

**LAS HISTORIAS CLINICAS BRUSISTAS, REFLEJO
DE LA ASIMILACION DE LA DOCTRINA DE F.J.V.
BROUSSAIS
(1772-1838)**

CONSUELO MIQUEO MIQUEO

Profesora ayudante de Historia de la Medicina en la Universidad de Zaragoza

RESUMEN

Durante el reinado de Fernando VII, un momento de la historia española caracterizado por una deficiente comunicación científica y cultural con Europa, se difundió amplia y rápidamente el sistema médico formulado por F.J.V. Broussais -médecine physiologique-, originando una abundante literatura médica. Este artículo es un acercamiento a las historias clínicas que los brusistas españoles escribieron para la revista Decadas médico-quirúrgicas (1821-1828), el órgano de expresión de esta corriente. Se analizan los relatos patográficos como el exponente más fidedigno del grado de asimilación de esta doctrina en nuestro país.

ABSTRACT

During the Fernando VII reing, a period in the spanish history when the scientific and cultural communication to other European countries was diffculted, médecine physiologique doctrine was rapidly introduced and divulged. This medical system formalized by F.J.V. Broussais produced a lot of medical writings. Our paper is an approaching to clinical records written by the spanish followers of Broussais ideas and published in their journal Decadas médico-quirúrgicas (1821-1828). These clinical records are studied as a trustworthy expression of médecine physiologique incorporation level in Spain.

Palabras clave: España, siglo XIX, F.J.V. Broussais, M. Hurtado de Mendoza, historia de la patografía.

La historia clínica es sin duda el documento del pasado que refleja con mayor fidelidad la práctica médica y la asimilación de unas determinadas pautas profesionales y de unas teorías científico-médicas. No obstante, los historiadores de la medicina, salvo honrosas excepciones, han descuidado estas fuentes, documentos que tratan de integrar la información que obtiene el médico de un enfermo concreto, y han orientado sus investigaciones preferentemente hacia los textos de carácter teórico, a pesar de saber que la medicina es una actividad eminentemente práctica y social¹.

El valor que a lo largo de los siglos ha tenido la patografía para los médicos ha estado en dependencia del propio desarrollo de la ciencia y de la práctica médicas. Desde la medicina hipocrática ha tenido, según Laín Entralgo², un interés pedagógico primordial: la historia clínica enseña a *saber ver* y a *saber hacer*. Las historias clínicas han servido, pues, para el aprendizaje del arte médico, pero también para tipificar los modos de enfermar. Esta finalidad nosológica ha sido la función principal de las patografías individuales desde la formulación por R. Sydenham (1624-1698) de los supuestos de la patología moderna, y, desde entonces, la historia clínica se ha convertido en el documento básico de la investigación clínica.

El contenido científico, así como las características formales de este *género literario*, han sufrido variaciones que han estado determinadas por las cambiantes circunstancias en las que se ha realizado el acto médico y por los sucesivos paradigmas científico-médicos. Como demostró P. Laín Entralgo en su monografía *La Historia clínica. Historia y teoría del relato patográfico*, estos cambios han ido en la dirección de una progresiva riqueza y complejidad de cada uno de los elementos que integran la patografía: *descriptio subjeti, praegresa proxima, praegresa remota, origo morbi, status praesens, cursus morbi y exitus*, y, cuando éste es letal, la *inspectio cadaveris*.

Como es bien sabido, la orientación predominante y peculiar de la patología durante la primera mitad del siglo XIX -la época en que fueron redactadas la patografías objeto de nuestro estudio- fue la mentalidad anatomoclínica. Con esta orientación, la historia clínica ganó, desde el punto de vista formal, un apéndice -la *inspectio cadaveris*-, cuyo contenido, que había comenzado a incluirse siglos antes aunque de forma muy esporádica y como una acumulación de hallazgos de autopsia insuficientemente descritos, se convirtió en esta época en la clave para la nosotaxia y la nosografía. Lógicamente este supuesto modificó también el contenido de las otras partes

de la historia clínica al enriquecer la información semiológica con la adición de un nuevo tipo de signos -los signos físicos- capaces de revelar, *intra vitam*, la existencia y la índole de la lesión, la alteración de la forma orgánica en que consistía fundamentalmente la enfermedad para los patólogos anatomoclínicos³.

Las historias clínicas que vamos a presentar en nuestro trabajo, conviene que lo anunciemos de entrada, difieren notablemente de las comúnmente estudiadas, que han sido, bien las redactadas por las grandes figuras de la medicina del pasado, bien las que han sido consideradas modélicas de una determinada forma de enseñar el arte médico, bien las que han servido para caracterizar las distintas especies morbosas. Las historias clínicas de los brusistas españoles se diferencian notablemente no sólo de las patografías procedentes de las salas de hospital donde reinaba la mentalidad anatomoclínica como, por ejemplo, las de J.N. Corvisart (1755-1821) o las de T.R.J. Laennec (1781-1826) o algunas de F.J.V. Broussais (1772-1838)⁴, sino también de aquel modelo recomendado veinte años antes en los nuevos centros de formación clínica de las universidades españolas, que fue el lugar y la tradición más inmediata en la que debieron de formarse nuestros autores; ejemplo paradigmático de la citada tradición serían las patografías modélicas de Francisco Salva y Campillo (1755-1828), el fundador y primer director del Real Estudio de Medicina Práctica de Barcelona⁵.

Debemos advertir, pues, de entrada que no debe esperar el lector encontrar en nuestro trabajo relatos patográficos modélicos, porque éstos de los brusistas españoles no fueron sino el modesto informe del quehacer profesional de unos médicos o cirujanos del medio rural, que no dejaron más huellas que éstas, y cuyo único mérito fue el de contribuir en su época y microambiente a restablecer la salud de las personas que debían atender. Y lo que justifica, o explica, su estudio ahora por nosotros es el hecho de que estas notas clínicas constituyan el núcleo de la producción científica original que generó en España *la doctrina de moda* de la época: el brusismo.

1. La *médecine physiologique* de F.J.V. Broussais

La doctrina fisiológico-patológica de François Joseph Victor Broussais (1772-1838) constituyó, como es bien sabido, uno de los últimos *sistemas médicos* que desde el siglo XVI fueron surgiendo en un intento de fundamentar la ciencia médica sobre supuestos científicos radicalmente diferentes de los galénico-tradicionales. El brusismo alcanzó un éxito fulgurante durante las décadas centrales del siglo XIX, aunque quedó pronto relegado, al igual que les sucedió a los sistemas anteriores, dada la aceptación de forma generalizada, en

este caso, de los planteamientos de la otra tendencia con la que competía, la orientación anatomoclínica ortodoxa encabezada por Corvisart, Laennec y P.A. Louis. No obstante, el impacto del brusismo sobrepasó (al menos en Francia, el caso que mejor se ha estudiado) el marco de la medicina, llegando a ejercer una influencia muy notoria no sólo en otros campos científicos más o menos afines como la psicología, la filosofía o la sociología, sino también en la política, la literatura e, incluso, en las costumbres de la sociedad: la moda de la palidez, tan característica de la cultura romántica, ha sido atribuida a la enorme atracción que ejerció el modelo de salud propuesto por el brusismo, que recomendaba la dieta moderada y las sangrías regulares para evitar el exceso de excitaciones físicas o morales *-la sobreirritación-* que era, según esta doctrina, la causa común de enfermedad⁶.

En la historiografía médica de cuño positivista el brusismo ha sido generalmente considerado como una doctrina o sistema que, en cierta medida, entorpeció el progreso científico. Esta es, por ejemplo, la imagen que se ofrece en la *Historia general de las ciencias* dirigida por R. Taton⁷. Sin embargo, la historiografía actual tiende a admitir que el brusismo contribuyó tanto a la cristalización del movimiento anatomoclínico como al del fisiopatológico -los dos primeros paradigmas de la patología y la clínica actuales-, aunque lo hiciera a través de unos mecanismos que no son los que habitualmente ha tenido en cuenta la historiografía positivista⁸.

Las investigaciones de F.J.V. Broussais sobre las enfermedades crónicas realizadas durante la primera fase de su trayectoria científica siguiendo el método anatomoclínico fueron unánimemente aceptadas y elogiadas por sus coetáneos⁹. El desarrollo de su teoría general de la enfermedad, la que se daría a conocer como la doctrina o el sistema de Broussais y la que se difundiría más rápidamente en nuestro país, fue posterior y llegó a ser denostada, dada su orientación fisiologista y su carácter especulativo, por muchas de las grandes figuras de la medicina francesa que habían acogido tan bien sus primeras contribuciones. Este posterior desarrollo teórico tuvo la expresión de sus hipótesis nucleares en dos obras: *Examen de la doctrine médicale généralement adoptée et des systèmes modernes de nosologie*, que apareció en 1816, y *Propositions refermant la substance de la médecine physiologique*, que se publicó en 1821 como preámbulo a la segunda edición del citado *Examen...*¹⁰.

