

LA TESIS DOCTORAL SOBRE LA LEPRA DE ANGEL FERRER CAGIGAL (CADIZ, 1911)

FRANCISCO HERRERA RODRIGUEZ
Universidad de Cádiz

RESUMEN

En el presente estudio abordamos la figura del médico catalán Angel Ferrer Cagigal, que desempeñó durante algunos años la cátedra de Histología y Anatomía Patológica de la Facultad de Medicinas de Cádiz. Particularmente, analizamos una de sus primeras publicaciones médicas, nos referimos a su tesis doctoral, defendida en Madrid en 1909 y publicada en Cádiz en 1911, en la que expuso diversos casos clínicos de enfermos leprosos, extraídos de su experiencia personal, deteniéndose nuestro autor especialmente en consideraciones etiológicas, clínicas y terapéuticas. Nos sirve este trabajo, asimismo, para subrayar las tesis doctorales como fuentes documentales de gran interés en la investigación histórico-médica.

ABSTRACT

In this work we have approached the catalan doctor Angel Ferrer Cagigal. He was professor of Pathological Anatomy in the Faculty of Medicine of Cadiz. We have especially analysed one of his first publications: his doctoral thesis, defended in Madrid (1909) and published in Cádiz (1911). He expounded several clinical cases of leprosy and its etiological, clinical and therapeutic aspects. We claim the importance of doctoral thesis as documentary sources in the historic-medical investigation.

Palabras clave: Medicina, Leprología, Tesis Doctorales, España, Siglo XX.

Estuve en un leprosoario (junto al lago petrolífero y sofocante de Maracaibo) me senté a la misma mesa con los leprosos. Y un día, al despedirme, les di la mano a todos, sin guantelete, como el Cid... no tenía otra cosa que darles.

León Felipe, *Escuela*.

A la hora de plantearnos la redacción de este trabajo, observamos que es doble nuestra motivación para llevarlo a cabo. En primer lugar, proseguir en el empeño de reivindicar la necesidad de valorar las tesis doctorales médicas producidas en nuestro país, durante la segunda mitad del siglo XIX y primer tercio del XX, como fuentes documentales interesantes para el enriquecimiento de la historiografía médica española¹. La segunda razón que nos impulsa es, sin duda, acercarnos a valorar un aspecto concreto de la obra de un interesante sanitario santanderino, formado medicamente en Cádiz, llamado Angel Ferrer y Cagigal; analizando los conocimientos expresados por este autor en su tesis doctoral, publicada en Cádiz, en el año 1911, y titulada *Contribución al estudio de la lepra*².

Nuestra intención, pues, con este estudio no es la de realizar una revisión de la problemática generada por la lepra a lo largo de la historia, ya que con tal enfoque existe una amplia bibliografía; sino, concretamente, pretendemos comentar las opiniones y experiencias de Ferrer sobre esta patología, situando la visión de nuestro autor en el contexto de la época en que redactó su trabajo doctoral; es decir, en la España de los primeros años del siglo XX.

1. Esbozo biográfico

Al realizar una aproximación a la figura de Angel Ferrer Cagigal, estamos obligados a citar la biografía que de este autor realizaron en 1981, Xavier Matias y Rosa María Martí³, así como el expediente personal que se encuentra en el Archivo General de la Administración (Alcalá de Henares)⁴, documento éste muy rico en lo que respecta a la biografía científica de nuestro autor.

Angel Ferrer Cagigal nace en Santander el 1 de octubre de 1886, en el seno de una familia dedicada al comercio de la navegación, circunstancia por la que tuvieron que trasladarse a Cádiz. Así es cómo nuestro biografiado inicia, en el curso 1901-1902, a la edad de quince años, en la Facultad de esta ciudad la carrera de medicina, que concluyó en el curso 1907-1908, con un

brillantísimo expediente y alcanzando el premio extraordinario de la licenciatura.

Cuanto todavía no había cumplido los veintitrés años de edad, Ferrer se doctoró en la Universidad Central (Madrid) el 2 de julio de 1909, obteniendo la calificación de *Sobresaliente*, encontrándose entre los miembros del tribunal que juzgó la tesis, Santiago Ramón y Cajal, que tan sólo tres años antes había recibido el Premio Nobel. Tener como juez de un trabajo primerizo a una figura mítica como Cajal, pensamos que debió emocionar e impresionar al jovencísimo Ferrer. Como ya hemos indicado la tesis vio la luz pública en la ciudad de Cádiz en 1911, manejando nosotros un ejemplar que fue dedicado de forma manuscrita por el autor, en marzo del mentado año, al médico gaditano Enrique Díaz Rocafull. Aunque también debemos destacar que la tesis fue dedicada, así consta de forma impresa, *al Dr. D. Leonardo Rodrigo Lavín, insignificante homenaje que rinde al maestro, en prueba de gratitud y cariño...*⁵.

