

MANUEL BUSTOS RODRIGUEZ

LOS CIRUJANOS DEL REAL COLEGIO DE CADIZ EN LA ENCRUCIJADA DE LA ILUSTRACION (1748-1796)



SERVICIO DE PUBLICACIONES DE LA
UNIVERSIDAD DE CADIZ



Manuel Bustos Rodríguez se doctoró por la Universidad Complutense de Madrid y es actualmente profesor de Historia Moderna de la Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad de Cádiz. Ha publicado, entre otros, los siguientes trabajos: *"Campomanes y la Mesta. La nueva coyuntura del siglo XVIII"* (Hispania, Madrid, 1981); *"La representación popular en el ayuntamiento de Cádiz: El primer Procurador Síndico Personero y los primeros Diputados del Común"* (Gades, Cádiz, 1981); *"El pensamiento socio-económico de Campomanes"* (Oviedo, 1982); *"La hacienda municipal gaditana en el reinado de Carlos III"* (Gades, Cádiz, 1982); *"Población, sociedad y desarrollo urbano (Aproximación al Cádiz de Carlos II)"* (I Jornadas de Historia de Cádiz, 1983);... Ha sido coordinador de las I y II Jornadas de Historia de Cádiz (años 1982 y 1983) y en la actualidad está investigando sobre el Cádiz del último tercio del siglo XVII y del XVIII.

MANUEL BUSTOS RODRIGUEZ

Los Cirujanos del Real Colegio de Cádiz en la Encrucijada de la Ilustración (1749-1796)



SERVICIO DE PUBLICACIONES DE LA
UNIVERSIDAD DE CADIZ

ISBN 84-600-3196-9

D.L. CA-399-83

Edita: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Cádiz

Jiménez-Mena, artes gráficas, editorial

Pol. Ind. Zona Franca, C/. La Línea de la Concepción, Cádiz

A María, mi madre

«Derrière les traits sensibles du paysage, derrière les écrits en apparence le plus glacés..., ce sont les hommes que l'historien veut saisir. Qui n'y parvient pas ne sera jamais, au mieux, qu'un manœuvre de l'érudition. Le bon historien, lui, ressemble à l'ogre de la légende. Là où il flaire la chair humaine, il sait que là est son gibier» (Marc Bloch, «Apologie pour l'histoire, ou Métier d'historien». Cahier des Annales. Paris, 1949).

PRESENTACIÓN

Cuando hace unos días D. Manuel Bustos Rodríguez me ofreció el manuscrito de su trabajo Los cirujanos del Real Colegio de Cádiz en la encrucijada de la Ilustración (1748-1796), con la petición de ponerle unas líneas de prólogo, me llevé una grata sorpresa porque, contra lo que fuera de esperar en un historiador que no es médico, había tenido la valentía de irrumpir en el intrincado bosque de las «Observaciones clínicas» del Real Colegio de Cádiz, con método, orden y claridad y con la suficiente sagacidad para dar una imagen de conjunto del contenido de las mismas, eludiendo en lo posible las movedizas arenas que la interpretación de los «sistemas» médicos propician a hacer perder el pie, porque el mérito indiscutible de la obra del Sr. Bustos radica en que utilizando como fuente básica los manuscritos de dichas «Observaciones» ha mostrado una visión histórica distinta del Colegio, ahora desde «el análisis ideológico de sus hombres», en el contexto cultural de la Ilustración española, lo cual es interesante.

La existencia de unos cientos de «Observaciones» manuscritas presentadas a las Juntas o Asambleas del Real Colegio no fue conocida por el gran historiador Clavijo, lo que habría cambiado notablemente su historia del Real Colegio (1925). Fue el Prof. Ferrer quien descubrió esta colección, de la que hizo un apéndice en su Historia del Colegio (1961), aunque sin profundizar en ellos, por ser motivo de un trabajo de tesis entonces en ejecución, aunque de

forma parcial incluyó algunos fragmentos de estos manuscritos en varias de sus obras. Yo mismo transcribí íntegramente y publiqué estudios críticos de algunas de estas «Observaciones», como una de Aréjula sobre tema químico en 1976, otras de Terrero y Padilla sobre el escorbuto, en 1979, y llevé las de urología de Virgili al Congreso de Historia de la Medicina de 1979, y las de Sabater sobre el empirismo anatomopatológico en el Hospital de Bellavista del Callao de Lima al Congreso Internacional de Historia de la Medicina de 1980, publicadas ambas en sus respectivas Actas. Pero lo rico y variado de semejante material —inédito aún en su mayor parte— está proporcionando trabajos de investigación en esta Cátedra, como una tesis de licenciatura y dos trabajos de tesis doctorales, sobre diferentes temas, lo cual da idea de la amplitud y posibilidades que el estudio detenido de estos manuscritos médicos pueden ofrecer a una labor de investigación adecuada.

La obra del Sr. Bustos significa un trabajo de síntesis global de la historia del Real Colegio de Cirugía de Cádiz donde aborda con aguda visión de historiador general y preferentemente literario, la situación de la medicina y la cirugía en el siglo XVIII, y contempla diversos aspectos de la «medicina» que se realizaba en este Colegio, y entrecomillo la palabra «medicina» porque es este un aspecto que toca el Sr. Bustos en el capítulo sobre «Relación entre Medicina y Cirugía», y aunque ya fue objeto de un trabajo concreto de Ferrer sobre el tema De la unión del estudio de la Medicina y la Cirugía (1966), es materia sobre la que creo merece la pena insistir de forma concreta, porque un conocimiento superficial de la cirugía europea y española de la época podría hacer creer que los Colegios de Cirugía venían a erradicar a los cirujanos «romancistas» y formar buenos «cirujanos latinos», y es necesario llamar la atención de que en la mentalidad de Lacomba y Virgili su deseo era muy distinto, y de muchísima más trascendencia, y en ello, antes que nada, radica la gloria del Colegio gaditano.

Recordemos que en toda Europa, desde la Edad Media, la Medicina estaba formal y legalmente separada de la Cirugía, de forma

que mientras la primera se estudiaba en las Universidades la segunda se adquiría como un oficio al lado de un barbero-cirujano. Italia, heredera de la escuela de Salerno, y España por la tradición de la escuela hispanoárabe cordobesa, que también influyó en Bolognia a través de la escuela de traductores de Toledo, hizo posible que la Cirugía europea entrase en las Universidades de ambos países, y por ello la gran cirugía europea del Renacimiento es italiana y española, y entre nuestros cirujanos universitarios del XVI contamos con los nombres de Calvo, Daza, Frago, Arceo, etc. Pero España con la Pragmática de 1556 de Felipe II vuelve la espalda a Europa, al prohibir la entrada de libros extranjeros y que los españoles puedan estudiar en universidades extranjeras, con lo que se va a iniciar el gran retraso cultural de nuestras Facultades de Medicina, y que la Cirugía adquiera el grado de oficio practicado aprendido junto a otro cirujano durante un espacio de cinco años, que es lo que se exige para poder presentarse ante el examen del Protomedicato, como «cirujano romancista», por solo hablar la lengua vernácula; aunque por herencia del siglo anterior existan cirujanos que acuden a la Universidad porque siendo Bachilleres en Artes conocen la gramática latina y pueden oír tres años de Medicina, que junto con dos años de práctica al lado de un cirujano les permite revalidar su título de «cirujano latino» ante el Real Tribunal del Protomedicato. Cuando nefastamente Felipe III permite acudir a dicho Tribunal a todos los cirujanos «aunque no hayan oído los tres cursos de Medicina», la Cirugía quedó reducida a puro empirismo.

En el resto de la Europa occidental la Cirugía seguía siendo extrauniversitaria, pero los barberos-cirujanos se habían ido agrupando para formar escuelas donde autoformarse, y en París se crea el Collège de Saint Côme, que obtiene del Rey la facultad de expedir en 1545 títulos de «licenciados en Cirugía», con gran escándalo de la Facultad de Medicina, y máxime cuando el barbero-cirujano Ambroise Paré publica sus obras en francés, en vez de latín. En Inglaterra Thomas Vicary, barbero-cirujano de Enrique VIII, y autor

del primer tratado de anatomía escrito en lengua inglesa, crea su *Company of Surgeons*... Mientras tanto la situación en España ha caído en extremos insospechadamente bajos, de forma que la formación médica universitaria es tan deficiente, como acertadamente comenta el Sr. Bustos, que la gran masa de la población española está en manos de meros curanderos. Hace unos meses he publicado un testimonio de José Celestino Mutis referente a la enseñanza que recibió en una Universidad de cierto rango, como es la Hispalense —de otras ya decadentes entonces, como la de Osuna, es preferible no hablar— en que demuestra que con tres cursos en que «entre vacaciones y días feriados apenas llegaban a setenta los de clase» y un cursete de ocho días, se obtenía el título de Médico, mediante el estudio de los textos de «el Bravo o el Enriquez», es decir, de autores de un siglo anterior. Los únicos médicos antidogmáticos que podemos contar en nuestro Siglo de las Luces caben en una mano: Gaspar Casal, Piquer, Salvá, los Ruiz de Luzurriaga...

La cirugía está en manos de «eruditos» que jamás habían practicado una intervención quirúrgica, como Martín Martínez, aunque escriban libros de cirugía, y empíricos que iban por los pueblos y ferias, como los «tallistas», «algebristas», «hernistas», «batidores de cataratas», etc., o toda la gama de la medicina creencial, como «ensalmadores» o «aojeadoras», lo cual no es de extrañar ya que existían poblaciones de la importancia de Villena o Vélez-Rubio que no tenían médico ni cirujano, u Oviedo con sólo dos médicos, cinco cirujanos y once sangradores.

La llegada de la dinastía borbónica hizo cambiar la situación, dando lugar, por un lado a la formación de las Academias, como la Regia Sociedad Médica de Sevilla —el «milagro de Sevilla», como le llamó Marañón— o la Matritense, sendos centros de ilustración, y por otro lado la traída a España de ilustres cirujanos extranjeros, faceta que ha sido magistralmente estudiada por Riera en su *Cirugía española ilustrada y su comunicación con Europa (1976)*. Y entre éstos, el francés Jean Le Combe, nuestro Lacomba, que llega a Cádiz en 1718 para hacerse cargo del Hospital del Rey, crear en 1728

un anfiteatro anatómico, actuando como «demostrador» Condomina, que era doctor por Valencia y Cirujano por Montpellier, y una Escuela de Practicantes de Cirugía de Marina, para la que se atrajo al antiguo barbero-cirujano Pedro Virgili, que se había hecho cirujano en París y Montpellier. Pero esto es sólo el primer paso para un proyecto genial, y por ello, indudablemente, muy combatido.

Lacomba y Virgili no pretenden crear en Cádiz un Colegio de Cirugía como los de París o Londres, pese a toda su fama. Quieren mucho más. Pretenden unir en un solo hombre las dos carreras, la de Medicina y la de Cirugía, lo cual iba en contra de una larga tradición, de lo legislado... y de los intereses concretos de la Universidad, de las Hermandades de San Cosme y San Damián y del Real Tribunal del Protomedicato. Por ello, la obra tiene que ser lenta y bien meditada, adivinándose un secreto hilo de entendimiento entre Patiño, Lacomba, Virgili y el marqués de la Ensenada... Por eso para esta experiencia se escoge Cádiz y su Hospital de Marina, porque Cádiz no tiene Universidad y frente al poder de la Marina en Cádiz poco pueden hacer la Hermandad, como tuvo la ocasión de demostrar en un trabajo el año pasado, o el Protomedicato, como mostró hace años Ferrer.

Virgili no espera ni que se construya el edificio del Colegio; de inmediato, en el mismo noviembre de 1748, acabado de aprobar el Colegio, inicia el primer curso con antiguos practicantes de cirugía de Marina, con gran experiencia práctica, en el mismo Hospital, y en sólo tres años les da título de Cirujano (en contra de los seis que establece el Estatuto) porque les tiene preparado un futuro esplendoroso. Desde el primer momento impone que el Boticario e Inspector de Medicamentos del Hospital enseñe a los alumnos su materia, y que los médicos (médicos universitarios, como Faraudo, Casimiro García, Fernández de Castilla, Spallarosa, etc. que no eran cirujanos, por supuesto) y acudían al Hospital para atender las enfermedades «médicas» de los pacientes, enseñe a los alumnos en su facultad, tomando como «Practicantes de Medicina», a los más inteligentes. Esto es una ingerencia inadmisibile por la Univer-

sidad, por ello Virgili tiene prisa en demostrar la supremacía de su método y en 1751 a los mejores de esta primera promoción los envía al extranjero. A Béjar, Selvarresa y al maestro Nájera a la Universidad de Leyden, para hacerse médicos en la célebre escuela dejada por Boerhaave, que es la primera de Europa. Allí permanecen cuatro años, al cabo de los cuales son enviados a Bolonia, durante dos años para obtener el título de doctores en Medicina... son los primeros médicos-cirujanos, y los primeros «alumnos becados» de España.

Pero la Cirugía sigue estando en Europa en Colegios prestigiosos, pero no universitarios. Por ello, ese mismo año de 1751 envía a París a otros colegiales: Gómez Torres, Fernández Torobo, Mola, López Cárdenas, Francisco Ruiz y Manresa. Algunos llevan encargo de adiestrarse en materias específicas: Cárdenas en «enfermedades de las Mujeres, Partos y Niños» (nuevo motivo de escándalo pues en la Armada no hay mujeres ni niños... y nueva demostración de cual será la intención oculta de estos cirujanos de «nuevo cuño»). Francisco Ruiz se debe imponer en Botánica y Materia Médica (otra ingerencia pues a los cirujanos no se les permitía el uso de medicamentos)... A París también irán Agustín Lacomba para aprender «cirugía ocular», y Navarro a operar hernias y cálculos urinarios... Se mima la Biblioteca y se incorporan Laboratorios de Física Experimental y de Química... ya a los alumnos se les exigirá para ingresar que «sepan latín», como en la Universidad, y consigue que al Colegio se le faculte para dar a sus alumnos título de Bachilleres en Filosofía, como en la Universidad... Las pautas se van cumpliendo paso a paso. Por eso Virgili se ausenta de Cádiz, porque ahora tiene que llevar este sistema a otro campo, también muy a cubierto de las iras de la Universidad, las Hermandades y el Protomedicato: el Ejército. Por eso se escoge Barcelona, sin Universidad y con gran prestigio militar. El Colegio de Barcelona (1760) se dirá que es para formar «cirujanos para el Ejército», aunque allí la reacción será más intensa que en Cádiz. Los mejores alumnos de Cádiz son los maestros del Colegio de Barcelona, y de ambos sal-

drán los que funden el Colegio de San Carlos de Madrid (1787) también sin Universidad, aunque sufrió una reacción tremenda... Estamos llegando al fin de nuestra lectura. En 1791 se aprobarán unas Ordenanzas en que se transforma el Colegio de Cádiz en Real Colegio de Medicina y Cirugía. Es la primera Escuela de Europa donde oficialmente están unidas la Medicina y la Cirugía. La Universidad de Montpellier solicita el sistema de estudios de Cádiz para adoptarlo... los antiguos discípulos se han transformado en maestros.

Este sistema se impondrá en toda España en 1796, fin cronológico del presente libro, y fin obligado de este prólogo, ya algo largo. Pero permítame el lector recordar, como epílogo de esta epopeya, que tras el triunfo de la novedad del Colegio de Cádiz la reacción de la Universidad y del Protomedicato fue tan intensa que no solo consiguieron que en 1802 se volvieran a separar los estudios de Medicina y Cirugía, sino que incluso conseguirán que se cierre el Colegio gaditano... aunque la necesidad evidente de unir los conocimientos de médicos y cirujanos se volverá a imponer en 1827 y así continúa hasta nuestros días, como se tuvo que volver a abrir el Colegio de Cádiz, aunque ya como Facultad universitaria.

Este es el recuerdo que las amenas páginas de este libro de D. Manuel Bustos me han traído a la memoria, nada menos que el hito más importante de la Medicina Ilustrada Española, que también merecía la pena de que los historiadores generales la contemplaran, porque es una página importante de nuestra cultura.

*Prof. Dr. A. Orozco Acuaviva
Cátedra de Historia de la Medicina de Cádiz*

PRÓLOGO

La historia del Real Colegio de Cirugía de Cádiz nos es conocida en sus líneas generales gracias, fundamentalmente, a la obra de Diego Ferrer (1); pero hasta el momento no había sido realizado un estudio sistemático de aquélla, que atendiese sobre todo a sopesar su auténtica significación en el contexto global de la Ilustración. Mejor aún, estaba todavía por hacer el análisis ideológico de sus hombres (en la amplia acepción del término) como núcleo profesional y social, en un siglo como el XVIII, de transformaciones a todo los niveles. Y ello es importante por cuanto entendemos, que sólo cuando grupos como el presente sean adecuadamente estudiados, será posible conocer en toda su dimensión el movimiento ilustrado español, y los conductos a través de los cuales se fue éste desarrollando.

El centro gaditano del que aquí nos ocupamos fue, como podremos ver en las páginas que siguen, uno de esos focos vitales para la penetración de las ideas ilustradas. Esto compensaba los esfuerzos que fuera necesario gastar en la investigación del mismo. Además, para llevar a buen fin dicha tarea contábamos con unas fuentes documentales de singular interés, escasa o nulamente utilizadas en empresas de este tipo. Nos referimos a los «cuadernos de campo» de los cirujanos del Real Colegio, a sus memorias manuscritas, confeccionadas a partir de los respectivos pacientes que trataron. Allí habían quedado reflejadas en vivo, frescas aún, todas las vicisitudes que el cirujano debió afrontar, los recursos de que se valió para vencerlas, las reflexiones que le

suscitó la práctica diaria junto a los enfermos, y la respuesta recibida de sus compañeros de profesión, a la sazón erigidos en jueces excepcionales de su ejercicio. A todo este material, tan sugestivo como prometedo, pudimos sumar también el procedente de las publicaciones de nuestros mismos cirujanos, al igual que el de las Actas que, con cierta asiduidad, iban recogiendo sus actividades e inquietudes.

Ya no quedaba sino llevar a feliz término la idea. Para ello utilizamos una afinada metodología, capaz de servir para la obtención de respuestas, a partir de aquello que se concibió por sus autores, de alguna manera, según el estereotipo y la sobriedad expresiva (2). La no dispersión de las fuentes donumentales nos habían preparado de antemano el camino. Con esta pequeña obra, así pues, esperamos haber obtenido los resultados apetecidos; juzgue el lector por sí mismo, ya que a su propia benevolencia lo entregamos.

N O T A S

1.-Nos referimos especialmente a su «Historia del Real Colegio de Cirugía de Cádiz» (Cádiz, 1960), luego continuada por toda una serie de estudios más breves que se citan a lo largo del libro.

2.-Queremos desde aquí agradecer la inestimable ayuda y estímulo que en todo momento recibimos del Bibliotecario de la Facultad de Medicina de Cádiz, D. Antonio Picardo, para la realización de este libro.

INTRODUCCION

El Real Colegio de Cirugía surge en el Cádiz ya tópicamente de la burguesía mercantil del siglo XVIII. Tópico por cuanto dicha centuria coincide con el momento de esplendor por el que habitualmente la ciudad viene siendo conocida. Impresionante crecimiento demográfico (1), presencia de una importante colonia extranjera (2), fiebre de construcciones y reconstrucciones arquitectónicas y artísticas en general (3), pujante actividad económica e intelectual (4), son algunos de los variados puntos de referencia que caracterizan a la vieja y a la vez insólita urbe atlántica en el llamado «Siglo de las luces». Aún nos atrevemos a precisar más: 1748 –momento en el que se aprueba sobre el papel la creación del Real Colegio– supone, no sólo el fin de la guerra con Inglaterra (Paz de Aquisgrán), sino también un espacio integrado en el punto de arranque de la aceleración de la curva de expansión económica gaditana (5). La coincidencia de los tres hechos debió ser algo más que una mera relación casual, cuyo significado estamos aún lejos de conocer en toda su dimensión. De la manera que sea, la especial configuración estratégica de Cádiz, al igual que su peso específico dentro de la economía general del país, y otros elementos particulares, que veremos más adelante, debieron contribuir notablemente a la aprobación del Real Colegio por parte de Fernando VI.

Los precedentes del centro se remontan, sin embargo, a 1667, fecha en que se puso la primera piedra de lo que sería el Real Hos-

pital de Cádiz, junto al cementerio y la capilla del Santo Angel, que luego quedaría incorporada a la institución sanitaria (6). La iniciativa parece haber partido de un eclesiástico, Fr. Pedro de Magallanes, y la obra fue entregada a la Orden de San Juan de Dios (1674), quien la tuvo a su cargo hasta 1718, año que pasará a manos de D. Juan Lacomba, que tan fundamental papel habría de desempeñar (7). Por esta primera fundación se percibe ya el importante papel que, al igual que el Real Colegio más tarde, debió cubrir el Hospital en orden a las necesidades sanitarias de un centro militar estratégico del interés del gaditano.

En 1747, tras numerosos viajes por el extranjero, llegará a Cádiz de nuevo el catalán Pedro Virgili (8), quien sustituyendo en el cargo a su amigo Lacomba, iniciará el proceso que culminará en el centro, objeto de nuestro estudio en las páginas que siguen. Efectivamente, Virgili trae a la ciudad, además de un espíritu inquieto y trabajador, un enorme caudal de conocimientos teórico-prácticos, fruto de más de treinta años de estudio y experiencias. Por si esto fuera poco, cuenta con la valiosísima amistad de un hombre clave en la España de la primera mitad del Setecientos: Don Zenón de Somodevilla, marqués de la Ensenada desde 1736 (9). Con tal bagaje en su haber, y después de varios tanteos cerca del rey (10), Virgili dirigirá al ministro una Exposición de Motivos (29 de mayo de 1748) para la transformación del citado Hospital en Real Colegio de Cirugía. La importancia del texto hace que merezca la pena detenernos siquiera brevemente en él, sin menoscabo de un mayor desarrollo posterior de algunos de los puntos que lo componen.

Cinco son, así pues, las partes a que puede reducirse el escrito del cirujano catalán: 1/Objetivo y justificación del Colegio, 2/Personal, 3/Alumnado, 4/Docencia y 5/Financiación. De todas ellas es la primera, sin duda, la que en estos momentos más nos interesa destacar. En opinión de Virgili, la creación del centro servirá, fundamentalmente, para atender la necesaria asistencia médica en los hospitales y navíos de la Armada, al igual que la de los puertos donde éstos hubieran de atracar (11). Dentro del ámbito de lo civil,

la acción del Colegio se proyectaría también a los buques mercantes, tan necesarios a la economía gaditana y, por extensión, a la española, así como al «público en general y en particular» (12). Por último, la existencia dada de un hospital real en Cádiz –con facultad para formar cirujanos sin el concurso del Protomedicato de la Armada– y de su, aunque insuficiente, infraestructura de personal y bienes muebles e inmuebles, serviría para reforzar el propósito virgiliano.

Con tales argumentos en la mano, y habida cuenta del favorable momento político vigente, el texto del catalán no quedaría en papel mojado. Cinco meses después (11 de noviembre de 1748) contestaba Ensenada favorablemente en nombre del monarca, al tiempo que perfilaba la iniciativa de Virgili (13). Como colofón, los días 18 y 29 del mismo mes saldrían a la luz respectivamente, el Decreto de fundación y el visto bueno a los Estatutos del Real Colegio. Ya tan sólo quedaba echar a andar y ello no tardaría en hacerse realidad (14).

La trayectoria del centro hasta 1797 –fecha en la que finaliza nuestra investigación– estuvo estrechamente unida a las vicisitudes de los respectivos gabinetes gubernamentales (como institución oficial que era) y de las diferentes coyunturas económicas y científicas habidas. No obstante, hasta el año arriba indicado, el Colegio logró superar momentos no siempre fáciles, que hubieran podido muy bien dar al traste con la ambiciosa empresa. En 1754, por ejemplo, caía en desgracia su mediador ante el rey, Ensenada; casi cinco años más tarde fallecerá Fernando VI, el monarca protector, y, finalmente, el llamado «cerco sanitario de Floridablanca» (1790/92), aunque no lo hizo, pudiera haber obstaculizado el desarrollo científico del centro. La guerra de 1792-95, el maremoto de 1755 y las epidemias de 1753 y 1764 (15), lejos de constituir una carga para el Colegio, debieron contribuir a reforzar su prestigio y justificar aún más su existencia.

Pero no ocurrió lo mismo con la gran crisis de 1797, que afectó, no sólo al Estado, sino también y de forma muy especial, a la

ciudad de Cádiz y a su Real Colegio, si bien tampoco lograría dar al traste con él. La explicación de esta supervivencia estriba a nuestro entender en las razones a que aludimos para explicar su fundación, a la par de otras generales, que hacen referencia al auge irreversible de la ciencia médica en el XVIII, al incremento demográfico de este mismo siglo, a la concienciación de los distintos gobiernos ilustrados en relación con el tema, y a la acción decidida de los cuadros directivos del Colegio, de los que el propio Virgili es un buen ejemplo. La «crisis» de 1759, apuntada por Ferrer (16), se nos antoja más un reajuste de criterios de dirección por parte del Vicedirector (Francisco Nueve Iglesias), en dicho año, así como del equipo de cirujanos del centro tras la salida de Virgili para la Corte, que una crisis propiamente dicha.

En el año 1797, coincidiendo con la recién inaugurada guerra contra Inglaterra, el almirante Nelson pone sitio a Cádiz, logrando paralizar el tráfico colonial al que la ciudad estaba estrechamente vinculada. Las quejas de los comerciantes gaditanos llueven al Gobierno, el cual, lejos de atender las intenciones monopolistas de éstos, y en vista de la incapacidad de los restantes puertos españoles para atender la demanda americana, permitirá cubrirla a base de barcos neutrales, produciendo el consiguiente perjuicio a la burguesía mercantil de la ciudad (17). Acorde con este panorama, el Real Colegio, que ya había sufrido el año anterior en su propia carne los intentos centralizadores del Gobierno (18), iniciará ahora un período especialmente crítico del que ya no logrará reponerse del todo, aunque logre subsistir bajo diversas formas (Colegio Nacional de Medicina y Cirugía de Cádiz en 1836, Facultad de Ciencias Médicas de Cádiz en 1844), hasta su transformación en la actual Facultad de Medicina. Atrás quedaban los años gloriosos de la institución, y son a ellos precisamente a los que vamos a intentar a continuación acercarnos.

NOTAS

1.- Según Ustáriz, a principios del siglo XVIII, la población de Cádiz era de 40.000 habitantes («*Theoría y Práctica de Comercio y Marina*». Aguilar. Madrid, 1968, p. 36); hacia 1787 (Censo de Floridablanca) aquélla había ascendido a 71.499 almas (sin contar los militares y marinos de la Armada residentes en la ciudad). Es decir, en unos 80 años aproximadamente, la población gaditana se había incrementado en más de 30.000 habitantes.

2.- Los extranjeros establecidos en Cádiz, eran, en 1773 y 1791, 2.291 y 8.734 respectivamente (¿incluidos en los censos?), de cuya última cifra eran italianos 5.000 y franceses 2.701 (Antón Solé, Pablo: «*Datos básicos para la historia de la Diócesis de Cádiz en el siglo XVIII*», en rev. «*Gades*», n.º. 1. Cádiz, 1978, p. 93).

3.- Bástenos con citar unos pocos ejemplos: en 1712 se construye el Ayuntamiento y siete años más tarde se concluirá la Iglesia de San Felipe Neri; en 1722 se pone la primera piedra del templo catedralicio, 1737 contempla la edificación de la Iglesia del Carmen y 1740 la del Hospital de Mujeres y el Hospicio; en 1764 se construye la Casa de Aduana y treinta años después la Cárcel Vieja. A lo largo de este siglo se edificará también la Santa Cueva (obra de Torcuato Benjumeda), se restaurará la Iglesia de San Francisco y se rehará la famosa Puerta de Tierra.

4.- García-Baquero ha demostrado la pujanza mercantil del Cádiz del XVIII, capaz de, a pesar de la fuerte presencia extranjera en la ciudad, acumular capital posteriormente invertido en bienes suntuarios, casas y censos. («*Cádiz y el Atlántico (1717-1778)*». Sevilla, 1976, vol. I, pp. 559 a 569). Por lo que hace a la vida cultural, sabemos de la existencia de numerosas tertulias particulares todavía mal estudiadas, así como de la creación del Teatro Municipal en 1780 y de la Academia de Bellas Artes gaditana nueve años después (Quintero, P.: «*Compendio de la Historia de Cádiz*». Cádiz, 1929, p. 42).

5.- García-Baquero, A.: op. cit., pp. 540-41.

6.- Antonio Orozco retrasa la fecha fundacional al año 1668 («*Pedro Virgili y el Hospital Real de Cádiz. En el bicentenario de la muerte del Fundador del Real Colegio de Cirugía de Cádiz*», en rev. «*Historia y Medicina*», n.º. 63, Barcelona, 1976, p. 9). Por su lado, Diego Ferrer se refiere a un primer intento por parte del duque de Medina-Sidonia en 1636 que resultó frustrado («*Historia del Real Colegio de Cirugía de Cádiz*». Cádiz, 1960, p. 33). Los papeles que podrían atestiguar esta iniciativa, sin embargo, desaparecieron al ser llevados al Archivo de la Casa Ducal de Medinaceli, tras la revuelta del duque de Medina-Sidonia contra Felipe IV en la crisis de los años 1640-50. Un incendio parece haber sido la causa de su triste fin. (Noticia recogida en el Archivo Ducal de Medina-Sidonia por mediación del Profesor José Luis Millán-Chivite, a quien agradecemos desde aquí su deferencia).

7.- Orozco, Antonio: art. cit., p. 13. Lacomba será el creador del anfiteatro del Hospital, que pondrá en manos del Dr. Gregorio de Condomina. Con aquél parece iniciarse ya el influjo francés en el centro (López, Antonio: «*El Real Colegio de Cirugía de Cádiz y su época*». Discurso. Univers. de Sevilla, 1969, p. 25).

8.- Pedro Virgili había nacido en Villalonga del Campo (Reus.Tarragona) en

1699. Sus padres, pequeños campesinos, le envían a la ciudad al objeto de que aprendiese el oficio de barbero y sangrador. A los 17 años acude a la Universidad de Montpellier, donde entablará amistad con Levret. Allí estudia Anatomía, hasta que ingresa en el Ejército, siendo destinado al hospital de Tarragona y, luego, al de Valencia como Practicante Mayor. Actúa como Ayudante Segundo en el sitio de Gibraltar (1725) y de Cirujano Mayor en Algeciras. A instancias de Lacomba ingresa en la Marina, siendo destinado al Real Hospital de Cádiz. Tras tres años de estancia en él participa en varias expediciones marítimas, al cabo de las cuales acude a París becado por Felipe V para perfeccionar estudios. Vuelve a Cádiz y desde aquí intentará llevar a cabo su propósito de creación del Real Colegio de Cirugía (Para una ampliación biográfica del personaje, véase Luis Comenge: «*Apuntes para la biografía de P. Virgili*». Barcelona, 1893).

9.- Somodevilla estaba vinculado a Cádiz por haber sido Director de la Contaduría de sus Arsenales, y era conocido de Virgili por la participación de ambos en la toma de Orán en 1732.

10.- López Rodríguez, A.: op. cit., p. 25.

11.- El objetivo se engloba dentro de la preocupación naval de la España del XVIII, cuyos más claros exponentes son Patiño y el propio Ensenada; de ahí que constituya también el argumento fundamental de Virgili.

12.- Francisco Villaverde y Diego Velasco amplían aún más este objetivo, situando la «conservación de la Humanidad» como fin de los desvelos del cirujano («*Curso Teórico-Práctico de operaciones de Cirugía. En que se contienen los más célebres descubrimientos modernos compuestos para uso de los Reales Colegios por Diego Velasco, Ayudante Consultor de el Ejército, y Maestro de el Real Colegio de Cirugía de Barcelona y Francisco Villaverde, Ayudante de Cirugía Mayor de la Real Armada y Maestro de el Real Colegio de Cirugía de Cádiz*». Cádiz, 1763, Introducción).

13.- El documento de Ensenada deja a un lado la cuestión docente y precisa en cambio algunos aspectos no especificados o poco claros de la «Exposición de Motivos».

14.- El año de 1751 se contaba ya con un nuevo edificio y se comenzaban a llenar las primeras páginas del Libro de Actas del Colegio.

15.- Tanto el maremoto de 1755, como ambas epidemias, debieron de tener poca incidencia en la mortalidad, habida cuenta de las escasas huellas dejadas, no sólo en el Hospital del Real Colegio, que apenas registra incremento del número de entradas en este tiempo, sino ni siquiera en los escritos de esta época. Será preciso con todo indagar aún en las fuentes documentales de estos años, para obtener una respuesta más segura.

16.- Diego Ferrer se basa para referirse a ella en la carta redactada por Virgili, con destino al Real Colegio de Cádiz, el 18 de octubre de 1759, y de la que recoge el contenido (Op. cit., pp. 49 a 51).

17.- García-Baquero, Antonio: «*Comercio colonial y Guerras revolucionarias. La decadencia económica de Cádiz a raíz de la emancipación americana*». Sevilla, 1972, pp. 129 a 133. El mismo autor señala la relación existente entre este hecho y la futura emancipación americana (p. 130).

18.- Nos referimos a los destinados a unir los Reales Colegios de Cirugía y al nombramiento de Domingo Vidal, personaje en cierta manera ajeno al centro de Cádiz, como Director del mismo. El proceso centralizador se completará con las Ordenanzas de 1799 (art. 7.º) por las que se hacían comunes los fondos de todas las Reales Escuelas, estableciéndose el General de ellas en el Colegio de San Carlos de Madrid. Desde aquí se distribuirían a los demás centros según lo estimase la Junta Gubernativa. (López Rodríguez, A.: op. cit., p. 45).

CAPÍTULO I

LA REHABILITACION DE LA PROFESION MEDICA. RELACION ENTRE MEDICINA Y CIRUGIA.

Una de las principales preocupaciones de los cirujanos del Real Colegio de Cádiz, a lo largo del período que consideramos, es la rehabilitación social del cirujano y de la profesión médica en general. La importancia de este tema no podrá comprenderse suficientemente sin unas letras sobre la posición del médico —y más concretamente del cirujano— en la sociedad de la Edad Moderna. A este fin, la literatura de esta época es, como en otras ocasiones, fuente inestimable para el cumplimiento de este primer objetivo.

La actitud de una buena parte de los escritores españoles en este asunto, aun cuando a veces se presente como excesivamente exagerada por la finalidad moralizante o humorística del texto, no deja por ello de ser un fiel reflejo de toda una mentalidad popular ampliamente extendida (1). Son muchos los escritos que se pueden presentar al respecto, pero no ha de ser ésta nuestra meta en el presente libro, sino como al comienzo del capítulo expresábamos, poner en antecedentes al lector sobre el contexto en que nuestros cirujanos gaditanos hubieron de moverse.

En líneas generales se puede decir que, desde «La Celestina» de Fernando de Rojas, al Padre Feijoo, pasando por las figuras señeras del barroco hispano (Tirso, Calderón, Quevedo y Lope), la

mayor parte de los testimonios literarios critican la profesión médica, a veces inmisericordemente, desde los más variados puntos de vista, haciéndose eco de una mentalidad colectiva muy corriente (2).

No faltan, sin embargo, voces que valoran de una forma más objetiva la actividad médica, viendo en ella los aspectos positivos que ésta tiene, o aconsejando aquellos principios que, a su juicio, el médico debiera encarnar. En este sentido discurren autores como Fr. Antonio de Guevara pidiendo se conceda mayor importancia de la que tiene en la profesión médica a la experiencia. O la de Pedro de Mexía y el Padre Isla que, en épocas diferentes y distantes en el tiempo, vendrán a sostener respectivamente la necesidad de los médicos y la obligación moral de que éstos perciban un salario mayor.

Pero tales escritores representan, como ya hemos expresado, un sector de opinión minoritario, si bien es cierto que convendría matizar cronológicamente las variaciones en las actitudes colectivas con respecto a los médicos, trabajo que, por otra parte, nos parece aún lejos de haber sido llevado a cabo.

¿A qué hacen referencia las críticas de los detractores de la profesión médica? Fundamentalmente a su capacidad de matar más que de sanar. Quevedo, elevando el tono satírico en la forma que tan peculiar le era, hará decir a uno de sus personajes: «Ante este doctor han pasado los más difuntos, con ayuda de este boticario y barbero, y a ellos se les debe gran parte de esta día (del Juicio Final)» (3). En la misma línea apunta Tirso de Molina, autor habitualmente más moderado en sus expresiones que Quevedo, cuando escribe refiriéndose al médico, que «por donde quiera que pasa le llaman la Extrema-Unción» (4). Otro tanto pensará Cervantes en el «Licenciado Vidriera» al acusar a los médicos de asesinos en impunidad (5) y el propio Calderón, en su «Devoción de la Cruz» (6), por sólo poner algunos ejemplos (7).

El panorama de sarcasmo y recelo que hemos puesto de manifiesto, por muy exagerado que pueda parecernos, tiene como toda sátira un fondo de indudable verdad. Las actuaciones y los escritos

de los cirujanos del Real Colegio gaditano, así parecen reconocerlo en el sentido que más abajo señalaremos. Todo ello se recreaba en un ambiente en el que superstición y ciencia se entremezclaban en dosis muy desiguales, aunque generalmente de forma favorable a la primera; las gentes estaban muy poco preparadas en temas médico-santarios y generaban con su actitud el caldo de cultivo para que curanderos e impostores proliferasen. Por último, las condiciones hospitalarias adolecían de las más elementales normas de higiene y cuidado. En sus «Cartas Eruditas y Curiosas» (1742) todavía se queja Feijoo del atrevimiento de las gentes en orden al autodiagnóstico. Y éste, lógicamente, no representa un caso aislado.

La actitud de los monarcas con respecto a los médicos se saldrá frecuentemente de esta tónica general. La necesidad de encontrar a mano un hombre de confianza, capaz de atender y cuidar la salud familiar y propia, les llevará a hacer tabla rasa de muchos prejuicios habitualmente planteados en el trato con otros miembros pertenecientes al mismo estamento. Los reyes no pondrán reparo a la hora de colocar a su servicio, e incluso elevar socialmente, a plebeyos, algunos de ellos extranjeros o judíos, por el mero hecho de conocer el cuerpo humano y sus patologías. No será necesario dar aquí la larga lista de médicos de confianza que poblaron la Corte a lo largo de casi toda la Edad Moderna europea.

En el transcurso del siglo XVIII, el contexto descrito perdura en sus rasgos generales, pero se anuncian cambios irreversibles que señalan ya lo que será la sociedad contemporánea. Del «cajón de sastre» en el que la mentalidad popular metía por igual a barberos, sangradores, charlatanes, cirujanos y médicos, empezarán a destacarse estos dos últimos del resto de sus compañeros de viaje. Paralelamente, la actitud de los monarcas españoles deja su pasividad secular, y comienza a apoyarles más decididamente, tanto desde el punto de vista moral como económico; la alta sociedad de notables comienza a abrir pesarosamente sus filas a los nuevos advenedizos de la ciencia médica, y los estratos populares irán adaptándose, aún más lentamente si cabe, al influjo del saber y a la cada vez más no-

table competencia de los profesionales de la sanidad.

¿Cuáles fueron las causas del cambio? En términos generales cabe señalar, en primer lugar, el progreso global de las ciencias iniciado en el XVII y, más concretamente, de la medicina. A ello se uniría la mejora social y cultural, a veces también material, experimentada por el hombre europeo durante el Setecientos. En lo particular, los éxitos obtenidos a través de la inoculación (8), y por parte de algunas diestras élites médicas. La importancia que tomará el «mérito» como principio de estimación social, habrá de contribuir igualmente a un reconocimiento más elogioso de la profesión de médico o cirujano (9). En consecuencia con todo esto, los estratos elevados y medios empezarán a rechazar a los curanderos, brujos y charlatanes de todo tipo, a la par que se pedirá la persecución de los mismos, se incrementará la demanda social de médicos, cirujanos, centros de formación y asistenciales, o se pedirá la reconsideración social –compatibilidad con la nobleza– de la profesión médica y quirúrgica (10).

Llegamos, así pues, a los cirujanos del Real Colegio de Cádiz. Conocido el contexto en el que estos hombres se desenvuelven, bueno será nos preguntemos por la reflexión que un importante sector de ellos mismos realiza acerca de su propia historia y de las circunstancias base en que han de desenvolverse. Y en este sentido, lo primero que destaca es su diferenciación de tres etapas distintas en la historia de la cirugía. En primer lugar la que coincide con la Antigüedad, caracterizada por grandes progresos en este campo, así como por la prestigiosa posición social ocupada por el cirujano. La segunda, en la que la cirugía y sus ejecutores pasan por malos momentos (la superstición y el error predominan), coincidiendo fundamentalmente con la época de los Austrias y casi toda la primera mitad del siglo XVIII. Por último la restauración, caracterizada por el renacer del verdadero «arte de curar», separado de los absurdos devaneos teórico-prácticos de los falsos cirujanos. En los hombres del Real Colegio existe conciencia, compartida por otro lado con todos los ilustrados, de que, tras la oscuridad de los tiempos pasados, se

abren ahora otros pletóricos de esperanzadores progresos. Carlos Francisco Ameller, alumno y futuro Director del Real Colegio, lo resume de la siguiente manera: «No puedo negarlo, el siglo pasado y las primeras décadas del presente fueron una triste época para la cirugía española; esta *ciencia* tan venerada de los antiguos, ofrecía una repugnante y espantosa figura» (11). El momento clave del resurgir comenzaría en España, según su comprensible si bien no del todo modesta opinión, con la fundación en 1748 del centro bajo la tutela del rey Fernando VI.

La confianza de los cirujanos de Cádiz en los nuevos tiempos ilustrados, no era únicamente la actitud obligada que se dirigía a loar al monarca con el objeto de que éste siguiera prodigando prebendas y protección al Real Colegio, sino una realidad que la legislación borbónica se encargará día a día de confirmar. No es el solo hecho –si bien fundamental– de la creación de los Reales Colegios de Cirujanos que patrocinan los monarcas a lo largo de toda la segunda mitad del Setecientos, sino las propias ayudas de todo tipo que aquéllos les irán prestando en ese mismo tiempo, las que harán reconocer públicamente, por boca del referido Ameller, el agradecimiento de todos los cirujanos «a los generosos Monarcas que han mejorado nuestra suerte» (12). Si contemplamos el caso de Cádiz no hay lugar a dudas. El Libro de Actas del Real Colegio gaditano, en la sesión de 8-IV-1756, señala la concesión de una dotación anual con cargo al Erario Público a los dos mejores sujetos del centro, para que puedan viajar al extranjero y ampliar en él sus conocimientos médicos. Años después, las mismas Actas dejan testimonio, con fecha 18-X-1792, de la concesión, por parte del rey Carlos IV, de dos premios de Cirugía a los alumnos del Colegio que más hayan sobresalido en los exámenes (13). En otro orden de cosas, tanto Virgili de manos de Fernando VI (1754), como Francisco Canivell de las de Carlos IV (1790), serán elevados a la nobleza, dotados y eximidos del pago de algunos impuestos, como reconocimiento por su labor como cirujanos. Por otro lado, las Ordenanzas Generales de la Armada de 1793 se encargarán de reglamentar la misión de los ciruja-

nos médicos en los navíos y de asociarles, en categoría y honor, a los Oficiales Mayores de los mismos (14). Las esperanzas y loas de los cirujanos de Cádiz no eran por lo tanto infundadas.

Pero el trabajo de rehabilitación del cirujano y su profesión no iba a quedar ceñido exclusivamente a las iniciativas de la monarquía ilustrada. Por el contrario, los propios interesados llevarán a cabo por su parte, y en este mismo sentido, una lucha inteligente y continuada, sin la cual la acción de los Borbones habría quedado totalmente obsoleta. Todo ello venía a corroborar la idea de un ambiente todavía hostil al cirujano en el siglo XVIII, y a sentar las bases para su cambio de rumbo. Así lo hará constar Francisco Villaverde, quien determinará que, entre los objetivos del cirujano, esté el de «desterrar la ignorancia» y «reparar (...) la poca estima que los no instruídos dan a esta facultad» (15).

Desde los primeros balbucesos para la creación del Real Colegio, Virgili sugerirá a Ensenada, en su ya conocida Exposición de Motivos, algunas de las normas que se habrán de seguir, tendentes a mejorar la figura del cirujano en la sociedad. A comienzo del escrito se apunta la necesidad de que los futuros colegiales sean seleccionados con minuciosidad, en orden a criterios sociales bastante restrictivos (16). Se trata de la forma que habitualmente usaba el Antiguo Régimen para prestigiar una persona, una familia, un oficio o una institución. Todo el escrito de Virgili respira este deseo de elevación de la profesión de cirujano del que venimos dando cuenta. A partir del texto se extraen toda una serie de aspectos, además de los ya vistos, que reafirman esta idea motriz. Idéntica función cumplen otros intentos, como los de controlar la expedición de títulos de capacitación a través del Cirujano Mayor del Real Colegio, o el de que este último pueda expulsar a los desaplicados o de mal comportamiento (17).