Los supuestos teóricos básicos nucleares de la doctrina brusista afirmaban lo siguiente. El primero, que la enfermedad consistía en un aumento de la sensibilidad y de la contractilidad, es decir, de las propiedades vitales, que eran, según esta doctrina, las unidades funcionales básicas de la materia viva. Este aumento *-sobreirritación-* estaba causado y sostenido por los

estimulantes vitales y localizado, en la mayoría de las ocasiones, en la mucosa gastrointestinal. El segundo supuesto afirmaba que estas *irritaciones* provocaban una alteración de las funciones normales de la parte del organismo en donde se producían, pero también en otras partes distantes, las cuales se veían afectadas por *simpatía*, es decir, por transmisión de la irritación a través del sistema nervioso. El tercero de los supuestos nucleares de la teoría brusista afirmaba que la causa de la desorganización morfológica que se podía observar en las autopsias -las lesiones- y de los síntomas observables en la clínica era esta disfunción inicial. Y el cuarto y último de los supuestos básicos sostenía que dicho proceso fisiopatológico, en el que el sistema nervioso jugaba un papel primordial, tendía a mantener y a agravar el proceso morboso que inicialmente se hallaba localizado, por lo que la acción terapéutica del médico debía ser siempre inmediata, y basarse en la indicación de remedios antiflogísticos de acción debilitante o antiirritativa, el más importante de los cuales era la sangría.

Esta doctrina se introdujo en España a la par o incluso antes que en otros países europeos, en un momento, el del gobierno del Fernando VII, que se caracteriza por la deficiente comunicación cultural y científica con el extranjero¹¹. El brusismo se convirtió también aquí en la doctrina de moda durante las décadas centrales de la primera mitad del siglo pasado (sobre todo entre los años 1821 y 1834), sustituyendo, sin duda, a la que lo había sido unas décadas antes, el brownismo, la doctrina del escocés J. Brown¹². En su difusión jugó un papel determinante una de las figuras más sobresalientes de la medicina de la época, Manuel Hurtado de Mendoza (1783-1849), un médico afrancesado que tomó contacto con esta doctrina durante su estancia en París, y que a su regreso hizo de la propagación del brusismo uno de los objetivos centrales de su actividad científica¹³.

A diferencia de lo que sucediera en Francia, donde el brusismo originó una interesante y copiosa literatura médica (bien apologética, bien crítica), en España esta corriente generó una literatura científica escasamente creativa, al menos desde el punto de vista teórico. Como han puesto de manifiesto las investigaciones que hemos realizado, lo característico de la difusión del brusismo en nuestro país fue su implantación en el medio rural y el hecho de que produjera una literatura -historias clínicas, fundamentalmente- que informaba de la asimilación pragmática de sus supuestos doctrinales: el 80%, aproximadamente, de las publicaciones de carácter brusista que hemos localizado son relatos patográficos¹⁴.

La mayoría de estos relatos patográficos fueron publicados en una revista, las *Décadas Médico-Quirúrgicas*, cuyo título es suficientemente expresivo de su periodicidad y temática. Se editó en Madrid entre 1821 y 1828,

y se dedicó fundamentalmente a dar a conocer en España la ciencia médica europea de vanguardia, aunque de manera preferente la nueva doctrina de F.J.V. Broussais¹⁵. Siempre bajo la dirección del citado médico, Manuel Hurtado de Mendoza, la revista madrileña fue convirtiéndose paulatinamente en un órgano de expresión utilizado casi exclusivamente por los adeptos al brusismo. Este periódico fue, pues, el principal portavoz de esta corriente médica en España, y los artículos publicados en él constituyen -exceptuada la importante contribución del apóstol del brusismo, M. Hurtado, quien llegó a publicar una veintena de obras monográficas, y los escasos artículos de diversos autores brusistas publicados en otros periódicos-, toda la producción científica original de los brusistas españoles¹⁶. Aparte debe considerarse, naturalmente, la literatura producida por los médicos que se opusieron a la difusión de esta doctrina, en su mayoría destacadas figuras de la medicina de la época que trabajaban, a diferencia de los anteriores, en los medios hospitalarios, quienes utilizaron generalmente otros argumentos, ya no las observaciones clínicas individuales, para rebatir las tesis brusistas y otro medio de expresión -los libros- para difundir sus críticas¹⁷.

Descontada, pues, la producción científica de M. Hurtado de Mendoza, estudiar las peculiaridades de las notas clínicas producidas por los seguidores brusistas parece uno de los caminos más adecuados para analizar la literatura original que generó en nuestro país esta corriente heterodoxa de la mentalidad anatomoclínica, que aquí se denominó con frecuencia y en tono peyorativo el *nuevo sistema médico* o, refiriéndose a sus seguidores, *los novatos del día*.

Con el objeto de caracterizar el conjunto más o menos diverso de las 132 notas clínicas que hemos localizado, hemos seleccionado cuatro de ellas que son las que vamos a presentar en este trabajo. Presentaremos en primer lugar una que es fiel exponente del tipo más frecuente de las historias clínicas brusistas. Se trata de la publicada por Carlos Aceto, médico de Arenas de San Juan, y en ella podemos observar el escaso nivel científico de su autor que hizo una asimilación de la doctrina de Broussais limitada a las indicaciones terapéuticas. Sirve este texto como un buen ejemplo de la incorporación acrítica que muchos médicos españoles hicieron de la doctrina de Broussais.

En segundo lugar presentaremos dos relatos patográficos de Manuel Hurtado de Mendoza con el objeto de observar las diferencias o las semejanzas más llamativas entre las patografías redactadas por este autor de una trayectoria científica excepcional y las redactadas por el resto de los brusistas españoles, los cuales, como luego veremos, conocieron la obra de Broussais a través del citado M. Hurtado.

Por último, con el artículo de José de la Calle Fajardo ejemplificaremos la actitud de aquellos brusistas que aceptaban con reservas la doctrina. La comparación de este artículo con los anteriores creemos que nos será de gran utilidad para conseguir nuestro objetivo.

2. El modelo de historia clínica de un seguidor incondicional del brusismo

El artículo que analizaremos en primer lugar es uno de los tres que publicó en las *Décadas Médico-Quirúrgicas* el médico de la villa de Arenas de San Juan, población actualmente perteneciente a la provincia de Ciudad Real, D. Carlos Aceto, durante el verano de 1827¹⁸. El título de este artículo *Observación de una gastro-entero-peritonitis intensa, curada a beneficio de grandes aplicaciones de sanguijuelas* - resume lo fundamental de la historia clínica presentada y de la tesis que con ella pretende defender su autor, se indica el diagnóstico establecido, el tratamiento instaurado y el resultado obtenido.

Se diferencian claramente dos partes en el artículo de Carlos Aceto. La primera es una introducción bastante más extensa que lo habitual en la que se manifiesta la intención con que se ha redactado y el objetivo principal que se pretende con la publicación de la historia clínica que se presenta. La segunda parte es el relato patográfico propiamente dicho, que desde el punto de vista estructural se halla compuesto según el modelo canonizado por H. Boerhaave un siglo antes¹⁹ y que consta de los cinco elementos que veíamos al principio: la presentación del paciente o protagonista del relato, la descripción del estado actual del enfermo, los antecedentes remotos o próximos, el curso evolutivo y la terminación del proceso morbozo. Formalmente sorprende el contraste del estilo gramaticalmente incorrecto a veces, no muy preciso y poco elegante de los párrafos introductorios, con el estilo del relato patográfico, que es comparativamente mucho más claro y preciso.

El objetivo del relato patográfico de Carlos Aceto no era describir o caracterizar un proceso morbozo determinado (al modo en que lo hacían las patografías modélicas a las que nos hemos referido con anterioridad); su principal objetivo fue más bien el de mostrar la eficacia de una determinada pauta terapéutica, concretamente del tratamiento debilitante que consistía en aplicar un elevado número de sanguijuelas. Al tratar de explicar cual era su pretensión decía literalmente el autor "me limitaré en el presente al uso de las sanguijuelas aplicadas en número considerable como de cincuenta o más en ciertas enfermedades de la mucosa gástrica o gastrointestinal, y de la serosa paritoneal"²⁰.

La colaboración enviada a las *Décadas Médico-Quirúrgicas* por Carlos Aceto muestra el tono apologético que presentaban la mayoría de las notas clínicas que hemos estudiado. El ambiente de rechazo a la doctrina brusista en que vivían estos profesionales era tan fuerte que sin duda se vieron impelidos, para defenderse a la par que propagar la doctrina, a redactar notas clínicas para el periódico brusista; publicaciones que, como ya hemos advertido, fueron las únicas que realizaron estos autores. Su propósito no era sino el de vencer el obstáculo de la arraigada tradición antisistemática, que dominaba en los sectores más influyentes y en la mayoría de los profesionales, mediante la demostración de la eficacia de los remedios antiflogísticos²¹. Al igual que otros muchos artículos, éste de Carlos Aceto comienza y termina con claro tono apologético. Así, en sus primeras palabras dice:

"La utilidad de su periódico, que es grandísima en varios sentidos, y no oculta, sino a sus maliciosos detractores, no sólo consiste, a mi parecer en estender los conocimientos de la doctrina fisiológica entre los que decididos por ella por raciocinio y experiencia la practicamos, sino a que más y más nos convezcamos de ciertos principios, que ya por haberla aprendido en pueblos, sin guía casi, y contra la opinión general del vulgo y de muchos médicos, nos hacen titubear en muchos casos..."²².

Al acabar concluye:

"me he animado a llamar su atención sobre esto para que procure y no se canse de hacer ver que en muchos casos, y más urgentes, no sólo es preciso usar el método antiflogístico, sino usarle en esta forma y sin temor, apesar de los detractores del sistema fisiológico, y apesar de que nos traten de exclusivos"²³.