Ferrer fue también médico por oposición del cuerpo de la Marina Civil (1910) y accedió al cargo de médico de la Beneficiencia Municipal de Cádiz (1911-14). Asimismo, en la Facultad de Medicina, sustituyó en estos años en la cátedra de Histología, Histoquímica y Anatomía Patológica, y dio clases prácticas de Patología General. En 1914 obtuvo la cátedra de Histología e Histoquímica normales y Anatomía Patológica de la Facultad gaditana, sucediendo en el puesto a Manuel Roca Bermudo. En este mismo año fue nombrado Presidente Honorario del Colegio Provincial de Practicantes de Cádiz. En octubre de 1916 verificó su ingreso en la Real Academia de Medicina de Cádiz, encontrándose presente en la recepción el gobernador civil (Juan Sánchez Anido), el alcalde (Manuel García Noguerol), el presidente de la Academia (Enrique Díaz Rocafull), el decano de la Facultad (Celestino Párraga), el pediatra Bartolomé Gómez Plana, etc.⁶. El discurso de Ferrer versó sobre la *Contribución al estudio de la constitución médica de Cádiz. Sus causas y profilaxis*⁷. En 1918 fue comisionado para desempeñar la acumulación de la cátedra de Patología Médica. Ferrer estuvo inmerso en la vida gaditana, pasando consulta privada, en la calle Zaragoza, de Medicina General, Sífilis y Dermatología⁸. Asimismo, firmaba crónicas en la prensa local y ejerció como conferenciante, por ejemplo, en el Centro Escolar Gaditano, donde expresó las siguientes ideas sobre la reforma universitaria:

"Las Universidades no han de ser sólo las expendedoras de la Ciencia sino que para poderlo ser como le corresponde, han de ser simultáneamente sus principales productoras. El fin último, pues de nuestras Universidades, es hacer ciencia; y como que para ello la independencia absoluta de investigación es ley, el Estado no puede mezclarse más que para facilitarnos los medios que a ello nos conduzca"⁹.

Otros puestos que desempeñó nuestro biografiado fueron la vocalía en la Junta Provincial de Sanidad, representando a la Real Academia; el vicerrectorado del estudio universitario de *Cádiz*, desde febrero de 1922 hasta que desapareció por Real Decreto la Autonomía Universitaria; y además fue Diputado a Cortes.

Participó Ferrer en múltiples Congresos. Por ejemplo, en 1916, en el sevillano Congreso de Ciencias Médicas, presentó un estudio sobre los líquidos conservadores de piezas anatomopatológicas. En el Congreso General de Medicina (Madrid, 1919), con Enrique Muñoz Beato, presentó un trabajo sobre las secreciones endocrinas del ovario y de la mama¹⁰. En 1924 comunicó ante la Sociedad Catalana de Biología de Barcelona un método de coloración de las grasas, que recibió el nombre de *Cagigalina*, como han mostrado los ya citados Matías y Martí.

En 1923, Ferrer, se trasladó a la Facultad de Medicina de Barcelona, donde desempeñó la cátedra de Histología, Histoquímica y Anatomía Patológica, hasta su cese en agosto de 1936. Falleció Ferrer, a la temprana edad de cincuenta años, en diciembre de 1936, en el Hospital Militar de Burgos, a consecuencia de un *Tifus abdominal*¹¹.

2. Comentarios sobre la Tesis Doctoral de Ferrer

Como ya hemos precisado la tesis fue defendida en Madrid en 1909 y publicada en Cádiz en 1911. Al analizar la tesis de Ferrer vislumbramos que tres circunstancias le alentaron a elegir el estudio de la lepra para doctorarse. La primera es una cierta experiencia clínica, ya que en el gaditano Hospital de Mora llegó a tratar una docena de enfermos con esta patología, de los cuales seleccionó cuatro para redactar el trabajo que glosamos. La segunda es la situación lamentable del leproso en la España de los primeros años de nuestro siglo, ya que en muchas ocasiones el enfermo era ocultado por su familia para evitar la vergüenza ante sus vecinos o bien para eludir la reclusión del mismo¹²; en definitiva, vemos que el leproso era una persona *maldita* socialmente, al que se procuraba mantener al margen de una convivencia normal. Nos ha impresionado la descripción física y psicológica que hace Ferrer en su tesis de los enfermos que trató:

"...con sus deformaciones y mutilaciones, sus facies abultadas y monstruosas y con aquel triste mirar, que sin decir nada, nos muestra todo el proceso de aquella serena y humillada resignación del vencido en la lucha del vivir, que vislumbra en no lejanos horizontes su ya deseada muerte".

Mirada triste, añadimos nosotros, propia de la persona marginada por el miedo propio y ajeno, por el miedo que siente y por el miedo que genera en los demás su presencia. Esto lo supo apreciar perfectamente en sus enfermos nuestro joven doctorando.

Pero aún queda una tercera circunstancia que lo indujo, probablemente, a realizar este estudio: la admiración de los trabajos que sobre este particular redactaron médicos como Benito Hernando, Azúa, Gil Casares, González Castellanos o Cajal.