La obsesión rehabilitadora discurre paralela a la historia del Colegio gaditano durante esta segunda mitad del siglo XVIII. En el Acta de la sesión celebrada el 2 de septiembre de 1764 se lee el siguiente acuerdo: «se admitirá un Portero para el Colegio, a fin de

relevante a los Colegiales de este encargo *nada decente* para darles estimación» (18). El uniforme cumple también una misión diferenciadora y de prestigio. A este fin, Francisco Canivell se preocupará de conseguir del rey (2-VIII-1771) la aprobación de las prendas correspondientes para cirujanos, según las normas prescritas por el Cuerpo de Cirujanos de la Real Armada. Entre las razones que se dan para su uso figuran: «el de dar a conocer aun a la gente menos instruída, el honor que les concede S.M. con permitirles una divisa» (19). O esta otra: para distinguirse de «algunos sangradores y cirujanos empíricos que dicen ser cirujanos de la Armada» (20). En una sociedad jerárquica como la española del XVIII, pletórica de símbolos, los cirujanos gaditanos pretenden encaramarse a los niveles de reconocimiento social, a que por la importante labor que desempeñan creen merecido aspirar. Las Ordenanzas del Colegio de 1791 incrementarán en tres años la duración de la carrera y le añadirán dos más de prácticas, al objeto de conseguir una mejor preparación de los cirujanos que redunde en un mayor prestigio social del Cuerpo. En la misma línea se propugna el tratamiento de Don para los colegiales (21).

Pero la deseada rehabilitación no podría lograr resultados positivos si no se combatía duramente con aquellos competidores en el quehacer médico, que a juicio de los cirujanos de Cádiz, habían comprometido el prestigio y la solvencia profesionales; nos referimos a la masa de barberos, sangradores y empíricos en general, que monopolizaban los cuidados médicos de amplísimos sectores de la población. El afán de distinguirse de estos incómodos compañeros de viaje inspirará buen número de ideas, que fluyen continuamente en los escritos de los cirujanos, al tiempo que creará toda una terminología propia, expresión de las aspiraciones de este sector social. A este objetivo, resultará también fundamental que los cirujanos definan mejor el campo de su actuación, y el concepto que ellos tienen de su tarea; pero ambos aspectos deberán ser objeto de un apartado especial del que más adelante nos ocuparemos.

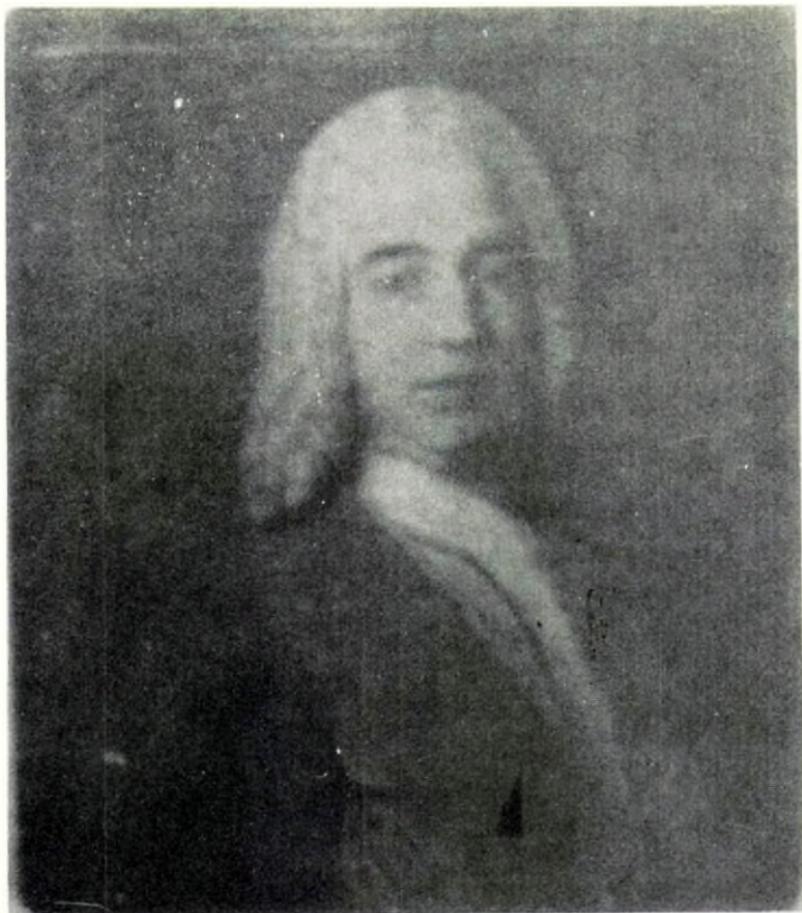
Al comienzo de su «Tratado de operaciones» (1763), Francisco

Villaverde pedirá que no se confunda al verdadero cirujano (llamado latino) con «aquella clase, tolerada por necesidad con el nombre de romancistas», ya que la labor que el primero ejerce, no es de ninguna manera parangonable con la desempeñada por estos últimos (22). Porque «no consisten sus primores (los de la cirugía), como se os ha dicho –insistirá el mismo Villaverde–, en saber aplicar emplastos y otras fruslerías, con que se creen en derecho de titularse cirujanos *las turbas de curanderos* que infectan los pueblos, y contra los cuales fulminan rigores las leyes, por estar poseídos de *ignorancia y presunción*» (23). Resulta importante fijar la atención en el contenido de las críticas dedicadas a los empíricos, en general semejantes a las que los autores literarios y, a través de ellos, los estamentos populares, prodigaban a los médicos en general. Los hombres del Real Colegio no hacen sino extrapolar fuera de ellos dichas críticas y colocárselas a sus denostados enemigos. A veces, las diatribas contra éstos rozan el techo del más absoluto desprecio, como se deduce del presente texto de Diego Velasco y Francisco Villaverde que a continuación transcribimos:

«No ha mucho tiempo que para el ejercicio de esta importantísima Arte (la cirugía) generalmente se presentaban hombres sin talento, sin educación y sin cultura. Puestos desde el principio en la humilde condición de barberos; destinados a los más bajos ministerios de la casa; dirigidos por un Maestro que nacido, y criado en su Tienda, nunca supo formarse una sana idea de la cirugía; todo el fruto que podían esperar de tales servicios era la libertad de poder concurrir a los Hospitales, o acompañar a algún hábil Profesor en la asistencia de sus enfermos» (24).

Juicios aparte, el cuadro que sobre la formación de los empíricos presentaban Velasco y Villaverde encerraba indudables visos de realidad. Muchos de ellos pudieron conocerlo muy directamente, por haber comenzado su propia carrera médica –tal el caso del propio fundador Virgili– como sangradores o barberos.

La terminología utilizada en los libros y manuscritos dejados



Retrato al óleo del Marqués de la Ensenada, conservado en el Decanato de la actual Facultad de Medicina de Cádiz - Foto Pérez Mulet.

por los cirujanos del Real Colegio, sintetiza y simboliza también la actitud de repulsa y de diferenciación que venimos subrayando. Así, frente a los vocablos «práctico» (1797), «facultativo» (1791, 1792 y 1797) y «profesor» (1791, 1796 y 1797) con que se nombran ellos mismos, se aplican otros, unidos por lo general a un adjetivo despectivo, para designar a sus contrincantes. No es raro, pues, encontrarse con expresiones tales como «despreciable empírico» (1763), «mere-romancista» (1780), «cirujanos no instruídos y rutineros» (1797) o, simplemente, «barbero», «mancebo-boticario», «empírico» o «romancista». Otras veces la distinción viene expresada a través de un indeterminado que sugiere distancia o alejamiento: «aquella clase» (la de los empíricos en general) (1763) o, sencillamente, «aquéllos» (1797) (25).

Para Villaverde fue la necesidad la que hizo que la «denostada clase» proliferase de la forma que lo hizo. La opinión es acertada, por cuanto al ser la médica una profesión socialmente puesta en entredicho por la mentalidad castizo-estamental, y estar aún escasamente configurada, no fue capaz de atender la demanda creada por los numerosos enfermos que requerían sus servicios. Los cirujanos del Real Colegio son por ello conscientes de la necesidad de ampliar el número de profesionales, al objeto de estar en disposición de sustituir a los desconocedores de la auténtica ciencia médica. No obstante, la empresa estaba aún en sus inicios.

De momento bastaba con hacer a los demás conscientes de una distinción: aquélla que separaba al verdadero cirujano de los farsantes de la medicina. Por lo demás, la acción de los empíricos, aunque explicable históricamente, era rechazada de plano por parte de los cirujanos del Real Colegio, en medio de todo un alarde de fe en sus propios conocimientos y métodos, a la par que en los progresos científicos del nuevo siglo («de libertad y esplendor» le llamó Ameller). A pesar de que ni siquiera los cirujanos extranjeros, llamados a España para tratar de cubrir tan extensa laguna asistencial (26), bastaron para atender las necesidades crecientes de la población, los hombres de Cádiz darán plena rienda suelta a su juicio crí-

tico, atribuyendo a los barberos y empíricos en general, los siguientes cargos: a) Falta de conocimientos de lo que se traen entre manos («nunca supieron formarse una sana idea de la Cirugía», dirán Velasco y Villaverde); b) ser rutinarios, es decir, ceñirse exclusivamente a la práctica tradicionalmente admitida; c) falta de humildad y, en consecuencia, engreimiento sobre su saber. Todo esto, según ellos, acarrea incuestionablemente una disminución de la población virtual, que pudiera recurrir a los cirujanos (Ameller) y un descrédito general de la profesión médica.

Rechazado todo maridaje con los barberos, empíricos y sangradores, era preciso replantear el tema de las relaciones del cirujano latino – el cirujano propiamente dicho – con el resto del cuerpo sanitario, especialmente con los médicos, que los estratos populares se habían encargado con asaz frecuencia de meter en el mismo saco, para dirigir contra el conjunto sus críticas sin diferencias ni distinción (27). ¿Cuáles eran, por tanto, a los ojos de los cirujanos del Real Colegio gaditano, las relaciones entre la Medicina y la Cirugía?

Ellos son conscientes, y así lo defenderán con firmeza, de que Medicina y Cirugía no pueden caminar ignorándose mutuamente (28). Entra dentro de su pensamiento la idea de que ambas, aunque no deben confundirse entre sí, se compenetran y necesitan. «Así se deben mirar estas *dos ciencias* –expresa Villaverde–, no como rivales, sino como dos queridas hermanas, unidas por vínculos naturales, que las hacen igualmente recomendables» (29).

Y de lo dicho se infiere –insistirá el mismo autor algo más adelante– «que la medicina y la cirugía se deben prestar recíprocamente sus auxilios; y el público será víctima de las discordias que reinen entre los profesores de ambas facultades». Todo esto llevará a la necesidad de establecer una «buena armonía» entre ambas, basada en un área de conocimiento (el estudio anatómico) y un objetivo (la salud y la integridad del enfermo) comunes. De ahí también la recomendación del mismo Villaverde a sus alumnos para que sean «igualmente hábiles en medicina y cirugía» (30). El profesor gaditano añade a continuación un argumento nuevo en favor a la comple-

mentaridad de las dos ramas; a saber, la necesidad de los dos saberes durante el embarque, ya que es el cirujano de la Armada que acompaña el barco, el único sujeto al cual recurrir en el caso de herida o enfermedad.

El resto de los argumentos apuntan, como acabamos de señalar, a la existencia de unas materias de conocimiento y un objetivo final comunes. Tratemos de desglosar estos dos aspectos concediéndoles una mayor amplitud. En relación a lo primero, los cirujanos del Real Colegio señalan por boca de Villaverde el objeto de la Cirugía, expresando que es ésta «la *ciencia* que enseña las reglas y preceptos que se deben observar en la curación de las enfermedades que requieren operaciones manuales». Ahora bien esto conlleva así mismo «el uso de medicamentos y dietas para corregir los síntomas de los morbos que intentan curar», y el que el «verdadero cirujano» conozca, tanto la parte teórica o especulativa, como la práctica o manual. Al primer objetivo, resulta fundamental para el cirujano el estudio de la Anatomía y la Fisiología, materias ambas también necesarias al médico para poder ejercer con acierto su profesión. Es más, han sido precisamente los propios avances experimentados en las dos asignaturas referidas los que han hecho posible en gran parte el desarrollo de la Cirugía y Medicina, y el nuevo prestigio que irán tomando éstas en el «siglo de las luces». Por todo ello, expresará de nuevo Villaverde, «es incomprensible el ser buen cirujano ni médico, sin ser buen anatómico» (31). Y otro tanto habría que decir de la Fisiología y otras materias aparentemente más despegadas del saber médico (la Física por ejemplo). Nuestro autor lo resume de manera magistral en el siguiente texto:

«No está vinculada la ciencia del cirujano únicamente en el manejo de un instrumento, destituido de otros principios, como le imputa la ignorancia y la malicia: el entendimiento ilustrado por una teoría luminosa debe dirigir hasta el mínimo movimiento de su mano. Es preciso conocer el carácter de la dolencia, la necesidad y el método de operar, las propiedades de los instrumentos, las dificultades que puede presentar la estructura

de la parte y su acción, el ambiente que la circunda, las indicaciones que presentan la causa y los efectos del mal, los remedios indicados y las dosis que deben propinar a cada uno; el tiempo prefijado por las circunstancias, por las leyes de la economía animal; y por la experiencia de los accidentes que perturban la operación o que la contraindican, los movimientos de la naturaleza y sus recursos en las curaciones, los obstáculos que se oponen según el tiempo, sitio y estación, y finalmente todos los demás auxilios que el arte le puede suministrar» (32).

Por lo que se refiere al objetivo último de la Medicina y la Cirugía, resulta claro para los hombres del Real Colegio de Cádiz, que se encuentra en «la conservación del cuerpo humano en su integridad»; es decir, en mantener la salud o volver a ella tras las posibles patologías que hubieran podido llegar a perturbarla. La Cirugía propiamente dicha colaboraría a este fin, sobre todo, a través de las intervenciones de tipo manual cuando éstas fueran requeridas. Pero los planteamientos presentes no llegan a ocultar un problema siempre vivo, del que Villaverde es plenamente consciente: que «los límites (de la Cirugía) no están determinados», aunque «sabe triunfar más allá de la esfera que vulgarmente se le concede».

Prueba de que es una ciencia que se está haciendo resulta ser la propia práctica vivida por el Real Colegio de Cirugía de Cádiz. Las Ordenanzas del mismo, publicadas en 1791, apuntan hacia una unión de la Cirugía y la Medicina (33); poco más tarde (1792), se rectifica el Reglamento en el sentido de que los títulos de Cirujano Mayor y Protomédico de la Armada permanezcan separados, aunque con igual honor. De hecho, ese mismo año (septiembre) se vuelve a cambiar, uniendo ambos cargos en la figura del Director del Colegio, José Selvarresa. Más aún, en contraposición con estas medidas unificadoras, nos topamos con la contestación al intento de la recientemente creada Junta Superior Gubernativa de 1798, la cual, basándose en una Real Orden (¿la referida de 1603?), tratará de conceder la Licenciatura en Cirugía a los médicos de los hospitales de Marina. A esta iniciativa responderá Cádiz recordando el ca-

rácter de actividad manual que posee la Cirugía, y expresando al mismo tiempo el error que supondría que un médico fuese cirujano sin un examen previo. La Administración contestará a su vez con una Real Orden, de fecha 8 de julio de 1798, en la que se adopta una solución salomónica que pareció contentar a los hombres del Real Colegio: dispensar de examen a los médicos y cirujanos latinos que recíprocamente solicitasen los títulos en Cirugía Médica y en Medicina (34).

Fuera de los indudables intereses corporativos que laten en esta última aventura, su testimonio es, como hemos indicado, significativo de la posición, aún poco clara y definida, que ocupaba la Cirugía dentro del amplio campo de las «Artes médicas». Pero la necesidad de unos estudios comunes a ambas ramas terminará imponiéndose al fin en la legislación española y europea: creación en Cádiz del Real Colegio de Medicina y Cirugía que, en 1822, pasará a ser ampliado con el traslado a esta ciudad de la Facultad de Farmacia de Sevilla; fusión oficial de la Medicina y de la Cirugía en las universidades españolas (1843) (35), y por último, nacimiento al año siguiente de la Facultad de Ciencias Médicas de Cádiz, antecesora de la actual Facultad de Medicina. La fusión no se daría en Francia hasta 1892.

NOTAS

1.- Las consideraciones que se hacen en los capítulos presente y final son una prueba suficiente de ello.

2.- A los ejemplos españoles podrían añadirse otros muchos correspondientes a autores extranjeros, de los que Molière es uno de los más representativos.

3.- «*El sueño de las calaveras*». En «*Los sueños*». Espasa Calpe. Madrid, 1969, p. 28.

4.- «*Por el sótano y el torno*». Cit. por Hermosilla Medina, A.: «*El médico en la literatura española*», en rev. «*Archivo Hispalense*», XXV, 1956, p. 43.

5.- Cit. por Hermosilla Medina, A.: art. cit., p. 73.

6.- Cit. por Hermosilla Medina, A.: art. cit., p. 74.

7.- Para un estudio más a fondo del tema puede también consultarse la obra de Y. David-Peyre: «*Le personnage du médecin malade dans la littérature ibérique des XVI et XVII siècles*». París, 1971.

8.- La primera inoculación española debió tener lugar en Vich el año 1763 y corrió a cargo de Joseph Pascual. Tras ella el ambiente se fue preparando no sin dificultades y, en 1771, se realizaba en El Ferrol otra por medio de un hombre de origen irlandés llamado O'Scanlan. La vacunación de Jenner (1796) no empezaría a introducirse en España hasta 1800 (en Puigcerdá); previamente (1798) había salido una ordenanza de Carlos IV por la que se mandaba «que en todos los hospitales, casas de expósitos, de misericordia, etc., se pusiese en práctica la inoculación de las viruelas» (Jordi Nadal: «*La población española (siglos XVI a XX)*». Barcelona, 1971, pp. 90 a 106). Antonio Orozco Acuaviva refiere que la primera vacunación antivariolítica tuvo lugar en Cádiz en 1799 —lo que probaría una vez más lo vanguardista del Cádiz del Setecientos—, y que A. Gimbernat —ex-alumno del Real Colegio—, junto a Ignacio de Caba, ambos cirujanos de Cámara de S. M., vacunaron a la familia real («*Apuntes para la historia de la medicina gaditana*». Cádiz, 1970, pp. 56 y 57).

9.- Chaussinand-Nogaret, Guy: «*Nobles médecins et médecins de Cour au XVIII^e siècle*», en rev. «*Annales*», 1977 (sep.-oct.), p. 852.

10.- Chaussinand-Nogaret, Guy: art. cit., p. 851.

11.- «*El mérito y el premio de la cirugía española. Oración inaugural que para la renovación de los estudios del Real Colegio de Cirugía de Cádiz dixo — el día 2 de octubre de 1790*». Cádiz, 1790, pp. XLIII-XLIV.

12.- El propio Francisco Canivell, a quien el rey acaba de concederle una jubilación, agradecerá la merced expresando su reconocimiento. «¿Qué cosa más justa, pues —dirá—, que en agradecimiento ofrecer como tributo todo cuanto he adquirido sobre esta materia, y todo cuanto considero que pueda ser útil a el adelantamiento de

mis Discípulos?» («*Tratado de las heridas de armas de fuego dispuesto para uso de los alumnos del Real Colegio de Cirugía de Cádiz por el Licenciado D.— Cirujano Mayor de la Real Armada, y Vice-Presidente de Dicho Real Colegio, su primer Maestro, Socio de la Real Academia Médica Matritense, Honorario de la de Sevilla, y de la Real Sociedad Bascongada*». Cádiz, 1789, Prólogo).

13.- Un primer premio honorario y un segundo en propiedad recayeron sobre Juan Rodríguez Jaén y Diego Gavaldón respectivamente. Véanse las actas correspondientes a dichos días y años en el Libro de Actas del Real Colegio de Cirugía de Cádiz. (B.F.M.C.).

14.- Ferrer, Diego: «*Historia del Real Colegio*», pp. 143-144.

15.- «*Tratado de las operaciones de Cirugía dispuesto para uso de los Reales Colegios por D.—*». Cádiz, 1763, vol. I, p. 5.

16.- A ellos habremos de referirnos en el cap. VI de la presente obra.

17.- «*Reales Ordenes y Decretos de Ministerios e Intendencias de España en favor de el Real Hospital de Cirugía, Real Colegio, Colegio Seminario de Cádiz e individuos que le componen*», (años 1708 a 1763), vol. I, p. 81.

18.- B.F.M.C. Libro de Actas del Real Colegio de Cirugía de Cádiz.

19.- Cit. por Ferrer, Diego: op. cit., p. 126.

20.- Cit. por Ferrer, Diego: op. cit., p. 126.

21.- Ferrer, Diego: op. cit., pp. 142-143.

22.- Vol. I, p. 5. Con anterioridad (1677), el rey Felipe III había dividido la carrera única de Cirugía en dos categorías diferentes: de una parte, los llamados cirujanos latinos o de toga; de otra, los cirujanos romancistas, barberos o de traje corto. Con el tiempo, los primeros irían desapareciendo en favor de los segundos (Usandizaga Calparsoro, Manuel: «*José Rives y Mayor*», en rev. «*Medicina e Historia*», n.º 52, 1975, p. 8).

23.- Op. cit., vol. I, p. VII.

24.- «*Curso Theórico-Práctico*», Prólogo.

25.- Las cifras que aparecen entre paréntesis en el texto corresponden a la fecha en que aparecen escritos los vocablos.

26.- La mayoría de ellos fueron, sin embargo, para atender dichas necesidades entre la élite cortesana. Sobre este tema puede verse el art. de Juan Riera: «*Médicos y cirujanos extranjeros de Cámara en la España del Siglo XVIII*», en rev. «*Medicina e Historia*», n.º 55, 1976. Ignoramos si se hizo algún llamamiento gubernamental específico, a lo largo de este período, a cirujanos o médicos extranjeros, para así atender a otros sectores sociales más amplios.

27.- Todo esto a pesar de la firme confianza de Villaverde en la capacidad de matización popular en favor de los cirujanos. «Así se ve —nos dice— que en las sátiras que ha dictado la pasión contra la medicina, se ha respetado a la cirugía como excepción honorífica de una ciencia casi infalible» (Op. cit., vol. I, p. IX). Prueba de su poco certera opinión es, por sólo citar un ejemplo, el satírico entremés titulado «*El juez de los divorcios*» (Cervantes, 1615), en el que una mujer pide que el juez le conceda el divorcio, por el solo hecho de que su marido le había engañado diciendo ser médico, cuando, por el contrario, resultó ser cirujano. La propia monarquía no había sido en otro tiempo ajena al referido confucionismo. Por una Pragmática de 1603, Felipe III autorizó a examinarse en el Protomedicato a los cirujanos romancistas, «aunque no hayan estudiado Arte ni Medicina», con tal que tuviesen tres años de experiencia en un hospital y dos años al lado de un cirujano o médico (Orozco, Antonio: «*Pedro Virgili y el Hospital Real*», p. 17).

28.- Sobre el tema de las vinculaciones de la Medicina y la Cirugía puede verse el art. de Diego Ferrer: «*De la unión del estudio de la Medicina y la Cirugía*», en rev.

«Medicina e Historia», XXIV, 1966. Sobre el de las existentes entre la Anatomía y la Cirugía, el libro de J. Riera: «Anatomía y Cirugía española del siglo XVIII». Valladolid, 1982.

29.- Op. cit., vol. I, p. III.

30.- Op. cit., vol. I, p. VII.

31.- Op. cit., vol. I, p. IV.

32.- Op. cit., vol. I, p. I.

33.- Ferrer, Diego: op. cit., pp. 142-143.

34.- Ferrer, Diego: op. cit., pp. 159-160.

35.- Para José Luis Peset, la integración de las dos ramas en los Reales Colegios tuvo lugar en 1827 («La enseñanza de la Medicina en la Universidad de Salamanca durante el reinado de Carlos IV (1788-1808)», en rev. «Asclepio», XXVIII, 1976, p. 298).

CAPÍTULO II

LAS BASES TEORICO-PRACTICAS

Apartado importante para un acercamiento a los cirujanos del Real Colegio, tal y como lo estamos llevando a cabo, es el que se refiere a las fuentes filosófico-científicas en que tales profesionales beben. A este respecto, resulta sorprendente lo explícito de los mismos a la hora de señalarnos sus bases intelectuales, tanto más cuanto que dicha costumbre, no siempre resulta habitual entre los hombres de la Ilustración española. Por otro lado, esta actitud contrasta, según veremos más adelante, con otros aspectos escasamente esbozados a lo largo de sus libros y manuscritos, y por lo tanto de difícil acceso a nuestro conocimiento.

Dos son, en términos generales, los puntos de apoyo en los que nuestros cirujanos suelen coincidir: en primer lugar, el que les proporciona los «mejores» autores médico-cirujanos (antiguos y modernos) de la materia de que se trate; en segundo lugar, el de la «experiencia diaria». Así suelen hacerlo constar con una terminología común la mayor parte de ellos. Canivell reconocerá en el Prólogo a su «Tratado de Vendajes», que dicha obra «es fruto de mi lectura de los mejores Prácticos, de la enseñanza de mis Maestros, y de mi propia contemplación» (1). Ahora bien, la confesión de Canivell, compartida por la mayor parte de los cirujanos del centro, no impedirá, sin embargo, un intento de solución unilateral a tal bipola-

ridad (teoría-práctica) por parte de algunos otros, aunque en el fondo esto no sea sino un reconocimiento a lo que une a ambos extremos: la experiencia, sea ésta propia o ajena.

La utilización de obras escritas por otros autores, supone de parte de los hombres del Real Colegio, un reconocimiento explícito a las experiencias y hallazgos particulares de cada médico-cirujano, sea éste del país que sea. Por ello, su actitud es de apertura a cualquier aportación científica necesaria a su profesión, como luego los nombres de autores concretos que nos citan se encargarán de poner de manifiesto. Resulta ser algo característico del espíritu de la Ilustración: el valor universal de la experiencia apoyada en la razón.

Acorde con este sentir, el Colegio se preocupará, desde sus comienzos, por la formación personal de sus miembros (profesores y alumnos), a través de una cuidada selección de obras capaz de crear una sólida biblioteca. Los viajes y estancias de algunos cirujanos en el extranjero son, a tal efecto, aprovechados para realizar compras de lotes de libros, que después serán remitidos al centro. El Libro de Actas del mismo recoge algunas de ellas. Así, en la reunión del día 16 de noviembre, el claustro de profesores aprueba la propuesta de Virgili para que se compren obras en las ciudades de Leyden (Holanda) y París, donde a la sazón se encuentran respectivamente Nájera y Manresa, cirujanos ambos del Real Colegio gaditano. Más adelante (11 de junio de 1753) se anota la recepción de la partida de libros adquirida por Manresa en París, sin especificarse de cuáles se trata. En lo que queda de año se reciben igualmente los lotes siguientes, como hace constar el citado Libro de Actas, a partir del mes de junio. También se recoge, en sesión de 1 de mayo de 1755, la aceptación de una nueva propuesta de Virgili, al objeto de que se envíe dinero al referido Nájera, «para comprar libros, y dotar la Biblioteca». De este modo, los primeros años del Real Colegio pasan por ser de una febril bibliofolia, como también lo atestiguan la autorización inquisitorial para leer textos prohibidos a solicitud de aquél (2), y el acuerdo, en asamblea extraordinaria de 2 de septiembre de 1764, para que se envíe mensualmente de París, con

destino al centro gaditano, el «Diario de Medicina» (fundado por Vandermonde), «para que no carezcan los profesores del Colegio de la noticia de los progresos, que se hacen en los países extranjeros». Para llevar a efecto esto último, se le encarga al Secretario comunicar a la Asamblea «lo más sustancial que contenga (el referido Diario)». La libertad bibliográfica tan sólo pudo quedar comprometida en 1798, tras la decisión de la recién creada Junta Superior Gubernativa de determinar los autores por los cuales habrían de explicarse las respectivas materias en todos los colegios (3), pero no sabemos aún el alcance real de esta medida.

Al conocimiento impreso será preciso añadir la política pro viajes de estudios al extranjero, desarrollada por el centro gaditano con la ayuda de becas. A tal fin escribirá Virgili una carta a Alonso Pérez Delgado en 1750 —es decir, tan sólo dos años después de la aprobación del Real Colegio—, en la que se habla de pensionar alumnos para que puedan acudir a diversas ciudades europeas (4). Pero no son únicamente éstos los que a ellas acuden, sino también el profesorado, que alterna así su propia actividad docente con la formativa y de perfeccionamiento. La preocupación por cubrir adecuadamente ambas vertientes será ya una constante del Colegio en todo lo que reste de siglo.

Acerca de los lugares de concurrencia, conviene recordar el acertado conocimiento que los primeros cirujanos del Real Colegio tuvieron de dónde se hallaban los centros neurálgicos de la profesión médica. A ellos enviarán a sus compañeros y discípulos para una puesta al día o una ampliación de estudios, en las materias de su incumbencia. Cuatro son los países que habrán de acogerlos: Francia, Inglaterra, Italia y Holanda.

En primer lugar Francia, y dentro de ella París. Tanto Velasco como Villaverde, conspicuos cirujanos del Real Colegio, le prodigarán sus encomios: «Con razón se puede llamar (a París) —expresarán— el centro de todas las ciencias, y especialmente de la cirugía». Ellos mismos no tendrán reparo en señalar su intento de seguir los pasos de la cirugía francesa (5). Por dicha ciudad desfila-

rán, entre otros, Manresa, Gimbernat, Ribas, Lubet, Salvarresa, Canivell, Aréjula y Rance, todos ellos vinculados al centro gaditano. En segundo lugar, Inglaterra, y más concretamente, Edimburgo y Londres. Por allí pasarán otros tantos cirujanos: Aréjula, Gimbernat, Ribas, Padilla, etc. (6). Hay también noticia de la asistencia de Nájera a Bolonia, aunque no la podemos confirmar con certeza. Y, finalmente, existe otro dato, éste más preciso, de la concurrencia de Nájera en 1752 a Leyden (Holanda) (7), de donde traerá noticias frescas sobre la grandiosa labor desempeñada por Herman Boerhaave («communis Europae praeceptor»), fallecido catorce años antes. Con ello quedaba redondeado uno de los acercamientos más completo de un grupo de hombres del XVIII a los centros principales del saber médico de la época hasta el siglo XIX (8). Tan sólo quedaba haber visitado esa otra gran plataforma del mismo que fue Viena, si bien ha quedado constancia de la lectura en el Colegio de obras de las figuras más principales de ella (Van Swieten y Stall) (9).

Libros y viajes al exterior suministraban a nuestros cirujanos el vehículo necesario para conocer a los «mejores y más actuales» autores médico-cirujanos del momento, sobre cuya base desarrollarán luego sus progresos. Sin embargo, el hecho quedaría incompleto de no tener en cuenta el segundo punto de apoyo al que arriba hemos aludido (la «experiencia diaria»). Ella, es decir la que resulta de la continuada labor práctica realizada por cada uno de los cirujanos con sus enfermos respectivos, en las frecuentes travesías por mar, en los hospitales en general, y en el Hospital dependiente del Real Colegio en particular, juegan un papel esencial en todo este proceso mixto de reflexión y acción médico-quirúrgicas. La experiencia puede por sí sola llegar a corregir, completar o matizar los conocimientos adquiridos por medio del estudio de «los mejores». ¿Pura empiria? No; fundamental importancia de la experiencia como base de toda reflexión, sin que ello quiera significar ausencia de concepciones teóricas de la realidad con carácter interpretativo. Dicho elemento habrá de ser especialmente aplicado, así pues, a las distintas ramas de la Medicina, si deseamos que esta materia sea un auténti-

co saber científico. Villaverde lo expresa muy claramente: se trata de una «observación destituida de las hipótesis que inventa la imaginación» (10).

En realidad, autores y observación vienen a representar, no sólo las bases, sino los dos polos complementarios (teórico y práctico) de la actividad del cirujano. Esta, prescribe Villaverde, «se ceñirá al asunto de que se trate, cimentando su dictamen en *sólidos fundamentos de teoría y práctica*» (11). Ambos elementos juegan así un papel fundamental en el desempeño del buen hacer quirúrgico de los hombres del Colegio gaditano. José Sabater podrá confirmar, que la observación de su compañero Arricruz, sigue los mismos preceptos y reglas de los «mejores prácticos», aunque se extrañe de la curación del enfermo atendido por éste, dado que «la autoridad de (nombra varios autores) y la experiencia diaria», confirman lo difícil del restablecimiento en casos semejantes al presente (12). El propio José Sabater atenderá a un segundo sujeto, aplicando el método propuesto por diversos prácticos (que cita) y que ya obtuvo resultado en otro caso semejante atendido por Canivell (13). En otra ocasión nuestro mismo cirujano reconocerá, ante la junta del Colegio, el acierto en el diagnóstico de otro paciente por él atendido, a través de los síntomas, las reflexiones o avisos de (nombra al autor) y la propia experiencia personal (14).

En resumidas cuentas, los ejemplos aquí expuestos, y los que aún cabría añadir, prueban la armónica simbiosis de autores y experiencia —la propia o la de los compañeros de profesión y maestros—, de teoría y práctica, en los casos patológicos atendidos por nuestros cirujanos. Ello, no obstante ser moneda corriente en su actividad cotidiana, no impedirá las oportunas excepciones, aunque éstas, a la larga, no vengán sino a confirmarnos la regla.

En las observaciones médicas presentadas por los cirujanos, vemos, cómo autores y experiencia diaria, combinadas o por separado, logran la curación de los enfermos, justifican el tratamiento a ellos aplicado, explican la sintomatología de la enfermedad, o simplemente dan la pista al profesional en cuestión, a fin de que pueda

establecer el diagnóstico. Es lógico pensar, sin embargo, que lo que ante la junta del Colegio pudo ser sistematizado y racionalizado, una vez pasado ya el tiempo —la mayor parte de los casos atendidos son puestos por escrito uno o más años después de haber sido tratados—, debió ser en el momento concreto de la diagnosis y del tratamiento médico, algo más titubeante, intuitivo y asistemático en el cerebro y la mano del cirujano. La urgencia de muchos casos, lo oculto de algunas enfermedades, o la propia agilidad que confiere la práctica continuada, entre otros, hubieron de operar aislada o conjuntamente para hacer que, no siempre, autores y experiencia diarias se combinaran en las dosis adecuadas, dentro de las patologías atendidas por nuestros cirujanos.

Generalmente los hombres del Real Colegio no sólo aunan en su actividad médica de cada día las enseñanzas de los prácticos y la experiencia personal, como ya queda referido, sino que semejante hacen con las de los autores antiguos de una parte y modernos de otra. Existen, sin embargo, matizaciones que merecen la pena soslayarse, en orden a una mayor profundidad en el conocimiento de la filosofía de nuestros personajes. El médico del Puerto de Santa María, Thomas de Salazar, vinculado al Real Colegio, y autor de una importante monografía sobre la quina y sus propiedades (15), no tendrá reparo alguno a la hora de contar, en el prólogo de su obra, las virtudes de la práctica (experiencia) sobre la teoría.

«No se crea por esto que voy a hacer una mera compilación: habrá en ella (en la obra) muchas observaciones prácticas mías, y aun las ajenas no admitiré sino aquellas que los prácticos más acreditados, y éstas comprobadas por mis propias experiencias. Estoy plenamente persuadido a que en la Medicina valen muy poco las más espaciosas teorías, cuando a la cabecera de los enfermos no corresponden sus efectos.

Protesto la mayor ingenuidad en mis observaciones, y si refuto alguna opinión común, no lo hago en fuerza de una u otra experiencia casual, sino después de muchas, hechas la posible reflexión. No por esto me creo infalible; desconfío demasiado de



Retrato al óleo de Pedro Virgili mostrando a su benefactor el Marqués de la Ensenada, sobre el plano primitivo del Real Colegio (Decanato de la Facultad de Medicina de Cádiz) - Foto Pérez Mulet.

mis talentos, y por tanto oiré con sumisión y docilidad.cualquiera advertencia o corrección que se me haga por los muchos profesores consumados de que abunda nuestra Nación» (16).

Puntualización importante, para ver hasta qué punto se hallaba entronizada la experiencia, como método de conocimiento científico, entre la clase médica gaditana. Un fondo común une además a Salazar con nuestros cirujanos: la sinceridad a la hora de explicar las bases de su formación científica y su confianza en las mismas. Villaverde y Velasco, por ejemplo, actuarán también bajo la misma perspectiva, aún cuando sus puntos de vista sean algo diferentes a los del médico del Puerto. Ellos, en efecto, reconocerán en la Introducción a su obra común «Tratado de las operaciones», y con la misma sinceridad que Salazar, «que la mayor parte de los preceptos prácticos, que (en el texto) se proponen, son sacados de la doctrina de este ilustre Autor (se refieren a Le Dran)» (17). Pero merece la pena nos detengamos en un caso práctico, a la sazón presentado en el Real Colegio, donde se ve la postura de Domingo Vidal —el que desde 1796 será Director del Centro— en favor de los prácticos modernos, y el intento conciliador de su censor Miguel Boullosa (18).

En su observación médica, Vidal se plantea la conveniencia o no de curar las úlceras de las piernas, a la vez que el tratamiento a aplicar en caso afirmativo. Expone para esto último los medios terapéuticos utilizados por los tratadistas antiguos (Hipócrates fundamentalmente), poniéndolos en relación con los empleados por los más modernos autores (Bell y Underwood), y expresando su inclinación, tal como la práctica diaria le aconsejaba, hacia los métodos usados por estos últimos.

Tras un razonamiento cuyo hilo conductor merece la pena seguir detenidamente, como compendio de todo cuanto venimos expresando, la censura correspondiente establecerá una inteligente solución conciliadora. En tal sentido, Boullosa, una vez señalada la importancia de los autores antiguos, hace referencia a dos casos prácticos —experiencia personal y experiencia indirecta— y a los autores modernos (entre ellos los dos citados anteriormente por el au-

tor de la observación). A continuación hace ver cómo uno de los aspectos del tratamiento propuesto por Underwood (el ejercicio físico), «lo recomienda (también) Hipócrates –autor antiguo– en varios pasajes de sus obras». Llega todavía a más: el propio Underwood citó al griego con frecuencia, y numerosos autores posteriores a él (Boullosa cita nueve, entre los que se encuentran los nombrados Bell y Underwood), no hacen en su opinión sino completar la teoría de algunos de los antiguos. Aclara ahora la actitud de Hipócrates referente a otro de los aspectos del tratamiento aplicado a las úlceras (la dieta), concluyendo que «los preceptos descritos por el autor de las reflexiones (Vidal) sobre el mejor método de curar las úlceras de las piernas, es el resultado de todo lo bueno que hasta ahora se ha escrito sobre este asunto, y *está acorde con todos los autores más célebres tanto antiguos como modernos*» (19). Finaliza la censura señalando los excelentes resultados obtenidos por él en los diez años de experiencia personal, habidos en la curación de las úlceras de piernas.

Mas la explicitud en señalar fuentes, a las que nos referíamos al abrir este capítulo, no hubiera sido tal si únicamente se ciñera a indicar la fuerza impulsora que dan los libros de los especialistas médicos y la experiencia. Por el contrario, los cirujanos del Real Colegio de Cirugía de Cádiz, nos han dejado relación detallada, en sus obras y manuscritos, de los autores por ellos utilizados, lo cual ha sido para nosotros de singular importancia a la hora de reconstruir los contactos y posibles influjos habidos en su formación. Gracias a todo este material podemos realizar algunas afirmaciones al respecto. Digamos en primer lugar que el Real Colegio gaditano fue, durante este casi medio siglo objeto de nuestro estudio, asombroso crisol en que se aunaron las principales concepciones del universo, corrientes médico-científicas a ellas adscritas y descubrimientos que llegan al siglo XVIII europeo. Ello sólo pudo ser posible, gracias a tres facetas cuidadosamente inculcadas por los padres de la institución desde los comienzos de la misma, y mantenidas por sus seguidores a lo largo de casi toda la segunda mitad de la centuria. Son

aquéllas: la continua inquietud por el saber, el esfuerzo por estar al día en una ciencia –la quirúrgica– que empieza entonces a mostrar espléndidos horizontes y, en general, el esfuerzo por perfeccionarse día a día en su profesión. Todas ellas nacen a su vez de la plena conciencia que poseen del retraso de la ciencia y la medicina españolas de su tiempo, y explican asimismo las salidas al extranjero y los esfuerzos bibliográficos más arriba aludidos.

Mecanicismos, empirismo racionalizado y vitalismo, los tres grandes ámbitos mentales en los que se inscriben las respectivas vías de penetración científica e interpretación, al lado de viejas concepciones hipocrático-galénicas, se hayan presentes en el pensamiento y la praxis de nuestros cirujanos.

Dichas tradiciones llegarán hasta ellos fundamentalmente a través de las grandes obras de síntesis, llevadas éstas a cabo, ya desde fuera del siglo XVII, por Hermann Boerhaave –sobre todo éste– y Friedrich Hoffman por un lado, y –ya en el XVIII– por la «Antigua Escuela Vienesá» (representada por Gerhard Van Swieten y Maximiliano Stoll) por otro. Junto a estos tratadistas aparecen también autores pertenecientes a cada una de las susodichas concepciones por separado, si bien predominan los vinculados al empirismo racionalizado moderno (Giovani M^a. Lancisi, Morgani o Valsava). Dentro de él, especial posición ocupará la obra de Sydenham, quien a su vez influyó en Pringle y Stoll –ambos conocidos de nuestros cirujanos–, sobre todo en lo que a los aspectos metodológicos se refiere.

El resto de las citas bibliográficas –las más numerosas– se refieren a toda una pléyade de cirujanos modernos, procedentes de las distintas ramas de esta práctica médica (importante papel ocupa aquí la obstetricia), así como de anatomofisiólogos de singular relevancia. Entre los primeros son de destacar los nombres de J. R. Sigault, Daza, Paré, Levret, Verduc, Pierre Dionis, Guillemeau, Pott, Jean Palfiyn y J. Else entre otros. De los segundos son frecuentes las referencias a las aportaciones de Albinus, Ferrein, Bartholin, Malpigio, Bohn, Winslow, Ruysch y Peter Camper entre otros.

No están exentas las observaciones médicas y las publicaciones de nuestros cirujanos —como hemos referido antes— de alusiones a autores clásicos, no todos específicamente médicos, prueba del amplio conocimiento que los profesores del Real Colegio poseían de los escritores de la Antigüedad Clásica y del importante puesto que éstos ocupaban en su pensamiento. De entre ellos cabe citar como ejemplo los nombres de Celso, Lucano, Escultero, Empédocles, Platón, Aristóteles, Marco Aurelio Severino y Séneca. Por otro lado, el movimiento de la Ilustración está también representado por los nombres de Quesnay —a la sazón también médico—, el químico Mariotte, Feijoo, Malebranche, la «Enciclopedia» y el mecanicista materialista Helvetius (20).

Finalmente, las observaciones prácticas de tipo médico, recogidas en algunos libros de carácter enciclopédico, fueron ampliamente utilizadas por estos cirujanos que tan alto valor concedieron a la experiencia personal en el tratamiento y curación de las enfermedades. A este respecto, resulta necesario señalar el viejo «Sepulchretum» de Th. Bonnet, citado, estudiado y completado continuamente por los maestros del Real Colegio, además de la obra de Morgagni («De sedibus et causis morborum per anatomen indagastis») de carácter más moderno (1767), en donde se recopila todo un espléndido conjunto de historiales clínicos con sus auptosias correspondientes.

Acompañaban el uso de estos dos monumentos bibliográficos repertorios periódicos, tales como las «Memorias de la Real Academia de Cirugía de París», los «Essais de la Société d'Edimbourg», los «Prix de l'Académie Royale de Chirurgie», y el ya citado «Diario de Medicina» de Vandermonde, que, entre otros, cumplía un objetivo semejante. Con razón podría un ex-alumno del Colegio enorgullirse de éste, porque en él la enseñanza «es conforme a la que se demuestra en las mejores universidades y academias extranjeras» (21).

Pero estos autores, que en abigarrado y somero índice acabamos de mostrar, son el resultado de una labor de compendio y

agrupación según las tradiciones (mecanicista, empirismo racionalizado, vitalismo) a que pertenecen. No todos ellos fueron, sin embargo, conocidos y utilizados por el conjunto de nuestros cirujanos. Estos, por el contrario, seleccionaron los que más se acercaban a sus concepciones médicas y a su filosofía del universo y de la naturaleza, o que, simplemente, podían ser para ellos más accesibles.

