MINIMA Y MAXIMA HISTORIA DE LA MEDICINA

Dámaso Alonso, varón de muchas almas: el gran filólogo, el gran poeta... Pero de cuando en cuando, llamado por la vida de un mínimo, casi desconocido personaje, el gran filólogo y gran poeta lía su petate, moviliza a su Eulalia y se instala en la penumbra de un archivo provinciano para conocer o buscar por sí mismo papeles que le den fe o noticia de un «pequeño hecho» relativo al personajillo en cuestión. Al Dámaso seducido por el primor de lo menudo y vulgar quiero dedicar estas reflexiones mías sobre la historia provinciana o local de la Medicina (P. L. E.)

Nuestro problema es el siguiente: ¿en qué medida y —sobre todo— de qué manera pueden tener importancia para la historia universal de la Medicina las investigaciones historiográficas limitadas a estudiar lo que el saber y el quehacer de los médicos fueron en tal aldea, tal ciudad, tal región o tal país?

Hay casos en que la respuesta salta a la vista del más miope: aquellos en que la obra realizada en la ciudad, la región o el país de que se trate pertenece como parte integral, para decirlo al modo escolástico, al nivel estelar de la historia de la medicina. Quien estudie lo que durante el siglo XVI hicieron los médicos de Padua, no hará sino mostrar lo que fue una muy considerable porción de la Medicina del Renacimiento; por tanto, recordar una etapa y una fracción del pasado de la Medicina que hoy se halla vigente en toda la extensión de nuestro planeta. Lo mismo cabría decir, *mutatis mutandis*, del París o del Berlín del siglo XIX, y mucho más deberá decirse si de ese París y ese Berlín pasamos a la Francia y la Alemania de que París y Berlín eran entonces capitales.

El problema que en tales casos se presenta al historiador consiste en descubrir de qué modo la Medicina hecha en la ciudad o el país en cuestión se engarza con las restantes partes de esa totalidad que antes he denominado «historia estelar de la Medicina»; modo que en determinadas ocasiones será la mera yuxtaposición complementaria y en otras la conexión unitaria y sistemática. Mera yuxtaposición complementaria hay, por ejemplo, entre la anatomía patavina de Vesalio y la cosmología germánica de Paracelso, o entre el sistema médico de Stahl y el sistema médico de Boerhaave. Existe, en cambio, una secreta conexión unitaria y sistemática —el pensamiento nosológico de Virchow sería, creo yo, el necesario eslabón intermedio— entre la patología fisiopatológica de los alemanes Wunderlich, Traube y Frerichs y la patología anatomoclínica de los franceses Charcot, Potain y Cornil.

Pero no es éste nuestro tema. Porque de lo que ahora se trata es de saber qué importancia pueden tener para la historia universal de la Medicina las investigaciones historiográficas de carácter local, regional o nacional, cuando la obra realizada en la localidad, la región o el país de autos no es, en el rigor de los términos, parte integral de la medicina estelar de la época estudiada; con otras palabras, cuando del egregio nivel de un Virchow o un Charcot descendemos al nivel mucho más modesto de los prácticos rurales o suburbanos de la época de uno y otro, y cuando del París de Napoleón I o del Berlín de Guillermo II pasamos a la Grazalema del reinado de Fernando VII o al Vitigudino del tiempo de Alfonso XII. Más breve y geográficamente: cuando desde las más altas cimas bajamos a los más humildes valles de la historia del saber y el quehacer de los médicos.

Así planteada la cuestión, tres respuestas veo posibles, correspondientes a otras tantas doctrinas historiológicas: la historia como «historia de las ideas» o, si se quiere, de los grandes sucesos mentales; la historia como «historia de las sociedades» o, si así se prefiere, de los grandes hechos sociales; la historia, en fin, como una articulación complexiva y más o menos sistemática de grandes ideas y pequeñas ideas y de grandes hechos sociales y pequeños hechos sociales: la «historia integral».

Considerada como «historia de las ideas» —la *Ideengeschichte* de ciertos historiólogos alemanes del primer tercio de este siglo; una visión del pasado cuyo ideal sería la «historia sin nombres»; ¿en qué consistirá la de la Medicina? Evidentemente, valgan estos epígrafes como ejemplo, en la descripción sucesiva y sistemática de lo que fueron entonces y son ahora para nosotros la morfología arquitectónica del Renacimiento, la estequiología fibrilar, la fisiología experimental y mensurativa, la iatromecánica, la patología anatomoclínica, y así en lo tocante a las restantes líneas maestras y líneas menores del pensamiento biológico y médico. Y así considerada la historia de la Medicina, ¿qué importancia podrá tener lo que en el siglo XVII, o cuando sea, pensase o hiciese un humilde médico en un hospitalillo de Grazalema o junto al lecho de un enfermo de Vitigudino? Desde su altura olímpica, un historiador de la Medicina así orientado responderá con arrogancia y sin vacilación: «¿Importancia? Ninguna.» El destino histórico de ese médico de Grazalema o de Vitigudino sería haber existido, conforme a la expresión de Sartre, *de trop pour l'éternité;* en haber sido un ente humano históricamente inútil. Como a los cisnes de la retórica modernista, a la erudición local habría que retorcerle el cuello; así lo impondrían de consuno la seriedad, el nivel y la interna economía del verdadero conocimiento histórico.