Nuestro doctorando, en cambio, no presenta en la introducción de su tesis una exposición, aunque sea sumaria, de las zonas más afectadas por la lepra en nuestro país, eludiendo asimismo cualquier alusión a los datos publicados sobre el número de enfermos inventariados en las estadísticas de los años 1851, 1878 y 1904¹³. Estadísticas, obviamente, incompletas por el ocultamiento del enfermo de lepra y por las dificultades en el establecimiento de una adecuada centralización de los datos por las autoridades sanitarias. García del Mazo, dermatólogo de Madrid, señaló en una excelente monografía (1917), la existencia de lepra en la mayoría de las provincias, distinguiendo cuatro grandes focos¹⁴:

- *Foco de Levante* (Castellón, Valencia, Alicante y las provincias catalanas).
- *Foco Andaluz* (incluyendo Badajoz).
- *Foco de Galicia*.
- *Foco de Canarias* (extendido por todas las islas, excepto el peñón de Alegranza, casi deshabitado).

Las estadísticas del año 1904 recogen 522 enfermos de lepra en España, de los cuales 122 pertenecían a Valencia; 117 a Alicante; 70 a Castellón; 67 a Málaga; 34 a Sevilla; 27 a Granada; 1 a Cádiz, etc. Estos datos numéricos que, con casi toda seguridad, no recogieron la cifra real de leprosos en España, al menos nos sirven para comprender la voluntad precursora de sanitarios que intentaban conocer el estado de la cuestión en nuestro país desde un punto de vista cuantitativo. De todas formas resulta sorprendente que en esta estadística de 1904 sólo aparezca un caso, cuando Ferrer en su tesis, defendida en 1909, afirma la existencia de *un numeroso contingente* de leprosos en el Hospital, procedentes de pueblos de la provincia gaditana, como Alcalá, Paterna o Vejer.

La tesis de Ferrer abarca fundamentalmente comentarios sobre la etiología, clínica, anatomía patológica, tratamiento y profilaxis de la lepra; cuestiones que analizaremos a continuación.

Evidentemente, Ferrer, no podía ignorar el papel que juega en esta enfermedad el agente descubierto por Armauer Hansen en los primeros años de la década de los setenta del pasado siglo¹⁵ y, por tanto, le dedica algunas páginas que convienen glosar. Es muy elocuente la descripción de Ferrer de su inquietud por realizar el diagnóstico bacteriológico a uno de los enfermos que estudia: un joven campesino de dieciocho años procedente de Alcalá de los Gazules, al que tomó muestras de saliva, lágrimas e incluso llegó a abrirle un nódulo, todo ello sin conseguir evidenciar el bacilo de Hansen, hasta que por fin sigue las recomendaciones que Ebstein brinda en su *Tratado de Medicina Clínica*, tomando muestras de *moco nasal*. Ferrer toma dos muestras. La primera es colocada, por el procedimiento de Geabet, que describe de la siguiente forma:

"dos minutos en la solución fénico-alcoholizada de fuchina, en una capsulita de porcelana, calentada suavemente hasta desprender vapores, lavado en agua destilada para desprender exceso de materia colorante y subsiguiente coloración en la solución de azul de metileno, sulfúrico-alcoholizado durante dos minutos, con la que obtengo decoloración de toda la preparación á excepción del microbio, al mismo tiempo que coloración de fondo ó contraste; nuevo lavado hasta salir perfectamente límpidas las aguas de loción, desecación y montaje en Balsamo de Canadá. Sobre la platina y con la combinación del objetivo 1/12 de inmersión homogénea en aceite de cedro y el ocular número 3, puedo observar el campo del microscopio cuajado de bacilos de Hansen, encontrando algunos sueltos, pero la mayoría formando esos apelotonamientos ó colonias, muy característicos, por presentarse teñidos en un intenso color rojo y ser muy refringentes..."

La otra muestra la destina Ferrer a comprobar que efectivamente es el bacilo de Hansen y no el bacilo de Koch, empleando el método de Mazinowsky, realizando la coloración del microbio con la fuchina de Zihel, diluida en dos partes de agua y la coloración de fondo con el azul de Sóffer. Llegando a la conclusión que era el bacilo de Hansen, aunque para cerciorarse más intentó cultivarlo con el *caldo peptonizado alcalinizado* infructuosamente. Consultó Ferrer a los doctores Jimeno y Rodrigo Lavín, maestros del claustro gaditano, que le aconsejaron hiciera las siembras sobre *suero sanguíneo endurecido por el proceder de Meisser*, resultando igualmente infructuosos los esfuerzos. No cae en el desánimo Ferrer y experimenta en el laboratorio de la Facultad la inoculación en animales, prueba muy discutida en la época y que defendían autores como Melchor y Arttanan. Inoculó nuestro autor *tanto el moco nasal, como el contenido del nódulo leproso, en la cámara anterior del ojo de una cobaya y en el peritoneo*, no encontrando en los estudios microscópicos y macroscópicos lesión leprosa y tampoco el *agente específico*. Estos resultados llevan a Ferrer a alinearse, *mientras no se demuestre lo contrario*, con los que defienden la inmunidad de los animales para esta enfermedad. Es sabido, que durante muchos años la inoculación de la lepra