A la vista de este hecho, no resulta ocioso preguntarse sobre la posibilidad de distintas escuelas o tendencias dentro del marco de un Real Colegio de Cirugía, que hasta el momento podría aparecérsenos como sospechosamente uniforme y con escasas concesiones a lo que de individual y personal pudiera existir en él. No en vano, el propio fundador del mismo, Pedro Virgili, parecía reconocer con desasosiego, a la altura de 1759, la existencia de «ideas torcidas a mis intenciones» y «la poca uniformidad que reina en las ideas» (22). ¿A qué se refería concretamente? ¿Podía ser un toque de atención por parte del Director del Colegio, desde su retiro en la Corte, a la disparidad ideológica o de escuelas existentes en el recinto gaditano del Real Colegio? La idea no iría descaminada si tenemos presente la variada procedencia de nuestros cirujanos, de las fuentes, y de los centros de formación por ellos visitados. La cuestión se presenta como atrayente y con visos de verosimilitud; pero la documentación es parca al respecto, y cualquier afirmación tajante en este campo rozaría con la temeridad. No obstante, en un afán de profundización y de mayor claridad sobre lo que fue y lo que representó nuestro Real Colegio, cabe establecer ciertas aproximaciones. En ocasiones, los maestros gaditanos son bien explícitos: Francisco Villaverde, por ejemplo, confiesa al cirujano francés André Levret como su maestro (23); sin embargo, esto es algo poco frecuente. La mayor parte de ellos preferirá mantenerse dentro de un aparente equilibrio en el que, sin dejar de citar a los autores clásicos (Hipócrates, Galeno o Avicena fundamentalmente), a título de autoridad o por costumbre, acuden a los maestros modernos, expertos en la materia de que se trate.

Tan sólo unos pocos cirujanos muestran además su preferen-

cia, a través de las fuentes bibliográficas utilizadas, por alguna de las tradiciones citadas. El peso de los autores vitalistas es grande en las observaciones de Domingo Vidal, pero ello podría ser debido únicamente a las exigencias propias del tema médico de que se ocupa en ese momento (24). Canivell, más ortodoxo, prefiere el concurso de los prácticos por encima de los teóricos, y utiliza las obras de síntesis de Boerhaave y Van Swieten. En cambio, Ameller y Villaverde hacen abiertamente profesión de mecanicistas (25).

De todos estos datos tan parciales y dispersos, ¿qué se puede inferir? En principio, y sin querer negar por ello la existencia de las lógicas preferencias entre los cirujanos del Real Colegio, el carácter netamente práctico y un tanto ecléctico de los mismos en lo que a utilización de fuentes se refiere. La presencia de las ya citadas obras de síntesis y la utilización de otras diversas, a veces de opuesta procedencia, inspirando y guiando la actividad de cada cirujano particular, son pruebas evidentes de lo que indicamos. En segundo lugar, el pronunciamiento en favor de la ciencia médica del porvenir, a través del continuado estudio de los principales autores de su tiempo. En este sentido, baste como botón de muestra la utilización de la obra de Sydenham, testimonio de la opción gaditana por «una medicina nueva, exenta de hipótesis incomprobadas y exclusivamente atendida a la realidad clínica» (26).

Ahora bien, las fuentes bibliográficas —la mayor parte de ellas son extranjeras—, al igual que los contactos con el exterior, tienen tan sólo un valor indicativo en el intento de conocer el pensamiento de nuestros cirujanos. Ellas dan autoridad, estimulan y orientan su actividad; pero de poco servirían si no incidiesen, además, en sus concepciones generales y particulares sobre el hombre en sus aspectos anatomofisiológico y, por lo tanto, filosófico también. En efecto, sabemos que dichas lecturas, relaciones con sabios extranjeros y compañeros de profesión, dejaron su huella sobre la manera de concebir aquéllo. Y es precisamente a este aspecto, al que habremos de referirnos en el capítulo siguiente.

NOTAS

1.- Canivell, Francisco: «*Tratado de las heridas de armas de fuego dispuesto para uso de los alumnos del Real Colegio de Cirugía de Cádiz por el Licenciado D.—, Cirujano Mayor de la Real Armada, y Vice-Presidente de dicho Real Colegio, su primer Maestro, Socio de la Real Academia Médica Matritense, Honorario de la de Sevilla, y de la Real Sociedad Bascongada*». Cádiz, 1789, Prólogo.

2.- La carta resolutoria del Inquisidor General es del año 1763, y por ella se autoriza a la librería del Real Colegio, la facultad de tener «libros prohibidos por el Santo Oficio, pertenecientes a las Facultades de Anatomía, Medicina, Botánica, Química, Física e Historia Natural, con tal que se hallen en cajones separados y cerrados con llave para que no puedan usarlos los que no tengan licencia». Insatisfecho por las limitaciones impuestas, el Real Colegio vuelve a recurrir y logra hacer que ceda el Inquisidor, quien concederá autorización poco más tarde, «para que en particular puedan retener y leer (...) con tal que dichos libros estén con la debida licencia y custodia» (Ferrer, Diego: «*Historia del Real Colegio*», pp. 115 y 116).

3.- *Ibidem*, p. 159.

4.- *Ibidem*, p. 74.

5.- Laín Entralgo ratifica el panegirico de Velasco y Villaverde señalando el importante auge de la clínica parisiense durante el siglo XVIII («*Historia de la Medicina*», Barcelona, 1978, p. 343).

6.- Carrillo, Juan L. y Gago, Ramón: «*Un aspecto de la comunicación científica entre España y Europa en los siglos XVIII y XIX: Juan Manuel Aréjula (1755-1830)*», en rev. «*Cuadernos de Historia de la Medicina Española*», XIV, 1975, pp. 209-210, p. de p. 2).

7.- Laín Entralgo llama a Leyden el «gran centro europeo de la enseñanza clínica», de la que beberán en su mayor parte los restantes (Op. cit., pp. 313-314).

8.- Laín Entralgo, Pedro: op. cit., p. 343.

9.- Van Swieten aparece citado por Francisco Canivell y Francisco Villaverde —pioneros del Real Colegio—, Juan Benito Reynó, Diego Velasco y José de Nájera; Máximiano Stoll por Manuel de Padilla.

10.- «*Tratado de las operaciones*», I, p. IV.

11.- *Ibidem*, pp. 13-14.

12.- B.F.M.C.: SS.CC., 1790.

13.- B.F.M.C.: SS.CC., 1790.

14.- B.F.M.C.: SS.CC., 1791.

15.- Nos referimos al «*Tratado del uso de la quina por D.— Médico en la Ciudad del Puerto de Santa María*». Madrid, 1791.

- 16.- Ibidem, pp. XVIII-XIX.
- 17.- Introducción.
- 18.- B.F.M.C.: SS.CC., Domingo Vidal, 1789.
- 19.- B.F.M.C.: Ibidem, censura.
- 20.- Cits. por Diego Velasco y Francisco Villaverde en su «Curso Theórico-Práctico». De Helvetius se conserva todavía alguna obra en la B.F.M.C.
- 21.- B.F.M.C.: O. y C.M., Juan Somoza, 1767.
- 22.- Ferrer Diego: op. cit., pp. 49 a 51.
- 23.- «Tratado de las operaciones», II, p. 23.
- 24.- En el repertorio de autores por él citados ocupan un puesto destacado los nombres de los vitalistas Hohn Hunter, William Cullen y Christian Hahnemann.
- 25.- Ameller, Carlos Francisco: «Elementos de Geometría, y Física experimental, para el uso, e instrucción de los alumnos del Real Colegio de Cirugía de Cádiz compuesto por D.—, uno de sus Maestros». Cádiz, 1788, p. 286.
- 26.- Laín Entralgo, Pedro: op. cit., p. 315.

CAPÍTULO III

LAS GRANDES CONCEPCIONES ANATOMO- FISIOLÓGICAS. LA SANGRÍA

Al igual que las restantes ciencias (Economía, Sociología, Química, etc.), la Medicina —y, por lo tanto, la Cirugía— se da todavía en el Setecientos íntimamente unida a la Filosofía. Es decir, que lejos de aparecer como una ciencia autónoma, se muestra inserta dentro de un contexto más amplio, formado por las creencias personales que cada uno de sus cultivadores o escuela de ellos profesa. La discutida tarea de deslindar lo puramente empírico de cada materia, de todo lo subjetivo a ella adherido, será costosa empresa que sólo se tratará de llevar a cabo con intensidad en las centurias siguientes. Entretanto, el conocimiento médico se halla incorporado al respectivo sistema interpretativo de cada una de las ya citadas tradiciones científicas. De ahí el aviso de Francisco Villaverde a sus alumnos para que estén «instruídos en las humanidades y en algunos idiomas —alusión a la dependencia que el Real Colegio tiene del extranjero en cuanto a saber médico-quirúrgico se refiere—, para que puedan registrar y entender los movimientos originales de su arte» (1).

Sin embargo, los cirujanos gaditanos se mostrarán espectacularmente parcos —si lo comparamos con la generosidad mostrada a la hora de especificar sus fuentes— en lo que a la manifestación de sus macroconcepciones médico-filosóficas se refiere. ¿Intenciones ex-

clusivamente empiristas? ¿Preocupación por lo concreto de su profesión y consiguiente desdén por los aspectos teóricos de la misma? ¿Escasa originalidad en lo que a estos últimos respecta? ¿Temor a la acción inquisitorial, o simple defecto de las fuentes que nos han dejado —observaciones y censuras médicas fundamentalmente—? Resulta difícil dar respuesta satisfactoria a tal cúmulo de preguntas. Es una actitud bastante frecuente en los hombres de la Ilustración española marginar los grandes planteamientos teórico-filosóficos —sobre todo los novedosos—, que pudieran dar lugar a fuertes polémicas, en favor de un craso —a veces monótono— sentido práctico, que parece ajeno a los principales debates que un movimiento, con las implicaciones de éste de las «luces», comporta. ¿Convencimiento de la solidez de sus principios religiosos como intérpretes de la realidad, o temor a proferir ideas contrarias a los mismos, en contra de la poderosa Iglesia? De nuevo el nunca bien resuelto problema de la historia del pensamiento hispano. Pero no olvidemos que nos encontramos en el siglo por excelencia del pragmatismo, y que éste, unido al cansancio generalizado entre los ilustrados por tantos lustros de disquisiciones escolásticas, habrá de encontrar entre nosotros un explicable y bien fundamentado asiento. De la manera que sea (no es nuestra intención profundizar aquí más en un tema tan amplio como sugestivo), quede constancia de las escasas referencias por parte de nuestros cirujanos a cuadros teórico-explicativos generales, susceptibles de darnos una visión más elocuente de su pensamiento acerca del hombre, la naturaleza o, simplemente, la enfermedad. Ello, sin embargo, no habrá de impedirnos siquiera una aproximación a algunos de los grandes temas médico-filosóficos, que la documentación utilizada nos ha permitido al menos atisbar. Pasemos pues a su exposición, recordando una vez más lo ya dicho acerca de las dificultades existentes para deslindar —dentro del Real Colegio se entiende—, las distintas escuelas o tendencias que en él pudieran haber existido.

Si el lenguaje utilizado por los hombres resulta expresión de su pensamiento y, a veces, de su complejo sistema de creencias, en el

caso de nuestros cirujanos ese es, una vez más, altamente significativo. En lo que hace al tema del cuerpo humano, dos son los vocablos con los que frecuentemente es nombrado: el de «máquina» y el de «fábrica» (2). En el segundo caso, la herencia de la obra vesaliana (3) está bien patente; en el primero, a nuestro entender el más significativo, la incidencia de la filosofía mecanicista triunfante en el XVIII— es un hecho. Expresiones tales como: «se descompuso en tal conformidad su Máquina» (4) o «corregir el vicio que estaba involu-so en toda la Máquina» (5), refiriéndose al cuerpo humano, resultan habituales en las observaciones médicas de nuestros cirujanos. Mas al lacónico vocablo de «Máquina», ellos habrán de ir añadiendo sucesivamente algunas características, que nos ayudarán a una más cabal profundización en su pensamiento. Para Pedro Marín, cirujano vinculado al Real Colegio, el cuerpo humano no es sólo una «máquina» cualquiera, es, por el contrario, la más perfecta de la Creación, la que no tiene parangón con ninguna otra, receptáculo en donde tienen cabida todas las máquinas existentes hechas por el hombre (6). Villaverde especificará por su parte que se trata de una «máquina animada» (7), y Ameller rematará, en 1788, refiriéndose al del cuerpo como a una «máquina compuesta», por cuanto que está sujeto a unas leyes iguales a las que rigen los cuerpos en general (8).

De aquí a la vieja idea galileana de que el Universo está gobernado por las leyes de la mecánica (9) hay sólo un paso, y dicho paso va a ser dado también por los hombres del Colegio gaditano. El mismo Ameller enseñará que todos los cuerpos siguen unas leyes y tienen, además, unas propiedades y unos atributos propios. De la misma manera, siendo el Universo un compuesto de cuerpos dispuestos simétricamente y organizados de forma armónica, deberá obedecer a unas leyes preestablecidas (10). Tal, por ejemplo, la de la gravedad (tendencia a inclinarse hacia el centro de la tierra), una de las leyes que rige los cuerpos, y que afecta —siempre según Ameller— a todas sus partes por igual (11). O el movimiento, «propietas universalis a quocumque corpore inseparabilis», producido al obligarse a sí mismas las partes componentes del cuerpo (12). Leyes

que organizan el movimiento y conservan el equilibrio de las partes en nuestro cuerpo (12). Leyes que, en definitiva, permiten el conocimiento de la realidad y la penetración científica en la misma.

Estamos ya ante el Gran Ingeniero de los mecanicistas. Pedro Marín resaltará por ello el poder y la magnificencia de Dios creador que ha hecho del hombre su obra más perfecta (13). Pero los mecanicistas de Cádiz no llegan, sin embargo, a especulaciones antropológico-morales materialistas del tipo de la esbozada por su contemporáneo francés Lamettrie en su obra «L'homme machine», publicada precisamente el mismo año de la fundación del Real Colegio. Intento, pues, no demasiado esbozado, por lograr comprender al hombre desde unas bases nuevas, distintas a las tradicionalmente seguidas por la Iglesia, pero sin romper con la fe cristiana que hace del hombre, imagen y semejanza de Dios, su obra cumbre.

Dios es quien efectivamente ha dado impulso (¿lo sigue dando?), quien ha creado (¿desde la eternidad?) la inmensa «máquina» corporal. «Máquina» corporal que, finalmente, en un deseo más de racionalizar, es considerada también como una «estructura mecánica», compuesta por partes (Villaverde), quienes a su vez tienen su estructura propia coincidente con la «natural».

La comprensión del cuerpo humano a través del simil de la «máquina», o mejor, la consideración de aquél como «máquina» propiamente dicha, llevará a los cirujanos del Real Colegio a resaltar la importancia que para el cirujano tienen –y lógicamente para el médico también– el estudio de la Anatomía, la Fisiología y la Física experimental. Ya veremos en su momento el especial papel que a tales materias corresponde en la formación del cirujano gaditano. Ahora debemos entenderlas como íntimamente unidas a la concepción mecanicista del cuerpo humano, como ciencias necesarias para el pleno y exacto conocimiento científico de la «Gran Máquina» sometida a leyes fijas.

En primer lugar la Anatomía. Para los mecanicistas su estudio deberá ser previo al de la Fisiología, porque de alguna manera la forma configura la función (14). Así lo comprende Sabater quien, en

uno de sus casos prácticos, se servirá de la anatomía específica del órgano en cuestión enfermo, para explicar parte —el resto vendrá dado por el sexo y la edad— del cuadro de síntomas del paciente (15). Para conocer bien las leyes que hemos dicho gobiernan la «máquina corporal», así como su versión patológica, se hace preciso estudiar previamente el marco y los elementos por los que aquéllas operan. A este fin, la autopsia será, como también veremos después, instrumento de insustituible importancia. Por el momento, bástenos con señalar la importancia de que un hombre como Antonio Rancé recuerde, a la altura de 1812, que para ser un verdadero médico o cirujano, «sea indispensable poseerla (la Anatomía) con toda perfección» (16), y que, mucho antes (1763), Villaverde se haya referido a ella como «base fundamental de la mejor práctica» (17), y como vehículo que ha permitido los últimos avances quirúrgicos (18). Los servicios suministrados a este respecto por el Real Colegio a sus alumnos serán fiel expresión de esta idea, así como de que, en él, las palabras escritas venían respaldadas por los hechos.

Acompañando al saber anatómico: la Fisiología, inseparable-compañera de éste, «fundada —según expresión de Velasco y Villaverde— sobre la estructura mecánica de las partes» (19). Es decir, una ciencia que, para el mecanicismo, supone la sujeción racional de la misma a un modelo mecánico más o menos complicado, susceptible de ser expresado en leyes matemáticas (20). Ameller, acorde con esta tendencia, no dudará en asegurar, en los Preliminares de sus «Elementos de Geometría y Física Experimental», que ambas materias juntas servirán para formar un cuerpo de doctrina sobre el que establecer «los principios Fisiológicos, demás dogmas del Arte de Curar, según el sistema mecánico de los Modernos» (21). O lo que es igual, una Fisiología, expresión dinámica de la actividad funcional del cuerpo humano, montada sobre leyes matemáticas. De hecho, la Fisiología no es en el fondo sino «la ciencia física del cuerpo humano» (22).

Por último, la Física Experimental. ¿Por qué esta materia ciertamente novedosa para la Universidad española de la época? En base

a los planteamientos básicos realizados por los cirujanos del Real Colegio, la respuesta resulta en principio fácil. Todos los cuerpos existentes contenidos en el Universo —y el cuerpo humano es uno de ellos— están sometidos, como ya hemos expresado, a una leyes físicas fijas, reducibles a expresión matemática. Y es precisamente la Física la encargada de estudiarlas. De ahí que para Carlos Francisco Ameller toda arte tenga conexión con el conocimiento de esta materia, porque de alguna manera ella supone precisamente la manipulación de cuerpos. La Física —insiste nuestro cirujano— nos manifiesta la verdad oculta en la naturaleza al poner de manifiesto las leyes que la guían y la acredita con sus experimentos (23). Villaverde ve, por lo tanto, el conocimiento de la Física Experimental como «indispensable (...) para comprender las leyes *admirables* de los movimientos de nuestra máquina y conseguir su equilibrio» (24). Dentro de esta materia la Mecánica ocupa un puesto fundamental, por cuanto no sólo ayuda a crear los instrumentos necesarios al cirujano para el ejercicio de su profesión, sino que, al ser el cuerpo una «máquina», si bien la más perfecta, se rige por las leyes mecánicas que dicha especialidad de la Física estudia (25). Optimismo, confianza en las recién descubiertas posibilidades de la razón humana e ilusión por el saber, serían los tres elementos que aunaban de manera más palpable a los hombres de la Ilustración y, por supuesto, a los cirujanos del Real Colegio.

Pero la consideración del cuerpo humano como «máquina animada», lleva aparejada la pregunta de cuál sea el lugar donde reside la fuerza vital que la pone en movimiento. El tema preocupó, ya desde antiguo, a filósofos vinculados o no con la medicina. Desde Aristóteles, el corazón resultará uno de los más firmes candidatos a tan privilegiado puesto. Galeno, dentro de la tradición aristotélica y, por lo tanto, organicista también, dará a dicho órgano una importancia excepcional, si bien haciéndole compartir tal responsabilidad con otros dos: el hígado y el cerebro. Más tarde, en pleno siglo XVII, Harvey resaltarán de nuevo la trascendencia del corazón aristotélico, siguiendo la misma pauta de pensamiento que sus anteceso-

res (26).

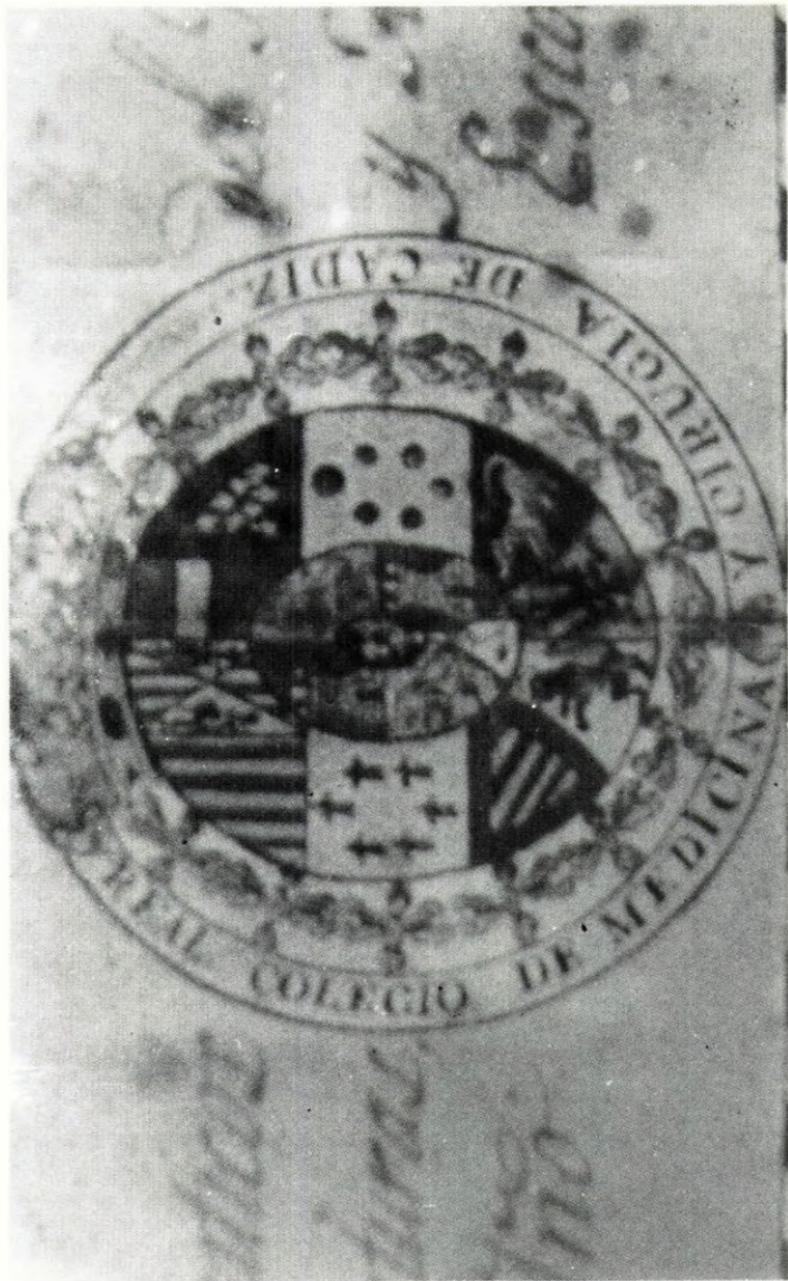
Los cirujanos del Real Colegio, como con tantos otros aspectos sucede, apenas especulan sobre el tema. Una vez más, las preguntas que nos formulábamos al comienzo del presente capítulo, vuelven a cobrar valor a la hora de tratar de explicar este descorazonador silencio. No obstante, aunque incompletos e insuficientes, algunos datos pueden ser aportados. Dos importantes cirujanos del centro gaditano vienen a romper una lanza –aunque pequeña– en favor de nuestra pretensión: se trata de Villaverde (1763) y Arricruz (1792). Ambos sostendrán dos puntos de vista diferentes del problema, aunque no por eso excluyentes. El primero expresa su posición escuetamente, señalando al cerebro como el órgano «más delicado y esencial para la vida» y como el lugar donde «los principios de la vida se encierran» (27). Para Arricruz, en cambio, el corazón es –en línea con la más firme tradición aristotélica– el órgano donde reside la «fuerza vital». Ello hace que los puntos más alejados del mismo, la perciban con menor intensidad que los más próximos a él. O lo que es igual: la intensidad de la circulación y el calor consiguiente que revitaliza el cuerpo, es inversamente proporcional a la distancia existente entre el punto de que se trate y el corazón. De ahí las mayores posibilidades de turbación de sus funciones por parte de los órganos más lejanos a éste. La tardía curación de las enfermedades ubicadas en las extremidades inferiores es para Arricruz un claro testimonio de cuanto se ha venido afirmando (28). No cabe duda de que, poco a poco, nos vamos alejando de la filosofía mecanicista, para ir acercándonos a conceptos cuyo origen podemos fácilmente encontrar en la llamada tradición vitalista. En efecto, el corazón pasa a tener un papel clave, vital diríamos, en la vida de los seres; pero, además, es la energía por él insuflada la que preserva al hombre de la degeneración morbosa de sus partes. La salud o la enfermedad no son por eso sino consecuencia directa de la mayor o menor «fuerza vital» poseída por el individuo, en tanto su curación depende del emplazamiento de la parte dañada. Por su parte, el corazón adquiere así un aspecto divino y misterioso, muy

del gusto de los vitalistas de la época.

Ahora bien, este corazón, además de centro de la llamada «fuerza vital», sirve de motor a la imprescindible circulación de la sangre, la cual constituye uno de los cuatro humores tradicionales de la tesis de Galeno (29), autor que en unión de otros, como su antecesor Hipócrates o Celso el romano, están también presentes –ya lo vimos en el capítulo anterior al referirnos a las fuentes– en la formación de los cirujanos del Real Colegio. Y aunque estos hombres de la Antigüedad Clásica no llegaron a dejar una huella tan marcada como la existente en los centros educativos institucionales por el mismo tiempo, consiguieron en cambio impregnar, con sus grandes concepciones, la forma como nuestros personajes entendían la antropología médica. Tal sucedió con la vieja doctrina humoral, estrechamente vinculada al mundo clásico, así como la práctica evacuatoria de la sangre, referida ésta al ámbito del tratamiento médico. ¿Cuál es la versión que de todo ello dieron nuestros cirujanos?

Estos, aun cuando no hacen una exposición mínimamente detallada de la referida doctrina, habida cuenta de que debían suponerla sobradamente conocida (no olvidemos que la obra de los médicos de la Antigüedad greco-romana era estudiada, aunque no con demasiada intensidad, en los cursos del Real Colegio), sí dan en cambio nociones, desigualmente repartidas, prueba de que dicha creencia subsistía aún en el centro. Así, expurgando entre las numerosas observaciones clínicas presentadas, podemos llegar a las conclusiones –si de tal cabe calificarlas– que a continuación hemos tratado de reconstruir.

Los cirujanos del Real Colegio se refieren a los «humores» como a sustancias que fluyen por todo el cuerpo, formando algunas veces determinados centros neurálgicos, a los que Antonio de España llamará por separado «cerebro de humor» (30). Al igual que existen unas leyes del cuerpo humano, hay también otras más específicas que afectan a los «humores» en general (Francisco Gómez se refiere en 1787 a unas «Leyes de la circulación»). Pero dichos «humores» –de los que no se dice la causa que los produce ni su composi-



Escudo del Real Colegio de Cirujía de Cádiz (El mismo de los Borbones españoles del siglo XVIII) - Foto Pérez Mulet.

ción, y a los que no se atribuyen, a diferencia de los antiguos (Pólibo), cualidades especiales— pueden llegar a alterarse. Dicha alteración lleva implícito un cambio (mayor velocidad o mayor lentitud) en el movimiento humoral (31). A este respecto, nuestros cirujanos distinguen entre un «vicio general de los humores» o «vicio humoral» a secas (32), y de manera más indirecta, un vicio susceptible de afectar a sólo una parte de ellos. Los «humores» pueden formar estanques o producir cambios («methástasis») en los citados centros neurálgicos (33); retenerse o acumularse en las glándulas por causa de algún obstáculo («humor estagnado»), llegando a producir tumores esquirrosos, esquirros simplemente o quistes (34); y derramarse llegando a formar úlceras (35). Interesa por todo ello recalcar la relación directa que los cirujanos establecen, en no pocas ocasiones, entre una enfermedad concreta y localizada (úlceras, quistes, tumores y cánceres fundamentalmente) y el equilibrio humoral que afecta a todo el organismo enfermo (36).

Los tratamientos aplicados al paciente vendrán, así pues, determinados por dicha relación. Unas veces tratarán de liberar los «humores» detenidos en los tumores, abriendo fuentes para que éstos puedan salir por ellas. Se trata, en expresión del cirujano José Sabater, de «expeler el humor morbífico» ayudando a la naturaleza (37). Francisco Gómez lleva a la práctica esta idea, al tratar un tumor esquirroso situado en el pecho derecho de una de sus enfermas. Creyendo haber sido motivado «por algunos reflejos del humor alto» que habrían obstaculizado la glándula, abrirá una fuente en la pierna derecha (el mismo lado donde se encuentra el mal), al objeto de posibilitar la salida de aquéllos (38). En ocasiones, dicha fuente permanecerá abierta para así asegurar una salida permanente al «humor» corrompido, y, cuando se trate de úlceras, se procurará drenar los «humores» alterados a través de ellas mismas. Por último, la utilización de cauterios sirve también a un fin semejante (39). Sus propiedades específicas permiten a los cirujanos del Real Colegio atraer o derivar los «humores», según convenga a la curación del mal.

La sangre y la linfa, al igual que su circulación, están íntimamente relacionadas con todo lo que hemos venido exponiendo de los «humores». Y si atendemos a lo que bastantes años después escribe de ellos Hurtado de Mendoza en su «Vocabulario médico-quirúrgico» (40), ambas pueden considerarse también como «humores» en sí mismas. Nuestros cirujanos vienen a ratificarlo al aplicarles características semejantes a las de éstos, y al utilizar expresiones tales como la de «humor linfático» o «humor seroso».

Del estudio de los escritos hallados en el Real Colegio de Cádiz se pueden deducir algunas características importantes sobre la circulación de esa «fuerza vital» que es la sangre, así como de su composición. En relación con lo primero, resalta el pleno conocimiento que sus cirujanos tienen del ciclo completo que la sangre cumple en su fluir, al igual que de la misión que con ello llega a cubrir. El hecho no resulta demasiado vanguardista, si tenemos presente que los descubrimientos de Servet y de Harvey al respecto, tuvieron lugar a mediados del siglo XVI y primer cuarto del XVII respectivamente; aunque sí nos resulta significativo a los efectos de valorar las bases fisiológicas sobre las que actuaban nuestros cirujanos.

En cuanto a la composición de la sangre, su saber participa de las deficiencias propias del de la época (el uso del microscopio y del análisis químico es prácticamente inusual). Con sus escasos recursos y la experiencia personal acumulada, el esencial elemento se compone para ellos de: una parte roja o sangre propiamente dicha, de linfa o parte blanca y de serosidad (41). La primera admite la posibilidad de inflamación (42), mientras que a la tercera cumple la importantísima tarea de mantener la fluidez, «que los líquidos que circulan por el Cuerpo humano tienen en su natural estado» (43), al igual que de servir de vehículo a las otras dos (44).

Siguiendo a Domingo Vidal, tanto la linfa como la sangre, circulan prácticamente unidas por el organismo humano entre el corazón y «todas las partes del cuerpo», a través de las arterias sanguíneas y siguiendo unas mismas leyes, hasta su diversificación en las ramificaciones finales de los capilares. Ambas poseen distintos va-

sos —sigue el mismo autor—, siendo los linfáticos más pequeños que los de la sangre (45). Pero al igual que los «humores», los dos líquidos elementos podrían resultar alterados y, consecuentemente, producir enfermedades. ¿En qué consisten éstas y cuáles son los desarreglos que las motivan?

Observemos de cerca la práctica de nuestro cirujanos. Francisco Canivell señala la posibilidad de que la sangre se disuelva y empobrezca en linfa, resultando de ello la formación de abundante pus (46). Por su parte, Villaverde se refiere a la putrefacción de la sangre y a la tendencia de ésta a la misma (47). Otro manuscrito más, perteneciente éste al cirujano Francisco Gómez, habla de tumores motivados por «la insipitud y demora de la linfa» (48). En efecto, tal vez sea ésta la enfermedad habitualmente generada por las alteraciones de la linfa o de la sangre; es decir, la misma que aparecía junto a las úlceras como resultado de las alteraciones humorales. La causa del mal se encontraría en ocasiones en la dilatación de los vasos linfáticos (49). Otras, la menor velocidad de circulación de la linfa con respecto a la sangre, sería el motivo de una más pronta aparición de los tumores engendrados por el desarreglo de la primera (50).

De estas consideraciones acerca de la circulación humoral y sanguíneo-linfática al tratamiento evacuatorio, vulgarmente conocido como sangría, hay sólo un paso. Esta práctica, frecuentemente usada desde la Antigüedad (Galeno, por encima del propio Hipócrates, fue uno de sus promotores más conspicuos), responde en gran parte a la consideración de que el flujo humoral sanguíneo perturbado, debe ser ayudado para su salida al exterior. Ello forma parte de una creencia de tipo organicista, todavía particularmente viva entre los cirujanos del Real Colegio, por la que se piensa en la existencia de un orden fisiológico natural, que por circunstancias extrañas (¿azar?, ¿voluntad divina?) puede sufrir transformaciones desestabilizadoras, que el facultativo con su arte deberá atajar dando salida al elemento corrompido, y restableciendo asimismo el orden primitivamente existente. Será raro el tratamiento clínico dispensado por nuestros cirujanos, en que no ocupe un lugar primordial la referida

práctica reordenadora. Pero veamos la variada utilización que de ella hacen éstos.

Arricruz señala explícitamente, en uno de sus casos prácticos, las dos virtudes fundamentales de la sangría: «facilitar la resolución de los líquidos dispuestos a detenerse (entre ellos estarán los «humores»), y evitar los accesos consecutivos» (51). Sin embargo, la praxis diaria de nuestros cirujanos usa de ella en las más variopintas ocasiones y, no pocas veces, en casos inverosímiles a nuestros ojos (como cuando se trata de pacientes que sufren hemorragias). Juan Jiménez Lozano realiza ligeras evacuaciones de sangre, al objeto de reducir una hernia cerebral y precaver la inflamación (1750). Gaspar de Pellicer actúa de la misma manera con dos enfermas diferentes: en una, para disminuir la tumefacción del rostro (1752); en otra, para evitar un nuevo aborto, a la que ya había tenido tres sucesivos (52). Juan Benito Reynó sangra en el puerto de El Morro a un grumete del navío «La Reina», llegado a sus manos «falto de el calor natural», tras haber caído sobre unas peñas (1762). Los ejemplos obviamente podrían multiplicarse, aunque lo que parece desprenderse de casi todos ellos es, que existe una estrecha correlación entre evacuación de sangre y pulso, correspondiendo un mayor número de sangrías cuando éste permanece elevado («duro») durante más tiempo (53).

Raros son, así pues, los pacientes que a lo largo del tratamiento no se ven sometidos a una o más sangrías, llegándose a efectuar a veces un alto número de ellas en poco tiempo. Tal ocurrió con un enfermo con dificultades en la deglución y respiración, atendido por José Salvarresa. Este cirujano ordenará se le apliquen al paciente «repetidas sangrías», dando como resultado haberse efectuado hasta siete en sólo los tres primeros días de tratamiento (54). Por su parte, la descripción encontrada en una memoria que se presenta dos años después de la fundación del Real Colegio, habla por sí sola. A los seis días de internamiento en el hospital, un enfermo mental (calificado de «emenio alcoso») fue «copiosamente evacuado de segundas vías por medio de dos sangrías revulsorias, dos de las

yugulares y una de la vena Susana» (55). ¿Qué relación podría existir para el cirujano en cuestión, y para otros que como él gustaban de aplicar dicho tratamiento en casos semejantes, entre cerebro y evacuación del «humor» sanguíneo? Lo curioso de la mayoría de estos ejemplos es que el enfermo lograba sanar. Obviamente la sangría no era el único tratamiento que se le daba, éste, por el contrario, formaba parte de un cuadro mucho más complejo del que por el momento prescindiremos. Por otro lado, siempre quedaba la posibilidad de que el diagnóstico fuese errado, y que en realidad el paciente sufriera una enfermedad distinta a la señalada en la observación clínica, pero ello no bastaba para invalidar el frecuente uso del tantas veces citado método evacuatorio.

Su aplicación sanadora no todas las veces era realizada indiscriminadamente. Vidal prevendrá al respecto indicando que «no debe ser regla general el sangrar siempre» (56). En la misma línea incidirán Sabater y Padilla, al aconsejar respectivamente, que se sangre viendo antes las condiciones del sujeto, y siempre que las fuerzas de éste lleguen a permitirlo (57). Pero tan sensatos avisos no siempre serán escrupulosamente cumplidos, como la práctica venía encargándose de demostrar.

A veces, la presencia de la sangría venía acompañada de ciertas pautas mágicas, que nos recuerdan la incidencia de la tradición vitalista en la mentalidad y la práctica diaria de nuestros cirujanos. 1753, Hospital del Real Colegio de Cirugía de Cádiz, Gaspar Pellicer manda, de acuerdo con Virgili, que la paciente con tendencia abortiva ya citada, «sea sangrada del brazo una vez todos los menguantes de la luna hasta el séptimo mes inclusive» (58). Como antaño, Astrología y Medicina eran puestas en relación. Pero casos como el presente resultaban excepcionales.

Más corriente era la vinculación que se establecía entre la enfermedad en cuestión y el punto del cuerpo en donde se aplicaba la sangría correspondiente. Tal vez algunos de los manuales escritos por nuestros propios cirujanos puedan llegar a aclararnos el motivo. De momento sabemos que la mayor parte de las referidas operacio-

nes tenían lugar en las extremidades superiores e inferiores, aunque no por ello quedaban eximidos otros lugares. En 1790, por ejemplo, presentarán a un albañil, que ha perdido el sentido y sufre fractura de costillas como consecuencia de una caída, ante el cirujano Juan de Vera. Este mandará se le sangre en el brazo en la primera cura y en el pie poco después, al comprobar «dureza en el pulso» (59). Anteriormente (1750) se había dado otro caso en que el enfermo había caído de una mula, hiriéndose en la cabeza, y arrojaba sangre por senos y oídos mientras permanecía sin conocimiento. Se le aplicaron varias sangrías por encargo de Virgili, de las que una tuvo lugar en el tobillo y otra en la yugular (60). Por su parte, en la observación que Rafael Prius manda el siguiente año al Real Colegio para que sea leída en junta, se hace constar la aplicación al paciente en cuestión —que sentía peso en el pecho, tosía secamente y arrojaba abundante sangre por la boca— de una sangría en el pie, al objeto de detener el flujo (61).

Aun cuando la evacuación de sangre fue un método usual entre los cirujanos de Cádiz por los años que venimos tratando, no por ello estuvo exenta de dudas y controversias acerca de los casos en que convenía realizarla. Estas se incrementarán a medida que nos aproximamos al siglo XIX, si bien nunca en todo el tiempo anterior se dejaría de sangrar. El año 1796, Miguel de Arricruz visitará a una enferma, embarazada de seis meses, que habiéndose caído, sufría dolor en el lugar del golpe y sangraba abundantemente por la vulva. El cirujano realizará varias evacuaciones de sangre (a veces dos en el día), a pesar de que la hemorragia iba poco a poco «in crescendo». Al final, y en vista del peligro que corría la enferma, se decide la extracción del feto (perecería a los tres días), logrando sanar plenamente la madre a los ocho de la intervención. Presentado el caso como observación clínica en la junta del Colegio de 20 de octubre del mismo año, Juan Manuel de Aréjula, a la sazón encargado de la censura, expondrá su opinión contraria a la sangría cuando exista pérdida moderada de sangre, así como su parecer favorable —en caso de que la hemorragia sea grande— a la pertinaz ex-

tracción de la placenta y el feto para no exponer la vida de la madre. Los demás maestros acompañarán la censura de Aréjula, expresando sus dictámenes particulares. Juan Vera ceñirá la aplicación de la sangría sólo para los casos en que exista «sofocación uterina». Por su lado, Ameller se referirá a la imposibilidad de que las hemorragias puedan ser evitadas estando aquélla presente y la placenta desprendida en parte. Más favorable, Padilla opina en cambio, que siempre que las fuerzas lo permitan, se ha de sangrar. Parcos al respecto, Sabater, Vidal y Terreros matizarán el uso de la práctica a semejanza de su compañero Vera, y alguno incluso prevendrá contra su utilización indiscriminadamente (62).

El problema quedaba así puesto de manifiesto: el entusiasmo por sangrar expresado por nuestros cirujanos en tantas ocasiones podía prestarse a abusos, y éstos sin duda debieron tener lugar en ocasiones. Por encima de todo, ¿cuándo era conveniente sangrar? La vieja práctica galénica resultaba cada vez más puesta en entredicho pero la misma inercia, sentido «mágico» o fe en sus virtualidades hizo que su abandono fuera un fruto tardío. Todavía en 1814 la Junta del Real Colegio defendía lo inofensivo de la misma. En dicha fecha se pregunta a su Vicedirector y catedráticos acerca del siguiente caso: «si de la sangría (aplicada a un adolescente) pudo resultar haber quedado (éste) manco de las manos». Las dudas se acumulaban y la Junta responde en su defensa expresando que «la causa (...) de cuanto ha padecido debe colocarse en la particular, y excesiva sensibilidad del sistema, a que dió (lugar) la imperfecta crisis de la fiebre intermitente, el acre humor del esquimosis, y la edad propia para incurrir en convulsiones» (63). Es decir, una respuesta de cariz organicista (Aristóteles, Galeno, Hipócrates) que niega a la sangría su complicidad.

NOTAS

- 1.- «*Tratado de las operaciones*», I, p. I.
- 2.- Ambos son utilizados por Pedro Marín y Carlos Francisco Ameller respectivamente.
- 3.- Nos referimos a la obra de Andrés Vesalio: «*De corporis humani fabrica libri septem*» (1543).
- 4.- B.F.M.C.: SS.CC., Francisco Canivell, 1771.
- 5.- B.F.M.C.: O. y C.M., Antonio Candau, 1750.
- 6.- B.F.M.C.: O. y C.M., 1761.
- 7.- «*Tratado de las operaciones*», I, pp. IV-V.
- 8.- «*Elementos de Geometría*», p. 89.
- 9.- Kearney, Hugh: «*Orígenes de la ciencia moderna. 1500-1700*». Madrid, 1970, p. 68.
- 10.- «*Elementos de Geometría*», p. 89.
- 11.- Ibidem, pp. 149-150.
- 12.- B.F.M.C.: Libro de Actas, 22 de marzo de 1794.
- 13.- B.F.M.C.: 1761.
- 14.- Laín Entralgo, Pedro: «*Historia de la medicina*», pp. 275-276.
- 15.- B.F.M.C.: SS.CC., 1791.
- 16.- «*El instructor anatómico o modo de preparar y conservar las partes del cuerpo humano y de los irracionales por medio de la inyección, corrosión, maceración y distensión*, por D.—, Dr. en Medicina y Cirugía, y Catedrático de Física del Real Colegio de las expresadas Facultades». Cádiz, 1812, p. 8.
- 17.- «*Tratado de las operaciones*», I, pp. III y IV.
- 18.- Velasco, Diego y Villaverde, Francisco: «*Curso Theórico-Práctico*», Prólogo.
- 19.- Ibidem. Villaverde, Francisco: «*Tratado de las operaciones*», I, p. IV.
- 20.- Laín Entralgo, Pedro: op. cit., p. 276.
- 21.- Apéndice, p. 286.
- 22.- Villaverde, Francisco: «*Tratado de las operaciones*», I, p. IV.
- 23.- «*Elementos de Geometría*», pp. 89-90.
- 24.- «*Tratado de las operaciones*», I, p. IV.
- 25.- Velasco, D. y Villaverde, Fco.: «*Curso Theórico-Práctico*», Introducción.
- 26.- Kearney, Hugh: op. cit., pp. 80-81.
- 27.- «*Tratado de las operaciones*», II, pp. 5-6.
- 28.- B.F.M.C.: SS.CC., 1792.
- 29.- Las otras tres restantes son la flema o pituita, la bilis amarilla y la bilis negra o melancolía.

