

dende generalmente se juega con la vida del combatiente o con su invalidez. En principio se trabaja sobre el desfasado Reglamento de Sanidad en Campaña (5), vigente desde 1886, pero con algunas modificaciones a lo largo de los años, cosa que se aplicará al Ejército de la República y por tanto al de Cataluña.

Dentro de este ambiente de desconcierto y en un intento de unificar criterios hacia una mayor efectividad, el primer paso será la disolución de las Juntas Superiores de Sanidad, así como las comarcales y municipales, creándose así en Consell General de Sanitat, dependiente de la Conselleria de Sanitat i Assitencia Social, el cual estaría formado por competentes de Esquerra Republicana de Catalunya, CNT, FAI, PSUC y POUM (6).

El Departamento de Sanidad del Comité de Milicias está vinculado al Departamento de Sanidad de la Generalitat, tomando el nombre de Consell de Sanitat.

Por orden del Diari Oficial de la Generalitat de 6 de Oct. 1936 se crea el Consell de Sanitat de Guerra, en un intento de conseguir compenetrar las dos facetas, la medicina y lo militar, y en un primer momento va a depender de la conselleria de Sanitat i Assitencia Social, asumiendo todas las funciones de la Sanidad de Guerra. El trabajo a desarrollar se había de modular a través de dos objetivos: la sanidad en el frente y retaguardia de los combatientes en el aspecto quirúrgico y de urgencia y la prevención y asistencia higiénica de los trastornos que una campaña de guerra genera en los combatientes.

Se tendría que movilizar al personal facultativo y auxiliar según las necesidades del frente, organizaría, mantendría y dirigiría los servicios de vanguardia, acondicionaría los hospitales y material sanitario, evacuaciones de heridos y enfermos, y se reservaba la capacidad de intervención de laboratorios y fábricas de productos químico-farmacéuticos.

El Consell de Sanitat de Guerra estará formado en un principio por representaciones proporcionales de los partidos y sindicatos de Cataluña, Conselleria de Sanitat i Assistencia Social y Conselle-

ría de Defensa, estando presididas por el Conseller de Sanitat i Assistència Social.

Los miembros escogidos fueron:

POUM: Tomás Turso Templado.

ERDC: Josep M^a Gispert Vila; Jaume Aiguade Miro; Antoni Rallo Tomás.

CMT: Xavier Serrano Cuello; Josep Sala Alegre; Joaquim Trías Pujol; Felix Martí Ibáñez; Nicasio Olivan.

FAI: Veterinaria: Angel Cortés Ruste; Luis Salvans.

PSUC: Gabriel Capo Balle.

UGT: Francesc Bergos; Rovira i Marco.

SRI: Jaume Sales.

Departamento de Defensa: Dr. Francesc Cruz Reig; Frederic Altamira Mezquita; Josep Onorbe Dauso.

Poco después entran a formar parte del Consell en representación de Acción Republicana Catalana el Dr. Gabarró García (8) y el 16 de Oct. entran como asesores los Dres. Josep Mestres Puig; Miquel S. Cunillera Rius; Francesc Tabernero que sustituirá al Dr. Jaume Santamaría (9).

Una vez establecido ya y debido al papel de guerra declarada que va tomando el alzamiento militar, el Consell de Sanitat de Guerra es transferido a la Consellería de Defensa (10) (11), nombrando al Dr. Francesc Bergos, inspector general de los servicios sanitarios en el Frente de Aragón (12), encargándose de organizar las primeras columnas sanitarias y unidades que fueron así como los hospitales de Barbastro, Saniñena, Fraga y Caspe (13). Se nombra al Dr. Miquel Cunillera Rius médico adjunto al Estado Mayor General del Departamento de Defensa en representación del Consell de Sanitat de Guerra (14).

El primer paso para la formación del primer grupo oficial de sanidad militar será el previsto con ocasión del plan base para el futuro Ejército de Cataluña de decreto del Diario Oficial de la Generalitat de 24 Oct. 1936, que saldrá junto con cuatro regimientos de infantería, tres de artillería, tres de reconocimiento divisionario y uno de intendencia.

A través de la Consellería de Defensa el Consell de Sanitat

de Guerra regula la movilización de las quintas de 1926 a 1936, quedando las de años anteriores en situación de disponibles según lo requiriese la campaña.

Según las bases que regulaban la utilización de personal movilizado por el Consell de Sanitat de Guerra, todos los médicos, farmacéuticos, odontólogos, veterinarios, practicante en medicina, auxiliares de farmacia y enfermeros, estarán en situación de disponibles para ir al frente y se los clasifica en dos grupos: A) Aquellos que irán a primera línea y hospitales de primera y segunda línea y B) aquellos especialistas de zona de guerra los cuales se clasifican en razón a su especialidad, quintas y edad. El personal subalterno se regula igualmente por las modalidades A y B. El personal declarado no útil pasará a reforzar las zonas rurales y hospitales de retaguardia. Además aquellos que no habían podido terminar los estudios y prestaban sus servicios, ocupaban lugares según les correspondía según su movilización general (15).

Debido a los enfrentamientos entre la Conselleria de Sanitat y la Conselleria de Defensa respecto al Consell de Sanitat de Guerra, se modifican las atribuciones de este, quedan establecidas las competencias a través de la Conselleria de Defensa la cual se encargará de encuadrar al personal sanitario militar, al suministro de material sanitario según las necesidades de la sanidad militar, fiscalizará la utilidad física del combatiente y su seguimiento en fase de enfermedad, así mismo el Consell de Sanitat de Guerra se habría de dirigir a la Conselleria de Sanitat en todo lo referente a material sanitario, productos farmacéuticos y todas aquellas cuestiones que hacían referencia a los servicios sanitarios civiles en la rama de médicos, farmacéuticos, y veterinarios (16).

Creada la formación del grupo sanitario del Ejército de Cataluña se designan como médicos del estado mayor y Jefes de Servicio al Dr. Tomás Tamplado, y como Jefe de los Servicios Sanitarios de la División del Ejército Popular de Cataluña; al Dr. Salvador Armendares Torrents como Jefe de la 2ª División (Gerona) y como Jefe de los Servicios Sanitarios de Costas al Dr. Rallo Tomnás (17).

El Dr. Tomás Ramón Arnat es nombrado segundo Jefe Sanitario del Frente de Aragón y el Dr. Pelayo Vilar Canales (18) toma posesión del cargo de Jefe de la Comandancia de tropas de Sanidad de Guerra y sustituyendo al Dr. Viladrich Vila el Dr. Lluís Marco en el Consell de Sanitat de Guerra (19).

Una de las facetas más peculiares de esta guerra lo constituye la propaganda, manera directa de informar al pueblo. Muchas consellerías tienen departamentos o comisariados de propaganda donde su función es dar a conocer las tareas hechas por uno y otro bando, avisar a la población de ciertas cosas, enfermedades, bombardeos, defensa pasiva, llegando por la prensa, radio y publicaciones periódicas.

Dentro de este aspecto el Consell de Sanitat de Guerra establece unos objetivos que casi cumplirá totalmente:

- Propagar los proyectos del Consell de Sanitat de Guerra así como dar publicidad a las tareas de las diversas secciones del consell.
- Divulgar normas útiles de higiene y sanidad de guerra.
- Crear un atmósfera de simpatía hacia su trabajo.
- Establecer unas conexiones entre el frente y la retaguardia.
- Propagar en el frente todo lo referente a sanidad de guerra.
- Dar a conocer a las naciones su obra sanitaria.
- Difundir internacionalmente la obra del Consell de Sanitat de guerra, hacerla conocer a los visitantes internacionales así como solicitar ayuda internacional.
- Crear una personalidad revolucionaria y táctica del Consell de Sanitat de Guerra, incorporándolo al ritmo histórico y social.

Este trabajo fué desarrollado cara al pueblo como se ha dicho, tanto por su vertiente militar como civil a través de la colaboración con los sindicatos, organizaciones culturales, órganos sanitarios oficiales y extraoficiales.

Debido a los acontecimientos por los que tendría que pasar el gobierno de la República y delante de una imposibilidad de financiación por parte de este, el Consell de Sanitat de Guerra tendrá su financiación a través de la Generalitat por la Consellería de Defensa, Consellería de Sanitat, ingresos por la venta de sellos,

postales, fascículos, revistas, boletines, donativos, festivales y colectas. Este plan de propaganda fué desarrollado en el frente de Aragón y en la retaguardia, en Cataluña, enlace entre el frente y la retaguardia y a nivel nacional e internacional.

La mecánica de ejecución iba desde el aspecto audiovisual hasta el plástico, con folletos, propaganda gráfica, estadística, dibujos, proyectos, fascículos, revistas de sanidad de guerra, etc. (20).

Todo ello llevó de una manera práctica y efectiva la sanidad tanto al miliciano en el frente como al civil en la retaguardia, se dieron unas normas de conducta delante de la guerra, en la que es tan importante el aspecto militar (estructura de sanidad de campaña), como la sanitaria (higiene y prevención de las enfermedades transmisibles, así como el aspecto civil (Organización de defensa pasiva) (21).

BIBLIOGRAFIA.

1. La Vanguardia 25 julio 1936.
2. VILLARROYA, Joan. Els bombardeigs a Barcelona durant la Guerra Civil Espanyola. Biblioteca Serrad'or. Publicacions de la Abadía de Montserrat. Imprenta Montserrat. 1981.
3. La Vanguardia 24 julio 1936.
4. GUARNER, Vicent. L'Aixacament militar y Civil a Catalunya. Publicacions de la Abadía de Montserrat. Imprenta de Montserrat. 1980.
5. Reglamento para el servicio sanitario en Campaña. R.O. de 1 de julio de 1896.
6. Diario Oficial de la Generalitat. 2 septiembre 1936. p. 1.304.
8. D.O.G. 27 de noviembre 1936. p. 757.
9. D.O.G. 8 octubre 1936. pp. 90-91.
10. D.O.G. 16 octubre 1936. p. 212.
11. D.O.G. 20 octubre 1936. p. 266.

12. D.O.G. 11 noviembre 1936. p. 570.
13. D.O.G. 19 noviembre 1936. p. 1.505.
14. D.O.G. 15 noviembre 1936 p.---
15. D.O.G. 23 marzo 1937. p. 1.223.
16. D.O.G. 1 abril 1937. p. 4.
17. D.O.G. 20 abril 1937. p. 110.
18. D.O.G. 2 marzo 1937. p. 382.
19. D.O.G. 30 abril 1937. p. 349.
20. MARTI IBÁÑEZ, Félix. Glosari d'una campanya sanitaria de guerra. Servicio histórico militar. Sección Guerra de Liberación. Ar. 56, Leg. 556, Carp. 8, Doc. 6/27. Madrid.
21. Ciutadà que has de devant la Guerra Aerea?. Comissariat de Propaganda. Consell de Sanitat de Guerra.

LA ASOCIACION DE MEDICAS ESPAÑOLAS (1928-1936) Y SU FUNDADORA, DOCTORA ELISA SORIANO (1891-1964).

Ortiz Gómez, T.

Departamento de Anatomía Patológica e Historia de la Ciencia.
Universidad de Granada.