experimental se intentó en varios animales, generando posturas encontradas entre diversos autores, hasta que en 1960 se logró la citada inoculación¹⁶, aunque no se deben olvidar los intentos pioneros que en este sentido desarrollaron autores como los citados. En cuanto al joven Ferrer debemos precisar que las líneas precedentes nos confirman que está imbuido de una mentalidad etiopatológica, con toda seguridad aprendida de sus maestros de la escuela gaditana, que le impulsa al diagnóstico bacteriológico en todos los casos clínicos que presenta en su tesis doctoral.

Ferrer expone que la herencia del *agente específico* está descartada, recuérdese en este sentido la hipótesis de Banenspruny (simbiosis del germen con el espermatozoide). García del Mazo admite el *contagio uterino o heredo-contagio*; es decir, cuando la madre transmite la enfermedad al feto por vía placentaria¹⁷. En cambio, Ferrer, opina que la principal *condición etiológica* de la lepra en *nuestro paralelo y clima* es la *heredo-predisposición o herencia de terreno*; es decir, la transmisión al producto de la concepción de una *modalidad de ser especial*, en virtud de la cual sería susceptible al bacilo de Hansen. Esta modalidad de ser especial, que apunta Ferrer, consistiría en una

"disminución de las defensas orgánicas, atenuación de la fagocitosis, relajamiento de la leucocitosis, ó bien por alteraciones químicas de las reacciones humorales, coadyuvando, por asociación de todas estas circunstancias, á determinar esa especial receptividad, que hace estallar la enfermedad en cuanto penetra el agente en la economía".

Apoyándose en su experiencia personal y en los estudios de González Castellanos, médico que ejerció durante medio siglo en la vega valenciana, afirma nuestro autor que *el contagio como agente etiológico, carece en nuestro país de importancia, debido a inmunidad hereditaria que poseemos, por ataques sucesivos de nuestros antepasados y la disminución de virulencia del bacilo de Hansen*. Concretamente, Ferrer, alude a la presencia prolongada de leprosos en el hospital que no han generado un solo caso de contagio. Se pregunta nuestro autor:

"¿cómo es posible que esos enfermos, que tenían comprobado por el análisis microscópico infinidad de bacilos en su mucosa nasal no despidieron multitud de partículas en el aire que, respiradas por los demás, les diese origen á la infección?".

Esta pregunta la contesta Ferrer, como hemos visto, alegando la inmunidad hereditaria y la disminución del bacilo. Como muy bien ha indicado Sánchez García el mecanismo de adquisición de la lepra fue un punto muy controvertido y debatido por los especialistas en nuestro país. Unos se decantaron por el contagio de la enfermedad, mientras que otros reivindicaban la herencia, así como otros constituyen una tercera vía, los heredo-

contagionistas, admitiendo que la lepra se adquiere por contagio, aunque no descartan que se herede una predisposición a ese contagio¹⁸.

El apartado más extenso de la tesis que glosamos es precisamente el dedicado a la clínica de la lepra, expuesto por Ferrer al hilo de cuatro casos vividos por él en el gaditano Hospital de Mora. La lectura de las observaciones presentadas nos permiten valorar la minuciosidad en la elaboración de la historia clínica y en el seguimiento del proceso morbo, tarea que le fue comisionada, al menos en el primer caso, por el profesor Rousselet.

Es en este capítulo clínico cuando las apreciaciones de Ferrer cobran una dimensión más humana, debido a que aflora con más fuerza la presencia rotunda del enfermo, del ser humano que sufre y que tiene miedo por estar su cuerpo plagado de una enfermedad que repugna a todo el que le rodea. Generalmente, cuando historiamos la medicina glosamos personalidades médicas, instituciones científicas o bien barajamos cifras de morbilidad y mortalidad que ha generado una epidemia, pero nos olvidamos de recordar esa dimensión íntima y personal del enfermo *solo* que vive una *situación límite* dentro de los parámetros del miedo y la marginación. Impresionantes son los comentarios de Ferrer cuando describe la maltrecha situación anímica de una mujer de cincuenta y dos años llamada Dolores. Leamos:

"De todo lo que se puede observar en esta enferma lo que más predomina es el decaimiento moral excesivo de que es presa, a pesar de que advertida la hermana que la cuida, con objeto de que procure distraerla, se considera vencida: es una tristeza espantosa, exacerbada por la creencia de ir á una leprosería, que sin saber por donde se ha enterado, constituye su constante preocupación".

El miedo a la vida, a la soledad, a el rechazo social y familiar, el deseo de la muerte como única escapatoria de una enfermedad maldita son una constante en la historia de los leprosos.