- 30.- B.F.M.C.: SS.CC., 1780.
- 31.- B.F.M.C.: O. y C.M., José Selvarresa, 1 (Selvarresa, 1765).
- 32.- Así, por ejemplo, Miguel de Arricruz (B.F.M.C.: SS.CC., 1790).
- 33.- B.F.M.C.: SS.CC., Antonio de España, 1780.
- 34.- B.F.M.C.: SS.CC., Francisco Gómez, 1787.
- 35.- B.F.M.C.: SS.CC., Juan Somoza (1765) y Miguel Arricruz (1791).
- 36.- En 1782 publicará Domingo Vidal un libro de título muy significativo («*Tratado Patológico Teórico y Práctico de los Tumores Humorales*»), que llegó a tener hasta cuatro ediciones.
- 37.- B.F.M.C.: O. y C.M., 1787.
- 38.- B.F.M.C.: SS.CC., 1787.
- 39.- Entre ellos cabe citar el ácido arsenioso, el arsenio blanco, el nitrato de plata, la llamada piedra infernal, el amoniaco puro, la cal viva, el ácido sulfúrico y el muriato y nítrico concentrados.
- 40.- Hurtado de Mendoza, Manuel: «*Vocabulario médico-quirúrgico o Diccionario de Medicina y Cirugía, que comprende la etimología y definición de todos los términos usados en estas dos ciencias por los autores antiguos y modernos por —*». Madrid, 1840, voz «Humor».
- 41.- Vidal, Domingo: «*Patología teórica-práctica de los tumores humorales, arreglado para instrucción del Real Colegio de Cirugía de Barcelona: por el Licenciado D.—, primer Ayudante Consultor de los Ejércitos de S.M. y Catedrático de dicho Colegio*». Madrid, 1782 (?), vol. I, p. 55.
- 42.- B.F.M.C.: SS.CC., Carlos Francisco Ameller, 1796.
- 43.- B.F.M.C.: «*Observaciones que prueban la dilatibilidad de que es capaz el Canal de la Uretra y de los métodos que se han puesto en práctica para la extracción de concreciones pedrosas, atascadas en la uretra de uno y otro sexo*». Cádiz, 1756, p. 21.
- 44.- Vidal, Domingo: op. cit., p. 55.
- 45.- Ibidem.
- 46.- B.F.M.C.: SS.CC., 1769.
- 47.- B.F.M.C.: SS.CC., 1769.
- 48.- B.F.M.C.: SS.CC., 1787.
- 49.- B.F.M.C.: O. y C.M., José Sabater, 1788.
- 50.- Vidal, Domingo: op. cit., p. 55.
- 51.- B.F.M.C.: SS.CC., 1791.
- 52.- B.F.M.C.: O. y C.M., 1753.
- 53.- B.F.M.C.: O. y C.M., Francisco Villaverde, 1769; SS.CC., Juan Vera, 1787 y 1790; SS.CC., Manuel de Padilla, 1796; ...
- 54.- B.F.M.C.: O. y C.M., 1757.
- 55.- B.F.M.C.: O. y C.M., 1750.
- 56.- B.F.M.C.: SS.CC., 1796.
- 57.- B.F.M.C.: SS.CC., 1796.
- 58.- B.F.M.C.: O. y C.M., 1753.
- 59.- B.F.M.C.: SS.CC., 1790.
- 60.- B.F.M.C.: O. y C.M., 1750.
- 61.- B.F.M.C.: O. y C.M., 1751.
- 62.- B.F.M.C.: SS.CC., Miguel de Arricruz, 1796.
- 63.- B.F.M.C.: O. y C.M., 1814, pp. 393-398.

CAPÍTULO IV

ENFERMEDAD Y NATURALEZA. LA SESIÓN CLÍNICA. FÁRMACOS Y DIETAS

En ninguno de los textos consultados aparece claramente expuesto el concepto que de **la enfermedad** tenían los cirujanos del Real Colegio de Cádiz. Y ello a pesar de la importancia que esto tiene para acercarnos mejor a su pensamiento. Ocurre, como en otras tantas ocasiones, que su laconismo informativo en todo lo que exceda a la pura actividad médica, impide cualquier método de conocimiento que no sea el de una aproximación al tema de forma indirecta, o lo que es igual, a través de deducciones derivadas de las posturas que ellos tomaron ante los casos patológicos presentados.

Carlos Francisco Ameller, en su Discurso inaugural de 1790, se encargará de recordar ante los congregados el sentido bíblico de la enfermedad, consecuencia directa –según él– del estado de gracia que el hombre perdió en el Paraíso por el pecado de nuestros primeros padres (1). Sin embargo, la referencia de Ameller venía motivada por las imposiciones oratorias del acto social de que se trataba. En sus actividades diarias, los restantes cirujanos del centro no tenían necesidad de aludir a algo tan elemental para ellos, puesto que formaba parte de su formación religiosa; por el contrario, su esfuerzo se volcará sobre la derrota de la enfermedad, en general y particular, propiamente dicha. Ahora bien, toda actividad concreta –como ya nos hemos encargado de señalar en páginas anteriores–

respondía a creencias y conceptos mucho más amplios, susceptibles de dar coherencia e interpretación a lo específicamente empírico. En este sentido, y salvo casos patológicos que obedeciesen con nitidez a causas externas (heridas de diversos tipos, fracturas, intoxicaciones, etc.), normalmente los más frecuentes entre nuestros cirujanos, el resto (enfermedades más o menos ocultas) obedecerían para ellos a desequilibrios o desajustes del organismo humano y, por lo tanto, a motivaciones intrínsecas al propio paciente en sí. Ya vimos a este respecto el papel que jugaban aquí los humores, así como los trastornos que un desarreglo de los mismos podía llevar aparejados. Resulta significativo que los cirujanos del Real Colegio utilicen continuamente el vocablo «vicio» para aplicarlo a un buen número de enfermedades por ellos atendidas. Según eso, existiría una tendencia morbosa innata en el cuerpo humano, capaz de cristalizar en el momento más insospechado. Domingo Vidal, conocido por su utilización de fuentes vitalistas, se referirá a la «morbosa irritabilidad de la paciente» y a «su constitución irritable» en sendas ocasiones (2). Es decir, que todo organismo humano, por el hecho de serlo, lleva en sí implícita una tendencia a enfermar, que culmina radicalmente en el momento de la muerte del sujeto. De ahí que resulte fundamental para nuestros cirujanos, antes de cualquier tratamiento o intervención con fines curativos, saber el punto o estado en que se encuentra el organismo del paciente, dentro del proceso que conduce hacia su ineludible descomposición morbosa (3).

Pero esta idea de cuño organicista-vitalista no impedirá la presencia, más extendida entre los cirujanos del Real Colegio, de esfuerzos de raciocinio por distinguir entre las distintas enfermedades y clasificarlas. Tal es el objetivo perseguido por el veterano Villaverde en su comunicación de 1764 sobre los tumores, según expresión propia (4). Así lo hace constar, acompañando a Velasco, en la Introducción de su obra común:

«Hemos puesto de nuestra parte cuanto nos ha sido posible para ser metódicos, colocando cada cosa en el lugar que le corresponde (...) Por eso comenzamos por la definición de cada

enfermedad: damos sus diferencias, explicamos su naturaleza y causas productivas...» (5).

La distinción primera que era preciso afrontar estribaba en saber cuándo se trataba de una enfermedad total y cuándo era ésta parcial. Esto no siempre fue fácil, como se puso de manifiesto a la hora de tratar las llamadas «enfermedades ocultas» (6). Venía a demostrarse así, que el problema de la causa próxima de la enfermedad y del concepto que de la misma se tenía, seguía siendo una cuestión pendiente y nunca plenamente aclarada. Y ello a pesar de la propuesta de Sabater para que se conociera la causa del mal antes de emprender su curación (7). La pregunta había sido marginada: ¿era el morbo específico el causante del desequilibrio general del cuerpo o viceversa?

Otra de las cuestiones, tan fundamental como problemática, que nuestros cirujanos se plantearon corrientemente, es la que se refiere a las relaciones entre **la Naturaleza** y la enfermedad. Su postura en este tema fue siempre de admiración y reconocimiento hacia el poder y la sabiduría terapéutica demostrada por la primera. Para Nueve Iglesias, la Naturaleza suministra a tal efecto «innumerales recursos» (8). Porque ella –soslayará Canivell– los sitúa todos de su parte para su conservación (9). Atributo que pone de manifiesto la existencia de defensas naturales en el seno de la propia Naturaleza –valga la redundancia– destinadas a su sostenimiento y perpetuación propios. Sabater insiste en la misma idea, al expresar que «la naturaleza (...) siempre trabaja a su conservación, (y por ello) busca y suele hallar caminos (...), que expeliendo el humor morbífico, liberta su destrucción» (10).

Sin embargo, la experiencia personal y colectiva les había enseñado a no idealizar demasiado las cosas: si bien existían esos poderes y tendencias consustanciales a la Naturaleza, ésta a veces producía «bizarrías, y aun extravagancias», o cuanto menos, «peregrinas variaciones». En este orden de cosas, y a pesar de sus años como cirujano, Villaverde todavía se admiraba de los nuevos fenó-

menos que aquélla le hacía descubrir, día a día, en el ejercicio de su labor (11).

¿Cuál debería ser la actitud del cirujano, obligado por su profesión a combatir el mal, ante una Naturaleza a la que –según acabamos de ver– reconocía y admiraba? Ciertamente, la de prudencia. Arricruz habla de ayudarla (12). Y en otro momento señala (de nuevo la fe en el valor terapéutico y benéfico de la Naturaleza) que para esto se recurra a «simples medios», dado que ello bastará para una curación completa (13). Sabater respalda la misma creencia (14), y en distinto lugar exhorta a la humildad y honradez de los cirujanos. Que «no se lisonjen y atribuyan –les pide– la curación de ellas (de las enfermedades crónicas), a sus buenos y eficaces remedios, siendo sólo efecto y obra de la naturaleza»; de lo contrario, «dejarían que el vulgo ignorante crea en curaciones milagrosas, atribuyéndoselas a los últimos remedios (por ellos aplicados)» (15). Muchos de los poderes terapéuticos de la Naturaleza permanecen ocultos aún para el profesional de la medicina. Por ello Sabater recomienda que, «por desesperado que parezca el caso, nunca el Facultativo deberá si puede abandonarlo» (16). Un cirujano anónimo, llevado de la misma fe, reconfortará y animará a los parientes del paciente grave, haciéndoles ver que los poderes de la Naturaleza están sobre los humanos (17). ¿Piadosa caridad en un momento extremo, o fe resuelta en las potencialidades de la citada? No cabe duda de que, fuera del caso concreto de que se trata, hay toda una actitud reverente hacia esa palabra (Naturaleza) y lo que ella representa. Así, aunque su fidelidad a las necesidades secularizadoras e inmanentistas de la ciencia a la que pretenden servir les lleve a ocultarlo, es al Dios Todopoderoso, al Gran Ingeniero, al Sumo Arquitecto, a quien están ciertamente reconociendo y admirando. La Naturaleza puede obtener buenos frutos donde el médico-cirujano fracasa estrepitosamente (18).

Algunos cirujanos del Real Colegio llevarán a niveles más extremos estas creencias. Francisco Canivell será uno de ellos. Su postura en este aspecto es la de un organicista-vitalista puro (19). Aquí

la Naturaleza prevalece plenamente. Conviene –recomienda– que el arte de curar la observe, «para seguirla por donde ella se incline y tanto más cuanto que ella misma abre el camino para su curación» (20). Estamos ante un servidor nato de la Naturaleza y un humilde admirador de sus asombrosos misterios. Pero no es éste un caso aislado: Villaverde sigue los mismos derroteros. Tras indicar que «la Naturaleza halla a veces recursos no conocidos en la medicina» (21), señalará, como su compañero Canivell, que «los auxilios del arte (de curar) deben ser imitaciones de la naturaleza, cuyas operaciones debemos secundar» (22). Una vez más la actitud de sumisión. Con ella como «vademecum» se enfrenta a los problemas concretos. Por ejemplo, un parto. Villaverde abogará porque, a ser posible, primen en él los instrumentos naturales (tales las manos), sobre los artificiales (forceps, espátulas) (23).

La Naturaleza enseña y como tal es maestra: el buen cirujano deberá prepararse para no despreciar el conocimiento que le suministre. Miguel Ramonell, consciente de su primacía, recomendará la siguiente fórmula de equilibrio: ser cautos en favorecerla cuando lo necesita y dejarla obrar cuando sea robusta (24). Si el cirujano actúa, ha de hacerlo sabiendo que la Naturaleza «se acomoda y obedece con más prontitud a la acción de una medicación simple, que a la confusa mezcla del compuesto» (25). Esta última idea habrá de informar, como más adelante veremos, el tratamiento farmacológico aplicado por los hombres del Real Colegio.

En resumidas cuentas, la postura de éstos oscilará entre dos polos, más moderado el uno, más extremo el otro, pero siempre salvaguardando la primacía suprema para la Naturaleza; porque el facultativo, todo lo más que puede hacer, es simplemente ayudarla. Ahora bien, por debajo de esta actitud general, nuestros cirujanos diagnostican, tratan e intervienen en los numerosos casos que a lo largo de su carrera profesional se les presentan. No cabe pensar en una postura puramente contemplativa por parte de los mismos; tampoco los textos arriba recogidos apuntan a esto. Por el contrario, ellos se ocuparán de prescribir las normas y virtudes que, preci-

samente, deberán regir su actividad médica. Vamos a dar un repaso a algunas de las más importantes.

El cirujano no renuncia al papel esencial que le corresponde en la lucha contra el mal. «Debiendo, pues, dirigir las ocupaciones —expresará Arrinoz (¿Arricruz?)— a destruir radicalmente, y cuando no se pueda a lo menos paliar las dolencias a que el hombre está expuesto sin cesar» (26). Esta posición eminentemente activa, va unida a otras de constancia en la búsqueda, que ha de hacer posible el avance de la ciencia médica. Sigue así Arrinoz: «es inevitable el que sigamos la marcha de una enfermedad, aún cuando tuviésemos remotas esperanzas de conseguir la curación» (27). Sabater, el hombre consciente de los poderes terapéuticos de la Naturaleza, incita a los médicos y cirujanos a «indagar y averiguar el origen de las enfermedades, para poder emprender con acierto su curación» (28). El reconocimiento no impide la acción: el facultativo debe siempre colaborar; de lo contrario, ciertamente, la profesión médica no tendría ningún sentido. En esta tarea, Juan Manuel Aréjula recomienda al cirujano que utilice todos los medios a su alcance en la lucha contra el mal, sin «omitir cosa alguna» que contribuya a vencerle (29). En el fondo se piensa, que es mejor asumir los riesgos que la actuación lleve consigo, a sufrir los que sobrevendrían (posibilidad de muerte) de mantenerse el facultativo inactivo. Y ello nace de una cierta confianza en el cirujano como tal, así como en los avances científicos por él asimilados. «Debemos siempre conservar en nosotros mismos algunas esperanzas —confiesa Bernardo de Beau a sus compañeros— aun en los casos que tampoco prometen» (30).

Mas para que dicha confianza no sea infundada, el cirujano deberá actuar con prontitud y oportunidad, puesto que cualquier retraso en este sentido, pudiera ser nefasto para el enfermo. El hecho es evidente en cualquier tipo de mal, pero especialmente en los casos que exijan trepanación y en la atención a los partos. En estos últimos sugiere Arricruz que se actúe con decisión en el momento preciso (31). En 1764, ante Francisco Villaverde, se presenta un marinerero herido en la cabeza durante una disputa; le aplica la trepana-



Busto del fundador Pedro Virgili (entrada principal de la actual Facultad de Medicina de Cádiz - Foto del autor.

ción y se salva. Su reflexión es obvia: «esta observación prueba incontestablemente cuanto importa el andar vigilantes y aprovecharse de los momentos sin contemporizar demasiado, para sacar fruto de nuestras operaciones; pues si en este caso nos hubiésemos retardado, nos hubiéramos hallado con el enfermo muerto» (32). Y era Villaverde –ya lo vimos en su momento– quien hablaba de secundar e imitar a la naturaleza. Pero volveremos a ocuparnos con mayor amplitud del tema en un próximo capítulo.

Por último, cautela; mucha cautela. La Naturaleza –recordemos– tiene muchos disfraces y varía con frecuencia en sus manifestaciones. En su larga enumeración de las cualidades físico-morales que deben acompañar al cirujano, Villaverde recoge una (se «pronostique con circunspección»), que luego irá siendo sucesivamente remachada por otros cirujanos (33). Arricruz llama la atención de su auditorio para que no se deje seducir «de sutiles apariencias de la parte afecta», y les pide que «aseguren su pronóstico desde los principios» (34). Cinco años después su actitud no había cambiado: insiste, basándose en Hipócrates, en que las apariencias no bastan para formar el pronóstico, resaltando la importancia de los «remedios generales» en un primer momento de atención al enfermo (35). El juicio médico definitivo debe reservarse hasta tener plena seguridad del mismo. Así lo aconseja Antonio de España:

«Concluyo pues –nos dice– que aun en aquellos casos que a primera vista se presentan con sencillez, están sujetos a complicaciones que les hacen variar su natural, y que por lo tanto el profesor debe reservar cautelosamente el juicio que forme, porque sus expresiones vertidas incautamente les serán el más poderoso argumento contra su proceder, reputación y contra la misma Facultad» (36).

Con frecuencia las enfermedades aparentemente más simples, resultan a la postre las más graves. Las experiencias acumuladas por los cirujanos del Real Colegio se lo habían hecho comprobar muchas veces. Basado en ellas, Ramonell aconseja: «no mirar con indiferencia los primeros síntomas de una enfermedad aunque re-

mitan pròntamente, pues pueden esconder algùn vicio de más importancia» (37). En unas ocasiones la cautela médica se manifestará de manera que se anuncie ya con nitidez una medicina de tipo preventivo, como medio eficaz de evitar complicaciones (38). En otras, será dicha virtud la que anime al cirujano, en caso de gravedad de su paciente, a no esperar a que la muerte pueda sorprender a éste sin los necesarios auxilios cristianos (39). Precisamente por omisión de ellos, será censurado Miguel Ramonell por sus compañeros, que respecto del tratamiento aplicado, están, sin embargo, de acuerdo con él (40).

En el fondo de todo late un reconocimiento expreso a una ciencia que, como la médico-quirúrgica, se sabía aún germinal y con enormes posibilidades de desarrollo. Se parte, pues, del carácter progresivo y abierto de la Ciencia en general, así como de las Artes que habitualmente la acompañan. Sólo la aplicación continuada de unos y otros al estudio de las diversas causas que producen las enfermedades, a la búsqueda del remedio más adecuado para las mismas y al perfeccionamiento de las ya existentes, harán posible –según Arricruz– la evolución de la Medicina y la Cirugía (41). Entretanto, nuestros cirujanos son conscientes de lo «difícil (que) es en el Arte de Curar el caracterizar las enfermedades, porque en la mayor parte ignoramos sus primitivas causas, y por lo tanto es difícil de hacer un recto juicio de ellas» (42). Así, el diagnóstico deberá ser con frecuencia provisional (43). Será preciso por el momento fomentar el estudio y la investigación en las distintas especialidades. En Fisiología, Nájera echa en falta el que aún no se hubiera descubierto el conducto que une el hígado al intestino, porque este conocimiento podría explicar la enfermedad de uno de sus pacientes (44). Por su parte, Antonio Rance nota lo mismo en lo que se refiere a los aspectos psicológicos de la medicina, y recomienda al facultativo que estudie «con toda prolijidad las pasiones de ánimo y los efectos que son capaces de producir», a pesar de las dificultades a ello inherentes (45). Para avanzar es necesario ser antes consciente de que existe terreno para poder hacerlo, y a este respecto, podemos expresar, que en este nivel se situaban nuestros cirujanos.

El centro en torno al cual girará la acción de este cirujano gaditano, que se quiere decidido y cauto al mismo tiempo en la lucha contra la enfermedad, es, sin lugar a dudas, **la sesión clínica**. Es en ella donde se van a poner en juego los conocimientos médicos adquiridos a lo largo de esas numerosas lecturas ya señaladas en capítulos anteriores, así como las experiencias habidas en los largos meses de navegación y hospital. Es aquí también donde se nos mostrará con todo su vigor una metodología depurada y moderna, que apunta hacia los mejores frutos del empirismo racionalizado, al que ya nos referimos como elemento esencial de la formación y la praxis médica de nuestros facultativos. Y todo esto resulta asombroso, si lo ponemos en relación, además, con lo que era habitual por este tiempo en los centros universitarios españoles. Un repaso detenido a lo que estas sesiones clínicas, en el más amplio sentido sydenhamiano de la expresión, representaron, nos hará comprender y valorar mejor cuanto decimos.

Para comenzar la metodología. Comparemos entre sí las numerosas memorias que sobre sesiones clínicas han dejado los cirujanos del Real Colegio. De su escrutinio resultan dos partes bien diferenciadas. La primera —la sesión clínica propiamente dicha— se ocupa de los pasos dados por el cirujano en cuestión, desde que el individuo llega a sus manos, hasta su total recuperación o deceso. La segunda resulta ser una reflexión o interpretación personal de lo anterior, tras de la cual se llega a una serie de conclusiones. Por lo que hace a nuestro respecto, nos interesa fundamentalmente acometer el estudio de la primera parte, por cuanto es aquí donde encontraremos los aspectos metodológicos que nos interesan y la filosofía que los inspira, sin que por ello renunciemos a usar de las reflexiones médicas cuando sea preciso reforzar los distintos aspectos tratados.

Son seis los momentos que contempla la sesión clínica como tal: historial, reconocimiento, diagnóstico, tratamiento y observa-

ción, intervención quirúrgica y período postoperatorio (46). Todos ellos hijos de la mente sistemática con que Cassirer caracterizó a los hombres de la Ilustración.

Como primera medida, el *historial clínico*. A través de él se descubre la importancia que para nuestros cirujanos tenía el indagar en los orígenes de la enfermedad y el conocer las características biológicas del sujeto de que se tratase. Hay, pues, un intento biográfico, individualizador, claramente puesto de manifiesto, muy en consonancia con el espíritu surgido en los albores del Renacimiento (47). El contenido de dicho historial es bastante amplio. En él se recogen, de una parte, el nombre, sexo, edad y temperamento del paciente (este último según la tradicional clasificación hipocrática); de otra, el origen de la enfermedad presente y la posible existencia de otras contraídas en el pasado. ¿Para qué sirven al cirujano los datos biológicos recogidos? Porque ellos habrán de ser tenidos en cuenta a la hora de poner el tratamiento y, en su caso, de intervenir quirúrgicamente al enfermo. Pero de esto ya nos ocuparemos en su momento.

Para conocer el pasado médico del paciente, nuestros cirujanos se valdrán con frecuencia del interrogatorio o test. Tal es el caso de Bernardo de Beau ante una enferma de cuarenta años, atendida por él en 1766 (48). O de Manuel de Padilla, que interroga a otra «sobre su vida pasada, y modo de vivir» antes de establecer el diagnóstico (49). En su parquedad, los hombres de Cádiz no nos han dejado texto alguno del contenido de sus interrogatorios. Ignoramos incluso, aunque sea poco probable, si existía algún modelo o modelos para los mismos. Hay, sin embargo, una excepción: la de Pedro Marín, de quien no sabemos los lazos que le unían con el Real Colegio, aunque nos conste su vinculación al mismo (50). Atiende el caso de una niña recién nacida deforme (con los brazos atrofiados). Picado por la curiosidad de conocer el origen del mal y sacar conclusiones, dirige a la madre de la criatura un formulario de nueve preguntas. El interés de las mismas nos induce a su transcripción, al igual que a la de sus respuestas respectivas.

«Primera: si había echado alguna maldición, a la que respondió, que no.

Segunda: si había tenido algún sueño funesto en el tiempo de su preñez. Respuesta, que no.

Tercera: si al tiempo de concebir pensaba en algo extraño. Respuesta, que no.

Cuarta: si había usado del acto inverso con su marido. Respuesta, que éste lo usaba frecuentemente por razón de que su marido la violentaba siempre para ello.

Quinta: si en su generación había conocido, u oído decir a sus padres o abuelos, si había habido alguno con esta u otra imperfección. Respuesta, que no.

Sexta: si era el primer hijo que tenía, y si había tenido otros y perfectos. Respuesta, que esta niña era el cuarto hijo que tenía y que los otros habían nacido perfectos.

Séptima: si en el tiempo de su preñez había tenido, golpe, caída o susto. Respuesta, que a los cinco meses por un disgusto que tuvo con su marido, éste le había dado unos golpes de cuya resulta se llegó a tinturarle de sangre, y con algunos dolores de vientre pero que a los tres días se halló aliviada de todo, y no volvió a tener ni dolor, ni repetición de sangre.

Octava: si el parto fue normal de siete meses o de nueve. Respuesta, que había sido a los nueve meses cumplidos.

Nona: si el parto fue natural, o contranatural. Respuesta, que había parido con felicidad, siendo el parto de cabeza» (51).

Curiosa encuesta, salpicada de creencias mágicas (a lo cual se prestaban los temas relacionados con los nacimientos), pero enormemente actual en cuanto al valor médico que el cirujano le confiere. La ordenación de las preguntas y respuestas, así como la claridad y concisión con que nos han sido transmitidas, recuerdan la posibilidad de una práctica de archivo o de contabilización de casos. Pero, ¿fue éste un hábito común entre los cirujanos del Real Colegio, o se trata por el contrario de un ejemplo aislado, en vísperas de un uso cada vez más frecuente del mismo?

Después del historial médico —manuscrito o no—, el cirujano pasaba a realizar un reconocimiento general, lo más completo posible, del enfermo que se ponía en sus manos. Importaba sobre todo conocer el grado de debilidad en que éste se encontrara. Dicha acción iba seguida de otro examen particular de la parte afectada, al objeto de poder comprobar su estado. Con frecuencia esto era de por sí una tarea arriesgada. José de Nájera, ante un caso de fractura del parietal izquierdo, habrá de separar los tegumentos y el pericraqueo, así como extraer las piezas sueltas allí existentes (52). A continuación se solía describir lo observado. Las memorias se hallan a veces pletóricas de detalles al respecto. Un sólo ejemplo: el de Francisco Canivell en la que presentó, en junta el año 1766, acerca de un enfermo que padecía de calenturas (53).

A la vista de los síntomas puestos de manifiesto, llegaba la hora de hacer *diagnóstico*. Pero la cautela aconseja a veces establecer un compás de espera, con frecuencia bastante largo, antes de formularlo. Bernardo Beau, después de hacer el historial de su enfermo y someterlo al correspondiente interrogatorio y examen, sospecha el mal que le aflige, pero prefiere reservarse el diagnóstico, a la espera de «confirmarlo en el venidero paroxismo». Entretanto aplicará un tratamiento moderado («digerir y atenuar»), al objeto de debilitar el morbo (54). Lógicamente, esta demora sería tanto menos necesaria, cuanto más abiertamente se presentase la causa de la enfermedad (heridas, fracturas, etc.) a los ojos del diestro cirujano.

A veces, el problema del diagnóstico estribaba, fundamentalmente, en saber si el mal era de tipo local, o por el contrario procedía de un «vicio general» del organismo afectado.

En la formulación del diagnóstico tenía una gran importancia, no sólo la experiencia adquirida, sino también la capacidad intuitiva del facultativo. Así lo comprendió el Real Colegio cuando, por boca de uno de sus profesores, pedía al cirujano «vista perspicaz para registrar el semblante del enfermo y las cosas diminutas que se ocultan en los senos» (55). La buena memoria constituía también un elemento esencial, y de su uso a tiempo dependió más de un acertado

diagnóstico. Por asociación con otro caso anteriormente visto, semejante al que se le presentaba al cirujano en la actualidad, se podía colegir de qué enfermedad se trataba (56).

El siguiente paso se refería al *tratamiento* propiamente dicho. Su aplicación –recordemos– no sólo estaba en función de la enfermedad padecida, sino también de la constitución, sexo, edad y estado global del individuo. ¿Cuáles serían las directrices a través de las que debería ser orientado? Antonio de España responde señalando la importancia de que en el tratamiento se sigan el juicio, «las prudentes reflexiones» y «los sólidos preceptos generales del Arte Quirúrgico» (57). Sin embargo, la discusión sobre la elección de uno u otro método impregnó con frecuencia las juntas que celebraban nuestros cirujanos. El afán investigador de los mismos ofrecerá aquí uno de sus frutos más importantes.

Viendo Antonio Terrero que el tratamiento, normalmente utilizado para combatir las heridas en las raíces de las uñas, no solía dar resultado, ensayará otro del que obtendrá óptimos efectos (utilizando el caústico). La censura, a cargo de Ameller, expondrá los logros obtenidos por el método tradicional (extracción de la uña), y quitará su carácter de novedoso al aplicado por Terrero; Vidal, en cambio, preferirá referirse en su dictamen a la estrecha vinculación existente entre lo realizado por el ponente y «la mejor práctica» (58).

Otras veces, lo que se ponía de manifiesto eran las distintas preferencias de los cirujanos en cuanto a autoridades se refiere. Rememoremos al efecto el debate que discurrió entre Vidal y Boullosa en torno al mejor tratamiento que debía ser aplicado en las úlceras de piernas (59). De nuevo el recuerdo de casos semejantes al tratado, llevaba con frecuencia al cirujano en cuestión a aplicar un método ya anteriormente utilizado por él mismo o por otro facultativo. Pero dicha inspiración, al socaire del proceso seguido por la enfermedad, resolvía satisfactoriamente no pocos casos que, desde el comienzo venían resultando incorregibles. Así, ya en pleno tratamiento, Bernardo Beau se acuerda del método que él mismo utilizó antes en una enfermedad parecida a la que le ocupaba en esos momentos, al

igual que de los resultados positivos obtenidos con aquél en unión de algunos de sus compañeros. Ello le llevará a modificar sobre la marcha la práctica hasta entonces seguida (60).

Mas el largo período que iba desde el comienzo de las atenciones al enfermo hasta su curación, venía estando salpicado por la *observación* constante de los cirujanos del Real Colegio. En efecto, prácticamente casi todas sus sesiones clínicas presentan la descripción, y ello a pesar del tiempo transcurrido entre el trabajo médico propiamente dicho y la lectura de la memoria del mismo, de todos los pasos seguidos por la enfermedad, y del tratamiento aplicado al paciente en cada momento de su evolución. Otros cirujanos más cuidadosos, o tal vez con mayor memoria, indicarán incluso lo acontecido día a día, pero éstos serán los menos (61).

Las horas adquieren también su importancia, si bien apenas tienen cabida en las relaciones de nuestros facultativos. El tiempo transcurrido desde la curación del sujeto en particular, hasta la lectura en junta de la memoria correspondiente, impedirá que lo que no fue anotado en su momento (el discurrir de la enfermedad hora a hora), pueda serlo después. Pero no por eso dejarán de utilizarse periodizaciones, que si bien son más ambiguas («por la noche», «a la mañana siguiente», «por la tarde»), no por ello resultan menos indicativas del afán científico de precisión y del espíritu metódico que nuestro cirujanos demuestran en todo lo que realizan, y muy especialmente en lo que se refiere al tratamiento aplicado. Los ejemplos serían prolijos, pero si el lector desea conocer alguna observación tipo, puede remitirse a una de Francisco Villaverde, correspondiente al año 1769, en donde se anota prácticamente, día a día, el tratamiento seguido en una enfermedad que duró la friolera de tres meses.

Tras del tratamiento y la observación continuada del proceso mórbico, el siguiente paso a dar era —si es que el mal así lo requería— el de la *intervención quirúrgica*, o lo que es igual, el que se refiere a la actividad por excelencia del cirujano. Era esta un admirable entramado de teoría y práctica combinadas, sobre cuya base se es-

taba edificando precisamente la revolución científica moderna (62). El cirujano no sólo debía conocer los principios anatómico-fisiológicos que gobiernan la vida, sino adiestrar sus cinco sentidos al objeto de obtener los mejores resultados de la manipulación que realizara del organismo enfermo. Esto último, es decir la actividad manual propiamente dicha sobre el cuerpo dañado, será justo lo que dé especificidad a su profesión. Villaverde señala la importancia que para el cirujano tiene el poseer una «vista perspicaz», finura en los demás sentidos (oído, gusto, olfato y tacto), y carácter «ambidextro y nada trémulo, para ayudarse con una y otra mano» (63). Con estas facultades a punto, la materialización de la teoría por medio de las manos podría llegar a resultados mucho más positivos.

Las intervenciones realizadas por los hombres del Real Colegio son poco variadas, aunque esto no impide la extrema dificultad de una buena parte de ellas. La extirpación de tumores (algunos situados en lugares delicados), de quistes, fistulas (de ano fundamentalmente) y de ciertos órganos afectados; las trepanaciones; las extracciones de fetos dificultosos, de cálculos en la vejiga, de piezas desprendidas del hueso por fractura y de balas, al igual que las amputaciones (64), constituyen buena parte del abanico de operaciones realizado por nuestros cirujanos durante este primer medio siglo de existencia del centro. Las descripciones de las mismas son con frecuencia muy detalladas, y sirven para recomponer las etapas y acciones seguidas a lo largo de la sesión quirúrgica (65). Pero a dichas enfermedades habremos de hacer alusión más ampliamente en otro capítulo.

Al paciente y a sus parientes se les preparaba psicológicamente antes de iniciar la operación. Sabater lo expresa textualmente en el caso del niño José Antonio Paredes, tratado en 1790 (66). Canivell llega a más, exponiendo con claridad al enfermo su grave estado, y sugiriéndole hiciese las oportunas «diligencias espirituales» (67). La psicología, como instrumento de que se vale el médico en sus relaciones con el sujeto enfermo, empieza aquí a cobrar importancia y a usarse con relativa frecuencia.

El primer problema con que los cirujanos se encontraban habitualmente, estribaba en saber cuándo se debería intervenir quirúrgicamente al paciente. No pocas veces se habían obtenido curaciones sin necesidad de acudir a la operación, por medio del tratamiento exclusivamente, o por el simple efecto sanador de la Naturaleza. Tal había sucedido, por ejemplo, con algunos tumores, heridas en la cabeza o cálculos, que de manera habitual venían siendo tratados. Por otro lado, nuestros hombres eran plenamente conscientes de los riesgos que la intervención podía acarrear, por falta de medios o resistencia del propio sujeto. En este mismo sentido se reconocían también las insuficiencias y lagunas del saber de la época y de los medios puestos a su alcance. Nueve Iglesias expresará que «siempre los graves accidentes requieren grandes operaciones», y que, por lo tanto, el facultativo debería atender «no tanto a el adelantamiento que de un lado pueda esperar, cuanto a el riesgo que del otro puede temer, cuyo juicioso balanceo —añade— debe servirle en la elección de los medios más suaves o violentos» (68).

No obstante, era preciso asegurarse al máximo y tomar todo tipo de precauciones. Villaverde propone que, antes de decidirse a operar, se analicen «la edad, complexión, fuerzas y ánimo del paciente, para decidir si está apto para tolerar el dolor miedo y peligro de la operación»; se tenga preparado todo lo necesario para la primera cura, y se dé confianza, tranquilidad y ánimo al enfermo. Mas si aún con todo esto, el cirujano duda de intervenir porque el caso es grave y la curación dudosa, deberá consultar «primero con los cirujanos más sabios para asegurar el acierto», puesto que sólo de esta forma no se le podrá imputar a timidez o temeridad si el enfermo llegase a fallecer. El cirujano en cuestión deberá, en este caso, explicar todo lo relativo al mal de que se trate y al estado actual del paciente. A la vista de dicha información, se procederá a decidir mediante votación lo más conveniente» (69).

Sólo la experiencia cotidiana de los cirujanos del Real Colegio, y el continuo conocimiento de los avances científicos realizados en esta materia —implícita la debida difusión de ambos—, concurrirían a

disipar las tinieblas todavía existentes, abriendo al mismo tiempo nuevos horizontes. A tal fin nacen en este campo dos obras claves de nuestros cirujanos. En 1763 publica Villaverde en Cádiz su «Tratado de las operaciones de Cirugía» para uso de los alumnos del Colegio, y, en el mismo año, esta vez en compañía de Diego Velasco, sale a la luz con igual objetivo y en dicha ciudad el «Curso Theórico-Práctico de Operaciones de Cirugía. y en que se contienen los más célebres descubrimientos modernos...» Con ellas, la imprenta, al igual que sus propios autores, contribuía a explicar a las jóvenes generaciones de cirujanos, esta difícil culminación de la sesión clínica que era la intervención quirúrgica del paciente.

Después de esta fase que hemos referido, el *período postoperatorio* remitía al cirujano, no sólo a las curas sucesivas de la parte intervenida, sino también a observaciones y conocimientos fármaco-dietético-ambientales, semejantes a los que hubo de ensayar en el justo momento del tratamiento. De nuevo Villaverde recomendará «que el operado esté en parage sosegado, con buena ventilación, sin bullicio ni frecuencia de visitas», evitándole «pasiones de ánimo» y «alentándole con la esperanza de un pronto restablecimiento» (70). Toda una lección de organización hospitalaria y psicología médica, que sólo un maestro como Villaverde podía dar. El pronto restablecimiento de su cliente habría de ser, tanto para él como para sus compañeros de profesión, el más sugestivo premio que podía recompensar sus pacientes y razonables atenciones.

Pero el premio y la satisfacción no siempre llegaban hasta el cirujano para respaldar su saber y su pericia manual; por el contrario, todo el proceso terapéutico —a veces largo— podía desembocar en la muerte del sujeto. ¿Qué hacer entonces? ¿Desechar el cadáver y dar el caso por terminado, o utilizarlo como pertinaz plataforma para futuros posibles aciertos?. Obviamente, fue esto último lo más seguido por los hombres del Real Colegio. Mas su elección llevaba a su vez implícitas algunas actitudes que convendrá resaltar, por su virtual importancia para la comprensión de la postura científica por ellos adoptada.

La importancia que la autopsia tiene para el cirujano será puesta de manifiesto reiteradamente. Señalemos dos hitos temporales. Villaverde, en su tantas veces citado «Tratamiento de las operaciones» (1763), indicará la necesidad de que el facultativo «se ejercite en las operaciones sobre cadáveres» (71). Años después (1812), Antonio Rance insistirá también en el tema: «sola la inspección y trabajo en los cadáveres —dice— (es), la que puede demostrarnos las causas más ocultas de muchas enfermedades, cerciorados de que *nunca puede emplearse mejor un muerto que en la instrucción y beneficio de los vivos*». De ahí que sea «no sólo útil, sino necesario, buscar los medios de prolongar la vida en la muerte misma, acechándola y persiguiéndola hasta su mismo trono para descubrir sus designos y triunfar de ella con sus propias victorias» (72). Vencer a la muerte partiendo de ella misma. Atrás quedaban ya lustros de dificultades y problemas de toda índole a la hora de abrir un cadáver. El mismo Rance pone un sentido de la autopsia (buscar el origen de la muerte y, por tanto, de la enfermedad que la causa, hasta en sus más íntimos recovecos), que una vez más, los cirujanos del Real Colegio venían ratificando con su práctica habitual.

Nadie dará razón a Canivell del mal padecido por un enfermo grave que le bajan a consulta. Nuestro personaje le aplicará los primeros auxilios, pero el afectado morirá. «Como quiera que no tenía noticia *del modo como se había formado esta enfermedad* —escribe el catalán—, la curiosidad me movió a hacer la inspección del cadáver descrita con minuciosidad en todas sus cavidades». Deseo del autor era que los descubrimientos realizados con dicha autopsia fueran tenidos en cuenta en los casos semejantes que se presentasen (73). Estamos en esa fase todavía incipiente de la Edad Moderna en que la lesión anatómica comienza a ser fundamento importantísimo, no sólo del diagnóstico, sino también del propio saber clínico (74). Sydenham y sus seguidores del Setecientos habían recomendado la autopsia con el objeto de resolver « post mortem » el problema (diagnóstico), utilizando para otro caso la experiencia así obtenida (75). Es este el sentido que precisamente le van a dar nuestros ciru-

janos. Las conclusiones a las que, siguiendo el hilo inicial, llega Canivelltras la autopsia, son altamente significativas. Primero rectifica la idea universalmente admitida (No todas las inflamaciones del cuerpo terminan con supuración; el ejemplo de la médula) en base a su observación autópsica y a las del mismo género que han sido realizadas por otros facultativos (entre ellos, Bonet). Segundo: haciendo presente esta observación, «aunque imperfecta», se podría «en casos semejantes observar con cuidado las señales con que invaden semejantes inflamaciones, pues así conocidos los efectos de ellas (...) se pueda, sino cohibir sus funestos efectos, a lo menos formar un prudente, y juicioso Pronóstico» (76). Es decir, la experiencia sobre el cadáver como clave del pronóstico y, como no, del saber clínico.

Otra cosa será si el mal de que se trate resulta de por sí curable. La preocupación por la causa de la muerte y, por lo mismo, de la enfermedad en cuestión, está igualmente presente en Nueve Iglesias (1758), Beau (1766) y el anónimo autor de la observación sobre la muerte de un niño entre los dos y medio y los tres años (77). Precisamente este último caso demostrará que no siempre la disección iba acompañada de resultados positivos, por lo que la «causa mortis» seguía siendo desconocida en semejante caso.

Concluida ya la vista de las diferentes etapas consecutivas que comprendía la sesión clínica (desde la llegada del enfermo hasta su recuperación o muerte), que aquí acabamos de examinar, una cosa resalta con nitidez: el valor concedido por nuestros cirujanos a la experiencia y a los datos sensibles, como elementos científicos válidos para el conocimiento de la realidad. Lo hemos percibido desde los primeros momentos, a la hora de confeccionar el historial del paciente, de efectuar la observación y el diagnóstico (ambos manifestación evidente de ese «saber ver» tan querido del movimiento ilustrado), de aplicar el tratamiento, de intervenir quirúrgicamente, y ya como colofón, de descubrir el cadáver. Todo este empirismo que preside la práctica médica propiamente dicha, aun cuando ésta se vea inserta en el macrocosmos teórico de las creencias, da a los ci-

rujanos del Real Colegio de Cádiz ese sello indiscutible de proximidad a la época contemporánea que se capta con sólo acercarse a sus escritos. Curiosidad por saber, decisión y valoración positiva de lo que la Naturaleza les enseña a través de la actividad diaria, se entrelazan para ofrecernos este resultado. Luego, un análisis más detenido, corroborará lo que en su origen fue fruto de una mera intuición.



Hemos referido antes que los tratamientos aplicados dependían en último extremo del tipo de mal y de la evolución seguida por éste. De igual manera, los métodos, **las medicinas y las dietas** utilizados para atajarlo cumplían con la misma regla. Manipulaciones y fármacos, unidos o por separado, presentan un amplio abanico de variedades del que no siempre resulta fácil dar ordenada cuenta. La elección del tratamiento remitía generalmente al decidido naturalismo que hemos visto ya manifestarse en nuestros cirujanos. La praxis médica debería imitar a la Naturaleza, y, puesto que ésta «se acomoda y obedece con más prontitud a la acción de un medicamento simple, que a la confusa mezcla del compuesto», el cirujano debería también atenerse a idénticos principios (78). Por lo demás, y según proponía Aréjula, cualquier medio que condujera a la curación del sujeto, podría en principio ser empleado por el médico-cirujano (79).

Sobre estas bases se va a erigir la medicación del Real Colegio de Cirujanos de Cádiz y, más concretamente, su farmacología. La creencia de que la propia Naturaleza es pródiga en todo lo necesario para la curación del hombre es un aserto, que si bien no aparece expresado como tal en los manuscritos de nuestros personajes, se deducen del análisis de los numerosos y variados productos por

ellos usados. El facultativo debería llegar al descubrimiento de dicha Naturaleza, conocer sus propiedades y realizar correctamente los preparados a base de mezclas.

En primer lugar, las plantas. ¿Podría acaso encontrarse algo más próximo a lo natural? La farmacología del Real Colegio está estrechamente unida a ellas. Rara es la medicación aquí aplicada, en que no hagan su aparición en menores o mayores dosis y combinaciones. De la importancia concedida a ellas nos habla también la presencia del Jardín Botánico, instalado en el interior del centro, y que abrigaba un buen número de especies destinadas al estudio y uso de los cirujanos (80). Otro tanto cabe decir del interés concedido por Virgili a los conocimientos de Botánica en la formación de los alumnos, de la compra de libros y láminas relativos al tema y a otros de Historia Natural, y de la inserción en el plan de estudios de una asignatura con el significativo nombre de «Medicamentos y Botánica» (81). Aunque en los albores de la especialización, los cirujanos tenían que hacerse muchas veces sus propios preparados, máxime durante sus largas estancias en alta mar.

Las plantas solían presentarse en forma de tisana o jarabe (82). La escorzonera, el ajenjo, la hierba buena, los mirabolanos, la genciana, la salvia, la grama, el torongil, el estoraque, el escordio, la raíz de bardana, la flora de sabuco, la yedra, la gayuba, el trífolio fibrino y las hojas de nogal, envidia da cualquier naturalista actual, se encontraban entre las más usuales.