Ciertamente, tal como afirmaba C. Aceto en sus palabras introductorias, su fuente de conocimiento de la nueva doctrina no fue una formación universitaria, o la que pudiera haber recibido junto a un maestro brusista en el marco de un hospital, sino la lectura de otros artículos publicados en este mismo periódico español²⁴. En otro pasaje de su artículo muestra claramente cual era su medio de información:

"... y aunque el sujeto parezca débil, es preciso seguir el consejo de Broussais, reproducido por usted en el método curativo de la peritonitis (pag 300 del tomo 3º del suplemento al diccionario de Ballano), y que puso en práctica el ilustrado profesor D. José Gómez Carrasco, según se ve en la página 58 del tomo 15 de las *Décadas* ; esto es sacar por medio de la sangría capilar gran cantidad de sangre de una vez, sin olvidar los demás antiflogísticos, sobre toda la dieta, y a veces los revulsivos; de no hacerlo así los enfermos sucumben, o su curación es incompleta"²⁵.

Varias partes pueden distinguirse en el relato patográfico del artículo del médico de Arenas de San Juan -que ofrecemos íntegro en el apéndice documental nº1-. Como puede leerse, la *descriptio subjeti* incluye el nombre y la edad del paciente, estado civil y ocupación profesional. El orden expositivo no es el correspondiente a una exploración sistemática de índole topográfica o al del examen ordenado de las diversas funciones orgánicas; se describen, por el contrario, los datos obtenidos por la observación inmediata, en primer lugar, y los obtenidos por exploración, a continuación. Así, entre los primeros se incluye la posición que adopta el paciente, el estado general de sus fuerzas, y los signos más llamativos y expresivos de su gravedad: el aspecto de su *facies casi hipocrática* y el nivel de conciencia. Entre los segundos destacan: el estado de la lengua, de las funciones digestivas y del pulso. Tanto la precisión con que describe el pulso como la atención que dedica al interrogatorio que le sigue, a decir verdad, no pueden tomarse como fieles reflejos de lo que eran las historias clínicas de los brusistas porque, en este caso, tienen un peso mayor. Continuando con nuestra exposición diremos que tras el citado interrogatorio, Carlos Aceto indicaba el juicio diagnóstico, al que seguía, con toda precisión e, incluso, prolijidad, la pauta terapéutica recomendada. A continuación se presenta el *cursus morbi* en forma de breves informes correspondientes a cada día de evolución de la enfermedad, con una minucia a la que habría que adjetivar como excepcional si la comparamos con otras historias clínicas brusistas, mucho menos detalladas en este aspecto. No se acompaña el relato patográfico de comentario epicrítico final.

Queremos llamar la atención sobre algunos aspectos que nos muestra esta historia clínica porque nos parecen ilustrativos del tipo de asimilación que los médicos españoles realizaron de la teoría de Broussais. En primer lugar es preciso decir que el relato patográfico *sensu strictu* que nos ofrece apenas se distingue de otros elaborados por autores que no fueron seguidores de esta doctrina. Si no fuera por dos hechos, el rótulo diagnóstico -*gastro-entero-peritonitis*- y la pauta terapéutica indicada -la sangría- podríamos mantener serias dudas acerca de la adscripción brusista de su autor. Incluso hemos de recordar que este último elemento, el tratamiento basado principalmente en las sangrías, no era un distintivo patognomónico de los seguidores de esta corriente puesto que se trataba de una práctica muy utilizada a lo largo de los siglos, aunque dejada de lado en aquella época debido a la influencia que en sentido contrario ejerció la doctrina del escocés John Brown; influencia que, como es sabido, en nuestro país no fue nada desdeñable²⁶.

Respecto al concreto plan terapéutico establecido por Carlos Aceto, debemos decir que es el típico brusista. Básicamente está constituido por la sangría local realizada mediante la aplicación de sanguijuelas en la zona afectada por la inflamación. La cantidad de sanguijuelas indicada es bastante

elevada en este caso, superior a la indicada en la mayoría de los otros casos presentados por los brusistas españoles. El número de sanguijuelas y la frecuencia de aplicación solía depender de varios factores: los criterios personales del autor, el tamaño y características del anélido *hirudo medicinalis* empleado, la gravedad del caso, la edad del paciente y sobre todo el temperamento, así como el estado general del paciente previo a la enfermedad. Estos factores no se solían explicitar y ponderar detenidamente en el relato patográfico. Tampoco se hace en este caso, aunque creemos que podemos aventurar la hipótesis de que el elevado número de sanguijuelas recomendado por Carlos Aceto pudo deberse al temperamento sanguíneo-nervioso de la paciente, la salud que precedía a la *gastro-entero-peritonitis* y la suma gravedad y fase aguda del proceso. Además de las sanguijuelas se prescribían otros antiflogísticos, que solían variar mucho, dependiendo de las preferencias de los autores y del proceso específico; los más utilizados fueron las bebidas aciduladas, el agua de limón, de naranja o de vinagre y también, aunque en menor medida, las infusiones de malvas o de manzanillas, como en este caso. El plan terapéutico solía completarse, como es también en este caso, con una dieta absoluta mientras durara la fase aguda del proceso, procediendo paulatinamente, una vez superada esta fase, a la realimentación moderada, evitando siempre la ingestión de productos estimulantes.

A través de las historias clínicas, y buscando rasgos peculiares que diferenciaban a éstas de otras realizadas por autores no brusistas, hemos podido detectar que, en las de los brusistas, tres elementos diagnósticos cobraban cierta relevancia entre los demás: la semiología de la lengua, de la zona epigástrica o abdominal y, en menor medida, la del pulso. Lo cual puede ser explicado por el propio contenido de la doctrina brusista que, como antes hemos dicho, afirmaba que la lesión y disfunción primitiva de la inmensa mayoría de las enfermedades se localizaba en la mucosa del tracto digestivo. Nos parece importante subrayar que la semiología utilizada por los médicos brusistas no tuvo en nuestro país nunca el rigor, la seriedad y el método propios de la escuela anatomoclínica de París. Como puede apreciarse en la historia clínica de Carlos Aceto que presentamos en el apéndice nº1, el nivel de objetivación de los datos semiológicos es mínimo: no existe cuantificación alguna y tampoco se utilizan las técnicas diagnósticas incorporadas de forma generalizada en esta época, en especial la percusión y la auscultación, que ya habían sido introducidas en nuestro país²⁷.

La segunda característica de la patografía de C. Aceto que queremos señalar, porque resulta expresiva del escaso nivel científico de su autor, es que en ella no se explicita el proceso intelectual que subyace a la emisión del juicio diagnóstico. Llamamos la atención sobre este rasgo porque hemos podido observar que fueron escasísimos los seguidores del brusismo, a

diferencia de otros profesionales no brusistas que publicaron en las *Décadas* o en otras revistas de la época, que hicieron referencia al peculiar mecanismo patogénico que explicaba, según esta doctrina, el diagnóstico emitido y la pauta terapéutica elegida. La lectura del conjunto de las patografías publicadas por los brusistas españoles nos sugiere que entre nuestros médicos brusistas la teoría patogénica o, incluso, la clasificación nosográfica individual del caso importaba mucho menos que la eficacia de los remedios indicados.

El hecho de que la literatura producida por los seguidores del brusismo se refiriera casi exclusivamente al mundo de la patología de evolución aguda, como en este caso, constituye otra particularidad de la asimilación del brusismo en nuestro país. Junto al escaso desarrollo teórico al que acabamos de referirnos, esta particularidad contribuye a que apenas podamos distinguir matices diferenciadores no sólo entre las historias clínicas brusistas, sino también entre las brusistas y otras españolas de la época. Estos matices serían mucho más evidentes si contáramos con historias clínicas de evolución crónica, pues éstas requerían una interpretación mucho más compleja y en consecuencia mucho menos uniforme. Las diferencias que se encuentran en Francia entre los brusistas, los pinelianos y los antomoclínicos ortodoxos quedan mucho más diluídas en nuestro país, donde las grandes diferencias, prácticamente, sólo se pueden detectar, ante la ausencia casi general de hipótesis patogénicas, en las indicaciones terapéuticas.

Por último, otra característica de esta historia clínica de Carlos Aceto, y de la mayoría de las publicadas en las *Décadas*, es la ausencia del comentario epicrítico. Esta ausencia nos parece altamente significativa de la talla científica de estos profesionales. Hubiera sido el lugar, junto al de la patogenia, en que habría podido manifestarse intelectualmente el autor, revelándonos la ciencia médica y los supuestos teóricos que orientaron su práctica o aplicación técnica. La epicrisis nos hubiera permitido ver -observando cómo el propio médico explicaba el proceso morboso- cuál era el grado de asimilación teórica que hacía de la doctrina formulada por F.J.V. Broussais. La ausencia de esta epicrisis nos hace sospechar el hecho de que sea expresiva de la incapacidad que, debido a la rápida e irregular asimilación de la nueva doctrina, tenían los brusistas españoles para fundamentar teóricamente su actividad práctica. Justificaciones como ésta de Carlos Aceto, fueron, de hecho, muy abundantes entre los brusistas españoles:

"Si yo me considerase capaz de ilustrar este caso, y de convencer a algunos obstinados, haría mil reflexiones sobre él, que también servirían de elogio a la doctrina fisiológica y a su inmortal descubridor; pero temo, conociendo mi insuficiencia, y sólo le presento tal cual es, y sin crisis

ninguna, para que él con otros acompañen a la humanidad doliente a dar gracias a este genio ilustre en su templo de la inmortalidad"²⁸.