En esta comunicación pretendemos el estudio de la Asociación de Médicas Españolas (1928-1936) (AME) basándonos fundamentalmente en los documentos de la misma que hemos consultado en el archivo personal de la doctora Elisa Soriano (1). De esta médica, que fué secretaria general y principal impulsora de la asociación, realizamos a su vez un breve esbozo biográfico. A través de la prensa médica y femenina de la época hemos completado la información, además de medir la proyección de la AME en dos medios con los que estaba directamente vinculada (2). Datos numéricos procedentes de Anuarios Médicos y Colegios profesionales complementan las fuentes utilizadas.

LA ASOCIACION DE MEDICAS ESPAÑOLAS (3).

Fué fundada por un grupo de quince licenciadas y doctoras en Medicina en abril de 1928. A primeros de ese mes presentaron sus estatutos en la Dirección General de Seguridad, y el día 14 se constituyeron como Asociación, eligiendo su primera Junta Directiva. Concepción Aleixandre, veterana de las médicas del momento, era la Presidenta Honoraria y Trinidad Arroyo, oftalmóloga vallisoletana, Presidenta efectiva; la Secretaría General corría a cargo de la doctora Elisa Soriano (4). Hasta el año 1936 tuvo al menos 26 socias, y en concreto en el año 1931 contaba con 22 (5).

Tales cifras suponían un contingente importante del total de médicas de ese momento. En 1930, en el colegio de Médicos de Madrid había registradas catorce médicas, once de las cuales eran miembros de la A.M.E. En el conjunto del país las profesionales colegiadas alcanzaban, según el Anuario Médico de España (1930-31), un total

de 51, aunque otras informaciones cuyas fuentes desconocemos, hablan de cien (6).

Dependiendo de estas cifras, la proporción de médicas miembros de la AME se movía entre un 44% y un 22%, indudablemente una elevada participación.

Siendo la mayoría de médicas de la AME residentes en Madrid, las había de otras ciudades, como dos de Sevilla, una de Huelva y otra de Valencia, alguna de las cuales incluso pertenecía a la Junta directiva. En cuanto a su procedencia universitaria, el núcleo principal se había formado asimismo en Madrid, pero también había licenciadas en las facultades de Santiago de Compostela, Valencia, Sevilla, Granada y Valladolid.

La mayoría de socias estaban entre las primeras mujeres que habían cursado estudios en las distintas Facultades de Medicina y algunas ya tenían experiencia en movimientos asociativos femeninos. En concreto cinco de las quince fundadoras procedían de la Juventud Universitaria Femenina (JUF), organización que presidió Elisa Soriano desde su creación, en 1919, hasta 1924 (7).

La JUF a su vez estaba, junto a otras asociaciones de mujeres, en la órbita de la Asociación Nacional de Mujeres Españolas (ANME), grupo cuyo fin era "la defensa de los intereses morales y materiales de la mujer". la ANME fué la organización feminista más fuerte de su tiempo, y destacó en la lucha por el derecho de la mujer al voto, manteniendo una posición política de centro. Promovió el asociacionismo femenino en general y la formación de la JUF en particular. En su junta directiva figuraba como vocal nato la Presidenta de la JUF, a principios de los años veinte Elisa Soriano (8).

El entramado de socias existentes entre la JUF y la Asociación de Médicas Españolas no era el único aspecto en común de las dos asociaciones. Ambas partían de una renuncia expresa a entender de "temas religiosos y políticos" y coincidían sobre todo en su objetivo internacionalista, que en el caso de la AME figuraba en sus estatutos como el segundo de sus fines (9).

La AME se hallaba, desde luego, más en consonancia con

LA ASOCIACION DE MEDICAS ESPAÑOLAS (1928-1936) Y SU FUNDADORA, DOCTORA
ELISA SORIANO (1891-1964).

Ortiz Gómez, T.

Departamento de Anatomía Patológica e Historia de la Ciencia.
Universidad de Granada.

En esta comunicación pretendemos el estudio de la Asociación de Médicas Españolas (1928-1936) (AME) basándonos fundamentalmente en los documentos de la misma que hemos consultado en el archivo personal de la doctora Elisa Soriano (1). De esta médica, que fué secretaria general y principal impulsora de la asociación, realizamos a su vez un breve esbozo biográfico. A través de la prensa médica y femenina de la época hemos completado la información, además de medir la proyección de la AME en dos medios con los que estaba directamente vinculada (2). Datos numéricos procedentes de Anuarios Médicos y Colegios profesionales complementan las fuentes utilizadas.

LA ASOCIACION DE MEDICAS ESPAÑOLAS (3).

Fué fundada por un grupo de quince licenciadas y doctoras en Medicina en abril de 1928. A primeros de ese mes presentaron sus estatutos en la Dirección General de Seguridad, y el día 14 se constituyeron como Asociación, eligiendo su primera Junta Directiva. Concepción Aleixandre, veterana de las médicas del momento, era la Presidenta Honoraria y Trinidad Arroyo, oftalmóloga vallisoletana, Presidenta efectiva; la Secretaría General corría a cargo de la doctora Elisa Soriano (4). Hasta el año 1936 tuvo al menos 26 socias, y en concreto en el año 1931 contaba con 22 (5).

Tales cifras suponían un contingente importante del total de médicas de ese momento. En 1930, en el colegio de Médicos de Madrid había registradas catorce médicas, once de las cuales eran miembros de la A.M.E. En el conjunto del país las profesionales colegiadas alcanzaban, según el Anuario Médico de España (1930-31), un total

de 51, aunque otras informaciones cuyas fuentes desconocemos, hablan de cien (6).

Dependiendo de estas cifras, la proporción de médicas miembros de la AME se movía entre un 44% y un 22%, indudablemente una elevada participación.

Siendo la mayoría de médicas de la AME residentes en Madrid, las había de otras ciudades, como dos de Sevilla, una de Huelva y otra de Valencia, alguna de las cuales incluso pertenecía a la Junta directiva. En cuanto a su procedencia universitaria, el núcleo principal se había formado asimismo en Madrid, pero también había licenciadas en las facultades de Santiago de Compostela, Valencia, Sevilla, Granada y Valladolid.

La mayoría de socias estaban entre las primeras mujeres que habían cursado estudios en las distintas Facultades de Medicina y algunas ya tenían experiencia en movimientos asociativos femeninos. En concreto cinco de las quince fundadoras procedían de la Juventud Universitaria Femenina (JUF), organización que presidió Elisa Soriano desde su creación, en 1919, hasta 1924 (7).

La JUF a su vez estaba, junto a otras asociaciones de mujeres, en la órbita de la Asociación Nacional de Mujeres Españolas (ANME), grupo cuyo fin era "la defensa de los intereses morales y materiales de la mujer". la ANME fué la organización feminista más fuerte de su tiempo, y destacó en la lucha por el derecho de la mujer al voto, manteniendo una posición política de centro. Promovió el asociacionismo femenino en general y la formación de la JUF en particular. En su junta directiva figuraba como vocal nato la Presidenta de la JUF, a principios de los años veinte Elisa Soriano (8).

El entramado de socias existentes entre la JUF y la Asociación de Médicas Españolas no era el único aspecto en común de las dos asociaciones. Ambas partían de una renuncia expresa a entender de "temas religiosos y políticos" y coincidían sobre todo en su objetivo internacionalista, que en el caso de la AME figuraba en sus estatutos como el segundo de sus fines (9).

La AME se hallaba, desde luego, más en consonancia con

sólo su propio tesón la había ayudado a salir airosa en la mayoría de ocasiones.

La AME no volvió a acudir que sepamos a ningún otro congreso de la asociación. Tras faltar al que en 1931 se celebró en Viena, Elisa Soriano intentó acudir en 1934 a Copenhague, pero la falta de ayuda económica oficial para ello, como había sucedido en los anteriores, la hizo desistir (18) y desde entonces su contacto con la MWIA se limitó a comunicaciones epistolares y al pago más o menos regular de las cuotas correspondientes.

La AME aparece, a la luz de los datos, fuertemente unida al particular esfuerzo de la doctora Soriano y probablemente, aparte el movimiento inicial, no tuvo mucha más proyección entre las médicas que fueron incorporándose a la profesión hasta los inicios de la Guerra Civil. Su repercusión pública en la prensa médica, y aún femenina, de la época es mínima y las veces que la AME aparece citada es vinculada al currículum de Elisa Soriano o en trabajos de los que ella es autora. Posiblemente la sociedad de los primeros años treinta, y dentro de ella la profesión médica, fué bastante indiferente a este movimiento de médicas pero nos parece que esa indiferencia estaba ya en el fondo de los planteamientos de la de la AME, a la que le faltó una pizca de radicalidad, de militancia feminista, que hubiera favorecido encontrar unos orígenes y objetivos claros en virtud de los cuales el relativo conformismo con que encararon su rol dentro de la profesión, no habría tenido lugar.

Después de 1936 la asociación, siguiendo el mismo destino que la mayor parte de movimientos asociativos, partidos y agrupaciones en general, desapareció del panorama social español. Sin embargo su principal líder e impulsora no abandonó la esperanza de reconstruir la asociación. En 1954 intentó obtener el permiso para una "Asociación Española de Mujeres Médicos", de estatutos casi literalmente iguales a los de la AME, pero nunca obtuvo la aprobación necesaria para ponerla en marcha. Ni siquiera la visita de la MWIA a España en ese mismo año con el claro objeto de contribuir a su reorganización, fueron efectivos. No obstante Elisa Soriano aún vivió para ver cómo otra

asociación de parecido nombre a la que fundara en 1928, se creaba en 36 años después promovida por un grupo de pediatras valencianas. La Asociación Española de Mujeres Médico que tuvo como primera presidenta a la doctora Lola Vilar es ya otro capítulo.

LA DOCTORA ELISA SORIANO (1891-1964).

Nació en Madrid donde vivió toda su vida. La temprana muerte de su madre propició que fuera el padre, ginecólogo madrileño, quien se ocupara de su educación, la cual una vez superados los estudios primarios se dividió entre la formación habitual en su tiempo para una niña de posición (estudios de música y cultura general con profesores particulares) con lo inusual de una amplia cobertura de lecturas y la intensa vida al lado de su padre, en la que las discriminaciones relacionadas con su corta edad y su condición femenina fueron mínimas. Se ha escrito, y sus amigos lo refrendan, que Elisa era inseparable compañera del doctor Soriano y Surroca (1865-1939) con quien acudía a las visitas domiciliarias a enfermos, a sesiones científicas y congresos; juntos iban asiduamente a las funciones de teatro y hacían deportes por las calles y alrededores de Madrid. A los dieciocho años decidió ampliar sus estudios, y cursó Bachiller en dos convocatorias en los años 1910 y 1911. En un año más hizo Magisterio y se matriculó de algunas asignaturas del primer año de Medicina.

Fué la tercera mujer que estudió en la Facultad de Medicina de Madrid, y la única de su promoción. Durante sus estudios gozó del constante apoyo y estímulo del Dr. Sebastián Recasens (1863-1933), catedrático de ginecología y decano de la Facultad de Medicina de Madrid, quien también la orientó a especializarse en Oftalmología.

En 1920 obtuvo el doctorado con una tesis titulada "Contribución al estudio de los tumores malignos de la órbita" y a partir de entonces su actividad profesional estuvo centrada por la dedicación a su especialidad (fué oftalmóloga del Instituto de Oftalmología, de la Beneficencia General desde 1923) y a la enseñanza de Higiene y Fisiología como profesora de la Escuela Normal de Madrid.