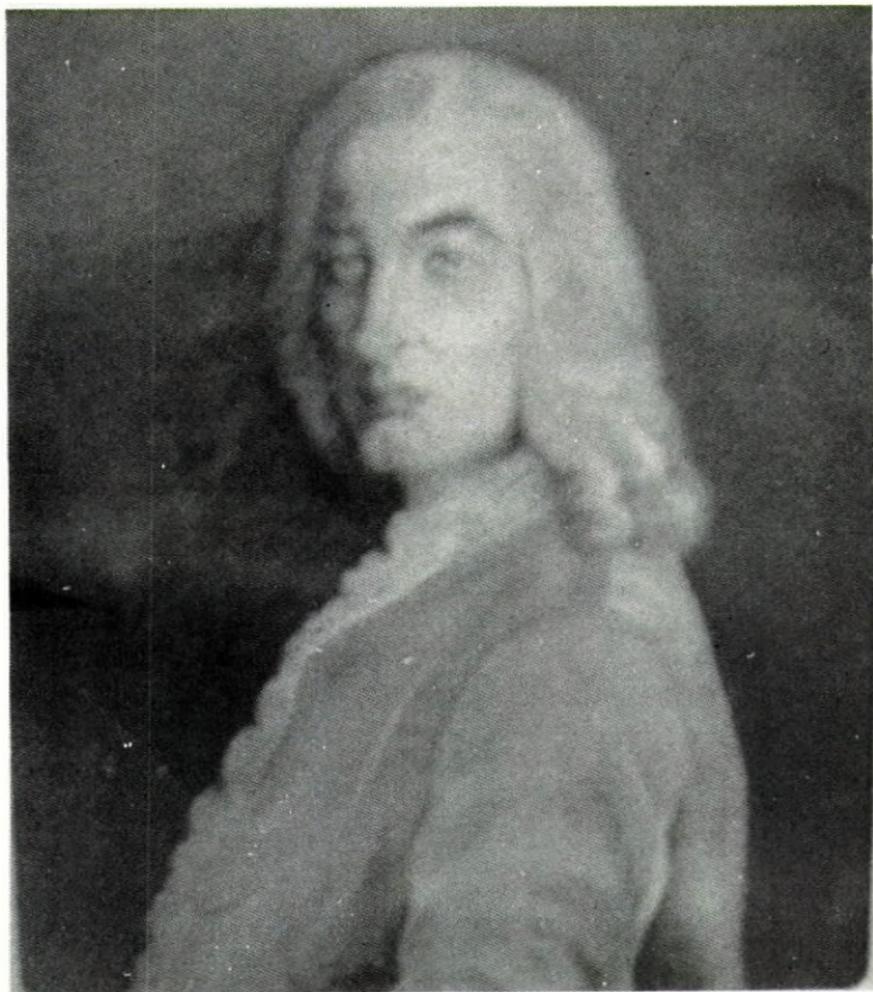
la presencia de los ámbitos indicados (Occidental y Oriental), de los que nuestros cirujanos estaban tan próximos (por el propio carácter de la ciudad de Cádiz y por sus habituales travesías personales), dejaron también una huella primordial en su farmacología. Buena prueba de esto son el sasafrás, la zarzaparrilla, la calaguala y la corteza del Perú, el quarango, la ipecacuana, la raíz de China, la quina y el opio, todos de presencia habitual en los tratamientos aplicados por ellos.

Los dos últimos productos aludidos estaban todavía en periodo de estudio en lo que respecta a sus posibilidades respectivas, al

igual que sucedía en otras zonas europeas por la misma época. Unidos ambos al tubérculo conocido como papas de Holanda (83), en la forma que se llamará opiata, serán utilizados como antiescorbútico (84). Por separado, la quina (85) resultaba frecuentemente aplicada en el Real Colegio para combatir la gangrena (86) y la caquexia (87), y asombra aún a los cirujanos este producto por sus poderes sobre la «tertiana intermitente», el sarro dental y las encías sangrantes (88). Por el contrario, el opio, además de su uso contra el escorbuto, se comienza a aplicar hacia 1774 en enfermedades venéreas, y «cuando haya conocida irritabilidad morbosa o una constitución irritable» (89). Sin embargo, ello no evitará todavía, a la altura de 1796, una sabrosa discusión acerca de su capacidad para sustituir el habitual mercurio en la curación de este último tipo de enfermedades (90). Son, en definitiva, fármacos en experimentación.

De otra parte, tanto la corteza del Perú y el quarango, como la ipecacuana, la raíz de China, la calaguala del Perú, el sasafrés y la zarzaparrilla, parecen encontrarse en una fase parecida. A la primera se refiere Sabater como al «más poderoso remedio antipútrido, balsámico y abstringente», preferible a cualquier otro (91). El segundo es aplicado en forma de píldora y polvos a un sujeto herido fuertemente en el parietal (92); mientras que la tercera es usada sola para combatir la diarrea (93) y, como vomitivo, en un caso de ictericia (94). Ella misma, unida a la antes dicha raíz de China y a otros medicamentos, sirve también de tratamiento a una mujer con tendencia abortiva (95). Así, pues, el espectro abarcado por estos exóticos medicamentos es lo suficientemente amplio, como para que podamos pensar en un período de tanteo, de ensayo, o mejor aún de farmacodinamia.

Tras de las plantas, los remedios caseros. Desde las simples cortezas de pan, la leche cocida, los vinos (generosos o aromáticos), el aguardiente, la miel, las cortezas de naranja; pasando por el jaraibe de corteza de cidra, el agua de canela, el agua de rábanos y el aceite de almendras. Todos ellos fruto de un tradicional saber popular, celosamente guardado por nuestros cirujanos.



Retrato al óleo de Juan Lacomba, Director del Hospital Real desde 1718 - Foto Pérez Mulet.

La huella dejada por los alquimistas en la farmacopea europea tampoco pasará desapercibida para ellos. Los minerales y metales forman un importante tercer grupo dentro del tratamiento global. Especial mención hay que hacer del mercurio, que en forma de unguentos, servirá para atajar las frecuentes enfermedades venéreas atendidas en Cádiz (96). Junto a él los derivados nitrados (agua nitrada, polvos salino-nitrosos, etc.), el vitriolo, las sales amoniacaes, el alumbre, el agua antimonial, los álcalis (favorecedores de la circulación), el agárico (utilizado en amputaciones para ligar los vasos) y las exotéricas sal de marte y piedra infernal.

Del mundo animal provenía el uso de las sandijuelas (97), la cochinilla y de las cantáridas, pequeños insectos del grupo de los coleópteros. Estos últimos vejigatorios «irritan las partes en que se aplican, extienden sus estímulos al todo, aumentar el tono y la acción de los sólidos, el calor y movimiento de los fluidos, los atenuan, derivan y evacuan por las úlceras que forman, favorecen la secreción y evacuación de la materia de la transpiración y orina y suelen renovar la enfermedad y diopática dejando libres las partes ofendidas por la matástasis» (98). No sería raro, así pues, su uso en los reumatismos inflamatorios agudos localizados y, a veces, también en los crónicos (99); así como en dolores producidos por histeria, sublusación, escorbuto, etc. (100). Para terminar, otros fármacos simples y compuestos, directamente relacionados con el mundo natural, intervenían igualmente en la prescripción facultativa. Entre ellos, el suero, el espíritu del vino alcanforado, el bálsamo de arceo (para las úlceras), el licor de asta de ciervo, el aceite de labéndula y los caústicos.

Todos estos medicamentos, utilizados por los cirujanos del Real Colegio como enemas, digestivos, balsámicos, eméticos, vulnerarios, cordiales o detersivos, individualmente —o lo que es más común— por medio de mezclas (101), constituyen toda una amplia gama de saber farmacológico, que habría de cristalizar en el «*Formularium Medico Chirurgicum*», publicado en Cádiz en 1752 (102), y en la «*Pharmacopea de la Armada*» de Leandro de Vega, aparecida

en la misma ciudad en 1760 (103). A ambas obras conviene remitirse a la hora de conocer las distintas aplicaciones que a todos estos productos se dieron. El facultativo debía saber, además de la existencia y propiedades de ellos –según antes expresamos–, su dosificación adecuada al tipo e intensidad de la enfermedad de que se tratase, así como a las características del sujeto receptor (104). A la finalidad terapéutica concurrían por lo tanto vegetales, minerales y animales, en un intento de racionalización semejante al que marcará el resto de la actividad de nuestros cirujanos.

Pero el tratamiento no sólo se componía de medicinas; la dieta alimenticia comienza ya a ocupar en él un puesto importante dentro del Real Colegio. A tal efecto, son numerosas las observaciones médicas que se ocupan del tema. La propia confianza que los hombres del centro gaditano pusieron en el poder terapéutico de la Naturaleza, les empujó a tener una mayor preocupación por lo que, como la alimentación, podía ser parte esencial de la curación del enfermo (105). Sin embargo, resulta difícil delimitar a veces cuándo se trataba de un fármaco propiamente dicho, y cuándo de un producto perteneciente a la dieta alimenticia: el carácter naturalista de las medicinas empleadas era el responsable de esta frecuente confusión. En el fondo, no obstante, ambos contribuían al mismo fin de sanar al paciente.

Dos son, a nuestro entender, las características más importantes que definen la dietética del Real Colegio. De una parte, la ausencia casi total de carnes y pescados; de otra, su precariedad y escaso surtido. Los productos más comunmente utilizados fueron los caldos (de pollo, vaca y carnero), las sopas, el pollo y –en los casos de enfermedades escorbúticas– las verduras. A ellos seguían la leche, sémola, miel, pichón, achicoria, calabaza, ensalada, horchata, vino y suero. Salvo excepciones, los alimentos carecían de la debida consistencia. ¿Por qué esa reiterada incomparecencia de las carnes y pescados en la dieta alimenticia de los enfermos? ¿Elevado coste de dichos productos? Resulta difícil explicar la ausencia de los segundos, tratándose de un puerto como Cádiz, en donde los frutos del

mar debían de ser fácilmente asequibles a no muy altos precios, y, además, bastante variados. ¿Inconveniencia de su uso como alimento para los afectados por el mal? Sí, en lo que se refiere a la «voracidad de los alimentos crasos» y al «largo uso de los licores inebriantes» cuando su ingestión vaya acompañada de una vida sedentaria. Gaspar de Pellicer —siguiendo a Hoffman— les pone entonces en estrecha relación con la aparición en el sujeto de «morbos frígidos», tumores, parálisis, sopor, aplopegía, etc. (106). Más concretamente, Miguel Ramonell y Juan González se referirán a la propensión de las carnes a los movimientos de putrefacción. ¿Pero qué decir de los pescados? Ninguna alusión por parte de nuestros cirujanos a ellos.

Tampoco se observa una evolución de la dieta alimenticia digna de reseñarse en estos años. Sí detectamos en cambio intentos de racionalización dietética: Nueve Iglesias expresa haber aplicado a su paciente la «dieta exacta» (107). Con anterioridad, Pellicer había corroborado su experiencia personal, en el asunto de los ya referidos «alimentos crasos», con los autores antiguos y algún moderno (108). Pero el debate en junta sobre los alimentos no llegaría a alcanzar las cotas de discusión que lograron los fármacos. Hay de todas formas alguna excepción, prueba clara de que el tema —repetimos—preocupaba. En una sesión del año 1764, Villaverde reflexiona sobre la alimentación de los enfermos que han sufrido amputación. A ello le lleva la aparición de feto y pus en las heridas de éstos. La censura explicará a su vez el porqué de la nutrición más rápida de los amputados, así como la preferencia por los alimentos acuosos subácidos harinosos sobre los cárnicos en los enfermos de males pútridos (109).

Escasa variación y consistencia alimenticia. Hay otras pruebas evidentes de ello. Un sujeto ha sufrido una herida profunda en la cavidad del abdomen con salida del paquete intestinal. El cirujano le mantiene, a pesar del alto número de sangrías efectuadas (siete sólo en las primeras veinticuatro horas), con cuatro cucharadas de caldo de pollo tomadas de tres en tres horas, durante los veinticin-

co primeros días de tratamiento. Sólo a partir de entonces consentirá en darle «algún bizcocho y un poco de sémola clara, aumentándole la comida de día en día» (110). Canivell será al respecto algo más generoso –no se trataba como el caso anterior de una enfermedad abdominal–, aunque mantendrá la tónica de las dosis mínimas. Atiende a un enfermo, posiblemente escorbútico, y con una «gangrena ambulante en el pene». Le da como alimentación, desde el día 9 de mayo –fecha en que le interviene quirúrgicamente– hasta el 20 del mes siguiente, una dieta a base de zumos de limón (mañana y tarde) y «algunas gotas en los caldos» (alternada con algo de suero con chicoria y gotas de nitró en caso de empeoramiento). Tan sólo a partir de la última fecha se le suministrará al paciente una alimentación algo más consistente a base de sopa clara con sémola (111).

Dietas así, lógicamente, no siempre eran bien admitidas por los enfermos. Los cirujanos del Real Colegio trasciben a veces algunas de las reacciones de éstos. Francisco Berben, aquejado del estrangulamiento de un bubón venéreo que padecía desde hacía años, se rebelará contra la «dieta tenue» prescrita, pidiendo a voz en grito «unas almôndigas que apetecía» (112). El privilegio le fue concedido, pero una recaída posterior le hizo volver a las pociones y la dieta tenue. Un compañero de desdicha, llamado Juan Belgara, emprendió una acción semejante, pero al igual que aquél, tampoco obtuvo buenos resultados. Veamos el relato. «El enfermo era tan voluntarioso –narra Canivell–, que con dificultad se pudo sujetar los primeros días a la dieta, hasta que después, no queriendo tomar caldo alguno, poniendo por disculpa le mataba, pidió un picadillo, el que se le concedió por uno o dos días, siendo preciso suspenderlo porque le había sobrevenido una diarrea, que le duró tres o cuatro días» (113). Pocas palabras pueden añadirse a tan malhadada suete.

El influjo de los factores geográficos actuaba en ocasiones como estimulante de la enfermedad. De ello eran conscientes nuestros cirujanos, debido a la experiencia hospitalaria acumulada. Francisco Martínez, Ayudante de Cirujano Mayor, constatará, en uno de

los casos por él atendido, la relación existente entre el cese del viento de Levante en Cádiz de una parte, y la reaparición de convulsiones y dificultades para abrir la boca de su paciente de otra (114). De ahí que, en ocasiones, se llegara a pensar en el cambio de aires como medio terapéutico capaz de recobrar plenamente al enfermo, en sustitución de los fármacos y las dietas rehabilitadoras. Consecuente con esto, Virgili propondrá a su paciente -al que le había extirpado un testículo- se encamine hacia otro lugar, al objeto de conseguir su plena recuperación (115). Una vez más, la confianza en los poderes benefactores de la Naturaleza se ponía de manifiesto.

¿Qué resultados prácticos llegaron a obtener los cirujanos del Real Colegio con la utilización de este tipo de fármacos, dietas y cambios ambientales? Si nos atenemos a lo que nos dicen las observaciones presentadas por ellos en junta, los resultados son altamente positivos. Pero el sentido crítico que debe acompañar al historiador nos obliga a dejar la pregunta abierta a otras posibles respuestas. En efecto, aunque en dichos manuscritos abunden más los casos de curaciones logradas gracias a la aplicación de los tratamientos arriba explicitados, y aunque, además, exista sinceridad suficiente a la hora de reconocer los posibles yerros y de poner en duda los propios métodos empleados, ello no puede hacernos olvidar la posibilidad de otros tantos fracasos ocultados, no dados a la luz pública a través de las sesiones ordinarias y extraordinarias celebradas por el Colegio. Quede pues la respuesta en el aire, ante la imposibilidad de cuantitivar aciertos y errores que nos hagan ver de qué lado se inclina la balanza, así como saber cuáles de éstos últimos se debieron expresamente a un tratamiento inadecuado de la enfermedad en cuestión.

NOTAS

1.- «El mérito y el premio de la cirugía española. Oración inaugural que para la renovación de los estudios del Real Colegio de Cirugía de Cádiz dixo — el día 2 de octubre de 1790». Cádiz, 1790, p. XXXII.

2.- B.F.M.C.: SS.CC., censura a Juan Manuel Aréjula, 1796. La idea de irritabilidad pudo haberle llegado a Vidal a través de dos caminos principalmente: la obra de Cullen (que a la sazón incluye a Haller) y la de J. Hunter, directamente utilizada por él. Una tercera vía, aunque poco probable, cabría apuntar: la hipocrática.

3.- B.F.M.C.: O. y C.M., Francisco Canivell, 1785 (fecha correspondiente al año en que fue radactada la memoria).

4.- B.F.M.C.: O. y C.M.

5.- Velasco, Diego y Villaverde, Francisco: «Curso Theórico-Práctico», Introducción.

6.- B.F.M.C.: SS.CC., Diego Terrero, 1796.

7.- B.F.M.C.: SS.CC., 1791.

8.- B.F.M.C.: O. y C.M., 1762.

9.- B.F.M.C.: SS.CC., 1769.

10.- B.F.M.C.: O. y C.M., 1787.

11.- B.F.M.C.: SS.CC., 1771.

12.- B.F.M.C.: SS.CC., 1796.

13.- B.F.M.C.: SS.CC., 1790.

14.- B.F.M.C.: O. y C.M., 1787.

15.- B.F.M.C.: O. y C.M., José Sabater, 1788.

16.- B.F.M.C.: O. y C.M., 1787.

17.- B.F.M.C.: O. y C.M., 1787.

18.- B.F.M.C.: O. y C.M., Francisco Canivell, 1768 o 1769. Anónimo, 1787.

19.- Laín Entralgo, Pedro: «Historia», p. 354.

20.- B.F.M.C.: O. y C.M., Francisco Canivell, 1768 o 1769.

21.- «Tratados de las operaciones», vol. II, p. 20.

22.- Ibidem, p. 6.

23.- Ibidem, p. 4.

24.- B.F.M.C.: O. y C.M., 1763.

25.- B.F.M.C.: O. y C.M., Bernardo de Beau, 1767.

26.- B.F.M.C.: O. y C.M., 1792.

27.- B.F.M.C.: Ibidem.

28.- B.F.M.C.: SS.CC., 1790.

29.- B.F.M.C.: O. y C.M., 1797, censura.

- 30.- B.F.M.C.: O. y C.M., 1767.
- 31.- B.F.M.C.: SS.CC., 1796.
- 32.- B.F.M.C.: O. y C.M., 1764.
- 33.- Op. cit., vol. I, p. I.
- 34.- B.F.M.C.: O. y C.M., 1791.
- 35.- B.F.M.C.: O. y C.M., Miguel de Arricruz, 1796.
- 36.- B.F.M.C.: O. y C.M., 1792.
- 37.- B.F.M.C.: O. y C.M., 1769.
- 38.- José Béjar, por ejemplo, recomienda a unos novios proclives a contraer enfermedades de tipo venéreo, se apliquen lociones mercuriales antes de contraer matrimonio (O. y C.M., 1769, fecha correspondiente al año en que fue redactada la memoria)
- 39.- B.F.M.C.: O. y C.M., Miguel Ramonell, 1763, censura.
- 40.- B.F.M.C.: Ibidem. Ramonell atenderá en La Habana a una embarazada herida, logrando salvar a la madre pero no al feto. Beau y Lubet le criticarán «dos omisiones de mucha consideración»: la primera, «la privación del Sacramento del Bautismo» al feto extraído; la segunda, no haber suministrado a la paciente los Santos Sacramentos, «cuando eran tan evidentes los peligros».
- 41.- B.F.M.C.: SS.CC., 1792.
- 42.- B.F.M.C.: O. y C.M., 1758 o 1768.
- 43.- B.F.M.C.: O. y C.M., José de Nájera, 1768.
- 44.- B.F.M.C.: O. y C.M., José de Nájera, 1767.
- 45.- B.F.M.C.: O. y C.M., Antonio Rance, 1799.
- 46.- Obviamente, los dos últimos momentos de la serie no estarán presentes en aquellos casos en los que el enfermo no precise de operación quirúrgica alguna para su restablecimiento.
- 47.- Laín Entralgo, Pedro: op. cit., p. 359.
- 48.- B.F.M.C.: O. y C.M.
- 49.- B.F.M.C.: SS.CC., 1796.
- 50.- B.F.M.C.: O. y C.M. Dedicará su observación médica «a todos los Alumnos de ese mi venerado Colegio».
- 51.- B.F.M.C.: Ibidem.
- 52.- B.F.M.C.: O. y C.M., 1768.
- 53.- B.F.M.C.: O. y C.M.
- 54.- B.F.M.C.: O. y C.M., Bernardo Beau, 1766.
- 55.- Villaverde, Francisco: op. cit., vol. I, p. I.
- 56.- Se trataba del caso de José de Nájera (B.F.M.C.: O. y C.M., 1768)
- 57.- B.F.M.C.: SS.CC., 1792, censura.
- 58.- B.F.M.C.: SS.CC., 1797.
- 59.- B.F.M.C.: SS.CC., 1789 (?).
- 60.- B.F.M.C.: O. y C.M., Bernardo Beau, 1767 (?).
- 61.- Cuando ello acontece, puede el investigador reconstruir el tiempo de hospitalización, que ciertamente variará según el tipo de enfermedad de que se trate.
- 62.- Taton, René: «La ciencia moderna (de 1450 a 1800)», en «Historia General de las Ciencias». Barcelona, 1972, vol. II, p. 222.
- 63.- «Tratado de las operaciones», vol. I, p. I.
- 64.- Francisco Nueve Iglesias señalará la necesidad de prudencia por parte del cirujano a la hora de decidir sobre la conveniencia o no de la amputación (B.F.M.C., 1762). En caso afirmativo, el método utilizado en el Real Colegio será normalmente el de ligar los vasos seccionados, aplicando a continuación un vendaje al muñón (tales los casos de Villaverde y Francisco Martínez). Sin embargo, en ocasiones, la ligadura

será sustituida por la aplicación del algárico (B.F.M.C.: O. y C.M., Miguel Ramonell y Juan González, 1764, censura). El tortor (= especie de torniquete) será también usado por nuestros cirujanos (B.F.M.C.: O. y C.M., Francisco Villaverde, 1764).

65.- Por ejemplo, Francisco Canivell (B.F.M.C.: O. y C.M., 1754)

66.- B.F.M.C.: SS.CC., José Sabater, 1790.

67.- B.F.M.C.: SS.CC., Francisco Canivell, 1769.

68.- B.F.M.C.: O. y C.M., Francisco Nuebe Iglesias, 1762.

69.- Villaverde, Francisco.: op. cit., vol. I, pp. 10 a 14.

70.- Ibidem, p. 13.

71.- Ibidem, p. I.

72.- Rance, Antonio: «*El instruidor anatómico o modo de preparar y conservar las partes del cuerpo humano y de los irracionales por medio de la inyección, corrosión, maceración y distensión, por D.—, Dr. en Medicina y Cirugía, y Catedrático de Física del Real Colegio de las expresadas Facultades*». Cádiz, 1812, p. 8.

73.- B.F.M.C.: SS.CC., Francisco Canivell, 1755.

74.- Laín Entralgo, Pedro: op. cit., p. 322.

75.- Ibidem, p. 361.

76.- B.F.M.C.: SS.CC., Francisco Canivell, 1755.

77.- B.F.M.C.: O. y C.M., 1758 o 1768.

78.- B.F.M.C.: O. y C.M., Bernardo Beau, 1767.

79.- B.F.M.C.: SS.CC., 1797.

80.- El jardín botánico del Real Colegio, que tanto habrá de contribuir a la formación de los aspirantes a cirujanos del centro, fue fundado en 1750 (el de la Universidad de Sevilla, por sólo poner un ejemplo, no lo será hasta 1845). Para una mayor ampliación sobre el tema, véase Diego Ferrer: «*Historia del Real Colegio*», cap. correspondiente.

81.- Dicha materia pasó después a denominarse «Botánica, Terapéutica y Materia Médica», estando a cargo interinamente de Aréjula (Ferrer, Diego: «*Historia del Real Colegio*», pp. 151-152)

82.- Son numerosas las referencias que se dan en las observaciones de nuestros cirujanos a las plantas y sus propiedades respectivas.

83.- Véase al respecto B.F.M.C.: O. y C.M., Joseph Sánchez, 1792.

84.- B.F.M.C.: O. y C.M., Antonio de España, 1792.

85.- Sobre la quina y sus propiedades escribirá Thomás de Salazar en su obra «*Tratado del uso de la quina por D.— Médico en la Ciudad del Puerto de Santa María*». Madrid, 1791.

86.- Sabater expresará que «la práctica diaria en este Hospital nos hace ver diariamente ejemplares de gangrenas curadas sólo por este medio (la quina)» (B.F.M.C.: O. y C.M., 1787)

87.- B.F.M.C.: O. y C.M., José Selvarresa, 1765 (fecha correspondiente al año en que fue redactada la memoria)

88.- B.F.M.C.: O. y C.M., José Selvarresa, 1756.

89.- B.F.M.C.: SS.CC., Domingo Vidal, 1796 (fecha correspondiente al año en que fue redactada la memoria)

90.- B.F.M.C.: SS.CC., Juan Manuel Aréjula, 1796 (fecha correspondiente al año en que fue redactada la memoria)

91.- B.F.M.C.: O. y C.M., 1787.

92.- B.F.M.C.: O. y C.M., Francisco Villaverde, 1769.

93.- B.F.M.C.: O. y C.M., José Sabater, 1750.

94.- B.F.M.C.: O. y C.M., Joaquín Salvadores, 1767.

95.- B.F.M.C.: O. y C.M., Gaspar de Pellicer, 1753.

96.- Véanse al respecto las memorias de Francisco Nueve Iglesias (B.F.M.C.: O. y C.M., 1760), Miguel Ramonell (B.F.M.C.: O. y C.M., 1769), Francisco Canivell (B.F.M.C.: SS.CC., 1772) y Juan Manuel Aréjula (B.F.M.C.: SS.CC., 1794?). Para este último facultativo, el vicio venéreo «lo constituye una materia combustible, la basa del gas inflamable, la cual combinada en exceso con el carbone, y basa de la mofeta atmosférica, y haciendo parte esencial del ácido prúsico irrita nuestras partes: esta sola irritación y no el volumen aumentado de la linfa, basta para producir algunos síntomas primarios como la gonorrea, y la constricción de los pequeños vasos linfáticos que son la causa de las congestiones, que se hacen en este sistema de vasos, o en vasos blancos».

97.- Bernardo de Beau las utilizará para desahogo de los pulmones.

98.- B.F.M.C.: SS.CC., Francisco Martínez y Juan de Vera, 1794.

99.- B.F.M.C.: SS.CC., Manuel de Padilla, 1796.

100.- B.F.M.C.: SS.CC., Diego Terrero, 1796, censura.

101.- Gaspar de Pellicer asombrará por sus complejas composiciones de productos, realizadas para enfrentarse al morbo. Su conocimiento de las propiedades de cada uno de los componentes de la mezcla resulta impresionante. Véase al respecto B.F.M.C.: O. y C.M., 1745 y 1752.

102.- El título completo de esta breve pero interesante obra es el de «*Formula-rium Chirurgicum, in usum regis gadicensis maritimi noscomij, pelagoque Chirurgorum provehetium elaboratum opera, et studio regalij armamenti Prot-Medici, eiusdemque Primarij Chirurghi*». Contiene 207 fórmulas de fármacos, repartidas entre 121 correspondientes a la parte médica y 86 a la quirúrgica. Sobre su importancia, así como la de las otras dos obras farmacológicas producidas en el Real Colegio, véase «*Formularium medico chirurgicum, in usum regij gadicensis maritimi nosocomij*... y otros» de Domingo Galán Ahumada, en «*Revista General de Marina*», noviembre 1980, pp. 449-451. Agradecemos a D. Francisco Ponce Cordones, la aportación de este artículo.

103.- El título completo de la obra es el de «*Pharmacopea de la Armada o Real Catálogo de Medicamentos pertenecientes a las enfermedades médicas trabajado para uso de los médicos y cirujanos de la Real Armada que sirven a nuestro muy poderoso rey de España en este Real Hospital, y en Navios, assi de Guerra, como Marchantes por el Cuydado, zelo, y aplicación de D. —*».

104.- Así lo propone Francisco Canivell (B.F.M.C.: O. y C.M., 1767).

105.- Laín Entralgo, Pedro: op. cit., p. 375.

106.- B.F.M.C.: O. y C.M., 1753.

107.- B.F.M.C.: O. y C.M., 1758.

108.- B.F.M.C.: O. y C.M., 1753.

109.- B.F.M.C.: O. y C.M., Francisco Villaverde, 1764, censura.

110.- B.F.M.C.: O. y C.M., anónimo, 1763.

111.- B.F.M.C.: SS.CC., Francisco Canivell, 1769.

112.- B.F.M.C.: O. y C.M., Francisco Villaverde, 1766.

113.- B.F.M.C.: O. y C.M., 1768 o 1769.

114.- B.F.M.C.: SS.CC., 1787.

115.- B.F.M.C.: O. y C.M., 1754.

CAPÍTULO V

TREPANACIÓN, OBSTETRICIA Y TUMORES CANCEROSOS

Los debates, inquietudes y limitaciones existentes dentro del Real Colegio quedan esplendidamente ejemplificados en tres ámbitos específicos de la actividad médica: las trapanaciones, la atención a los partos y la terapia de los tumores cancerosos. Una aproximación a los mismos, según nos los han dado a conocer los manuscritos de sus cirujanos, servirá de colofón a este análisis de fondo a que hemos venido sometiendo la tantas veces nombrada institución docente sanitaria.

A pesar de los siglos transcurridos, la ciencia médica del Setecientos tenía que reconocer aún lo exiguo de sus medios para hacer sanar a los heridos en la cabeza, sin causarles otro tipo de perjuicios mayores. Nuestros cirujanos se referían al citado miembro, señalando lo desconocido que todavía les resultaba y lo delicado de su manipulación (1). Nájera nos presenta un cabal estado de la cuestión del problema que conviene transcribir:

«Esta observación manifiesta bastante que quan difícil es el pronóstico en las heridas de la cabeza, y quan poco margen nos da las señales, y fenómenos de ellas para fundar un conocimiento firme y seguir una indicación acertada (...) carecemos de signos patognómicos de los daños interiores, que sufre el cere-

bro, y sus meninges; y si alguna vez se dejan ver algún tanto, nos falta la averiguación del sitio preciso, donde existen, cuya noticia se necesita forzosamente para proceder sin riesgo de engañarse: de suerte que puede generalmente decirse con verdad de las heridas de cabeza, que el acierto es en ellas más hijo de la fortuna, que de la elección» (2).

De hacerse necesaria la **trepanación**, los riesgos que acechaban al sufrido paciente no iban muy a la zaga de los que implicaba el propio mal. Lubet y Beau se referían a ello expresando que la operación, aunque no era dolorosa (!), sí resultaba arriesgada, y, en consecuencia, pocos eran los que terminaban felizmente (3). De ahí que dos de los principales problemas a resolver fueran los de calibrar la conveniencia o no de la operación y, en caso de respuesta afirmativa, elegir el momento adecuado para ello. Ambos estarán habitualmente presentes a la hora de tratar accidentes de este tipo.

En 1762, un cirujano anónimo presentará a la Junta del Colegio un escrito cuyo título es ya todo un signo «Método verosímil para proceder en la deliberación de trapanar, en los casos de contusiones en el craneo...» (4). En él criticaba el autor la posición mantenida al respecto por el cirujano francés Ledran (1685-1750) (5), quien defendía la rápida aplicación del trépano cuando la Dura Mater —membrana exterior de las tres que cubren la sustancia cerebral— supurase. A esto respondía el primero, señalando lo infructuoso de tal medida, el daño que podría de ello derivarse y la no necesidad de su aplicación. En apoyo de esta postura concurría la práctica diaria: durante las guerras de Italia nuestro anónimo personaje logró salvar a un oficial español sin haber sido éste trepanado. Mas dicha experiencia obligaba a realizar matizaciones: se dan casos —reconoce el mismo autor— en los que, ante la inevitabilidad del trépano, conviene no retardarlo. ¿Qué deducir entonces? Una difícil posición intermedia: «siempre asegurarnos cuando sea posible de la necesidad de esta operación con tiempo, y de lo inútil, y tal vez pernicioso si no se requiere». Para ello, el anónimo cirujano daba su orientación. Todo dependerá —expresa— de la profundización de la

herida en el hueso, por lo que el cirujano deberá perforar hasta la substancia diploica y ver si existen pedacitos carnosos; de haberlos, se aplicará el trépano con la mayor premura. En base a lo experimentado, la actitud prudente se erigía una vez más en elemento fundamental de la actuación médica.

Pero no por eso los problemas cedían. Varios años antes, Canivell había atendido a un militar herido en la cabeza de un sablazo que penetró hasta el hueso. Durante cerca de diecisiete días trató a su paciente a base de curas, medicamentos, dieta y evacuaciones; pero al cabo de los mismos, el estado del enfermo apenas sí había cambiado. Perfora de nuevo al objeto de comprobar hasta donde llega la lesión, decidiéndose «a posteriori» a aplicar una corona de trépano sin pérdida de tiempo. La intervención se realiza en presencia de Nájera, Salvarresa, Bêjar, Beau, Francisco López y otros observadores más. Tres días después, Francisco Iglesias revisa al enfermo, ordenando se haga una segunda «corona» en su presencia. El documento señala el espeluznante sufrimiento del enfermo («movimientos convulsivos, delirio...»). Al fin, cuatro jornadas más bastaron para que éste falleciera. La tardanza en serle efectuada la trepanación había sin duda dado con él en la tumba. El prudente seguimiento del mal en su evolución y las prospecciones no habían bastado para su restablecimiento (6). Sin embargo, no siempre la espera conducía a un deceso seguro. Villaverde recoge la experiencia habida con uno de sus pacientes, herido también en la cabeza de un espadazo, aunque sin fractura, a quien se aplicó el trépano a los veintisiete días de su ingreso en el hospital. Tras un larguísimo y títubeante proceso postoperatorio, el enfermo lograría salir «tan robusto como entró» (7). Las posibilidades eran, por lo tanto, tan diversas como los casos. ¿Qué actitud, así pues, tomar? El problema de saber aplicar la «corona» en el momento adecuado continuó estando latente entre los cirujanos durante toda la segunda mitad del siglo XVIII. Villaverde, por ejemplo, de nuevo se decide por la trepanación de otro de sus pacientes, y dice hacerlo «para descargar su conciencia» (8). Mientras tanto, Juan Somoza, exalumno del Real Co-

legio, debate en Málaga frente a otros facultativos sobre la necesidad de trepanar. El afectado tiene herida en la cabeza con fractura, por lo que los médicos que le atienden prescriben tratarle a base de balsámicos. Somoza apuesta en cambio por la trepanación. Después de numerosos «tira y floja», la Junta se decide a seguir la opinión del cirujano. Pero la intervención llega demasiado tarde y el enfermo fallece. Una vez más el tiempo había jugado una mala pasada. Villaverde, en su censura, se solidariza con su compañero (9).

La mayor parte de las veces, los cirujanos aplican el trépano -al igual que Villaverde-, más que por confianza en la bondad del mismo, por liberar su conciencia de los fatales perjuicios que pudieran derivarse de su desdeñamiento. Así lo confiesan los ya citados Somoza y Canivell. Este último, en unión de todos los maestros cirujanos, se decide como recurso final por aplicar el trépano a un enfermo desahuciado, aunque éste no logrará sobrevivir. La reflexión del cirujano sobre el caso desemboca en una conclusión contundente, semejante a las ya expresadas por otros: la posibilidad de curación estriba en la rapidez con que se efectúe la trepanación; a saber, «al punto que se manifiestan los accidentes», incluso cuando no hay fractura de cráneo ni derrame. La sombra de Ledran planea sobre los hombres de la institución gaditana. La experiencia obtenida en un importante número de ejemplos les sirve de apoyo. La censura (Vicente Lubet y Bernardo Beau) se muestra más contemporizadora. Para ella el tema es problemático, a pesar de las numerosas observaciones planteadas al respecto. ¿Trepanar o dejar obrar a la Naturaleza?: éste es el problema. Las bases -afirman-son probabilísticas y falibles, y, por consiguiente, conviene ser cautos. La postura mantenida por Ledran es considerada como demasiado absolutizadora; sin embargo, no se debe diferir la operación «cuando hay señales, que hagan sospechar con fundamento algún desarreglo debajo del cráneo aunque no haya fractura ni conmoción interna» (10). El caso atendido por Antonio García Puga en 1792 parecía confirmar esta medida de prudencia. El herido, afectado de un desprendimiento de los tegumentos de la cabeza, se había repuesto en ocho días sin ne-

cesidad de intervención (11). A la vista de todos estos ejemplos, una sola cosa quedaba clara para nuestros cirujanos: no debería aplicarse el trépano indiscriminadamente, y de hacerse, convenía lo fuera con prontitud. La autoría de los grandes sabios había sido una vez más contrastada con la experiencia de la práctica cotidiana.



Si las trepanaciones vinculan a nuestros cirujanos con un pasado remoto, su interés por la genética y por **la obstetricia** les proyectan hacia un futuro prometedor. A ellos, no obstante, como en tantos otros tiempos, les tocó ir desbrozando un camino hollado de obstáculos. Contaban, eso sí, con una nueva fe: la Razón. Y Villaverde tenía razón al escribir, plenamente consciente de su fuerza, que «en medio de tan densas tinieblas penetró su luz, desterrándose las preocupaciones que retenían el arte en la infancia». Fue entonces cuando «hábilis profesores en una y otra medicina no se desdeñaron en dedicar su aplicación al socorro de los inocentes, y en dar a ésta importante parte del arte de curar (se refiere la obstetricia) la perfección de que carecía» (12). Este fue el caso de los cirujanos del Real Colegio de Cádiz. Lejos quedaban siglos de olvido de la infancia como etapa específica y fundamental de la vida humana que es. Pero esta toma de conciencia progresiva a la que nuestros maestros se incorporaron, no era compartida aún por amplísimos sectores sociales. Todavía, en 1663, el rey francés debía llamar de forma clandestina al cirujano para que atendiese a una dama en el parto (13), si bien el motor había sido ya puesto en marcha. Los escritores se sucederán: «Traité des maladies des femmes grosses et de celles qui ont accouché» (1673), los de De la Motte (1718) y Dionis (1718), etc. Sin embargo, en toda la primera mitad del Setecientos, la atención a los partos por parte de los hombres era en Francia un fenómeno típicamente urbano, y circunscrito a las zonas más desarrolladas económicamente; sólo en el último tercio avanzará, extendiéndose al ámbito rural (14).

En España, los cirujanos del Real Colegio podían considerarse como pioneros de estas nuevas actitudes, tanto en el plano teórico como en el práctico. La biblioteca del centro contaba con una copiosa muestra de libros referidos al tema obstetrológico. Los franceses ocupaban aquí un lugar relevante: «L'art des accouchemens» de J. L. Bardelocque (París, 1796, 3ª edic.), un «Traité des accouchemens» en faveur des élèves» de F. A. Deleurye. (París, 1777, 2ª edic.), el famoso «Essai sur l'abus des règles générales et contre les préjugés que s'opposent aux progrès de l'art des accouchemens» de André Levret (Paris, 1766) y unas «Observations importantes sur le manuel des accouchemens» de Henry de Deventer (Paris, 1734). Junto a ellos los «Elementa Artis Obstetriciae» de Jacobi Plenck (Viena, 1781) (15). Además conviene recordar la importancia concedida al tema en los planes de estudio del Colegio (16), así como el viaje especial realizado al extranjero por Miguel Arricruz entre 1784-91 para perfeccionarse en el susodicho arte (17).

Impelidas por la necesidad, las mujeres comenzaban a recabar cada vez más la asistencia del cirujano en los partos y en las enfermedades específicas de su sexo, dejando atrás antiguos pudores. Los casos atendidos por los hombres del Real Colegio, algunos muy delicados, son una buena muestra de ello. En 1758, Canivell hubo de ocuparse de una mujer casada, venida a él con un tumor muy crecido en el clítoris, «que le impedía celebrar las funciones de su conyugal estado». El mal le fue estirpado y a los quince días estaba recuperada (18). Por su parte, Ramonell atendió en la Habana a una joven preñada de nueve meses, que se había herido en el vientre al caer sobre unas rocas (19). Otro caso semejante se le presentó a Arricruz, quien visitó a su enferma embarazada de seis meses en la casa de ésta (20). En ambos ejemplos la extracción del feto será costosísima y éste morirá, pero los cirujanos habían logrado salvar a la madre, y extendían su fama entre sectores paulatinamente más amplios. Lástima no hayamos podido establecer porcentajes precisos del uso que se hacía en Cádiz de este servicio médico, históricamente tan importante.



Antigua entrada dieciochesca del Real Colegio de Cirugía - Foto del autor.

¿Sobre qué bases justificar los desvelos del cirujano por esta ciencia? Volvamos a Villaverde. Nuestro personaje sabe ver la estrecha relación existente entre demografía y obstetricia. El cultivo de esta última según él repercutirá favorablemente en la «conservación de nuestra misma especie» (21). Argumento religioso adicional: también interesa a la vida espiritual de muchos inocentes (22). Ameller insiste en el tema y pregunta: «¿acaso no deben a la cirugía la vida espiritual muchos, y emtrambas algunos aún después de perdida la vitalidad de que los concibió en su seno?» (23). Muchas mujeres —añade—, «tan útiles al estado», hubieran sucumbido de no haber sido por la pronta asistencia del cirujano (24). Los conocimientos obstetriológicos, termina Vidal, permiten al juez sopesar con mayor objetividad aquellos casos que afectan a «la vida de los hombres, y el honor (...) de las doncellas y casadas» (25). Variedad de perspectivas para un mismo objetivo: demostrar a la sociedad, frente a todo tipo de recelos, la importancia de la Obstetricia, así como el valor de la intervención del cirujano en este campo comúnmente reservado a las parteras.

Una tarea de tal envergadura —piensan los hombres del Real Colegio— sólo puede ser acometida eficazmente con el auxilio de la ciencia médica. A tal efecto importa profundizar previamente en el conocimiento anatómico y fisiológico de los órganos reproductores. Tras esto, la práctica quirúrgica planteará, como en caso de las trepanaciones, algunos problemas que nuestros cirujanos habrán de afrontar.

Villaverde señala uno de ellos: el de la conveniencia o no de la cesárea. Ante tal disyuntiva, él prefiere inclinarse por la segunda solución, a la vista de los peligros que de su aplicación pueden derivarse para la madre. Y como sustitutivo del método referido propone una tercera vía: la sección del sínfilis del pubis o incisión de pulgada y media por encima de éste (26). ¿Cuáles son a su modo de ver las ventajas de su uso? En la sección del sínfilis la herida es mucho menor que la producida por la cesárea; la primera afecta exclusivamente al cutis y al cartílago que une los pubis, en la cesárea por

el contrario «se abre el vientre, se descubren las entrañas y se hiere el útero para extraer por su abertura el feto»; la sífilis no es susceptible de accidentes, la cesárea sí (hemorragias, infiltraciones en el vientre, extrangulaciones de intestinos, convulsiones, gangrena...), haciendo peligrar la vida de la paciente (27). Con todo, Villaverde establece varias excepciones. La cesárea podrá aplicarse: «1° en caso de estar muerta la madre, para salvar prontamente el feto: 2° en las concepciones ventrales: 3° en las de las trompas o de los ovarios: 4° en caso de dislacerarse el fondo del útero por la violencia de los conatos, y de haber pasado la criatura al vientre: 5° en la coalición total de la vagina o del ostense, que no puede vencerse» (28). Estando la madre viva y siendo necesaria la operación (puntos 2° a 5°), «no se retardará su ejecución, para que le sea útil como al feto; pero nunca se practicará hasta estar declarado el parto, en cuyo tiempo se considera maduro el fruto» (29).

Las matizadas consideraciones de Villaverde parecieron tener eco entre sus compañeros de profesión, pues si bien no encontramos ningún caso en el que fuese realizada la sífilis de pubis, vemos en cambio como se obvia la cesárea, recurriendo a aquellos métodos que pudieramos considerar como «naturales». Arricruz, por ejemplo, trata en un primer momento a una embarazada con hemorragia de vulva a base de sangrías, reposo, una dieta «nutritiva y restaurante», preparados (agua acidulada con espíritu de vitriolo, osicrato, embrocaciones) y lavativas. Considerada en junta la necesidad de extracción del feto, la tarea se llevará a cabo exclusivamente con ayuda de las manos, sin que se lograra sacar la placenta. Tanto la censura, como los dictámenes de otros ocho cirujanos, aprobarán a grandes rasgos la acción de Arricruz, incidiendo tan sólo en la conveniencia o no de las sangrías en tales casos, así como en los problemas relativos a la placenta (30). Semejante actitud había sido tomada por Ramonell años antes, en un caso ya referido notablemente más complicado que el anterior, y, por lo tanto, tal vez con una mayor proclividad a la cesárea. Nuestro cirujano, sin embargo, preferirá manipular con las manos en el interior del vien-

tre de la madre, recurriendo incluso a cortar la pierna del feto que le obstaculizaba, antes de usar de la temida operación (31). Así, pues, sólo muy lentamente se iría abriendo paso la cesárea, al compás de los paralelos avances médicos que aseguraban la supervivencia de la madre. Luces y sombras, en definitiva, que se proyectan sin parar sobre la obra del Real Colegio de Cirujanos de Cádiz.



Indirectamente, **el cáncer** según ellos lo consideraban— fue también objeto de debate en el centro gaditano durante esta época.

Como en la actualidad, el deseo por vencer a «este oculto vicio» estará patente en las reflexiones de sus hombres, como se puso de manifiesto en las sesiones que se celebraban semanalmente. Los tumores cancerosos externos les darán pie para un intento de profundización en el tema. La cuestión planteada estribaba en saber, si el cáncer era el resultado de «un desorden general del sistema», o, por el contrario, se trataba de un simple «vicio local». Las posiciones se dividían en este tema. Mientras unos se inclinaban más por la primera explicación, otros lo hacían por la segunda; pero eso sí, ambos grupos moderaban sus respuestas y huían de las posturas exclusivistas.