Esta mujer de cincuenta y dos años, natural de Medina (Cádiz), cuya madre también padeció la enfermedad, fue diagnosticada de *lepra mixta*. Tenía fiebre, voz ronca, nódulos en la cara, hipersecreción nasal, facies leonina, úlceras extensas en los pies y las piernas, así como trastornos sensitivos *irregulares y asimétricos*. En el análisis microscópico de la mucosidad nasal se detectó la presencia de gran cantidad de bacilos de Hansen. Ferrer opina que es de carácter mixto, ya que están asociadas tres modalidades, *la tuberosa en la cara y cuello, la ulcerosa en las extremidades abdominales y parte en las torácicas (...), y por último la trofoneurótica de tipo, resultando en ambos pies y manos*.

Otro caso clínico presentado en la tesis, es el de un joven campesino de Alcalá de los Gazules (Cádiz), de dieciocho años, que es diagnosticado de *lepra*

tuberosa o tuberculosa. El proceso de la enfermedad comenzó cuando contaba doce años de edad con fenómenos febriles muy acentuados, repitiéndose los accesos cada veinte o treinta días. A los cuatro meses aparecen manchas eritematosas en la piel de la cara y de las manos, progresivamente va apareciendo un *acorchamiento* y la disminución de la sensibilidad en los lóbulos del pabellón del oído y en el pulpejo de los dedos, *perturbación que utilizaba para sostener el cigarro y un fósforo encendido*. A raíz de una fuerte *coriza* le quedó la voz completamente ronca y una constante hipersecreción de moco nasal. Después de un acceso febril que le duró tres días notó al levantarse, *que tenía en la cara y en ambas manos unas manchitas abultadas, muy pequeñas y dejando grandes espacios de piel sin ellos, nódulos que se le fueron aumentando progresivamente no sólo en número, sino en extensión y abultamiento, que le deformaron las facciones...* Se le realiza al enfermo en el hospital una rinoscopia anterior y posterior, comprobándose la existencia de pequeños nódulos y una ligera ulceración en la parte superior del tabique, *de bordes irregulares y de fondo sucio y ligeramente purulento, en una palabra, el 'ozena leproso'*, por lo que presentaba mal olor y su compañero de habitación solicitó la separación de él. En definitiva, Ferrer, se inclina por el diagnóstico apuntado por la procedencia geográfica del enfermo, los antecedentes familiares, la *facies leonina o leontina* (nariz achatada y voluminosa, párpados y labios abultados), la *mirada del leproso* (fija, triste e inexpresiva), la voz ronca, la hipersecreción nasal, los nódulos (algunos ulcerados) y, por supuesto, el diagnóstico bacteriológico. Algunos de los datos consignados en el cuadro clínico hubieran sido identificados inmediatamente por cualquier médico, pero llama la atención cómo el escritor Valle Inclán cuando trazó el retrato del leproso en *Romance de Lobos* (1908), lo hizo destacando algunos rasgos significativos. Escribe el autor dramático lo siguiente:

"El Caballero se estremece. Hasta su rostro llega el aliento podre de aquella voz gangosa, y apenas puede dominar el impulso de apartarse".

Además, el escritor gallego, destaca la tristeza y la condición de labrador de *El pobre de San Lázaro*.

La siguiente observación clínica corresponde a un campesino¹⁹, de Vejer de la Frontera (Cádiz), de cuarenta y nueve años de edad, y que fue diagnosticado de *lepra trofoneurótica*. A la edad de veintiocho años comenzó a padecer cefalalgia, adelgazamiento y sensaciones de adormecimiento en los miembros superiores, con predominio en la mano y el antebrazo derecho. Posteriormente, el enfermo se sorprendió de ver cubiertas las manos, las mejillas y el cuello por unas manchas rojas, apareciendo a los ocho días unas ampollas en el codo y en el dorso de la mano. Tras una insignificante herida, padece una gran inflamación del dedo medio de la mano derecha, que terminó

supurando, sin que el enfermo sintiera el más mínimo dolor. Tardó en verificarse la cicatrización unos tres meses, originando una gran retracción de los tejidos que determinó la flexión del dedo. Este proceso se repitió en ambas manos, presentando en el momento de la consulta las *manos en garras*. En la exploración se comprueba que conserva la sensibilidad táctil, no ocurriendo lo propio con la térmica y dolorosa en determinadas zonas de manos y pies. A la palpación apreció Ferrer en el trayecto de los nervios cubital y mediano del brazo derecho, la existencia de abultamientos duros y en forma arrosariada. Con posterioridad al ingreso en el hospital fue perdiendo la sensibilidad táctil y se le presentaron alteraciones del nervio facial, *consistentes en ligera desviación de la comisura labial derecha y algo de blefaroptosis originando la asimetría de la cara*. Finalmente, justifica Ferrer su diagnóstico exponiendo una diferenciación clínica entre la *lepra trofoneurótica* y la *siringomelia*; además de presentar como argumento el diagnóstico bacteriológico que realizó en el moco nasal, donde encontró numerosos bacilos de Hansen.