La inquietud e inteligencia de esta mujer y su conciencia

de serlo, junto a una desbordante capacidad de trabajo hicieron que no se limitara a su tarea como médica y maestra, sino que su actividad se desarrolló en innumerables campos, todos con el nexo común de una clara preocupación social.

Dentro de sus actividades asistenciales es inevitable citar su trabajo como médica inspectora de emigración a bordo de dos barcos de pasaje tras ganar la oposición de médico de la Marina Civil en 1928, su colaboración con la "Gota de Leche" del doctor Ulecia como oftalmóloga, su actividad en el Patronato de Ciegos - precursor de la actual O.N.C.E.- y en la Cruz Roja Española, o su vinculación, en distinto grado, a sociedades higiénicas y sociales como Protección escolar, Protección médica, Comité Femenino de Higiene Popular o Sociedad Española de Higiene.

Fué colaboradora habitual de la revista La Medicina Social Española (1916-1920) y de El Siglo Médico en los años veinte, publicando ocasionalmente en otros periódicos de diversa índole. Sus artículos periodísticos, aparte reseñas a libros de su especialidad y temas higiénicos, abundaron en la comunicación de ideas o descripción de situaciones sobre la vida de las médicas y la situación de las mujeres en general.

Este último aspecto no es sino expresión de su compromiso con la lucha por la igualdad de derechos políticos y sociales de las mujeres, compromiso que ejemplifica su participación activa en asociaciones feministas como la JUF o el Lyceum Club.

Respecto a la ideología política de Elisa Soriano, podríamos decir en términos muy amplios que era conservadora y que a pesar de haber militado en tres formaciones distintas entre 1924 y 1936 sus principios feministas prevalecieron sobre el ideario de estos grupos. Según su propia declaración en una instancia que cura en 1941 a la superioridad para cobrar los haberes de su trabajo en el período de guerra, militó en Unión Patriótica "desde su fundación a su disolución" (es decir entre 1924 y 1929) y en Falange Española desde abril de 1936. En torno al año 1934 estuvo afiliada al partido Radical, y como militante del mismo aparecía en una entrevista en

un periódico femenino; hacía constar que no se decidió a la militancia hasta que la mujer obtuvo el derecho al voto, contrastando con los datos sobre su militancia anterior, que no constan directa ni indirectamente recogidos en más documentos que el citado. La contradicción que existe no nos parece fundamental para profundizar en la vida de nuestra médica, que desarrolló su actividad al lado de intelectuales de muy distintas ideas políticas y un único objetivo de "mejoramiento y engrandecimiento de la mujer española" (19).

La doctora Soriano fué una mujer de reconocido prestigio en los años veinte y treinta de este siglo. El hecho de ser la "primera mujer" en buen número de las actividades que desarrolló, conllevó una parte importante de su proyección pública. La otra parte vino de la mano de su vinculación feminista y entre ambas relegaron a un segundo plano la proyección de su trabajo como oftalmóloga y maestra (20).

NOTAS.

1.- El archivo es ahora propiedad de D^a Guadalupe García de Quevedo a quien agradezco las facilidades que me brindó para su consulta. Mi agradecimiento no es menor a Concha Fagoaga, a través de la cual tuve conocimiento de la existencia del archivo y me puse en contacto con su propietaria. Cuando en adelante nos refiramos al archivo lo citaremos como AES.

2.- Las revistas consultadas han sido: Actividades de la Asociación Española de Mujeres Médicos (1968-1971); La Medicina Social Española (1916-1920); Mundo Femenino (1929-1933); El Siglo Médico (1927-1932); Vida Médica (1927-1936); La Voz Médica (1927-1930) y La Voz de la Mujer (1927-1931).

3.- La Asociación aparece nombrada al menos de tres formas distintas tanto en publicaciones, como en documentos internos. El nombre AME consta en los documentos oficiales (Estatutos, Acta de Constitución) y es por ello el que estamos manejando. Las otras denominaciones son "Asociación Española de Mujeres Médicas", que aparece en las fichas de adhesión a la asociación o "Asociación Nacional de Mujeres Médicos", ampliamente utilizado por la propia doctora Soriano en la prensa (y en notas personales) sobre todo en fechas posteriores a su etapa de funcionamiento.

4.- Elisa Soriano se denominaba en escritos posteriores como fundadora y presidente de la AME. Sobre lo segundo no tenemos evidencia alguna.

5.- Carta a la Asociación Internacional de Mujeres Médicas en AES, carpeta "Mujeres Médicos Internacional". En 1929 Elisa Soriano, en su Informe presentado al Congreso Internacional de Mujeres Médicos de París (AES, carpeta "Mujeres Médicos Internacional"), fijaba en 30 el número de socias. Nosotros sólo hemos encontrado documentación de 26.

6.- Elisa Soriano en el Informe al Congreso citado en la nota anterior, calculaba que "plus de cent femmes exercent cette profession", cifra a nuestro juicio excesiva.

7.- A propósito de la JUF, véase FAGOAGA, C. (1985). La voz y el voto de las mujeres, Barcelona, Icaria, pp. 143-151.

8.- ESTATUTOS de la Asociación Universitaria Femenina de Madrid (1929). Madrid, Establecimiento Tipográfico (AES, Carpeta "Asociación Universitaria Femenina") y ESTATUTOS de la Asociación de Médicas Españolas (Ejemplar mecanografiado y sellado, en AES, carpeta "Mujeres médicos España")

9.- FAGOAGA, C. (1985). op. cit. Sobre la ANME véase además SCANLON, G. (1986). La polémica feminista en España. Madrid, pp. 200-212.

10.- LOPATE, C. (1968). Women in Medicine, Baltimore, John Hopkins Press pp. 16-18. WALSH, M.R. (1978). Doctors Wanted: No woman need apply sexual barriers in the medical profession 1835-1975. New Haven, Yale University Press, pp. 216 y ss.

11.- FAGOAGA, C. (1985), op. cit., p. 191.

12.- Doctora Morani (1968) Actividades de la Asociación Española de Mujeres Médicos, 1, nº 1.

13.- STATUS de l'Association Internationales de Femmes Médecins, Moulins Crepin-Lablonde en Cie. (AES, Carpeta "Mujeres Médicos Internacional").

14.- SORIANO, E. (1928). Sobre el Congreso Internacional de mujeres médicas. El Sol, 26 julio.

15.- Cecilia García de Cosa, sevillana domiciliada en Madrid, no pertenecía a la Directiva de la AME. Años después y hasta su jubilación, sería Directora de Sanidad del Puerto de Algeciras. Ambas fueron las dos primeras mujeres que entraron a este Cuerpo. (AES).

16.- Pasaporte, en AES, carpeta "Certificados".

17.- Informe presentado al Congreso Internacional de Mujeres Médicas, París 1929 (AES, Carpeta "Mujeres Médicos Internacional").

18.- En oficio al director General de Sanidad, años 1934, agradece haber sido nombrada para representar a España en el Congreso de Copenhague (suponemos que previamente así lo había solicitado) pero renuncia a ir ya que el nombramiento no "devenga dietas ni emolumentos de

clase alguna". (AES. Carpeta "Congresos").

19.- La frase es de Victoria Kent, miembro de la JUF, en Conferencia en el Ateneo de Madrid sobre el Congreso Internacional de Estudiantes celebrado en Praga, Victoria Kent había ido a la conferencia en representación de la JUF y fué presentada al auditorio por la doctora Soriano. (AES, Carpeta "Publicaciones").

20.- Otras referencias biográficas sobre Elisa Soriano son: PERTEJO, J. (1968). Doctora Elisa Soriano Fischer Actividades de la Asociación Española de Mujeres Médicos, 1, nº 1, 39-41; VEGA, F. (1962) La doctora Elisa Soriano, Dígame, 3 de abril; ALVAREZ SIERRA, J. (1961). El feminismo universitario. La primera mujer que ha sido médico de hospital ABC, 16 de noviembre. A principios de los sesenta, con motivo de su jubilación las entrevistas y reseñas biográficas fueron abundantes. En los años veinte y primeros treinta también su proyección pública fué notable; nosotros contamos con doce artículos y entrevistas en diversas publicaciones en este período; en el AES los recortes de prensa se multiplican, aunque no siempre consta de donde proceden.

RELACION DE MEDICAS QUE PERTENECIERON A LA ASOCIACION DE MEDICAS ESPAÑOLAS ENTRE 1928 Y 1936.

NOMBRE	Lugar de Licenciatura	Lugar de residen- cia en 1930	Dedicación profesional	Categoría en AVE	Miembro de JUF
Concepción ALEXANDRE	Valencia	Madrid	Ginecología	Presidenta de Ho- nor, F	sí
Trinidad ARROYO	Valladolid	Madrid	Oftalmología	Presidenta, F	--
María BARDAN MATEU	--	Madrid	Médico de ur- gencias.	Socia	sí
Josefa CHABAS MARTIN	--	Madrid	--	Tesorera, F	--
M ^a Luisa DELGADO TELLECHEA	--	Madrid	Ginecología	Vocal, F	sí
María ESCALERA	--	--	--	--	--
Júmena FERNANDEZ DE VEGA	Santiago Comp.	Madrid	Laboratorio	Socia	--
Leonor GARCIA CONSTANTE	Granada	Madrid	Medicina ge- neral.	Socia	--
Cecilia GARCIA DE COSA	Sevilla	Sevilla	Sanidad	F	--
Juana GARCIA ONCOYEN	Madrid	Madrid	Médico urgen- cias.	Socia	sí
Nieves GONZALEZ BARRIOS	--	Madrid	Puericultura	Vicepresidenta, F	sí
Ticiana de ITURRI LANDAJO	Sevilla	Sevilla	Ginecología	F	--
Teresa JUNQUERA	--	--	---	Vicesecretaria	--
Rosario LACY PALACIOS	Madrid	Madrid	Puericultura	Vicepresiden- ta, F	sí
Felisa MARTINEZ RUIZ	--	Madrid	---	F	--
Josefina MARTINEZ	--	--	---	Vocal, F	--
Antonia MARTINEZ CASADO	Madrid	Madrid	Laboratorio	Socia	--

NOMBRE	Lugar de Licenciatura	Lugar de residen- cia en 1930	Dedicación profesional	Categoría en AME	Miembro de JUF
ANPARO MOMENEU FERRER	--	Madrid	Laboratorio	Contadora, F	--
MARÍA DEL MONTE	--	Tetuán	Cirugía Puericultura	Socia	sí
PILAR NIÑO MAS	Madrid	Madrid	Pediatría	Socia	sí
DANIELA NÚÑEZ BACHILLER	--	--	--	Socia	--
LUZ OCTIVA LANDA	--	Madrid	Pediatría	Socia	sí
ANPARO PARRILLA	--	--	--	Vocal, F.	--
SOLEDAD RUIZ CAPILLAS	--	--	--	F	--
ELISA SORIANO FISCHER	Madrid	Madrid	Oftalmología	Secretaria general, F	sí
LORETO TAPIA ROBSON	Madrid	Huelva	Puericultura	Vicesecreta- ria, F	--

(F): Socia fundadora.

(-): Carecemos de información.

AME: Asociación de Médicas Españolas.

JUF: Juventud Universitaria Femenina.