Diego Terrero, partidario de una visión circunscrita y parcial del terrible morbo, se basaba sobre la experiencia obtenida personalmente en la curación de un pequeño tumor en la parte interna y media de la pierna, así como en la acumulada en el tratamiento de otros enfermos. En estos últimos casos —asegura— los cánceres, una vez fueron extirpados, no volvieron a reproducirse. Pero a continuación reconoce que tal argumento resulta débil, dado que «pudiera existir el vicio general sin verificarse su caída, al no concurrir las debidas causas ocasionales o al disiparse enteramente, antes que llegara a actuar por segunda vez». Volviendo en cambio al referido tumor de pierna, se ve nítidamente cómo se trata de un vicio de tipo local. Pero, «¿quién será capaz de explicar cómo una fluxión de hu-

mores viciados –signo de vicio general– limitó su efecto a un cuerpo tan diminuto sin extenderse?». El balanceo no termina ahí: algunos cánceres antiguos o ulcerados pueden provocar con frecuencia un vicio canceroso, y a su vez, un vicio general de cualquier especie, puede producir también el cáncer (32). En la misma línea parecen apuntar Padilla, Aréjula, Sabater («sólo en los cánceres antiguos hay un vicio general, en los demás es puramente local») y Vidal.

Para Juan de Vera, en cambio, el ejemplo presentado por Terrero resulta ser poco común. El cáncer no siempre es el fruto de un vicio general. Pero «todos saben –expresa– que cuanto menos se hubiera podido imaginar la existencia de un vicio general capaz de reproducir el cancro, ha vuelto a pulular, en alguna otra glándula». Y concluye: «siempre será a temer una causa interna si las circunstancias (salud, juventud, volumen del tumor...) no son absolutamente favorables». En este último caso, el paciente morirá se extirpe o no el tumor (33).

No todos los males considerados como cáncer lo son de verdad. Se trata de una enfermedad mal conocida y nuestros cirujanos son conscientes de esta limitación. Ameller pide que no se abuse de esa denominación (34), mientras el referido Francisco Gómez intentará distinguir. De una parte –expresa– están las modificaciones del volumen (propias del tumor, factibles de ser reducidas a su primitivo estado) y de otra las mutaciones de la *estructura* (*sic*). Tan sólo en este último caso cabe hablar con propiedad de cáncer. En él «hay una transformación de la parte esquirrosa, y una nueva formación, opuesta a su primer ser» (35). Importante este afán de precisión científica, e interesantes también los términos utilizados para expresarla. Pero de nuevo, la misma cuestión insatisfecha: ¿son este tipo de tumores cánceres incipientes?

De la manera que sea, todos los cirujanos consultados están de acuerdo en proclamar –al igual que vimos hacer con el trépano y los partos– la imperiosa necesidad de coger dichos tumores a tiempo. De tratarse de un germen canceroso, la enfermedad podrá ser atajada (36); si es otro tipo de mal, los cuidados tempranos bastarán

para hacerle remitir. Un nuevo problema aún: ¿estirpar (Ameller, Juan de Vera, Terrero...), aplicar el cáustico (Terrero) o abrir fuentes para que salga el mal (Francisco Gómez)? Otra vez las sombras. La ciencia médica volvía a moverse a tanteos, procurando trabajosamente encauzarlos mediante una labor incansable y la experiencia diaria, pero entreviendo al mismo tiempo en el horizonte el largo camino que quedaba todavía por recorrer.

NOTAS

- 1.- B.F.M.C.: SS.CC., Miguel Arricruz, 1797.
- 2.- B.F.M.C.: O. y C.M., José de Nájera, 1768.
- 3.- B.F.M.C.: O. y C.M., Francisco Canivell, 1768.-
- 4.- El título completo del mismo es el de «Método verosímil para proceder en la delberación de trepanar, en los casos de contusiones en el cráneo estando el hueso descubierto por bala u otro cuerpo empujado por arma de fuego, contra la general, y absoluta necesidad de trepanar en todas que establece Mr. Ledran» (B.F.M.C., 1762)
- 5.- François Ledran fue, junto a Jean Louis Petit, quien contribuyó a un mejoramiento de los traumatismos craneales, distinguiendo clínicamente la conmoción y la contusión del cerebro, así como perfeccionando la técnica de la evacuación de los derrames intercraneales.
- 6.- B.F.M.C.: O. y C.M., Francisco Canivell, 1750.
- 7.- B.F.M.C.: O. y C.M., Francisco Villaverde, 1759.
- 8.- B.F.M.C.: O. y C.M., Francisco Villaverde, 1764.
- 9.- B.F.M.C.: O. y C.M., Juan Somoza, 1767.
- 10.- B.F.M.C.: O. y C.M., Francisco Canivell, 1768.
- 11.- B.F.M.C.: SS.CC., Antonio García Puga, 1792. También lo confirmaba así el cirujano Juan de Vera (SS.CC., 1787)
- 12.- Villaverde, Francisco: «Tratado de las operaciones», vol. II, p. 4.
- 13.- Gélis, Jacques: «Sages-femmes et accoucheurs:l'obstétrique populaire aux XVII et XVIII^e siècles», en rev. «Annales», 1977 (sept.-octubre), p. 947.
- 14.- Gélis, Jacques: artíc. cit., p. 948.
- 15.- Todos estos libros aún se conservan en la B.F.M.C.
- 16.- Recordemos a tal fin, la docencia ejercida en el Real Colegio por López Cárdenas y Arricruz como titulares de «Enfermedades de mujeres y partos», y «Partos, Mujeres Paridas y Niños» (1796) respectivamente.
- 17.- Carrillo, Juan L. y Gago, Ramón: «Un aspecto de la comunicación», pp. 209-210, p. de p. 2.
- 18.- B.F.M.C.: SS.CC., 1758.
- 19.- B.F.M.C.: O. y C.M., 1763.
- 20.- B.F.M.C.: SS.CC., 1796.
- 21.- Villaverde, Francisco: op. cit., vol. II, p. 2. El argumento tiene una importancia fundamental en un siglo esencialmente poblacionista como el XVIII. Los Gobiernos —el español en particular— se preocupan por aumentar el número de súbditos, base de una economía y una hacienda florecientes; el ciclo demográfico sostenido de tipo moderno auna ya a casi toda Europa en un mismo camino.

- 22.- Ibidem, p. 2.
- 23.- «El mérito y el premio de la cirugía española. Oración inaugural que para la renovación de los estudios del Real Colegio de Cirugía de Cádiz dixo — el día 2 de octubre de 1790». Cádiz, 1970, p. XXXV.
- 24.- Ibidem, p. XXXV.
- 25.- «Cirugía forense o arte de hacer las relaciones quirúrgico-legales. Obra útil a los médicos, cirujanos y jurisperitos, así seculares como eclesiásticos por el Licenciado D. Domingo Vidal, Profesor y Bibliotecario del Real Colegio de Cirugía de Barcelona». Barcelona, 1783, Prólogo.
- 26.- Villaverde, Francisco: op. cit., vol. II, p. 8. El método poseía ya una historia, habiéndose practicado anteriormente en Francia (Sigault y Le Roy) y España (Utrera —Sevilla— por Antonio Delgado y en presencia de Canivell). También se le conoce con los nombres de sección hipogástrica o uterotomía.
- 27.- Villaverde, Francisco: op. cit., vol. II, p. 11.
- 28.- Ibidem, p. 12.
- 29.- Ibidem, p. 16.
- 30.- B.F.M.C.: SS.CC., Miguel de Arricruz, 1796.
- 31.- B.F.M.C.: O. y C.M., 1763.
- 32.- B.F.M.C.: O. y C.M., Diego Terrero, 1796.
- 33.- B.F.M.C.: Ibidem.
- 34.- B.F.M.C.: Ibidem.
- 35.- B.F.M.C., Francisco Gómez, 1790 (fecha correspondiente a la lectura de la memoria)
- 36.- Tal es la opinión de Sabater y Terrero.

CAPÍTULO VI

LA FORMACIÓN DEL FUTURO CIRUJANO: MEDIOS, PRINCIPIOS METODOLÓGICOS Y PRUEBAS

Desde su fundación, el Real Colegio de Cirujanos de Cádiz tuvo como objetivo fundamental la formación de buenos cirujanos, capaces de atender a las crecientes necesidades de la Armada en sus distintas modalidades y de la sociedad en que se insertaban. Para su logro era preciso contar con el profesorado (1) y las instalaciones adecuadas, así como con la ayuda económica necesaria a la consecución de tal fin. Dadas estas condiciones, se debía además arbitrar una docencia capaz de proporcionar el tipo de profesionales requerido. Este, junto al de los enfermos, tal vez sean los problemas esenciales con que se encontraron nuestros cirujanos en esta segunda mitad del siglo XVIII. Ni que decir tiene que, de cómo se orientara esta formación, dependerían, no sólo los resultados obtenidos por el Colegio en el desarrollo de su labor propiamente médica, sino incluso gran parte de las actitudes científicas y sociales que habrían de generarse en un futuro. ¿Qué es lo que hizo la institución gaditana al respecto y de qué manera se abrió camino en el panorama intelectual español del momento? A ambas preguntas trataremos de contestar en el presente capítulo.

La formación de los futuros cirujanos del Real Colegio contó en el plano docente con al acertada unión de teoría y práctica. La

primera tenía un carácter abierto, actualizado y completo; la segunda era operativa y frecuente. Todos los aspectos organizativos de la enseñanza (número y contenido de los cursos, horario de los mismos, régimen interior del colegio, etc.) estarían orientados a hacerla posible, dentro del espíritu de eficacia y competencia que se deseaba para sus alumnos. Empecemos por ver algunos de los aspectos más importantes de aquéllos.

La duración de la carrera de cirujano fue en un principio de tres años, siendo aumentada en otros tres más después de la promulgación de las Ordenanzas de 1.791. El régimen seguido por los alumnos era de internado, distribuyéndose las veinticuatro horas del día, en el primer año de funcionamiento del Colegio, de la siguiente manera: tres horas de estudio (una de 5 a 6 por la mañana y las otras dos de 6 a 8 de la tarde) (2), tres de clase (una y media por la mañana de 9 a 10,30 y otra por la tarde de 2 a 3,30 horas), dos horas y media de prácticas (curas de 6 a 8,30 de la mañana), repartiéndose el resto del tiempo entre el descanso, las comidas y las conferencias (3). Por el presente horario se ve ya ese deseo de aunar teoría y práctica en la forma que hemos señalado antes. Pero no siempre la respuesta por parte de los profesores o alumnos, o de ambos a la vez, será muy disciplinada. Desde su lugar de residencia en la Corte, Virgili (aún Director del Colegio) increpará al Secretario del mismo para que cada clase dure el tiempo que le corresponde (mínimo = hora y media), y para que cada maestro vigile la asistencia de los alumnos a sus explicaciones (4). En este año, otra carta del mismo señalará la conveniencia de que los alumnos asistan a «un acto de cirugía a puerta cerrada presidido por el maestro de cada clase». En él expondría un colegial perteneciente a ella durante media hora: los primeros quince minutos se gastarían «proponiendo y resumiendo silogismos»; el resto, «proponiendo y respondiendo a la dificultad (planteada)» (5).

Desde los momentos previos a la fundación del Colegio, la filosofía que debía informar la docencia en él impartida quedó claramente fijada por escrito. Sería ésta la alumbrada por los «experi-

mentos físicos, observaciones, y experiencia práctica» (6). Y este valor concedido a lo empírico no se veía defraudado por las actuaciones de nuestros cirujanos, como en capítulos anteriores nos hemos encargado de demostrar. Entretanto, era necesario elegir las materias a impartir, así como el contenido de las mismas. La autonomía del centro con respecto a la Administración era en este sentido bastante amplia, quedando a la dirección del propio Director –también según la petición de Virgili– la potestad en este campo. Las asignaturas elegidas denotan el carácter innovador del Colegio con relación a los centros oficiales docentes de la España de su tiempo, lo cual no resulta raro habida cuenta de la conciencia de vivir un nuevo tiempo que manifestaron corrientemente estos ilustrados.

En un primer momento parece se pretende cubrir aquello más elemental que debe saber un cirujano acerca de su profesión. La Osteología y las enfermedades de los huesos; los vendajes; la Anatomía –continuación teórica del Demostrador Anatómico que venía funcionando en Cádiz desde 1.729–; la Obstetricia; las «cosas naturales, no naturales y prenaturales» (?), así como los medicamentos y la Botánica, constituían entonces el núcleo de atención fundamental del Colegio. Para 1.791 se mantienen la Anatomía, la Botánica, los Vendajes, la Obstetricia (esta vez junto a la Pediatría) y la Materia Médica, incluyéndose además la Fisiología, la Terapéutica, la Patología General y Particular (tumores, úlceras, heridas de toda especie y enfermedades de los ojos y dientes), la Quirúrgica (utilizando cadáveres), la Pediatría ya referida, Higiene, Enfermedades Venéreas, el estudio de Hipócrates, las enfermedades castrenses (y especialmente las que afectan a los navegantes), así como la Algebra Quirúrgica (7), la Física Experimental y la Química (8).

Así pues, en estos poco más de cuarenta años, el número de materias se había incrementado notablemente, al igual que se habían hecho presentes en los planes de estudios las materias más vanguardistas del momento (la Matemática, Física y Química, al lado de las más específicamente médicas ya reseñadas). El camino hacia la enseñanza moderna de la Medicina había quedado abierto.

No hace falta aquí reseñar la importancia que la mera presencia de las referidas asignaturas tienen en las historia del desarrollo científico e intelectual europeo.

Además, en lo que respecta a su contenido, las publicaciones de algunos de sus titulares y las observaciones clínicas expresan una actualidad tal, que nada tenían que envidiar a la vertida en las materias que fueron impartidas en los restantes países europeos. Ya vimos en su momento los contactos culturales constantemente mantenidos por los maestros cirujanos del Real Colegio, durante su casi medio siglo de vida, así como las publicaciones extranjeras que sirvieron de vehículos para la difusión de los más variados conocimientos médicos. En efecto, la dependencia cultural del exterior por parte de nuestros cirujanos es bastante notable y viene justificada a nuestro entender, tanto por el valor universal del saber científico en sí, como por el retraso español en este orden después de lustros de aislamiento intelectual. No será por ello injustificada la petición de Virgili ante el Claustro, para que se haga venir al Colegio al químico francés Laplanche, a fin de que se responsabilice en él de esta enseñanza (9). El nada desdeñable porcentaje de cirujanos y médicos que deben su formación al extranjero, sean estos de Cámara —casi la mitad de ellos—, o perteneciente al Colegio es otra nota de interés a la hora de sopesar esta influencia (10).

Pero la enseñanza impartida no suponía una total ruptura con el pasado. El XVIII, siglo de la autonomización de las ciencias con respecto a la filosofía, recoge todavía parte de la poderosa fuerza que ésta ejerció sobre las primeras. El Director Virgili será un celoso observador de esta tradición, ya por entonces en trance de extinguirse. Su apartamiento del Colegio al ser llamado a la Corte le supuso, entre otras cosas, tener que «cargar las tintas» al objeto de que no se olvidase del todo la rica herencia del pasado. En 1759 recordará el Claustro la necesidad de estudios previos de Filosofía y Latinidad para poder obtener el título de Cirujano Latino (repárese en este nombre) que expedía el Real Colegio (11). De la misma manera se refiere a las comunicaciones y discusiones que en él se pro-

duzcan, pidiendo se hagan en latín, y encargando a Selvarresa –al parecer bien entendido en esta lengua– se responsabilice de ello (12). Mas, junto a toda esta preocupación de Virgili, se observan también los retrocesos habidos: dificultades para presidir los actos, «habida cuenta de que algunos carecen o de la total instrucción de latinidad y filosofía o de la facilidad y destreza de estos principios necesaria» (13). Pero el fundador del Colegio no por ello se amedrenta. Casi cinco años después escribe al entonces Secretario Francisco Villaverde, pidiéndole, entre otras cosas, que «en ningún modo dé el título de Bachiller –para lo que también estaba autorizado el centro– a los que no estuviesen aprobados de sùmulas, y Lógica a lo menos, y que sean buenos latinistas, ni tampoco admitirlos de Colegiales sin esa circunstancia» (14). Las propias Ordenanzas de 1791 recogen la idea, al mandar que los futuros bachilleres en Medicina que salgan del Real Colegio, lo sean antes en Filosofía. Pero a pesar de los desvelos de Pedro Virgili y de las reglamentaciones al respecto, una cosa era el ideal y otra la realidad. Y ésta se estaba encargando de demostrar que el latín y la filosofía escolástica estaban cayendo en desuso. El gran sistema lógico, que venía englobando todo el saber humano, veía poco a poco como las jóvenes ciencias se iban excindiendo de su tronco, sin poder hacer nada para evitarlo. Con todo, las preguntas hechas a los aspirantes a bachilleres en Artes o Medicina del Real Colegio, y las respuestas dadas por éstos, serán todavía (años noventa) en latín, si bien éste pecaba de baja calidad (15).

El plan de estudios dejaba un amplio margen a la práctica, considerada como elemento fundamental para la formación del cirujano. A este objetivo, los responsables del Real Colegio fueron poniendo al alcance de sus alumnos una variada gana de instrumentos que lo hicieran posible. Ya hemos aludido al tiempo dedicado a clases prácticas; veamos ahora otros aspectos. La propuesta de Virgili para la creación del Colegio gaditano señalaba la importancia de que los estudiantes de establecieran en los hospitales, al objeto de «hacer útil la teórica, con la práctica a la vista de sus maestros» (16).

El Hospital Real, sobre el cual se asentó desde los primeros tiempos el Real Colegio, servía para dar cumplimiento a este objetivo. Su capacidad fue aumentada con el paso de los años, y a pesar de la deficiente situación hospitalaria de la época, nunca llegó a alcanzar los extremos de deterioro que verán Fernández de Lizardi (17) y otros en instituciones semejantes.

Nuestros cirujanos sentirán también tempranamente la necesidad de dotar al Centro con la maquinaria y el material pedagógico preciso a sus aspiraciones formativas y a las requeridas por sus alumnos. Recién iniciada la marcha del Real Colegio (1749), Virgili propondrá al Claustro la constitución de un fondo capaz de atender estos fines, y, casi tres años después, que se aproveche la estancia en el extranjero de dos de sus maestros (Manresa y Nájera) para la compra de máquinas (18). El mismo año, las Actas del Colegio recogen la recepción de «instrumentos físicos» (espejo ustorio, máquina neumática, microscopios, etc.), así como de «instrumentos quirúrgicos», llegados estos últimos desde París (19). Las primeras partidas habían comenzado a venir, sin que esta ocasión fuera la única.

El 24 de mayo de 1753, Virgili volverá a tomar la iniciativa, al proponer en la Junta que, «siendo tan esencialísimo para los Cirujanos el tener un conocimiento físico de todas las enfermedades que pueden invadir el Cuerpo humano», se encargue a los compañeros, momentaneamente residentes en París, «hagan las diligencias pertinentes para indagar y participar cuanto se descubriese para dicho adelantamiento». Contesta Manresa desde la capital francesa expresando haber visto ojos de cristal que podrían ser de utilidad para el Real Colegio. El claustro le pide por unanimidad su compra (20). En la siguiente reunión, hay una nueva propuesta de Virgili aprobada: que siendo insuficiente la maquinaria poseída por el Colegio «para hacer los experimentos que deben practicarse para instruir y instruirnos de la Física experimental, y Mecánica» -argumenta el fundador-, se escriba a Nájera precisándole los instrumentos hasta ahora poseídos. Este contestará desde Leyden señalando las carencias y enviándoles lista de gastos (21). Nuestros cirujanos habrían de mo-

verse para obtener el dinero preciso; con frecuencia ellos mismos habrán de adelantarlo.

Son años de euforia. 1754 ve también otras propuestas aprobadas: la de adquisición de un encerado para demostraciones matemáticas y de una «máquina eléctrica» (22). También asiste a la recepción de nuevo material: la sesión del día 19 de junio reseña la de una partida de treinta y ocho ojos de esmalte representando distintas enfermedades oculares, junto a un instrumento Leuret para extracción de pólipos en la matriz (23). Se recibe dinero de la Administración y se compromete en la compra de nuevas «máquinas Físicas» en Leyden y en el pago de deudas (24). Las primeras llegan a Cádiz remitidas por Nájera al año siguiente. El libro de Actas las registra. Se trata de una bomba pequeña con un vaso para aplicar ventosas y su escarificador, un tubo y un bote para hacer lavados con humo de tabaco, doscientos vasos de diferente tamaño para conservar insectos, una trompeta parlante, una de «lipide» de cobre, un cilindro del mismo material con vasos para condensar en él el aire y una fuente con jeringa de igual finalidad (25). Todas estas acciones de compra de máquina e instrumental discurren parejas a las de libros: tanto en una como en otra la dependencia del extranjero es muy notable.

Con fecha 26 de febrero de 1756 se aprueba la última partida a la que hacen referencia las Actas. Corresponde a un grupo de láminas sobre partos, «para conocimiento de dicho arte», que serán recibidas una semana después (26). Preocupan fundamentalmente las nuevas ciencias experimentales, y tales son los apremios económicos que estos envíos comportan, que, en el año 1757, Virgili recabará del Administrador de la Aduana de Cádiz la supresión del pago de derechos en la misma para los instrumentos y materiales de Física, Cirugía e Historia Natural, que procedentes de Holanda, llegarán al Real Colegio (27). Estas adquisiciones, la compra continua de libros y el permiso inquisitorial (1763) para la lectura de aquellos que los requiriesen, situaban a la institución médica de Cádiz a una altura difícilmente alcanzada por las restantes del país.

Al lado de las clases prácticas, la labor hospitalaria y la utilización de un amplio material investigador y pedagógico, el Real Colegio de Cirugía pondrá otros elementos importantes al servicio de la formación de sus alumnos y profesores. Tal es el sentido que tiene el permitir el embarque de los colegiales más adelantados, a fin de que éstos, antes de terminar su carrera, puedan actuar en los barcos, incluso como Cirujanos Segundos (28). El problema estribaba en aquellos profesores que también eran llamados para efectuar travesías, debiendo abandonar temporalmente a sus alumnos y el centro, lo que provocaba un corte perjudicial en el desarrollo de los estudios de estos últimos. El Colegio tratará de subsanarlo mediante la creación de Ayudantes Honorarios específicamente destinados para estos viajes marítimos (29). Ignoramos la eficacia de la medida, pero ambos testimonios prueban la temprana preocupación de los dirigentes de la institución gaditana, por hacer de la enseñanza en ella impartida algo vivo a la par que continuado.

El embarque va acompañado, al menos en lo que respecta al plano de las intenciones —no tenemos testimonios concretos de hechos—, de pensiones destinadas a los alumnos, con el objetivo de que visiten universidades extranjeras (Londres, Leyden y París fundamentalmente). Esta será la propuesta del infatigable Virgili en carta dirigida a D. Alonso Pérez Delgado en 1750 (30). Sí nos consta en cambio —en este caso poseemos nombres y datos concretos—, del incesante despliegue efectuado por nuestros cirujanos en los centros universitarios europeos (en esencia los mismos que los citados para los alumnos), a los que ya nos hemos referido en su momento (31).

Hemos dejado conscientemente para el final las Juntas de los jueves, en las que tenía lugar, con asistencia de todo el claustro de profesores —hay datos también de la presencia de alumnos—, la lectura de observaciones clínicas sobre casos atendidos particularmente por los cirujanos-profesores del Centro, o vinculados a él, en el hospital adjunto al Real Colegio, en alta mar o en lugares fuera del marco gaditano. A ellas siguen sus censuras correspondientes. Se



Portada del Hospital Real adjunto al Real Colegio (siglo XVII), hoy Hospital Militar - Foto del autor.

ha hecho de esta manera, habida cuenta de su especial interés en orden a la formación —ya percibido en capítulos anteriores—, así como de la importancia concedida por el propio centro a las mismas. Veamos, pues, en qué consistían y cuáles fueron sus vicisitudes.

Las puestas en común de las experiencias médicas personales, que era en lo que consistían en realidad las referidas juntas, aparecen ya prescritas al hilo de la fundación del Real Colegio. La Propuesta de Virgili al Marqués de la Enseñada esboza el sentido y desarrollo de las mismas. Los Ayudantes, continuamente presentes en el Hospital, deberían —según el texto— poner por escrito aquellos casos de ellos conocidos, que «conspiren a la propia enseñanza». Esta especie de memorias concurrían por turno para su lectura a las juntas semanales. A estas reuniones acudirían los propios Ayudantes, quienes en compañía del Director, las leerían y examinarían «en todas sus partes». Tras dicha operación pasarían a formar parte de un libro que luego sería publicado (32). Los Estatutos Fundacionales del mismo año recogerán íntegramente la idea, (33) que con posterioridad se irá poco a poco perfilando. Para mejor concretarla, Virgili propondrá a la Junta del Colegio, apoyado por otros cirujanos del Centro, que se haga imprimir el método «con que (se)debía proceder para hacer las observaciones de Cirugía».

No obstante, las cosas no salieron a su gusto, ya que, en la misma petición, se quejaba de la presentación de observaciones por parte de algunos cirujanos de la Real Armada, «sin que les acompañara cosa de orden» (34). Por fin, el día 4 de abril de 1749 aparecerá el método que ha de ser distribuido gratis entre todos los colegiales y cirujanos del Real Servicio (35). Pero tras la salida de Virgili todo parece empezar a complicarse. Casi diez años después el fundador pide, como ya sabemos, que no se olvide el latín en la lectura de comunicaciones y en su posterior discusión. Para dichos actos —insiste— «se juntarán los individuos del Colegio (¿incluye alumnos?), y sus Maestros; haciéndose una lista puntual de los que faltaren, la que se me remitirá cada semana». Asimismo indica el horario

de la sesión y su mecánica: en invierno a las dos de la tarde y en verano a las tres; las dos horas de su duración se emplearán en leer la observación haciendo las debidas reflexiones; de no existir esa, se leerán unas memorias sobre puntos prácticos de Cirugía a cargo de los Maestros y por turno (36).

Las cosas del Colegio se le iban escapando a Virgili de las manos. Pero él no cejará en su empeño. Nueva carta desde San Ildelfonso de la Granja (sede real en Segovia) al Secretario del Colegio (1763). Pide en ella, con claro tono imperativo, que se hagan las reuniones habituales de los jueves, corrigiendo al respecto. Cada Maestro (empezando por el Cirujano Mayor), y al objeto de que no falte materia sobre la que controvertir, deberá presentar por turno una observación con sus correspondientes reflexiones, o bien una disertación sobre la materia que le tocara en suerte a propuesta de cada una de los Maestros. Tras una u otra, el autor deberá dar su dictamen, exponiendo esos su opinión (desde el más nuevo al más veterano) hasta llegar al Cirujano Mayor —a la sazón Presidente de las Juntas—, quién decidirá después de haber escuchado con atención el parecer de todos los demás. Si el caso presentado resultaba demasiado arduo, Virgili preveía el nombramiento de dos Maestros, al objeto de hacer sus reflexiones en la siguiente asamblea.

A las juntas concurrirían, además de todos los Cirujanos Primeros y Segundos desembarcados (los cuales tendrán derecho a voto), «todos los individuos del Colegio»; la asistencia se consideraría obligatoria. A la hora de recabar observaciones para ser leídas en junta —insistirá Virgili—, se habrían de tener presentes las que, pertenecientes a cirujanos recién desembarcados, traten de casos por ellos atendidos en plena travesía. En caso de duda con respecto a alguna enfermedad que se produzca en el Hospital, los cirujanos podrían aprovechar la reunión para consultar con los demás compañeros; de esta forma, los discípulos oirían las instrucciones de sus Maestros, al igual que las soluciones dadas por ellos a las controversias. Finaliza Virgili este largo aunque fundamental documento, pidiendo que «por ningún pretexto se retarde la frecuencia de estas asam-

bleas», y que se le dé cuenta de todo lo que acontezca. En la Biblioteca se fijarían (con antelación) los sorteos de materias, a la vez que se expondrían el día de la reunión y los autores que hubieran tratar sobre cada una de ellas (37).

Si nos atenemos a las quejas lanzadas por el catalán, las juntas de los jueves no siempre se desarrollaron de la forma que él hubiera querido. Sin embargo, las Observaciones y Censuras que han llegado a nuestras manos ponen de manifiesto su importancia metodológica y su amplio valor formativo. Probablemente fallase la frecuencia de las reuniones (existen años en los que no hay testimonio alguno de lectura de observaciones), la asistencia a las mismas, el horario o la discusión en latín que preveía Virgili; pero frente a todo esto, las juntas hicieron posible la comunicación de toda una serie de experiencias vivas, cuyo interés resulta difícilmente valorable. De la misma manera pusieron su grano de arena en el fomento de la actitud crítica, tan necesaria en los progresos científicos. Las en un principio escasas relaciones de casos clínicos, fueron con el tiempo haciéndose cada vez más numerosas y completas.

A partir 1794 aparecen por escrito, no sólo los dictámenes de los censores correspondientes, sino también los de los cirujanos asistentes a las juntas, con lo que las observaciones se enriquecen de opiniones y actitudes diversas. Además, las reflexiones irán ocupando cada vez un mayor espacio. ¿Qué papel le cupo en todo ello al fundador del Real Colegio? En principio, ciertamente, el de ser instigador y alma de algo, que por su objetivo y desarrollo, resultó ser una pieza insustituible de la renovación pedagógica y cultural de la España y la Europa del Setecientos. A su muerte, la propia dinámica del Colegio y la preocupación de sus maestros y directores harán el resto. Gracias a su celo han podido llegar hasta nosotros unas fuentes documentales originales, sobre cuya base ha sido posible edificar la presente investigación. La lectura de las observaciones asombra por las capacidades intelectuales y posturas que traduce. Todas ellas son una prueba del espíritu que impregnaba el Real Colegio, y que se transmitía a sus alumnos durante el ciclo de for-

mación que éstos debían de cumplir en sus dependencias. Pasemos revista ahora a las más importantes y unámoslas a las que eran propias de la sesión clínica ya referidas.

Para Francisco Martínez y Juan Vera, las observaciones leídas en junta podían servir «para afirmar más y más la experiencia» (38); mientras que para Villaverde serían útiles «para fundar el pronóstico» (39). Incluso aquéllas consideradas como poco comunes, tienen a los ojos del cirujano un valor científico innegable (40). Pero para hacer avanzar el conocimiento del cuerpo humano y de sus patologías, sería preciso «el cotejo y combinación de muchas (observaciones) de la misma especie» (41); o lo que es igual, de las observaciones sueltas no se deben deducir reglas generales. Las realizadas irían siendo recogidas y añadidas a las obras estudiadas, como confirmación o contraste de los aspectos en ellas contenidos (42). Estos pensamientos ponen así de manifiesto sendas actitudes intelectuales de nuestros cirujanos, ya aludidas, que son a nuestro entender muy importantes: la consideración del carácter abierto de la ciencia médica y su aceptación del carácter provisional -o mejor en construcción- de la misma. Ello explica el recordatorio que el Vicedirector Domingo Vidal hará a los alumnos del Real Colegio en 1798: que sean constantes y que no se olviden al finalizar sus estudios de la necesidad que hay de seguir estudiando (43).

A fin de que las observaciones y dictámenes contribuyan a este fundamental abjetivo que acabamos de reseñar, deberán ser edificados sobre dos principios claves: el de la razón -a la que Villaverde añade el objetivo de natural- y el de la experiencia o práctica (44). Asimismo, en su expresión, ambos irán adornados de un estilo acorde con las metas preclaras que se les encomiendan. «Moderado y grave en sus discursos» quiere Villaverde al cirujano (45), pidiéndole al mismo tiempo ingenuidad -es decir humildad- y no parcialidad en sus dictámenes (46). Su prudencia deberá ser tal, que «ponga siempre su dictamen al de aquellos que reconozca superiores en la práctica (47). Por su lado, las obras que éste escriba deberán serlo en un estilo «sencillo y sin afectación», sin buscar elocuen-

cia, puesto que en temas relativos a la salud, «la mayor elegancia consiste en la solidez de los preceptos» (48). Esta sobriedad no es sino la compañera inseparable de la humildad, la prudencia y la honestidad, virtudes todas ellas que debe cultivar incesantemente el científico.

Las censuras que acompañan a las observaciones —cada vez más amplias y completas con el paso del tiempo— serán crisol de todos estos principios y de todas estas actitudes aquí expuestas, a la par que manifiestan una mecánica propia, rica en habilidades intelectuales. Unos cuantos ejemplos servirán de muestra de lo que resultaba habitual en las juntas de los jueves. En su respuesta a Nájera, el censor se servirá de la comparación práctica (caso planteado por el autor de la observación-caso presentado por otro) para expresar sus dudas sobre la eficacia del método utilizado por el primero (49).

Antonio Puga y Antonio Rance ponen de manifiesto por su parte su gran capacidad crítica y de análisis. Después de indicar los aspectos positivos de la observación de su censurado, señalan el silencio del autor en relación con algunos problemas que el caso plantea, aunque de alguna manera lo justifican. Esto no impedirá, sin embargo, sus sugerencias personales, en base a las lecturas por ellos realizadas (50). Y en el caso de la censura llevada a cabo por Domingo Vidal en 1796, ésta alcanzará altos niveles de minuciosidad exegética y crítica. Tras resumir la observación presentada, expone las lagunas de la misma y plantea al mismo tiempo varias hipótesis explicativas para resolverlas. Acepta las justificaciones dadas por el autor por ser conformes a lo ya dicho por otros, si bien no oculta las discrepancias de algunos de éstos en el tema. Pasa a continuación a comentar trozo a trozo la exposición de su censurado, mostrando sus acuerdos y discrepancias, matizando siempre. Considera válida la hipótesis explicativa hecha por el autor de la observación, a pesar de no haber sido demostrada por la Física, por cuanto hará progresar la búsqueda de la verdad, de donde se ha de derivar a su vez mucho beneficio para la Humanidad en general y la instrucción

en particular. Le pide a continuación complete su trabajo. La inseguridad reinante en dicho tipo de temas descarta todo rechazo de las ideas de su ponente y explica el tratamiento alternativo aplicado por él, en base a su experiencia personal en este tipo de enfermedades, y a las propiedades de algunos tratamientos utilizados por otros autores modernos (51).

En resumidas cuentas –los ejemplos podrían alargarse–, las censuras médicas, al igual que las observaciones correspondientes a ellas, son exponente de los avances logrados por los hombres del Real Colegio en punto a metodología científica, a la hora de afrontar los problemas de la ciencia médica. A veces los censores se despacharán con un asentimiento prácticamente total a las observaciones que les corresponde criticar y comentar (52), pero no siempre será así –esto, lógicamente, se encuentra en función de lo polémico del caso de que se trate–. Cuando, como en los ejemplos presentados, se ponga de manifiesto la vena crítica y analítica de los cirujanos, reaparecerán sus asombrosas dotes científico-intelectuales, que habrán de dar su gran valor histórico al Real Colegio.

Para poder participar de este universo filosófico, así como de los instrumentos y medios por medio de cuales éste se iba forjando, los aspirantes deberían preparar su solicitud, según una normativa que la Propuesta de Virgili y los primeros Estatutos del centro se encargarán de regular. De acuerdo con ambos documentos, el número de alumnos admitidos vendría dado en función de las necesidades que la «efectiva asistencia de los enfermos» requiriera (53). Y ésta, a su vez, debería cubrir el servicio en los «bajeles de la Armada, Arsenales y Hospitales Reales de Marina de Cádiz, Ferrol y Cartagena». El cálculo que Virgili hacía a tal efecto era de unos cincuenta o sesenta muchachos, y en esta última cifra –sin duda únicamente referida a Cádiz– quedó fijado el cupo en los primeros Estatutos (54). Pero o bien la necesidad de fondos, o bien el deseo de adelantarse a posibles aumentos en la demanda de puestos, llevaría a pedir al Gobierno, en años sucesivos, financiación para dotar un mayor número de plazas: ochenta en 1753 (55) y cien en 1791 (56).

Si este techo, aunque flexibilizado con el paso del tiempo, imponía un cierto criterio selectivo, lo que veremos a continuación lo fortalecerá y perfilará todavía más si cabe. El carácter diferenciador y de honorabilidad que se deseaba dar a la profesión, en una sociedad donde las jerarquías sociales eran aún muy vivas, será otro de ellos. La propuesta virgiliana recoge, y los Estatutos aprobados por Ensenada confirman, la obligación de presentar al Cirujano Mayor un certificado de limpieza de sangre por parte de los aspirantes que desearan ingresar en el Real Colegio. En él debería constar si se era «hijo de buenos Padres, limpios de mala raza, costumbres e inclinaciones», así como el oficio que aquéllos desempeñaban o desempeñaron (57). Ignoramos el grado de cumplimiento que se hizo de esta norma en la práctica, pero ahí quedaba el papel, como muestra de unos criterios de estratificación social que se resistían a caer. Si nos atenemos de nuevo al testimonio del fundador, los encargados de la selección no debieron ser muy estrictos en la aplicación de las reglas. Así, en septiembre de 1759, Virgili pedía al claustro de profesores del Colegio una mayor rigidez en la selección de los alumnos.

Junto a la limpieza de sangre, los aspirantes deberían saber leer, escribir y contar, siendo preferidos aquéllos que tuvieran ya una cierta experiencia médica (58). Las Ordenanzas de 1791 incluían como requisito la titulación de bachiller en Filosofía para poder ingresar, pero una vez más desconocemos el alcance de dicha medida (59).

Una vez admitidos, los colegiales entraban en régimen de internado en el Colegio. Allí se les daba gratuitamente vestido, hospedaje, sueldo (treinta reales de vellón mensuales) y manutención (60). Los dos últimos aspectos correrían a cargo de la Real Hacienda, quien, según Virgili, se vería recompensada en el gasto, por los beneficios comerciales que habrían de derivarse del establecimiento de los futuros cirujanos en los barcos. El resto lo pagarían los padres de los alumnos, los cuales podrían llegar incluso a comprar las plazas vacantes si así lo desearan (61). Esta financiación tenía también un claro fin pedagógico: permitir a los alumnos la compra de

«libros, mapas e instrumentos» (62).

La labor teórico-práctico desarrollada a lo largo de cada curso desembocaba anualmente en los exámenes. En ellos se pondrían a prueba el aprovechamiento y asimilación por parte de los colegiales de las materias impartidas. Por su importancia, se acometerá su regulación desde los momentos fundacionales del Real Colegio. En la Solicitud de 1748, Virgili expresa el carácter anual que tendrán los mismos, así como la formación de los tribunales y su desarrollo. El Cirujano Mayor, sus ayudantes y los Cirujanos Primeros serían los encargados de enjuiciar la suficiencia o insuficiencia de los alumnos (practicantes incluidos). Los dos últimos interrogarían al sujeto en cuestión, mientras el primero sería el encargado de realizar el examen propiamente dicho. El escrito prescribe su contenido en términos generales: «controvertirán los puntos de inteligencia y operaciones». Una vez conocidos los resultados, el Director daría cuenta de ellos al Intendente General (63).

¿Qué títulos estaba autorizado a conferir el Real Colegio de Cirugía de Cádiz? En primer lugar, el que se conocía con el nombre de «Cirujano Latino»; pero con el paso del tiempo se irán otorgando otros. Así, por Real Orden dada en 1757, se concede al centro capacidad para expedir también el de «Bachiller en Filosofía», al objeto de que los graduados con él pudieran presentarse al famoso Tribunal del Protomedicato para ser revalidados (64). El año siguiente sus atribuciones eran ampliadas de nuevo, facultándose al Real Colegio para la expedición del Grado de «Bachiller en Artes» a sus alumnos. Las Actas correspondientes al período de tiempo que discurre entre 1793 y 1796 nos han dejado constancia de algunos de estos exámenes, así como de los correspondientes al Grado de Bachiller de Medicina; a ellos habremos ahora de referirnos con la pretensión de conocer más de cerca su mecánica y su contenido.

Durante esos casi tres años, ambos tipos de exámenes seguirán unas pautas comunes. El día indicado —fijado sin una periodicidad constante— se realizaba un sorteo del que salían tres preguntas breves. De ellas se escogía una, para cuya respuesta se concedían

tres horas al candidato. La solución a la cuestión planteada era generalmente tan escueta como aquéllos y, a veces (siempre en los casos de Bachiller de Medicina, menos en los de Bachiller en Arte), se daba en latín. Su contenido estaban exclusivamente relacionado con la Física en el primer caso («Bachiller en Arte») y con la Medicina, obviamente, en el segundo.

Para la obtención del título de Artes era preciso responder a preguntas como las siguientes: «¿es igual la fuerza centrípeta en todos los cuerpos, en la variación de sus estados, en todo clima y en toda estación?» (65), o «¿cuál es el estado natural del agua y cuál es su dilatabilidad convertida en vapor?» (66); o bien, disertar sobre la naturaleza de la luz (67). Al lado de estas preguntas de la más avanzada física, las correspondientes a Medicina: «sobre la profilaxis del escorbuto en las navegaciones, exponiendo la opinión sobre el origen y naturaleza de esta enfermedad» (68); «sobre los síntomas de las fiebres intermitentes y los medios para luchar contra ellas» (69); «sobre el delirio esencial en el frenesí y en la manía y sobre el accidental y sintomático en otras enfermedades» (70); y así sucesivamente.

Para contestar se le proporcionaban al candidato tres horas. Dos días después, éste leía durante treinta minutos su disertación sobre el punto sorteado y respondía asimismo a las preguntas que le formulaban dos profesores —a veces tres—, a la sazón escogidos para esta función. Tras ello, el Director y los Maestros Consultores se reunían para discernir en votación secreta sobre el aprobado o suspenso (71). Ese mismo día podía hacerse también un nuevo sorteo dirigido al examen de otro candidato (72).

El ciclo formativo que culminaba con los exámenes se veía recompensado frecuentemente con la colocación del colegial. La Proposición virgiliana y los primeros Estatutos del Colegio recogían entre sus cláusulas este tema. El examen era aprovechado por el Director —según ambos documentos— para, a través del Intendente, seleccionar «aquellos practicantes o colegiales que estén aptos para sus respectivos asientos, así en la Armada y hospitales, como en los

navíos mercantes» (73). De esta forma, las nuevas dotaciones de plaza y los reemplazos de Cirujanos Mayores y Cirujanos Segundos, recaerían sobre los individuos propuestos por Virgili y sus sucesores en el cargo. A este fin se harían los nombramientos necesarios, y se obligaría a los capitanes de los navíos mercantes a elegir uno de cada tres Cirujanos Segundos o colegiales de los presentados por el Director para que trabajasen en sus barcos, «dándoles el salario, y goces, que están arreglados por S.M.», sin que la contratación pudiera hacerse de otra manera. Por su lado, también a propuesta del Director del Colegio, el Estado conferiría la plaza de Primer Cirujano de Marina al alumno más sobresaliente, y la de Segundo Cirujano o Practicante Mayor al que le siguiese en aplicación, «en premio, o renumeración de sus adelantamientos» (74). Con estas normas, la idea de adaptar el número de colegiales seleccionados por el centro a las necesidades profesionales existentes, se convertiría en algo realmente operativo. Además, en varios y muy prestigiosos casos (Arricruz, Sabater, Ameller, Villaverde, Ramonell, etc.), los recientemente graduados por el Real Colegio continuarían en él como profesores, alternando estas actividades con la asistencia a la tripulación de los bajeles, dando así al espíritu y metodología utilizada en el centro una continuidad, que de otra forma hubiera sido más difícil de lograr (75). La estrecha relación existente entre Gobierno y Colegio fue el activador que hizo posible todas estas cosas.

NOTAS

1.- Con respecto al profesorado, sabemos de los contactos mantenidos antes de 1748 entre Virgili y Lacomba, así como del aprovechamiento del personal ya existente en el Real Hospital. El texto de solicitud de fundación se refiere a cuatro Ayudantes de Cirujano Mayor y a un Demostrador Anatómico. Ignoramos cómo se hizo el reclutamiento del personal docente restante. En cuanto a las instalaciones, se utilizaron las propias del Real Hospital gaditano, sucesivamente ampliadas y mejoradas. Por último, a la financiación del Colegio habrían de concurrir la Administración (Real Hacienda y Tesorería de Marina), los propios cirujanos (para compra de libros) y los propietarios de buques (López Rodríguez, Antonio: «*El Real Colegio de Cirugía*», p.45).

2.- Con el incremento posterior del número y contenido de las asignaturas, se prolongará el tiempo dedicado por el colegial al estudio. En junta de 15 de septiembre de 1796 se acordaría dedicar un total de cuatro horas diarias al mismo, distribuidas de la siguiente forma: mañanas de 4 a 6 en verano y de 5 a 7 en invierno; tardes, de 6 a 8 en todo tiempo (B.F.M.C.: Libro de Actas, 5 de sept. de 1796).

3.- Ferrer, Diego: «*Historia del Real Colegio*», p. 69. Llama la atención la temprana hora establecida para levantarse: las 5 de la mañana.

4.- *Ibidem*, p. 111.

5.- B.F.M.C.: Libro de Actas, 28 de octubre de 1759.

6.- Virgili, Pedro: «*Exposición de motivos*», 29 de mayo de 1748.