Uno de los pocos brusistas que tuvo capacidad para insertar sus experiencias clínicas en el complejo tramado de la doctrina brusista fue Manuel Hurtado de Mendoza. Lo hizo en muchas ocasiones aprovechando historias clínicas de sus correligionarios en las que añadía notas a pié de página planteando hipótesis de rango general deducibles de los aislados de observación que en ellas figuraban. Pero más que referimos a estas notas parece adecuado analizar, con algún detenimiento, las propias historias clínicas de Manuel Hurtado de Mendoza.

3. Las historias clínicas de Manuel Hurtado de Mendoza

Las historias clínicas redactadas y publicadas por el máximo propagador del brusismo en España, y discípulo directo de F.J.V. Broussais, destacan en el conjunto de las historias realizadas por los brusistas españoles. Dos rasgos principalmente les diferencian: el primero es la importancia que en estas historias cobra tanto la interpretación de los signos y síntomas clínicos como el comentario epicrítico que acompaña al relato patográfico, siendo en algunas ocasiones, incluso, más extenso que el propio relato. El segundo rasgo peculiar es la insistencia con que M. Hurtado relataba, a lo largo de toda la nota clínica, los múltiples acontecimientos derivados de los obstáculos que iba encontrando en su práctica clínica. Estos obstáculos eran debidos a la incomprensión inicial de los pacientes ante la inusual pauta terapéutica que les proponía y, en mayor medida, a la rotunda oposición que mostraban los médicos que en ocasiones visitaban al mismo paciente.

En las historias clínicas presentadas por Hurtado de Mendoza se observa una inegable intencionalidad pedagógica y propagandística. Normalmente presentaba en ellas, junto a la suya propia, la interpretación de la realidad -del caso clínico- que hacían los otros médicos, mostrando, mediante este método comparativo, un procedimiento intelectual propio de un seguidor del brusismo. Eran, pues, historias clínicas donde se enseñaba explícitamente la utilidad clínica de los supuestos brusistas, por una parte, y, por otra, cómo los datos clínicos empíricos quedaban claramente explicados por la doctrina brusista²⁹.

Presentaremos en primer lugar -apéndice documental nº2- una historia clínica que nos muestra estas dos peculiaridades de las patografías de M. Hurtado de Mendoza. Añadiremos a continuación otra bien diferente -apéndice documental nº3- en la que podremos apreciar claramente las características que

tenían las notas clínicas de M. Hurtado cuando no pretendía, como en las anteriores, aleccionar a sus colegas.

La primera historia clínica es una de las varias en las que Manuel Hurtado no pudo continuar asistiendo al enfermo por la oposición habida y que fueron publicadas en las *Décadas*. En este caso la paciente falleció, y Hurtado atribuyó su muerte al tratamiento estimulante indicado por otro colega³⁰. Se trata de un caso que, pensamos, tenía un pronóstico grave, peor que el de la mayoría de las historias presentadas en las *Décadas*, y cuya tipificación o diagnóstico retrospectivo no nos ofrecía, en principio, serios problemas. La paciente, que presentaba signos de lo que hoy posiblemente llamaríamos neumonía basal bacteriana, fue diagnosticada por M. Hurtado de "pleuro-peripneumonía, simpática de una gastro-enteritis", mientras que el otro profesional que la asistía creyó que se trataba de una "calentura catarral degenerada en nerviosa y en adinámica, y complicada con síntomas neumónicos". A través de este caso podemos observar la total confianza que tenía Hurtado de Mendoza en sus recursos terapéuticos, y también la polémica que muchas veces debió de establecerse a la cabecera de los enfermos causada por la oposición que en la actividad práctica cotidiana -sobre todo en el área urbana- encontró el brusismo. Pero lo que más nos interesaría resaltar en este relato patográfico es la minucia con que este autor -a diferencia de la mayoría de los brusistas españoles- analiza y detalla la interpretación diagnóstica y la justificación teórica del tratamiento indicado³¹.

La estructura de esta nota clínica no es la usual ni refleja fielmente la historia del proceso morbo, sino más bien la historia de la asistencia médica que recibió la enferma. La estructura refleja la irreconcilable disparidad de criterios que en todo momento hubo entre Hurtado y el otro profesional. Así lo demuestra el hecho de que la observación clínica, el juicio diagnóstico y la pauta terapéutica sean narrados -como bien puede apreciarse en el documento del apéndice nº2- en continuo contraste con las observaciones, el diagnóstico y el tratamiento establecidos por su rival.

Cuando el discípulo de Broussais no tenía la pretensión de fundamentar teóricamente su práctica clínica, ni la de alentar a los demás profesionales, presentaba otro tipo de historias clínicas. Estas no difieren, en absoluto, de las normalmente presentadas por el resto de los seguidores brusistas españoles, como puede apreciarse tras la comparación de los apéndices documentales nº1 y nº3. Son historias clínicas muy sencillas, bastante breves y pragmáticas, que se limitan a describir, de manera apresurada y sintética, las manifestaciones clínicas más notables y las medidas terapéuticas adoptadas y los efectos que éstas producen (apéndice nº3)³².

Estos dos relatos patográficos de Manuel Hurtado reflejan la imagen de un clínico principalmente preocupado por la curación del paciente y sin ninguna inquietud por la investigación anatomoclínica. Como hemos subrayado, el interés de Hurtado de Mendoza estuvo centrado exclusivamente en la correcta interpretación patogénica y patocrónica de los datos clínicos observados en los pacientes y, sobre todo, en la curación de los mismos. En este último aspecto, Hurtado se mostró siempre optimista: no hemos logrado detectar, en el conjunto de historias clínicas redactadas por él, el menor resquicio de duda, de desconfianza ante los, desde nuestra óptica, limitados recursos terapéuticos de los que podía disponer, o ante la obvia insuficiencia de los conocimientos farmacológicos de su época.

Es preciso advertir, por otro lado, que tampoco en las historias clínicas firmadas por Hurtado de Mendoza hemos visto reflejada una posible preocupación por objetivar signos lesionales; ninguna sugiere la utilización de las elementales técnicas semiológicas que constituyen el medio de detectar los signos anatomoclínicos, como la percusión, la auscultación, o el análisis de las secreciones. Tampoco hemos localizado, pese a la rigurosa, esperamos, revisión que hemos hecho, ningún relato patográfico que incluyera el apartado correspondiente a la presentación de los datos anatomopatológicos procedentes de la autopsia, la *inspectio cadaveris*. Este hecho es especialmente significativo si tenemos en cuenta que en varias ocasiones manifestó Manuel Hurtado el papel fundamental que tenía la indagación necrópsica, y que su monografía *Tratado elemental de Anatomía* (1829-1830)³³, fue el primer compendio original de Anatomía Patológica publicado en España. El alejamiento del ambiente hospitalario, necesario para esta actividad, el escaso desarrollo de estas investigaciones en nuestro país y, sobre todo, el creciente desinterés que iba manifestando F.J.V. Broussais por la semiología anatomoclínica y por la citada nueva disciplina explican, sin duda, esta aparente contradicción en su actividad científica.

4. La nota clínica de José de la Calle Fajardo, un brusista crítico

Frente a la inmensa mayoría de las notas clínicas de los brusistas, que muestran un escaso nivel científico, una entusiasta aceptación de la nueva doctrina de Broussais, y una asimilación pragmática limitada a su propuesta terapéutica, se encuentra la de este médico de la ciudad cordobesa de Pozo Blanco, que ejemplifica un tipo de artículo poco frecuente entre los producidos por la generalidad de los brusistas españoles. El hecho de reunir ciertas características de las que carecen los artículos típicos de los brusistas, sirve, en nuestra opinión, como adecuado contraste para valorar en su justa medida a

estos últimos. Esta nota clínica de De la Calle, la única que llegó a publicar, es propia de un autor que poseía, sin duda, un mejor nivel científico: y que la aceptación de la doctrina brusista no le impedía una actitud crítica³⁴.

Además de estas características, llaman poderosamente la atención en este artículo algunas cualidades formales que, creemos, son también significativas. En primer lugar, la perfecta estructuración interna del trabajo que no responde a la que era usual en la historia clínica. Consta de objetivos del trabajo, resultados de las observaciones clínicas realizadas, cuestiones planteadas por la práctica médica -hipótesis de trabajo- y discusión, tanto de los resultados presentados, como de las nuevas hipótesis de trabajo sugeridas por ellos. En segundo lugar sorprende gratamente el estilo literario del artículo, bien diferente del estilo tosco, apasionado y farragoso que era habitual en los artículos de los brusistas; el de este autor es más ordenado, claro y también sereno. Por otro lado, quizá no haga falta decirlo, su discurso es mucho más analítico y correcto desde el punto de vista lógico.