Demos un paso más, y consideremos la historia de la Medicina como «historia del ingrediente médico de la sociedad». Ahora seguirá hablándose, por supuesto, de morfología arquitectónica, estequiología fibrilar, iatromecánica, etc.; pero a la adecuada descripción de lo que cada uno de estos epígrafes significa se añadirá lo que desde un punto de vista a la vez técnico, económico, político y administrativo está siendo la asistencia médica cuando se hace esa anatomía y se elabora esa iatromecánica, y esto tanto en los centros y en las ciudades donde tales hazañas acontecen como en los hospitalillos de Grazalema y en las viviendas rurales de Vitigudino. Más aún: el historiador tratará de saber con datos —a la postre, estadísticos— cómo la situación social en que tales invenciones científicas surgen y cobran diaria realidad tales hechos asistenciales, condiciona o determina el contenido y la forma de aquéllas y de éstos. No es poco, ciertamente. Pero el pensamiento y la acción de nuestros mediquitos de Grazalema o de Vitigudino ¿a qué quedarían en tal caso reducidos? Indudablemente, a la condición de meros datos numerales complementarios y accesorios; porque los datos estadísticamente importantes y significativos, aquellos sobre los cuales la construcción y la descripción del historiador principalmente se basan, son y deben ser los relativos a los lugares en que la gran historia se hizo: el hospital y la ciudad de París o de Berlín, el hospital y la población industrial de Manchester o de Essen, y así sucesivamente. Tampoco mirados desde este punto de vista quedan muy bien parados los temas locales y nacionales, cuando la Medicina en ellos tratada no llega a ser, ni intelectual ni asistencialmente, parte integral de la grande y universal historia del arte de curar.

Queda ahora la tercera actitud historiológica, la «historia integral», y la respuesta a nuestro problema que a ella corresponde. Llamo «historia integral» —más exactamente habría que llamarla «historiografía integral»— a la que, repetiré lo dicho, trata de presentar el pasado como una articulación complexiva y más o menos sistemática de grandes ideas y de pequeñas ideas y de grandes hechos sociales y pequeños hechos sociales; enumeración a la que sería necesario añadir, para que el adjetivo «integral» quedase por completo justificado, las grandes y las pequeñas esperanzas y las grandes y pequeñas dilecciones, cuando unas y otras no tienen como titular un simple individuo, sino un grupo social suficientemente amplio y representativo. Y puesto que tal actitud es la mía, deberé decir con cierto pormenor cómo desde ella y con ella pueden ser entendidos y valorados en nuestra común disciplina los estudios historiográficos de ámbito local, regional o nacional.

Permítaseme que acometa mi empeño partiendo de dos textos más literarios que científicos o, quizá mejor, más ensayísticos que metodológicos. Uno es de Unamuno y otro de Azorín, y ambos proceden de un común sentir: la repulsa de una historia tradicional y exclusivamente atenida a las «hazañas», gloriosas o dolorosas, de los españoles, y la apetencia de otro modo de contemplar el destino histórico de España, en el cual se viese ante todo lo que en ese destino es la «intrahistoria», así Unamuno, o lo que en su curso visible son los «menudos hechos», así Azorín. Los historiadores, escribe aquél en una carta a Ganivet, «han atendido más a los *sucesos* históricos que pasan y se pierden que a los *hechos* subhistóricos que permanecen y van estratificándose en profundas capas. Se ha hecho más caso del relato de tal o cual hazañosa empresa de nuestro siglo de caballerías que de la constitución rural de los repartimientos de pastos en tal o cual olvidado pueblecillo». Bajo la historia de los *sucesos fugaces* se hallaría la intrahistoria de los *hechos permanentes,* y ésta es la que prefiere don Miguel. Azorín, por su parte, nos dice en *Tiempos y cosas:* «No busquéis el espíritu de la historia y de la raza en los monumentos y en los libros; buscadlo en estos obradores; oíd las palabras de estos hombres; ved cómo forjan el hierro, o cómo arcan las lanas, o cómo labran la madera, o cómo adoban las pieles. Un mundo desconocido de pequeños hechos, relaciones y tráfagos aparecerá ante vuestra vista, y por un momento os habréis puesto en contacto con las células vivas y palpitantes que crean y sustentan las naciones». Los que Unamuno llamó *hechos permanentes* vienen a ser ahora esos *menudos hechos* o *pequeños hechos* de que nos habla la estética de Azorín.