La última Observación clínica presentada por Ferrer es la menos extensa. Se trata de una joven de catorce años, natural de Utrera (Sevilla), que presenta antecedentes familiares, de manera que en su pueblo son llamados *la familia de los lazarinos*, y que es diagnosticada de *lepra mixta* (tuberomaculosa anestésica, en período de evolución). Presenta facies leonina, máculas acrómicas, rodeadas de una zona hipercrómica serpiginosa, muchas con anestesia y termoanestesia; persistiendo la sensibilidad táctil; comprobándose en el análisis bacteriológico la presencia de numerosos bacilos de Hansen.

En definitiva, Ferrer opina que no existe más que una entidad nosológica de lepra, estando las variedades (tuberosa y trofoneurótica) engendradas por el predominio de una fase u otra en la evolución de la enfermedad. Ferrer, pues, se mueve dentro de las clasificaciones aceptadas en las primeras décadas del siglo XX, que presentaban matizaciones semánticas. Así, por ejemplo, el santanderino Ramón de la Sota Lastra²⁰, en su *Manual de enfermedades de la piel*²¹, distingue las formas tuberculosas, anestésica y la mixta. El francés Gougerot, en su obra *Dermatología*, publicada en castellano con posterioridad a la tesis de Ferrer, distingue las formas tuberculosa, nerviosa y la mixta²².

Evidentemente, no deja de comentar nuestro autor el estudio microscópico de un corte del nódulo leproso, donde destaca la presencia de las *células gigantes*, además de exponer con brevedad la polémica sobre si estas células contienen en su interior el bacilo de la lepra o no; destacando la opinión afirmativa de Cajal en esta controversia²³.

En cuanto al tratamiento de la enfermedad, Ferrer, muestra su escepticismo al afirmar de forma elocuente que *son palos de ciego, que la mayoría de las veces no da resultado*, lamentándose que aún no posea la

medicina un remedio que actúe sobre la causa específica. Señala como armas importantes la medicación tónica, las medidas higiénicas y un buen régimen alimenticio que sea abundante en *albuminoideos e hidrocarbonados*. Se muestra partidario de los baños de mar, duchas, baños de vapor, las termas iodadas, sódicas o sulfúricas, y las *aguas medicinales Lanet, Cristian Gubec y la Toja*. Fueron especialmente valorados en la época los baños en las aguas termales de Catarraca (Málaga) y las ya citadas de La Toja (Pontevedra)²⁴. En cuanto a medicamentos, reconoce que sin ser curativo sí alivia bastante al enfermo el *aceite de Chaumoogia* (sic), obtenido de las simientes del *Ginocardia coloratta*, que se da en Malaca y en la India inglesa. Este medicamento fue empleado en cápsulas de doce centigramos o en casos muy urgentes en inyecciones intramusculares. Goucerot (1924) lo utilizaba en gotas, supositorios o enemas y por la vía intramuscular, y autores como Varham reivindicaban buenos resultados con las inyecciones intravenosas²⁵. Ferrer también apunta la posibilidad de utilizar el principio activo de este aceite: el ácido ginocárdico.

Finalmente, como medida paliativa, y por recomendación del electroterapeuta Dr. Traba, utiliza Ferrer en los nódulos la fulguración en aplicaciones de dos minutos de duración y empleando el electrodo condensador de Biserie con una corriente de intensidad y potencial de 50 a 60 Voltios, Amperes a 40,5 y una longitud del etirócelo de 2 a 3 centímetros, en sesiones alternas. En cuanto a los efectos de este procedimiento señala que esta forma de la energía eléctrica, aumenta la actividad instintiva de los tejidos, ejerce de antiséptico a una profundidad que no podrían hacer ninguno de los antisépticos conocidos, si aun los cáusticos más enérgicos, produciendo la cicatrización y la reabsorción. Según su experiencia en los casos empleados disminuyen los dolores y en algunos los nódulos y las ulceraciones, aunque reclama la necesidad de acumular más experiencia sobre este método para comprobar si efectivamente es beneficioso.

En cuanto a las medidas preventivas, destaca Ferrer fundamentalmente dos: La prohibición absoluta del matrimonio entre leprosos, así como el de éstos con individuos sanos; y la creación de leproserías que estén rodeadas de terrenos que puedan cultivar los albergados. Reclama, pues, nuestro autor la transformación de la leprosería-prisión en *una colonia higiénica*. Esta última idea coincide plenamente con la opinión expresada por González Castellano, que también reivindicó la colonia agrícola²⁶.