7.- En 1754, Virgili había ya propuesto incorporar a la plantilla del Colegio un profesor de Matemáticas y Dibujo (Ferrer, Diego: *op. cit.*, p. 89).

8.- «*Ordenanzas de S.M. que se deben observar en el Colegio de Medicina y Cirugía establecido en la ciudad de Cádiz...*». Tratado III, art. 1°. Con anterioridad a 1759 únicamente se daban tres meses de Anatomía y otros tres de Matemáticas (¿en un sólo curso o en total?). Virgili protestará desde la Corte por creerlo insuficiente para alcanzar una instrucción adecuada (B.F.M.C.: Libro de Actas, 18 de octubre de 1759).

9.- Ferrer, Diego: *op. cit.*, p. 99.

10.- Riera, Juan: «*Médicos y cirujanos extranjeros de Cámara en la España del siglo XVIII*», en rev. «*Medicina e Historia*», núm. 55, 1976. También Juan L. Carrillo y Ramón Gago: «*Un aspecto de la comunicación*», pp. 209-210.

11.- B.F.M.C.: Libro de Actas, 28 de octubre de 1759.

12.- Ferrer, Diego: *op. cit.*, p. 112.

13.- B.F.M.C.: Libro de Actas, 28 de octubre de 1759.

14.- B.F.M.C.: *Ibidem*, 4 de octubre de 1764.

15.- Véase al respecto, Libro de Actas, años 1793 a 1796. Por otro lado, el uso de vocablos latinizados, sueltos en las observaciones médicas presentadas por nues-

tros cirujanos, es a veces frecuente.

- 16.- Virgili, Pedro: «Exposición», p. 78.
- 17.- «El periquillo Sarmiento». México, 1816, p. 147. En esta obra se hace una jocosidad aunque trágica descripción del hacinamiento, despreocupación y falta de organización existente en los hospitales americanos de su tiempo.
- 18.- B.F.M.C.: Libro de Actas, 13 de abril de 1752.
- 19.- B.F.M.C.: Ibidem, 16 de noviembre de 1752 y 19 de diciembre de 1752.
- 20.- B.F.M.C.: Ibidem, 24 de mayo de 1753.
- 21.- B.F.M.C.: Ibidem, 7 de junio de 1753.
- 22.- B.F.M.C.: Ibidem, 10 de marzo de 1754 y 14 de marzo de 1754.
- 23.- B.F.M.C.: Ibidem, 19 de junio de 1754.
- 24.- B.F.M.C.: Ibidem, 4 de octubre de 1754.
- 25.- B.F.M.C.: Ibidem, 15 de junio de 1755.
- 26.- B.F.M.C.: Ibidem, 26 de febrero de 1756.
- 27.- Ferrer, Diego: op. cit., p. 98.
- 28.- Virgili, Pedro: «Exposición», p. 79. También Diego Ferrer: op. cit., p. 72.
- 29.- Ferrer, Diego: op. cit., pp. 139-140.
- 30.- Ibidem, p. 74.
- 31.- En capítulo II.
- 32.- Recordemos la semejanza que guarda este método con el seguido por Morgagni y Bonet.
- 33.- Estatutos fundacionales del Real Colegio de Cirugía de Cádiz, 11 de noviembre de 1748.
- 34.- B.F.M.C.: Libro de Actas, 13 de julio de 1751.
- 35.- Ibidem, 4 de abril de 1752. El título completo del mismo es el de «Método que deben observar los Cirujanos de la Real Armada y Colegiales del Real Colegio de Cirugía, para formar las observaciones de los casos particulares». Dicho título hace expresa referencia a los alumnos, y les reconoce la potestad de poder presentar observaciones al igual que sus maestros y cirujanos.
- 36.- Ibidem, pp. 49 a 51.
- 37.- B.F.M.C.: Libro de Actas, octubre de 1763.
- 38.- B.F.M.C.: SS.CC., 1794, censura.
- 39.- B.F.M.C.: O. y C.M., 1766.
- 40.- B.F.M.C.: O. y C.M., José Bejar y Bernardo Beau, 1768, censura.
- 41.- B.F.M.C.: O. y C.M., Vicente Lubet y Bernardo Beau, 1768, censura.
- 42.- B.F.M.C.: O. y C.M., Francisco Canivell, 1755.
- 43.- B.F.M.C.: SS.CC., 1798.
- 44.- B.F.M.C.: O. y C.M., Francisco Villaverde, 1766, y SS.CC., Diego Terrero 1796.
- 45.- «Tratado de las operaciones», vol. I, p. I.
- 46.- Ibidem, vol. I, p. 13.
- 47.- Ibidem, p. I.
- 48.- Velasco, Diego y Villaverde, Francisco: «Curso Théorico-Práctico», Introducción.
- 49.- B.F.M.C.: O. y C.M., 1768.
- 50.- B.F.M.C.: SS.CC., Juan Augusto Astoux, 1794.
- 51.- B.F.M.C.: SS.CC., Domingo Vidal, 1796.
- 52.- B.F.M.C.: O. y C.M., José Sabater, 1787; O. y C.M., José Salvarresa y Vicente Lubet, 1750;...
- 53.- Virgili, Pedro: «Exposición», p. 78.
- 54.- Ibidem, p. 77.

- 55.- Ferrer, Diego: op. cit., p. 89.
- 56.- «*Ordenanzas de S.M. que se deben observar...*»
- 57.- Virgili, Pedro: «*Exposición*», p. 78. En los Estatutos se habla al respecto de «oficios viles».
- 58.- Virgili, Pedro: «*Exposición*», p. 78. En 1764, el fundador pedirá al Colegio que no sean admitidos en él los jóvenes mayores de veinte años (B.F.M.C.: Libro de Actas, 4 de octubre).
- 59.- Ferrer, Diego: op. cit., p. 141.
- 60.- La ración diaria por persona consistía según la propuesta de Virgili en veinte onzas de pan blanco, doce de carnero, un cuartillo de vino, cuatro libras de leña, dos de carbón y dos onzas de tocino («*Exposición*», p. 81). Los Estatutos aprobados por el Marqués de la Ensenada señalan, entre los objetivos de los treinta reales de vellón cobrados en calidad de sueldo por los colegiales, el de la adquisición de vestimenta. De la misma manera recaban de los seleccionados indiquen si tienen quien los vista durante los años que dure la carrera. Tal debió de ser el caso de Vicente Lubet, que en su época de colegial, fue mantenido por su padre, a la sazón cirujano del rey, hasta su muerte en 1752 (B.M.F.C.: Libro de Actas, 13 de abril de 1752).
- 61.- Virgili, Pedro: «*Exposición*», p. 82.
- 62.- Ibidem, p. 81.
- 63.- Ibidem, p. 80.
- 64.- Ferrer, Diego: op. cit., p. 110.
- 65.- B.F.M.C.: Libro de Actas, 23 de octubre de 1793.
- 66.- B.F.M.C.: Ibidem.
- 67.- B.F.M.C.: Ibidem, 25 de octubre o noviembre de 1794.
- 68.- B.F.M.C.: Ibidem, 8 de enero de 1795.
- 69.- B.F.M.C.: Ibidem, 28 de julio de 1795.
- 70.- B.F.M.C.: Ibidem, 14 de octubre o noviembre de 1794.
- 71.- En ningún caso de los estudiados se llega a suspender a ningún candidato, y siempre aparece la fórmula de aprobado «*nemine discrepante*».
- 72.- Así se hizo el 25 de octubre de 1793 (B.F.M.C.: Libro de Actas).
- 73.- Virgili, Pedro: «*Exposición*», p. 80.
- 74.- Ibidem.
- 75.- No olvidemos las quejas que a este respecto presentará Vicente Lubet en 1790 sobre las ausencias de algunos cirujanos (profesores del Colegio), que debiendo concurrir a los navios con motivo de los frecuentes conflictos bélicos, dejaban a sus alumnos correspondientes sin su asistencia docente durante algún tiempo (Ferrer, Diego: op. cit., p. 139).

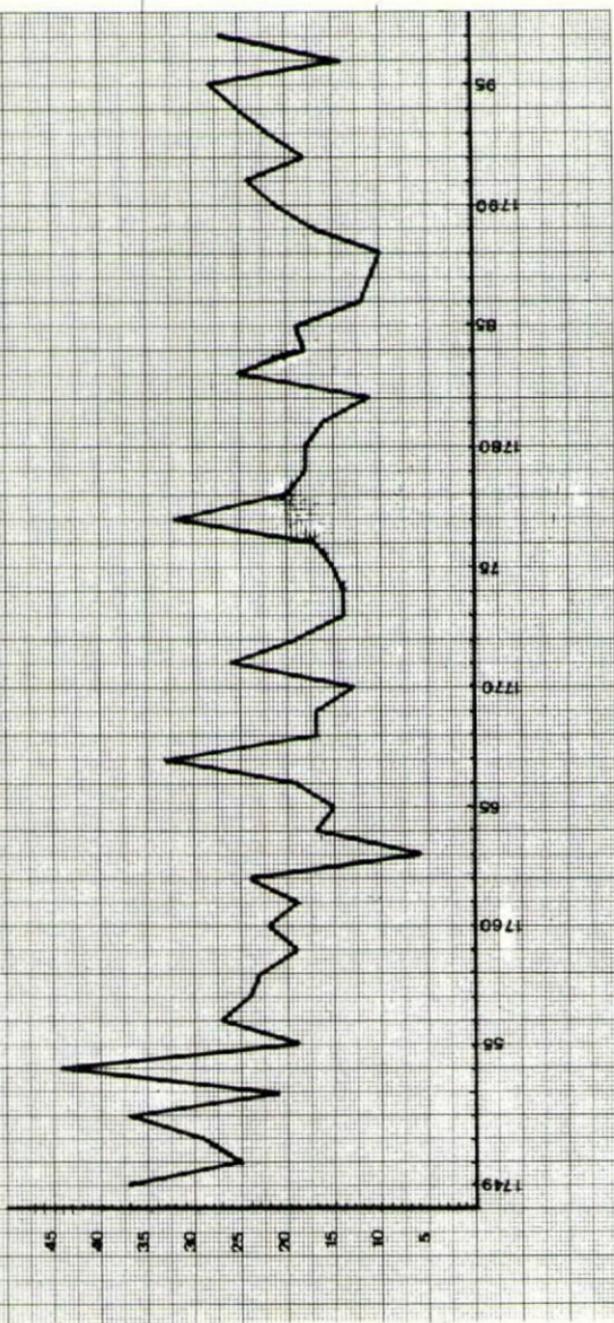
CAPÍTULO VII

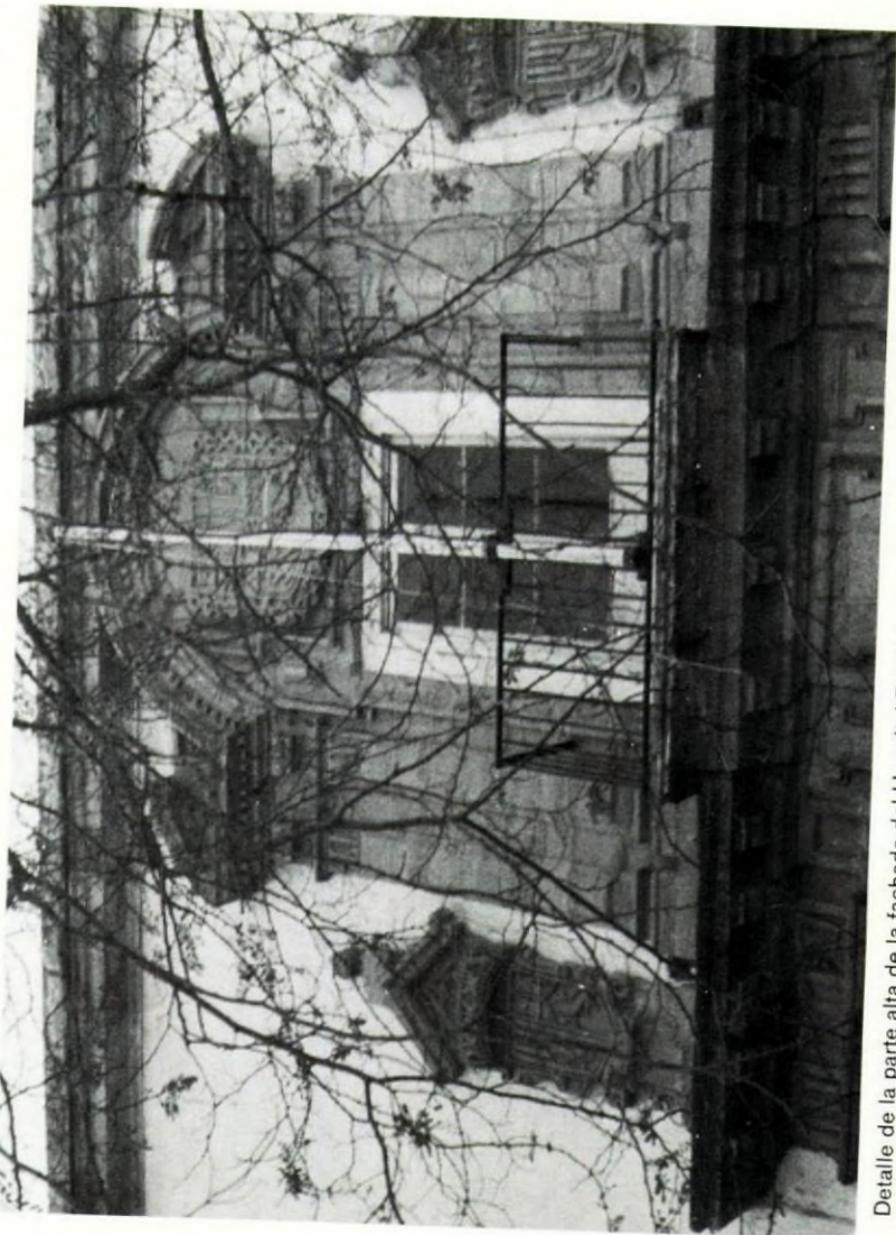
PROYECCIÓN SOCIAL

El Real Colegio de Cirujanos, de cuyo soporte teórico nos hemos ocupado en las páginas precedentes, ejerció sin duda una importante labor social no siempre fácil de calibrar. Dentro de sus limitadas posibilidades, sirvió a los hombres de su tiempo (a los de salud quebrada especialmente), y, como contrapartida, recibirá de éstos estímulos suficientes para seguir avanzando en el desarrollo de su tarea. La actividad de sus cirujanos no sólo se ciñó a la sociedad gaditana de la segunda mitad del siglo XVIII (sobre todo en su vertiente militar), sino que también se extravasará hacia otros ámbitos de la misma época más lejanos y dispersos geográficamente. Los océanos y los mares, los puertos coloniales y los lugares próximos a Cádiz, fueron testigos de unas habilidades cuidadosamente adquiridas en el marco del antiguo Hospital de la Armada. A expensas de este último, alumnos de diferentes regiones llegarían a formar parte de las élites médicas españolas.

Fuera de la actividad meramente terapéutica, el paso de los cirujanos por el centro dejó también ciertas huellas que nos han de permitir acercarnos, aunque un tanto someramente, al conocimiento de la sociedad gaditana a la que habían ido prestando sus servicios. De la misma manera nos aparecerá esclarecida la proyección social que el Real Colegio ejerció en estos años fundamentales de su vida.

NÚMERO DE ALUMNOS INGRESADOS POR AÑO EN EL REAL COLEGIO





Detalle de la parte alta de la fachada del Hospital Real coronada por el escudo de los Austrias - Foto del autor.

El número de alumnos admitidos cada año a sus enseñanzas (véase gráfico adjunto) osciló a lo largo del período estudiado, pero nunca llegaría a sobrepasar —contra lo que Virgili llegó a pensar— la cota de cuarenta y cuatro alcanzada en el año de 1754. Los restantes porcentajes oscilaron en torno a la media de veintiún alumnos, y prácticamente ninguno de ellos (a excepción de los correspondientes a 1767 —treinta y tres— y 1777 —treinta y dos—) logrará llegar a los niveles de los primeros años de funcionamiento del centro (1). Por lo demás, la curva correspondiente a esta segunda mitad del Setecientos presenta abundantes oscilaciones, notándose una clara tendencia a la baja entre 1749 y 1763 (únicamente seis alumnos entrarán este último año). Sigue a continuación un período que podríamos calificar de sostenimiento entre 1763 y 1788 aproximadamente, sólo alterado virtualmente por algunas incursiones alcistas en los años 1767, 1771, 1777 y 1783. A partir de 1788 se inicia una rápida recuperación, por la que se pasará de los diez alumnos matriculados en ese año a los setenta y uno de 1800 (2).

Así pues, si estos datos que hemos recogido del «Libro de Registro de los alumnos del Real Colegio» no dejan fuera colegiales sin inscribir (los no internos, por ejemplo), podemos concluir que el cálculo inicial de Virgili resultó ser demasiado alto, y que las peticiones formuladas con posterioridad por la Dirección del centro (1753 y 1791) dependieron más del ya referido deseo de prevenir posibles incrementos en la demanda de plazas, o de allegar mayores fondos para el Colegio, que de una apreciación precisa de la realidad.

Más difíciles de explicar resultan en cambio los incesantes altibajos experimentados por la curva en este casi medio siglo de vida del centro, pues que nos aparecen sin aparente relación con los grandes movimientos generales de la coyuntura política o económica. Sin embargo, una mayor profundización en aspectos tales como las cuentas del Colegio, creación de otros organismos homónimos, política seguida en el gaditano, actitud de los distintos ministerios gubernamentales, etc., podría dar bastante luz al respecto.

Un total de 1.018 alumnos, comprendidos entre los quince y los veintiocho años (los de diecisiete, dieciocho y diecinueve son los más frecuentes), pasaron por el Real Colegio entre 1749 y 1797. Sus zonas de procedencia son muy variadas y abarcan prácticamente la casi totalidad de las regiones españolas. Andalucía es la que ocupa, globalmente considerada, el lugar más destacado de ellas, por lo que se refiere a número de colegiales admitidos, si bien Cataluña logra adelantarse en unos cuantos años sueltos (1754, 1755 -fecha de la creación del Real Colegio de Cirugía de Barcelona- y 1756) e igualarlo en otros (1759 y 1762).

Muchos de estos alumnos se transformarían con el paso del tiempo en médicos y cirujanos notables: unos como profesores del propio Colegio Gaditano; otros, irradiando con su acción los principios y habilidades, aprendidos al calor de la relevante fundación virgiliana, por los más distintos puntos geográficos.

Los lugares de origen de sus hombres vienen a corroborar la idea cada vez más firme del distanciamiento cultural existente, paralelo al socio-económico, entre la España del interior y la periférica, en favor de la segunda. Esta diferencia se iría ahondando a lo largo de todo el siglo XVIII, para luego ser determinante en el Ochocientos (3). Virgili, «alma mater» de la institución, es catalán; Canivell, Sabater, Ameller, Ramonell, Rivas, Oromit y Gimbernat –por sólo citar algunos de los nombres más conocidos– nacieron en la misma tierra que el fundador. Boullosa y Lubet son gallegos. Velasco y Villaverde asturianos. Antonio España y Terrero andaluces (Cádiz). Decididamente, el papel que a los hombres del extrarradio peninsular cupo en el cultivo y divulgación de las nuevas ideas fue de una gran importancia, y nuestra ciudad puso en todo ello su fecundísimo grano de arena (4).

El momento histórico que tocó vivir a los cirujanos del centro gaditano les ayudaría mucho, pero no por eso dejaría de crearles ciertos obstáculos. Los documentos se encargan de constatar esta aparente contradicción. Ya nos referimos capítulos atrás a la inapreciable ayuda que, después del Marqués de la Ensenada, a través de

los sucesivos gabinetes ministeriales ilustrados, se prestó siempre al Real Colegio para su sostenimiento y la mejora de sus prestaciones.

Paralelamente, los Borbones abrirían las puertas del estamento nobiliario a nuestros personajes, aun cuando no les correspondiera a veces a éstos por su extracción social plebeya. Pedro Virgili supo de las delicias de la adscripción honorífica al estrato dominante, por obra y gracia de S.M. el rey Fernando VI. En efecto, según un Real Decreto del año 1754, el monarca venía a atender la solicitud del catalán, concediéndole privilegio y nobleza de Castilla, así como fuero de hijodalgo para él y sus descendientes, con todas las prerrogativas que de ello se derivasen (5). Venía de esta forma a cumplirse de nuevo la política ilustrada de reconocimiento social al mérito de las personas y a los servicios prestados por éstas, frente a las meras prerrogativas de linaje. Así, el desempeño de la Medicina y la Cirugía se convertían ahora en vías transitables para el ascenso social (6). La acción referida significaba también el espaldarazo definitivo a la profesión médica como servicio público fundamental, por encima de los prejuicios contra el ejercicio de las profesiones liberales en general. Pero una cosa eran las leyes y la política y otra muy distinta la realidad psicosociológica del país. El asturiano Villaverde aún se veía obligado a recordar, en relación con el uso por parte del cirujano de ciertos instrumentos considerados deshonorosos, que la necesidad obligaba asiduamente a dejar de lado los recelos de uso corriente en la sociedad (7). Por otro lado, y como también hemos visto, los propios cirujanos del Colegio contribuían de alguna manera a mantener este estado cosas: Virgili exigiendo limpieza de sangre a los que desearan ser admitidos como alumnos en el centro, o, en unión de sus compañeros, pidiendo se distinguiera entre la Cirugía y el mero empirismo de los barberos y romancistas; todos, aspirando a incorporarse en el estamento noble.

La incidencia social de los hombres del Real Colegio y de los cirujanos en general se pone de manifiesto en la participación que éstos tuvieron en la creación de nuevos centros, así como en su contribución al desarrollo de la ciencia quirúrgica legal. Con relación a

lo primero, varias fundaciones, correspondientes a sendos Reales Colegios, jalonan todo el siglo XVIII. Tras el de Cádiz, surgió el de Barcelona (1760), y posteriormente, el de San Carlos de Madrid (1787) (8). Cada uno de ellos tuvo su misión específica (la Ilustración implica un proceso de racionalización de los recursos y de las necesidades), y en todos es notorio el influjo ejercido por la matriz gaditana.

Los cirujanos de esta última concurren con su ayuda al despegue de los restantes. Virgili será el primer Director del de Barcelona, mientras que los maestros de la institución gaditana cubren todos los puestos del claustro de profesores del colegio cotalán durante este tiempo, a excepción de uno. El discurso inaugural allí leído correrá a cargo de nuestro bien conocido Diego Velasco (9). Además, en el año de 1765, el Real Colegio barcelonés remitirá a Francisco Villaverde el programa de estudios y las observaciones hasta ese momento realizadas, para que se den a conocer a la junta de profesores del de Cádiz.

Por su parte, Antonio Gimbernat, cuyos estudios habían sido realizados en esta ciudad, será llamado en 1778 por el rey, para que, en unión de Mariano Rivas, sienta las bases de lo que será el madrileño Colegio de San Carlos; el proyecto será elaborado a partir de los correspondientes a las capitales andaluza y catalana. Dicho cirujano colaborará también en la fundación de los colegios de Santiago de Compostela y Burgos, así como en el logro de la necesaria uniformidad entre éstos y los restantes, y en la unificación de la Medicina y la Cirugía. Discurriendo el año de 1787, Carlos III le concedía privilegio de nobleza y le nombraba al mismo tiempo cirujano de la Real Cámara.

La presencia de hombres del Real Colegio es detectada asimismo en los centros médicos de la vecina ciudad de Sevilla, al igual que en las tertulias del Cádiz de la época. Tal sucederá en concreto con la Asamblea amistoso-literaria, que fundada en 1752 por Virgili junto a Jorge Juan y Bernardo de Ulloa, pudo servir de base a la futura Academia Nacional (10).

El desarrollo de la cirugía legal –al igual que el de su homónima la Medicina– expresaba las enormes posibilidades que se abrían para esta especialidad en el campo social, e implicaba un reconocimiento importante de la misma, fuera ya del campo estrictamente sanitario. El Real Colegio de Cádiz se vinculó a este proceso, por lo menos a través de una de sus figuras más preeminentes: la de su Director Domingo Vidal. Autor éste de una «Cirugía forense»(11), su pretensión consistirá en hacer de su libro una fuente de información, capaz de servir a la Justicia para el más correcto desempeño de su función. A tal fin pasará revista a las diferentes aportaciones que cada una de las especialidades médicas (Anatomía físico-práctica, Patología, Autopsia, etc.) pueden hacer a los jueces y abogados, a la hora en que éstos acometan problemas concretos relativos a su profesión (delitos, accidentes o simples pleitos). La obra pretende obtener, por lo tanto, una auténtica proyección social, que únicamente el tiempo se encargará de ir ampliando y ahondando.

Pero tal vez, la incidencia más importante de nuestros cirujanos haya que buscarla precisamente en aquello para lo que habían sido en realidad llamados: el cuidado y la atención a los enfermos. ¿Sabemos quiénes eran éstos? Una vez más vienen en nuestra ayuda las memorias clínicas leídas en el Colegio. De su estudio podemos deducir, al margen de su parquedad informativa, el sexo, la edad, el grupo social de pertenencia, algunos escuetos rasgos físicos de los pacientes, o, lo que a nuestro juicio es más importante, el tipo de males que les aquejan. Vamos a tratar de ver con cierto detenimiento (aquel que nos posibilitan las fuentes reseñadas) todos estos aspectos que hemos apuntado.

Los hombres recurrían con mayor frecuencia a los servicios del cirujano que las mujeres. Sobre un total de cien enfermos consignados en los manuscritos de las sesiones clínicas entre 1745 y 1796, ochenta y uno pertenecen al sexo masculino y diecinueve al femenino. La diferencia se explica fácilmente, si tenemos en cuenta que el Real Colegio de Cádiz centró sus atenciones, al menos en un primer momento, sobre los miembros de la milicia naval. Por otra parte, los

hombres eran corrientemente más proclives a los accidentes que sus compañeras, al estar expuestos a actividades mucho más peligrosas o violentas. Además, la mujer se encontraba aún en los inicios de su incorporación al uso de determinadas prestaciones médicas vinculadas con su sexo; entretanto, éstas continuaban revestidas de prohibiciones por el recelo social que les acompañaba.

A pesar de estas limitaciones, el número de enfermos que pasó por las manos de nuestros cirujanos debió de ser sin duda considerablemente mayor, aunque las fuentes utilizadas no hayan dejado testimonio fehaciente de ello (12). El olvido de muchos casos no considerados interesantes de comentar, el incumplimiento de las obligaciones dimanadas de la Dirección del Colegio para que se recogiesen todos aquellos ejemplos que pudieran servir a la instrucción de cirujanos y alumnos, la pérdida de otros con el transcurso del tiempo, nos impiden un conocimiento cuantitativo más exacto. Con todo, la muestra que ha llegado a nuestras manos puede bastar de alguna manera a nuestra pretensión.

Por lo que respecta a las edades, existe un neto predominio de los jóvenes en la demanda de servicios médicos ofrecidos por el Real Colegio. Las cifras son bien elocuentes a este respecto. De un total de once mujeres escrutadas, de las que se conoce la edad con cierta exactitud, cinco se encuentran entre los doce y los veintiseis años, en tanto las restantes son: una niña de cinco, sendas mujeres de veintiocho y treinta y cinco, otras dos de cuarenta y cincuenta. Existen también tres mujeres más de las que conocemos la edad aproximada (dos de ellas tienen entre dieciocho y treinta años, y otra entre cincuenta y nueve y sesenta). El par restante son calificadas por los documentos, simplemente, como «jóvenes». En resumidas cuentas, una edad media para el primer grupo en torno a los veintisiete años (13).

Los hombres no les van a la zaga. Edad media de los veintinueve casos en que la conocemos con cierta precisión, igual a veinticuatro años y medio; es decir, ligeramente inferior a la de las mujeres. Doce se encuentran entre los doce y los veintiseis años (14),

tres cuentan con veintiocho, uno treinta, dos treinta y dos, otro treinta y cinco, y dos más treinta y ocho; el resto corresponde a siete niños de tres, cinco, siete, ocho y nueve años respectivamente, a la vez que a cuatro hombres entre los treinta y nueve y los sesenta años. Los de edad aproximada superan en su mayor parte los treinta y nueve años (seis de los diez escrutados); los que quedan son: dos calificados como «jóvenes», otro entre los dieciocho y los veinte años, más dos en torno a los veintiseis y treinta y seis años respectivamente. El abanico sería muy amplio de haber sido incorporado este último grupo al anterior; la edad media de ambos se hubiera entonces acercado a la de las mujeres ya calculada.

Fuera de la frialdad de esta cifras, fruto de un afán racionalizador y de precisión compartido por los hombres del propio centro gaditano, una contestación: predominio de la juventud (generalmente la que presta servicio militar), pero también dispersión en la breve pirámide de las edades que hemos esbozado. Hombres y mujeres; niños, maduros y viejos: a todos ellos se extendieron los servicios prestados por nuestros cirujanos.

Junto a las edades y sexos, los documentos han sido generosos en mostrarnos las distintas profesiones de los enfermos; no todo lo que hubiera sido de desear, pero suficiente para hacernos una idea de su nivel social y de la clientela que habitualmente acudía a los profesionales de la cirugía en Cádiz. A este respecto, el Real Colegio podía felicitarse al haber cumplido holgadamente el objetivo para el que había sido creado: atender las necesidades médicas de la tropa y, por ampliación, las de «público en general, y en particular» (15).

Volvamos a la estadística: setenta y un casos de profesiones conocidas; de ellas, veintitrés corresponden a marineros rasos, siete a soldados, dos a artilleros, dos a tambores, una a granadero, una a grumete, una a caballero guardia marina, una a contraamaestre, cuatro a cabos y otras cuatro a oficiales de marina. En total: cuarenta y seis hombres procedentes de la milicia y pleno dominio del mar. Las pretensiones de los primeros momentos fundacionales se habían

cumplido. Al lado, otras profesiones afines a la vida marítima: D. José de Senmenat (Gobernador Civil de Cádiz), un comerciante inglés y dos criados (uno al servicio del Fiscal de Contratación, el segundo al de otro comerciante británico). En resumen, también a estos niveles que afectan a la salud pública, Cádiz refuerza su condición náutica.

Pero la enfermedad tocó también a personas no vinculadas directamente con la vocación marinera de nuestra ciudad: al saber y a los cuidados médicos de los cirujanos del Real Colegio recurrieron también un religioso de la Iglesia de Santo Domingo, un cocinero, un aserrador, un albañil y un tahonero. Otros personajes están definidos, más que por su profesión, por su propia extracción social, tal es el caso de una señora de alcurnia de Cádiz, de la hija de un pastelero y del hijo de un mercader de Arcos. Las demás corresponden a actividades socialmente despreciadas o marginales, aunque corrientes en la vida urbana de entonces: una de las enfermas es esclava, y otras dos son denominadas como «mocitas de vida libre». Por último una pléyade de mujeres se adscribirían a las fatigosas labores caseras.

De todos estos pacientes conocemos unos pocos nombres (Pedro García, Cristóbal Victoria, Pedro Gallego, Micaela Pérez, Manuel Fernández, Juan de las Armas, Josefa Abreu, etc.), así como su tipología biológica, a partir de las viejas categorías galénicas en las que los cirujanos del Real Colegio solían encuadrarles. Cinco grandes grupos, a veces combinados entre sí, son de uso corriente a este respecto : sanguíneo —el más frecuente—, flemático, bilioso, melancólico, robusto, y endeble o pituitoso. En determinados casos se utilizan también caracterizaciones menos concisas del enfermo. De un comerciante inglés atendido en 1765 se dice ser «bilioso, pituitoso (...), valetudinario y bastante voluntarioso en el uso de las cosas no naturales» (16); de otro enfermo, atendido al año siguiente, que tiene una «carácter exterior macilento y grácil» (17). Villaverde se las ha de ver con un paciente de «constitución cachéctica» (18); mientras que su compañero Canivell llegará a curar a Juan Belgara, que a la

sazón tenía «predominio melancólico, habito, de (...) grácil, hecho a usar alimentos vegetales», y que, además, estaba acostumbrado «a dormir (...) sobre su ropa» (19). En estos casos, la caracterización trasciende, pues, la mera clasificación biológica, para intentar adentrarse en otros campos relativos a la conducta y el comportamiento humanos. No debemos olvidar que el conocimiento de estos datos, constituye para nuestros cirujanos un paso previo, que ha de repercutir en el tratamiento posterior dado al sujeto en cuestión.

El tipo de enfermedades que aquejan a los pacientes guarda una estrecha relación, tanto con la profesión más generalizada entre ellos, como con el hecho de que nos encontremos en una ciudad con las características de las de Cádiz. El escrutinio realizado para este primer medio siglo de vida del Colegio gaditano no deja lugar a dudas: predominan las heridas y fracturas en general (veinticuatro). Afectan éstas a todas las partes del cuerpo, aunque para nosotros lo realmente importante es el que sean, en su inmensa mayoría, el resultado de accidentes surgidos por desempeñar alguna actividad relacionada con el mar o la navegación. Se constatan a este respecto las derivadas de caídas varias (desde una escala, desde la escotilla del buque al sollado, por driza enrollada en la pierna, etc.), o de otro tipo de percances (al arriar por ejemplo). Siguen en importancia nada desdeñable las enfermedades venéreas (doce casos en total, sin contar los tumores y úlceras localizados en diversas partes del cuerpo (nueve y seis respectivamente) (20), los partos difíciles (tres o cuatro, prueba evidente de la ya referida importancia concedida por el Colegio a la Obstetricia), las intoxicaciones y envenenamientos (tres casos, uno de ellos de tipo colectivo), las complicaciones escórbuticas (dos, también íntimamente vinculadas a la navegación), los cálculos en la vejiga (dos), y otras enfermedades diversas (los cólicos nefríticos, las fiebres y calenturas –algunas de las llamadas tercianas–, el alcoholismo, las demencias, las hidropesías, las hemorragias, las afecciones de ojos, las gangrenas, los dolores de muelas, los reumatismos, las ictericias, las pleuras,...).

Quedan al margen del cómputo las tradicionales enfermedades

de orden epidémico (peste o viruela; de esta última tan sólo se han podido contabilizar dos casos), así como las derivadas de accidentes catastróficos, afectando a un sector amplio de la población. Lo primero no resulta extraño, habida cuenta de que, en el período abarcado por el presente estudio, Cádiz resultó en realidad poco afectado por este tipo de desgracias (21). Por lo que respecta a los segundos, el hecho es más asombroso, si tenemos presente la incidencia del gran terremoto de 1755, que tanto debió sentirse en la ciudad. ¿Cuántos casos de heridos a causa de esta catástrofe natural fueron atendidos en el Hospital del Real Colegio? La documentación no dice nada, impelida tal vez por su escasa incidencia en Cádiz, o por el escaso interés científico-pedagógico de los ejemplos médicos de ella derivados.

Tampoco se perciben a lo largo de estos años variaciones coyunturales significativas en lo relativo a la evolución de las distintas enfermedades. Así pues, no se pueden señalar avances o retrocesos en el tiempo de unas determinadas sobre las otras. Además, fuera de la correlación estrictamente biológica, no existe ninguna otra que vincule ciertos tipos de males a un sexo concreto.

Las fuentes utilizadas aluden finalmente a algunos datos parciales referidos al domicilio y destino de un pequeño número de enfermos, al igual que, de forma indirecta, a las actitudes que éstos manifiestan en su trato diario con el cirujano. La escasez de reseñas domiciliarias no nos permite, sin embargo, reconstruir la tipología social urbana de aquellos elementos no militares que demandaban los servicios médicos. El callejón nuevo de «La Pastora», la calle de «Marzal» o la de «El Baluarte» —que así aparecen en los textos— poco nos dicen por sí solas.

Sí se observa en cambio una mayor generosidad informativa en lo que a pertenencia de los enfermos a regimientos y barcos se refiere. Ante nosotros desfilan nombres como los de Asturias, Córdoba, La Corona, Zamora, Victoria, Guadalajara, Irlanda, etc., haciendo alusión a los primeros; al tiempo que lo hacen otros correspondientes a navíos, tales como «La Real Familia», «El Cazador», «La

Reina», «San Joaquín», «El Astuto» o el glorioso «San Juan Nepomuceno», pertenecientes todos ellos a la Armada. No obstante, los datos continúan siendo insuficientes, y tan sólo sirven para reforzar aún más la idea, ya expresada, de la importancia de lo militar en las prestaciones médicas realizadas por los cirujanos del Real Colegio.

La mayoría de los enfermos son atendidos en el Hospital a este último adscrito. Algunos llegan de lejos: Josefa Abreu, por ejemplo, viene desde Ayamonte (Huelva), acompañada de su marido, para ser atendida en él (22). Otros esperan en su propia casa la llegada del cirujano, o se benefician del saber de los exalumnos del centro gaditano, en lugares de residencia apartados de la matriz andaluza (Burgos, Cartagena, La Habana...).

El objetivo principal de las memorias, al ser de orden pedagógico-científico, impidió también el que se concediera la importancia debida a las actitudes y reacciones de los respectivos pacientes; no obstante, éstas afloran a veces ante los ojos del investigador, como rico testimonio de la época. Cuando esto es así, ¿qué es lo que vienen a demostrarnos? Constatan en su mayor parte la desconfianza y el temor de los enfermos hacia sus virtuales sanadores. Manuel Padilla se encontrará con dificultades para curar a su paciente según el método deseado, por el horror que éste manifiesta hacia las sangrías (23). Otro tanto viene a expresar el Contraamaestre sevillano Sebastián Hornillos, el cual «no quiso consentir que se le abriese un tumor» (24). La falta de anestesia y la brutalidad de la mayoría de las intervenciones quirúrgicas, se encuentran lógicamente en la base de tales actitudes. Algunos enfermos prefieren seguir aguantando el dolor y la incomodidad de sus males, «por horror que tienen concebido a las operaciones quirúrgicas, aún a las más mínimas» (25). El cirujano que atiende en 1764 a D. Juan Lambertos no renunciará a recordarlo de nuevo: «el pavor es inseparable de los enfermos en toda intervención quirúrgica» (26). Hombres y mujeres coinciden en la misma idea de que el remedio es muchas veces peor que el propio mal.

Ciertamente, de ella también participan los familiares de las

víctimas. Sabater procuraría tranquilizar a los padres de su paciente, al tiempo que anima al enfermo, ante la oposición que aquéllos manifestaron por la aplicación a su hijo de un cauterio, mecha o «moxa encendida». Tan sólo con oír el nombre de fuego —escribe nuestro cirujano al respecto— cundía entre ellos el terror (27).

Unicamente algunos valientes y sufridos enfermos rompieron con la tónica general que venimos describiendo. Canivell anota la extrañeza que le produjo el que Juan Belgara, aquejado de cálculo en la vejiga, «no dijera siquiera un ay» durante la intervención a que fue sometido (28). Pero tales casos constituían una excepción. El juicioso Villaverde animará a las curas breves, por el «terror pánico, que se imprime por largo tiempo, en la imaginación de los pacientes, renovándose con nuestra presencia (la de los cirujanos) la memoración del dolor que se les causó (29).

El dolor consustancial a la mayor parte de las intervenciones quirúrgicas, así como el recelo popular y la débil implantación de la profesión médica, animaban a los afectados por la enfermedad al recurso a los empíricos y curanderos, en sustitución de los cirujanos de carrera. Son relativamente abundantes los ejemplos en los que el enfermo sólo recurrirá a estos últimos, una vez habían resultado ineficaces los servicios dispensados por los primeros. Una enjundiosa muestra de lo que decimos, a la par que de los métodos utilizados por los curanderos, es la ejemplificada por el santanderino José de Tierra, quien afectado de escorbuto y gangrena, «llamó a una mujer de las que el vulgo cree con habilidad». Esta le sobará y untará con cebo (¿=sebo?) y ajos, sin obtener los resultados apetecidos. Tras esta primera actuación, el sujeto recurrirá pacientemente a otra curandera, que le untará a su vez con manteca de Flandes, girándole varias veces el pie hasta producirle grandes dolores. El fracaso de este nuevo sistema impulsará al infatigable enfermo a hacerse auxiliar de varios facultativos, sin que su constancia se viera por ello recompensada. Será entonces cuando, creyendo deberse su enfermedad a una descomposición de huesos, «llamó a un zapatero (!) a quien atribuyen particular gracia». Este artesano de la aguja y el

cuero le tratará a base de frotaciones con sebo y alhucema caliente, junto a otras aplicaciones, sin lograr tampoco mejores frutos. José de Tierra, inasequible el desaliento, volverá a recabar la presencia del zapatero por segunda vez. Nuevo fallo; ahora apelaría a un panadero, el cual, con unturas de cebo y hierbas, vendrá a reproducir los resultados de su antecesor. Cansado al fin, y tras casi seis meses de ininterrumpidos dolores y complicaciones, el santanderino avisará a Canivell expresándole su deseo de que viniera a asistirle (30).

La muestra, aunque maximizada, resulta lo suficientemente elocuente como para dar razón al dicho de «todo, antes de recurrir al médico». Ahora bien, esto no siempre era así; otros enfermos más confiados recabarán con más prontitud, y a iniciativa propia, los servicios del cirujano profesional. Manuela Jiménez está entre ellos. Casi desde las primeras molestias que tuvo, recurrió a los facultativos de la ciudad, y después del poco éxito obtenido por éstos, a los servicios del Real Colegio por medio de Miguel de Arricruz (31).

A veces, las opiniones contrapuestas de los cirujanos de carrera por un lado y de los empíricos por otros, desembocaban en un enfrentamiento en torno a un mismo paciente y a una misma enfermedad (32).

Cuando no se recurría ni a los empíricos ni a los profesionales, solía funcionar la automedicina o la pura y simple rebeldía. Antonio de España nos dejó un breve aunque significativo testimonio de este hecho. Un marino afectado de úlceras vanéreas despreciará acudir a la enfermería del barco en que viajaba, a pesar de habersele dado aviso en tal sentido, «y emprendió su (propia) curación yéndose a la Proa del Bajel, y lavándose todas las pústulas con agua de la mar». Al día siguiente, sus compañeros le encontrarían en un «estado muy precario» (33). Pero este carácter indómito frente a las reglamentaciones y austeridades impuestas por los tratamientos médicos, lo encontramos también en otros ejemplos. Recordamos de nuevo el caso de Juan Belgara, cambiándose por su propia cuenta la dieta prescrita por el médico, y que terminará huyendo del Hospi-

tal (34). O el de Guillermo Shestg, herido al caer de un caballo cuando intentaba salir de casa, aprovechando la ausencia del médico que le atendía (35).

Ciertas reservas morales y sociales sirven también de obstáculo a la acción médico-quirúrgica. Sólo poco a poco, logrará irse abriendo paso una visión diferente del facultativo como auténtico profesional. Entretanto, ésta no será perceptible sino en contados casos de tipo esporádico. Villaverde rememora el ejemplo de una alta dama gaditana, de la que por respeto omite el nombre, la cual presentaba dificultades para dar a luz. Viendo la citada que la matrona a la que había acudido no conseguía nada positivo, mandará llamar a nuestro cirujano, si bien rehusará dejarse operar por éste. Entonces —relata Villaverde— «me tomé la molestia de hacer ejecutar la operación por la misma matrona, dictándole por instantes sentado al lado de la paciente los preceptos que enseñan las reglas del Arte (...), lo que se ejecutó puntualmente *en presencia de su Marido y otros concurrentes*». Pero al final, la necesidad y el temor a perder el hijo terminaron imponiéndose, y la enferma consintió en ser intervenida por Villaverde (36). Otras veces no ocurría así. El catalán Canivell recuerda, en su «Tratado de las heridas», el caso de un paciente que guardó lo que cabría tildar de «genio y figura hasta la sepultura». Prescrita la necesidad de amputar a éste un miembro, el afectado se negará a ello persuadido por su confesor. En tales circunstancias, la muerte, que hubiera podido tal vez ser evitada, no tardaría en llegar (37). Sugestión, desconfianza, ignorancia, temor en definitiva, se unieron estrechamente, para hacer de la intervención quirúrgica y de la asistencia médica en general un camino no siempre fácil y acolchado.

NOTAS

1.- Los porcentajes son los siguientes: treinta y siete alumnos de 1749; veinticinco, veintinueve, treinta y siete, veintiuno y cuarenta y cuatro en los años sucesivos (B.M.F.C.: Libro de Registro de los alumnos del Real Colegio).

2.- *Ibidem*.

3.- Anes, Gonzalo («*Los Borbones*») y otros historiadores (Fontana, Mestre, etc.) han insistido con frecuencia en esta idea.

4.- Braza Cahucelo, Francisco: Tesis Doctoral sobre la enseñanza en el Real Colegio de Cirujanos de la Armada de Cádiz. Cádiz, noviembre de 1958, Apéndice. Papel semejante debió desempeñar en el siglo XVIII el Observatorio Real de Cádiz, elemento esencial para conocer la penetración científica en España. Pueden verse a este respecto los trabajos de David Almorza: «*El Observatorio Real de Cádiz y su traslado a San Fernando*» (S. Fernando, 1977) y «*Catálogo de las obras y publicaciones periódicas que existen en esta Biblioteca —del Instituto y Observatorio de Marina—*» (S. Fernando, 1977).