Tomados por modo exclusivo, el método y la meta que esos dos textos proponen al historiador me parecen a mí y parecerán a todos harto insuficientes. Hace ya muchos años dije por qué. Pero tanto el uno como el otro nos invitan a considerar en su más concreta realidad —claro está, si los documentos nos lo permiten— la existencia y la actividad de nuestros mediquitos de Grazalema y Vitigudino, y tal es la razón por la cual he querido hacer de ellos punto de partida de mi reflexión. La cual, pasando sin más preámbulos *in medias res,* no debe ser otra cosa que la respuesta a las dos siguientes interrogaciones: 1.ª En el caso de que los estudios históricos de carácter local, regional o nacional se refieran a localidades, regiones o naciones donde la medicina que se haya hecho no sea parte integral de la grande y universal historia de arte de curar, ¿que requisitos deberán aquéllos cumplir para que el cultivador riguroso de esta historia pueda tomarlos en consideración? 2.ª Elaborados por un erudito local o realizados por el mismo, ¿qué sentido y que importancia poseen los estudios historiográficos locales,

regionales o nacionales para el historiador de la Medicina, si la historia de ésta es por él entendida de un modo real y verdaderamente universal?

I. Primera cuestión: enunciar y describir los requisitos de una historia médica local, regional o nacional —cuando tal historia es, como diría José María López Piñero, «deslucida»—, para que el historiador general de la Medicina pueda en cuanto tal utilizarla; empeño que nos obliga a una metódica tarea previa, la de considerar desde la Medicina universal y estelar la entidad y la estructura de esa Medicina local —para mayor sencillez, ejemplifiquemos sólo en ella toda nuestra reflexión—, y nos propone en consecuencia una interrogación nueva: respecto de la gran Medicina universal, ¿cómo puede hallarse y cómo de ordinario se halla constituida una Medicina local que para los doctrinarios de la historia de las ideas en sí y por sí misma sea irrelevante o «deslucida»? O bien, siguiendo la línea de nuestros dos reiterados ejemplos: desde el punto de vista de la historia universal de la Medicina, ¿qué no era y qué era la que en 1880, valga esta fecha, se sabía y practicaba en Grazalema o en Vitigudino?

Esa Medicina no era, desde luego, la que presidida por los nombres de Virchow y de Frerichs se hacía entonces en Berlín, ni la que coronada por los de Charcot y Potain entonces se hacía en París. Respecto de una y otra, la Medicina de la Grazalema y el Vitigudino de 1880 —¡ojalá me dieran datos capaces de hacerme rectificar este juicio mío!— no podía la pobre ser más «deslucida». Pero así como, según la célebre y coreada sentencia, «también la gente del pueblo tiene su corazoncito», así los médicos de aquella Grazalema y aquel Vitigudino tenían sus saberes, poseían sus técnicas y actuaban según sus pautas asistenciales. Sin entrar, valga este ejemplo, en el pormenor de cómo ellos denominaban y trataban lo que ya para muchos era entonces una «fiebre tifoidea» —«dotienentería» la había llamado poco antes Bretonneau, en su casi rural Tours—, de lo que aquí y ahora se trata es de saber de manera formal y esquemática cuál es la estructura histórica de los saberes, las técnicas y los modos de la asistencia médica al enfermo, cuando unos y otras, repetiré machaconamente mi advertencia, distan de hallarse en el más alto nivel de su tiempo. Cuatro son, a mi modo de ver, los momentos integrantes de esa estructura.

1. Momento primero: el precipitado —o, como diría un viejo químico, el poso— de saberes, técnicas y modos de asistencia que antaño tuvieron validez universal y ya la han perdido en la situación histórica a que pertenece la Medicina local estudiada.