En resumidas cuentas hay que señalar que la tesis de Ferrer, defendida en Madrid en 1909 y publicada en Cádiz en 1911, debe situarse en el contexto de un movimiento de sanitarios que muestran un gran interés por esta enfermedad, en los primeros años de nuestro siglo²⁷. En este sentido vemos como en 1908, se autoriza la apertura del Sanatorio de Fontilles, inaugurándose en

enero del año siguiente con ocho enfermos²⁸. En 1909, Juan de Azua, publica en *Actas Dermosifilográfica*, un estudio basado en 105 casos de lepra, fruto de su experiencia durante una década en el Hospital de San Juan de Dios (Madrid)²⁹. En agosto de 1909, Francisco Tello, representa a España en la II Conferencia contra la Lepra, celebrada en Bergen (Noruega)³⁰. En 1910, aparecen en la citada revista, trabajos leproológicos de González Castellanos, Guillén y Alpont, Barberá y el propio Azúa³¹. Además, en estos primeros años de nuestro siglo, presentan tesis doctorales sobre la enfermedad, Peyri Rocamora, Pérez Montant, Bover Albi, Aparicio y Sanchis Bish³².

Para concluir debemos señalar que Angel Ferrer Cagigal en esta obra de juventud que es su tesis doctoral, muestra una buena disposición para la observación clínica, conjugándola con una mentalidad etiopatológica e interés por el trabajo en el laboratorio.

NOTAS BIBLIOGRAFICAS

1 HERRERA RODRIGUEZ, F. (1987) *La investigación científica en la Facultad de Medicina de Cádiz a través de las tesis doctorales producidas en la misma en el siglo XIX*. Servicio de Publicaciones de la Universidad de Cádiz [Microfichas].

2 FERRER Y CAGIGAL, A.A. (1911) *Contribución al estudio de la lepra*. Cádiz, Talleres Tipográficos La Unión. Consta en la tesis que fue defendida en la Universidad Central (Madrid), el 2 de julio de 1909.

3 MATIAS-FUIU GUIA, X. y MARTI LABORDA, R.M^a (1981) *Estudio biográfico del profesor Angel A. Ferrer Cagigal*. Tesis doctoral. Ejemplar mecanografiado. Facultad de Medicina de Barcelona.

4 *Expediente personal de Angel Antonio Ferrer Cagigal*. Legajo 9568-expediente 9 (Archivo General de la Administración. Sección de Educación y Ciencia. Alcalá de Henares). En este expediente hemos podido leer dos fechas diferentes de la muerte de Ferrer Cagigal: 18-8-1936 y 1-4-1939.

5 Rodrigo Lavín nació en Santoña (Santander) y fue catedrático de Fisiología de la Facultad de Medicina de Cádiz. Cf. PEREZ MORENO, A. y HERRERA RODRIGUEZ, F.: *Un médico santanderino en Cádiz: Leonardo Rodrigo Lavín (1867-1950)*. Premio José León de Carranza (1994). En prensa (Anales de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Cádiz).

6 Datos obtenidos en *Diario de Cádiz*, 23 de octubre 1991. En este número se ofrece una reseña anónima titulada *Hace 75 años*, en la que se narra brevemente la recepción de Ferrer como Académico.

7 FERRER CAGIGAL, A. (s.d.) *Contribución al estudio de la constitución médica de Cádiz. Sus causas y profilaxis*. Imprenta La Unión. Fernández Fontecha, 4. El discurso de contestación fue realizado por José L. Madero Segovia.

8 Véase el anuncio de la consulta en *Diario de Cádiz*, 7 de octubre de 1918.

9 Crónica de la conferencia de Ferrer en *Diario de Cádiz*, 9 de abril de 1918.

10 Datos obtenidos de su expediente personal: citado en nota 4.

11 MATIAS-GUIU GUIA, X. y MARTI LABORDA, R.M^a (1981) *Estudio biográfico del profesor Angel A. Ferrer Cagigal*. Tesis doctoral. Ejemplar mecanografiado. Facultad de Medicina de Barcelona. Cf. también a CID, F. y GORINA, N. (1988) "El museo anatomopatológico Ferrer y Cagigal (1924-1942), un fondo científico perdido". En: M. Valera, M^a A. Egea, M^a D. Blázquez (eds.), *Libro de Actas del VIII Congreso Nacional de Historia de la Medicina*. Murcia. Departamento de Historia de la Medicina, Universidad de Murcia, vol. 1, 254-262.

12 SANCHEZ GARCIA, R. (1986) "La lepra en España en las primeras décadas del siglo XX". *Jano*, 728, 93.

13 GARCIA DEL MAZO (1917) "La lepra en España". En: *La lucha contra la lepra en España*. Valencia, p. 11.

14 GARCIA DEL MAZO [1917, p. 14].

15 Sobre la etiología de la lepra, cf. a GUIRAO GEA, M. (1975) "Historia de la lepra en España. Aportación de la Facultad de Medicina de Granada". En: J.L. García Ballester *et al.* (eds.), *Actas del IV Congreso Español de Historia de la Medicina*. Granada, Servicio de Publicaciones de la Universidad de Granada, vol. 1, 407-411.