FUENTES PARA EL ESTUDIO DE LA PROFESION MEDICA EN EL SIGLO XX.

Ortiz Gómez, T.

Departamento de Anatomía Patológica e Historia de la Ciencia.
Universidad de Granada.

La necesidad de trabajos que estudien desde un punto de vista cuantitativo las características de la profesión médica a lo largo del tiempo, nos parece fundamental para completar en análisis global de la misma, demasiado centrado hasta fechas recientes en la investigación de sus figuras más destacadas. Tales análisis pueden ofrecer una realidad distorsionada de lo que en épocas pasadas fue el ejercicio de la profesión dada que las élites, como tales, fueron minorías y resulta patente que la extrapolación de conclusiones sobre ellas a la generalidad del colectivo profesional nos es el método correcto para entender la forma del ejercicio médico a lo largo de la historia. A para que los análisis cuantitativos, la investigación en la vida profesional cotidiana de médicos y grupos sanitarios, se nos revela factor clave para una visión integradora de la práctica médica en la sociedad de su tiempo.

En esta comunicación vamos a ceñirnos a la descripción y análisis crítico de diversas fuentes para el estudio de la profesión médica en el siglo veinte. Nos basamos para ello en la investigación que hemos realizado en el marco geográfico de Andalucía (1).

Hemos clasificado el material utilizado distinguiendo entre Fuentes principales y Fuentes accesorias. En el primer caso se trata fundamentalmente de documentos generados por los Colegios de Médicos hasta ahora nunca utilizados, en el caso andaluz, con fines parecidos a los que guía nuestra investigación (2). En el grupo de las Fuentes accesorias distinguimos dos subgrupos: uno está compuesto de fuentes habituales en estudios sobre profesión y asistencia médicas en España; el otro son fuentes escasamente conocidas, que nosotros hemos localizado en diversas bibliotecas y cuyo contenido nos parece,

en general, de gran interés para nuestros fines.

1. FUENTES PRINCIPALES.

Son los documentos que proceden de los Colegios Provinciales de Médicos (C.M. en adelante) sus interés tiene una doble causa. La fundamental es que la colegiación es la principal forma de organización profesional, con todos los elementos de análisis que de ello se derivan. Además, porque los médicos en ejercicio han tenido que estar obligatoriamente inscritos en ellos, obligatoriedad que se remonta sin interrupción hasta 1917 y con anterioridad al período comprendido entre 1898 y 1903, y ello los constituye en material excepcional para análisis cuantitativos de la práctica médica.

Estas fuentes comprenden:

- Listas de Médicos Colegiados
- Libros de Registro de Médicos Colegiados
- Ficheros de Médicos Colegiados
- Libros de Actas de los Colegios de Médicos
- Publicaciones periódicas de los Colegios de Médicos
- Material diverso como Listas de contribución de los médicos colegiados, correspondencia oficial y testimonios orales.

El material básico y fundamental para un análisis cuantitativo lo constituyen las Listas de Médicos Colegiados, relaciones de miembros de las organizaciones profesionales provinciales que, con periodicidad variable, pero no inferior a un año, se han venido confeccionando desde la constitución de los Colegios Provinciales en 1898. La mayoría de ellas se publicaban y difundían entre médicos y otros Colegios, si bien algunas, son ejemplares mecanografiados o manuscritos. Las Listas de Colegiados que hemos manejado, y que reflejamos en la Tabla 1, cubren de forma irregular el período abarcado. En la Tabla susodicha consignamos el archivo del que proceden y su localización actual, dado que no siempre coinciden. Ello ilustra lo azaroso de su localización y la ampliación de los fondos existentes en cada provincia que puede suponer una búsqueda regional (3).

La uniformidad de contenidos de las distintas listas no ha sido una constante. Las más antiguas añaden al nombre y domicilio de los colegiados, la fecha -y a veces el lugar- de licenciatura. En algunas se consignaban cargos desempeñados, siendo lo más habitual que este dato sólo constase para los colegiados con residencia fuera de la capital de provincia respectiva. La actividad profesional de los colegios (si ejercen o no su profesión) tampoco es información unánime, aunque sí mayoritaria.

Las listas anuales nos parecen las fuentes más indicadas para un correcto estudio de la distribución de médicos en cualquier zona del país. Contienen, además, información suficiente para deslindar -en la mayoría de casos- cuales y cuantos son los médicos activos de entre los miembros del Colegio y son también fuente básica para el estudio de las especialidades practicadas.

Libros de Registro de Colegios. La mayoría se empezaron a hacer en 1898 y se continúan sin interrupción hasta la actualidad. En ellos se inscribe a los médicos que se colegian según orden de ingreso. Los datos básicos, generales a todos ellos, son el número de orden -o de colegiado-, nombre y fecha de inscripción. La fecha de baja en el colegio aparece también, aunque según pudimos comprobar, no de forma regular y sistemática. El lugar de residencia y la fecha de expedición del título de licenciado es información general a todos los colegios con las excepciones en Andalucí del de Granada, en lo referente a domicilios, y Jaén, en los títulos. En los de Málaga, a partir de los 50, y Sevilla consta además la fecha de nacimiento de los colegiados.

Se pueden utilizar para establecer el número de colegiados en un año concreto, haciendo un cómputo a través de las fechas de alta y baja. El balance de nuestra experiencia, sin embargo, aplicada a la provincia de Jaén, no fué muy positiva, posiblemente debido a la falta de actualización en el libro de las fechas de baja. La localización intraprovincial de los médicos tampoco nos parece factible dado que este documento no registra la movilidad de los colegiados, y tampoco es posible la distinción entre médicos activos y no activos.

Tienen sin embargo otras utilizaciones, algunas de las cuales nosotros hemos aplicado, como la cuantificación de colegiados nuevos en cada año, o ver el orden y fecha de colegiación de determinados prefesionales, en nuestro caso las primeras médicas andaluzas.

Ficheros de médicos colegiados. Habitualmente ordenados en "altas" y "bajas" contienen muchas veces información adicional respecto a la incluida en las Listas de Colegiados. No todos los Colegios andaluces conservan las fichas de sus miembros más antiguos, y algunos lo hacen sin guardar orden. Nosotros utilizamos los ficheros de los CC.MM. de Granada y Jaén, que nos proporcionaron básicamente información sobre especialidades cuando las Listas no la contenían.

Otro tipo de material de contenido similar, aunque posiblemente más rico y fidedigno que las fichas, son los expedientes de cada médico, donde consta, al menos, toda la documentación que acredita su titulación profesional. Sin embargo, el permiso para acceder a los mismos puede presentar dificultades en el caso de los médicos todavía de alta en los Colegios. Los de las bajas, por otra parte, no siempre están ordenados, lo que amplía los inconvenientes de su consulta, razones que en nuestro caso nos parecieron suficientes para no utilizarlos, salvo una breve incursión en los Expedientes de Colegiados en Carpetas de Baja del C.M. de Málaga.

Los Libros de Actas de diversos órganos, de gobierno de consulta, de los CC.MM. provinciales, recogen fielmente los principales avatares de la profesión y la posición de los colegios ante ellos. La huelga de médicos titulares y la epidemia de gripe, de finales de los años diez, la plétora profesional de los años treinta, la creciente especialización, los problemas deontológicos, algunos aspectos de la vida científica de los médicos de cada provincia, en incluso los conflictos particulares, no son más que algunos ejemplos de los temas tratados. También suelen recoger el movimiento de colegiados y listas de los mismos, lo que sirve para complementar la información que proporcionan los documentos previamente comentados.

Las publicaciones periódicas de los Colegios Provinciales de Médicos recogen a su vez la vida de las organizaciones profesionales.

También es frecuente encontrar en ellas relaciones de sus profesionales. Nosotros hemos consultado diversos periodos de las siguientes:

- Boletín Oficial del Colegio de Médicos de la provincia de Almería
- Colegio Médico de Cádiz. Boletín mensual
- Boletín Oficial del Colegio de Médicos de la provincia de Córdoba
- Boletín Oficial de Colegio de Médicos de la provincia de Huelva y Hoja Informativa del Colegio Oficial de Médicos de Huelva
- Revista Médica de Málaga
- Boletín del Real Colegio de Médicos de la provincia de Sevilla

De los Colegios de Jaén y Granada no sabemos que editaran publicaciones propias. No es raro encontrar que una publicación médica local sirviera de vehículo de expresión a la corporación profesional, como es el caso de la Gaceta Médica de Granada a finales del s. XIX.

Entre el material diverso destacan las Listas de Contribución industrial de los médicos colegiados. Su realización estaba entre las competencias de los CC.MM. desde el momento de su constitución en 1898; su objeto era efectuar el reparto de la contribución que cada año debían abonar los médicos a la Hacienda Pública. Desde entonces hasta 1978, aún variando la forma de tributación, ésta se ha venido realizando bajo control de la organización profesional a nivel provincial. La ausencia de Listas de Colegiados en determinados periodos puede suplirse con las de contribuyentes. A nosotros, concretamente, nos permitió estimar las cifras de médicos en Granada en diversos años entre 1930 y 1960. El término de "médico contribuyente", es sinónimo de médico con autoridad fiscal para ejercer privadamente su profesión. Su número solía ser inferior al número total de colegiados y también inferior al de colegiados en activo.

Existen otras relaciones de "médicos contriuyentes" confeccionados por la propia Administración a finales del s.XIX. Contiene los nombres, domicilios y clase de patente fiscal de médicos autorizados

para ejercer. Nosotros los hemos hallado en los Colegios de médicos, sin detenernos en su búsqueda en los archivos de Hacienda, pero no cabe duda de que son una fuente importante para un estudio de las características del que proponemos, referido al siglo pasado.

Igual carácter de material complementario tienen los testimonios orales, a los que hemos acudido cuando nos faltaban ciertos datos, y la correspondencia oficial que sólo manejamos en el C.M. de Sevilla y nos proveyó de diversos documentos de interés para nuestra memoria, por ejemplo cartas de recuento de número de médicos activos, colegiados y especialistas.

Hemos calificado las Listas de Colegiados de los Colegios de Médicos como el material básico de nuestra tesis. En ellas, sin embargo, no están incluidos todos los médicos. Algunos de ellos son de difícil localización, como los médicos que no se colegian por distintos motivos y que desarrollan alguna actividad pública no asistencial (el número hasta fechas recientes no debió ser muy elevado) o los médicos militares que no hacen ejercicio privado de su profesión (los médicos de instituciones militares están eximidos de la colegiación). Hay un sector de médicos especialistas, los estomatólogos, que no tienen obligación de pertenecer a los Colegios de Médicos sino a los suyos propios. Para su estudio acudimos a las Listas de Colegiados de los Colegios de Odontólogos y Estomatólogos.

2. FUENTES ACCESORIAS. DESCRIPCION CRITICA.

Incluimos bajo este epígrafe diverso material cuya procedencia no en en primer término profesional, si bien en basantes casos la información que contienen se explicita que procede de la organización médica colegial. En algunos casos, que referimos, son utilizadas como fuente en trabajos de carácter sociológico, socioeconómico o sanitario, trata de varias publicaciones del Instituto Nacional de Estadística (en adelante INE), que cubren el período 1953-1981; Relaciones numéricas de médicos; UMFE/IMS, y distintos directorios de médicos, que con el nombre genérico de Anuarios, se han venido publicando con periodicidad y continuidad variable desde comienzos

de siglos.