Ilustraré con un recuerdo personal esto que ahora digo. En mi infancia oí más de una vez decir a un viejo de mi pueblo natal —poblado de bastante menor porte, debo confesarlo, que la Grazalema y el Vitigudino de mi letanía— que, cuando él era joven, el médico del lugar solía terminar su visita domiciliaria a los enfermos de «calenturas», confuso y complejo grupo nosológico en el que sin duda entrarían las fiebres tíficas y las fiebres paratíficas, las melitococcias, las tifobacilosis y quién sabe cuantas otras especies morbosas, con estas palabras rituales: «La enfermedad sigue su curso. Conque lo dicho: raíz de agramen, segunda agua de cebada y, si se ve que es necesario, una ayudita.» Debía ocurrir esto, según mis cálculos, entre 1870 y 1880. Lo cual, contemplado tan minúsculo suceso desde el nivel de la Medicina que antes he llamado «universal» y «estelar», nos hace ver dos hechos, dos menudos hechos, en el decir de Azorín, tocantes al momento estructural de la Medicina local y deslucida que ahora estoy considerando: 1.º La terapéutica de ese médico de mi pueblo natal no mostraba conocer que, varios decenios antes, uno de los creadores de la Medicina estelar de su época, Graves, había descubierto la conveniencia de alimentar a los febricitantes. *He fed fevers*, «alimentó a los febricitantes», solía decir él, bromeando —como tan de coro sabían hace años los estudiantes nutridos en el manual de Garrison—, que muy bien podría ser el epitafio de su tumba. Práctica dietética ésta, añadiré en inciso, por cuya implantación entre nosotros todavía habían de batirse Madinaveitia y Marañón, durante la segunda década de este siglo. 2.º En la terapéutica de nuestro hombre perduraban vigentes, como un duradero, tenaz precipitado de saberes y técnicas antaño vigentes en la Medicina estelar y ya de ella abolidos, la tisana o decocción de cebada que tan viva y razonadamente elogia el autor del escrito hipocrático *Sobre la dieta en las enfermedades agudas*, eficaz recurso dietético-medicamentoso a los ojos de ese autor y de los millares y millares de médicos que durante siglos y siglos seguirán empleándolo, y por otra parte la práctica repetida del lavado intestinal, seguramente con uno de esos clísteres metálicos de la vieja iconografía médica, de que tan devotos fueron tantos y tantos clínicos «estelares» de los siglos XVII y XVIII.

Con esa doble cara negativa y positiva —lo que en una Medicina local y retrasada no hay e históricamente podría haber; lo que en esa medicina hay como reliquia pertinaz de situaciones del saber médico pretéritas y ya periclitadas—, el mínimo hecho ahora aducido nos refiere con suma claridad a tantos y tantos más a él semejantes. *Ex ungue, leo*, solían decir los antiguos. Mucho más modestos que ellos, porque así lo exigen a una la pequeñez del ejemplo elegido y la realidad

por él ejemplarificada; esto es, la novedad que no hay y la vetustez que perdura en las medicinas locales «desiucidas», nosotros nos contentaremos diciendo: *Ex cauda, mus.*

2. Momento segundo: la presencia —íntegra o parcial, correcta o deformada— de saberes, técnicas y modos de asistencia pertenecientes a la «medicina estelar» de la época a que la medicina local estudiada corresponde, y vigentes ya, por tanto, de un modo universal.

Si para ilustrar mi pensamiento antes me valí de un recuerdo personal, recurriré ahora a un módico y lícito ejercicio de imaginación. Merced a ésta, instalémonos por un momento en la Grazalema de 1845 ó 1850; y en medio del pintoresco, todavía romántico mundo rural andaluz que por entonces veía y describía Próspero Merimée, acaso encontremos un médico que algunos años antes se ha formado en Cádiz y allí ha aprendido de Lasso de la Vega el empleo del estetoscopio para el diagnóstico de las afecciones cardio-pulmonares. Es muy posible, cómo desconocerlo, que en la práctica médica de nuestro hombre falten no pocas, de las novedades a la sazón vigentes en los hospitales de París, Viena o Londres, y perduren algunas vetusteces ya tan arrumbadas históricamente, que al parisiense Louis, al vienés Skoda y al londinense Bright, ni por asomo les ocurriría pensarlas o hacerlas. Pero esa utilización del estetoscopio por nuestro hipotético y verosímil mediquito de aquella Grazalema, ¿no es por ventura un hábito diagnóstico perteneciente a la medicina entonces más estelar y más actual? Un examen atento de cualquier medicina local de un país cuya cultura no sea —digámoslo con la pésima e inevitable palabra habitual— «primitiva», nunca dejará de mostrarnos ingredientes de aquélla más o menos análogos al que con tan bien fundada pretensión de verosimilitud acabo de imaginar.

Supuesto tal caso, una cuestión surgirá inmediatamente en la mente del historiador, local o no, a quien además de los puros hechos documentales preocupen los mecanismos determinantes de esos hechos: ¿cómo la novedad de que se trate ha llegado a la localidad cuya medicina se estudia? Necesariamente local, pero ya no aldeana, porque ahora ya es «estelar» el nivel de su punto de partida, una fina investigación erudita y sólo ella habrá de darnos la oportuna respuesta.

3. Momento tercero: la invención local no relevante e influyente; una novedad localmente inventada, que por la razón que sea —su escasa importancia, la mala fortuna del inventor respecto a los medios de difusión de su pequeña hazaña personal, la deficiente receptividad del mundo en torno—, no llega a conseguir eco ni vigencia en la literatura médica de la época.