El objetivo del artículo de José De la Calle, dirigido personalmente al director de las *Décadas* M. Hurtado, no es, como en la mayoría de los casos, presentar pruebas fehacientes de la validez de las tesis brusistas y hacer apología del brusismo, sino cuestionar algunos aspectos teórico-prácticos de esta doctrina:

"El deseo que tengo de adelantar en mi profesión, y la buena disposición que debo suponer en usted para discutir o ilustrar cualquier punto de la doctrina fisiológica, como el más interesado en su propagación, me han movido a dirigirle una esposición sucinta de los resultados que he obtenido siguiendo la terapéutica recomendada en ella, persuadido que la rectificación de cada uno de los puntos que presento podrá contribuir a la perfección de la ciencia y al bien de la humanidad.

De algunos años a esta parte he procurado leer cuantas obras han salido sobre la doctrina fisiológica, y la mayor parte de las que ha publicado el mismo Broussais: he visto en ellas, principalmente en su *Catecismo*, desenvuelta la teoría de las enfermedades de un modo más satisfactorio y convincente que se había hecho hasta aquí, y me he persuadido que como fundada en principios fisiológicos, debía conducir a una terapéutica racional y segura.

Después de haber tenido que combatir algunas preocupaciones envejecidas, he conseguido ponerla en ejecución, y voy a esponer fielmente los resultados que he obtenido en mi práctica con respecto a las gastro-enteritis o calenturas esenciales de los autores"³⁵.

Los resultados que J. De la Calle presenta son los correspondientes a seis casos clínicos diferentes, centrándose preferentemente, también, en las indicaciones terapéuticas. Sin embargo, José de la Calle Fajardo es mucho

más riguroso y exigente a la hora de presentar los datos. En este autor se observa una preocupación, inexistente en sus correligionarios, por analizar detenidamente los diversos factores determinantes de los resultados de la terapéutica brusista. Así, no omite ningún elemento, por trivial que éste pudiera parecer, y considera todos y cada uno de los factores que -según el- podrían haber intervenido en el proceso. Es preciso señalar que este autor, a pesar su riguroso y crítico planteamiento, no llegó a utilizar la estadística en el intento de objetivar y analizar sus observaciones.

El problema básico que el autor trata de dilucidar es si una aplicación de sanguijuelas es condición indispensable para obtener el completo restablecimiento del paciente, o si, por el contrario, es suficiente con la indicación de un mero plan antiflogístico refrigerante. También pretende averiguar si es conveniente o no administrar remedios tonificantes tras la instauración del plan antiflogístico debilitante. En definitiva, lo que el autor viene a cuestionar -analizando las diferentes variables o elementos terapéuticos utilizados- es el papel que juegan las sangrías en la evolución del proceso patológico, así como sus propiedades sanadoras.

Las variables que tiene en cuenta y analiza para valorar adecuadamente los resultados son las siguientes: el número de aplicaciones de sanguijuelas, el número de sanguijuelas aplicadas en cada tanda, la fase del proceso en la que se aplican (inicial o tardía), las características personales del paciente (edad, constitución y sexo), y la intervención de otros elementos terapéuticos, como son la dieta, los refrigerantes y los tónicos.

Los resultados que presenta producto de las numerosas observaciones realizadas están ordenadas siguiendo los anteriormente citados factores así como sus posibles combinaciones. Veamos cómo realiza el autor la presentación de los tres primeros tipos de datos:

"He observado en algunos casos que una sola aplicación de sanguijuelas en número de veinte y cuatro a las quince o veinte horas de haber principiado la calentura, ha bastado para disiparla en tres o cuatro días. Es de advertir que en esta estación se han manifestado muchas efémeras protractas de los autores, que con sólo los refrigerantes han desaparecido en el mismo espacio de tiempo; y que aunque estos resultados no puedan ser un argumento contra la utilidad de las aplicaciones de sanguijuelas en los primeros casos, a lo menos podrá sospecharse si pudieron éstos ceder a los refrigerantes sólo, como los segundos que cito.

Otras veces una sola aplicación de quince o veinte sanguijuelas hecha en el día quinto, sexto u octavo de una gastroenteritis, no muy intensa, con rubicundez y sequedad de la lengua, o bien con humedad, y poca o ninguna

rubicundez de este órgano, ha bastado para disiparla en treinta y seis o cuarenta y ocho horas, sin quedar los enfermos notablemente debilitados.

También he visto que la primera o segunda aplicación en las gastroenteritis de los muchachos de uno y otro sexo, aunque disminuían la calentura, eran en algunos seguidas de palidez notable de la piel, de abotagamiento del edema de los pies, y en uno de la anasarca; y en otros, en que creí indicados por los síntomas de irritación que permitían reiterar las aplicaciones de sanguijuelas, sólo conseguí una disminución momentánea de los síntomas, permaneciendo la calentura con grande aridez del cutis, y tomando el carácter de una lenta, que ha ido cediendo poco a poco en algunos a un plan moderadamente tónico y a un régimen conveniente de alimentos, habiendo sido muy larga su duración, y en otros aun subsiste después de cincuenta o sesenta días de su primera invasión"³⁶.

Tras la presentación de los resultados y la formulación precisa y clara de las cuatro cuestiones fundamentales y concretas que se planteaba, el autor pasa a su discusión. Para esta discusión final de los resultados y la defensa de su hipótesis principal -que sostenía que los remedios tónicos eran eficaces tras la primera fase de sobreirritación tratada ya con antiflogísticos-, algo distante de la del propio Broussais, José de la Calle recurre a la argumentación basada en un razonamiento lógico. Dicho método consistió básicamente en señalar las incoherencias que se hallaban en los propios textos de F.J.V. Broussais o en las de otros brusistas, como L.J. Begin o J.B. Barbier, o en las deducciones lógicas que se podían extraer de sus palabras. Un buen ejemplo es este fragmento, extraído de la última parte del artículo, que se refiere a la proposición CCLXVIII de *Propositions renfermant la substance de la médecine physiologique* :

"El mismo Dr. Broussais reprueba las sangrías capilares en la proposición 268 del Examen de las doctrinas médicas ; en ella dice: "Las sangrías generales o locales hechas a una persona que tiene poca sangre, determinan siempre ansiedad, aumentan las congestiones viscerales, y producen con frecuencia las convulsiones y la calentura". Si estos efectos resultan de las sangrías locales hechas a una persona que tiene poca sangre, podemos inferir que los mismos resultarán de las aplicaciones de sanguijuelas a una persona a quien las aplicaciones anteriores hayan dejado con poca sangre; luego aún permaneciendo la irritación o flegmasía, llega un caso en que las sangrías capilares sean perjudiciales"³⁷.

En resumen, podemos decir que la intencionalidad con que fueron redactadas las notas clínicas que hemos analizado condicionó tanto las características estructurales como su contenido. La mayor parte de los trabajos que publicaron los seguidores del brusismo en España fueron notas clínicas, y casi todas fueron escritas expresamente para ser publicadas en el periódico portavoz de esta corriente, *Décadas Médico-Quirúrgicas* (1821-1828), con el

objeto de ofrecer datos que validaran las tesis brusistas. Solamente teniendo en cuenta el fin que se proponían -la defensa de una doctrina seriamente acosada y el intento de convencer a los profesionales reacios- se puede entender el tono apologético, y el estilo poco preciso y apasionado que caracteriza a las historias clínicas brusistas que hemos analizado. Estos mismos condicionamientos son necesarios para explicar el notable predominio que la información relativa a los efectos del tratamiento tenía sobre la relativa a la descripción clínica del caso o a la explicación del proceso observado.

Y, en no menor medida debe considerarse, para comprender las antedichas características, el lugar donde trabajaban sus autores. En un medio predominante rural era lógico que la máxima y casi única aspiración científica y técnica fuera la de conseguir la completa curación de los pacientes y, también, que no tuvieran el hábito -a diferencia de los que trabajaban en los hospitales o participaban en las habituales sesiones de las instituciones científicas- de tomar notas de sus observaciones y expresarlas de modo que fueran a ser leídas por otros profesionales.

APENDICE DOCUMENTAL Nº 1

Observación de una gastro-entero-peritonitis, curada a beneficio de grandes aplicaciones de sanguijuelas. (Por Carlos Aceto)

Habiendo sido llamado para visitar a Juana Ramírez, vecina de esta villa, de treinta y cinco años de edad, madre de cuatro hijos que tuvo felizmente sin otro achaque que un aborto; y de temperamento sanguino-nervioso: la hallé echada boca arriba, con las piernas y muslo doblados, languidez general, frío en las extremidades, cara casi hipocrática, ojos hundidos, nariz fría; estupor, quejidos lastimosos, durante los cuales llevaba las manos al vientre, que se hallaba notablemente distendido y ardoroso; lengua seca, roja, (y más principalmente en la punta y bordes), temblona, gran sed, náuseas frecuentes y vómitos escasos de materias biliosas, sensación de ardor, dolor y peso en todo el trayecto intestinal y estreñimiento; el pulso frecuente, débil y contraído, semejava a una cuerda tirante que vibra con frecuencia; en este lastimoso estado me costó mucho trabajo informarme de los antecedentes, más al fin me dijo haber comido al medio día unos espárragos cocidos, con aceite; y que sintiendo náuseas y peso en el estómago creyó ser debilidad, por lo que no teniendo otra cosa comió un poco de suero y dos ajos crudos con pan, como dos horas antes de anochecer, lo que creía ser la causa de su mal, y no podía vomitar por más que lo deseaba. Procuré sosegarla y convencerla, de que el vómito por entonces sería perjudicial, y caracterizando el mal de una gastro-entero-peritonitis

intensa, aunque la última me pareció simpática; después de los auxilios espirituales, la dispuse cuarenta sanguijuelas que debían repartirse entre el epigastrio y región umbilical; una taza de cocimiento de malvas cada dos horas, dos cremas de cocimiento de malvas y flor de manzanilla tres horas después de aplicar las sanguijuelas, y después dos sinapismos bajos. Observaron este plan religiosamente sin darla ningún alimento, ni el más simple, y habiéndose aplicado sesenta sanguijuelas en vez de cuarenta que dispuse, y dejándolas sangrar hasta que espontáneamente se cerraron antes de amanecer; cosa poco común en estos pueblos.