Los Anuarios Estadísticos de España (en adelante AEE), publicados por el INE, se encuentran entre las fuentes accesorias más citadas. Según figura en los mismo, sus datos provienen del Consejo General de Colegios Médicos. Ofrecen información sobre médicos y otros profesionales a partir de 1953 (AEE de 1955) hasta hoy. En los dos primeros Anuarios de esta serie, la información referente a médicos se limita a la cifra total de colegiados en cada provincia distinguiéndose según residencia en la capital o fuera de ella. A partir del Anuario de 1957, se añade además una clasificación según sexo y se separan colegiados con ejercicio y sin ejercicio. De este último dato se prescinde a partir del Anuario de 1979. Los datos contenidos en cada Anuario corresponden en casi todos los casos a las cifras de colegiados de finales del año anterior, aunque los médicos colegiados en el año 1975 no constan en ninguno. Esta es la fuente empleada en los capítulos de Sanidad de trabajos socioeconómicos tan trascendentes como el Informe sociológico sobre la situación de España (1970) de la FUNDACION FOESSA (4). Otro tipo de estudios, de contenido más estrictamente sanitario, se basan también en los AEE como es el caso del primer trabajo de sociología médica publicado en España, por Salustiano del CAMPO URBANO (1964) (5), los apéndices de SOLE SABARIS (1965) al libro de HATZFELD (1965) (6), o más recientemente DE MIGUEOL, J.M. (1976) (7). Sin embargo, su extendida circulación no se corresponde con un grado excesivo de fiabilidad. No hay que perder de vista, por un lado, que se trata de médicos colegiados, y no todos los colegiados ejercen su profesión, por lo que su utilización para estudios con carácter sanitario-asistencial provoca en mayor o menor medida una distorsión en la relación médico-población. La distinción que en los mismos se hace entre colegiados con ejercicio y sin ejercicio no viene a solventar esta deficiencia, antes bien puede llevar a error. No se trata de médicos que ejercen y que no ejercen, sino de una separación entre los que desde el punto de vista fiscal están capacitados para ejercer de forma privada su profesión de los que no (8). A este segundo grupo pertenecerían tanto los médicos

no activos, como aquellos que trabajaran exclusivamente en el sector público. Con todo, las cifras que ofrecen de números de colegiados, son más altas que las que nosotros obtenemos según las Listas, en un rango que se mueve entre 2% y 17% (mediana 4%) y que varía según provincia y año considerado (9).

Las cifras de médicos del INE, pues, introducen un margen de error más o menos apreciable según el uso de que se les dé. Así, cuando se manejen para la obtención de indicadores sanitarios, producirán cifras sobrestimadas. Su mayor valor reside en que permiten un análisis evolutivo a nivel estatal basado en las provincias; no obstante, las fluctuaciones que se aprecian en los porcentajes de diferencia con nuestras cifras y la tendencia bastante general a que dicho porcentaje aumente con el tiempo son factores a tener en cuenta, máxime al realizar análisis puntuales en años concretos.

Otra publicación del INE, sin carácter periódico, es la Estadística de Profesionales Sanitarios publicada en 1977 y con datos de médicos referidos al año 1974. Distingue entre médicos colegiados y médicos activos y es la única publicación de este organismo que ofrece información sobre especialidades, aparte otros datos de interés demográfico, como distribución por edades y sexo. La base de los datos es una encuesta realizada a finales de 1974 en colaboración con el Consejo General de Colegios Médicos. El cuestionario lo cumplimentaron los Colegios provinciales con datos de sus archivos. Los resultados globales no coinciden (ni aún cuando se refiere a médicos colegiados) con los del mismo año que aparecen en el Anuario Estadístico correspondiente (año 1977) lo cual, en definitiva, viene a refrendar la valoración que de los mismos hemos realizado líneas arriba.

Las cifras de médicos según Estadística... están más próximas a las nuestras (Tabla 2). En Almería y Granada las nuestras están algo más por encima de las de dicha procedencia, aún cuando hay que tener presente que estas se refieren a un año antes. En el caso de Sevilla sucede al contrario, las nuestras, siendo de 1975, son inferiores; no podemos explicar la falta de concordancia, sólo señalar que en este caso nosotros no manejamos directamente una Lista

del C.M. de Sevilla, sino una contabilización llevada a cabo en el Colegio y avalada por la firma de su secretario (10).

La publicación del INE que comentamos sólo la hemos visto referida en un trabajo: OFERTA y demanda de médicos en España (1983), del Ministerio de Sanidad y Consumo.

Otra posible fuente procedente del INE son las Reseñas estadísticas provinciales; tampoco tienen periodicidad establecida no se publican simultáneamente en todas las provincias. De siete Reseñas consultadas, tan sólo dos ofrecían datos totalmente acordes con los de los Anuarios. Es una fuente no utilizada en ninguno de los trabajos que hemos consultado.

Recientemente han visto la luz nuevos análisis que desde una metodología de carácter sociológico abordan el estudio de la profesión médica. Algunos de los más importantes han recurrido a otra fuente, Relación numérica de médicos, odontólogos y veterinarios de España, a la que en diversos medios se considera la proveedora de los datos más reales que existen sobre número de médicos en activo (11). Se trata de resúmenes provinciales de número de médicos (con separación entre capital y resto de provincia) así como del número de especialistas en una serie, no especialmente prolija, de especialidades médicas. Los edita una empresa de marketing (UMFE/IMS) (12) que facilita, con fines comerciales, direcciones de médicos en activo. Su fuente de información es el Consejo General de Colegios de Médicos de España. La empresa empezó a funcionar en 1941 y desde entonces hasta la fecha se han editado anualmente estas relaciones de médicos (13).

De estas Relaciones... obtienen sus datos Jesús de MIGUEL (citado en notas 4 y 5) y GONZÁLEZ RODRIGUEZ (1979) (14). La falta de concordancia de fechas entre los años procedentes de esta fuente y los nuestros propios nos impide una comparación de ambas mínimamente fundamentada. Sin embargo, sí es posible su confrontación con las cifras que dan los AEE del INE; de la misma se desprende (Tabla 3) que los datos provenientes de UMFE/IMS proporcionan un número de médicos inferior a los de los AEE y, en todos los casos, más próximos

a los nuestros que éstos; lo cual nos permite considerarlas, al igual que otros autores (véase nota 11) más ajustada a la realidad de los médicos activos. Por todo ello, consideramos oportuno utilizarlos a nivel estatal, ante la ausencia de Fuentes Principales.

El resto de publicaciones que vamos a comentar se asemejan, por su origen comercial a las Relaciones... de UMFE/IMS. Se trata de diversos directorios médicos que han sido publicados con continuidad variable en nuestro país desde principios del s.XX. Siguiendo un criterio cronológico, el primero del que tenemos noticia es el Anuario Sanitario de España, (1908 y 1909) que ofrece relaciones de médicos, farmacéuticos, veterinarios, dentistas y matronas según su lugar de residencia, además de un inventario de establecimientos de aguas minerales y prensa sanitaria por provincias. Su confección se realizaba a partir de "datos oficiales" (15).

No obstante, un primer acercamiento (basado en el recuento de médicos y odontólogos en las provincias andaluzas) muestra una diferencia considerable entre nuestras cifras, más bajas, y las de esta fuente. Tratándose de un periodo de colegiación libre, es factible pensar que no todos los médicos perteneciesen a los colegios profesionales, lo que explicaría las diferencias.

Otros anuarios publicados en fechas posteriores los hemos estudiado con más detalle. Se trata de Anuario Médico de España (1930-31) (en adelante AME) y del Anuario Sanitario Español (1945-46) (en adelante ASE). El primero posiblemente se publicaba desde 1922 (16), o no antes, y desde 1926 era considerado, en instancias oficiales, "de utilidad pública" (17). Ambos coinciden, a grandes rasgos, en la estructura de su contenido y difieren ampliamente de los actuales. Mientras que éstos son meros directorios de médicos y farmacéuticos (los vemos más adelante), aquellos incluían además a veterinarios, odontólogos, practicantes y matronas. También daban una información sobre estructura y legislación sanitarias, organización sanitaria (en ASE) e incluso insertaban artículos científicos (en AME). Por lo que se refiere al número de médicos, que se obtiene tras el recuento de nombres de los profesionales que aparecen clasificados por su

lugar de residencia, el de 1930 da cifras prácticamente iguales a las nuestras, y las de 1945, aunque algo más dispares, las consideramos dentro de un rango aceptable. Nos parece altamente valiosos por su contenido global para un estudio de la profesión médica de los años que cubren.

En la línea de AME y ASE pero en fechas recientes encontramos dos directorios: Anuario Medi-Farma y Anuario Médico-Farmacéutico Nacional (AMF). Del primero no hemos tenido acceso a ningún ejemplar, sabemos que se publicó al menos entre 1960-70; lo hemos encontrado citado como fuente en el interesante trabajo de CLOS, SECULI Y SEGURA (1980) sobre asistencia médica rural en Cataluña (18). El AMF se publica sin interrupción desde 1969 (19). Se trata de un directorio de médicos y farmacéuticos ordenados por provincias según la localidad de residencia. Consigna especialidades, así como dirección de centros hospitalarios y cargos sanitarios o corporativos provinciales. Parece ser que se basa en las listas publicadas por los Colegios de Médicos, o en información procedente de dichas organizaciones. El cómputo de médicos que hemos realizado para fechas coincidentes con las nuestras, los revelamos como una fuente aceptable para contabilizar médico en activo en los años 1968-1971. La similitud de cifras con las nuestras propias nos hace pensar -pues no consta en parte alguna- que optan por no incluir a los médicos que no ejercen aunque estén colegiados (jubilados, colegiados con residencia en otras provincias, etc.).

La dificultad que ofrecen todos los Anuarios citados es común: la necesidad de contar uno a uno para conocer el número total, y creemos que en ello radica la razón por la que son tan poco utilizados. La información sobre especialidades contenida en los AMF difiere a primera vista de las nuestras, pero no nos hemos detenido a cuantificarla.

NOTAS.

1.- Se trata de nuestra memoria de doctorado Médicos en Andalucía 1898-1981. Cuantificación, distribución, especialismo y participación profesional de la mujer (1985). Universidad de Granada, Microfilm.

2.- Diversos trabajos realizados en la Unviersidad de Murcia han utilizado estas mismas fuentes. Se trata, que sepamos, de los trabajos de SATURNO HERNANDEZ (1981) Los médicos de la comarca de la Huerta de Murcia (1960-1974) Asclepio, 33, 23-80 y NAVARRO SANCHEZ (1982) Estructura sanitaria del Campo de Cartagena (1960-1980) Murcia, Publicaciones de la Universidad, 167p.

3.- Aparte de las Listas de la Tabla 1, encontramos otras de distintos colegios provinciales, la mayoría de los años sesenta y setenta, que fueron donadas a la cátedra de Histroia de la Medicina, donde ahora se encuentran.

4.- Su capítulo de Sanidad es considerado la "descripción más completa ... del sector sanitario y su estructura" por GONZALEZ PAGEL, M. (1978) Una bibliografía comentada sobre planificación y reforma sanitaria, in: DE MIGUEL, J. (dir.). Planificación y reforma sanitaria, Madrid, C.I.S., p.467.