La historia de la medicina y de la ciencia no es parca en olvidos, a veces bien prolongados, de hallazgos e invenciones que luego habían de juzgarse importantes: la auscultación inmediata del tórax, que menciona el escrito hipocrático *Sobre las enfermedades* y no será redescubierta hasta que Corvisart, veintidós siglos más tarde, tenga por su cuenta esa misma idea; la descripción de la circulación menor por Ibn-an-Nafís, olvidada en los archivos de El Cairo y reconquistada trescientos años después por nuestro Serveto, sin la menor sospecha del precedente árabe; las regularidades de la herencia que hoy llamamos mendeliana, dormidos en la historia local de Brünn, pese a la imprenta, hasta que Tschermack, Correns y de Vries les dieron verdadera publicidad a comienzos de nuestro siglo; tantos más.

Pues bien: imaginemos que un historiador «local», *sit venia verbo*, de la medicina de Cnido —puesto que cnidio parece ser el escrito *sobre las enfermedades*— hubiese llamado la atención acerca de la tan añeja y tan abandonada práctica de la auscultación inmediata; o que a un médico cairota del siglo XV se le hubiera ocurrido husmear en los empolvados manuscritos de su ciudad y dar al aire, allí y en Occidente, lo que sobre el movimiento de la sangre torácica había afirmado dos siglos antes el entonces desconocido Ibn-an-Nafís; o, en fin, que un erudito municipal del Brünn de 1890 tiene la idea de recopilar toda la ciencia hasta entonces hecha en su pequeña ciudad ¿No es cierto que, en los tres casos, la historiografía local habría descubierto novedades no conocidas por la medicina y la ciencia «estelares» de la época, soberanamente dignas de figurar en ella y acaso en un primer momento desdeñadas por sus más conspicuos titulares?

Con sobrada razón se dirá que no parece probable encontrar perlas tan morrocotudas como las citadas en los viejos papeles de Grazalema y Vitigudino, ni siquiera en los de villas y ciudades de bastante más fuste que una y otro; pero, ya que no verdaderas perlas, humildes aljófares si será posible descubrir acá o allá, si la pesquisa es empeñada y es fino de vista el pesquisidor: una observación clínica aguda y anticipada; una modesta técnica operatoria original, acaso suscitada por tal o cual necesidad urgente, por aquello de que, como en los viejos seminarios se decía, *intellectus apretatus, discurrit qui rabiat;* un fármaco quién sabe si eficaz y hasta entonces no empleado; un sistema de asistencia médica colectiva que sin pretensiones mayores se anticipe originalmente a otros que con muchas más campanillas figuran en los libros de historia. ¿Quién puede impedirnos pensar que juntos los vecinos y los médicos de Grazalema, Vitigudino u otra villa semejante decidieron un día iniciar una organización de los servicios asistenciales, sin la menor trascendencia universal, desde

luego, pero de algún modo precursora del *zemstvo* ruso o de las *Krankenkassen* tudescas? Sí, la investigación historiográfica de ámbito local —y no digamos la de ámbito regional o nacional, aunque la región o la nación a que se consagre se hallen muy lejos de ser médicamente estelares— ¿puede descubrir novedades que de alguna manera y en alguna medida enriquezcan el contenido de la historia estelar y universal de la medicina.

4. Momento cuarto: la concreta expresión de modos de pensar, sentir u obrar relativos a la Medicina, que de algún modo puedan ser considerados como «universalmente médicos» o «universalmente humanos».

Todo «lo humano» —y por consiguiente todo «lo médico»— se halla modulado en su concreta realidad por las varias situaciones histórico-sociales en que la realidad o la actividad en cuestión cobran existencia empírica; sin referencia a tales situaciones, «lo humano» nunca pasará de ser una nota esencial o una abstracción metódica. El pensamiento, la capacidad de pensar, constituye, sin duda, una nota esencial de la realidad del hombre; pero del «pensamiento humano» sólo puede hablarse, o bien por abstracción, investigando fenomenológicamente lo que siempre es el pensar, cualesquiera que sean los modos particulares de hacerlo, o bien describiendo la índole y la estructura concretas de cada uno de tales modos, el primitivo, el medieval, el matemático, el técnico-mecánico, el financiero, etc., esto es, teniendo a la vista las maneras típicas —a la postre, también abstractas, porque el «pensar matemático» no ha sido el mismo en el caso de Euclides, en el de Leibniz o en el de Riemann— o las situaciones histórico-sociales en que el pensar del hombre se ha realizado.