Día segundo. La postración no era tan notable, la enferma hacía algunos movimientos, aunque leves, y se quejaba menos del dolor, cuyo alivio atribuía a una deposición que había hecho; el pulso más desenvuelto, pero frecuente, calor más moderado en el abdomen y natural en las estremidades, la lengua tenía poca variación, por lo que me pareció oportuno disponer diez y ocho sanguijuelas más al epigastrio, y le aplicaron veinte y cuatro; paños al vientre de agua y vinagre, el cocimiento de malvas alternando con otro de simiente de lino con la goma arábica; dos cremas por la tarde.

Día tercero. El alivio era considerable, todos los síntomas de postración habían desaparecido; el pulso más desenvuelto y menos frecuente; la lengua más húmeda y sólo un poco encarnada en la punta y bordes, poca sed, apetito, deposición natural. Se la concedió que a las horas del cocimiento de malvas, tomase una taza de sustancia de pan, suspendiendo aquel y las cremas.

Día cuarto. Mejoría en mayor grado. Caldo de perdiz, sustancia de pan y cocimiento gomoso.

Día quinto. Se levantó, y tomó unas sopas, se fueron graduando los alimentos, y el siete se hallaba perfectamente buena la enferma¹⁸.

APENDICE DOCUMENTAL N° 2

Observación de una pleuro-peripneumonía, simpática de una gastro-enteritis, terminada funestamente con el método estimulante. (Por Manuel Hurtado de Mendoza)

El jueves 20 del corriente mes de marzo fui llamado a las cinco de la tarde a la calle de Francos para ver a doña Y.V. y consultar sobre su estado enfermo con el profesor que le asistía. Esta enferma, de edad de cuarenta y siete años, y de un temperamento nervioso, parece que se sintió indispuesta desde el miércoles o jueves de la semana anterior, efecto según ella de algún frío o causa atmosférica, pero que no hizo cama hasta el sábado 15 en cuyo día la encontró el facultativo con mal de cabeza, escalofríos, mal gusto de boca, lengua algo saburrosa, y calentura que, por presentar en su marcha remisiones bastante marcadas, la caracterizó de una remitente catarral. Uno de los remedios de que hizo uso como evacuante y diaforético, fue el vomitivo, el cual, auxiliado

después de otros estimulantes, como la hipecacuana, el cocimiento antiséptico, etc. contribuyó sin duda a exasperar la sobreirritación gástrica y a que esta presentase entre otros fenómenos simáticos cierto temblor nervioso que alarmó al facultativo, temiendo éste una degeneración de la fiebre en nerviosa. No tardó este síntoma nervioso en desaparecer y ser reemplazado por los pneumónicos que, según el profesor, no se habían presentado hasta el día antes de la junta, etc,etc.

Cuando yo ví a la enferma presentaba los síntomas siguientes: lengua blancuzca y mucosa en su centro, con rubicundez en los bordes y punta; anhelación; tos muy incómoda y con expectoración mucoso-sanguinolenta; dolores vagos en la pleura que iban de la parte superior y derecha del pecho, hacia el hombro, y parte superior y posterior del mismo lado; pulso frecuente, algo duro, pero muy concentrado o contraído.

El profesor indicado caracterizó este estado de una calentura catarral algo degenerada en nerviosa (por lo que había observado y por el temperamento de la enferma) y algo también en adinámica por el estado de debilidad que él veía en la enferma; y complicada con síntomas pneumónicos, los cuales no dejaron de llamarle la atención, pero no tanto como lo exigían.

En cuanto al método curativo fue de opinión: 1º Que se continuase el cocimiento antiséptico para combatir la calentura, oponerse a su degeneración, y sostener las fuerzas que él creía abatidas: 2º Que se continuase también el cocimiento de la polígala, que se había empezado el día antes, como tónico del pulmón para dar acción a este órgano que estaba debilitado: 3º Que se debía usar también la hipecacuana como expectorante, y que si no se lograba por este medio aumentar la expectoración, debía hacerse uso del kermes mineral: 4º Que debía ponerse inmediatamente una cantárida entre las dos escápulas, y otra en cada brazo: 5º Que la enferma estaba muy débil, y que se añadiese a lo dicho el uso de buenos caldos, vino etc.

Mi opinión, en cuanto al carácter de la enfermedad en su principio, fue que habiéndose suprimido o disminuído la acción vital de la piel por el frío u otra causa, se aumentó en el estómago, como está sucediendo todos los días en esta estación, y este aumento produjo la sobreirritación más o menos inflamatoria de esta víscera, o gastritis de los modernos, calentura catarral de los antiguos, etc; pero que limitándome al estado en que yo encontraba entonces a la enferma, ésta padecía dos enfermedades, la primitiva o gástrica, y la secundaria o pulmonal.

En cuanto al método curativo espuse al facultativo de cabecera: 1º Que había que prescindir por entonces de la afección gástrica, por no ser muy intensa y por dar muchas más treguas que la pulmonal, la cual era la que más urgía combatir, aunque simática, por ser la que iba a comprometer, y muy pronto, la existencia de la enferma; por otra parte el plan curativo de esta favorecía la curación de la otra: 2º Que esta afección pulmonal era de naturaleza inflamatoria, y que por consiguiente era necesario combatirla con un plan diluyente y atemperante más o menos antiflogístico. Así es que propuse por todo remedio y alimento agua de cebada con la goma tragacanto, alternada con el cocimiento o caldo ligero de ternera también con la misma goma por ser un excelente atemperante de las sobreirritaciones pulmonales; con cuyos medios se disminuiría la sobreirritación general y aun la gástrica. Propuse también dos

docenas de sanguijuelas, una sobre cada clavícula, y cubrir luego el pecho con una cataplasma emoliente, como un medio el más proto y poderoso de combatir la sobreirritación local o pulmonal, y de oponerse a la congestión sanguínea de que estaba amenazado el pulmón. Dije además que creía aquí contraindicada la sangría general, no por la edad, constitución, ni debilidad (1) que aparentaba la enferma, sino porque yo no veía afectado todavía el parénquima del pulmón y sí solamente su tejido seroso y mucoso, y porque en las flemasias de los tejidos membranosos obran las sanguijuelas de un modo directo, pronto y superior a todo otro evacuante.

Por lo que toca al método curativo propuesto por el profesor de cabecera, fue mi parecer que el cocimiento antiséptico estaba contraindicado como estimulante, por aumentar la sobreirritación gástrica y por simpatía la pulmonal; que lejos de oponerse este remedio a la degeneración de la fiebre, esta se aumentaría por aumentarse con este cocimiento la flemasía de quien es un fenómeno simpático la fiebre: que tampoco podía sostener las fuerzas ni combatir la debilidad sino todo lo contrario, porque el aumento de este síntoma, también simpático, estaba en razón directa del uso de los tónicos, los cuales aumentan la flemasía gástrica y pulmonal que es la que, consumiendo la fuerza vital, produce la debilidad, y que por consiguiente los verdaderos tónicos o conservadores de las fuerzas eran los que disminuyesen o combatiesen la flemasía por los medios que he indicado: que el...

El profesor de cabecera me contestó que aunque había inflamación en el pulmón ésta era atónica, pasiva, o por debilidad; y que tanto por esta razón como por la gran debilidad que él veía en la enferma, no podía acceder a que se la sacase sangre ni a que dejase de usarse ninguno de los medios tónicos, tanto alimenticios como medicamentosos que diesen acción al pulmón, estómago, y a toda la máquina que estaba en un estado débil del cual era necesario sacarla, así como era también el que espectorase mucho la enferma para descargar el pulmón de la porción de material de que por debilidad se hallaba sobrecargado, etc,etc.

Repliqué pues, aunque con sucintas razones que desenvuelvo o comento en la adjunta nota, que yo consideraba la inflamación del pulmón como verdadera o esténica (2) la cual debía combatirse ante todas las cosas con evacuaciones sanguíneas capilares, repetidas o no según la intensidad u obstinación de los síntomas pneumónicos;

... Después de presenciar nuestra junta el esposo de la enferma y ver que se hallaba diametralmente opuesta nuestra opinión sobre la naturaleza y curación de la enfermedad de su señora, tomó el partido de llamar, en la misma noche, a otro profesor, para que haciéndole relación de lo ocurrido y de nuestra divergencia de opiniones diese su dictámen. Este parece que se adhirió a la opinión del médico de cabecera, y el marido, en virtud de la pluralidad, se decidió por el método estimulante propuesto. No vi más a la enferma, y por consiguiente no puedo concluir su historia; sólo puedo decir que continuó desde entonces empeorándose, y que murió a las cuarenta y siete o cuarenta y ocho horas de la segunda y última junta³⁰.