5.- Nos referimos a Problemas de la profesión médica española (Informe preliminar), Madrid, Prensa gráfica.

6.- HATZFELD, H. (1965). La crisis de la medicina liberal. Barcelona, Ariel.

7.- La reforma sanitaria en España. Madrid, Cambio 16. Este autor no obstante, alterna el uso de esta fuente con otra (UMFE/IMS) que comentamos más adelante.

8.- Un ejemplo de la confusión a que podían conducir estos datos es FUENTES CHAOS (1958) (Los grandes problemas de la medicina actual, Madrid, Euroamérica) quien asimila en varias ocasiones el número de colegiados sin ejercicio a médicos desprovistos de trabajo (p. 11 y 12) o médicos "sin ejercicio profesional voluntario" (p. 29). La mala interpretación de la Fuente Chao podría ser hasta cierto punto intencionada, ya que favorecía sus tesis. GONZALEZ PAGE (1978) (n. 4) considera este libro "una obra única por su contenido ideológico conservador (fascista)". A nosotros además nos ha sorprendido por la desfachatez derrochada en el manejo de datos.

9.- Un análisis comparativo más detallado lo ofrecemos en las páginas 27-28 y en las Tablas 23 y 23 (pp. 60-62) de nuestro trabajo citado en la nota 1.

10.- TORTOSA SIMANCAS. Carta dirigida a la Delegación de Médicos del Hospital Clínico facilitando una serie de datos relativos a cifras de médicos en el conjunto de la provincia.

11.- Como GONZALEZ PAGE (1978), p. 483, (aunque se refiere sólo a la relación del año 1975), o el libro de INSALUD (1979) Necesidades sanitarias y recursos asistenciales, Madrid, Ministerio de Sanidad y Seguridad Social, p. 103. En el Consejo Oficial de Colegios de Médicos, algunos administrativos me manifestaron personalmente la misma opinión.

12.- Las iniciales corresponden al nombre de Unión Médico Farmacéutica Española (Intercontinental Marketing Services).

13.- Según se me comunicó personalmente en la sede de la empresa, en Madrid, su localización quizá sea fácil. La propia empresa no tiene ejemplares de todas las Relaciones... publicadas.

14.- El capital humano en el sector sanitario. La distribución de médicos en España, Madrid, C.I.S., 115pp.

15.- ANUARIO Sanitario de España (1909), pp. 163, 237.

16.- La Junta de Gobierno del C.M. de Granada, en una de sus sesiones del año 1922, respondía a una petición del "Anuario médico", enviándole una Lista de Colegiados en esa fecha y provincia. Libro de Actas de Junta de Gobierno (1906-1925). C.M. Granada.

17.- Así lo declaraba una Real Orden dictada en 1926 que recoge el Anuario Médico Sanitario (1930-31), p. IV.

18.- L'assistencia sanitaria a las comarques de Catalunya, Barcelona, Laia, 195 pp.

19.- Conocemos no obstante ejemplares de años anteriores, años 1965 y 1966, pero no de los posteriores hasta 1969. A partir de 1969, sí que tenemos constancia de la continuidad.

TABLA .1
LISTAS PROVINCIALES DE MEDICOS COLEGIADOS UTILIZADAS EN
LA PRESENTE MEMORIA.

Provincia	Años	Archivo de procedencia	Archivo de localización actual
Almería	1901, 1905, 1925, 1928, 1940, 1945, 1950, 1955, 1960, 1965, 1970, 1975, 1981	C.M. Almería	C.M. Almería
Cádiz	1939 1950 1968	B.N. C.M. Huelva C.M. Sevilla	B.N. H ^a .M.G. H ^a .M.G.
Córdoba	1899, 1902, 1925, 1930, 1936, 1955, 1961	C.M. Córdoba	C.M. Córdoba
	1965, 1971, 1976	C.M. Sevilla	H ^a .M.G.
	1983	C.M. Córdoba(1)	---
Granada	1899	C.M. Granada	C.M. Granada
	1901	C.M. Almería	C.M. Almería
	1917	C.M. Granada	C.M. Granada
	1925, 1936, 1940, 1945, 1950, 1955, 1965, 1971	C.M. Granada	H ^a .M.G.
	1975	C.M. Granada	C.M. Granada
	1981	C.M. Granada	H ^a .M.G.

(sigue...

...continua Tabla 1)

Provincia	Años	Archivo de procedencia	Archivo de localización actual
Huelva	1902, 1907, 1920, 1926, 1930, 1936, 1939, 1946, 1950, 1959, 1981	C.M. Huelva	C.M. Huelva
	1971	C.M. Sevilla	H ^a .M.G.
Jaén	1917	C.M. Jaén	C.M. Jaén
	1961	C.M. Huelva	H ^a .M.G.
Málaga	1931, 1936, 1940	C.M. Málaga	C.M. Málaga
	1961 1979	C.M. Huelva Donación partic.	H ^a .M.G. H ^a .M.G.
Sevilla	1900, 1903, 1925	C.M. Sevilla	C.M. Sevilla
	1930	RANM	RANM
	1947 1966, 1975(2)	C.M. Sevilla	C.M. Sevilla

NOTAS: B.N.:Biblioteca Nacional

C.M. Colegio de Médicos

H^a.M.G.:Departamento Historia de la Medicina de Granada.

RANM: Real Academia Nacional de Medicina

(1): Se trata de una salida de ordenador de primeros de 1983.
De ella tomamos los datos directamente, en la actualidad no sabemos si se conserva o es posible recuperarla automáticamente.

(2): Se trata de una carta del Colegio donde constan las cifras totales que nos interesan. (TORTOSA SIMANCAS, véase, n.10)

TABLA 2

COMPARACION DEL NUMERO DE MEDICOS EN ANDALUCIA Y ESPAÑA SEGUN VARIAS FUENTES DEL INE Y DATOS PROPIOS. AÑOS 1974 Y 1975.

FUENTES	año 1974		año 1975	
	AEE	Estadística...	Datos propios	
n ^o médicos Provincias	Colegiados	Activos Colegiados	Activos	Colegiados
Almería	388	300 337	326(1)	360(1)
Cádiz	1151	513(*) 553(*)	--	--
Córdoba	833	588 612	--	--
Granada	1331	1011 1239	1146(2)	1241(2)
Huelva	467	375 409	--	--
Jaén	738	564 567	--	--
Málaga	1270	998 1026	--	--
Sevilla	2884	2729 2743	2190(3)	2617(3)
Andalucía	9062	7078 7486	--	--
España	64.597	42.049 51.424	--	--

NOTAS: (*) Datos incompletos.

FUENTES: AEE: INE (1976). Anuario Estadístico de España.

ESTADÍSTICA ...: INE (1977) Estadística de Profesionales Sanitarios.p.19
(1) y (2) Listas de Colegiados (1975). Colegios de Médicos de Almería y Granada
respectivamente; (3) TORTOSA SIMANCAS (véase nota 10)

TABLA 3

COMPARACION DEL NUMERO DE MEDICOS EN ANDALUCIA Y ESPAÑA, SEGUN UMFE/INS, AEE Y DATOS PROPIOS. AÑOS 1957, 1962 Y 1976.

Fuente	1957			1962			1976		
	UMFE/TMS	AEE	Datos propios (1)	UMFE/TMS	AEE	Datos propios (2)	UMFE/TMS	AEE	Datos propios (3)
Almería	272	265	270	275	286	—	351	388	326
Cádiz	561	709	—	635	746	—	1059	1131	—
Córdoba	554	578	515	675	717	621	752	883	780
Granada	657	696	673	756	793	—	1267	1331	1146
Huelva	301	312	—	323	339	—	405	467	—
Jafin	522	546	—	588	615	—	635	738	—
Málaga	490	560	—	544	672	532	1184	1270	—
Sevilla	1050	1137	—	1252	1330	—	2524	2884	2190
Andalucía	4407	4803	—	5048	5498	—	8177	9062	—
España	31.968	33.337	—	35.779	37.374	—	53.560	64.597	—

NOTAS: (1) Año 1955; (2) Año 1961; (3) Año 1975.

FUENTES: - Los datos propios proceden de Listas de Colegiados en los años y provincias que se señalan, salvo en el caso de Sevilla (TORTOSA SINANCOS).
 - UMFE/TMS: Relación de médicos... Años 1958, 1963 y 1977. (Este citado por INSAUD (1979)).
 - AEE: INE. Anuario médico de España. Años 1958, 1963 y 1977.

EVOLUCION DE LAS ENFERMEDADES TUMORALES EN PALOMARES.

Martínez Pinilla, P.; San Eustaquio, F.; Guillén Grima, F.

Departamento de Historia de la Medicina y Documentación Médica. Facultad de Medicina. Universidad de Murcia.

El 17 de enero de 1966, un accidente de aviación ocurrió sobre el cielo de Palomares. Fué la colisión de dos aviones norteamericanos, un B-52 que portaba cuatro bombas termonucleares, y su avión nodriza, un KC-135, dando como resultado la lluvia de despojos incandescentes, pilotos calcinados y cuatro bombas sobre el suelo de Palomares: tres en tierra y una en el mar.

A pesar del gran número de armas termonucleares que existen en la actualidad, ha sido escaso hasta la fecha el número de accidentes ocurrido con ellas, por lo que es de sumo interés, estudiar las consecuencias para la salud que pudo provocar la nube radiactiva de Plutonio-239 que invadió Palomares en enero de 1966, como consecuencia del accidente nuclear a que estuvo expuesta esta colectividad. El tema objeto de estudio es interesante tanto por esta escasez de accidentes similares, como por el riesgo biológico al que estuvo y está sometida la población de Palomares.

A diario salían dos bombarderos B-52 de Carolina del Norte y llegaban cerca de los límites de las fronteras rusa y china, para volver nuevamente a su lugar de origen sin haber tomado tierra. Esto suponía la necesidad de repostar en vuelo, y esto era lo que hacían a diario y sobre territorio español en virtud de un protocolo anexo a los acuerdos hispano-norteamericanos de 1953, que concedían a EE.UU. el privilegio de sobrevolar nuestro territorio con armas nucleares, así como de repostar en vuelo sobre dos puntos de la geografía española: uno en el vuelo de ida hacia Rusia, y otro a la vuelta, a unos 9.300 metros de altura sobre el nivel del mar, y encima de Palomares, en la provincia de Almería.

A este segundo abastecimiento de Keroseno, acudían dos aviones cisterna KC-135 provenientes de la base de Morón de la Frontera. El resultado de aquel día fué el de un accidente de aviación con aparatos que portaban armas altamente destructivas sobre el territorio español, en Palomares a las 10 horas y 22 minutos, del lunes 17 de enero de 1966.

Dos tremendas explosiones se produjeron al colisionar contra el suelo las bombas nucleares, que desde una altura de 9.300 metros cayeron sobre Palomares provocando la explosión de parte de sus cargas de TNT, produciendo una intensa nube de polvo y material radiactivo. Una tercera bomba cayó también sobre Palomares, pero no llegó a explotar ni rajarse su casco como lo hicieron las otras dos.

En cuanto al viento que soplaba en superficie, hay opiniones diferentes, y diferentes también son las posibilidades donde se desplazó la nube radiactiva de Plutonio. Nuestra opinión al respecto basada en el desplazamiento de los paracaidas y en las múltiples conversaciones mantenidas con los habitantes de Palomares es de que el viento en superficie era fuerte e iba hacia el Sur-Este, por lo que la nube de Plutonio iría hacia el Mar Mediterráneo pudiendo haber pasado por Villaricos.