Nada más cierto. Librémonos sin embargo de creer, viniendo a nuestro problema, que, dentro de una determinada situación histórica o social, sólo en los niveles estelares de la medicina pueden darse modos de pensar, sentir u obrar en verdad paradigmáticos respecto de lo que humana y médicamente esa situación sea. Al contrario: bajo forma de actitud o bajo forma de reacción, acaso sea justamente en los niveles locales de la asistencia médica donde tales modos paradigmáticos de pensar, sentir u obrar más vívida y aprensiblemente puedan ser observados y descritos. Aquí bien puede decirse sin retóricas reservas condicionales lo que con ellas decían —y a su lado Harvey, en el conocido proemio de su libro *De motu cordis*— los viejos humanistas: *parva licet componere magnis.*

Pero vengamos a dos aleccionadores ejemplos concretos. Estudiando la expresión del suceso en la prensa valenciana de la época, esto es, haciendo fina y minuciosa historiografía local, Pilar Faus ha

descrito un modo social de reaccionar a la última gran epidemia colérica, que a mi juicio puede muy bien considerarse como característico de la sociedad burguesa, ya incipientemente delineada en aquella Valencia. Buceando con sagacidad y buen método en los archivos de Orihuela, Luis García Ballester, por su parte, ha mostrado los rasgos principales de la reacción a la epidemia correspondientes al modo hispano-católico de la sociedad estamental del *ancien régime.* Léanse las publicaciones de ambos investigadores, y dígase si la historiografía local es o no es capaz de descubrirnos modos de obrar —en este caso, de reaccionar afectiva y socialmente— válidos para una ambiciosa visión histórica de la Medicina universal. Y algo semejante habría que decir, en otro orden de cosas, frente a las cuidadosas pesquisas médico-demográficas que en los registros civiles de Castellón de la Plana ha llevado a cabo el catedrático de Literatura José Luis Aguirre.

A lo indicado respecto de los modos de obrar y reaccionar en la esfera de «lo médico» —enfermedad, tratamiento, muerte *morbi causa*— añádase todo lo que respecto de los modos de pensar, sentir y situarse ante el mundo podría y debería decirse. Utilizando adecuadamente cuanto en relación con el tema puedan contener tantas y tan diversas fuentes, libros de hospitales, topografías médicas, memorias, periódicos, registros varios, crónicas, tradición oral, etc., las posibilidades de una historiografía médica local trabajada con sensibilidad y rigor son tan copiosas como sugestivas. Como homenaje a la ilustre memoria de mi amigo Américo Castro, déjeseme mencionar expresamente, entre ellas la concerniente al momento determinante de la historia que él propuso llamar, «vividura»: el modo habitual y peculiar con que cada pueblo se instala en la realidad —la realidad del mundo en torno, la propia realidad— y le confiere sentido y valor. Es evidente que la manera de vivir la enfermedad y la técnica médica pertenece esencialmente a su vividura propia. Y siendo esto así, ¿como no ver que es precisamente la historiografía médica nacional, regional y local aquélla que más próxima y seguramente nos hará ver esos hechos, si el historiógrafo sabe trabajar, repetiré la antes ya mentada exigencia, con rigor y sensibilidad? Porque el sentido que un grupo humano concede a la vida en general y a la propia vida sólo puede hacérnoslo patente —a través, eso sí, de los resultados de las más cuidadas estadísticas y bajo las formulaciones de la más alquitarada *Ideengeschichte*— un contacto muy próximo con las expresiones de todo orden, artísticas, intelectuales, religiosas, económicas, sociales, en que la vida del grupo humano en cuestión más directamente se realiza y manifiesta.

5. Conocemos ya los cuatro principales momentos que constituyen una medicina local —o regional, o nacional— más o menos distante de la estelaridad. Tenemos ante nuestros ojos, pues, las cuatro metas hacia las cuales deberá avanzar con autoexigencia y método una investigación médica local, si el investigador pretende que sus resultados dejen de ser erudición de campanario y se conviertan en materiales vivos y valiosos —*viventia, saxa,* «piedras vivientes» según la letra de un viejo himno litúrgico— para una edificación integral de la grande y general historia de la Medicina. Autoexigencia y método cuyo primer requisito, conviene decirlo, consistirá en elaborar la investigación local teniendo siempre a la vista, a manera de fondo y marco de referencia, varios tratados generales y varios estudios monográficos de esa historia de la Medicina que acabo de llamar grande y general.

II. Segunda cuestión: determinar el sentido y la importancia que para un historiador profesional de la Medicina —esto es, para los historiadores que habitual y profesionalmente se mueven en el elemento de lo que es universal y estelar en la Medicina misma— pueden y deben tener los estudios histórico-médicos locales, regionales, y generales, si han sido elaborados según arte.

Yo diría, para comenzar, que nos hallamos ante dos obligaciones recíprocas; en definitiva, frente a un particular ejemplo del principio jurídico *do ut des.* Para que sus estudios alcancen real y verdadero valor historiográfico, el historiador de una medicina local deberá elaborarlos teniendo siempre a la vista la medicina universal, y muy en especial la que corresponde a la época por él estudiada. Recíprocamente: para que sus saberes y sus investigaciones sean real y verdaderamente universales —esto es, para que alcancen auténtico valor en la línea por la cual han de moverse— el historiador profesional de la Medicina habrá de esforzarse por lograr que esos saberes y esas investigaciones lleguen siempre hasta el humilde nivel de las más diversas medicinas locales. ¿Para qué? ¿Cómo? Estos son ahora nuestros problemas.