APENDICE DOCUMENTAL N° 3

Observación de una gastro-enteritis aguda (calentura gástrica de los autores) cortada en su principio con los antiflogísticos.
(Por Manuel Hurtado de Mendoza)

El 6 de este mes fui llamado a la casa de Correos para ver a I.G., joven de trece años, temperamento ya bastante nervioso, y constitución débil y caquética, al cual encontré con amargor en la boca, cefalgia frontal, lengua amarillenta y cargada en su centro, con rubicundez en su punta y bordes, sed, piel seca y ardorosa, cardialgia, náuseas acompañadas alguna que otra vez de vómitos, orina encendida sin sedimento, con pulso frecuente y contraído o pequeño.

Dos tías del enfermo, viendo que la lengua estaba cargada y diciendo una de ellas, con quien había estado fuera de Madrid el enfermo, que se había atracado de fruta, etc. y que lo que tenía era un asiento o empacho, no sólo se resistieron al uso de diluyentes y antiflogísticos que prescribí, sino que querían que le administrase un emético; pero viendo que los síntomas de sobreirritación predominaban mucho sobre los llamados de gasticismo y contando con la confianza que en mí tiene el padre del enfermo logré que nadie diese a éste más que agua de limón muy fría con goma arábiga, lavativas de lo mismo y que el mismo día por la noche verificasen la aplicación de las doce sanguijuelas al epigastrio que habían reusado aplicar por la mañana y que sobre las picaduras después de caídas aquellas, pusiesen paños de agua y vinagre, y de ningún modo yesca. El 7 por la mañana, encontré muy afligidas y enfadadas a sus tías porque las sanguijuelas habían dado mucha sangre, y porque el enfermo, según ellas, se había desangrado enteramente. Traté de tranquilizarlas, diciéndolas que lo había yo hecho de intento y que me alegraba mucho de que así hubiese sucedido, pues aunque el enfermo se hubiese debilitado algo, este inconveniente era nada comparado con la ventaja de haber cortado un mal que lo hubiera debilitado mucho más y cuya duración y resultados no podíamos saber cuáles serían. En efecto, el 7 siguió bien el enfermo hasta el anochecer, que experimentó una pequeña exacerbación que le duró como hasta las once de la noche. El 8 hubo completa desaparición de síntomas, y en este mismo día principió la convalecencia que continuó y terminó pronta y felizmente.

Otras varias observaciones podríamos citar de las recogidas recientemente en nuestra práctica, no contrariada por las preocupaciones, pero las omitimos por evitar la prolijidad y porque nos parece que las referidas militan lo suficiente en favor del método curativo que seguimos y propagamos³².

NOTAS

1 El punto de partida de los estudios basados en las patografías ha sido el realizado por P. Laín Entralgo, *La Historia Clínica. Historia y teoría del relato patográfico*, publicado en 1950, cuyo objetivo fue demostrar la evolución y el progreso operado en el campo de la medicina a lo largo de la historia y su

reflejo en la práctica clínica a través del documento que lo registraba, las historias clínicas. Posteriormente otro trabajo ha utilizado estos documentos para observar el proceso de constitución de una especialidad, la pediatría, y la asimilación en este área de los sucesivos fundamentos -anatomoclínico, fisiopatológico y etiológico- de la patología y la clínica en general durante el siglo pasado: BALLESTER AÑON, R. (1977).

2 Laín Entralgo, P. (1961), op.cit.

3 Como hacía notar P. Laín Entralgo mediante un análisis dialectico, cada nueva orientación de la medicina y de la patología fue realizando una contribución que resolvía problemas planteados tiempo atrás, a la vez que formulaba otras cuestiones que dejaría sin solucionar. En este caso, y por no ofrecer una imagen historiográfica propia del más vulgar de los positivismos, parece necesario dejar constancia, también, de la aporías que generó la mentalidad anatomoclínica. Las principales fueron, como es sabido, el valor o el significado que debía tener el síntoma a los ojos del clínico, señal de enfermedad que desde esta mentalidad no se podía apreciar, y la explicación científica del origen y del transcurso de la enfermedad, cuestión que desde su posición antiteórica tampoco abordaron los patólogos anatomoclínicos. LAIN ENTRALGO, P. (1961), pp. 260-309; 630-637.

4 Véanse los modelos ofrecidos en la citada obra de Laín Entralgo, pp. 230-238 y 244-259, respectivamente. Para hacer la anotación respecto a las patografías de F. Broussais nos basamos en nuestras propias observaciones de las que incluyó en su famosa obra *Historie des Flegmasies Chroniques*, así como otras muchas publicadas en la revista que dirigió por espacio de doce años, *Annales de la Médecine Physiologique* y reproducidas en otra revista española BROUSSAIS, F.J.V. (1808, 1822-1834). A este respecto hemos de añadir que nadie ha analizado el legado de relatos patográficos de F. Broussais a pesar de haberse recalcado reiteradamente la existencia de una aparente e interesante contradicción en su actividad científica: el hecho de que no fuera tan especulativo en su práctica clínica como hacían suponer sus escritos.

5 SALVA Y CAMPILLO, F. (1802)

6 La bibliografía sobre F.J.V. Broussais o su doctrina es extraordinariamente abundante. Merecen consultarse los acercamientos generales de ACKERKNECHT, E.H. (1967); LOPEZ PIÑERO, J.M. (1973) y SHRYOCK, R.H. (1979), así como los específicamente dedicados a este tema de ACKERKNECHT, E.H. (1953); REIS, P.H.L. (1869); ROLLESTON, J.D. (1939) y BRAUNTEIN, J.F. (1986).

7 ASTRUC, P. (1973).

8 El brusismo contribuyó a la cristalización del movimiento anatomoclínico, en una primera fase por su eficaz enfrentamiento a la medicina tradicional dieciochesca, fundamentalmente la corriente nosotaxita, y, en una segunda fase al provocar -por el carácter especulativo, fisiologista, vitalista y sistemático de su doctrina- una enorme oposición que concitó a los restantes patólogos, empeñados entonces en describir los procesos morbosos como un conjunto de signos objetivables de las alteraciones morfológicas internas y ocultas. Por la fundamentación de la patología en la fisiología que propugnaba el brusismo, influyó también, pero esta vez muy negativamente, a mantener o a

acrecentar la desconfianza de los médicos franceses en la investigación experimental de laboratorio retrasando así su desarrollo. Sin embargo, en este mismo sentido contribuiría positivamente -aunque en otra época y ámbito geográfico- el surgimiento del movimiento fisiopatológico, el conocido en la Alemania de la segunda mitad del siglo pasado como *physiologische medizin*, traducción del atribuido al brusismo en Francia; movimiento que se propuso estudiar de modo dinámico la enfermedad con el propósito central de obtener una explicación teórica de las enfermedades sólidamente fundamentadas en las ciencias básicas, recurriendo para ello a la investigación de laboratorio. Los estudios ya citados de E.H. Ackerknecht han sido los que principalmente han marcado este giro en la comprensión del fenómeno del brusismo.

9 BROUSSAIS, F. J. V. (1808).

10 BROUSSAIS, F.J.V. (1821).

11 MIQUEO MIQUEO, C. (1983).

12 BLASCO MARTINEZ, L. (1981).

13 Acerca de la trayectoria biográfica de M. Hurtado, su papel en la introducción del brusismo y el proceso general de difusión de esta corriente médica en España puede consultarse nuestra tesis de doctorado: *La introducción y difusión de la "Médecine Physiologique" de F.J.V. Broussais (1772-1838) en España*. Zaragoza, 1986, (inédita).

14 Aunque la historiografía había apuntado la posibilidad de que el brusismo en España hubiera influido en personalidades de gran talla científica, después de las investigaciones que hemos realizado sobre la incidencia de esta corriente médica en nuestro país, debemos suponer que anidó fundamentalmente en el ámbito rural, y que sus seguidores fueron, por el contrario, profesionales de escasa o ninguna relevancia, alejados geográficamente y desvinculados de las instituciones asistenciales y científicas más vivas del país. Del conjunto de los seguidores brusistas de los que hemos podido tener noticia (47), únicamente seis residían en ciudades que eran capitales de provincia (Madrid, Barcelona, Burgos, Alicante y Huesca), y sólo tres de ellos pertenecieron o participaron en las actividades de alguna institución. Para conocer la literatura científica generada por esta corriente, nuestra principal fuente de información, aunque no la única, ha sido el periodismo médico español de la primera mitad del siglo XIX. Hemos revisado tanto los artículos originales como los anuncios o reseñas que publicaban de la bibliografía monográfica o periódica que iba apareciendo en el país. De las 163 publicaciones que hemos localizado, correspondientes a 47 autores diferentes, 132 eran artículos de revista conteniendo historias clínicas. MIQUEO MIQUEO, C. (1986 a).

15 El estudio de las revistas y de las instituciones científicas extranjeras y españolas con las que este periódico mantuvo una relación regular, dando noticia más o menos puntualmente de lo que en ellas se publicaba o se exponía, ha sido objeto de una reciente comunicación a un congreso: MIQUEO MIQUEO, C. (1986 b)

16 Manuel Hurtado de Mendoza es una figura destacada en el empobrecido panorama de la medicina española de la primera mitad del siglo pasado. Unánimemente la historiografía ha resaltado su intensa actividad como publicista y su contribución a la renovación de los conocimientos médicos por su constante

labor de difusión y divulgación de la nueva ciencia que se estaba gestando en Europa, principalmente de la francesa. Llegó a publicar en su dilatada carrera nada menos que veintidós obras, entre ellas dos diccionarios, uno terminológico y otro enciclopédico, y el periódico *Décadas Médico-Quirúrgicas* (1821-1828) del cual fue su director y casi único redactor. Respecto a las publicaciones brusistas aparecidas fuera de esta revista hemos de indicar que no hemos encontrado más monografías que las de M. Hurtado, y tan sólo tres artículos publicados en otras revistas españolas, y ello en unos momentos en que no se estaba editando la revista brusista.