16 SANCHEZ GARCIA, R. (1988) "Polémica existente en torno a la patología de la lepra en la primera mitad de nuestro siglo en España". En: M. Valera, M^a A. Egea, M^a D. Blázquez (eds.), *Libro de Actas del VIII Congreso Nacional de Historia de la Medicina*. Murcia, Departamento de Historia de la Medicina, Universidad de Murcia, vol. 1, 330. Es sabido que a pesar de los repetidos intentos de cultivar el *M. Leprae in vitro* no se ha conseguido de forma concluyente. Shepard, en 1960, obtuvo el primer modelo animal al conseguir desarrollar el bacilo en almohadilla plantar del ratón blanco, pero la corta vida de este animal impedía conseguir las cantidades necesarias de lepromina para la investigación. Este problema se resuelve cuando en 1971, Kirchleimer y Storrs, consiguen la multiplicación del bacilo en el armadillo de nueve bandas, con una supervivencia natural de hasta quince años, lo cual permitió grandes avances en investigación (Cf. a MARCOS ARAGUES, C. y GOMEZ LOPEZ, L.I. (1988) "Lepra: epidemiología y medicina preventiva y social. Organización de la lucha antileprosa". En: G. Gil Piedrola (ed.), *Medicina Preventiva y Salud Pública*. Barcelona, Salvat editores, p. 596).

17 GARCIA DEL MAZO [1917, p. 23].

18 SANCHEZ GARCIA [1986, p. 94].

19 De los 898 casos de lepra que presenta GARCIA DEL MAZO [1917, p. 16], 522 corresponden a campesinos y 200 a labores de casa.

20 Ramón de la Sota Lastra nació en Santander en diciembre de 1832. Cursó los estudios de medicina en la Facultad de Cádiz, entre los años 1849 y 1856 (Cf. su expediente personal: Legajo XCI, expediente 14. Archivo Facultad de Medicina de Cádiz).

21 SOTA LASTRA, R. (s.d.) *Manual de las enfermedades de la piel*. Barcelona, p. 97. Este libro fue prologado por el cirujano del Puerto de Santa María (Cádiz), Federico Rubio Galf.

22 GOUCEROT, H. (1924) *Dermatología*. Barcelona, p. 581.

23 No se olvide que Cajal es uno de los miembros del tribunal que juzgó la tesis de Ferrer. Es sabido que Cajal publicó en 1890 un trabajo sobre las células

gigantes de la lepra y sus relaciones con las colonias del bacilo leproso [Cf. RAMON Y CAJAL, S. (1984) *Recuerdos de mi vida: Historia de mi labor científica*. Madrid, Alianza editorial, p. 107].

24 SANCHEZ GARCIA [1986, p. 98].

25 GOUCEROT [1924, p. 588].

26 SANCHEZ GARCIA [1986, p. 96].

27 No debemos olvidar la labor pionera realizada en el campo de la leprología en el siglo XIX, por autores como Méndez Alvaro, Calatayud, Codina, Poquet, Vizcarro, Pesset, Roca, Hernando, Sentiñen, García Solá, Sota Lastra, etc.

28 CONTRERAS DUEÑAS, F. y MIQUEL SUAREZ DE INCLAN (1973) *Historia de la lepra en España*. Madrid, p. 130. Sobre este Sanatorio Cf. también a SANCHEZ GARCIA, R. (1988) "El problema social de la lepra en Alicante. Fundación del Sanatorio de Fontilles y reacción social ante esta Institución". En: *Libro de Actas del VIII Congreso Nacional de Historia de la Medicina*. Murcia, Departamento de Historia de la Medicina, Universidad de Murcia, vol. 1, 342-352.

29 GARCIA PEREZ, A. (1989) "La epidemia de lepra y la lucha antileprosa en España". *Piel*, 2, 6.

30 TELLO MUÑOZ, F. (1928) "Discurso de contestación". En: *Discursos leídos en la Real Academia de Medicina para la recepción pública del académico electo Sr. Dr. D. José Sánchez Covisa el día 6 de junio de 1928*. Madrid, p. 65. Tello indica que esta reunión se celebró en agosto de 1910. En cambio CONTRERAS, F. y SUAREZ INCLAN [1973, p. 130], señalan que tuvo lugar en agosto de 1909.

31 CONTRERAS, F. y SUAREZ INCLAN [1973, p. 131].

32 Tesis citadas por GARCIA DEL MAZO [1917, pp. 28-32]:

- Peyri Rocamora: *Contribución al estudio bacteriológico y terapéutico de la lepra* (Curso 1900-1901).

- Pérez Montant: *Algo sobre las orinas de los leprosos* (Curso 1908-1909).

- Bover Albi: *De la lepra y su profilaxis, especialmente en la región de Levante* (Curso 1911-1912).

- Aparicio, F.: *Herencia y contagio de la lepra* (Curso 1911-1912).

- Sanchis Bish: *Contribución al estudio de la lepra* (Curso 1913-1914).