¿Para qué el historiador profesional de la Medicina —desde los Haeser, los Neuburger, los Sudhoff y los Sigerist hasta los que en España cultivamos y practicamos su mismo oficio— debe procurar con ahínco que su visión histórica del arte de curar descienda hasta los modestos entresijos y recovecos de la Medicina regional y local? A mi entender, por tres razones principales.

1. Razón primera: El descubrimiento de la encarnación última —y, por consiguiente, plenaria— de los saberes que como historiador de la Medicina universal y estelar él posee en su mente.

La novedad intelectual u operativa que comienza siendo todo saber médico —la circulación mayor de la sangre en la mente de Harvey, el estetoscopio en la inteligencia, las manos y los oídos de Laennec, la visión neuronal del sistema nervioso en el cerebro y en la retina de Cajal— se encarna inicialmente, es decir, se hace parte integral de una vida humana concreta, en la persona misma de su descubridor. En lo que a Cajal se refiere, ¡qué bien se advierte esto leyendo con atención sus *Recuerdos de mi vida!* Más tarde esa novedad cobrará existencia concreta en las figuras estelares o semiestelares que inmediatamente la conocen y la aceptan, y de contarnos esto —bien sumaria y esquemáticamente, casi siempre— no suelen pasar, por extensos que sean, los trabajos y los manuales de Historia de la Medicina. Ahora bien: ¿podemos decir que conocemos de veras la historia de la novedad en cuestión, y por consiguiente la realidad histórica de su paulatina y plenaria encarnación, mientras no sepamos cómo ha llegado hasta las mentes de los médicos de Grazalema y Vitigudino, y cómo ha arraigado en ellas? ¿Cuándo y cómo, por ejemplo, el empleo del estetoscopio y la práctica regular de la termometría clínica fueron sucesivamente extendiéndose por las ciudades, las villas y las aldeas de España? Sin la adecuada respuesta a esta interrogación —una respuesta que sólo la investigación médica local puede ofrecer—, nunca los historiadores profesionales de la Medicina podremos decir que conocemos de veras la aventura histórica de la auscultación mediata o la universal difusión de la medición clínica de la temperatura. Doctrinas científicas, técnicas exploratorias o quirúrgicas, modos sociales de la asistencia médica; a todos estos campos puede ser aplicada esta misma e inobjetable reflexión.

2. Razón segunda: La obtención de un conocimiento historiográfico en profundidad, en tres dimensiones, y la determinación consiguiente del complejo sistema de las líneas históricas que ha seguido la paulatina penetración social de los diversos saberes médicos, las distintas técnicas operativas y los varios modos sociales de la asistencia al enfermo.

Hay saberes y técnicas que por su exquisitez teorética o por su complejidad operativa nunca abandonan, dentro del total orbe médico, los niveles estelares o cuasi estelares en que nacieron. Del conjunto de los prácticos de cualquier país, urbanos o rurales, y salvadas las inevitables excepciones, sólo a los menores de cuarenta o cuarenta y cinco años les sonará vagamente en su oído mental la expresión «ciclo de Krebs», y sólo muy pocos de ellos sabrán relacionar con su diario quehacer médico el recuerdo que de ese ciclo

bioquímico conserven. Algo análogo cabría decir en cuanto a los detalles técnicos de una intervención quirúrgica con circulación extracorpórea. Un catedrático de Patología médica que hace unos años organizó en Santiago de Compostela un curso de perfeccionamiento para médicos rurales, me decía haber oído a uno de éstos, un poco machucho ya y muy humildemente sincero: «Nos hablan ustedes en un lenguaje que muchos ya no entendemos.» En tales casos, la penetración social del saber o de la técnica en cuestión no trasciende la delgada película que constituyen los médicos más o menos al corriente de las novedades que constantemente inundan la Medicina teórica y práctica.

Muy distinto ha sido el proceso de tal penetración social en lo tocante a otros saberes y otras técnicas: la nosología galénica durante los siglos XV y XVI, la anatomía vesaliana y posvesaliana desde la publicación de la *Fabrica* hasta las leccioes anatómicas en las Facultades de Medicina del siglo XIX, la percusión y la auscultación, la teoría celular, la termometría clínica. En cualquiera de estos ejemplos, recorriendo con celeridad o con lentitud el camino descendente que va desde el alto nivel de los inventores al nivel mucho más bajo de los últimos prácticos rurales, el nuevo saber o la invención nueva han llegado a penetrar todo el orbe médico; de tal manera, que en un determinado momento hay partes de éste que conocen bastante bien la novedad de que se trate y otras que la desconocen por completo, hasta que poco a poco va anulándose esta segunda porción, y la penetración de lo nuevo acaba siendo completa.