En Palomares fué confirmada la presencia de partículas alfa mediante contadores Geiger, debido a que el Plutonio es un alfa emisor. Dichas partículas no penetran a través de la piel si ésta está intacta, ya que su alcance en la materia viva es de 0,007 cm., necesitando por tanto de una herida abierta para que pueda existir contaminación alfa externa. El problema de dichas partículas, es fundamentalmente un problema de contaminación interna, que puede originarse por inhalación o por ingestión de productos contaminados. El alcance máximo de las partículas alfa del Plutonio -239 en el aire es de 3,75 cm., no existiendo por tanto contaminación a mayor de esta distancia del Plutonio, sin embargo, este material radiactivo, en el aire forma un aerosol que puede ser desplazado por el viento. La nube de Plutonio se dispersó en Palomares provocando su contacto con los habitantes y su consiguiente inhalación. El Plutonio desde los pulmones pasa

fundamentalmente a los nódulos linfáticos de la cadena ganglionar respiratoria, y desde allí se deposita en todo el organismo, fundamentalmente en el esqueleto. La vida media de Plutonio es de 24.390 años, por tanto una persona en cuyos huesos se hubiese depositado dicho material radiactivo, estaría de por vida emitiendo partículas alfa causantes de cáncer.

En un informe de la Junta de Energía Nuclear al Congreso de los Diputados, con fecha noviembre de 1895, se afirma entre otras muchas cosas que: "Las labores realizadas en las parcelas cultivadas, no consiguen evitar la existencia de partículas de Plutonio en la capa superficial, ya que a lo largo de los años y en todas las parcelas no encuentran fluctuaciones en los valores de las concentraciones de Plutonio". También se afirma en otro párrafo que: "En todas las parcelas cultivadas se ha encontrado un cierto incremento en los valores de la contaminación durante los años 1977, 78, 79 y 80. Este incremento coincide también con los correspondientes a los encontrados en el aire, y se piensa que están relacionados con los trabajos realizados para transformar en parcelas cultivables zonas que hasta entonces eran eriales". "Estos trabajos provocan la resuspensión de las partículas Plutonio, como parece indicar el encontrar de nuevo contaminación en algunas de las muestras tomadas durante los años 1977 a 1980".

La tierra procedente de las zonas de mayor contaminación, según lo pactado fueron recogidas. 4.879 barriles de 209 litros cada uno fueron llenados con aproximadamente 1.100 toneladas de tierra, y posteriormente transportadas a EE.UU. para su almacenamiento como residuos radiactivos.

Ha sido grande la polémica surgida al respecto en los últimos años, siendo nuestra intención la de aportar elementos clarificadores según los requisitos del método científico.

Este interés, se ha visto recientemente reforzado por el accidente de Chernobyl.

Ante tales acontecimientos, nos hemos planteado como objetivos del presente estudio:

- 1) Determinación de las posibles consecuencias en la evolu-

ción de la mortalidad, atribuibles a los efectos biológicos de las radiaciones.

2) El análisis pormenorizado, tanto del número de defunciones, como de las causas que las produjeron, en la población expuesta a las radiaciones desde 1966.

Para ello, nos hemos planteado una triple hipótesis de trabajo: Hipótesis Biológica, Sanitaria y Sociológica.

Hipótesis Biológica.— Debido a los grandes períodos de latencia necesarios para que aparezcan enfermedades tumorales como consecuencia de las radiaciones, no ha transcurrido aún tiempo suficiente en 20 años para que aparezcan en los habitantes de Palomares expuestos a las radiaciones, los efectos tumorales esperados como consecuencia de las mismas.

Hipótesis Sanitaria.— Ha habido una hipersensibilización, tanto por parte de la población expuesta, como sobre todo de la estructura sanitaria, hacia la detección de Tumores en general, por la posibilidades de su relación con la radiaciones.

Hipótesis Sociológica.— Precisamente debida a esa presión social que existe sobre Palomares, traerá como consecuencia sociológica, la infraregistración de casos de cáncer por parte de los médicos.

MATERIAL Y METODO.

Hemos recogido los datos de defunción de un período de 40 años, suma de dos grupos: el primero, es el comprendido desde el año 1946 hasta el año 1965 (ambos inclusive), y el segundo, es el que abarca desde el año 1966 hasta el año 1985 también ambos inclusive, de forma que cada uno de estos grupos comprende un período de 20 años completos. Este se ha hecho así con el fin de estudiar las defunciones ocurridas durante 20 años después de la caída de las bombas sobre Palomares en 1966, y 20 años anteriores a dicho accidente.

Hemos recogido los datos de defunción mencionados de Palomares e idénticos datos de una población testigo, que por su ubicación geográfica, estructuras productivas e índices sanitarios fuera compara-

ble. Con tal fin hemos elegido a la población de Guazamara.

Se registraron un total de 659 defunciones, de las que se extrajeron para su análisis los siguientes datos: sexo, año, lugar, edad, estado civil, y las tres causas de defunción existentes, cuales son: la del libro de registro civil, la inmediata y la fundamental. Aparecieron 183 diferentes causas de defunción, las cuales fueron anotadas y numeradas según riguroso orden de aparición, para posteriormente ser reagrupados según la Clasificación Internacional de la OMS novena revisión, llegándose a formar los 11 siguientes grupos de enfermedades: Infecciosas, Tumores, Endocrinas, SNC Mentales, Cardíacas, Respiratorias, Digestivas, Urinarias, Osteomusculares, Senilidad y Mal Definidas.

Con respecto a los nacimientos, fueron recogidos de los archivos de las Iglesias correspondientes, de tal forma, del archivo de la Iglesia de Garrucha, se recogieron los nacimientos de Palomares, y del archivo de la Iglesia de Pulpí, los de Guazamara.

Las poblaciones de hecho fueron recogidas de los Nomencladores de la provincia de Almería correspondiente a los años 1950, 60, 70 y 81, y que edita el Instituto Nacional de Estadística, ofreciendo ambas poblaciones y década por década un número muy similar de habitantes.

La distancia en km. entre las poblaciones estudiadas, fué medida en línea recta sobre un plano de la Exma. Diputación Provincial de Almería de Octubre de 1985, resultando haber una distancia superior a los 10 kms. entre la población testigo y Palomares.

Hemos utilizado los programas estadísticos BMDP 2D y BMDP 4F, en el ordenador HoneyWell Bull-64, habiendo recurrido como pruebas de fiabilidad al test de Pearson o prueba del chi cuadrado, y a los análisis de residuos.

Se hizo un programa de Fortran, para traducir la codificación inicial de los diagnósticos a la Clasificación Internacional de la OMS.

Asimismo se generó una nueva variable consistente en Tumor no-Tumor, considerando un caso como Tumor, cuando aparecía este diagnós-

tico en cualquiera de las tres causas de muerte, y no-Tumor cuando no aparecía el diagnóstico de Tumor en ninguna de las tres causas. Hay que observar, que cuando el diagnóstico de Tumor aparecía en una o más de las tres causas de muerte, se registró como un sólo caso.

RESULTADOS Y COMENTARIOS.

I) Descripción de las dos colectividades.-

Natalidad.- Las tasas de natalidad evolucionaron de forma muy similar entre ambas poblaciones en los 40 años estudiados.

Mortalidad general por años.- En el conjunto de los cuarenta años estudiados, y entre ambas poblaciones, se registraron un total de 659 defunciones, las cuales se distribuyeron de forma casi idéntica entre ambas poblaciones: 327 en Palomares y 332 en Guazamara, cifras muy parecidas, como también lo son las tasas que expresan dichas defunciones: 10,6 para Palomares y 10 para Guazamara.

Las tasas de mortalidad fueron realizadas para ambas poblaciones, tanto para el conjunto de los 40 años, como para los períodos de 20 y de 10 años. Con respecto a los períodos de 20 años anterior y posterior a la caída de las bombas sobre Palomares, podemos observar una evolución diferente en ambas poblaciones, consistente en que mientras que en Palomares dichas tasas van en aumento desde el primero hasta el segundo período, en Guazamara ocurre lo contrario, es decir una disminución de la mortalidad general desde el primero hasta el segundo período. Las tasas de mortalidad estudiadas por decenios, ya que fueron superiores en los decenios tercero y cuarto en Palomares que en Guazamara, si bien la evolución fué similar para ambas poblaciones.

Mortalidad general por grupos de edad.- Ante todo queremos destacar un alto índice de mortalidad en el primer año de vida, ya que el 5,9% del total de las 659 defunciones, se produjeron en esta edad. Esto fué debido al primero de los dos períodos de 20 años en el cual, del total de las 39 defunciones aparecidas en menores de un año pudieron registrarse 34, y sólo 5 en el segundo período.

En el estudio del resto de grupos de edad, fué parecida

la evolución en ambas poblaciones, sobre todo en los grupos de mayor mortalidad, que fueron los de 71-80 años y los de 81-90 años.

Edad media de las defunciones.- Existe una evidente diferencia entre ambas poblaciones en cuanto a la edad media de defunción, consistente en que en Palomares dicha edad es siempre inferior en aproximadamente cuatro años y medio con respecto a Guazamara, y que esta diferencia se mantiene tanto en el primer período de 20 años (1,7 años), como en el segundo (4,3 años), y es debida a que en Palomares mueren más niños, en concreto el grupo de edad de 0-10 años.

Indica vital.- También existen grandes diferencias entre ambas poblaciones si comparamos el número de nacimientos de cada una de ellas con sus respectivas defunciones, es decir, si comparamos sus índices vitales, los cuales son siempre inferiores en Palomares, si bien es cierto que evolucionan de forma paralela a lo largo de los cuatro decenios. Esto es debido a unas tasas de natalidad inferiores en Palomares que en Guazamara.

II) Evolución de las principales mortalidades excepto Tumor.- Hemos querido separar dentro del estudio epidemiológico de la mortalidad en Palomares a las causas Tumoraes de las no-Tumoraes con fines puramente operativos. De esta forma, nos referiremos en primer lugar a la causa de mortalidad no-Tumoraes, y dentro de ellas haremos mención en este resumen sólo a los tres grupos con mayor número de mortalidad cuales son el de las enfermedades cardíacas, respiratorias, y las mal definidas.

Enfermedades Cardíacas.- Fué el que mayor número de defunciones registró, excepto el de las Mal Definidas. De todos es sabido que este grupo, es el eterno "Cajón de sastre" a la hora de hacer certificados de defunción, lo que origina problemas en cuanto al grado de fiabilidad y aproximación de los certificados de defunción.

Las tasas del grupo de enfermedades cardíacas sufrieron una evolución muy similar entre ambas poblaciones: aumentando desde el primero hasta el segundo decenio y desde éste al tercero, y disminuyeron por último y también en ambas poblaciones en el cuarto.

Enfermedades Respiratorias.— (Tabla I). (Gráfica I). Las tasas de este grupo de enfermedad también evolucionaron de forma similar entre Palomares y Guazamara: hubo un aumento desde la primera hasta la segunda década y un descenso desde ésta a la tercera de ambas poblaciones y continuó descendiendo hasta la cuarta.