17 La oposición a la doctrina de Broussais en España surgió a la vez que se iniciaba su divulgación, pero no fue ni tan activa ni tan marginal como lo estaba siendo su defensa. Además de algunos artículos aislados publicados en casi todas las revistas médicas del periodo 1820-1840 e incluso en la *Gaceta de Madrid*, se publicaron seis monografías para refutar esta doctrina.

18 ACETO, C. (1827 a). No hemos logrado obtener más datos biográficos de este autor que su titulación profesional y el lugar de residencia desde el que remitió su trabajo. Ni antes ni después debió de publicar nada más que los siete artículos de las *Décadas Médico-Quirúrgicas*, los citados tres y cuatro que publicaría durante el año siguiente, 1828.

19 Cf. LAIN ENTRALGO, P. (1961), pp. 187-192.

20 ACETO, C. (1827 a), p. 296.

21 Acerca de las actitudes dominantes en la patología española de la época y aún anteriores pueden consultarse los trabajos de J.M. López Piñero, especialmente los dedicados a la corriente antisistemática y la mentalidad anatomoclínica en : LOPEZ PIÑERO, J.M. (1976), pp. 191-234, y el dedicado a los saberes médicos del siglo XIX en LOPEZ PIÑERO, J.M.; GARCIA BALLESTER, L.; FAUA SEVILLA, P. (1964), pp. 31-108.

22 ACETO, C. (1827 a), p. 296.

23 IDEM, p. 297.

24 En la mayoría de los artículos de los brusistas españoles no aparecen citas a Broussais ni a otros brusistas que no sean las referidas a artículos -notas clínicas- publicados en las *Décadas* por profesionales también españoles o las referidas a las síntesis realizadas por M. Hurtado, lo que nos indica el hecho de que la obra del propio F.J.V. Broussais, ampliamente traducida en nuestro país, no llegara hasta estos médicos del ámbito rural.

25 ACETO, C. (1827 a), pp. 296-297.

26 BLASCO MARTINEZ, L. (1981).

27 PESET REIG, R. (1963); LOPEZ PIÑERO, J.M. (1976), pp. 217-234.

28 Esta declaración la realizó Carlos Aceto al final de otra historia clínica de características similares publicadas junto a la que presentamos: ACETO, C. (1827 b), p. 300.

29 Las únicas historias clínicas que conocemos de M. Hurtado son las que publicó en su periódico *Décadas Médico-Quirúrgicas*. En ninguna otra de sus numerosas obras presentó historias clínicas, y aunque hemos sabido que conservó durante muchos años las notas que diariamente iba tomando desde que estuvo en París, estos manuscritos no han sido localizados.

30 HURTADO DE MENDOZA, M. (1823).

31 Dada su extensión no presentamos la transcripción completa de esta historia clínica de M. Hurtado. En el apéndice documental nº 2 ofrecemos la primera parte, que corresponde a la descripción clínica de la paciente, y la segunda, que corresponde a la doble interpretación diagnóstica y terapéutica; omitimos, en cambio, algunos párrafos de la tercera parte, la más extensa, que es la dedicada al relato de la refutación que realizó M. Hurtado, punto por punto, de la pauta terapéutica propuesta por el otro profesional y las notas (1) y (2), de tipo explicativo, que añadió a pié de página. Asimismo omitimos el comentario final, que no es una reflexión explicativa del caso observado puesto que ésta se había presentado a lo largo de todo el relato patográfico, sino un encendido elogio a la nueva doctrina y una amarga lamentación por la actitud antibrusista existente en las grandes ciudades españolas, especialmente en Madrid.

32 HURTADO DE MENDOZA, M. (1822).

33 HURTADO DE MENDOZA, M. (1829-1830).

34 CALLE FAJARDO, J. de la (1827).

35 *Ibidem* , pp. 289-290.

36 *Ibidem* , pp. 290-291.

37 *Ibidem* , p. 293.

BIBLIOGRAFIA

ACETO, C. (1827 a) Observación de una gastro-entero-peritonitis intensa, curada a beneficio de grandes aplicaciones de sanguijuelas. *Décadas Médico-Quirúrgicas* , 16, 296-299.

ACETO, C. (1827 b) Observación de una pleuritis curada felizmente con el método antiflogístico. *Décadas Médico-Quirúrgicas* , 16, 299-300.

ACKERKNECHT, E. H. (1953) Broussais or a Forgotten Medical Revolution. *Bulletin of the History of Medicine* , 27, 320-343.

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

ASTRUC, P. (1973) *Las ciencias médicas. En : TATON, R. (dir). (1971-1975). Historia general de las ciencias. La ciencia contemporánea. I. El siglo XIX*, pp. 629-668. Barcelona, Ed. Destino.

BALLESTER AÑON, R. (1977) *La historia clínica pediátrica durante el siglo XIX*. Zaragoza, Cuadernos de Historia de la Medicina.

BLASCO MARTINEZ, L. (1981) *La introducción del brownismo en España*. Madrid, Tesis de Licenciatura (inédita).

BRAUNSTEIN, J.F. (1986) *Broussais et le materialisme. Médecine et philosophie au XIX siècle*. Paris, Méridiens Klincksieck.

BROUSSAIS, F.J.V. (1808) *Historie des phlegmasies ou inflammations chroniques fondée sur de nouvelles observations de clinique et d'anatomie pathologique*. Paris, Gabon.

BROUSSAIS, F.J.V. (1821) *Examen des doctrines médicales et des systèmes de nosologie*. 2ª ed. Paris, Méquignon-Marvis.

CALLE FAJARDO, J. de la (1827) Observaciones prácticas y teóricas sobre el sistema curativo de la gastroenteritis. *Décadas Médico-Quirúrgicas*, 16, 289-295.

HURTADO DE MENDOZA, M. (dir.) (1821-1828) *Décadas Médico-Quirúrgicas*, Madrid, Impr. Fuentenebro-Villalpando-Ortega y Cia. 20 volúmenes.

HURTADO DE MENDOZA, M. (1822) Observación de una gastro-enteritis aguda (calentura gástrica de los autores) cortada en su principio con los antiflogísticos. *Décadas Médico-Quirúrgicas*, 7, 373-375.

HURTADO DE MENDOZA, M. (1823) Observación de una pleuro-pneumonía, simpática de una gastroenteritis, terminada funestamente con el tratamiento estimulante. *Décadas Médico-Quirúrgicas*, 9, 355-366.

HURTADO DE MENDOZA, M. (1829-1830) *Tratado elemental completo de Anatomía general o Fisiológica; de Anatomía especial o descriptiva; de Anatomía de Regiones o Quirúrgica y de Anatomía Patológica o Médica*. Madrid, Impr. que fue de García, 3 vols.

LAIN ENTRALGO, P. (1961) *La historia clínica. Historia y teoría del relato patográfico*. 2ª ed. Barcelona, Salvat Ed.

LOPEZ PIÑERO, J. M. (1973) *Patología y clínica en el Romanticismo. I. Europa Latina*. En: LAIN ENTRALGO, P. (dir.) *Historia Universal de la Medicina*, vol. V, pp. 255-267, Barcelona, Salvat Ed.

LOPEZ PIÑERO, J. M. (1976) *Medicina Moderna y sociedad española. Siglos XVI-XIX*. Valencia, Cátedra e Instituto de Historia de la Medicina.

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

MIQUEO MIQUEO, C. (1983) *La introducción de la obra de F.J.V. Broussais en España*. Alicante. VII Congreso Español de Historia de la Medicina.

MIQUEO MIQUEO, C. (1986 a) *Introducción y difusión de la "Médecine Physiologique" de F.J.V. Broussais (1772-1838) en España*. Zaragoza, tesis de doctorado (inérita).

MIQUEO MIQUEO, C. (1986 b) *La comunicación de las "Décadas Médico-Quirúrgicas" (1821-1828) con otras instituciones científicas españolas y extranjeras*. Valladolid, IV Congreso de Historia de la Ciencia y de la Técnica.

PESET REIG, R. (1963) La introducción y repercusión de la auscultación en España. *Medicina Española*, 49, 480-486.

REIS, P.H.L. (1869) *Etude sur Broussais et sur son oeuvre*. París, P. Ausselin.

ROLLESTON, J.D. (1939) F.J.V. Broussais (1772-1838); his life and doctrines. *Proceedings of the Royal Society of Medicine*, 32, 405-413.

SALVA Y CAMPILLO, F. (1802) *Exposición de la Enseñanza de la Medicina Clínica en el Real estudio erigido por S.M. baxo la dirección de la Real Academia Médico-Práctica de Barcelona*. Año MDCCCI. Barcelona, Heredero de Mateo Barceló.

SHRYOCK, R.H. (1979) *The developpement of Modern Medicine. An interpretation of the social and scientific factors involved* . 2^o ed, Madisson, Wisconsin U.P.