Nada de esto suelen enseñar los tratados y los manuales de Historia de la Medicina. A título de ejemplo, examinemos lo que de ordinario nos dicen al exponer el pensamiento patológico del siglo XVII. Nos hablan, naturalmente, de la patología iatromecánica de Borelli, Baglivi y Pitcairn, de Van Helmont, de la patología iatroquímica de Silvio y Willis, de los progresos de la anatomía patológica; pero apenas aluden a otro hecho médico-social mucho más voluminoso: que casi todos los médicos letrados o latinos de aquella Europa hacían su medicina impermeablemente alojados en el galenismo a que los galénicos humanistas del siglo XVI habían dado acabamiento y forma. Ejercientes en Vitigudino o en Madrid, en Antequera o en París, para esos médicos no existían aún la iatromecánica, la iatroquímica y el *Sepulchretum.*

He aquí, pues, otra de las metas a que inexcusablemente debe tender un historiador general de la Medicina sediento de integridad: determinar, mediante la inexcusable ayuda de la historiografía médica local y regional, qué curso geográfico y cronológico han seguido

esas distintas líneas de penetración de los saberes y las técnicas, desde el nivel más creador y estelar del orbe médico hasta su nivel más rutinario y local. Líneas, nada más obvio, que cronológicamente serán casi verticales en los países y en las épocas de gran vivacidad intelectual, porque en ellos pasa pronto la novedad desde el primero al segundo de esos dos niveles —piénsese en lo que hoy acontece en casi todos los países desarrollados y cultos—, y serán muy oblicuas en los países intelectualmente perezosos y en las épocas más propensas a reposar en la tradición que a desvivirse por el progreso.

3. Razón tercera: El hallazgo de micromodelos para la descripción de la estructura y la dinámica de los fenómenos medicosociales.

En todos los aspectos de su realización social, pero sobre todo en su organización asistencial, la medicina suele moverse en cada situación histórica según pautas o esquemas perfectamente tipificables, los correspondientes a la constitución y a la mentalidad de la sociedad y la situación de que se trate. Tales pautas y esquemas no impiden que una originalidad de fondo o de matiz pueda surgir en cualquier lugar o en cualquier momento: en la determinación de los eventos históricos se conjugan siempre la respuesta tipificada y la libertad creadora, aunque ésta, en tantos y tantos casos, no pase de matizar originalmente algo que otros crearon; pero lo habitual es que esas pautas existan, y en tal caso nada mejor que la limitación de la mirada a un ámbito local perfectamente abarcable, para determinar con cierta precisión su figura externa e interna. Recuérdese lo que acerca de la reacción psicosocial al hecho médico de la epidemia ha quedado dicho. Y en el orden de la asistencia al enfermo, ¿dónde mejor que dentro de un grupo humano local podrá conocerse de hecho —en su concreta realidad, no sobre el papel donde quedó impresa una disposición administrativa o donde van a quedar consignados unos datos estadísticos— lo que real y verdaderamente han sido un igualatorio médico, una beneficencia municipal, la concreción práctica del sistema *zemstvo* o la dinámica cotidiana de una *Krankenkasse?* Sólo la investigación metódica de lo que esos pequeños grupos sociales fueron o están siendo —sólo, por tanto, la visión los micromodelos que de tal investigación resulten— podrá ofrecer al historiador general una imagen clara y distinta de lo que fue la Medicna en el pasado y es en el presente. Porque, como tantas veces he dicho, conviene no olvidar que la historia de una disciplina cualquiera llega, tanto para el historiador como para el profano, hasta el momento mismo en que uno existe. Sólo cuando el presente ya ha empezado a ser historia, puede, en efecto, hablarse de él.

4. El examen de los requisitos que para ser universalmente utilizable debe cumplir la indagación historiográfica de una medicina local o regional, nos condujo a repetir sin reticencias condicionales una vieja sentencia del humanismo latino: *parva licet componere magnis,* «es lícito combinar con las grandes las cosas menudas». Nuestro estudio del vario sentido que para el historiador general y profesional de la Medicina puede tener la buena historiografía médica local o regional, nos obliga ahora a completar esa sentencia con su recíproca: *magna licet componere parvis,* «es lícito combinar con las cosas pequeñas las cosas grandes». Pero ni siquiera esto nos basta, porque esa doble faena combinatoria es en realidad algo más que meramente lícita; es resueltamente necesaria. *Parva cum magnis, magna cum parvis componenda sunt.* Sólo teniendo en cuenta el juego y la articulación complexiva de las grandes ideas y las pequeñas ideas, de los grandes hechos sociales y de los pequeños hechos sociales y, por supuesto, de las ideas y los hechos sociales entre sí, sólo así podrá ser real y verdaderamente integral la magna y general historia del arte de curar. Una historia de la Medicina real y verdaderamente integral; la historia que todos sus cultivadores, universalistas o localistas, viva y unánimemente deseamos.

PEDRO LAIN ENTRALGO

Ministro Ibáñez Martín, 6
MADRID