Las enfermedades respiratorias fueron detrás de las cardíacas las siguientes en cuanto a número de defunciones (10,8% de 1 total) según la Causa Fundamental, y también como las cardíacas se distribuyeron por decenios de forma paralela, no existiendo a nuestro juicio razones para que hubiera sido de otro modo. (Tabla I). (Gráfica II).

Enfermedades Mal Definidas.— Del total de las 659 defunciones, 236 según la Causa Fundamental fueron debidas a este grupo de enfermedad, de las que 121 (51,3%) incidieron en Palomares y 115 (48,7%) en Guazamara. Pudo observarse un aumento significativo para ambas poblaciones en el primer decenio: 71,9% en Palomares y 74,8% en Guazamara.

III) Evolución de los Tumores.—

Períodos de 20 años, decenios, tasas.— Como se indicó en material y método se creó una nueva variable consistente en Tumor no-Tumor, con el fin de separar del total de defunciones, aquellas debidas a cualquiera causas Tumoraes.

En el conjunto de Palomares y Guazamara, fueron registrados un total de 63 Tumores, frente a 596 no-Tumores del total de las 659 defunciones (9,6% y 90,4% respectivamente).

De esta forma de 327 defunciones ocurridas durante 40 años en Palomares, el 8,8% ocurrieron por causas Tumoraes (29 en total), mientras que en Guazamara, de un total de 332 defunciones, el 10,3% fueron debidas a Tumores (34 en total). Observamos por tanto una primera diferencia porcentual en Tumores a favor de Guazamara de 10,3% sobre 8,8% de Palomares, en el conjunto de los 40 años estudiados.

Desglosando este grupo de defunciones por causa Tumoral en dos períodos de 20 años cada uno (el anterior y el posterior a

la caída de las bombas), observamos en Palomares, que de las 29 defunciones Tumorales, el 24,1% incidió antes de la caída de las bombas (7 defunciones), y el 75,9% después de dicho accidente (22 defunciones), mientras que en Guazamara, de las 34 defunciones por causa Tumoral, el 17,6% apareció en el primer período de 20 años (6 defunciones) y el 82,4% en el segundo período (28 defunciones).

Observamos por tanto y en primer lugar, como tanto en Palomares como en Guazamara, hubo una mayor incidencia de Tumores en el segundo período que en el primero, la cual fué en Palomares de 3,1 sobre 1, es decir, por cada Tumor aparecido en el primer período, aparecieron 3,1 Tumores en el segundo, mientras que en Guazamara también esta diferencia, pero fué más acentuada todavía. ya que por cada Tumor aparecido en el primer período, aparecieron 4,6 Tumores en el segundo. Es decir, en ambas poblaciones aumentó el número de Tumores en el segundo período con respecto al primero, pero ese incremento fué superior en Guazamara que en Palomares.

Las tasas de mortalidad por Tumor confirman los resultados antes descritos: en Palomares esas tasas fueron de 42,4 en el primer período de 20 años, y 154,1 en el segundo, mientras que en Guazamara fueron 36,4 en el primero y 167,4 en el segundo. Observándose la misma desviación descrita anteriormente, en el sentido de que en ambas poblaciones aumenta la tasa de mortalidad por Tumores en el segundo período, pero es Guazamara donde ese aumento es más acusado.

Y por último al estudiar la evolución del número de Tumores y sus tasas por decenios, es donde a nuestro juicio encontramos la clave de esas diferencias expresadas anteriormente, siempre a favor de Guazamara. Dichas tasas de mortalidad específica por Tumores y por decenios fueron en aumento ininterrumpido en Guazamara desde el primer decenio hasta el cuarto, pasando por los siguientes valores 10,2, 74,5, 134,4 y 199,0 mientras que en Palomares se observó un comportamiento diferente ya que dichas tasas fueron en aumento desde el primer hasta el tercer decenio, para desde éste y hasta el cuarto y último ofrecer un descenso, pasando por los siguientes valores 21,1, 71,0, 163,9 y 145,5.

No creemos que en Palomares y en esas fechas en concreto, (1976-1985), apareciesen factores que justificasen ese parón e incluso disminución de las tasas de mortalidad por Tumores, más bien al contrario, nos inclinamos a pensar, que en Palomares debió seguir aumentando, al igual que ocurriera en Guazamara y en el resto de España, pero que sin embargo, ante la presión social que inevitablemente relacionaba las bombas con las radiaciones y con el cáncer, se produjera consciente o inconscientemente una infravaloración de las defunciones Tumores, que a nuestro juicio explicarían la mencionada disminución en las tasas de mortalidad por Tumores en Palomares y en el cuarto decenio en concreto.

Comparación entre las tasas de mortalidad por enfermedades cardíacas respiratorias y tumorales.-

Como hemos descrito anteriormente, tanto las tasas de mortalidad por enfermedades cardíacas, como las de las enfermedades respiratorias, evolucionaron de forma similar entre ambas poblaciones y en los cuatro decenios estudiados y mientras que en los tres primeros decenios las tasas de mortalidad por enfermedades Tumores evolucionaron también de forma idéntica, en el cuarto decenio lo hicieron de forma diferente, ya que en Guazamara siguieron aumentando y en Palomares disminuyendo. Esto a nuestro juicio podría deberse a que mientras que para las enfermedades cardíacas y respiratorias no existió ningún valor de especial interés que influyera a la hora de reflejar en los certificados de defunción la verdadera causa de muerte, sí pudo haberlo habido en las enfermedades Tumores, y concretamente en Palomares en el cuarto decenio.

CONCLUSIONES.

1º La tasa de mortalidad general en Palomares, es superior en el segundo período (el posterior a la caída de las bombas), que en el primero, mientras que en Guazamara ocurre lo contrario: la tasa de mortalidad en el primer período es superior a la del segundo.

2º Las tasas de mortalidad general por decenios son aproximadamente iguales en los decenios y segundo para ambas poblaciones. Sin embargo,

en los decenios tercero y cuarto, dichas tasas son superiores en Palomares que en Guazamara.

3º La mortalidad infantil evoluciona de forma paralela en ambas poblaciones.

4º Los índices de Natalidad evolucionan de forma paralela en ambas poblaciones.

5º La Edad Media de defunción, es siempre inferior en Palomares que en Guazamara, y tanto en el primer período de veinte años, como en el segundo en aproximadamente cuatro años y medio.

6º El Índice Vital, es siempre superior en Guazamara que en Palomares.

7º El porcentaje de defunciones Tumorales durante los cuarenta años, fué siempre inferior en Palomares (8,8%), que en Guazamara (10,3%).

8º El incremento porcentual en el número de Tumores desde el primer período de veinte años hasta el segundo, fué inferior en Palomares (75,9%), que en Guazamara (82,4%).

9º Las tasas de defunción por tumores y por decenios, fueron en aumento ininterrumpidamente en ambas poblaciones en los tres primeros decenios, sin embargo en el cuarto, mientras que en Guazamara continuó el mencionado incremento, en Palomares se observó una disminución en dichas tasas.

10º Creemos que esa disminución de las tasas de defunción por Tumores en Palomares en el cuarto decenio fué debida a una infrarregistraación por parte de los médicos de las defunciones tumorales, ante la presión social que inevitablemente establecía una relación entre las bombas, las radiaciones, y las enfermedades cancerígenas.

11º Sería deseable continuar el presente estudio, dado que los períodos de latencia necesarios para que aparezcan los efectos biológicos de las radiaciones son bastantes grandes (superiores a veinte años).

12º Sería deseable ampliar y completar el presente estudio, intentando en primer lugar hacer una aproximación al censo nominal de Palomares en 1966, para con él, hacer un seguimiento persona a persona, incluyendo a los emigrados, que fundamentalmente lo han hecho a las provincias de Barcelona, Madrid y Sevilla.

BIBLIOGRAFIA

ALFONSO SANTOS, M. (1979). Diccionario Nuclear, Madrid, Ediciones JEM

BERGSTROM, S. et al. (1985). Explosiones nucleares: características y efectos. Tribuna Médica, 1092, 19-22; 1093, 19-21.

CHELET, IVE (1967). La energía nuclear, Barcelona, Martínez Roca.

COMEN, B. L. (1977). Ciencia nuclear y sociedad, Barcelona, Calabria.

CONSEJO DE SEGURIDAD NUCLEAR (1985). Informe al Congreso de los Diputados.

DIXON, N. (1981). B.M.D.P. Statical Software, Berkeley, University of California Press.

INE (1950). Nomenclator de la Provincia de Almería.

INE (1960). Nomenclator de la Provincia de Almería.

INE (1970). Nomenclator de la Provincia de Almería.

INE (1980). Nomenclator de la Provincia de Almería.

COMUNTA DE ENERGIA NUCLEAR. Guía práctica del método analítico utilizado por el Departamento de Seguridad Nuclear para el cálculo de niveles de explosión y dosis equivalentes (individual y colectiva) a la población como consecuencia de la operación normal o situación accidental de las instalaciones nucleares, Informe Técnico-Científico, nº 370, Madrid.

COMUNTA GENERAL DE ENERGIA NUCLEAR (1985). Informe al Congreso de los Diputados, Madrid.

LARA SAENZ; RAMOS, E. (1973). Fisiopatología de la contaminación por Iodine: conceptos fundamentales. Revista JEN, nº 84.

LORENTE, P. (1985). Las bombas de Palomares, ayer y hoy, Madrid, Liberrarios.

OMS (1984) Efectos de la guerra nuclear sobre la salud y los Servicios de Salud, Ginebra.

OMS, OPS (1978). Clasificación internacional de enfermedades, 9ª revisión.

RESIDENCIA DEL GOBIERNO (1974). Sistemas internacionales de unidades I, Madrid, Comisión Nacional de Metrología y Metrotecnica.

SANCHO, J. (1945). Introducción al estudio de la química nuclear, Murcia, sucesores de Negués.

ZULC, T. (1968). Las bombas de Palomares, Barcelona, Six Barral.

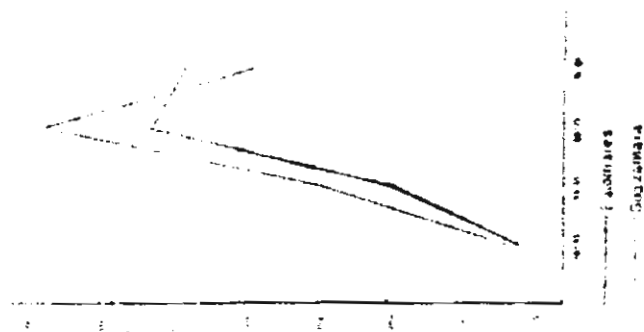
TABLA I

TASAS

		1946-55	1956-65	1966-75	1976-85
Palomares	-enf. Cardiacas	21,1	198,8	536,5	489,4
	-enf. Respirato				
	rias	21,1	369,3	163,9	52,9
	-enf. Tumorales	21,1	71,0	163,9	145,5
Guazamara	-enf. Cardiacas	40,9	298,0	648,5	398,1
	-enf. Respirato				
	rias	20,4	149,0	146,6	46,8
	-enf. Tumorales	10,2	74,5	134,4	109,0

Gráfica I

Tasas de mortalidad por enfermedades
respiratorias y por decenas
de años



Gráfica II

Tasas de mortalidad por enfermedades
respiratorias y por decenas
de años