5.- En el Decreto que afectaba a Virgili, se le concedía además a éste, el derecho a esgrimir escudo de armas y blasón familiar propios —se conservan copias en la Facultad de Medicina de Cádiz—, al tiempo que se le otorgaban 30.000 reales exentos de pago a Hacienda (Ferrer, Diego: «*Historia del Real Colegio*», pp. 92-93).

6.- Chaussin-Nogaret: «*Nobles médecins*», pp. 852 a 854.

7.- Es, por ejemplo, el caso del verduguillo -disminutivo de la navaja de afeitar-, que era utilizado «para rapar el vello, y desprender de la circunferencia de las úlceras la inmundicia...» (Villaverde, Francisco: «*Tratado de las operaciones*», vol. I, p. 22).

8.- Jordi Nadal señala también la creación de otros dos: uno en Burgos y otro en Santiago de Compostela (1799 es la fecha de este último) («*Historia de la población mundial*», p. 649).

9.- Ferrer, Diego: op. cit., pp. 106 y 113.

10.- López, Antonio: Disc. cit., p. 28. De la proyección política de nuestros cirujanos basta recordar el carácter liberal de Juan Manuel Aréjula, obligado a exiliarse en 1823, así como el caso de Gimbernat, a quien se le retirará la pensión al ser acusado de afrancesamiento.

11.- La obra fue publicada en 1783 y consta de tres secciones, con un total de dieciseis capítulos y un apéndice al final de la II sección. Los temas que en ella se tratan son muy diversos: tipos de declaraciones, relaciones o certificaciones médico-quirúrgicas; condiciones para que las relaciones judiciales sean válidas; aportaciones de las diferentes ramas del saber médico al conocimiento legal; ...

12.- Existen años aislados (1751, 1757, 1759, 1779, 1789, 1793 y 1795) y pe-

riodos (1770 a 1777 —a excepción de 1772— y 1781 a 1786) en blanco.

13.- En los demás casos atendidos, sean de mujeres o de hombres, no se especifica la edad. El tiempo transcurrido, entre la enfermedad y la lectura del caso ya resuelto, era lo suficientemente largo (a veces varios años) como para que la memoria llegase a fallar; de lo contrario, se habría tenido buena cuenta de tomar los datos por escrito en el momento preciso.

14.- La edad predominante en este grupo es de veintidós años.

15.- Virgili, Pedro: «Exposición».

16.- B.F.M.C.: O. y C.M., Juan Somoza, 1765.

17.- B.F.M.C.: O. y C.M., Anónimo, 1766.

18.- B.F.M.C.: O. y C.M., Francisco Villaverde, 1766.

19.- B.F.M.C.: ¿O. y C.M.?, Francisco Canivell, 1768 ó 1769.

20.- La importancia de la enfermedad es tal, que una Real Orden de 1754 pedirá sean admitidos en el Real Hospital de Cádiz todo tipo de enfermos, «incluyendo las sarnas y mal gálico de que siempre abunda mucho la tropa de esta plaza» (Ferrer, Diego: op. cit., p. 95). Las enfermedades venéreas figuran, además, entre las más frecuentes de las atendidas en alta mar. Así lo constata la relación de José Salvat y Bartolomé Arizaga al referirse a las enfermedades acaecidas durante la travesía del navío «El Guerrero». Ocupan también un puesto preeminente las tercianas simples (sólo un caso aparece en cambio en las sesiones clínicas), las calenturas mesentéricas y pútridas, el escorbuto, las pleuresías, las diarreas, erisipelas y anginas (B.F.M.C.: O. y C.M., travesía Cartagena-Cádiz (?) entre el 11 de abril y el 8 de septiembre de 1765).

21.- Tan sólo la de viruela de 1768 (iniciada a mediados de mayo) tuvo cierta repercusión en Cádiz y sus alrededores. Las dos epidemias de 1753 y 1764 apenas tuvieron incidencia sobre nuestra ciudad.

22.- B.F.M.C.: O. y C.M., Gaspar Pellicer, 1753.

23.- B.F.M.C.: SS. CC., 1796.

24.- B.F.M.C.: O. y C.M., Francisco Nueve Iglesias, 1760.

25.- B.F.M.C.: O. y C.M., 1756.

26.- B.F.M.C.: SS.CC., 1756.

27.- B.F.M.C.: O. y C.M., 1746.

28.- B.F.M.C.: O. y C.M., 1768 ó 1769.

29.- B.F.M.C.: O. y C.M., 1764.

30.- B.F.M.C.: SS.CC., Francisco Canivell, 1769.

31.- B.F.M.C.: SS.CC., Miguel de Arricruz, 1791.

32.- B.F.M.C.: SS.CC., Manuel de Padilla, 1797.

33.- B.F.M.C.: SS.CC., Antonio de España, 1780.

34.- B.F.M.C.: O. y C.M., Francisco Canivell, 1768 ó 1769.

35.- B.F.M.C.: O. y C.M., Juan Somoza, 1765.

36.- B.F.M.C.: SS.CC., Francisco Villaverde, 1766. Por su parte, Canivell exhortará a que el cirujano rechace el temor a perder su reputación, cuando se trate de una enfermedad que requiera ser operada (B.F.M.C.: SS.CC., 1758).

37.- p. 21.



Puerta correspondiente a la capilla castrense del Santo Angel, adjunta al Hospital Real - Foto del autor.

A MODO DE BALANCE

Independientemente de las conclusiones particulares que se pueden extraer de cada uno de los capítulos que anteceden, creemos indispensable hacer aquí un balance general, sacando a luz los aspectos más generales que se pueden deducir del libro.

La España del Setecientos se encuentra inserta en un proceso, iniciado ya en el siglo anterior, de renovación cultural y científica. En el ámbito de la medicina, algunos centros universitarios (Granada, Valencia, luego Salamanca) (1), y, sobre todo, ciertos medios ajenos a los mismos, se constituirán en eslabones indispensables de este cambio (2).

En este sentido, el Real Colegio de Cirugía de Cádiz, al igual que los que después habrán de seguirle, constituyen algunos de los más esenciales elementos de la cadena, a la par que confirman lo que venimos expresando. Ya José Luis Peset ha señalado la importancia, que en todas estas instituciones, se le van a dar a los más novedosos métodos de enseñanza: combinación de modernas asignaturas de tipo teórico (Anatomía, Química, Botánica, etc.) con la actividad práctica (la mayor parte de los centros fueron creados junto a importantes hospitales); régimen de internado; selección de alumnos; exámenes rigurosos; libros de texto propios en castellano; mayor número de cátedras y mejor dotación de las mismas; en definitiva, más libertad y apertura continua hacia Europa (3). Por su parte, Antonio Domínguez Ortiz complementa esta visión, al resal-

tar la independencia del médico con respecto a la «seudocultura» corrientemente enseñada en nuestras universidades, el carácter laico que en tales centros extrauniversitarios tenía la docencia impartida, y el contacto con la naturaleza que la profesión obligada continuamente a establecer (4). Pues bien, tales elementos concurren en el caso particular del Colegio gaditano, configurando una metodología científica (importancia concedida a la experiencia) y unas actitudes (espíritu abierto, criticismo, profesionalidad, cautela y pertinencia, etc.), capaces de situarle en el puesto cumbre al que más arriba aludíamos.

Pero el peso de todas estas novedades no debe hacernos olvidar que nos encontramos ante un centro-encrucijada, donde, en el plazo teórico, se darán cita las distintas corrientes filosófico-científicas que llegaron al siglo XVIII. Las viejas ideas organicistas, el vitalismo, el prometedor mecanicismo y el empirismo racionalizado (5), convivieron asiduamente en el Real Colegio de Cádiz. Allí se dieron la mano, sin menoscabo de los méritos particulares de nuestros cirujanos, Galeno y Van Swieten, Avicena y Boerhaave, Hipócrates y Malpigio, entre otros. Su biblioteca les acogió a todos con gran animación y respeto.

¿Cómo fue posible todo este aperturismo, cuando el panorama intelectual español era todavía tan impermeable a las corrientes científicas del resto de Europa? Sin prescindir de los puntos señalados por Peset y Domínguez Ortiz respectivamente, pensemos que una tal actitud sólo fue posible en el caso de Cádiz por el continuo patrocinio de los gobiernos ilustrados en su favor, así como por el esfuerzo desarrollado en su propia preparación por sus primeros maestros. El ejemplo del centro gaditano muestra, a nuestro entender, el apoyo que los Borbones (Fernando VI, Carlos III y Carlos IV sobre todo) dispensaron a la expansión de todas aquellas ideas avanzadas, que no poniendo en entredicho el orden socio-político vigente, contribuyeran a un mayor progreso y racionalización de la vida pública. Además, en lo que se refiere a la cirugía en concreto, era ésta especialmente protegida, como pago a los servicios que de

su perfeccionamiento podrían derivarse para la milicia. No en vano, los monarcas españoles de la época eran conscientes de la estrecha relación existente entre protección al ejercicio médico-quirúrgico, y mejor asistencia y conservación de sus ejércitos. El propio centro gaditano así vendrá a demostrarlo en su práctica diaria.

La apertura al resto de Europa está en la base, lo mismo que para la ilustración española en general, de los logros obtenidos por el Real Colegio de Cirugía de Cádiz en su primer medio siglo de existencia. Sus respectivos profesores y alumnos viajaron a los principales centros médicos del continente (Leyden, Viena, Edimburgo, Londres, Montpellier), estudiaron los libros de sus figuras más conspicias, y adquirieron el material quirúrgico y pedagógico más avanzado que aquéllos les ofrecían. Imposible, pues, entender los progresos de la institución gaditana sin tener en cuenta todos estos contactos.

Aparte de su contribución específica al desarrollo de la medicina y la cirugía hispana (6), nos encontramos ante un foco ilustrado por excelencia, tan digno de resaltarse como las Sociedades Económicas de Amigos del País, los clubs, los círculos periodísticos o las Academias del Setecientos.

Por su ubicación —en Cádiz—, y por el lugar de origen de sus promotores y profesores, el Real Colegio viene también a reforzar la idea de la recuperación cultural de la periferia, pareja a la económica ya iniciada en el siglo XVII, en contraste con una España interior cada vez más obsoleta y replegada.

En su lucha contra las trabas sociales, nuestros cirujanos esgrimieron una fe y un amor a su profesión a prueba de crisis. No se trataba exclusivamente de acoger lo mejor de la ciencia de su tiempo y utilizarlo en la lucha planteada por ellos contra la enfermedad; era preciso también modificar un entorno social poco adiestrado a valorar sus sacrificios, y receloso de todo lo que pudiera significar innovaciones. Se esforzaron porque su trabajo fuese reconocido en su auténtica dimensión, intentando dejar esclarecidas las diferencias que a ellos les separaban de los simples empíricos y curanderos.

Contaron, como queda ya demostrado, con el beneplácito del Gobierno, pero su celo, a veces excesivo, habría de conducirles a reforzar de alguna manera la sociedad estamental, aún vigente, con sus grandezas y servidumbres (7).

Tanto la Medicina como la Cirugía son entendidas por los hombres del Real Colegio como ciencias con su ámbito específico y autónomo (8), a la par que consideran su ejercicio como un profesión fundamental. Estamos dentro de un proceso secularizador, cuya acción se transparenta en ese sistema de ideas que cimenta la actividad diaria de nuestros cirujanos, y que se expresa a través de toda una serie de vocablos típicos, asiduamente utilizados por ellos en sus escritos. La «moral caritativa» va dejando paso paulatinamente a la «moral filantrópica» (9). Más que por imperativo ético religioso exclusivamente, el cirujano actúa ahora por exigencia de su misma naturaleza humana y de la utilidad social. «Humanidad», «género humano» y «bien público», valga la redundancia, se repiten constantemente en los libros y manuscritos de nuestros personajes, como tributo consciente a los nuevos tiempos de la Razón.

El Real Colegio de Cirugía de Cádiz es, en definitiva, uno de esos centros de irradiación de la «filosofía» ilustrada, tan mal conocidos hasta el momento. Con el presente libro creemos haber logrado restituírle, como al principio del mismo anunciábamos, la importancia que dentro de ese contexto se merece (10). Y ya no resta así sino poner a nuestro Colegio en relación con los restantes elementos (Real Observatorio, tertulias culturales, etc.), surgidos al calor del espléndido comercio gaditano, para consolidar todavía más la visión de un Cádiz cosmopolita, burgués e ilustrado en pleno siglo XVIII.

NOTAS

1.- En Granada se creará la primera Cátedra de Clínica en 1770 y en Valencia en 1786. Poco después, la Facultad de Medicina de Salamanca iniciará su reforma por sendos planes de 1789 y 1804 respectivamente. En ella se percibe la importancia que el estímulo dado por los Reales Colegios tuvo (Peset, José Luis: «*La enseñanza de la medicina*», p. 295).

2.- Recordemos al efecto la Sociedad para el estudio de la filosofía experimental (1697) y la Real Sociedad de Medicina (1700), ambas en la ciudad de Sevilla, de una parte, y el anfiteatro anatómico adjunto al Real Hospital de Cádiz (1728-1729) de otra.

3.- Peset, José Luis: artíc. cit., p.295.

4.- Domínguez Ortiz, A.: «*Sociedad y Estado*». (p. 108) e «*Historia de España y América*» (vol. IV, p. 237).

5.- Utilizamos la terminología empleada por Laín Entralgo y Hugh Kearney en sus obras ya citadas.

6.- Aunque ya en el siglo XIX, no olvidemos el papel importantísimo que al Real Colegio le cupo en la introducción en España de la medicina anatomoclínica. Veáse al respecto: «*La Escuela de Cádiz y la introducción en España de la medicina anatomoclínica*» de José M^a López Piñero, en rev. «*Medicina Española*», 70, 1973, pp. 125-133.

7.- En esta dirección apuntan los deseos de ascenso social a la nobleza de algunos profesores del Real Colegio, la limpieza de sangre exigida para entrar en él, la petición de que se imponga el tratamiento de Don para los colegiales, las distinciones en la vestimenta, etc.

8.- Nuestros cirujanos cumplen en este sentido en España un papel semejante al de John Hunter en Inglaterra; a saber, dar un paso gigante en la transformación de la cirugía en verdadera ciencia médica (Laín Entralgo, Pedro: «*Historia de la medicina*», p. 373).

9.- Laín Entralgo, Pedro: op. cit., p. 349.

10.- En el conocido libro de Jean Sarrailh («*La España ilustrada de la segunda mitad del siglo XVIII*»). Madrid, 1974, pp. 357 y 456) apenas se dan unas notas escuetas sobre el Real Colegio de Cirugía de Cádiz y su significación. En otras obras de conjunto sobre la misma época ni siquiera se cita.

APENDICE DOCUMENTAL

Copiada

Observazion

1776

«A las quatro de la tarde poco mas o menos del día 16 de Noviembre de este presente año de 1758 entró en este Hospital Pedro Travieso natural del Vierzo Obispado de Astorga de edad de 21 (?) anos Cabo esquadra de la primera Compañia de Granaderos del Regimiento de Cordoba con una herida en la parte lateral yzquierda y superior del Coronal en dirección quasi perpendicular según la linea del Cuerpo del largo de dos pulgadas y media a corta difierenzia.

Se procuro al ynstante yndagar con que Ynstrumento habia sido hecha y respondiô dicho herido haber sido con el tercio de un sable. Se le hizon varias preguntas como fue si habia cahido en el suelo en seguida del golpe si habia quedado como atolondrado o habia perdido totalmente el conocimiento y la vista y respondiô haverle sucedido esto aunque por corto espacio de tiempo.

Despues de esto se paso a la Curazion e Ynspección de la herida y se encontraron tres puntos de sutura que le habian dado en San Juan de Dios se cortaron para reconocer dicha herida en la que se encontro haver penetrado hasta el hueso pues que la pri-

mera lamina guardaba paralelismo con lo restante del hueso en el espacio de dos pulgadas de longitud y de tres a quatro lineas de latitud con algunas esquirillas en sus bordes ya separadas las quales por medio de los dedos y pinzas se extrajon con todo cuidado procurando no quedase alguna y despues de labada la herida se procuro aproximar con exactitud los bordes por medio de la sutura seca y sus hislas (= hilas) del balsamo Catholico a fin de que se celebre la reunion; junto con su aposito correspondiente se le hizo en este dia dos evaquaciones de brazo y por la noche se le ordeno una emulsion anodina.

El dia siguiente del tiempo de la curazion dijo haverlo dolido un poco la herida para cuió reconocimiento se quito el aposito encontrando un poco de Ynflamazion lo que motivo el reysterarle otras dos evaquaciones de Brazo.

La sutura permanecio, encima de la qual se aplicaron unas Compresas empapadas en Aguardiente.

En seguida de esta Ynflamazion a el 3^o dia se encontro un poco de supuracion motivo sufiziente que fue para abandonar la sutura y curar la Ulzera simplemente con unas hilas de balsamo de Arceo aplicadas con las fomentaciones.

La Curacion prosiguio en esta conformidad hasta el dia veynte y seis, la supuracion era en corta cantidad. Su alimento en todo este tiempo se reducio a sopas y aunque en este yntervalo procuro observar con todo cuidado no se manifesto el mas leve symptoma solo si en este dia se encontro dar la Ulzera mucha mas supuracion de la acostumbrada.

Aunque durante este tiempo, viendo la supuracion era en Cantidad proporcionada a la Ulzera y de buena calidad, no obstante este dia en vista del grado excesivo de supuracion se procuro reconocer con el estilete y se encontro estar descubierto el hueso en todo el largo de la fractura.

Securo con el antecedente methodo hasta el dia siguiente que era el 27 en cuió dia a las onze dela mañana le acometio una fiebre con nauseas dolor de cabeza y orripilazion que le duro cosa

de un cuarto de hora y el tiempo desu declinacion que fue el dia siguiente se observo un sudor copioso con el que se creio terminar la fiebre lo que sucedio bien ael contrariopues sin acabar la terminacion entro la accesion de la 2^a en la misma conformidad y lo mismo ael tercer dia pero siempre anticipando una hora la accesion.

Durante este tiempo se quejaba de un dolor en toda la sien del lado yzquierdo diciendo tenia la Cabeza como atolondrada una grande pesadez en ella amargores de boca con la continuacion de Nausea. Luego que empezaron a manifestarse estos simthomas se le puso a una Dieta exacta la que continuo durante todo el tiempo de la enfermedad.

Este ultimo dia que era el 29 se aviso a el Sor. Protho Medico para que le viese quien habiendo hecho diferentes preguntas ael enfermo u tomando sus yndicaciones dijo parecerle no provenia de Compresion en la Substazia del Cerebro, pues que entonzes el pulso seria mas duro y fraquente y serratil y el sopor que se le observaba en maior grado, que la fiebre en su dictamen provenia de algunas indigestiones, bien que se conocia haber materiales crasos contenidos en el estomago en vista de la Saburra que se encontraba en la boca por cuio motivo ordeno se le administrase un Lenient (...).

Administrado este ael siguiente dia hizo su effecto correspondiente cesaron los amargores de boca pero no la accesion que fue a la hora correspondiente bien que faltaron en adelante las horripilaciones y sudor continuando los demas simpthomas con aumento diariamente.

Viendo su continuacion en esta Conformidad el dia 31 se le hizo sobre la fract(ur)a una dilatacion considerable en los tegumentos considerando habria necesidad de aplicar alguna Corona de trepano. Se curo con hila seca y se dio aviso a ntño Cirujano Mayor para que leviese y determi(nase) el ytinero que se debia seguir.

A las quatro de la tarde en este dia se des(cu)brio para que le

reconoci(es)e el qual por medio desus dedos saco (...) o tres esquirillas que se hallaron en los bordes y con un Alfiler procuro reintroducirla para ver si la fractura penetraba todo el hueso, lo que de ninguna manera pudo conseguir.

Despues de haber hecho varias preguntas ael enfermo dijo le parecia haber depresion en la Lamina Vitrea por motivo de no guardar la Dura paralelismo con lo restante del hueso, que debiamos hacernos cargo como la primera o externa era sostenida por el Diploe y por la segunda o paterna(?) y que esta nadie la sostenia era meramente imposible dejase de haver fractura en ella pues que la Vitrea es fragil como el Vidrio, y que asi su dictamen era aplicarle una Corona de trepano sin perder tiempo salvo mayor (?).

Se le mandaron (...) Diluentes con las Confe(...) (em)pasto y el otro dia que era el 2 de Diziembre preparado todo lo necesario se le aplico una Corona de trepano en la parte superior o por mejor decir junto ael borde superior dela fractura en presencia de los Srs(?) Joseph de Najera, Salvarresa Vejar Dn. Bernardo Beau y Dn. Fran(cis)co Lopez junto con otros muchos. Asserada la primera lamina luego que se llevo ael Diploe se encontro un poquito de supuracion lo que motivo el retardar bastante la Operaz(i)on la vista de lo qual se seguia (c)on gra(n)dissimo (c)uidado pensan(do) esta(ba) ya la Corona pr(o)xima De e(s)ta (...) y por ser el hueso sumamente grueso pues que tenia de ocho a diez Lineas poco mas o menos.

Separada esta porcion de hueso o por mejor decir al separarla se vio estar adherente a la dura Mater en toda su circunferencia no encontrandose el que la fractura penetrase ynteriormente esquirilla ni liquido contenido. Se prosiguió a-la Curazion la qual consistio en la apli(cacion) de un sindon (?)y planchuelas correspondientes ael orifizio que havia formado la Corona empapado esto en balsam(o) blanco de Scor(u)vanto hila seca sobre el hueso y pa(r)ra acabar de c(u)brir la Ulzera un(a) Planchu(e)la de (ba)lsam(o) de Arceo, y dos h(o)ras desp(ues) de (ha)ber practicado esta

(...) le hizo una corta Sangria de brazo.

Prosiguio en esta conformidad la Curazion hasta el dia cinco en que se aviso al Sor. Fran(cis)co Yglesias para que bolbiese a ver dicho enfermo y ordenase lo que tubiese por conveniente. Vino segunda vez a reconocerle y ordeno se le aplicase segunda Corona de trepano en la parte ynferior de la fractura lo que inmediatamente se practico en su presencia encontrando tambien la Dura Mater adherente del hueso y en su estado natural.

En este dia se observaron movimientos Convulsivos y un poco de delirio tomando el affecto soper(o)so m(a)ior grado. A la hora de la C(u)raz(io)n (...) dia 5(?) en (l)la tarde se encontro una (...) considerable en la sien de lado yzquierdo con una ynfiltracion Lymphatica en la conjuntiba del ojo del mismo lado a la qual se mando aplicar una Cataplasma anodina en toda la sien y se prosiguió en la misma conformidad junto con los demas simpthomas que diariamente aumentaron hasta el dia 9 en que murio.

Hecha la Ynspeccion del Ca(d)ber se reconocio no haber penetrado la fractura mas que hasta el Diploe. La Dura Mater se encontro (a)dherente ael Cr(a)eo, a(u)nque si se reparaba con bastan(te) fac(i)l(i)... se encontro una supurazion considerable en la parte Superior y media del lobulo yzquierdo del Cerebro a distancia de media pulgada del seno Longitudinal y de tres poco mas o menos de las dos Coronas de trepano.

Toda la parte lateral ynferior e yzquierda del Coronal en anguanterior ynferior del Parietal yzquierdo el Ala del (sph)enoydes y parte del temporal se hallaban en estado preternatural con un color (...) bido o apl(o)mado. Esto es quanto se pudo observar en este sujeto tanto en la v(i)da durante en su enfe(r)med(a)d quanto en (la) muerte en su for(m)a (cada)be(rica).

Copiada

Hè visto la observación, q(u)e leyò à la Asamblea Dn, Fran(cis)co Canivell sobre una herida de cabeza, que terminò funestam(en)te à los 23 dias, no obstante haverse practicado el trepano dos veces; y su examen nos confirma con el sucesso los proyectos generales, que aqui se enseñan con respecto à las heridas de cabeza; pues segun lo que manifestò el primer examen de la herida esta fue contusa en el hueso, y por consiguiente debia haverse dilatado desde la primera curacion sufi(c)ientem(en)te para poder reconocer la lession d(e)l hu(e)ssu. Y respecto a que se observò en las primeras curas se debia haver seguido la dilatacion, hasta poner patente en l(o) possible (t)oda la fractu(r)a en vista de su cont(i)nuacion, se debia (hav)er multiplicado el numer(o) de corona(s), lu(e)go que se manifestaron los accidentes de la (su)puracion en el hueso, que jusgo ha sido la causa del color pretern(atura)l que se encontrò en la inspección del cadaver.

No nos dice la Historia de la observ(a)cion si la dura mater se encontrò sana en las dos trepanaciones, que se celebraron; y que parece debia haversele comunicado algo del estado del hueso, y de las partes contenidas, que pidiesse su escarificacion con lo quâl tal vèz se huviera dado exito à la supuraciòn, que se formó sobre el cerebro.

En quanto à esta supuracion, (j)usgo inevitable su terminaciòn funes(t)a, no habiendo havido señales, que la caracte(r)isasen

distintam(en)te y solo separa en el corto (n)umero de evacuaciones, que se hicieron, aun(q)ue supone no se p(res)entaria indicacion para ma(...) resp(ec)to a f(o)rmarse so(li)dam(en)te y sin mayores (ac)cidentes (...) supuraciones del cerebro, manif(es)tandose lo(s) (ac)cidentes de compression, y absor(cion) quando la supuracion està ya enteram(en)te formada, en cuyos casos el arte sin limitacion no puede hacer mas de lo que aqui se hizo. Assi lo siento, salvo (...) Cádiz, y Julio 2 de 1776»

Fran(cis)co Villaverde.
Observaciones y Censuras Médicas.



Retrato al óleo del Rey Carlos IV (Decanato de la Facultad de Medicina de Cádiz)
Foto del autor.

Observacion de un fetus de 68 dias, con una disertacion sobre la generacion, escripta por dn. Athilano Callexa, Collegial que fué en el Collegio R. de Cirujia de Cadiz, y actualmente Cirujano 1° de la Rl. Armada (1).

«Dia 22 de Febrero de 1756, Melchora Frias, muger del enfermero mayor de este Hospital de Esteyro, malparió a los sesenta y ocho dias de su preñez, causamdo de una leve passion de animo, que tomó, solo por comprehender estar enfadado su marido con ella.

Dia 21, anterior a su aborto, empezó a llorar, à lo que se le siguió dolores mites en la region lumbar, è ipogastrica inferior, efusion de sangre alternativa, hasta las dos de la mañana, que lo depuso: este dia al tiempo de la curacion, avisaron a Dn. Ramon Ximenez, y a mi, para que viessemos una porcion de carne que havia arrojado; y haviendonos hecho cargo de sus dimensiones, juzgamos, no sin grave fundamento, haver fectus en su interior, por cuio motivo tomamos un escarpèl, y con el mayor cuidado fui-

mos disecando la placenta, que tendria de diametro tres pulgadas; y a su continuacion anathomizamos las dos membranas Amnios, y Chorion, en las que hallamos una linpha grosèra, en que fluctuava un *fectus* tan perfecto, como v.m. lo podra ver en su dibujo (se adhiere a una de las hojas de la observaci3n; est3 confeccionado a plumilla con varios colores): tiene de largo catorce lineas, y ocho de circunferencia.

Se manifestavan bien claros los vasos (que eran rubicundos) de el cordon umbilic3l, los que perforavan por diversos lugares las membranas Amnios, y Allentoydes, y se iban a reunir cerca de su regi3n. Lo separamos enteramente de sus tunicas, y lo de positamos en un pomo de vidrio en espiritu de vino, en donde se conserva, hasta que tengamos el honor de ofrecerlo a v.m. è interin consideraremos (en lo posible) tan admirable organizacion en tan cortas dimensiones como son veynte y dos lineas. No hay duda que quando, se quisiera suturar el humano entendimiento en es-crudiñar el como, el quando, y el donde se organiza, se anima, y se prolonga, 3 se aumenta, siempre se qued3ra nuestra mente a los umbrales de este admirable *fen3meno*. Sin embargo expondr3 algunas opiniones de filosofos asi antiguos, como mod(erno)s, a fin de dar una, aunque obscura, idea de la generaci3n.

Los Aristotelicos dicen: que la *generacion, o educion* es origen de un viviente de otro: esto es de un supuesto de otro, por verdadero influxo, comunicado algo suyo; y en este algo suyo, que es el *aura semin3l* dibujada v3 sin duda, como la prole; porque destilandose unos determinados corpusculos de todas las partes de el cuerpo à los testiculos, organo de la secrecion de el humor prolifico, y estos corpusculos venir como amoldados, o como homogeneios de aquella parte cada uno respective: estos juntos corpusculos forman (segun la observacion de *Lecuwenhoeck*, y *Hectuan*, con sus excelentes micorscopios) unas animamoliculas, las que a mi ver no necesitan mas, para organizarse, que un idoneo lugar, como son los hovarios; aunque otros pretenden que la concepcion se cel3bre fuera del ovario (2) diciendo: que el venereo placer,

hace desprender huevos de su ovario a las trompas o uterus, y allí son fecundados: su razón es que inflamados mediante la moción morosa no pueden descender por las trompas, à causa de su aumentado volumen, poco diametro de las trompas, y poca proximidad de ellas al ovario. Otros añaden en su conformación, que si la concepcion se celebrára en el ovario, serian fecundados infinidad de ellos: pues con solo un corpusculo de *aura*, basta para vivificar a cada uno; y siendo esto cierto, como lo es, se perderian muchos vivificados. Esta superabundancia repugna *Quia natura est perfectionis Ars*: luego parece que hay objecion, para que la concepcion no se celebre en el ovario; más *Mons(eño)r Herman Buoerhaave*, dice assi (3) «Se puede hacer en todos los lugares en donde el h(ue)bo sea inuido de esperma; sea que las trompas falopianas se aproximen al ovario a fin de conducir la esperma en ellas, introducida, o sea que la materia vivificante imprenne al huevo en algun pliegue de esta misma trompa, o le fecunde en la cavidad de el uterus; que siempre resulta el mismo efecto: porque la concepción se hará siempre que la esperma, y el huebo pasen a un tiempo a la matriz, en donde ellos se mezclan: esta idea no esfuera de camino». De que se infiere que la concepcion, no tan solamente se hace en los ovarios; en cuyo supuesto parece ser esta hypothesis verdadera. No obstante *Ruischio Morgani*, y otros modernos afirman hacerse la concepcion en el ovario, a causa de haber encontrado huebos animados en el mismo ovario. Es cierto que este es el lugar destinado por la naturaleza a la concepcion, porque aunque se hayan encontrado animados huevos en otros lugares, como trompas, uterus etc. estos serán los (que) se habran desprendido posterior a la concepcion, porque como dice *Ruischio* la materia prolifica se embuye en el ovario, vivifica el huevo, se desprende, pasa a la trompa, y al uterus dexando su calice en el ovario. Es cierto que para todo hay opiniones, no habiendolas para nada.

Buelvo, pues, a continuar la generación, y digo: que no necesita la materia prolifica, más que un lugar idoneo para organizarse,

pues viniendo esta dibujada aunque en bosquejo, siempre que halle lugar en donde prolongarse con materia homogénea, para su aumento, a poco tiempo se hallará el huevo hecho un verdadero fectus, con todas sus partes integrantes, como lo demuestra nuestro hallazgo.

Gran diversidad hay en la variedad de especie: unos pretenden que haya huevos peculiares, para cada sexo, estando en ellos, como amoldados las imágenes de cada sexo: otros pretenden que las variaciones de la especie consiste en la superabundancia de espermatozoides de los sexos (4) y así dicen que si la predominación de *aura* fuese del varón, será masculina la prole *et vice versa*. Esta la tienen por más probable; pero a mí me hace gran fuerza.

En opinión asentada o admitida, y de los mismos que llevan la anterior opinión, que una gota de espermatozoides masculino, supera a una gran porción de la femenina: luego necesitava al sexo femenino prestar a la generación 50. partes, para que el masculino prestando v.g. 5 le igualase: esto implica por observaciones, que las omito por obscenas: conque sacamos que no es este el motivo de la variable prole.

Es digna de no dexar en Reyno del olvido la resible opinión de los Astrologos, los que pretenden en este asunto que la variable especie dependa del influxo de los Astros dominantes en el acto *generante*, dando por asentado que hay *Astros* masculinos como *Jupiter*, y *Marte*: y femeninos como *Venus*, y *Virgo* etc. Y dicen que si reynase astro masculino en el acto de la concepción, la prole será masculina, mediante las muchas partes activas, que estos *astros* machos, influyen en uno, y otro sexo. *et viceversa*. Supongo que quien ha pretendido trasladar a los Cielos todo genero de animales, como el *carnero*, *león*, *scorpion*, y *pez*, no es mucho que pretendan el trasmigrar los *astros* a nuestros cuerpos.

Otra dificultad resta, con la que concluiré, y es sobre de que índole es la materia que prestan los dos sexos para la concepción. Algunos filosofos quieren, que la materia femenina sea *Alkalika*, y la masculina *Acida*: y que entrando las puntas de la materia acida

en los poros de la alkalika, mediante el movimiento fermentativo, se haga una miselanea de que resulte la prole.

Empedocles, a quien sigue Hipocrates, y otros pretenden que la esperma del hombre sea convexa, y la de la muger concava, y que estas amoldandose entre si: esto es, la convexa en la concava resulte de esta adactacion la *prole*.

Otros (5) pretenden que una, y otra esperma, sean partes similares: esto es una multitud de simplicissimos filamentos, y que estos reuniendose entre si vengan a formar las desimilares o organicas. Todos son discursos problematicos. Yo diré con *Valesnieri*, que la esperma masculina es una materia espirituosa, y sello que se grava sobre aquella c(ra)sa, y dulce limpha, de que el ovario está cargado: lo mismo q(u)e sobre una blanda cera un otro sello. Este modo de concepción se adacta mucho a nuestra idea, y no parece ageno a la verosimilitud.

Vivificado, pues, uno o dos, comprimen los demas vivificados, por hallarse estos menos, y los otros mas maduros, o aptos, para la generacion: esto es mediante de una ligera inflamacion.

Este, o estos su mismo gravamen hace que se desprenda de el delicado filamento de que está pendiente, y cayga por las trompas al uterus, en donde hay unas pequeñas glandulas, que preparan un succo dulce visquosso, que sirve para nutrir el embrion, adactandose, u homogeniandose a la parte que le corresponde v.g.: en los huessos, huesso: en las arterias, anterior: en las uñas uña *et sic de ceteris. quia quicquid recipitur à modo recipiente recipitur.* De aqui se sigue abundancia de limpha, de que la matriz esta proveyda, para que el embrion tenga en que fluctuar, la que se introduce dentro de sus membranas *amnios, allentoydes*, mediante el movimiento, y el calor que hace liquar esta limpha, y bolverla apta a su introducion, y de este modo se vâ augmentando, y organizando, mediante el succo nutricio, que le viene parte por el cordon umbilical, y parte por la (...): esto supuesto no hará fuerza ver à nuestro *fectus* tan bien organizado en 68. dias.

En orden a la concurrencia de los dos sexos, sí concurren el

uno activè, y el otro pasivè, digo en atención alo mencionado, que concurren mutuamente, Este es mi dictamen, salvo (...).

Atilano Calleja
Observaciones y Censuras Médicas.

1.- Los trozos en letra cursiva aparecen subrayados en el documento por su propio autor.

2.- Lecuwenhoeck, Drelincourt, (D)uveney, y otros.

3.- Tom. VI. de generatione. fol. CCl. lin. 1.

4.- Aristot. Hipoc. y otros.

5.- Riolano: la Acad(emi)a de Dimburt (...).

Observacion q(u)e manifiesta la utilidad de los vegigatorios en los dolores rheumaticos.

«Una Señora de temperam(en)to sanguineo robusto, edad 59 «ã 60» años comenso á padecer de 6 á esta parte (tiempo en que del todo le faltaba la Menstruacion) algunos Dolores de naturaleza rheumaticos leves en distintas partes del Cuerpo, q(u)e cedian á beneficio, segun me dijo de unciones emolientes, cataplasmas, y Purgantes suaves. Al principio del mes pasado, me llamó p(ar)a q(u)e le asistiera en un Dolor, q(u)e le ocupaba el Musl(o) desde su parte media hasta la r(o)dilla. Era d(ic)ho Dolor agudissimo y l(e) impedia el movim(ien)to de la parte: sentia en todo el Cuerpo alternativas de Calor y frio, inquietud considerable, sed grande, insomnios, y á veces delirio, frecuente y febril. Examinada la parte doliente no hallé mutacion alguna en el calor, ni desorden á q(u)e áchacar d(ic)ho Dolor, el qual se aumentaba en las varias compresiones y tocam(en)tos que con las manos le hacia. Preguntada sobre su vida pasada, y modo de vivir, contextó no haver padecido nunca de Considera(ci)on s(in)o es un Dolor muy agudo en la Region Lumbar, acompañado de dificultad de orinar, (ãhora 6. años) q(u)e con sanorias, y rem(e)dios ápropriados á la inflama(ci)on se cur(ó). En quanto á su modo de vivir, s(iem)pre fue bastante árre-

glado. En vista de los mencionados symptomas no tube mucha dificultad en caracterizar la enfermedad de un Dolor rheumatico agudo, q(u)e fundadam(en)te llaman otros inflammatorio; y arreglado á este concepto, á q(u)e las cosas iban subiendo de punto, y vigorizado el Pulso, dispuse, 1° una sangria. 2° abundante bebida y enemas atemperantes. 3° fomentaciones anodinas y emolientes; pero no habiéndose practicado aquella p(o)r miedo q(u)e le tenia la enferma, fué preciso seguir unicamente con los otros medios apuntados, los q(u)e á pesar de la exactitud en su aplicación ninguna mejora proporcionaban. Eran ya dos dias de mi asistencia, y viendo q(u)e nada se adelantaba, ordené se pusiera sobre la misma parte (...) vegigatorio de las Cantharidas; con el qual se alivió considerable(men)te la enferma, y renovandose lo á los 6 dias log(r)ó sanar en un todo.

Aunq(u)e est(e) caso nada ofrece de particular, principalm(en)te sobre el methodo practicado es, sin embargo, un hecho q(u)e favorece á la theoria de e(s)te afecto; del q(u)e hago las siguientes ref(l)exiones.

1ª...«Que los vexigatorios son los mejores remedios (y) casi los unicos en el Romatismo agudo, y aun p(o)r varias observaciones, se sabe q(u)e en el Cronico.

2ª... Que convienen en d(i)chos Dolores no solo c(o)m o antispasmodicos; sino tambien como evacuantes; fundado, en q(u)e ademas de la incomodidad del solido, padece asimismo el fluido.

3ª«...» Que en muchos Dolores obtusos, q(u)e igualm(en)te llaman algunos rheumaticos, en q(u)e se observa debilidad, y floxedad de partes, es conducente la aplicación de las cantharidad hasta el punto de levantar vegiga. De este modo las ordenaba el Ilustre, y Celebre Practico Stoll en las enfermedades p(o)r debilidad, y principalm(en)te en la Calentura maligna llamandolos Cordiales externos.

Es quanto se me ofrece sobre este particular. Cádi(z) 17 de noviembre de 1796.

Man(ue)l de Padilla

La observacion, que presento D(o)n Manuel Padilla en la junta anterior, se dirige a manifestar la utilidad de los vegigatorios (en) los dolores reumaticos: Dice pues, que una Sra. de 59 a 60 años de edad, robusta, y de temperamento sanguineo, comenzo a padecer 6 años antes, tiempo en que le faltaba la menstruacion, dolores reumaticos leves en varias partes del cuerpo, que cedian prontamente al uso de remedios antiflogisticos: Hallose acometida el mes pasado de un dolor muy agudo en todo el muslo, acompañado de estado febril, persigilio, delirio y dificulta(d)de mover el miembro, el qual estaba como natural en lo exterior, pero tocado, o comprimido sentida dolor: No habia experime(n)tado la paciente otro mal considerable en toda su vida, à excepcion de algun(?) dolor nefr(i)tico al principio de dichos 6 años; po(r) lo que, y en vista de los referidos sintom(a)s, que indicaban ser un reumatismo infl(a)matorio, dispuso el método a(n)tiflogistico; p(e)ro la sangria no se verifico por el horror que le tenia; por tanto continuando dos dias despues el mismo dolor, ordeno un vegigatorio sobre la parte enferma, que c(a)uso mucho alivio, y finalmente habiendolo (reti)-rado a los 6 dias, obtuvo por su medio una perfecta curacion.

Mira el Autor este suceso como propio y correspondiente a la doctrina del reumatismo, y saca de el las tres siguientes reflexiones, 1ª. que los vegigatorios son los mejores remedios y casi unicos en el reumatismo inflamato(r)io, y segun varias observaciones tambien en el cronico. 2ª. q(u)e son utiles como evaquantes, porque tambien peca el liquido. 3ª. que en los dolores por floxedad y debilida(d) son conducentes hasta el punto de levan(t)ar vegiga, llamandolos en este sentido Sto(II) cordiales externos, haciendo relacion a la calentura maligna.

Hasta aqui el Autor, en cuya in(te)li(g)encia debo decir, que esta observación es muy conforme á las reglas del Arte, dan(d)onos una idea del metodo curativo mas oportuno en el reumatismo inflamatorio, qual es el a(c)tual; mas para decir alguna cosa, por (m)odo de ampliacion, conviene notar, que asi como el vegigatorio fue util en este caso, porq(u)e el dolor era fixo, no sucede asi

quanto es vago y universal, pudiendo entonces acrecentar la irritación febril o inflamatoria: No es tampoco util, aunque el dolor sea fixo, en aquellas especies, impropriamente llamadas reumatismo, que traen su origen de una afeccion diversa de la reu(m)atica, por exemplo, la hister(i)a, la sublu(s)ación, el escorbuto, y otras semejantes, en la(s) quales si el vegigatorio causa alguna ve(z) un formal alivio, esto pende de que es(t)aba indicado contra su peculiar causa o tambien porque estaba (aco)mpañado d(e) inflamación: Y por lo que hace al reumatismo cronico, procedente del agudo, soy del sentir, que si no incluye algun rasgo de inflamatorio, solo producira una calma fu(g)az, que tal vez recaera des(p)ues en peor es(t)ado: Concluyo pues, repitiendo lo mismo que he dicho, en otros terminos, a saber, que el vegigatorio es siempre utilisimo en el reumatismo, que esta determinado (a) ciertas partes, siempre que haya en el (l)a menor reliquia de diatesis inflamatoria que lo es tambien en varios dolores dichos indebidamente reumatismo sintomatico, haciendo relacion á sus causas, o a q(u)e esten acompañados de inflamacion.

Asi lo siento. (C)ádiz 22 de Noviembre de 1796.

Diego Terrer(o).

Dictámenes

El Sor. Arricruz conviene en el (u)so de los Causticos en los Dolores rheumat(ico)s inflamat(orio)s (des)pues de las Evacuaciones.

El Sor. Arejula convienen(?) los Causticos(?) en el rheumatis-
mo siempre q(u)e sea inflam(ator)io y predomine(?) la linfa.

El Sor. Vera Conviene(?) en todos los Dolores rheumati(cos)
precedidos los antiflogis(tico)s.

El Sor. Ameller Convienen los Causti(c)os en los dolores rheu-
mat(ico)s disipados los simp(th)omas inflam(orio)s de la parte
roja de la s(a)ngre.

El Sor. Sabater: Convienen los Causticos en los (rh)eumatis-
mos inflam(orio)s q(u)e se han fijado.

El Sor. Vidal Convienen los Causticos en el rheumatismo lo-
cal(?) sea inflamatorio o Cronico.

Ameller.

Selvarresa(?).

Sesiones Clínicas.

ABREVIATURAS INCLUIDAS EN EL TEXTO

B.F.M.C.: Biblioteca de la Facultad de Medicina de Cádiz.

O. y C.M.: Observaciones y Censuras Médicas.

SS. CC.: Sesiones Clínicas.

Las fechas que se dan para las O. y C. M. y las SS. CC., de no indicarse lo contrario, corresponden a aquéllas en que los enfermos recibieron las atenciones y cuidados del cirujano en cuestión.

INDICE

	Página
Presentación.....	9
Prólogo.....	17
Capítulo I:	
–La rehabilitación de la profesión médica.	
–Relación entre Medicina y Cirugía.....	25
Capítulo II:	
–Las bases teórico-prácticas.....	43
Capítulo III:	
–Las grandes concepciones anatomo-fisiológicas.	
–La sangría.....	57
Capítulo IV:	
–Enfermedad y naturaleza. La sesión clínica.	
–Fármacos y dietas.....	75
Capítulo V:	
–Trepanación, obstetricia y tumores cancerosos... ..	107
Capítulo VI:	
–La formación del futuro cirujano: Medios, principios metodológicos y pruebas.....	121
Capítulo VII:	
–Proyección social.....	144
A modo de balance.....	161
Apéndice documental.....	167
Abreviaturas.....	189

